



Warszawa, 25-07-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.574.1.2025.MK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego Szpitala
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu**

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 organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. Z kolei

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).

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

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.

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

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.

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

II. Wprowadzenie

9. W dniach 25–27 lutego 2025 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację ukierunkowaną na zbadanie stosowania środków przymusu bezpośredniego Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży (5B) Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu (dalej: oddział, oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży).

10. W skład zespołu wizytującego wchodził: Sylwia Kozarzewska (specjalista w dziedzinie profilaktyki społecznej i resocjalizacji) i Mikołaj Kidoń (prawnik).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli rozmowę wstępną z Dyrektorem Szpitala Jarosławem Karbowskim i Zastępczynią Dyrektora ds. administracyjno-organizacyjnych Anną Dekarz, następnie odbyli poufne rozmowy z pacjentami, personelem szpitala, a także dokonali oglądu pomieszczeń i zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją. Na koniec wizytacji delegacja KMPT przekazała dyrekcji szpitala swoje wstępne uwagi. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanych nagrań z monitoringu wizyjnego oraz otrzymanej dokumentacji i informacji pisemnych.

12. Niniejszy raport sygnalizuje obszary wymagające poprawy, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt IV).

III. Charakterystyka szpitala

13. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Organem założycielskim szpitala jest Samorząd Województwa Dolnośląskiego. W szpitalu znajduje się 14 oddziałów, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny, Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych, Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży oraz poradnie specjalistyczne.

14. W zainteresowaniu KMPT podczas wizytacji pozostawał Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży z 24 miejscami. W dniu wizytacji na oddziale przebywało 22 pacjentów.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

IV. Obszary wymagające poprawy

A. Traktowanie

15. Delegacja odebrała od pacjentów sygnały o niewłaściwym traktowaniu przez pracowników oddziału. Pracownicy mieli okazywać pacjentom agresję fizyczną oraz werbalną, zastraszać ich, prowokować i krzyczeć oraz używać wulgarnego języka. Wobec pacjentów miały być kierowane m.in. następujące komentarze: „mogłeś/-aś głębiej” (w przypadku pacjentów samookaleczających się); „zamknij się” (w stosunku płaczących pacjentów); „uspokój się, bo dostaniesz zastrzyk”; „przestań udawać”; „tnij się w tę stronę” (w przypadku pacjentów samookaleczających wewnętrzną stronę nadgarstków); „rozwydrzony bachor”. Delegacja odebrała także sygnały o pielęgniarce, która miała przycisnąć poduszkę do twarzy pacjenta, celem jego przyduszenia podczas stosowania przymusu bezpośredniego.

16. **KMPT zaleca podjęcie stanowczych działań na rzecz przeciwdziałania niewłaściwemu traktowaniu pacjentów i zwiększenie nadzoru nad podległym personelem. Pracownicy powinni otrzymać od przełożonych stanowczy sygnał, że pacjenci powinni być traktowani z szacunkiem i godnością, a wszelkie formy niewłaściwego traktowania (w tym m.in. zastraszanie, używanie wulgarnego języka i agresja werbalna) są niedopuszczalne i będą odpowiednio karane.**

B. Stosowanie i dokumentowanie przymusu bezpośredniego

a. Długość stosowania przymusu bezpośredniego

17. KMPT ustalił, że przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia często stosowany jest wobec pacjentów przez wiele godzin. Przykładowo w dniu 19 stycznia 2025 r. stosowano ten środek wobec pacjenta przez 24 godziny i 15 minut. W wielu przypadkach stosowano unieruchomienie przez całą noc, gdy pacjenci spali i byli spokojni.

18. Zgodnie z art. 18a ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania¹³. Wedle standardów CPT środki przymusu powinny zawsze być stosowane zgodnie z zasadami legalności, konieczności, proporcjonalności i odpowiedzialności. Stosowanie przymusu wobec pacjentów powinno być traktowane jako środek ostateczny zapobiegający nieuchronnej szkodzie. Przymus należy zawsze stosować przez możliwie najkrótszy czas. Po ustaniu przyczyny powodującej

¹³ Dz. U. z 2024 r. poz. 917.

zastosowanie przymusu należy natychmiast zaprzestać jego stosowania. Czas stosowania środka przymusu mechanicznego powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny) i zawsze powinien zostać zakończony, gdy ustaną przyczyny leżące u podstaw jego zastosowania¹⁴.

19. **KMPT zaleca stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów wyłącznie w ostateczności, zgodnie z zasadami legalności, konieczności, proporcjonalności, zasadności i odpowiedzialności, na możliwie najkrótszy czas, z natychmiastowym zakończeniem po ustaniu przyczyny uzasadniającej jego stosowanie.**

b. Nieodpowiednia liczba członków personelu przy zabezpieczaniu pacjenta celem jego unieruchomienia

20. Zebrany materiał wskazuje, że w czynnościach zabezpieczenia pacjenta celem jego unieruchomienia nie bierze udziału odpowiednia liczba członków personelu. Przykładowo w dniu 23 lutego 2025 r. ok. godz. 23:03 w procedurze zabezpieczenia pacjentki wzięło udział wyłącznie dwóch pracowników, a w dniu 11 stycznia 2025 r. ok. godz. 21:45 – trzech pracowników.

21. Sprawne i bezpieczne przeprowadzenie zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia wymaga udziału 5 osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia każdej z kończyn, jedna osoba dla zabezpieczenia głowy).

22. **KMPT zaleca zapewnienie udziału odpowiedniej liczby członków personelu podczas unieruchamiania pacjenta – celem zapewnienia, że przymus bezpośredni będzie stosowany w sposób bezpieczny i fachowy.**

c. Brak prywatności

23. KMPT ustalił, że unieruchamianie pacjentów odbywa się wyłącznie w salach mieszkalnych bez zapewnienia osłony przed innymi osobami obecnymi w pomieszczeniu (nie zostało wyznaczone dedykowane pomieszczenie do tego celu), co narusza ich prawo do prywatności oraz intymności i jest praktyką zastraszającą innych pacjentów. Ponadto kamery monitorujące, pozbawione funkcji zamazywania intymnych części ciała, były umieszczone w sposób umożliwiający rejestrację pacjentów podczas załatwiania potrzeb fizjologicznych, w tym ich okolic intymnych. Przykładowo w dniach 23–24 lutego 2025 r. od godz. ok. 23:00 do 11:00 stosowano unieruchomienie wobec dwóch pacjentek umieszczonych w tej samej sali.

¹⁴ Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), CPT/Inf (2017) 6, p. 1.2, 1.4, 4.1, dostęp na stronie: <https://rm.coe.int/1680953499>.

W dniu 18 stycznia 2025 r. od ok. godz. 18:20 do 18:40 drzwi do sali, w której stosowało się unieruchomienie wobec pacjenta, pozostawały otwarte – w tym czasie do sali kilkakrotnie wchodzili inni pacjenci. W dniach 16–17 lutego 2025 r. w sali, w której przebywał unieruchomiony pacjent, znajdował się także inny pacjent. W dniu 18 stycznia 2025 r. ok. godz. 18:14 pacjent załatwiał swoje potrzeby fizjologiczne do basenu sanitarnego, będąc unieruchomionym – następnie został wytarty papierem toaletowym przez personel – cała czynność odbyła się przy innym pacjencie, który przebywał w sali mieszkalnej.

24. Zgodnie z art. 18d ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, osobę, wobec której stosuje się przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym. Natomiast zgodnie z art. 18d ust. 2 ww. ustawy w przypadku braku możliwości umieszczenia osoby 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. Wedle zaleceń CPT należy zaprzestać stosowania środka przymusu w postaci unieruchomienia pacjenta na łóżku za pomocą pasów w obecności innych pacjentów, ponieważ jest to praktyka niegodna, potencjalnie niebezpieczna i mogąca wywoływać poczucie zagrożenia u pozostałych osób¹⁵.

25. **KMPT zaleca zapewnienie prywatności pacjentom podczas stosowania przymusu bezpośredniego.**

d. Nieudokumentowanie środków przymusu bezpośredniego

26. Z analizy dokumentacji i nagrań monitoringu wynika, że personel nie dokumentował w kartach zastosowania przymusu bezpośredniego żadnych środków poza użyciem pasów, mimo że były one stosowane. Przykładowo w dniu 20 stycznia 2025 r. ok. godz. 8:24 doszło do przymusowego podania leków w postaci zastrzyku, co nie zostało odnotowane ani w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego, ani ocenie stanu fizycznego pacjenta. W dniu 16 lutego 2025 r. o godz. 21:16 doszło do przytrzymania pacjenta przez członka personelu, czego nie odnotowano w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego.

27. **KMPT zaleca odnotowywanie wszystkich zastosowanych środków przymusu bezpośredniego.**

¹⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Rumunii w 2022 r., CPT/Inf (2023) 28, p. 59.

e. Niedokładna godzina rozpoczęcia i zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego

28. KMPT ustalił, że w dokumentacji pacjentów personel nie wpisywał rzeczywistej godziny rozpoczęcia i zakończenia stosowania środka przymusu bezpośredniego. Przykładowo w dokumentacji pacjentki, wobec której w dniach 11–12 stycznia 2025 r. stosowano środek przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia wpisano, że był stosowany od godz. 22:00 do 7:45, gdy w rzeczywistości stosowany był od godz. 21:45 do 8:00 – co ustalono na podstawie nagrań z monitoringu wizyjnego.

29. **KMPT zaleca dokumentowanie czasu rozpoczęcia i zakończenia stosowania środków przymusu bezpośredniego w sposób rzetelny, skrupulatny, precyzyjny i zgodny ze stanem faktycznym.**

f. Przedłużanie stosowania przymusu bezpośredniego

30. KMPT odnotował, że w przypadku podejmowania decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego lekarz często nie przeprowadza osobistego badania pacjenta. Przykładowo w dokumentacji pacjentek, wobec których w dniach 23–24 lutego 2025 r. stosowano środek przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, wpisano, że podjęto decyzje o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego – wobec pierwszej pacjentki o godz. 2:40 i 8:45 oraz drugiej pacjentki o godz. 3:00 i 9:00. We wskazanym przypadku lekarz, który przedłużył stosowanie środków o godz. 2:40 i 3:00, nie przeprowadził badania osób, a lekarz, który przedłużył stosowanie środków o godz. 8:45 i 9:00, zjawił się w sali, w której przebywały pacjentki, dopiero o godz. 9:18.

31. Zgodnie z art. 18a ust. 8 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy, z których każdy nie może trwać dłużej niż 6 godzin.

32. KMPT dopatrzył się także nieprawidłowości w wypełnianiu sekcji nr 4 „Informacja o podjęciu decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego oraz uzasadnienie tej decyzji (jeżeli dotyczy)”, części „Uzasadnienie” w kartach zastosowania przymusu bezpośredniego. Przykładowo w dokumentacji pacjenta, wobec którego stosowano w dniach 16–17 lutego 2025 r. środek przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, wpisano, że podjęto decyzję o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego o godz. 1:30 i 7:30 – w obu przypadkach sekcja „Uzasadnienie” została pozostawiona niewypełniona.

Co więcej, o godz. 1:30 nie przeprowadzono żadnego badania. W większości pozostałych przypadków wpisy w tej części były lakoniczne, np. „krzyczy, wulgarna”.

33. Zgodnie z § 2 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia¹⁶ karta zastosowania przymusu bezpośredniego obejmuje wskazanie uzasadnienia poszczególnych okresów jego przedłużania.

34. **W przypadku przedłużania stosowania środka przymusu bezpośredniego KMPT zaleca przeprowadzenie każdorazowo osobistego badania pacjenta oraz precyzyjnego uzasadnienie decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego, zgodnie z przepisami prawa.**

g. Ocena stanu pacjenta

35. W trakcie analizy monitoringu wizyjnego przedstawiciele KMPT zauważyli, że podczas stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia nie zawsze były przestrzegane normy dotyczące regularnego kontrolowania stanu pacjenta przez personel medyczny. Stan pacjentów często nie był kontrolowany przez pielęgniarkę co 15 minut. Co prawda, w kartach oceny stanu fizycznego pacjentów znajdują się wpisy z imieniem i nazwiskiem osoby kontrolującej stan fizyczny co 15 minut, jednak ich rzetelność pozostawia wiele wątpliwości, bowiem bezpośredni kontakt z pacjentem ma miejsce jedynie kilka razy. Czasami zdarzało się, w szczególności w nocy, że stan pacjentów nie jest kontrolowany nawet przez kilka godzin. Przykładowo w dniu 16–17 lutego 2025 r. wobec pacjenta stosowano środek przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, a jego stan nie był kontrolowany przez wiele godzin, tj. od godz. 01:14 do godz. 6:54, mimo że zgodnie z kartą oceny stanu fizycznego pacjenta do kontroli dochodziło co 15 minut.

36. Zgodnie z art. 18a ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej kontroluje pielęgniarka nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. Zgodnie z zaleceniami CPT należy zadbać, aby w przypadku zastosowania środka przymusu polegającego na unieruchomieniu pacjenta na łóżku za pomocą pasów w pomieszczeniu stale przebywał przeszkolony członek personelu, który utrzymuje relację terapeutyczną z pacjentem i udziela mu niezbędnego wsparcia¹⁷.

37. **W przypadku stosowania środka przymusu bezpośredniego KMPT zaleca ocenę stanu fizycznego pacjentów nie rzadziej niż co 15 minut, zgodnie z przepisami prawa.**

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2023 r. poz. 731).

¹⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Rumunii w 2022 r., CPT/Inf (2023) 28, p. 59.

h. Chwilowe uwolnienie

38. Analiza monitoringu z zastosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia prowadzi do wniosku, że na ogół nie stosuje się chwilowego zwolnienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych. Przykładowo w dniach 23–24 lutego 2025 r. pacjentka, wobec której zastosowano unieruchomienie, oddała mocz na łóżku. Następnie ok. godz. 23:56 członek personelu zdjął prześcieradło z łóżka pacjentki i ok. godz. 00:11 wytarł materac. Około godz. 00:19 członek personelu zmienił odzież dolną pacjentki. Pacjentka nie miała możliwości umycia się do momentu zakończenia stosowania przymusu o godz. 10:50. W dniu 16 lutego 2025 r. ok. godz. 7:39 pacjent był karmiony w pozycji półleżącej przez członka personelu – w tym czasie pacjent pozostawał unieruchomiony.

39. Przedstawiciele KMPT zaobserwowali, że w dokumentacji niezgodnie z prawdą wpisywano, że pacjentów unieruchomionych chwilowo zwolniono. Przykładowo w dokumentacji pacjenta, wobec którego w dniu 18 stycznia 2025 r. stosowano środek przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, udokumentowano, że został uwolniony celem zaspokojenia potrzeb fizjologicznych ok. godz. 17:00, a także celem zmiany pozycji ok. godz. 21:15. Nie potwierdziła tego jednak analiza nagrań z monitoringu wizyjnego. Rzeczywiście ok. godz. 17:05 pacjent zaspokajał swoje potrzeby fizjologiczne, lecz nie został on ani częściowo, ani całkowicie uwolniony. W tym czasie pacjent oddał mocz bez zwolnienia unieruchomienia – pielęgniarka, trzymając jego genitalia, skierowała strumień moczu do basenu sanitarnego.

40. KMPT dostrzegł, że od łącznego czasu stosowania środka przymusu bezpośredniego odejmuje się czas rzekomego uwolnienia pacjenta unieruchomionego. Przykładowo w dokumentacji pacjenta, wobec którego w dniu 18 stycznia 2025 r. stosowano środek przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, wpisano, że środek stosowany był od godz. 15:45 do godz. 23:00 i łącznie trwał 6 godzin i 45 minut (co w rzeczywistości wynosi 7 godz. i 15 minut), a w tym czasie został chwilowo uwolniony dwukrotnie – analiza dokumentacji pacjentów prowadzi do wniosku, że od czasu stosowania środka odejmowano czas, podczas którego pacjent był zwalniany, mimo że w tym przypadku do uwolnienia nie doszło przez cały okres stosowania środka.

41. Zgodnie ze standardami CPT pacjenci poddani środkom przymusu powinni być odpowiednio ubrani, w miarę możliwości móc samodzielnie jeść i pić oraz zaspokajać swoje potrzeby fizjologiczne w miejscu do tego przeznaczonym¹⁸.

42. **KMPT zaleca zapewnienie chwilowego zwolnienia pacjenta w celu umożliwienia mu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, a gdyby nie było to możliwe, skrupulatne dokumentowanie braku takiej możliwości.**

i. Postępowanie personelu w przypadku opluwania

43. Analiza monitoringu z zastosowania środka przymusu bezpośredniego z dnia 24 lutego 2025 r. ujawniła, że ok. godz. 00:06 pielęgniarka dociskała koszulkę do twarzy pacjentki. W trakcie zakładania pasów pacjentka szarpała się i prawdopodobnie pluła, wskutek czego pielęgniarka naciągnęła jej na twarz koszulkę, którą miała na sobie.

44. W opublikowanym w sierpniu 2023 r. studium tematycznym Specjalnego Sprawozdawcy ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania przedstawiono m.in. wstępną listę środków przymusu bezpośredniego, które określono jako z natury okrutne, niehumanitarne lub poniżające i które jako takie uważane są za zabronione¹⁹. W publikacji wspomniano m.in. o tym, że zakrywanie twarzy u osoby pozbawionej wolności może prowadzić do dezorientacji, stresu, ostrego cierpienia, lęku, pobudzenia lub niepokoju, drażliwości. U osób cierpiących na klaustrofobię może wywołać inne niepożądane reakcje, w tym panikę²⁰. W zakresie zapobiegania opluciom lub przenoszeniu chorób zakaźnych Specjalny Sprawozdawca stwierdził, że to personel powinien zostać wyposażony w sprzęt ochronny zapobiegający przeniesieniu krwi lub śliny, co stanowi właściwą reakcję w zakresie praw człowieka²¹.

45. **KMPT zaleca odstąpienie od praktyki zakrywania twarzy pacjentom usiłującym opluć członków personelu.**

¹⁸ Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), CPT/Inf (2017) 6, p. 3.3.

¹⁹ Zob. Załącznik 1 do: Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/78/324, 24 sierpnia 2023 r. Dostęp na stronie: <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/a78324-thematic-study-global-trade-weapons-equipment-and-devices-used>.

²⁰ Tamże, s. 6.

²¹ Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/78/324, 24 sierpnia 2023 r., p. 49, dostęp na stronie: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N23/249/47/PDF/N2324947.pdf?OpenElement>.

j. Nieaktualna wersja dokumentu „oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej”

46. Analiza dokumentacji doprowadziła do stwierdzenia, że personel korzystał z dwóch różnych wersji dokumentu oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej – jedna z nich była nieaktualna lub została zmodyfikowana.

47. Wzór oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej określa rozporządzenie²².

48. **KMPT zaleca stosowanie wyłącznie aktualnego wzoru oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej oraz bieżącą weryfikację aktualności wzorów dokumentów.**

V. Zalecenia

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

a) Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu:

1. podjęcie stanowczych działań na rzecz przeciwdziałania niewłaściwemu traktowaniu pacjentów i zwiększenie nadzoru nad podległym personelem; pracownicy powinni otrzymać od przełożonych stanowczy sygnał, że pacjenci powinni być traktowani z szacunkiem i godnością, a wszelkie formy niewłaściwego traktowania (w tym m.in. zastraszanie, używanie wulgarnego języka i agresja werbalna) są niedopuszczalne i będą odpowiednio karane;
2. stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów wyłącznie w ostateczności, zgodnie z zasadami legalności, konieczności, proporcjonalności, zasadności i odpowiedzialności, na możliwie najkrótszy czas, z ich natychmiastowym zakończeniem po ustaniu przyczyny uzasadniającej jego stosowanie;
3. zapewnienie udziału odpowiedniej liczby członków personelu podczas unieruchamiania pacjenta – celem zapewnienia, że przymus bezpośredni będzie stosowany w sposób bezpieczny i fachowy;
4. zapewnienie prywatności pacjentom podczas stosowania przymusu bezpośredniego;

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi.

5. odnotowywanie wszystkich zastosowanych środków przymusu bezpośredniego;
6. dokumentowanie czasu rozpoczęcia i zakończenia stosowania środków przymusu bezpośredniego w sposób rzetelny, skrupulatny, precyzyjny i zgodny ze stanem faktycznym;
7. w przypadku przedłużania stosowania środka przymusu bezpośredniego – przeprowadzenie każdorazowo osobistego badania pacjenta oraz precyzyjne uzasadnienie decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego, zgodnie z przepisami prawa;
8. w przypadku stosowania środka przymusu bezpośredniego – ocenę stanu fizycznego pacjentów nie rzadziej niż co 15 minut, zgodnie z przepisami prawa;
9. zapewnienie chwilowego zwolnienia pacjenta w celu umożliwienia mu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, a gdyby nie było to możliwe, skrupulatne dokumentowanie braku takiej możliwości;
10. odstąpienie od praktyki zakrywania twarzy pacjentom usiłującym opluć członków personelu;
11. stosowanie wyłącznie aktualnego wzoru oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej oraz bieżącą weryfikację aktualności wzorów dokumentów.

b) Marszałkowi Województwa Dolnośląskiego:

udzielenie Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

Opracował: Mikołaj Kidoń

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/