



Warszawa, 14-05-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.574.7.2024.TŻ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Oddziału Całodobowego Wojskowego Instytutu Medycznego
Kliniki Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii w Warszawie**

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 ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa-strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia

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), zob. <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 ze zm.).

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 urzędzeń, 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.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie Krajowemu Mechanizmowi informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiejkolwiek sankcji lub

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 2023 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.

uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

II. Wprowadzenie

9. W dniach 24–26 czerwca 2024 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Oddziału Całodobowego Wojskowego Instytutu Medycznego Kliniki Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii (dalej: Oddział, szpital, placówka) mieszczącego w Warszawie przy ul. Szaserów 128.

10. W skład zespołu wizytującego wchodził: Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego), Paulina Wróbel i Tomasz Żółtek (psychologowie).

11. Wstępna rozmowa odbyła się z udziałem ordynatora oddziału ppłk. dr. n. med. Piotra Ilnickiego oraz pielęgniarki koordynującej. Wizytujący dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń i terenu placówki, przeprowadzili poufne rozmowy z pacjentami i kadrą, zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją.

12. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała w trakcie rozmowy podsumowującej swoje wstępne uwagi dyrektorowi szpitala gen. broni prof. dr. hab. n. med. Grzegorzowi Gielerakowi, zastępcy dyrektora płk. dr. n. med. Arturowi Bachcie, kierownikowi kliniki płk. dr. n. med. Radosławowi Tworowskiemu oraz ordynatorowi oddziału ppłk. dr. n. med. Piotrowi Ilnickiemu.

13. Po zakończeniu wizytacji dokonano analizy przekazanej przez władze placówki dokumentacji i dodatkowych informacji pisemnych.

14. 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).

III. Charakterystyka placówki

15. Oddział Całodobowy jest częścią Kliniki Psychiatrii Wojskowego Instytutu Medycznego, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii. Zlokalizowany jest w osobnym pawilonie szpitala i podzielony na dwie części – obserwacyjną (tzw. intensywny nadzór, oznaczoną kolorem niebieskim) i rehabilitacyjną (oznaczoną kolorem czerwonym).

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

16. Od 1 marca 2024 r. oddział został przekształcony z Instytutu w Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP). Do momentu zmiany pacjentami byli wyłącznie żołnierze i osoby z traumą oraz członkowie rodzin żołnierzy, którzy zginęli podczas misji zagranicznych. Po zmianie w CZP oddział zajmuje się leczeniem wszystkich pacjentów, zarówno wojskowych, jak i cywilnych, szeroko pojętą diagnostyką i terapią zaburzeń psychicznych.

17. Oddział przeznaczony jest dla 49 dorosłych osób – kobiet i mężczyzn. W czasie wizytacji KMPT na oddziale przebywało 30 pacjentów, w tym 8 osób hospitalizowanych 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.

IV. Problemy systemowe

18. **[Opuszczanie przez pacjenta szpitala psychiatrycznego]** Krajowy Mechanizm w trakcie wizytacji 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 go 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.

19. Na problem ten wskazywał w swoim raporcie generalnym również CPT¹⁴. Komitet stwierdził, że kontynuowanie pozbawienia wolności osoby z racji braku właściwych uwarunkowań w środowisku stanowi praktykę wysoce dyskusyjną.

20. W ocenie KMPT oddział psychiatryczny nie powinien równocześnie pełnić roli diagnostyczno-terapeutycznej dla osób ze wskazaniem do leczenia szpitalnego i funkcji miejsca do życia dla osób niewymagających hospitalizacji, lecz potrzebujących stałej opieki instytucjonalnej. Dla wieloletnich rezydentów oddziału powinno się znaleźć miejsce w DPS lub inne, np. mieszkanie chronione, hostel. KMPT dostrzega, że jest to problem systemowy, który wymaga zaangażowania dyrekcji szpitali i lokalnych władz administracyjnych oraz samorządowych¹⁵.

21. **[Stosowanie kajdanek w trakcie transportu]** Z uzyskanych informacji wynikało, że zdarzały się sytuacje, gdy pacjenci przywożeni do szpitala przez Policję

¹³ Dz. U. z 2024 r. poz. 917 ze zm.; dalej jako: u.o.z.p.

¹⁴ Zob. Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (98), par. 57.

¹⁵ Zob. Raport roczny KMPT z 2022 r., s. 171.

byli skuci kajdankami. Kajdanki stosowane były przez funkcjonariuszy Policji w trybie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej¹⁶.

22. Prewencyjne zakładanie kajdanek każdemu pacjentowi (tylko dlatego, że jest pacjentem z rozpoznaniem psychiatrycznym) konwojowanemu do szpitala lub poza szpital jest nadużyciem, nieznajdującym oparcia w przepisach prawa. Ustawa o środkach przymusu bezpośredniego – jako pierwszą zasadę posługiwania się środkami przymusu bezpośredniego – wskazuje, aby używać ich w sposób niezbędny do osiągnięcia celów tego użycia, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości (art. 6 ustawy).

23. Na problem stosowania przez Policję kajdanek w stosunku do takich osób RPO zwrócił uwagę w wystąpieniu generalnym do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w kwietniu 2022 r.¹⁷

V. Obszary wymagające poprawy

A. Dokumentowanie obrażeń

24. Nowo przyjmowani pacjenci poddawani byli, najszybciej jak to możliwe, badaniu przez lekarza dyżurnego oraz pielęgniarkę. Ewentualne obrażenia opisywane były w dokumentacji medycznej pacjenta. Nie stosowano jednak do tego celu specjalnych, oddzielnych formularzy do oznaczania obrażeń, zawierających mapy ciała do umiejscowienia urazów ani nie wykonywano fotografii śladów obrażeń pacjentów przyjmowanych na oddział. Personel placówki zrezygnował z wykonywania zdjęć obrażeń pacjentów, choć było to wcześniej praktykowane. Jedynie w karcie medycznych czynności ratunkowych znajdował się mały i bardzo niewyraźny rysunek przedstawiający zarys osoby z przodu i z tyłu, zamieszczony w celu zaznaczenia na nim urazów, jednak według Krajowego Mechanizmu nie jest to rozwiązanie wystarczające.

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

26. Krajowy Mechanizm zachęca władze placówki do powrotu do praktyki wykonywania zdjęć urazów pacjentów i pragnie dodatkowo zaznaczyć, że dla celów dowodowych konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była twarz osoby fotografowanej,

¹⁶ Dz. U. z 2025 r. poz. 555.

¹⁷ Wystąpienie generalne RPO do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 11 kwietnia 2022 r. (II.574.1.2022).

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.

27. **KMPT rekomenduje dokumentowanie obrażeń pacjentów za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą pacjentów) powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej pacjenta.**

28. Personelowi nie był również znany Protokół stambulski, czyli Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania¹⁸. Publikacja ta odgrywa kluczową rolę w prewencji i zwalczaniu tortur, a jej stosowanie rekomendują CAT¹⁹, SPT²⁰, CPT²¹ i Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur²².

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

B. Traktowanie

30. Pacjenci przy przyjęciu byli badani przez lekarza i to on decydował, do której części oddziału trafią nowi pacjenci. Jeżeli było co do tego wskazanie, pacjent przebywał początkowo w części obserwacyjnej. Następnie, jeśli stan jego zdrowia na to pozwalał, był przenoszony do części terapeutycznej. Z obserwacji KMPT wynikało, że pacjenci z części obserwacyjnej pozostawali całą dobę w piżamach. W części rehabilitacyjnej przebywali w ciągu dnia w prywatnej odzieży.

31. W ocenie KMPT obowiązek noszenia piżam przez całą dobę jest niepokojący. Unifikacja w zakresie stroju budzi zastrzeżenia dotyczące realizacji zasady indywidualizacji wobec osób w detencji, nie sprzyja też budowaniu właściwej atmosfery. Należy w miarę możliwości dążyć do tego, aby pacjenci nosili strój odpowiedni do pory dnia.

¹⁸ 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>.

¹⁹ Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpnia 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

²⁰ Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 55.

²¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019)16, par. 80.

²² Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipca 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

32. Powyższe zastrzeżenia podziela CPT, który wskazuje, że praktyka polegająca na stałym ubieraniu pacjentów w piżamy/koszule nocne nie sprzyja wzmocnieniu tożsamości osobistej i poczuciu wartości u pacjentów; indywidualizacja w zakresie garderoby powinna być częścią procesu terapeutycznego²³. Ponadto, w opinii CPT, stosowanie piżam jako środka kontroli nowo przybyłych pacjentów jest bardzo wątpliwe i należy szukać w tym zakresie innych metod²⁴. Wymaganie od pacjentów noszenia piżamy przez długi czas nie sprzyja umacnianiu poczucia osobistej tożsamości i samooceny²⁵. CPT przyznaje, że zawsze mogą istnieć pacjenci, którzy będą stanowić szczególne wyzwanie. Jednakże generalne zobowiązanie pacjentów do noszenia piżamy ma efekt stygmatyzujący i może być postrzegane przez nich samych jako upokarzające²⁶.

33. **KMPT rekomenduje odstąpienie od obowiązku noszenia piżam przez pacjentów w porze dziennej.**

C. Prawo do informacji i mechanizmy skargowe

34. Pacjent rozpoczynający pobyt na oddziale zapoznawany był w pokoju przyjęć oraz dyżurce pielęgniarek z pełnym tekstem ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Kartą praw pacjenta i regulaminem. Dokumenty te przechowywane były w specjalnym zeszycie w gabinecie, a fakt zapoznania pacjenta z nimi odnotowywany był w dokumentacji medycznej. Na szybie dyżurki pielęgniarek i na tablicach w salach terapeutycznych były wywieszone informacje, że przepisy dostępne są także na życzenie pacjenta, ponadto w widocznych miejscach umieszczono dane kontaktowe Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego WIM i Biura Rzecznika Praw Pacjenta, sekretariatu kliniki oraz Telefonicznej Informacji Pacjenta.

35. W wizytowanej placówce istniała procedura składania skarg i wniosków zakładająca możliwość złożenia przez pacjenta skargi w formie ustnej, pisemnej bądź elektronicznej do m.in. kierownika kliniki/oddziału, Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta w CSK MON WIM, Dyrektora WIM/Komendanta CSK MON WIM, Rzecznika Praw Pacjenta, Działu Obsługi Świadczeniobiorców, Skarg i Wniosków MOW NFZ,

²³ Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego, opublikowany w 1998 r., CPT/Inf(98)12-part, par. 34. Wyciąg dostępny na stronie: <https://www.coe.int/en/web/cpt>.

²⁴ Raport CPT z wizyty w Portugalii, CPT/Inf (2013) 4, par. 112.

²⁵ Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, par. 116; Raport CPT z wizyty na Malcie, CPT/Inf (2016)25, par. 138.

²⁶ Raport CPT z wizyty w Czechach, CPT/Inf (2015) 18, par. 159.

Warszawskiej Okręgowej Izby Lekarskiej, Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, Sądu Cywilnego i PZU. Oddział psychiatryczny nie udostępniał jednak skrzynki na pisma, skargi czy wnioski kierowane przez pacjentów.

36. Warto wskazać, że CPT w swoim rocznym sprawozdaniu z 2017 r. przedstawił standardy odnoszące się do mechanizmów skargowych, które warto brać pod uwagę w procesie zarządzania placówką²⁷. Komitet podkreśla m.in., że pacjenci 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 zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności skarg dla grup szczególnie wrażliwych.

37. 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. Obsługa 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.

38. W analizowanych aktach cudzoziemców dostrzeżono, że wszystkie dokumenty sporządzone były w języku polskim. W części analizowanych dokumentów w ogóle nie było adnotacji o tym, w jakim języku porozumiewa się dana osoba, czy i w jakim stopniu rozumie język polski w mowie i piśmie oraz nie było informacji o zasadach i prawach panujących na oddziale w języku dla nich zrozumiałym. Brakowało informacji o tym, w jakim języku poinformowano daną osobę o przysługujących jej prawach i zasadach pobytu na oddziale. W niektórych teczkach osobowych cudzoziemców widniały adnotacje o zawiadomieniu właściwej placówki dyplomatycznej ze względu na trudności komunikacyjne z pacjentem. W takich przypadkach w epikryzie umieszczano adnotację o obecności pracownika placówki dyplomatycznej w oddziale, jednak bez podania, jakie czynności prowadził (czy np. pomógł w tłumaczeniu dokumentacji, regulaminu pobytu, przysługujących praw).

39. KMPT wielokrotnie podkreślał, że wszystkie osoby pozbawione wolności mają prawo i potrzebę otrzymania zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych dla nich kwestiach – przysługujących im prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg. Szczególnie istotna jest tutaj sytuacja cudzoziemców, którzy

²⁷ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

często nie znają języka polskiego oraz prawa i procedur obowiązujących w Polsce. Istotne znaczenie w takich sytuacjach ma reguła 30.1 Europejskich Reguł Więziennych, która odnosi się co prawda do rzeczywistości penitencjarnej, jednak jej idea może zostać analogicznie zastosowana wobec osób przebywających w innych miejscach detencji, jak szpitale psychiatryczne. Stanowi ona, że w momencie przyjęcia – i tak często, jak jest to potrzebne, również później – wszyscy więźniowie są informowani pisemnie i ustnie w języku, który rozumieją, o przepisach regulujących dyscyplinę oraz o ich prawach i obowiązkach w zakładzie. Ponadto potrzeby językowe zaspokaja się przez używanie kompetentnych tłumaczy oraz przez zapewnianie materiałów pisemnych w językach używanych w określonym zakładzie²⁸.

40. KMPT zaleca zapewnienie, aby wszelkie podpisywane przez cudzoziemców oświadczenia były tłumaczone na język dla nich zrozumiały. Zaleca też odnotowywanie w dokumentacji ewentualnych trudności w komunikacji oraz informacji, w jakim języku komunikuje się pacjent oraz czy i w jaki sposób nastąpiło tłumaczenie.

41. KMPT zwrócił również uwagę na brak tłumaczeń regulaminów oraz praw i obowiązków pacjenta na języki obce. Na oddziale personel nie używał translatorów, odnotowano również brak listy biegłych tłumaczy.

42. KMPT zaleca przygotowanie informatora w językach obcych (zwłaszcza ukraińskim, rosyjskim i angielskim), w którym w przystępny sposób opisane zostaną najważniejsze dla pacjentów kwestie, uzupełnienie brakujących dokumentów o listę biegłych tłumaczy oraz zakup translatorów dla personelu.

43. Przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę, że na tablicach informacyjnych znajdowały się wykazy podmiotów, do których pacjenci mogli złożyć skargę. Lista ta była jednak niepełna.

44. KMPT rekomenduje 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).

D. Stosowanie przymusu bezpośredniego

45. Z ustaleń wizytujących wynikało, że przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia nie zawsze był stosowany w pokoju jednoosobowym. Według

²⁸ Zob. Reguła 38.3 Europejskich Reguł Więziennych.

pozyskanych informacji, stosowanie wobec pacjentów unieruchomienie miało miejsce także w salach obserwacyjnych, w obecności innych pacjentów, bez oddzielających ich parawanów. Nie sprzyjało to ochronie prywatności, było upokarzające, a w razie braku nadzoru nad pacjentem lub przy osłabionym nadzorze mogło być dla niego niebezpieczne.

46. Opisana praktyka jest sprzeczna z art. 18d ust. 1 i 2 u.o.z.p., mówiącej o tym, że osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym; przepis nie dotyczy sytuacji, o których mowa w art. 18 ust. 5. Ponadto, w razie braku możliwości umieszczenia osoby, o której mowa w ust. 1, w pomieszczeniu jednoosobowym, osłania się ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, w tym również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych.

47. CPT podkreśla, że „pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że pacjent wyraźnie wyraża chęć pozostania w towarzystwie innego pacjenta); wizyty innych pacjentów powinny odbywać się wyłącznie za wyraźną zgodą pacjenta poddanego środkowi przymusu”²⁹.

48. **KMPT rekomenduje stosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w salach jednoosobowych, a gdyby nie było to możliwe – osłanianie pacjentów parawanem w celu zapewnienia prywatności.**

E. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

49. Jak wynika z informacji przekazanych przez dyrekcję placówki, na oddziale prowadzone były różne formy zajęć, m.in.: terapia ruchem, zajęcia behawioralne, psychorysunek, psychoedukacja, rękodzieło, muzykoterapia, praca z ciałem, zajęcia grupowe, wyjścia do sklepu, gotowanie, pieczenie. Ponadto w ramach zajęć kulturalno-oświatowych pacjenci wychodzili do kina i teatru, organizowane były również imprezy i zabawy okolicznościowe. Terapia zajęciowa prowadzona była od poniedziałku do piątku. Liczba terapeutów zajęciowych była wystarczająca w godzinach przedpołudniowych, ich brak odnotowywano popołudniami i w weekend.

50. **W ocenie KMPT pożądane byłoby rozważenie zapewnienia obecności terapeuty zajęciowego także w godzinach popołudniowych oraz w weekendy.**

51. Należy podkreślić, że w związku z tym, iż w części obserwacyjnej oddziału nie było świetlicy/pokoju dziennego pobytu – pacjenci praktycznie całe dni spędzali

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

w swoich pokojach. Jeżeli lekarz wyraził zgodę, to niekiedy osoby w lepszym stanie zdrowia, mogły uczestniczyć w terapii zajęciowej z grupą terapeutyczną, ale były to rzadkie przypadki. Jedyną formą aktywności pacjentów z części obserwacyjnej, poza indywidualną aktywnością wspomnianą wyżej, były dwa 30-minutowe spacerory w ciągu dnia.

52. KMPT zaleca, aby wszyscy pacjenci mieli codziennie (również popołudniami i w weekendy) równy dostęp do zorganizowanych form aktywności, oddziaływań terapeutycznych oraz możliwości uczestniczenia w spacerach.

F. Kontakt ze światem zewnętrznym

53. Na drzwiach wejściowych oddziałów umieszczone były informacje o godzinach odwiedzin u pacjentów. Prawo do odwiedzin pacjentów w części obserwacyjnej było realizowane codziennie w godzinach od 15.00 do 17.00, w pokoju przyjęć. Pojedyncze odwiedziny trwały ok. 15–20 minut, zawsze za zgodą lekarza, bez limitu osób, jednak udział dzieci poniżej 15 roku życia pozostawał do indywidualnej oceny. W weekendy odwiedziny były nieco dłuższe. W części rehabilitacyjnej ten limit nie obowiązywał i pacjenci mogli spotykać się z bliskimi w ogrodzie i swoich salach.

54. Wątpliwości KMPT budzi wprowadzenie granicy wiekowej określonej w Regulaminie Kliniki Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii dla osób odwiedzających, zgodnie z którą pacjentów na części obserwacyjnej mogły odwiedzać osoby powyżej 15 roku życia. O odwiedzinach dzieci do lat 15 decydował lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny, uzależniając to od aktualnego stanu psychofizycznego chorego oraz stanu pozostałych chorych przebywających w Klinice. Podłożem tej zasady, podawanym przez personel szpitala było to, że „nie jest to miejsce dla dzieci”.

55. Zgodnie z art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 – a więc właśnie prawa do kontaktu z innymi osobami – także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

56. Przyjęcie w regulaminie ogólnej zasady ograniczającej kontakt dzieciom ze względu na ich wiek nie spełnia żadnej z wyżej wymienionych przesłanek. Tematyka

ograniczenia odwiedzin w szpitalach psychiatrycznych ze względu na wiek była już przedmiotem wcześniejszych analiz KMPT³⁰.

57. Należy podkreślić, że długotrwała rozłąka pacjenta-rodzica z dzieckiem może nie tylko pogarszać nastrój hospitalizowanego, ale również w negatywny sposób wpływać na więź pomiędzy nimi. Szczególnie właśnie w przypadku młodszych dzieci inny sposób porozumiewania się niż przez kontakt bezpośredni (np. listownie) nie będzie skutecznym sposobem podtrzymania więzi z nieobecnym rodzicem.

58. Trzeba też pamiętać, że hospitalizowany rodzic, obok prawa do kontaktu ze swoim dzieckiem, ma co do zasady obowiązek utrzymywania z nim kontaktu, wynikający z art. 113 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego³¹.

59. **KMPT rekomenduje umożliwienie odwiedzin pacjentów niezależnie od wieku odwiedzających i ograniczanie ich tylko w przypadkach wskazanych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**

G. Personel

60. W czasie wizytacji prewencyjnych przedstawiciele KMPT każdorazowo weryfikują stan kadrowy w placówce, merytoryczne przygotowanie personelu i oferowane przez pracodawcę możliwości podnoszenia kwalifikacji. Na stałe w wizytowanym oddziale zatrudnionych było 5 lekarzy psychiatrów, 2 psychologów, asystenci zdrowienia oraz rezydenci. W ciągu dnia na oddziale pracowały też 3 pielęgniarki oraz 2 w porze nocnej. W trakcie wizytacji delegacja KMPT otrzymała sygnały mówiące o tym, że oddział całodobowy borykał się z problemami kadrowymi. Na oddziale, zdaniem pracowników, było zbyt mało lekarzy. Pacjenci również wskazywali na małą dostępność lekarzy na oddziale i niewielką ilość czasu, który mogą poświęcić danemu pacjentowi.

61. Przedstawiciele KMPT pozytywnie ocenili wykształcenie personelu, jego doświadczenie i przygotowanie do pracy. W zakresie prewencji tortur i złego traktowania należy odnotować, że w latach 2023–2024 przeprowadzone były szkolenia z m.in. praw pacjenta, pierwszej pomocy przedmedycznej, komunikacji z pacjentem, dokumentacji przymusu bezpośredniego, orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego oraz pracy zespołu pielęgniarskiego. Kadra medyczna miała możliwość skorzystania ze specjalnego urlopu szkoleniowego oraz wystąpienia o wsparcie finansowe na podnoszenie kwalifikacji.

³⁰ Zob. Raporty KMPT z wizyt: w Szpitalu w Ciechanowie (KMP.574.6.2023), Bolesławcu (KMP.574.2.2023) i Działdowie (BPG.574.2.2022).

³¹ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2023 r. poz. 2809 ze zm.).

62. **KMPT rekomenduje wzbogacenie katalogu szkoleń o tematykę: kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku, a także międzynarodowych standardów traktowania osób pozbawionych wolności, Protokołu Stambulskiego. Wskazane jest ponadto regularne powtarzanie szkoleń z zakresu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego.**

63. Personel, a w szczególności personel terapeutyczny, nie miał dostępu do superwizji finansowanej przez pracodawcę. Jest to szczególnie ważne, biorąc pod uwagę specyfikę miejsca, jakim jest szpital psychiatryczny, oraz wykonywanej pracy, która wiąże się z dużym stresem i obciążeniem psychicznym. Taka forma rozmowy pozwoliłaby na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co sprzyjałoby prewencji wypalenia zawodowego i wpływało na właściwe traktowanie pacjentów.

64. **KMPT rekomenduje rozważenie zapewnienia pracownikom dostępu do regularnej superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.**

H. Dokumentacja

65. Notatki lekarskie były sporządzane codziennie, aczkolwiek w okazanej dokumentacji wizytujący dostrzegli, że lekarze dokonujący zapisów w dokumentacji nie zawsze wstawiali daty w rejestrze osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego.

66. **KMPT zaleca dokładne prowadzenie dokumentacji pacjentów przez lekarzy, ze wskazaniem daty sporządzenia wpisu.**

67. Do osób przyjętych bez zgody sędziego przychodzi osobiście, nie praktykuje się wysłuchań online. Przeanalizowana, wybrana dokumentacja pacjentów przyjętych bez zgody wykazała, że sędziowie przybyli do placówki w celu wysłuchania pacjenta nie zawsze wpisywali datę swojej wizyty w rejestrze przyjęć w szpitalu, co utrudniało ocenę, czy ustawowe terminy zostały dochowane.

68. **KMPT zwraca się do Przewodniczącej V Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego dla Warszawy Praga-Południe o przypomnienie sędziom, aby każdorazowo wpisywali datę swojej wizyty w rejestrze przyjęć bez zgody.**

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca Dyrektorowi Wojskowego Instytutu Medycznego Kliniki Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii:

1. Dokumentowanie obrażeń pacjentów za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą pacjentów) powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Stosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w salach jednoosobowych, a gdyby nie było to możliwe – osłanianie pacjentów parawanem w celu zapewnienia prywatności.
3. Odstąpienie od obowiązku noszenia piżam przez pacjentów w porze dziennej.
4. Umożliwienie odwiedzin pacjentów niezależnie od wieku odwiedzających i ograniczanie ich tylko w przypadkach wskazanych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. 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.
6. Zapewnienie, aby wszelkie podpisywane przez cudzoziemców oświadczenia były tłumaczone na język dla nich zrozumiały.
7. Odnotowywanie w dokumentacji ewentualnych trudności w komunikacji wraz z informacją, w jakim języku komunikuje się pacjent oraz czy i w jaki sposób nastąpiło tłumaczenie.
8. Przygotowanie informatora w językach obcych (zwłaszcza ukraińskim, rosyjskim i angielskim), w którym w przystępny sposób opisane zostaną najważniejsze dla pacjentów kwestie; uzupełnienie brakujących dokumentów o listę biegłych tłumaczy oraz zakup translatorów dla personelu.
9. Uzupełnienie informacji znajdujących się na tablicach informacyjnych i wyeksponowanie danych teleadresowych: RPO, Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, sądu nadzorującego placówkę,

- prokuratury i organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony praw człowieka (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka).
10. Rozważenie zapewnienia obecności terapeuty zajęciowego także w godzinach popołudniowych oraz w weekendy.
 11. Zapewnienie, aby wszyscy pacjenci mieli codziennie (również popołudniami i w weekendy) równy dostęp do zorganizowanych form aktywności, oddziaływań terapeutycznych oraz możliwości uczestniczenia w spacerach.
 12. Wzbogacenie katalogu szkoleń o tematykę: kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku, a także międzynarodowych standardów traktowania osób pozbawionych wolności, Protokołu Stambulskiego; regularne powtarzanie szkoleń z zakresu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego.
 13. Rozważenie zaoferowania pracownikom dostępu do regularnej superwizji, prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.
 14. Dokładne prowadzenie dokumentacji pacjentów przez lekarzy ze wskazaniem daty sporządzenia wpisu.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się również do Przewodniczącej V Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego dla Warszawy Praga-Południe z prośbą o przypomnienie sędziom, aby każdorazowo wpisywali daty swojej wizyty w szpitalu w rejestrze przyjęć pacjentów bez zgody, których wysłuchiwali.

Opracował: Tomasz Żółtek

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/