



Warszawa, 11-08-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.574.2.2025.RKU

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z ponownej wizytacji w Samodzielnym Wojewódzkim Zespole
Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie
przy ul. Nowowiejskiej 27**

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 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 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1264 ze zm.), dalej jako: ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

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

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 – Metodologia i zakres prac 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.

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

II. Wprowadzenie

9. W dniach 1–4 kwietnia 2025 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły ponowne wizytacje 4 oddziałów ogólnopsychiatrycznych w Samodzielnym Wojewódzkim Zespole Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie przy ul. Nowowiejskiej 27 (dalej: szpital, placówka):

Oddział 1 – 1 kwietnia 2025 r.

Oddział 5 – 2 kwietnia 2025 r.

Oddział 3 – 3 kwietnia 2025 r.

Oddział 4 – 3–4 kwietnia 2025 r.

Wizytacje miały na celu weryfikację poziomu realizacji zaleceń wydanych w raporcie po wizytacji przeprowadzonej w placówce w dniach 4–6 maja 2021 r.

10. W skład zespołu wizytującego weszły: Katarzyna Kopystyńska (zastępczyni Dyrektora Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur), Anna Grabowska (socjolożka), Justyna Jóźwiak (dr nauk społecznych w dziedzinie socjologii), Renata Kłyż-Urbańska (prawnik, kryminalistyk).

11. W dniach 24–25 czerwca 2025 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły w szpitalu dodatkową wizytację. Obejmowała ona oddział III (24 czerwca 2025 r.) i izbę przyjęć (25 czerwca 2025 r.).

12. W skład zespołu wizytującego weszły: Katarzyna Kopystyńska (zastępczyni Dyrektora Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur), Justyna Jóźwiak (dr nauk społecznych w dziedzinie socjologii), Renata Kłyż-Urbańska (prawnik, kryminalistyk).

13. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły rozmowy z zastępcą Dyrektora ds. leczenia Mariuszem Bartyzelem i lekarzami kierującymi wizytowanymi oddziałami ogólnopsychiatrycznymi, dokonały oglądu pomieszczeń, przeprowadziły poufne rozmowy z pacjentami i personelem poszczególnych oddziałów, zapoznały się z prowadzoną na miejscu dokumentacją, zapisami monitoringu, a także sporządziły dokumentację fotograficzną.

14. Na koniec pierwszej wizyty delegacja KMPT przekazała wstępne uwagi zastępcy Dyrektora ds. leczenia Mariuszowi Bartyzelowi.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

15. Po zakończeniu wizytacji przedstawicielki KMPT dokonały analizy przekazanej dokumentacji, utrwalonych zapisów z kamer monitoringu oraz dodatkowych informacji pisemnych.

III. Charakterystyka placówki

16. Podmiotem tworzącym szpital jest Samorząd Województwa Mazowieckiego.

17. Oddziały ogólnopsychiatryczne szpitala mogą przyjąć łącznie 160 pacjentów (każdy oddział ma pojemność 40 miejsc). W dniu zakończenia wizytacji w kwietniu 2025 r. na oddziałach przebywało łącznie 150 pacjentów, w tym osoby ubezwłasnowolnione i przyjęte w trybie „bez zgody”.

IV. Stan realizacji zaleceń wydanych Dyrektorowi szpitala w wyniku wizytacji KMPT przeprowadzonej w dniach 4–6 maja 2021 r.

A. Zmiana praktyki stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalu, poprzez bezwzględne przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie stosowania unieruchomienia w pomieszczeniach jednoosobowych lub w warunkach zapewniających poszanowanie godności pacjenta.

18. **Zalecenie zrealizowane.** Z analizy przekazanych przez szpital nagrań z monitoringu, a także pozyskanych w trakcie wizytacji informacji wynika, że przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia stosowany jest w jednoosobowych monitorowanych pomieszczeniach przeznaczonych do izolacji.

B. Zmiana praktyki stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalu, poprzez bezwzględne przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie chwilowego uwalniania pacjentów w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

19. **Zalecenie częściowo zrealizowane.** Na potrzeby weryfikacji stopnia realizacji omawianego zalecenia wizytujące wybrały losowo, z różnych oddziałów, dokumentację medyczną 3 pacjentów, wobec których stosowany był przymus bezpośredni. Dodatkowo informacje zawarte w dokumentacji zostały zestawione z przekazanymi przez szpital zapisami z monitoringu ze stosowania wobec nich przymusu bezpośredniego. Dane z tych dwóch źródeł różniły się w zakresie czasu stosowania przymusu, chwilowego uwalniania, a także częstotliwości sprawdzania

stanu zdrowia unieruchamianych pacjentów. Ocena praktyki stosowania przymusu bezpośredniego w wizytowanej placówce była z tego powodu utrudniona. Brak jest możliwości jednoznacznego stwierdzenia, czy występujące nieścisłości wynikają z usterek technicznych w działaniu systemu monitoringu, czy z nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej.

20. Pierwszy analizowany przypadek dotyczył unieruchomienia czterokończynowego. Z dokumentacji medycznej wynikało, że unieruchomienie miało miejsce w godzinach 18.00–21.50, natomiast uwidoczniiony na nagraniu znacznik czasu wskazuje, że są to godziny od 19.35 do 23.41. Zwolnienie unieruchamianej osoby w celu skorzystania z toalety nastąpiło o godzinie 21.45 (na podstawie znacznika czasu wskazanego na nagraniu).

21. Drugi analizowany przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego dotyczył unieruchomienia i izolacji trwających łącznie 21 godzin i 40 minut, tj. od godziny 7.20 do godziny 5.00 rano dnia następnego; w kolejności: unieruchomienie od 7.20 do 17.15, izolacja od 17.15 do 18.00 i ponowne unieruchomienie od 18.00 do 5.00 rano dnia następnego. Takie dane zawarte były w dokumentacji medycznej pacjentki. Natomiast nagranie z kamer monitoringu zaczynało się od godziny 7.07, a kończyło się o godzinie 4.44 dnia następnego. Z nagrania wynikało, że o godzinie 9.24 pacjentka częściowo oswobadza się z pasów zapiętych na ręce i szelek założonych na tułów. O godzinie 9.34 personel uwalnia chwilowo pacjentkę. Unieruchomienie jest kontynuowane od godziny 9.40. Drugie chwilowe uwolnienie przez personel następuje o godzinie 12.12 i trwa do godziny 12.34. Pacjentka jest wtedy całkowicie wypięta z pasów. Spożywa posiłek, zmieniana jest pościel na jej łóżku. O godzinie 16.47 pacjentka ponownie jest wypinana z pasów i spożywa posiłek. Pacjentka pozostaje w izolacji, ale nie jest unieruchomiona. Znacznik czasu wskazuje, że pacjentka była unieruchomiona po raz kolejny od godziny 17.51 do godziny 4.44.

22. Ani z dokumentacji medycznej pacjentki, ani z nagrań monitoringu nie wynika, aby podczas drugiego unieruchomienia pacjentka była chwilowo uwalniania. Przez większość czasu śpi. Chwilowe uwolnienie pacjentki z pasów w ciągu pierwszego unieruchomienia miało miejsce dwukrotnie, nie licząc samodzielnego częściowego uwolnienia się. Podczas drugiego unieruchomienia do chwilowego uwolnienia nie dochodzi w ogóle.

23. Trzeci analizowany przypadek unieruchomienia miał miejsce od godziny 7.20 do 11.15. Łączny czas stosowania wynosił 3 godziny i 55 minut; takie dane wynikają z dokumentacji medycznej. Nagranie monitoringu rozpoczyna się natomiast o godz. 7.02 i trwa do godz. 10.57 (łącznie 3 godziny i 55 minut). Czas trwania zastosowania środka nie różni się zatem względem źródła pozyskania informacji,

jednak różni się godziną rozpoczęcia jego stosowania. Pacjent chwilowo i częściowo został uwolniony raz, podczas posiłku o godzinie 9.47. Dodatkowo z nagrania nie wynika, aby był uwalniany do toalety. Mocz oddał na podłogę.

24. **KMPT zaleca, aby wobec pacjentów były podejmowane próby częstszego chwilowego uwolnienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.**

C. Zmiana praktyki stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalu, poprzez bezwzględne przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie rzetelnego, osobistego i regularnego – co 15 minut – sprawdzania stanu fizycznego pacjentów, wobec których stosowane są środki przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji.

25. **Zalecenie częściowo zrealizowane.** Analiza nagrań z monitoringu wykazała, że nie zawsze stan fizyczny pacjentów był badany przez personel pielęgniarski co 15 minut. Pojawiły się pojedyncze przypadki, kiedy badanie miało miejsce po 20, 30, a nawet 40 minutach od poprzedniego.

26. **KMPT ponawia rekomendację dotyczącą osobistego sprawdzania przez personel medyczny – co 15 minut – stanu fizycznego unieruchamianych pacjentów.**

D. Zmiana praktyki stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalu, poprzez bezwzględne przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie rzetelnego i osobistego badania pacjentów przez lekarzy decydujących o zastosowaniu i przedłużeniu stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia i izolacji.

27. **Zalecenie częściowo zrealizowane.** Na podstawie analizy udostępnionych nagrań z monitoringu należy stwierdzić, że rozpoczęcie unieruchomienia (zapinanie w pasy) nie zawsze było nadzorowane przez lekarza.

28. Nie zawsze dochodziło też do osobistego badania pacjentów przez lekarza w momencie przedłużenia stosowania unieruchomienia. Było tak np. w przypadku pacjentki, o której mowa w pkt 21 raportu. Z jej dokumentacji medycznej wynika, że do przedłużenia stosowania unieruchomienia doszło o godzinie 23.00. Z nagrania monitoringu nie wynika, aby w tej godzinie był u pacjentki lekarz i ją badał. Dodatkowo należy wskazać, że zgodnie z art. 18a ust. 5 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹³ (dalej jako: u.o.z.p.) zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz zleca na czas nie dłuższy

¹³ Dz. U. z 2024 r. poz. 917.

niż 4 godziny. W opisywanym przypadku drugie unieruchomienie było stosowanie od godziny 18.00 (godzina podana w dokumentacji). Przedłużenie stosowania unieruchomienia powinno mieć miejsce, zgodnie z dyspozycją wskazanego wyżej przepisu, o godzinie 22.00, a nie – jak podano w dokumentacji medycznej – o 23.00. Z monitoringu wynikało także, że pacjentka śpi od godziny 22.00 do 4.44 (godzina podana na nagraniu).

29. KMPT ponownie rekomenduje, by pacjenci byli każdorazowo i osobiście badani przez lekarzy podejmujących decyzję o zastosowaniu i przedłużeniu stosowania środka przymusu bezpośredniego.

E. Zmiana praktyki stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalu, poprzez bezwzględne przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie rzetelnego, zgodnego z zapisami monitoringu wizyjnego, prowadzenia dokumentacji z zastosowania środków przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności zastosowania środków przymusu bezpośredniego na podstawie analizy nagrań z monitoringu z zastosowania środków przymusu, o ile są dostępne.

30. Nadal występują rozbieżności pomiędzy zapisami w dokumentacji medycznej co do godzin stosowania przymusu bezpośredniego, czasu oceny sprawdzenia stanu zdrowia pacjentów przez pielęgniarki a znacznikami czasu uwidocznionymi na nagraniach z kamery monitoringu. KMPT wskazuje, że rzetelne przeprowadzenie oceny całego postępowania dotyczącego stosowania przymusu bezpośredniego powinno być dokonywane również w oparciu o nagrania z monitoringu (art. 18e ust. 2 u.o.z.p. i § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi¹⁴). Aby monitoring spełniał swoją rolę, niezbędne jest zapewnienie prawidłowych warunków technicznych, które pozwolą właściwie umiejscowić analizowane zdarzenia w czasie i umożliwią ich porównanie z zapisami w dokumentacji.

31. Z analizowanej dokumentacji medycznej wynika, że karty zastosowania przymusu bezpośredniego były przedstawiane innym lekarzom do oceny. Przy tej ocenie lekarze brali pod uwagę m.in. prawidłowość zastosowanej procedury dla danego rodzaju przymusu bezpośredniego oraz jej przeprowadzenia, zgodnie z odpowiednimi wymogami, o których mowa w art. 18–18f u.o.z.p. Brak było przy tym w dokumentacji adnotacji naniesionych przez lekarzy oceniających zasadność stosowania przymusu o występujących rozbieżnościach pomiędzy znacznikami czasu

¹⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 731.

zaobserwowanymi na nagraniach z monitoringu a informacjami zamieszczonymi w dokumentacji ze stosowania środków przymusu bezpośredniego.

32. **W związku z powyższym KMPT zwraca się do Dyrektora Szpitala Nowowiejskiego o odniesienie się do zasygnalizowanych nieścisłości i wyjaśnienie, czy lekarze oceniający zasadność zastosowania środków przymusu bezpośredniego uwzględniają informacje zawarte na nagraniach z monitoringu, a jeśli tak, to dlaczego nie są przez nich zamieszczane w dokumentacji adnotacje o rozbieżnościach, o których mowa w pkt 29 i 30 niniejszego raportu.**

33. **KMPT zaleca rzetelne, zgodne z zapisami prawidłowo działającego monitoringu wizyjnego prowadzenie dokumentacji z zastosowania środków przymusu bezpośredniego.**

F. Aktualizacja wewnętrznej „Procedury stosowania przymusu bezpośredniego” (P-8- 5-09, wydanie V z dnia 30 czerwca 2020 r.) w zakresie zasięgania opinii drugiego lekarza przy przedłużaniu stosowania środków przymusu bezpośredniego i jej przestrzeganie.

34. **Zalecenie niezrealizowane.** W czasie trwania wizytacji obowiązywało nowe wydanie „Procedury stosowania przymusu bezpośredniego” (P-8.5.-09, wydanie VI z 15 marca 2023 r.). W pkt 5.3.13 nadal znajdował się niezmieniony zapis dotyczący uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą w przypadku przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia i izolacji po dwukrotnym przedłużeniu na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne. Natomiast z zalecenia wydanego przez KMPT w raporcie z 2022 r. wynikało, że opinia innego lekarza psychiatri powinna być wydawana już w momencie pierwszego przedłużenia stosowania ww. środków przymusu bezpośredniego, zgodnie z dyspozycją art. 18a ust. 10 u.o.z.p.

35. **W związku z powyższym KMPT ponawia zalecenie dotyczące wprowadzenia zmian w „Procedurze stosowania przymusu bezpośredniego”.**

G. Zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla personelu poprzez rozbudowanie oferty szkoleniowej o zewnętrzne szkolenia z zakresu: stosowania środków przymusu bezpośredniego ze szczególnym uwzględnieniem poszanowania praw pacjenta, a także: kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania i deeskalacji konfliktów, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku; wprowadzenie zewnętrznej superwizji oraz zaznajomienie personelu z treścią Protokołu stambulskiego.

36. **Zalecenie częściowo zrealizowane.** Tylko na jednym z czterech oddziałów w szkoleniu z zakresu stosowania środków przymusu bezpośredniego udział brali lekarze i pielęgniarki (według danych z lat 2022–2024). Na pozostałych trzech oddziałach w tej tematyce szkolił się jedynie personel pielęgniarski i personel pomocniczy. Większość personelu medycznego, z którym przedstawicielki KMPT odbywały rozmowy, nie miała także wiedzy na temat Protokołu stambulskiego.

37. W szpitalu nie jest także prowadzona superwizja. Delegacja KMPT uzyskała wyjaśnienie, że nie ma takiej konieczności, ponieważ na oddziałach nie jest prowadzona psychoterapia. Pracujący w szpitalu psycholodzy poddają swoją pracę superwizji we własnym zakresie, samodzielnie ją finansując.

38. KMPT podkreśla, że superwizja nie powinna być przeznaczona wyłącznie dla personelu, który prowadzi psychoterapię. Może być także wsparciem dla lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia, którzy doświadczają wypalenia zawodowego i stresu w pracy. W ocenie KMPT superwizja może być pomocna w pełnym wykorzystaniu potencjału zawodowego i budowania właściwej atmosfery w pracy.

39. **KMPT rekomenduje objęcie szkoleniami z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego całego personelu medycznego, wprowadzenie superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta, a także zaznajomienie personelu z treścią Protokołu stambulskiego.**

H. Zasięganie opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta w trybie bez zgody, chyba że nie będzie to możliwe ze względu na jego nieobecność na dyżurze.

40. **Zalecenie zrealizowane.**

I. Zaprzestanie praktyki umieszczania pacjentów na korytarzach i świetlicach w celu wzmożonego nadzoru nad ich stanem.

41. **Zalecenie niezrealizowane.** Podczas oglądu oddziałów ogólnopsychiatrycznych przedstawicielki KMPT zauważyły, że na korytarzach i w przestrzeniach wspólnych nadal znajdują się łóżka pacjentów. Rozmieszczanie pacjentów w tych miejscach spowodowane jest przede wszystkim brakiem możliwości zapewnienia przez personel medyczny stałego nadzoru nad pacjentami, u których występują myśli samobójcze. Z uwagi na brak dostatecznej liczby monitorowanych pokoi ta grupa pacjentów rozmieszczana jest często na korytarzach oddziałów, w pobliżu pokoi pielęgniarskich, w celu wzmożonego nadzoru nad ich stanem.

42. Powoduje to, że na korytarzach i w przestrzeniach wspólnych umieszczani byli pacjenci bez utrzymania podziału na płeć. Nie zawsze rozstawiano

parawany umożliwiające zasłonięcie łóżka przed innymi pacjentami. Taka sytuacja niewątpliwie ma wpływ na poczucie intymności, może także zwiększać ryzyko wystąpienia nadużyć i przemocy seksualnej.

43. Pacjenci przebywający na korytarzach albo w częściach wspólnych oddziałów mieli też gorsze warunki bytowe. Na jednym z oddziałów pacjent, zamiast standardowego łóżka, dysponował jedynie łóżkiem polowym. Niektórzy pacjenci nie mieli szafek przyłóżkowych i przechowywali swoje rzeczy w reklamówkach na łóżkach. Z nagrań z monitoringu wynikało też, że na korytarzach w porze nocnej jest zazwyczaj włączone światło. Utrudnia to pacjentom wypoczynek w porze nocnej.

44. KMPT ma świadomość występowania braku dostatecznej liczby monitorowanych pomieszczeń i personelu, który mógłby sprawować zwiększony nadzór nad pacjentami, niemniej jednak zaobserwowana praktyka kreuje obszary ryzyka, mogące prowadzić do niewłaściwego traktowania pacjentów. Szeroka argumentacja w tym zakresie została przedstawiona w raporcie z wizytacji KMPT przeprowadzonej w 2021 r., w którym pierwotnie sformułowano omawiane zalecenie.

45. **W związku z powyższym KMPT ponawia zalecenie zaprzestania umieszczania pacjentów na korytarzach i świetlicach w celu wzmożonego nadzoru nad ich stanem.**

46. **Jednocześnie KMPT zwraca się do Dyrektora Szpitala Nowowiejskiego o udzielenie informacji na temat przyjętych w szpitalu rozwiązań mających na celu redukcję wymienionych wyżej obszarów ryzyka.**

J. Informowanie pacjentów o możliwości otrzymania artykułów higienicznych, w tym środków menstruacyjnych.

47. **Zalecenie zrealizowane.** Każdy oddział miał zakupione środki higieniczne dla pacjentów, w tym podpaski. Co do zasady pacjenci byli poinformowani o możliwości skorzystania z nich.

48. KMPT otrzymało jednak sygnały, że nie wszystkie pacjentki miały do nich swobodny dostęp. Zdarzało się, że personel nie zawsze wydawał je w czasie, w którym były im one potrzebne. W ocenie KMPT artykuły menstruacyjne powinny być dostępne dla pacjentek w taki sposób, by nie musiały one czuć się zażenowane, gdy proszą o nie. Niezapewnienie takich podstawowych przedmiotów może być równoznaczne z poniżającym traktowaniem¹⁵.

49. **KMPT zaleca udostępnienie artykułów menstruacyjnych bezpośrednio w toaletach dla kobiet.**

¹⁵ Zob. Normy CPT, wyciąg z 10 sprawozdania ogólnego z 2006 r., CPT/Inf (2000) 13, par. 31.

K. Demontaż krat okiennych i zastąpienie ich innego rodzaju zabezpieczeniami, które umożliwią bezpiecznie wietrzenie pomieszczeń – przy okazji przeprowadzania kolejnych modernizacji szpitala.

50. **Zalecenie niezrealizowane.** Przedstawicielki KMPT uzyskały informację, że stosowanie krat okiennych uzasadniane jest względami bezpieczeństwa. W 2024 r. wystąpiło w szpitalu zdarzenie nadzwyczajne w postaci ucieczki pacjenta przez okno niezabezpieczone kratami, które znajdowało się na korytarzu. W ocenie KMPT zabezpieczenia okien kratą w szpitalach psychiatrycznych może wzbudzać w pacjentach poczucie zagrożenia i izolacji, prowadzić do wytworzenia środowiska przywołującego skojarzenia z systemem penitencjarnym. Tego typu rozwiązania są również krytykowane przez CPT¹⁶.

51. **KMPT ponawia zalecenie dotyczące demontażu krat okiennych i zastąpienia ich innego rodzaju zabezpieczeniami.**

L. Przegląd monitoringu pod kątem synchronizacji znaczników czasu i ustawienia prawidłowych dat.

52. **Zalecenie częściowo zrealizowane.** Zalecenie zostało zrealizowane w zakresie ustawienia prawidłowych dat. Jak wskazano wyżej, czas stosowania środków przymusu bezpośredniego widniejący na nagraniach z monitoringu różnił się od informacji zawartych w analizowanej dokumentacji medycznej pacjentów.

53. **KMPT zaleca przegląd monitoringu pod kątem synchronizacji znaczników czasu.**

M. Poszerzenie informacji o instytucjach skargowych o dane teleadresowe: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii: 800 676 676), organizacji pozarządowych, właściwego miejscowo sądu opiekuńczego.

54. **Zalecenie niezrealizowane.** Na tablicach ogłoszeń znajdujących się na oddziałach nadal brak jest ww. informacji.

55. **KMPT rekomenduje uzupełnienie informacji o ww. instytucjach stojących na straży praw człowieka o dane teleadresowe.**

N. Każdorazowe zapoznawanie pacjentów z ich prawami i obowiązkami oraz odbieranie ich podpisów pod wszelkimi oświadczeniami, które są oni

¹⁶ Zob. Raport CPT z wizyty: w Serbii w 2015 r. CPT/Inf (2016) 21, par. 156; w Finlandii, CPT/Inf (2015) 25, par. 97; w Wielkiej Brytanii, CPT/Inf (96) 11, par. 268.

**w stanie zrozumieć oraz mogą wyrazić w danym zakresie swoją wolę;
odnotowywanie w dokumentacji ewentualnych trudności w tym zakresie.**

56. **Zalecenie częściowo zrealizowane.** Przedstawicielki KMPT odebrały sygnały o niedostatecznym zapoznaniu niektórych pacjentów z ich prawami. Część pacjentów podpisywała oświadczenia, których treść nie była im w żaden sposób wyjaśniana.

57. **KMPT podtrzymuje powyższe zalecenie.**

O. Stworzenie broszury na temat praw i obowiązków pacjenta w kilku językach najczęściej spotykanych wśród pacjentów Szpitala Nowowiejskiego.

58. **Zalecenie częściowo zrealizowane.** Na tablicach informacyjnych każdego oddziału znajduje się informacja o prawach pacjenta w języku ukraińskim. Na jednym z oddziałów tego typu informacje są dostępne w języku angielskim, ale nie są one ogólnodostępne – znajdują się w dyżurce pielęgniarek. Podczas wizytacji przedstawicielki KMPT powzięły informacje, że na oddziałach szpitala przebywali pacjenci będący obywatelami Turcji, Bułgarii, Rumunii czy Republiki Konga. Pacjenci najczęściej porozumiewali się z personelem w języku angielskim albo rosyjskim.

59. **KMPT podtrzymuje zalecenie stworzenia broszury na temat praw i obowiązków pacjenta w kilku najpowszechniej spotykanych językach.**

P. Odnotowywanie w dokumentacji indywidualnej cudzoziemców, w jakim języku pacjent się komunikuje oraz czy i w jaki sposób zostały mu przekazane najważniejsze informacje na temat pobytu w placówce.

60. **Zalecenie częściowo zrealizowane.** W dokumentacjach pacjentów będących cudzoziemcami różna była praktyka zamieszczania tego typu informacji. Najczęściej poprzestawano na wskazaniu występowania trudności komunikacyjnych oraz określeniu, w jakim języku porozumiewa się pacjent. Nie wszędzie odnotowywano, czy i w jakim zakresie zostały przekazane pacjentom informacje na temat pobytu w placówce. Brak było też przetłumaczonych na inne języki druków oświadczeń, które podpisywali pacjenci innej narodowości. Zachodzi zatem obawa, że pacjenci składali podpis pod tekstem, którego najprawdopodobniej nie rozumieli.

61. **KMPT ponownie rekomenduje odnotowywanie w dokumentacji indywidualnej cudzoziemców, czy i w jaki sposób zostały im przekazane najważniejsze informacje na temat pobytu w placówce.**

Q. Każdorazowe odnotowywanie w dokumentacji informacji o przekazaniu pacjentom zawiadomień sądowych.

62. **Zalecenie zrealizowane.** Informacje o dacie wpływu i odbioru korespondencji kierowanej do pacjentów znajdowały się w księgach kancelaryjnych prowadzonych na każdym oddziale.

R. Zorganizowanie zajęć terapeutycznych dla pacjentów w weekendy oraz w tygodniu w godzinach popołudniowych.

63. **Zalecenie niezrealizowane.** Zajęcia nie odbywają się z powodu braku środków finansowych na zatrudnienie personelu w odpowiednim wymiarze etatu.

64. **KMPT podtrzymuje powyższe zalecenie.**

S. Stworzenie miejsca do spacerów, które będzie zapewniało odpowiedni poziom bezpieczeństwa, a tym samym umożliwi znacznie częściej i większej liczbie pacjentów możliwość korzystania z tej formy spędzania wolnego czasu.

65. **Zalecenie niezrealizowane.** Delegacja KMPT ustaliła, że spacerowanie pacjentów nadal odbywają się raz dziennie od poniedziałku do piątku. Zazwyczaj spacer trwa około godziny. Pacjenci wychodzą grupami pod nadzorem terapeuty zajęciowego. Od czasu wizytacji KMPT przeprowadzonej w szpitalu w 2021 r. nadal nie wyodrębniono odpowiednio bezpiecznego miejsca do spacerów, które umożliwiłoby znacznie częstszą – i większej liczbie pacjentów – możliwość korzystania z tej formy spędzania wolnego czasu.

66. **KMPT ponawia rekomendację zawartą w raporcie z 2022 r.**

T. Umożliwienie pacjentom skorzystania z możliwości wyjścia na spacer także w weekendy.

67. **Zalecenie niezrealizowane.** Spacerowanie w weekendy odbywają się tylko w obecności członków rodziny pacjenta. Brak jest personelu, który mógłby asystować pacjentom w spacerach w weekend.

68. **KMPT podtrzymuje zalecenie dotyczące umożliwiania wszystkim pacjentom skorzystania ze spacerów w weekendy.**

U. Wprowadzenie spotkań społeczności terapeutycznej na każdym z oddziałów.

69. **Zalecenie częściowo zrealizowane.** Na oddziale IV nie odbywały się spotkania społeczności terapeutycznej.

70. **KMPT zaleca prowadzenie spotkań społeczności terapeutycznej na wszystkich oddziałach.**

V. Systematyczny przegląd pomieszczeń pod kątem przeprowadzenia drobnych remontów.

71. **Zalecenie zrealizowane.**

W. Uzupełnienie wyposażenia pokoi w meble, które umożliwią każdemu pacjentowi przechowywanie rzeczy osobistych.

72. **Zalecenie częściowo zrealizowane.** Pacjenci nadal przechowywali rzeczy osobiste w szafkach przyłóżkowych, na parapetach, pod łózkami albo na łózkach. W wielu pokojach co prawda znajdowały się szafy przeznaczone do wspólnego użytku, ale często pozostawały one puste. Pacjenci nie byli skłonni przechowywać tam należących do nich przedmiotów z obawy przed kradzieżami. Szafy nie były również stabilne. Przedstawicielki KMPT przekonały się o tym w trakcie oglądu sal pacjentów. Podczas otwierania drzwiczek jednej z szaf zaczęła się ona przechylać niebezpiecznie w kierunku łóżka jednego z pacjentów. Pacjenci nie mieli także możliwości zamykania swoich rzeczy osobistych na klucz. Zastane rozwiązania nie spełniały w ocenie KMPT w praktyce swojej funkcji.

73. **KMPT ponownie zaleca wyposażenie pokoi w meble, które umożliwią każdemu pacjentowi przechowywanie rzeczy osobistych pod kluczem.**

X. Uwzględnienie, podczas planowania najbliższych remontów, potrzeb personelu przy projektowaniu pomieszczeń, które służyć będą oddziaływaniom psychologicznym, tak aby zapewniały one komfortowe warunki do przeprowadzania rozmów z zachowaniem poufności.

74. **Zalecenie zrealizowane.** Przedstawicielki KMPT nie odebrały od personelu zastrzeżeń dotyczących komfortu pracy. Gabinety psychologów przewidują dwa stanowiska pracy. W przypadku kiedy zachodzi potrzeba przeprowadzenia poufnej rozmowy z pacjentem, jeden z psychologów opuszcza gabinet lub, co do zasady, grafiki ustalane są w sposób umożliwiający użytkowanie pokoju przez psychologa jednoosobowo. Występują też takie sytuacje, w których pacjenci wyrażają zgodę na obecność drugiego psychologa w czasie rozmowy.

Y. Pełne dostosowanie placówki, podczas najbliższych remontów, do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

75. **Zalecenie niezrealizowane.** Szczegółowa argumentacja odnosząca się do potrzeby realizacji tego zalecenia, którą KMPT podtrzymuje, znajduje się w raporcie z 2022 r. Dodatkowo należy zaznaczyć, że mimo deklaracji kierownictwa placówki

formułowanych podczas uprzedniej wizytacji oddział I nadal nie przeszedł gruntownego remontu. Wykonywane są jedynie drobne prace remontowe.

76. **KMPT zaleca realizację powyższej rekomendacji.**

Z. Przestrzeganie wymogów sanitarnych wskazanych w rozporządzeniach dotyczących ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego, w tym zakrywanie ust i nosa przez personel placówki.

77. Poprzednia wizytacja była przeprowadzona w czasie stanu epidemii. W trakcie wizytacji mającej na celu sprawdzenie stopnia realizacji zaleceń stan ten już nie obowiązywał. Jednakże placówka dysponuje pisemnymi procedurami na wypadek ponownego wystąpienia tego typu sytuacji.

V. Stan realizacji zalecenia wydanego Marszałkowi Województwa Mazowieckiego w wyniku wizytacji KMPT przeprowadzonej w dniach 4–6 maja 2021 r., dotyczącego przekazania środków finansowych na realizację zaleceń

78. Działając ze świadomością, że realizacja części zaleceń wymaga przeznaczenia środków pieniężnych, Krajowy Mechanizm zwrócił się do Marszałka Województwa Mazowieckiego o udzielenie dyrekcji szpitala wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji zaleceń. W piśmie datowanym na 13 grudnia 2022 r. Marszałek Województwa Mazowieckiego poinformował o przekazaniu szpitalowi niezbędnych środków. Od czasu ostatniej wizytacji zwiększyła się także obsada lekarzy. Nie wszystkie zalecenia zostały jednak zrealizowane przez szpital.

79. **KMPT ponownie zaleca przekazanie dyrekcji szpitala wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji zaleceń.**

VI. Stan realizacji rekomendacji skierowanej do Prezesa Sądu Okręgowego w Warszawie w wyniku wizytacji KMPT przeprowadzonej w dniach 4–6 maja 2021 r., dotyczącej przeprowadzania posiedzeń w przypadku tak istotnych kwestii jak ubezwłasnowolnienie lub umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym w sposób stacjonarny, przy osobistym kontakcie Sądu z uczestnikami postępowania

80. Z informacji uzyskanych przez przedstawicielki KMPT wynika, że wysłuchania pacjentów przyjętych w trybie bez zgody nadal odbywają się online.

81. Zazwyczaj pacjenci przebywają podczas wysłuchań w pokojach dla personelu medycznego. Towarzyszy im prawie zawsze lekarz.

82. Długo jest także czas oczekiwania przez szpital na postanowienia sądu umarzające postępowanie w przedmiocie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody, w przypadku następczego wyrażenia zgody przez pacjenta na pobyt i leczenie.

83. KMPT podtrzymuje argumentację zawartą w poprzednim raporcie w zakresie zasadności zapewnienia bezpośredniego kontaktu sądu z osobą, której dotyczy postępowanie o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym, nie zaś za pośrednictwem środków umożliwiających porozumiewanie się na odległość. Na uwadze należy mieć w tym zakresie doniosłość tego postępowania i konieczność zapewnienia ochrony praw osoby, której postępowanie to dotyczy.

84. **KMPT zwraca się z prośbą do Prezesa Sądu Okręgowego w Warszawie o rozważenie przeprowadzania wysłuchań pacjentów w szpitalu z pełnym zachowaniem zasady bezpośredniości.**

VII. Kwestie niezwiązane z weryfikacją zaleceń

85. **[Bezpieczeństwo]** Podczas wizytacji szpitali psychiatrycznych KMPT każdorazowo zwraca uwagę na kwestię bezpieczeństwa pacjentów. Przedstawicielki KMPT ustaliły, że w szpitalu występuje problem związany z zagwarantowaniem pacjentom i personelowi bezpieczeństwa. Z analizy dokumentacji dotyczącej zdarzeń niepożądanych wynikało, że pomiędzy pacjentami często dochodzi do agresji fizycznej. Atakowany przez pacjentów jest również personel.

86. Pracownicy mają co prawda zamontowaną w niektórych pomieszczeniach instalację alarmową, która pozwala na wezwanie sanitariuszy, jednak uzyskanie pomocy jest utrudnione. Pokój sanitariuszy znajduje się na parterze szpitala, w izbie przyjęć. Natomiast większość oddziałów zlokalizowana jest w innej klatce, na wyższych piętrach. Czas oczekiwania na pomoc sanitariuszy w przypadku wystąpienia agresywnych zachowań pacjenta jest zatem znacznie wydłużony.

87. Pomocne w tej sytuacji może być zamontowanie instalacji przyzywowej we wszystkich pomieszczeniach, w których przebywają pacjenci (łazienki, sale pacjentów). Takie rozwiązanie umożliwia szybszą interwencję personelu medycznego (nie tylko sanitariuszy) w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłym pogorszeniem się stanu zdrowia pacjenta, atakami na personel lub na innych pacjentów, wystąpienia samoagresji lub w przypadku innych nieprzewidzianych zdarzeń. Montaż sygnalizacji ma także szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, w szczególności ruchowymi, które nie są w stanie szybko zakomunikować

personelowi potrzeby uzyskania pomocy. W wizytowanej placówce nadal nie zdecydowano się na wprowadzenie takiego rozwiązania, pomimo sygnalizowania tej kwestii przez KMPT w 2022 r., a także wystąpienia generalnego RPO w sprawie konieczności wyposażenia pacjentów oddziałów i szpitali w tego typu sygnalizację¹⁷. Rekomendacje w tym zakresie wydało również CPT¹⁸.

88. Zespół KMPT ustalił również, na podstawie opinii personelu, że w ostatnich latach nastąpił wzrost liczby pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Substancje te przenikają na oddziały szpitalne. W kwietniu 2025 r. w szpitalu doszło do zatrucia się pacjentów substancjami niewiadomego pochodzenia. Jeden z pacjentów zmarł. Toczy się w związku z powyższym postępowanie przygotowawcze oraz postępowanie wewnętrzne w szpitalu, mające na celu wyjaśnienie okoliczności tego zdarzenia.

89. W tej sprawie Rzecznik Praw Obywatelskich pismem datowanym na 11 lipca 2025 r. zwrócił się do Prokuratury Rejonowej Warszawa-Śródmieście o poinformowanie o stanie sprawy. Nadal oczekuje na odpowiedź organu.

90. Na dzień rozpoczęcia wizytacji w czerwcu 2025 r. w szpitalu brak było nowych procedur i rozwiązań prewencyjnych, które mogłyby zapobiegać przenikaniu niedozwolonych substancji na teren szpitala. O bezpieczeństwie pacjentów decyduje czujność personelu medycznego i bieżąca kontrola monitoringu z obszarów wspólnych na oddziałach, tj. korytarzy, świetlic. Obowiązywał także zakaz zamawiania przez pacjentów posiłków spoza szpitala, ponieważ ujawniono w nich substancje niedozwolone.

91. W ocenie KMPT przyjęte w szpitalu rozwiązania nie są wystarczające do zagwarantowania bezpieczeństwa pacjentom i personelowi. Niezbędne jest przede wszystkim opracowanie procedur prewencyjnych, w szczególności dotyczących przedostawania się na teren szpitala substancji psychoaktywnych, m.in. ewidencjonowania osób odwiedzających pacjentów, zgłaszania przypadków ujawnienia substancji niewiadomego pochodzenia na oddziale, szybkiego i precyzyjnego sposobu identyfikacji zażytej przez pacjenta substancji czy też wprowadzenia zmian w systemie monitoringu wizyjnego. Wydaje się również zasadne skrócenie czasu oczekiwania na pomoc sanitariuszy.

92. **W związku z powyższym KMPT zwraca się do Dyrektora Szpitala Nowowiejskiego o udzielenie informacji, czy zakończyło się w szpitalu**

¹⁷ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 22 maja 2017 r., KMP.574.4.2017.

¹⁸ Zob. Raporty CPT z wizyt: na Węgrzech w 2009 r. CPT/Inf (2010) 16, par. 95; w Hiszpanii w 2003 r. CPT/Inf (2007) 28, par. 132; w Turcji w 1997 r. CPT/Inf (99) 2, par. 198.

postępowanie wyjaśniające związane z wydarzeniami z kwietnia 2025 r., oraz o przesłanie materiałów dotyczących tego postępowania po jego zakończeniu.

93. **[Stosowanie kajdanek w trakcie transportu]** KMPT otrzymało sygnały, że nadal zdarzają się sytuacje przywożenia pacjentów do szpitala przez Policję w kajdankach. Dopiero na prośbę lekarza izby przyjęć kajdanki są im zdejmowane. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie wymienia kajdanek jako środka przymusu bezpośredniego. Kajdanki stosowane są przez funkcjonariuszy Policji w trybie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej¹⁹, która określa, w jakich sytuacjach można użyć środków przymusu bezpośredniego. Prewencyjne zakładanie kajdanek każdemu pacjentowi (tylko dlatego, że jest pacjentem psychiatrycznym) konwojowanemu do szpitala lub poza szpital jest nadużyciem, niezajdującym odzwierciedlenia w przepisach prawa. Ustawa o środkach przymusu bezpośredniego jako pierwszą zasadę posługiwania się nimi wskazuje, aby używać ich lub wykorzystywać je w sposób niezbędny do osiągnięcia celów tego użycia lub wykorzystania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości (art. 6 ustawy). Na problem stosowania przez Policję kajdanek w stosunku do pacjentów psychiatrycznych RPO zwrócił uwagę w wystąpieniu generalnym do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji²⁰.

VIII. Zalecenia

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

A. Dyrektorowi Szpitala Nowowiejskiego:

1. częstsze podejmowanie przez personel medyczny prób chwilowego uwolnienia pacjentów w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych;
2. zobowiązanie personelu do osobistego, co 15 minut, sprawdzania stanu fizycznego unieruchamianych pacjentów;
3. przypomnienie lekarzom o konieczności każdorazowego i osobistego badania pacjentów w sytuacji podejmowania decyzji o zastosowaniu i przedłużeniu stosowania środka przymusu bezpośredniego;

¹⁹ Dz. U. z 2025 r. poz. 555.

²⁰ Wystąpienie generalne RPO do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 11 kwietnia 2022 r., II.574.1.2022.

4. prowadzenie dokumentacji z zastosowania środków przymusu bezpośredniego w sposób rzetelny, zgodny z zapisami prawidłowo działającego monitoringu wizyjnego;
5. wprowadzenie w „Procedurze stosowania przymusu bezpośredniego” zapisu o wymogu uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą w przypadku przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia i izolacji;
6. objęcie szkoleniami z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego całego personelu medycznego;
7. zaznajomienie personelu z treścią Protokołu stambulskiego;
8. wprowadzenie superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta;
9. zaprzestanie umieszczania pacjentów na korytarzach i świetlicach w celu wzmożonego nadzoru nad ich stanem;
10. udostępnienie artykułów menstruacyjnych bezpośrednio w toaletach dla kobiet;
11. demontaż krat okiennych i zastąpienie ich innego rodzaju zabezpieczeniami, które umożliwią bezpiecznie wietrzenie pomieszczeń;
12. przegląd monitoringu pod kątem synchronizacji znaczników czasu;
13. poszerzenie informacji znajdujących się na tablicach informacyjnych na oddziałach o dane teleadresowe Rzecznika Praw Obywatelskich, organizacji pozarządowych, właściwego miejscowo sądu opiekuńczego;
14. przypomnienie personelowi o konieczności każdorazowego informowania pacjentów o ich prawach i obowiązkach, a także upewnienie się przez personel, że informacje te zostały przez nich dostatecznie zrozumiane;
15. stworzenie broszury na temat praw i obowiązków pacjenta w kilku językach, najczęściej spotykanych wśród pacjentów szpitala;
16. odnotowywanie w dokumentacji cudzoziemców, czy i w jaki sposób zostały im przekazane najważniejsze informacje na temat pobytu w placówce;
17. zorganizowanie zajęć terapeutycznych dla pacjentów w weekendy oraz w tygodniu w godzinach popołudniowych;
18. stworzenie odpowiednio zabezpieczonego miejsca do spacerów, które umożliwi częstsze – i większej liczbie pacjentów – przebywanie na świeżym powietrzu;
19. umożliwienie wszystkim pacjentom korzystania ze spacerów w weekendy;
20. prowadzenie spotkań społeczności terapeutycznej na wszystkich oddziałach;
21. wyposażenie pokoi w meble, które umożliwią każdemu pacjentowi przechowywanie rzeczy osobistych pod kluczem;
22. dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

B. Marszałkowi Województwa Mazowieckiego:

przekazanie Dyrekcji szpitala wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji zaleceń.

C. Prezesowi Sądu Okręgowego w Warszawie:

rozważenie przeprowadzania czynności wysłuchania pacjentów w szpitalu z pełnym zachowaniem zasady bezpośredniości.

Dodatkowo KMPT zwraca się do Dyrektora szpitala o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w pkt 32, 46 i 92 raportu.

Opracowała: Renata Kłyż-Urbańska

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/