



Warszawa, 03-04-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.574.2.2024.TŻ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Oddziału dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Czeladzi w Powiatowym Zespole
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Będzinie**

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

1. Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)¹.

2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)² i krajowe mechanizmy prewencji. W Polsce funkcję krajowego mechanizmu prewencji wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą funkcjonującego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)³.

3. KMPT na dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa-strony, gdzie

¹ Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim: Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).

² Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.

³ Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1264).

przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiejkolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁵.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁶. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁷. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁸.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁹. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności oraz przedstawienie zaleceń mających na celu ich wyeliminowanie.

6. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ¹⁰.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji¹¹.

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

⁷ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁸ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 202r r., Część II – Jak pracuje KMPT?.

⁹ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, p. 6. Zob. również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, Nowy Jork i Genewa 2018, s. 4-6.

¹⁰ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie Krajowemu Mechanizmowi informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiejkolwiek sankcji lub uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

II. Wprowadzenie

9. W dniach 16–18 kwietnia 2024 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Oddziału dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Czeladzi przy ul. Szpitalnej 40, w Powiatowym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Będzinie (dalej: Oddział, szpital, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodził: Aleksandra Osińska, Paulina Wróbel i Tomasz Żółtek (psychologowie).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z kierownikiem oddziału, Panią Agatą Karnowską – specjalistką psychiatrii i seksuologii, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z osobami pozbawionymi wolności i personelem, zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją i nagraniami monitoringu.

12. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi kierownikowi oddziału oraz p.o. zastępcy dyrektora ds. leczenia w czasie rozmowy podsumowującej.

13. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanej przez władze szpitala dokumentacji, informacji pisemnych i nagrań audio-video z użycia przymusu bezpośredniego.

14. Podczas pobytu na oddziale delegacja Krajowego Mechanizmu nie napotkała na utrudnienia w wykonywaniu swojego mandatu ze strony personelu medycznego. Odnotowano jednakże utrudnienie mandatu ze strony Służby Więziennej, która przywozi do szpitala osadzonych w celu diagnostyki lub leczenia. Tacy pacjenci cały pobyt w szpitalu spędzali pod konwojem. Konsultacje i wizyty lekarskie często odbywały się w obecności funkcjonariuszy, ponieważ nie chcieli oni pozostawić osadzonego samego z lekarzem lub personelem szpitala i nie wyrażali zgody na badania bez ich obecności (więcej o tym w pkt H niniejszego raportu).

15. Pracownicy Krajowego Mechanizmu w ciągu trzech dni próbowali kilkakrotnie porozmawiać z przebywającym na oddziale pacjentem przywiezionym z Zakładu Karnego w Wojkowicach. Przebywał on w oddzielnym pokoju dla chorych,

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

pod nadzorem dwóch funkcjonariuszy Służby Więziennej. Funkcjonariusze, pomimo że okazano im legitymacje służbowe i upoważnienie oraz że osadzony był przykuty kajdankami do łóżka, nie zgadzali się na odbycie z nim rozmowy bez ich obecności w pomieszczeniu, ze względów bezpieczeństwa. Dopiero interwencja telefoniczna u Dyrektora Zakładu Karnego w Wojkowicach spowodowała, że wizytujący mogli ostatniego dnia swojej wizyty porozmawiać z pacjentem, w warunkach poufności.

16. KMPT przypomina, że zgodnie z postanowieniami OPCAT ma prawo wstępu o każdej porze do miejsc zatrzymań, w rozumieniu art. 4 OPCAT, dostęp do wszystkich instalacji i urządzeń oraz możliwość odbywania poufnych rozmów.

17. **KMPT rekomenduje Dyrektorowi Zakładu Karnego w Wojkowicach przypomnienie funkcjonariuszom Służby Więziennej o uprawnieniach KMPT określonych w OPCAT i nieograniczonym dostępie do osób pozbawionych wolności.**

18. Niniejszy raport sygnalizuje problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt IV), oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt V), sygnalizuje też problem dotyczący obecności osób skazanych i tymczasowo aresztowanych na oddziałach ogólnopsychiatrycznych (pkt H).

III. Charakterystyka placówki

19. Całodobowy Oddział dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych zlokalizowany jest na terenie Powiatowego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czeladzi. Od dnia 1 października 2024 r. szpital w Czeladzi jest częścią Zagłębiowskiego Szpitala Klinicznego, który jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej.

20. Wizytowany całodobowy Oddział dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych przeznaczony jest dla osób dorosłych i ma charakter ogólny, mieści się w oddzielnym pawilonie na terenie szpitala. Zajmuje się leczeniem zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, chorób afektywnych, zaburzeń nerwicowych oraz zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Od 1 kwietnia 2024 r. część oddziału została przekształcona w całodobowe Centrum Zdrowia Psychicznego, gdzie przyjmowani są głównie pacjenci z powiatu. Pojemność oddziału wynosi 60 miejsc na dwóch kondygnacjach. W trakcie wizytacji na oddziale przebywało 54 osoby, w tym 3 osoby hospitalizowane w trybie „bez zgody”, na

podstawie art. 23 ust. 1, art. 24 ust. 1, art. 28, art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹³, dalej jako: u.o.z.p.

IV. Problemy systemowe

21. **[Instalacja przyzywowa]** Jednym z elementów ochrony praw pacjentów weryfikowanym każdorazowo przez KMPT w trakcie wizytacji placówek psychiatrycznych jest bezpieczeństwo, które powinno być traktowane priorytetowo. Ważnym narzędziem w tym zakresie jest sprawnie funkcjonująca i łatwo dostępna dla pacjentów i personelu instalacja przyzywowa. W trakcie wizytacji zaobserwowano, że pokoje pacjentów nie są wyposażone w taką instalację. Ważne jest, aby pacjentom zapewnić takie urządzenia. Umożliwi to szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi pacjentów.

22. Zdaniem Krajowego Mechanizmu przyciski alarmowo-przyzywowe powinny znajdować się we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje łóżkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania przymusu bezpośredniego m.in. w postaci izolacji). Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) w swoich raportach wielokrotnie rekomendował montaż i konserwację urządzeń służących do wezwania pomocy¹⁴. Konieczność wyposażenia pacjentów oddziałów i szpitali psychiatrycznych w tego typu sygnalizację była już zgłaszana Ministrowi Zdrowia¹⁵.

23. **KMPT rekomenduje zainstalowanie instalacji alarmowo-przyzywowej we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców (w tym w salach pacjentów i toaletach).**

24. **[Opuszczanie przez pacjenta szpitala psychiatrycznego]** KMPT zwrócił uwagę na problem zakończenia pobytu na oddziale psychiatrycznym w przypadku, gdy pacjent nie posiada wsparcia rodziny, a nie jest w stanie funkcjonować samodzielnie. W takich sytuacjach, w zależności od stanu pacjenta, dyrektor szpitala występuje do sądu z wnioskiem o umieszczenie pacjenta w domu pomocy społecznej. Niekiedy jednak formalności trwają zbyt długo (np. gdy pacjent nie wyraża zgody na umieszczenie w DPS). Wówczas pacjent pozostaje w szpitalu, mimo że jego pobyt nie ma już medycznego uzasadnienia.

¹³ Dz. U. z 2024 r. poz. 917 ze zm.

¹⁴ Zob. Raporty CPT z wizyt w: Hiszpanii [CPT/Inf (2007) 28, p. 132], Turcji [CPT/Inf (99) 2, p. 198], na Węgrzech [CPT/Inf (2006) 20, p. 134 oraz CPT/Inf (2010) 16, p. 95].

¹⁵ Zob. wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 22 maja 2017 r. (KMP.574.4.2017.DK).

25. Na problem ten wskazywał w swoim raporcie generalnym również CPT¹⁶. W tym kontekście Komitet stwierdził, że kontynuowanie pozbawienia wolności osoby z racji braku właściwych uwarunkowań w środowisku zewnętrznym stanowi praktykę wysoce dyskusyjną.

26. W ocenie KMPT oddział/szpital psychiatryczny nie powinien równocześnie odgrywać roli diagnostyczno-terapeutycznej dla osób ze wskazaniami do leczenia szpitalnego i pełnić funkcji miejsca do życia dla osób niewymagających leczenia szpitalnego, lecz potrzebujących stałej opieki instytucjonalnej. Dla wieloletnich rezydentów oddziału powinno się znaleźć miejsce w domu pomocy społecznej lub inne, np. mieszkanie chronione, hostel. KMPT dostrzega, że jest to problem systemowy, który wymaga zaangażowania dyrekcji szpitali i lokalnych władz administracyjnych oraz samorządowych¹⁷.

27. **[Stosowanie kajdanek w trakcie transportu]** Z uzyskanych informacji wynika, że zdarzają się sytuacje, gdy pacjenci przywożeni do szpitala przez Policję lub Służbę Więzienną są skuci kajdankami. W tych przypadkach kajdanki stosowane są przez funkcjonariuszy Policji w trybie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej¹⁸. Praktyka stosowania kajdanek wobec pacjentów budzi wiele wątpliwości. Standardy CPT zabraniają wręcz stosowania kajdanek przy unieruchamianiu pacjentów psychiatrycznych¹⁹.

28. Zakładanie kajdanek każdemu pacjentowi (tylko dlatego, że jest pacjentem psychiatrycznym) konwojowanemu do szpitala lub poza szpital jest nadużyciem, nieznanym odzwierciedlenia w przepisach prawa. Ustawa o środkach przymusu bezpośredniego jako pierwszą zasadę postępowania się kajdankami wskazuje, aby używać ich lub wykorzystywać w sposób niezbędny do osiągnięcia celów tego użycia lub wykorzystania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości (art. 6 ustawy)²⁰.

¹⁶ Zob. Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (98), p. 57.

¹⁷ Zob. Raport roczny KMPT z 2022 r., s. 171, pkt 7; https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-11/Raport_roczny_KMPT_2022_dostepny.pdf.

¹⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 383.

¹⁹ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy CPT, CPT/Inf (2017) 6, p. 3.3.

²⁰ Zob. Raport roczny KMPT z 2022 r., s. 170, pkt 4.

29. Na problem stosowania przez Policję kajdanek w stosunku do pacjentów psychiatrycznych RPO zwrócił uwagę w wystąpieniu generalnym do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w kwietniu 2022 r.²¹

30. **[Wysłuchiwanie pacjentów przyjmowanych w trybie „bez zgody” przez sąd w formie wideokonferencji]** Na podstawie art. 45 ust. 2 u.o.z.p. sędzia wizytujący szpital wysłuchuje osobę przyjętą do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 23, 24 lub 28, nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4. W razie stwierdzenia, że pobyt tej osoby w szpitalu psychiatrycznym jest oczywiście bezzasadny, sędzia zarządza natychmiastowe jej wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania.

31. Od czasu wybuchu pandemii COVID – 19 w szpitalu obowiązuje praktyka zdalnego wysłuchania pacjenta przez sędziego w przedmiocie umieszczenia w szpitalu bez zgody (w formie wideokonferencji). Początkowo takie posiedzenia odbywały się na podstawie art. 15zzs¹ ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (dalej: ustawa covidowa). Na podstawie wyżej powołanego przepisu rozprawy zdalne można było zarządzać do 1 lipca 2024 r.

32. Zdalne wysłuchania były kontynuowane mimo zniesienia stanu epidemii. Obecnie taka forma posiedzenia jest możliwa na podstawie art. 151 § 2 zd. 1 Kodeksu postępowania cywilnego²², dalej: k.p.c.

33. Umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym w drastyczny sposób ingeruje w prawo człowieka do wolności i samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących swojej osoby. Dlatego też postępowanie w tego rodzaju sprawach powinno być przeprowadzane z zachowaniem szczególnej troski w zakresie zabezpieczenia gwarancji procesowych osoby, której dotyczy.

34. W ocenie KMPT bezpośredni kontakt pacjenta z sędzią zwiększa możliwość dokonania obiektywnej oceny stanu zdrowia i przesłanek uzasadniających pobyt w oddziale psychiatrycznym. Ponadto osobisty dostęp pacjenta do sędziego ma istotne znaczenie z punktu widzenia prewencji tortur i innych form poniżającego traktowania. Ułatwia bowiem pacjentowi zgłoszenie przypadków nadużyć. Z kolei sędzia ma możliwość dokonania oceny stanu fizycznego i psychicznego pacjenta. W przypadku ujawnienia obrażeń lub zgłoszenia nadużyć może ten fakt odnotować

²¹ Wystąpienie generalne RPO do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 11 kwietnia 2022 r. (II.574.1.2022.PZ).

²² Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 1568 ze zm.).

i podjąć w sprawie odpowiednie działania. Bezpośredni kontakt pacjenta i sędziego minimalizuje też ryzyko nacisku ze strony pracowników szpitala.

35. CPT podnosiło analogiczną kwestię w kontekście zwalczania złego traktowania przez Policję²³.

36. Połączenia sądowe w formie zdalnej obarczone są też barierami i ryzykiem, które stwarza technologia, takimi jak słaba jakość połączenia i/lub przerywanie połączenia. Może to rzutować na zrozumienie przebiegu rozprawy, otrzymanych pouczeń i zrozumienia własnych praw (szczególnie przez osoby w podeszłym wieku i/lub niedosłyszące) oraz utrudniać sędziemu zidentyfikowanie i zarejestrowanie zarzutów dotyczących tortur i złego traktowania osadzonych. Przykładowo słaba jakość wideo może uniemożliwić dostrzeżenie obrażeń lub ich wielkość.

37. Optymalnym rozwiązaniem jest więc odstąpienie od praktyki zdalnych wysłuchań pacjentów przyjmowanych w trybie „bez zgody”, na rzecz przeprowadzania tradycyjnych posiedzeń sądowych na terenie szpitala.

38. **Krajowy Mechanizm zwraca się do Przewodniczącej III Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego w Czeladzi o zapoznanie sędziów orzekających z powyższą argumentacją.**

V. Obszary wymagające poprawy

A. Dokumentowanie obrażeń

39. Nowo przyjmowani pacjenci najszybciej, jak to możliwe, poddawani byli badaniu przez lekarza oraz pielęgniarkę. Ewentualne obrażenia opisywane były w dokumentacji medycznej pacjenta. W okazanej dokumentacji brakowało jednak specjalnych formularzy do oznaczania obrażeń, zawierających mapy ciała do umiejscowienia urazów oraz zdjęć obrażeń.

40. KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za minimalną gwarancję chroniącą pensjonariuszy przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce.

41. **KMPT rekomenduje dokumentowanie obrażeń mieszkańca za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy**

²³ Zob. Dwunasty Raport Generalny, CPT/Inf (2002) 12, p. 45.

ciała do ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą pacjentów) powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej.

Krajowy Mechanizm pragnie też zaznaczyć, że dla celów dowodowych konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była twarz osoby fotografowanej, a przy obrażeniu znajdowała się linijka lub inny przyrząd pozwalający określić rozmiar obrażenia. Tak wykonane fotografie powinny być przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

42. Personelowi nie był również znany Protokół Stambulski, czyli Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania²⁴. Publikacja ta odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur. Znajomość Protokołu Stambulskiego pomoże pracownikom w wykrywaniu i dokumentowaniu przypadków poniżającego traktowania, co wzmocni ich potencjał zawodowy. Stosowanie Protokołu Stambulskiego rekomenduje Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom²⁵.

43. **KMPT rekomenduje przeszkolenie personelu z Protokołu Stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.**

B. Kruszenie leków

44. Z uzyskanych w trakcie wizytacji informacji wynikało, że zdarzyły się przypadki, kiedy niektórym pensjonariuszom podawane były leki w formie rozkruszonej i ukrytej w pokarmie, bez ich wiedzy (praktyka kruszenia leków za pomocą moździerza i podawania ich z tzw. miksem, budyniem, miksowaną zupą, z sokiem). W przeanalizowanej dokumentacji medycznej brakowało pisemnych zleceń lekarskich na podawanie leków we wspomnianej postaci (personel wspominał jedynie o zaleceniach ustnych). Taka sytuacja sprzyja nadużyciom.

45. Krajowy Mechanizm podkreśla, że każdy pacjent ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Ponadto musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana.

46. KMPT nie zgłasza oczywiście zastrzeżeń, gdy zgodnie z zaleceniem lekarskim podawany lek jest rozkruszany z tego powodu, że pacjent nie jest w stanie lub ma problem z połknięciem leku. W takich sytuacjach jednak podanie leku ma

²⁴ Na stronie internetowej BRPO opublikowano zaktualizowaną wersję Protokołu Stambulskiego w języku polskim: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejne>.

²⁵ Zob. Raporty SPT z wizyt: w Peru, CAT/OP/PER/1, p. 20; w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, p. 46-48; w Brazylii, CAT/OP/BRA/1, p. 38-39.

miejsce przy pełnej świadomości pacjenta oraz nie odbywa się w sposób wykluczający jego wolę. Fakt zlecenia takiej formy podawania leków powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej z podaniem przyczyny oraz wynikać ze zlecenia lekarskiego.

47. W 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur pozyskał opinię prof. dr. hab. Jacka Wciórki z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w której podkreślono, że podanie leku w formie rozkruszonej powinno być traktowane jako ostateczność. Rozkruszanie lekarstw nie daje bowiem nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Ponadto Polskie Towarzystwo Psychiatryczne pismem z dnia 1 lutego 2017 r. poinformowało, że rozdrabnianie leków stanowić może działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować.

48. **KMPT rekomenduje podawanie mieszkańcom leków w formie rozkruszonej tylko, gdy wynika to z zaleceń lekarskich, i odnotowywanie zarówno zlecenia lekarskiego, jak i formy podawania leków w dokumentacji medycznej.**

C. Prawo do informacji i mechanizmy skargowe

49. Przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę, że na oddziale na tablicach informacyjnych widnieje wiele informacji przydatnych pacjentom, takie jak prawa i obowiązki ich dotyczące (Karta Praw Pacjenta), informacje o podmiocie leczniczym oraz wykazie podwykonawców, regulamin odwiedzin, informacje kontaktowe do Rzecznika Praw Pacjenta i telefony kontaktowe duszpasterzy. Poza Rzecznikiem Praw Pacjenta nie wyeksponowano jednak danych innych podmiotów, do których pacjenci mogli złożyć skargę w przypadku naruszenia ich praw takich (takich jak Rzecznik Praw Obywatelskich czy organizacje pozarządowe).

50. **KMPT rekomenduje uzupełnienie informacji znajdujących się na tablicach informacyjnych i wyeksponowanie danych teleadresowych: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii: 800 676 676), Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, sądu nadzorującego placówkę, prokuratury i organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony praw człowieka (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka).** Taka praktyka zwiększy dostęp pacjentów do zewnętrznych mechanizmów skargowych, które stanowią minimalną gwarancję prewencji tortur.

51. Pacjenci i inne osoby mieli możliwość złożenia skarg i wniosków bezpośrednio do sekretariatu szpitala w formie pisemnej lub drogą elektroniczną. Skargi i wnioski były odnotowywane w rejestrze.

52. **KMPT rekomenduje zamontowanie w oddziale skrzynki skarg i wniosków, z której pacjenci i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. wyznaczony pracownik administracyjny). Skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze skarg i wniosków.**

53. Warto wskazać, że CPT w swoim rocznym sprawozdaniu z działalności w 2017 r. przedstawił standardy odnoszące się do mechanizmów skargowych, które warto brać pod uwagę w procesie zarządzania placówką²⁶. Komitet podkreśla, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności²⁷. Zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności skarg dla grup szczególnie wrażliwych²⁸.

D. Stosowanie i dokumentowanie przymusu bezpośredniego

54. Z ustaleń KMPT wynika, że przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia nie zawsze był stosowany w salach izolacyjnych/sali dla osób pobudzonych. Według pozyskanych od pacjentów informacji, zdarzało się stosowanie wobec nich unieruchomienia w salach obserwacyjnych w obecności innych pacjentów, bez oddzielających ich parawanów. Nie sprzyja to ochronie prywatności, jest upokarzające, a w razie braku nadzoru nad pacjentem lub przy osłabionym nadzorze może być dla niego niebezpieczne.

55. CPT podkreśla, że „pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że pacjent wyraźnie wyraża

²⁶ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, p. 68-91.

²⁷ CPT podkreśla, że efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między pensjonariuszami a personelem, lecz także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też mieszkańcy placówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi. Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych).

²⁸ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, p. 83.

chęć pozostania w towarzystwie innego pacjenta); wizyty innych pacjentów powinny odbywać się wyłącznie za wyraźną zgodą pacjenta poddanego środkowi przymusu”²⁹.

56. **KMPT rekomenduje stosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w salach izolacyjnych, jeśli nie są one zajęte, a gdyby nie było to możliwe – osłanianie pacjentów parawanem w celu zapewnienia elementarnej prywatności.**

57. Zaniepokojenie KMPT wzbudziło zaobserwowanie kilku przypadków zakładania pieluch pacjentom unieruchamianym za pomocą pasów. Z nagrań monitoringu wynikało, że praktyka ta była stosowana w zależności od stanu pacjenta.

58. CPT podkreśla, że „pacjenci poddani środkom przymusu bezpośredniego powinni, w miarę możliwości, mieć zapewniony dostęp do żywności i wody, możliwość samodzielnego jedzenia i picia oraz godnego zaspokajania potrzeb fizjologicznych w pomieszczeniach sanitarnych”³⁰.

59. Czynności te są kluczowe w trosce o dobro i komfort pacjenta. Jak wskazuje się w literaturze, „aby zapobiec powikłaniom, należy umożliwić pacjentowi zmianę pozycji, poprzez uwolnienie od unieruchomienia. Krótkotrwałe uwolnienie od unieruchomienia, umożliwi pacjentowi zaspokojenie potrzeb fizjologicznych lub higienicznych. W czasie trwania przymusu bezpośredniego, pielęgniarka sprawdza stan skóry w okolicy pasów unieruchamiających, aby w razie potrzeby je rozluźnić lub zapiąć inaczej. Obserwacja tych miejsc pozwoli uniknąć otarć i bolesnych zmian na skórze pacjenta. Ta czynność jest także wyrazem naturalnej troski o stan pacjenta”³¹.

KMPT rekomenduje zaprzestanie praktyki zakładania pieluch na rzecz stosowania chwilowego zwolnienia w celu załatwienia przez pacjenta potrzeb fizjologicznych.

E. Warunki bytowe

60. Wizytowany oddział zlokalizowany był na dwóch poziomach (piętrze i parterze), na którym znajdowały się sale dla kobiet i mężczyzn. Pacjenci zakwaterowani byli przeważnie w pokojach 2-, 3- i 4-osobowych. Ponadto na Oddziale znajdowała się jedna sala 5-osobowa, 2 sale obserwacyjne (odpowiednio 6- i 7-osobowe) oraz 2 sale monitorowane 2-osobowe. Większość sal wyposażona była

²⁹ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), 21 marca 2017 r., CPT/Inf (2017) 6, p. 3.5.

³⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2020 r., CPT/Inf (2020) 39, p. 40; Raport CPT z wizyty w Chorwacji w 2022 r., CPT/Inf (2023) 30, p. 199.

³¹ C. Kwapińska, L. Grzelak, Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Aspekt medyczny (2), „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne” 2012, t. 1, s. 125.

w osobną toaletę. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwrócił uwagę, że warunki bytowe zapewnione pacjentom były co do zasady dobre. Pacjenci mogli trzymać swoje rzeczy podręczne przy łóżku oraz chodzić w swoich ubraniach. Sale chorych i wszystkie oglądane pomieszczenia były czyste i panował w nich porządek, aczkolwiek w dalszym ciągu część z nich wymaga remontu. Niektóre łóżka, szafki i sprzęt wymagały wymiany, a ściany w niektórych salach chorych – odmalowania.

61. KMPT rekomenduje wymianę starych i zużytych łóżek, szafek oraz odmalowanie wymagających tego sal chorych.

62. Delegacja KMPT zwróciła uwagę na obecność krat w oknach w salach pacjentów i na korytarzu. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, okna w pokojach, w których przebywają pacjenci, powinny być przeszkłone od wewnątrz szkłem bezpiecznym i zabezpieczone przed możliwością otworzenia przez pacjentów³². Nie powinno się stosować zabezpieczeń w postaci krat. KMPT podkreśla, że pacjenci umieszczeni w szpitalu psychiatrycznym nie są więźniami, a wszelkie analogie do jednostek penitencjarnych powinny zostać wyeliminowane. Środowisko terapeutyczne w takich placówkach powinno być jak najbardziej przyjazne dla osób tam przebywających. Obecność krat może wzbudzać w pacjentach poczucie zagrożenia i izolacji. Kraty w oknach w instytucjach opieki psychiatrycznej krytykuje także CPT, wskazując, że takie rozwiązania przyczyniają się do wytworzenia środowiska karnego³³. Komitet podkreśla również, że powinno zmierzać się do zapewnienia takich warunków materialnych, które sprzyjają leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjentów. Ma to duże znaczenie nie tylko dla pacjentów, lecz także dla personelu pracującego w ośrodkach psychiatrycznych³⁴.

63. KMPT rekomenduje zdemontowanie krat i zapewnienie odpowiedniego zabezpieczenia okien, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

F. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

64. Oddział całodobowy dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych oraz Centrum Zdrowia Psychicznego zapewniały szeroki wachlarz programów terapeutycznych

³² Pkt 5 rozdziału VIII załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).

³³ Zob. Raport CPT z wizyty w Serbii w 2015 r., CPT/Inf (2016) 21, p. 156; Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii w 1994 r., CPT/Inf (96) 11, p. 268; Raport CPT z wizyty w Finlandii w 2014 r., CPT/Inf (2015) 25, p. 97.

³⁴ Zob. Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf(98)12, p. 32.

przeznaczonych dla pacjentów. W placówce prowadzony był trening poznawczy, trening umiejętności społecznych, trening umiejętności praktycznych oraz trening wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej. Ponadto, jak wynikało z informacji przekazanych przez dyrekcję placówki, na oddziale terapia zajęciowa obejmuje m.in. ergoterapię, socjoterapię, muzykoterapię, arteterapię, ludoterapię, biblioterapię, silwoterapię, terapię ruchem, filmoterapię.

65. W ramach zajęć kulturalno-oświatowych pacjenci korzystali z zajęć relaksacyjnych, imprez i zabaw okolicznościowych, dyskotek, biblioteki, gier planszowych, mieli możliwość oglądania filmów, słuchania radia i czytania prasy. W Centrum Zdrowia Psychicznego w każdą pierwszą środę miesiąca funkcjonuje również Klub Pacjenta. Ciekawymi projektami, które zamierza zrealizować oddział, jest utworzenie pracowni światłoterapii oraz 3 sal do terapii zajęciowej, w tym Sali do pieczenia ciast i chleba, sali do nauki ogrodnictwa oraz pracowni gliny. Terapia zajęciowa prowadzona była od poniedziałku do piątku. Liczba terapeutów zajęciowych była wystarczająca w godzinach przedpołudniowych.

66. W ocenie KMPT należy zapewnić obecność terapeuty zajęciowego w godzinach popołudniowych oraz w weekendy, zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych³⁵. Zwiększenie dostępności zajęć terapeutycznych uatrakcyjniłoby ofertę placówki i korzystnie wpłynęło na atmosferę w oddziale.

67. KMPT rekomenduje, aby w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnić również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną.

G. Personel

68. Przedstawiciele KMPT pozytywnie oceniają wykształcenie personelu, jego doświadczenie i przygotowanie do pracy. Na całodobowym oddziale psychiatrycznym zatrudnionych jest 10 lekarzy – 5 lekarzy psychiatrów oraz 5 lekarzy rezydentów w trakcie specjalizacji psychiatrycznej. Ponadto w placówce pracuje 3 psychologów, 5 psychoterapeutów, 24 pielęgniarzy/pielęgniarek, 8 opiekunów, 2 terapeutów zajęciowych zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin oraz 2 asystentów zdrowia i 2 pracowników socjalnych.

³⁵ Dz. U. poz. 522.

69. Pracownicy KMPT nie otrzymali sygnałów o brakach kadrowych. Zarówno pacjenci, jak i członkowie personelu podkreślali, że liczba pracowników zatrudnionych w oddziale jest odpowiednia do ilości pracy i wymagań pacjentów.

70. Z uzyskanych informacji wynika, że w latach 2023 i 2024 zostały dla pracowników przeprowadzone szkolenia m.in. z praw pacjenta, mobbingu, kodeksu etyki zawodowej, agresji jako zdarzenia niepożądanego, postępowania z pacjentem agresywnym i pobudzonym, zasad przymusu bezpośredniego, RODO – oraz inne szkolenia specjalistyczne.

71. Z uwagi na specyfikę pracy, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, **KMPT rekomenduje, by katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów wzbogacić o tematykę dotyczącą: kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem, wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku.**

72. **KMPT rekomenduje również zapewnienie pracownikom regularnej superwizji, prowadzonej przez zewnętrznego superwizora**, która pozwoliłaby na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co sprzyjałoby prewencji wypalenia zawodowego.

H. Więźniowie na oddziałach psychiatrycznych

73. Do szpitala w Czeladzi na oddział psychiatryczny trafiają osadzeni z Zakładu Karnego w Wojkowicach. Z relacji personelu oddziału wynikało, że powodem tego stanu jest niewystarczająca liczba szpitali i oddziałów więziennych³⁶. Jest to duży problem z punktu widzenia organizacji pracy oddziału i zapewnienia pacjentom odpowiedniego komfortu leczenia. Szpital nie jest bowiem w stanie zapewnić należytych warunków lokalowych takim osobom. Skazani lub tymczasowo aresztowani przebywają na oddziale razem z funkcjonariuszami Służby Więziennej (co można było również zaobserwować na nadesłanych nagraniach monitoringu), gdyż nie zawsze istnieje możliwość, aby taki pacjent dostał oddzielną salę. Taka sytuacja powoduje, że pacjenci często boją się umundurowanego funkcjonariusza,

³⁶ Obecnie w Polsce znajdują się cztery oddziały psychiatryczne, zlokalizowane w: Areszcie Śledczym w Szczecinie, Areszcie Śledczym w Poznaniu, Areszcie Śledczym w Krakowie, Areszcie Śledczym w Radomiu. Zob. Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 stycznia 2013 r. w sprawie nadania statutów podmiotom leczniczym dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. MS z 28.12.2023 r. poz. 235).

który ma przy sobie broń. Może to również prowadzić do stygmatyzacji samego pacjenta.

74. Podobny problem KMPT odnotował w czasie wizytacji Oddziału Psychiatrycznego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce³⁷.

75. Krajowy Mechanizm jest zaniepokojony stosowanymi przez funkcjonariuszy Służby Więziennej środkami bezpieczeństwa, które są dolegliwe i mają charakter rutynowy wobec wszystkich nadzorowanych osadzonych. Z przeprowadzonych rozmów wynikało, że pacjenci przebywają przez całą dobę w kajdankach – są przykuwani do łóżek (w tym na noc), mają je również założone w trakcie świadczeń zdrowotnych. Delegacja z niepokojem wysłuchiwała relacji personelu medycznego, który wskazywał, że funkcjonariusze nie chcą zdejmować kajdanek pacjentom, nawet na ich prośbę. Z ustaleń wizytujących wynikało również, że funkcjonariusze nadzorowali pacjentów podczas korzystania z toalety (drzwi do pomieszczenia musiały być wówczas uchylone), byli też obecni podczas świadczeń medycznych, co wykluczało poufność badania.

76. Delegacja miała okazję zaobserwować pobyt na oddziale jednego z pacjentów. W trakcie wizytacji był on przykuty do łóżka kajdankami. Były to tzw. kajdanki szczękowe na długim łańcuchu, umieszczone na jego nodze, którymi był on przykuty do poręczy łóżka. Z ustaleń wizytujących wynikało również, że pacjent podczas pobytu na oddziale pozostawał przez cały czas skuty kajdankami, funkcjonariusz stałe towarzyszył mu również podczas badań, co wykluczało ich poufność.

77. W ocenie KMPT długotrwałe stosowanie kajdanek (w tym w nocy) i przykuwanie pacjentów do łóżek stanowi poniżające traktowanie i taka praktyka powinna zostać niezwłocznie wyeliminowana.

78. CPT wskazuje, że stosowanie kajdanek podczas badań jest praktyką naruszającą godność więźnia, utrudniającą rozwój właściwej relacji lekarza z pacjentem i szkodliwą dla obiektywnych ustaleń medycznych³⁸. Komitet wskazuje również, że stosowanie kajdanek przez tak długi okres jest równoznaczne ze złym traktowaniem. Personel penitencjarny powinien zostać poinstruowany, że w przypadku, gdy założenie kajdanek więźniowi zostanie uznane za niezbędne, powinny być one stosowane tylko tak długo, jak jest to absolutnie konieczne. Ponadto

³⁷ Zob. Raport KMPT z wizytacji Oddziału Psychiatrycznego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, przeprowadzonej w dniach 21–23 sierpnia 2024 r., KMP.574.8.2024.SK, p. 64-70.

³⁸ Zob. Raporty CPT z wizyt w Polsce [CPT/Inf (2018) 39, p. 79] i w Czechach [CPT/Inf (2019) 23, p. 70].

więźniowie nigdy nie powinni być przykuwani kajdankami do stałych przedmiotów, takich jak łóżka³⁹.

79. Krajowy Mechanizm rekomenduje wyeliminowanie praktyki stosowania wobec pacjentów kajdanek przez całą dobę i przykuwania ich do łóżek. Kajdanki powinny być stosowane wobec osadzonych tylko w przypadkach uzasadnionych okolicznościami konkretnego przypadku (np. wskazującymi na możliwość ucieczki zatrzymanego lub na wystąpienie u niego agresji lub samoagresji) i jedynie tak długo, jak jest to absolutnie konieczne.

80. W ocenie KMPT problemem jest też brak co do zasady poufności świadczeń zdrowotnych. CPT w swoim raporcie z wizyty w Polsce z 2009 r.⁴⁰ wyraziło w tej kwestii poważne zaniepokojenie i wątpliwości. Według Komitetu nie ma żadnego uzasadnienia dla systematycznej obecności funkcjonariuszy Służby Więziennej podczas badań medycznych. Ta jest dopuszczalna w szczególnych przypadkach, zwłaszcza gdy personel medyczny dostrzega zagrożenie bezpieczeństwa ze strony osadzonego w trakcie wykonywania badań. W innych sytuacjach powinny być stosowane alternatywne środki bezpieczeństwa, takie jak np. system przyzywowy, umożliwiający lekarzowi powiadomienie funkcjonariuszy o niebezpieczeństwie.

81. KMPT rekomenduje zapewnienie, by świadczenia zdrowotne były udzielane pacjentom co do zasady bez obecności funkcjonariuszy. Ich obecność dopuszczalna jest jedynie na wniosek osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego. Krajowy Mechanizm rekomenduje również wyposażenie personelu medycznego w sygnalizację przywoławczą, umożliwiającą wezwanie pomocy w sytuacji zagrożenia.

82. Od 2016 r. Rzecznik występuje do Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia o stworzenie podstaw prawnych dla umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym o odpowiednim stopniu zabezpieczenia osób, którym sąd penitencjarny udzielił obligatoryjnej przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności z powodu choroby psychicznej, a które stanowią bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia swojego oraz innych osób⁴¹. Jeżeli stan zdrowia oskarżonego tego wymaga, tymczasowe aresztowanie może być wykonywane tylko w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym, w tym w zakładzie psychiatrycznym⁴². Jednakże na oddziałach psychiatrii sądowej brakuje miejsc, a oddziały psychiatryczne w zakładach

³⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Azerbejdżanie, CPT/Inf (2018) 35, p. 90.

⁴⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2009 r. [CPT/Inf (2011) 20 par. 123].

⁴¹ Zob. wystąpienie RPO do Ministra Sprawiedliwości z 17 sierpnia 2019 r., IX.517.570.2016.

⁴² Zob. art. 260 ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 37).

karnych mają nierównomierne obłożenie, co skutkuje przenoszeniem pacjentów na oddziały ogólnopsychiatryczne do innych szpitali. Ministerstwo Sprawiedliwości stało na stanowisku, że zgodnie z przepisami prawa osoby odbywające karę pozbawienia wolności mogą być przyjmowane na oddział ogólnopsychiatryczny do placówki, która nie jest w systemie więziennym⁴³.

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

a) Dyrektorowi Zagłębiowskiego Szpitala Klinicznego:

1. Stosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w salach izolacyjnych, jeśli nie są one zajęte, a gdyby nie było to możliwe – osłanianie pacjentów parawanem w celu zapewnienia elementarnej prywatności;
2. Zaprzestanie praktyki zakładania pacjentom pieluch na rzecz stosowania chwilowego zwolnienia, w celu załatwienia przez pacjentów potrzeb fizjologicznych;
3. Zdemontowanie krat i zapewnianie odpowiedniego zabezpieczenia okien zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
4. Wymianę starych i zużytych łóżek, szafek oraz odmalowanie wymagających tego sal chorych;
5. Zainstalowanie instalacji alarmowo-przyzywowej we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pacjentów;
6. Wyposażenie personelu medycznego w sygnalizację przywoławczą, umożliwiającą wezwanie pomocy w sytuacji zagrożenia;
7. Podawanie mieszkańcom leków w formie rozkruszonej tylko, gdy wynika to z zaleceń lekarskich, oraz odnotowanie zarówno zalecenia lekarskiego, jak i formy podawania leków w dokumentacji medycznej;
8. Dokumentowanie obrażeń pacjentów za pomocą specjalnego formularza, zawierającego mapy ciała do zaznaczenia ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą podopiecznych) powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej pacjenta;
9. Zamontowanie skrzynki na skargi, z której pacjenci i inne osoby będą mogły korzystać z zachowaniem zasad poufności; obsługą takiej skrzynki powinna

⁴³ Zob. wystąpienie RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z 8 czerwca 2020 r., IX.517.777.2019.

- zajmować się wyłącznie jedna wyznaczona osoba; skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze skarg;
10. Uzupełnienie informacji znajdujących się na tablicach informacyjnych i wyeksponowanie danych teleadresowych: Rzecznika Praw Obywatelskich, Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, sądu nadzorującego placówkę, prokuratury i organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony praw człowieka (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka);
 11. Zapewnienie pacjentom dostępu do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną – także w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy;
 12. Przeszkolenie personelu z Protokołu Stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych;
 13. Wzbogacenie katalogu oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów o tematykę dotyczącą: kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem, wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku;
 14. Zapewnienie personelowi medycznemu możliwości wzięcia udziału w superwizji prowadzonej przez zewnętrznego superwizora.

b) Dyrektorowi Zakładu Karnego w Wojkowicach:

1. Przypomnienie funkcjonariuszom Służby Więziennej o uprawnieniach KMPT określonych w OPCAT i nieograniczonym dostępie do osób pozbawionych wolności;
2. Wyeliminowanie praktyki stosowania wobec pacjentów kajdanek przez całą dobę i przykuwania ich do łóżek; kajdanki powinny być stosowane wobec osadzonych tylko w przypadkach uzasadnionych okolicznościami konkretnego przypadku (np. wskazującymi na możliwość ucieczki zatrzymanego lub na wystąpienie u niego agresji lub samoagresji) i jedynie tak długo, jak jest to absolutnie konieczne;
3. Zapewnienie poufności konsultacji z personelem medycznym oraz psychologiem, chyba że poproszą oni o asystę funkcjonariuszy.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się również do **Przewodniczącego**

III Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego w Czeladzi o zapoznanie sędziów z argumentacją wskazaną w pkt 30–37 niniejszego raportu.

Opracował: Tomasz Żółtek

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/