



Warszawa, 13.01.2026 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH
Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur**

KMPT.574.7.2025.AG

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Kobiet
i Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego dla Mężczyzn i Kobiet
w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim**

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 ze zm.), dalej jako: ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

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

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 RPO z działalności w Polsce KMPT w 2024 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.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

II. Wprowadzenie

9. W dniach 1-5 września 2025 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Oddziału Sądowego o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Kobiet i Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego dla Mężczyzn i Kobiet w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim przy ul. Walczaka 42 w Gorzowie Wielkopolskim (dalej jako: szpital, placówka oraz odpowiednio: oddział sądowy, oddział ogólny).

10. W skład zespołu wizytującego wchodził: Dorota Krzysztoń (politolożka o specjalizacji prawno-kryminologicznej), Karina Balicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego), Tomasz Żółtek (psycholog, coach) oraz Anna Grabowska (socjolożka).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z lek. Wojciechem Hermanem, kierownikiem Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Kobiet, oraz lek. Olgą Pazdan, kierowniczką Centrum Zdrowia Psychicznego działającego w ramach szpitala. Dokonali także oglądu pomieszczeń oddziałów i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z pacjentami, pacjentkami i personelem oraz zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją. Po zakończeniu wizytacji poddali analizie nadesłane na ich wniosek nagrania monitoringu.

12. 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

13. Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim jest spółką z ograniczoną odpowiedzialnością, powstałą w wyniku przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej działającego pod nazwą Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim.

14. Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Kobiet zajmuje się: diagnozą oraz leczeniem chorób i zaburzeń psychicznych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia wobec osób z prawomocnym postanowieniem sądu o zastosowaniu środka zabezpieczającego, jak również przeprowadzaniem obserwacji sądowo-psychiatrycznych wobec osób aresztowanych i pozbawionych wolności. Jego pojemność wynosi 26 miejsc (w czasie wizytacji na oddziale przebywały 23 osoby).

15. Oddział Psychiatryczny Ogólny Męski i Żeński prowadzi diagnostykę i leczenie zaburzeń psychicznych oraz obserwacje sądowo-psychiatryczne. Jego pojemność to 40 miejsc (w czasie wizytacji KMPT obecnych było 49 osób).

IV. Problemy systemowe

A. Niewystarczająca liczba miejsc na oddziałach sądowych

16. Komisja Psychiatryczna ds. Środków Zabezpieczających przy Ministrze Zdrowia wskazuje w swoich opiniach co do miejsca realizacji środka zabezpieczającego wobec pacjentek, że, w związku ze znacznym wzrostem liczby osób skierowanych do szpitali psychiatrycznych na mocy orzeczonych środków zabezpieczających, w całej Polsce brakuje wolnych miejsc, pomimo starań Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia w tym zakresie.

17. Efektem braku miejsc są m.in. problemy stwierdzone na wizytowanym oddziale sądowym – pacjentki były umieszczane nawet 800 km od miejsca swojego zamieszkania (co m.in. ogranicza możliwość bezpośredniego kontaktu z bliskimi).

18. Niewystarczająca liczba miejsc powoduje także inny problem – niemożności przeniesienia pacjentek pomiędzy oddziałami o różnym stopniu zabezpieczenia. W wizytowanym oddziale przebywała pacjentka, w której opiniach okresowych rekomendowano przeniesienie do oddziału o podstawowym stopniu zabezpieczenia. Mimo tego w dalszym ciągu przebywała ona na oddziale wzmocnionym, ponieważ w wyznaczonym przez Komisję Psychiatryczną szpitalu, gdzie miała być kontynuowana internacja, nie było miejsc. Taka sytuacja prowadzi do ograniczenia swobód obywatelskich pacjentki, wydłuża detencję i uniemożliwia korzystanie z przepustek, dostępnych na oddziale o podstawowym zabezpieczeniu.

19. Z opinii tej samej Komisji Psychiatrycznej załączonych do dokumentacji innych pacjentek na oddziale sądowym wynika, że w systemie realizacji środka zabezpieczającego nie ma zakładów zamkniętych, które zajmują się pacjentkami z tzw. podwójną diagnozą, czyli osobami, które w ramach terapii powinny zostać objęte również oddziaływaniami nacelowanymi na uzależnienie od środków psychoaktywnych. W ocenie kierownictwa wizytowanego oddziału sądowego, dzięki realizowaniu odpowiednich zajęć terapeutycznych, personel jest w stanie zaproponować tej grupie pacjentek wystarczające wsparcie, mimo że oddział nie specjalizuje się w opiece nad osobami z podwójną diagnozą. Niemniej jednak problem ten ma charakter systemowej luki i Krajowy Mechanizm będzie w dalszym ciągu monitorował tę kwestię.

20. RPO także w ramach swoich zadań niezwiązanych z mandatem KMPT zwracał uwagę zarówno na trudności w wykonywaniu postanowień sądu o umieszczeniu w zakładzie psychiatrycznym o właściwym stopniu zabezpieczenia, jak i na problem braku zintegrowanego podejścia do leczenia pacjentów z zaburzeniami zdrowia psychicznego i uzależnieniami¹³.

¹³ Zob. Raport Zespołu ds. Wykonywania Kar BRPO z wizytacji oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym i podstawowym zabezpieczeniu Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu

B. Stosowanie kajdanek w trakcie transportu

21. Z uzyskanych informacji wynika, że zdarzały się sytuacje, gdy pacjenci przywożeni do szpitala przez Policję byli skuci kajdankami. Kajdanki stosowane były przez funkcjonariuszy Policji w trybie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej¹⁴.

22. Prewencyjne zakładanie kajdanek każdemu pacjentowi (tylko dlatego, że jest pacjentem z rozpoznaniem psychiatrycznym) konwojowanemu do szpitala lub poza szpital jest nadużyciem, niezajdującym 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 pacjentów z rozpoznaniem psychiatrycznym RPO zwrócił uwagę w wystąpieniu do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji¹⁵.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Stosowanie przymusu bezpośredniego

24. Poddano analizie zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia na oddziale sądowym o wzmocnionym zabezpieczeniu dla kobiet (opis w punktach 25-51 niniejszego raportu) oraz oddziale ogólnym psychiatrycznym żeńskim (punkty 52-59).

25. Wobec pacjentki oddziału sądowego unieruchomienie z użyciem pasów stosowano od godziny 22:00 dnia 22 sierpnia 2025 r. do godziny 00:21 dnia następnego. Powodem były podejmowane przez nią próby zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu innej osoby, zamachu przeciwko bezpieczeństwu publicznemu oraz poważnego zakłócenia funkcjonowania podmiotu leczniczego (dodatkowo w dokumentacji znajduje się informacja: „Pacjentka pobudzona psychomotorycznie, agresywna, szarpała personel, pluła. Nie reagowała na uwagi.”). Nadesłane nagranie monitoringu (audio i wideo) obejmuje okres po wpięciu kobiety w pasy, więc nie pozwala na analizę jej zachowania bezpośrednio przed unieruchomieniem.

26. Poważne wątpliwości Krajowego Mechanizmu budzi fakt, że na samym początku nagrania twarz pacjentki jest przykryta kołdrą (kobieta sama ją zrzuca,

Opieki Zdrowotnej im. Dr. Stanisława Deresza w Choroszczy, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/raport-wizytacja-oddzialow-psychiatrii-sadowej-choroszcz>.

¹⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 555.

¹⁵ Wystąpienie generalne RPO do MSWiA z dnia 11 kwietnia 2022 r. (II.574.1.2022).

przechodząc na moment z pozycji leżącej do siedzącej). Po chwili pielęgniarki zakładają jej maskę zasłaniającą usta i nos (z otworami na wysokości nozdrzy), wyposażoną dodatkowo w plastikową *quasi*-przyłbicę. Przy pierwszej próbie maska zostaje założona nieprawidłowo (dolną częścią ku górze), następnie zdjęta i założona ponownie. Pacjentka sygnalizuje, że czynności sprawiają jej ból. Kobieta leży w masce ok. 15 minut, mimo że prawie przez cały ten czas jest w pomieszczeniu sama.

27. Krajowy Mechanizm podkreśla, że stosowanie tego typu pozaustawowych środków – a więc działanie bez podstawy prawnej – stwarza znaczne ryzyko nadużyć i może być zagrożeniem dla zdrowia. Natomiast Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur i Innych Form Okrutnego, Nieludzkiego i Poniżającego Traktowania i Karania wskazuje, że użycie tego typu środków może wywołać stres, dezorientację, a nawet doprowadzić do uduszenia się, jeśli stosuje się je niepoprawnie, przez dłuższy czas, osoba poddana ich działaniu zostanie pozostawiona bez nadzoru lub jeśli używa się ich w połączeniu z innymi środkami przymusu. Maski zabezpieczające przed pluciem mogą także powodować lęk, pobudzenie, drażliwość, zwiększać ryzyko obrażeń lub potrzebę dalszego stosowania przymusu. U osób cierpiących na klaustrofobię wywołują ryzyko wystąpienia ataków paniki. Co więcej, opisywane środki okazały się nieprzydatne dla ochrony przed chorobami zakaźnymi. Jak wskazuje Specjalny Sprawozdawca, należy je zastąpić środkami ochronnymi dla personelu¹⁶. W kontekście ochrony personelu podnoszony jest także aspekt możliwości korzystania ze szczepień¹⁷.

28. KMPT zaleca zaprzestanie stosowania wobec pacjentek masek oraz zakrywania im twarzy jako sposobów zapobiegających pluciu. Krajowy Mechanizm rekomenduje zakup i użytkowanie odpowiednich środków ochronnych dla personelu – przyłbic, rękawic, fartuchów itp. – oraz szczepień.

29. Pacjentka była unieruchomiona przy pomocy pasów założonych na nadgarstki i kostki. Na nagraniu pracownicy zakładają jeszcze jeden pas (mający w centralnej części fragment o dość dużej szerokości) i umieszczają go między piersiami a brzuchem, a jego końcami dodatkowo unieruchamiają ręce na wysokości ramion. Podczas kontroli stanu pacjentki tylko raz, o godz. 23:30, sprawdzono, czy pas w obrębie klatki piersiowej nie jest założony za ciasno i nie utrudnia oddychania. KMPT zwraca uwagę, że jednoczesne zastosowanie pasa umiejscowionego w opisany sposób oraz maski na twarzy, połączone z całkowitym unieruchomieniem pacjentki, może utrudniać oddychanie i stanowić zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia (w razie

¹⁶ Zob. Annex 1 to Report of Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, A/78/324, s. 7, <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/a78324-thematic-study-global-trade-weapons-equipment-and-devices-used>.

¹⁷ Zob. Review of the use of spit hoods by the AFP, Australian Federal Police, 2023, s. 20, <https://www.afp.gov.au/sites/default/files/2023-09/LEX%201561%20-%20Documents.pdf>.

zakrztuszenia się lub trudności z oddychaniem kobieta mogłaby jedynie nieco unieść głowę).

30. Jak podkreśla CPT, pasy nie mogą być zbyt ciasne i powinny być stosowane w sposób, który pozwala na maksymalny bezpieczny ruch ramion i nóg; funkcje życiowe pacjenta, takie jak oddychanie i zdolność komunikowania się, nie mogą być utrudniane¹⁸.

31. **Krajowy Mechanizm rekomenduje stosowanie pasów do unieruchamiania zgodnie z międzynarodowymi standardami, tzn. tak aby zapewnić maksymalny bezpieczny ruch kończyn i nie utrudniać mówienia, oddychania i innych funkcji życiowych.**

32. Analiza monitoringu budzi wątpliwości co do zasadności stosowania przymusu przez 2 godz. i 21 minut. W tym czasie pacjentka zaledwie trzykrotnie przez kilka sekund wierzga nogami i wykrzykuje pojedyncze słowa¹⁹. Ponadto już na początku unieruchomienia powoli zasypia, co uniemożliwia pielęgniarce – kiedy wchodzi do pokoju o godz. 22:15, aby skontrolować stan pacjentki, poprawia maskę na jej twarzy i oświadcza: „Nie ma spania”. Chwilę później dodaje: „Nawet mi się nie waży spać teraz”, a widząc, że kobieta zamknęła oczy, trąca ją ręką w głowę i mówi: „Ale powiedziałam coś, tak?”. Pacjentka ostatecznie zapada jednak w sen – w końcowym etapie unieruchomienia.

33. Krajowy Mechanizm przypomina, że zgodnie z art. 18a ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego²⁰ (dalej jako: uozp) przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania. Osoba zapadająca w sen w sposób oczywisty nie stanowi zagrożenia ani nie zakłóca funkcjonowania zakładu.

34. Również CPT zwraca uwagę na to, że czas stosowania przymusu mechanicznego powinien być jak najkrótszy (raczej minuty niż godziny) i zawsze powinien zostać zakończony, gdy ustaną przyczyny leżące u podstaw jego zastosowania²¹.

35. **KMPT zaleca stosowanie przymusu zgodnie z zapisami art. 18a ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.**

36. Krajowy Mechanizm zwraca uwagę także na wielorakie nieścisłości w dokumentacji dotyczącej analizowanego przypadku unieruchomienia.

37. W karcie oceny stanu fizycznego pacjenta, odnotowywane co 15 minut opisy zachowania kobiety są w wielu przypadkach niezgodne z tym, co można

¹⁸ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Zrewidowane standardy CPT, CPT/Inf(2017)6, par. 3.3.

¹⁹ Następuje to około godziny 22:22, 22:24 i 22:28, a więc niedługo po zapięciu w pasy. W większości przypadków trudno zrozumieć słowa pacjentki, ale co najmniej raz krzyczy: „Boli!”.

²⁰ Zob. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2024 r., poz. 917).

²¹ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Zrewidowane standardy CPT, CPT/Inf(2017)6, par. 4.1.

zaobserwować na nagraniu monitoringu. Na przykład o godzinie 22:00 i 22:15 zapisano odpowiednio: „Szarpie się (uderza); wykrzykuje; śmieje się; dezorganizuje pracę oddziału” i „Szarpie się (uderza); wykrzykuje; śmieje się”. Te adnotacje nie znajdują potwierdzenia na nagraniu, ponieważ, jak podano powyżej, pacjentka w tym czasie prawie w ogóle się nie ruszała, a wręcz zaczęła zapadać w drzemkę, z której była trzykrotnie wybudzana przez pielęgniarkę. Ponadto zgodnie z dokumentacją unieruchomienie stosowano między 22:00 a godziną 00:15 następnego dnia, podczas gdy na nagraniu widać, że personel zaczyna wypinać pacjentkę z pasów 6 minut później, niż odnotowano to w dokumentach.

38. KMPT zaleca precyzyjne i zgodne ze stanem rzeczywistym odnotowywanie zachowania osób poddanych przymusowi, a także czasu stosowania unieruchomienia.

39. W karcie zastosowania przymusu jako osoba zlecająca podana jest jedna z lekarek. Tymczasem na nagraniu monitoringu widać, jak po 19 minutach od unieruchomienia pacjentki do pomieszczenia wchodzi cztery osoby. Jedna z nich (jak wynika z dalszej części nagrania – lekarka, której nazwisko widnieje w karcie przymusu) pyta leżącą kobietę, co się wydarzyło. Zamiast niej odpowiadają pielęgniarki, opisując zachowanie pacjentki w ciągu dnia (zgodnie z ich relacją była ona nadaktywna, niszczyła mienie, kopła, łapała osoby z personelu za nogi, próbowała je przewrócić, pluć, zakłócała ciszę nocną; nie reagowała na uwagi, śmiała się). Unieruchomiona kobieta wypowiada pojedyncze zdania, jednak brzmią one dość niewyraźnie (przynajmniej na nagraniu), personel nie zwraca na nie uwagi. Na koniec lekarka zwraca się do pielęgniarek: „To jak panie zakładacie tą kartę, to ja tam zrobię swój wpis, że ja jestem zlecającym”.

40. Z opisanego fragmentu wynika, że zastosowanie przymusu nie zostało zlecone przez lekarkę – zatwierdziła ona decyzję innej osoby z personelu, co jest zgodne z art. 18a ust. 6 i 7 uozp. Zaniepokojenie KMPT budzi jednak niezgadzający się z rzeczywistością wpis w dokumentacji (lekarka jako zlecająca), a także fakt, że lekarka najwyraźniej oparła swoją decyzję raczej na rozmowie z personelem niż na ocenie aktualnego stanu pacjentki, która zachowywała się spokojnie: leżała nieruchomo i starała się reagować na przebieg rozmowy toczącej się ponad jej głową. KMPT przypomina, że zgodnie z przywołanymi powyżej przepisami lekarz weryfikuje decyzję pielęgniarki po wykonaniu badania osoby poddanej unieruchomieniu. Kontakt z lekarzem nie może być więc powierzchowną formalnością. KMPT zwraca uwagę na duży potencjał ryzyka tkwiący w sytuacji, że decyzję o zastosowaniu przymusu (ze względu na nieobecność lekarza) podejmuje personel sprawujący bezpośrednią opiekę nad pacjentem (i zmuszony do reagowania na trudne zachowania danej osoby), a następnie zatwierdza ją lekarz na podstawie rozmowy z personelem właśnie. Taka praktyka rodzi poważne niebezpieczeństwo nadużywania przymusu.

41. **KMPT zaleca każdorazowe rzetelne badanie przez lekarza osoby unieruchomionej w sytuacjach określonych w art. 18a ust. 6 i 7 uozp, a także zgodne ze stanem faktycznym prowadzenie dokumentacji z zastosowania przymusu.**

42. Krajowy Mechanizm z zaniepokojeniem odnotowuje również fakt, że w czasie spotkania z lekarką, którego celem ma być ocena zasadności stosowania przymusu, pielęgniarka odwoływała się do wcześniejszych wydarzeń z życia pacjentki – wspomniała mianowicie, że w poprzednim szpitalu pobiła ona lekarkę. KMPT zwraca uwagę, że wcześniejsze wydarzenia z życia pacjentów mogą być przedmiotem oddziaływań indywidualnych, ale nie tematem poruszonym w czasie badania dotyczącego ewentualnego przedłużenia przymusu bezpośredniego, ponieważ w istocie nie mają i w praktyce nie powinny mieć żadnego wpływu na decyzję podjętą w wyniku takiego badania.

43. Poważne zastrzeżenia KMPT budzi również sposób traktowania pacjentki w trakcie unieruchomienia. Na początku nagrania widać, jak jedna z pielęgniarek zdecydowanym, szybkim ruchem wyciąga poduszkę spod górnej części ciała kobiety, nie asekurując przy tym jej głowy, która gwałtownie opada na łóżko. Natomiast kilkanaście minut później karci pacjentkę (za to, że zamknęła oczy), trącąc ją ręką w głowę. Następnie jeden z przedstawicieli personelu, wchodząc do pomieszczenia i widząc pacjentkę z maską na twarzy, komentuje ze śmiechem: „Wygląda tak, jak powinna, moim zdaniem. To jest cudowne. Zrobię ci jeszcze takie zdjęcie. To jest śmiechu warte. Podoba ci się w tym? Tak?”. Zdaniem Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur tego rodzaju szydercze wypowiedzi, próby ośmieszenia pacjentki i wyrażenie zamiaru zrobienia zdjęcia można uznać za przejawy poniżającego traktowania. Natomiast zwracanie się do kobiety per „ty” lub mówienie na jej temat w jej obecności w osobie trzeciej („wygląda”, „powinna”) świadczą o braku szacunku oraz przedmiotowym i protekcyjnym odnoszeniu się personelu do osób pozbawionych wolności.

44. W trakcie unieruchomienia personel pozwala sobie również na inne wypowiedzi pod adresem kobiety: „Taki miałam dzisiaj fajny dzień. A ty zrobiłaś wszystko, żeby nie było fajnie. Jestem zawiedziona twoim zachowaniem”; oraz (po założeniu maski): „Ja dopilnuję, żebyś w tym chodziła, jak plujesz na innych”, „Będziesz to miała przymocowane, zobaczysz”.

45. KMPT zwraca uwagę, że ocenianie, zawstydzanie, grożenie stosowaniem środków ochronnych w przyszłości lub przytwierdzeniem ich na stałe to zachowania niewłaściwe, nieprofesjonalne i negatywnie kształtujące relacje między personelem a osobami pozbawionymi wolności, które powinny być nacechowane zaufaniem i szacunkiem.

46. Warto zestawić opisywaną sytuację ze wskazaniem CPT, który podkreśla, że w przypadku zastosowania mechanicznego środka przymusu wykwalifikowany członek personelu powinien być stale obecny w pokoju w celu utrzymania relacji terapeutycznej z pacjentem i udzielenia mu pomocy²².

47. **Krajowy Mechanizm zaleca systematyczne przypominanie pracownikom o konieczności traktowania pacjentek z szacunkiem i troską, a także o konieczności wystrzegania się prześmiewczych uwag, gróźb, protekcyjnego sposobu mówienia o pacjentach w ich obecności, ale bez ich udziału, oraz o konieczności stosowania form grzecznościowych „pan”, „pani”.**

48. Omawiane unieruchomienie pacjentki w dniu 22 sierpnia 2025 r. było 19. przypadkiem wpięcia jej w pasy od początku pobytu w placówce, czyli od 11 grudnia 2024 r. Z informacji pozyskanych podczas rozmowy telefonicznej od personelu oddziału (trzy miesiące po zakończeniu wizytacji) wynikało, że nie opracowano dla kobiety indywidualnych form oddziaływania terapeutycznego, ponieważ jako osoba z niepełnosprawnością intelektualną o stopniu umiarkowanym ma ona być podatna jedynie na oddziaływania doraźne (w czasie rozmowy padła także informacja, że od wizyty KMPT liczba przypadków unieruchomienia kobiety wzrosła z 19 do 33). Jednakże kilka dni po rozmowie nadesłano wiadomość, że podjęto wobec kobiety indywidualny tok pracy terapeutycznej – oddziaływania terapeutyczne w jego ramach zostały jednak opisane bardzo ogólnie.

49. CPT podkreśla, że stosowanie przymusu wobec pacjentów psychiatrycznych powinno być traktowane jako środek ostateczny, nigdy zaś w charakterze kary, dla wygody personelu lub z powodu niedoboru personelu bądź też zamiast właściwej opieki lub leczenia²³.

50. Opracowywanie indywidualnych planów leczenia w celu zbadania potrzeb i preferencji pacjentów (m.in. sposobu, w jaki oczekują oni reakcji personelu w razie wystąpienia objawów stresu), jest wskazywane w literaturze przedmiotu jako jeden z najskuteczniejszych sposobów deeskalacji sytuacji stresowych bez uciekania się do użycia przymusu²⁴.

51. **KMPT zwraca się z prośbą o nadesłanie tygodniowego rozkładu zajęć pacjentki unieruchomionej w dniu 22 sierpnia 2025 r., notatek (jeśli są prowadzone) z realizowanych zajęć, a także informacji, jaka jest suma przypadków stosowania przymusu wobec niej na dzień otrzymania raportu.**

²² Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Zrewidowane standardy CPT, CPT/Inf(2017)6, par. 7.

²³ Zob. Tamże, par. 1.4 i 1.6.

²⁴ Zob. Jasleen Kaur, Susan McNamara, „Patient Restraint and Seclusion”, National Library of Medicine, fragment: „Strategies to Prevent and Avoid Seclusion and Restraint”, publikacja dostępna na stronie: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565873/>.

52. W przypadku oddziału ogólnego żeńskiego poddano analizie zastosowanie unieruchomienia w dniu 22 sierpnia 2025 r. (monitoring wideo i dokumentacja). Pacjentka po próbie samobójczej została wpięta w pasy na sali, na której przebywało 5 innych kobiet. Personel osłonił częściowo jej łóżko dwoma parawanami, jednak rozstawiono je w taki sposób, że twarz unieruchomionej znajdowała się w zasięgu wzroku wszystkich mieszkanek, a dodatkowo kobieta była widoczna z korytarza (niemal przez cały czas unieruchomienia drzwi do sali były otwarte – całkowicie, w połowie lub w jednej trzeciej). Jednocześnie parawany zasłaniały kobietę w taki sposób, że tylko dolna część jej ciała była widoczna dla kamery monitoringu, co utrudniało personelowi obserwację jej zachowania.

53. KMPT przypomina, że zgodnie z art. 18d ust. 1 i 2 uozp osobę, wobec której stosuje się unieruchomienie, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym, a w razie gdy nie jest to możliwe, osłania się ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu. W opisywanej sytuacji wprawdzie zastosowano parawany do osłonięcia pacjentki w sali wieloosobowej, jednak były one de facto bezużyteczne ze względu na to, w jaki sposób je rozstawiono.

54. W swoim raporcie po wizycie w Polsce w 2017 r. CPT odniósł się do analogicznej sytuacji zaobserwowanej w szpitalu psychiatrycznym w Toszku, gdzie ze względu na brak odpowiedniego pomieszczenia pacjentów unieruchamiano w salach mieszkalnych w obecności innych osób. Mimo że personel stosował parawany, pacjent zapięty w pasy często mógł być widzialny i słyszany przez pozostałych, wobec czego Komitet zarekomendował, aby pacjenci nie byli unieruchamiani w obecności innych osób, o ile sami nie wyrażą takiego życzenia²⁵.

55. KMPT zaleca stosowanie przymusu w formie unieruchomienia w jednoosobowych salach, a w razie braku takiej możliwości dokładne osłanianie pacjenta lub pacjentki wpiętej w pasy przed wzrokiem innych osób znajdujących się zarówno w tej samej sali, jak i na korytarzu.

56. Zasadnicze zastrzeżenia KMPT budzi także fakt, że zaraz po wpięciu w pasy pacjentce zakładane są pieluchomajtki. Czynność tę wykonuje pielęgniarka oraz ratownik medyczny (którego obecność może być krępująca dla unieruchomionej kobiety), przygląda się jej jedna z mieszkanek sali stojąca przy łóżku obok, a potencjalnie może ją zobaczyć więcej osób, ponieważ drzwi do pomieszczenia są otwarte. Dwie i pół godziny później pielęgniarka – w chwilowo pustej sali, ale przy uchylonych drzwiach – zmienia pieluchomajtki (brudne w pierwszej kolejności zostają wyrzucone na podłogę, dopiero później do worka na odpady). Po trzech godzinach czynność się powtarza – w sali znajdują się wówczas trzy pacjentki, drzwi są w połowie otwarte, po chwili do środka wchodzi ratownik medyczny z ręcznikiem.

²⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 133.

57. Krajowy Mechanizm przypomina, że zgodnie z cytowanym powyżej ust. 2 art. 18d uozp w razie konieczności umieszczenia osoby unieruchomionej w pomieszczeniu wieloosobowym osłania się ją od innych, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych.

58. CPT zwraca uwagę na to, że pacjenci poddani mechanicznym formom przymusu powinni w miarę możliwości móc zaspokajać potrzeby fizjologiczne w miejscu do tego przeznaczonym²⁶.

59. **Krajowy Mechanizm zaleca czasowe zwalnianie osób unieruchomionych w celu skorzystania z toalety zawsze, kiedy stan danej osoby na to pozwala, zaś w sytuacjach, gdy konieczne jest stosowanie pieluchomajtek – zapewnienie prywatności w czasie wykonywania zabiegów higienicznych.**

B. Warunki materialne

60. Żaden z oddziałów nie był dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W budynkach brakowało wind, występowały bariery architektoniczne, łazienki były jedynie częściowo wyposażone w uchwyty i inne udogodnienia, przyciski instalacji przyzywowej znajdowały się zbyt wysoko.

61. Z informacji pozyskanych w trakcie wizytacji wynika, że szpitalowi zostało przyznane dofinansowanie i część pozyskanych w jego ramach środków zostanie przeznaczona na remont budynku, w którym znajduje się oddział sądowy dla kobiet.

62. **KMPT zwraca się do Dyrekcji szpitala z pytaniem, w jakim stopniu otrzymane środki zostaną przeznaczone na dostosowanie wizytowanych oddziałów do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.**

63. W czasie wizytacji na oddziale ogólnym psychiatrycznym kilka łóżek pacjentów znajdowało się na świetlicy (w męskiej części oddziału) i na korytarzach (w części żeńskiej). Z informacji pozyskanych od personelu wynika, że brak miejsca w salach dla części pacjentów i konieczność rozmieszczania ich w przestrzeniach wspólnych jest stałą bolączką placówki.

64. Krajowy Mechanizm zdaje sobie sprawę z problemu przeludnienia szpitali psychiatrycznych. Pozostaje on w związku z brakiem rozwiniętej w wystarczającym stopniu opieki środowiskowej – RPO już od 2012 r. zwraca uwagę polskiemu rządowi na niedofinansowanie szpitalnego leczenia psychiatrycznego i skutki tego stanu rzeczy. Nie mniej jednak, wypełniając swoją prewencyjną rolę w zakresie ochrony praw pacjentów, w tym prawa do poszanowania godności i życia prywatnego, KMPT wskazuje na ten problem jako potencjalne źródło poniżającego traktowania.

²⁶ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Zrewidowane standardy CPT, CPT/Inf(2017)6, par. 3.3.

65. CPT podkreśla nadto, że stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje przede wszystkim zapewnienie pacjentom odpowiedniej przestrzeni życiowej²⁷.

66. **KMPT zaleca zaprzestanie umieszczania pacjentów w przestrzeniach wspólnych poza salami mieszkalnymi.**

67. Żaden z oddziałów nie był wyposażony w pomieszczenie przeznaczone do stosowania izolacji.

68. Na oddziale sądowym wizytujący odebrali sygnały, że niektóre pacjentki sprawiające pracownikom problemy swoim zachowaniem bywają czasowo zamykane na klucz. Personel zaprzeczył stosowaniu takiej praktyki. KMPT w ramach sprawowania swojej funkcji prewencyjnej przypomina, że przymus w formie izolacji może być stosowany jedynie zgodnie z przepisami uozp.

69. **Krajowy Mechanizm zaleca zorganizowanie na każdym z oddziałów pomieszczenia do stosowania izolacji zgodnego z przepisami uozp.**

70. Okna oddziału psychiatrycznego ogólnego i sądowego są zabezpieczone kratami, a ogród oddziału sądowego otoczono murem zakończonym zwojami concertiny. Rozwiązania te budzą poważne zastrzeżenia KMPT ze względu na fakt, że nie mają one uzasadnienia terapeutycznego – przeciwnie – mogą wywoływać w pacjentach poczucie zagrożenia i izolacji.

71. W przypadku instytucji opieki psychiatrycznej CPT krytykuje kraty w oknach zwracając uwagę, że przyczyniają się one do wytworzenia warunków bytowych typowych dla środowiska karnego²⁸.

72. **KMPT zaleca zastąpienie krat okiennych innego rodzaju zabezpieczeniami, które umożliwiają bezpieczne wietrzenie pomieszczeń i nie przywołują skojarzeń z systemem penitencjarnym, oraz rezygnację ze stosowania concertiny do zabezpieczania terenu użytkowanego przez pacjentów.**

73. W czasie wizytacji stwierdzono, że pomieszczenia do prowadzenia zajęć terapeutycznych na oddziale sądowym wymagają remontu.

74. **Krajowy Mechanizm zaleca odmalowanie ścian i wymianę wyposażenia w pomieszczeniach terapeutycznych na oddziale sądowym.**

75. W trakcie wizytacji stwierdzono brak papieru toaletowego w łazienkach oddziału sądowego. Ponadto odebrano sygnały, że pacjentki bywają zmuszone do kupowania papieru za własne pieniądze.

²⁷ Zob. Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych. Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego, CPT/Inf(98) 12-part, par. 32.

²⁸ Zob. Raport CPT z wizyty w Serbii w 2015 r., CPT/Inf (2016) 21, par. 156; Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii w 1994 r., CPT/Inf (96) 11, par. 268; Raport CPT z wizyty w Finlandii w 2014 r., CPT/Inf (2015) 25, par. 97.

76. **KMPT zaleca zapewnienie pacjentkom oddziału sądowego dostępu do papieru toaletowego.**

77. Budynki szpitala położone są wśród wysokich, rozłożystych drzew, a przebywanie wśród nich może sprzyjać poprawie stanu zdrowia. Przestrzeń zewnętrzną użytkowaną przez pacjentów i pacjentki wizytowanych oddziałów nie jest jednak w żadnym stopniu zadaszona, a to potencjalnie ogranicza możliwość spędzania czasu na świeżym powietrzu w deszczowe lub upalne dni.

78. **KMPT zaleca częściowe zadaszanie terenów zewnętrznych wykorzystywanych na potrzeby wizytowanych oddziałów szpitala.**

C. Dostęp do wsparcia terapeutycznego

79. Na żadnym z oddziałów nie ma zajęć dla pacjentów w weekendy. Tymczasem zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych²⁹ również w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną.

80. **KMPT zaleca organizowanie pacjentom zajęć również w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy.**

81. W czasie wizytacji pozyskano informację, że po rezygnacji z pracy terapeutki zajmującej się pacjentami na oddziale sądowym dla mężczyzn specjalistka pracująca na analogicznym oddziale dla kobiet musiała przejąć obowiązki koleżanki, czego wynikiem było zmniejszenie jej czasu pracy na oddziale kobiecym, wizytowanym przez KMPT (w wyniku tego zajęcia odbywały się nie dwa razy, ale raz w tygodniu). Brak terapeutki w dotychczasowym wymiarze czasu przełożył się także na możliwość korzystania pacjentek ze spacerów. Po poruszeniu tego problemu na rozmowie podsumowującej przedstawiciele KMPT otrzymali zapewnienie, że podjęto działania mające na celu obsadzenie wakatu.

82. Podobny problem zaobserwował CPT w czasie wizyty w szpitalu psychiatrycznym w Toszku w 2017 r. Komitet zwrócił uwagę na to, że o ile poziom zatrudnienia w placówce był zasadniczo satysfakcjonujący, o tyle obecność personelu po godzinie 14:00 i w weekendy okazała się niewystarczająca. Ograniczało to dostęp pacjentów do aktywności, także tych na świeżym powietrzu, i nie pozostawało bez wpływu na praktykę dosyć długiego unieruchamiania stosowaną wobec niektórych

²⁹ Dz. U. z 2014 r. poz. 522.

z nich. CPT zarekomendował placówce podjęcie kroków w celu zwiększenia obsady personelu medycznego popołudniami (po godz. 14:00) i w weekendy³⁰.

83. Krajowy Mechanizm zwraca się do Dyrekcji placówki z pytaniem, czy zajęcia terapeutyczne na oddziale wzmocnionym dla kobiet ponownie odbywają się dwa razy w tygodniu, a jeśli nie, to w jakim okresie przewidywane jest przywrócenie wcześniejszej częstotliwości zajęć.

84. Poza kwestią regularnego, planowego wsparcia terapeutycznego zwrócono uwagę na sprawę doraźnej pomocy w sytuacjach nadzwyczajnych. Delegacja KMPT odebrała mianowicie sygnały, że po tym, jak u jednej z pacjentek oddziału sądowego doszło do zadławienia się treścią pokarmową, a w wyniku tego do zatrzymania krążenia, pozostałe kobiety będące świadkami tej sytuacji miały nie otrzymać żadnej propozycji wsparcia psychologicznego, informacji, co dzieje się z poszkodowaną, czy przeżyła itp. Nie zorganizowano żadnego spotkania ani rozmów indywidualnych na temat tragicznego wydarzenia, a miało ono miejsce w jadalni w trakcie posiłku, na oczach wszystkich pacjentek. Wiele z nich wspominało o tym jako o bardzo dużym stresie, z którym zostały pozostawione bez profesjonalnego wsparcia.

85. KMPT zaleca opracowanie planów wsparcia psychologicznego oraz wytycznych w razie wystąpienia zdarzeń nadzwyczajnych.

D. Sytuacja cudzoziemców

86. Z zebranych informacji wynika, że w kontaktach personelu z cudzoziemcami występują znaczne bariery komunikacyjne. W księdze raportów pielęgniarskich z oddziału sądowego w dniu przyjęcia jednej z pacjentek napisano na jej temat: „Kontakt utrudniony, nie mówi po polsku (angielski)”. Trzy dni później następna wzmianka o tej samej pacjentce: „Kontakt słowny utrudniony, nadal unika rozmowy w języku polskim”. W późniejszych dniach jeszcze kilkakrotnie pojawiają się adnotacje o barierze językowej i utrudnionym kontakcie. Wizytujący otrzymali informację, że w wyposażeniu oddziału znajdują się tłumacze, jednakże niektórzy przedstawiciele personelu nawet nie zdawali sobie sprawy, że mają do dyspozycji te urządzenia. Ponadto w dokumentacji obu oddziałów nie było tłumaczeń regulaminów i innych dokumentów podpisywanych przez niepolskojęzycznych pacjentów na odpowiedni język obcy.

87. KMPT zaleca: posługiwanie się tłumaczami w kontaktach z pacjentami niemówiącymi po polsku; przetłumaczenie regulaminów i standardowych dokumentów podpisywanych na etapie przyjęcia na język angielski, niemiecki, ukraiński i rosyjski (oraz inne języki w zależności

³⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 127.

od potrzeb); odnotowywanie w dokumentacji pacjentów będących cudzoziemcami stopnia znajomości języka polskiego oraz informacji, w jakim języku nastąpiło poinformowanie o przysługujących prawach i odbywa się codzienna komunikacja; w przypadku składania przez cudzoziemców podpisów w dokumentacji (np. przy przekazaniu depozytu) – tłumaczenie treści dokumentu na język dla nich zrozumiały i podawanie informacji na ten temat; uzupełnienie tablic informacyjnych o komunikaty w języku angielskim, niemieckim, ukraińskim i rosyjskim (oraz w innych językach w zależności od potrzeb).

88. Odebrano także sygnały, że cudzoziemki leczące się na oddziale wzmocnionym nie mogą w pełni uczestniczyć w niektórych zajęciach terapeutycznych (np. w ćwiczeniach funkcji poznawczych) ze względu na to, że opierają się one na grach słownych, do których konieczna jest bardzo dobra znajomość języka polskiego.

89. **KMPT zwraca się do Dyrekcji szpitala z pytaniem, czy możliwe jest zaproponowanie pacjentkom zajęć z zakresu funkcji poznawczych w takiej formule, aby mogły w nich aktywnie uczestniczyć także osoby niewładające językiem polskim.**

90. Cudzoziemki przebywające na oddziale wzmocnionym nie mogły zdobyć informacji, pod jakim numerem telefonu mogą się skontaktować z konsulatami swoich krajów.

91. **KMPT zaleca umieszczenie w ogólnodostępnych miejscach danych kontaktowych (w odpowiednich językach obcych) do konsulatów krajów, których obywatele najczęściej są pacjentami obu oddziałów.**

E. Kontakt ze światem zewnętrznym

92. Pacjentki przebywające na oddziale wzmocnionym mogą przez określony czas w ciągu dnia korzystać z własnych telefonów komórkowych (o ile nie mają one dostępu do internetu, aparatu i dyktafonu) lub z telefonu zakładowego, który jest im wydawany na czas nie dłuższy niż 10 minut: w godzinach przedpołudniowych na potrzeby rozmów urzędowych, po południu na rozmowy z rodziną. Zastrzeżenia Krajowego Mechanizmu budzi fakt, że rozmowy z wykorzystaniem telefonu zakładowego można prowadzić jedynie na korytarzu tuż przy pokoju personelu, w zasięgu słuchu pracowników.

93. W opinii KMPT kontakt pacjentek zarówno z instytucjami zewnętrznymi, jak i z rodziną, powinien odbywać się w warunkach zapewniających prywatność. Możliwość kontaktu z osobami spoza placówki może bowiem mieć walor prewencyjny w razie występowania różnych form złego traktowania.

94. **KMPT zaleca zapewnienie pacjentkom oddziału sądowego możliwości odbywania rozmów telefonicznych poza zasięgiem słuchu personelu.**

95. W trakcie wizytacji odebrano sygnały, że w niektórych sytuacjach dziesięciominutowy limit czasu na rozmowy jest niewystarczający.

96. **KMPT zaleca umożliwianie pacjentkom korzystania z telefonu zakładowego tak długo, jak to jest potrzebne, o ile nie koliduje to z potrzebami innych pacjentek.**

97. Ponadto Krajowy Mechanizm zwraca uwagę na fakt, że całkowite pozbawienie pacjentek oddziału sądowego możliwości korzystania z internetu może ograniczyć ich dostęp do samodzielnego poszukiwania pomocy instytucjonalnej lub informacji na temat własnej sytuacji prawnej, w tym prawa do informacji publicznej.

98. **KMPT zwraca się do Dyrekcji placówki z pytaniem, jakie warunki musiałyby zostać zapewnione, aby umożliwić pacjentkom oddziału sądowego dostęp do określonych stron internetowych (na przykład do Biuletynu Informacji Publicznej) w oparciu o infrastrukturę techniczną szpitala.**

99. Na żadnym z wizytowanych oddziałów nie ma możliwości odbywania spotkań pacjentów z rodzinami w warunkach prywatności. Na oddziale ogólnym psychiatrycznym spotkania odbywają się w salach jadalnianych (połączonych z korytarzem, pełniących dodatkowo funkcje: świetlic, miejsca oglądania telewizji, prowadzenia zajęć terapeutycznych, a doraźnie także – sypialni niektórych pacjentów).

100. Z kolei pacjentki oddziału sądowego odbywają spotkania z rodziną w jednym z dwóch pomieszczeń znajdujących się poza tym oddziałem³¹. Jeden z pokoi widzeń ma charakter przechodni (jest to właściwie korytarz prowadzący do ogrodu, wyposażony w stół i krzesła), dlatego może się zdarzyć, że spotkanie z bliskimi jest zakłócanie przez pacjentów udających się na zewnątrz lub wracających na oddział. Oba pomieszczenia wykorzystywane do odwiedzin są monitorowane, a dodatkowo w pomieszczeniu lub na korytarzu, w zasięgu słuchu, znajduje się pracownik, który sprawuje kontrolę nad przebiegiem wizyty. Także spotkania z kilkuletnimi dziećmi pacjentek mają się odbywać w obecności osoby z personelu, co onieśmiela dzieci i zniechęca je do nawiązywania kontaktu, a w dłuższej perspektywie może utrudniać podtrzymywanie więzi rodzinnych.

³¹ Personel argumentował, że dzięki takiemu rozwiązaniu dzieci przyjeżdżające w odwiedziny nie muszą oglądać pozostałych pacjentek, które niejednokrotnie są w złym stanie zdrowia. Zarazem jednak ze względu na lokalizację poza oddziałem personel doprowadza kobietę do pomieszczenia i sprawuje nadzór nad przebiegiem każdego widzenia. Pacjentki zwracały uwagę na to, że ich bliscy niejednokrotnie (często będąc po długiej podróży) są zmuszeni czekać nawet kilka godzin, zanim ktoś z personelu będzie miał możliwość doprowadzenia ich na spotkanie.

101. Utrzymywanie kontaktu ze światem zewnętrznym jest niezbędne zarówno dla zapobiegania złemu traktowaniu, jak i z terapeutycznego punktu widzenia. Podkreśla to także CPT³².

102. **KMPT zaleca zapewnienie pacjentom i pacjentkom oddziału ogólnego możliwości odbywania widzeń w przystosowanych do tego pomieszczeniach oraz urządzenie dodatkowego pomieszczenia do widzeń z bliskimi w obrębie oddziału wzmocnionego dla kobiet.**

103. **W odniesieniu do oddziału sądowego KMPT zaleca każdorazowe przeprowadzanie indywidualnej, realnej oceny ryzyka przy podejmowaniu decyzji o obecności pracownika w pomieszczeniu do spotkań z rodziną lub w pobliżu otwartych drzwi do tego pomieszczenia.**

104. Z deklaracji personelu wynika, że spotkania z adwokatem na oddziale sądowym odbywają się w warunkach prywatności w dostępnym w danym czasie gabinecie lekarskim. Przedstawiciele KMPT nie odebrali sygnałów świadczących o utrudnianiu poufnych spotkań z adwokatem.

F. Prawo do informacji o leczeniu

105. Na obu oddziałach wizytujący odebrali sygnały, że pacjenci nie otrzymują od personelu odpowiedzi na swoje pytania o to, dlaczego są w szpitalu, jakie leki są im podawane lub kiedy mogą się spodziewać opuszczenia placówki.

106. Pacjenci zwracający na to uwagę byli osobami w dobrym kontakcie, wypowiadającymi się w sposób logiczny i wyczerpujący, co może wskazywać na to, że byliby zdolni przyswoić informacje na temat swojego zdrowia. Niezależnie jednak od stanu pacjenta, informacje o leczeniu, rokowaniach i powodach przebywania na oddziale zawsze powinny być przekazywane osobom hospitalizowanym na ich prośbę.

107. KMPT przypomina, że zgodnie z art. 9 ust 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta³³ pacjent ma prawo do uzyskania podanej w przystępny sposób informacji o swoim stanie zdrowia, możliwych metodach leczniczych, wynikach leczenia i rokowaniach.

108. CPT w odniesieniu do pacjentów placówek psychiatrycznych wskazuje, że zawsze powinni oni mieć dostęp do swoich osobistych i poufnych akt medycznych, te zaś powinny zawierać informacje diagnostyczne, jak również stały rejestr stanu zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta oraz jego leczenia. Pacjent powinien mieć

³² Zob. Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych. Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego, CPT/Inf(98) 12-part, par. 54.

³³ Zob. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2024, poz. 581).

możliwość konsultacji w związku z zawartością jego akt, chyba że jest to niewskazane z terapeutycznego punktu widzenia³⁴.

109. **KMPT rekomenduje udzielanie pacjentom informacji na temat ich stanu zdrowia, obecnego i planowanego leczenia, a także rokowań.**

110. W czasie rozmów na oddziale wzmocnionym odebrano sygnały, że jedyna możliwość rozmowy z lekarzem na temat swojego stanu zdrowia to krótka wymiana zdań w czasie obchodu, w obecności innych pacjentek. Tymczasem zgodnie z regulaminem porządkowym oddziału (punkt 7.4) informacje o stanie zdrowia powinny być udzielane w gabinecie lekarskim, gabinecie ordynatora lub pokoju badań.

111. **KMPT zaleca zapewnienie zainteresowanym tym pacjentkom oddziału sądowego możliwości odbywania konsultacji lekarskich w warunkach poufności.**

G. Opieka zdrowotna i dokumentowanie obrażeń

112. Część pacjentek na oddziale sądowym zgłaszała, że badanie lekarskie po przybyciu do placówki ograniczało się do wywiadu na temat stanu zdrowia i że nie przeprowadzano badania fizykalnego. Takie badanie ma zaś istotne znaczenie nie tylko z punktu widzenia medycznego, lecz także biorąc pod uwagę prewencję różnych form złego traktowania.

113. Krajowy Mechanizm zaleca stosowanie w tej mierze standardów zawartych w Protokole stambulskim – podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania i karania³⁵. Zgodnie w wytycznymi Protokołu ewentualne wcześniejsze obrażenia pacjentek – lub brak obrażeń – powinny zostać odnotowane na etapie przyjęcia. W razie stwierdzenia obrażeń (na dowolnym etapie pobytu) Protokół nakazuje dokumentowanie ich nie tylko w formie opisowej, lecz także graficznej – oznaczanie miejsc występowania na schematycznych rycinach przedstawiających sylwetkę człowieka (tzw. mapach ciała) oraz wykonywanie zdjęć obrażeń za zgodą pacjenta. Tymczasem w placówce ewentualne obrażenia są dokumentowane jedynie w sposób opisowy.

114. **KMPT rekomenduje każdorazowe przeprowadzanie badania fizykalnego (oględzin ciała) na etapie przyjmowania pacjentów do placówki,**

³⁴ Zob. Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych. Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego, CPT/Inf(98) 12-part, par. 40.

³⁵ Podręcznik w polskiej wersji językowej znajduje się m.in. na stronie internetowej RPO: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

a także dokumentowanie obrażeń zgodne ze wskazaniem Protokołu stambulskiego.

H. Mechanizmy skargowe

115. Na tablicy informacyjnej na oddziale ogólnym wśród organów zewnętrznych, do których można składać skargi, nie wskazano Rzecznika Praw Obywatelskich. Natomiast na tablicy na oddziale sądowym podano nieaktualne dane teleadresowe do Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

116. KMPT zaleca podanie danych teleadresowych do Rzecznika Praw Obywatelskich w miejscu dostępnym dla wszystkich pacjentów (w przypadku oddziału ogólnego), a także systematyczne aktualizowanie danych teleadresowych do instytucji skargowych podanych na tablicach informacyjnych na obu oddziałach.

117. Na żadnym z wizytowanych oddziałów nie było możliwości anonimowego złożenia skargi przez pacjentów lub odwiedzających ich członków rodzin.

118. CPT zaleca zapewnienie bezpośredniego, poufnego i anonimowego dostępu do organów rozpatrujących skargi. Sposobem na to może być zainstalowanie w odpowiednich miejscach zamkniętych skrzynek na skargi, do których dostęp mają skarżący (mieszkańcy, pracownicy, osoby odwiedzające), a które, dla zapewnienia poufności, mogą otwierać wyłącznie osoby specjalnie do tego wyznaczone. Pracownicy, którzy mają pod swoją opieką osoby pozbawione wolności, nie powinni mieć możliwości filtrowania skarg³⁶.

119. KMPT rekomenduje zamontowanie w ogólnodostępnym miejscu (poza zasięgiem monitoringu) skrzynki na skargi, z której pacjenci i inne osoby będą mogli korzystać z zachowaniem anonimowości. Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyznaczona osoba. Skargi (także anonimowe) przekazywane w ten sposób powinny być odnotowywane w rejestrze skarg.

I. Personel

120. Z informacji pozyskanych z placówki wynika, że personel został przeszkolony m.in. z tematyki agresji w instytucjach psychiatrycznych, stosowania przymusu bezpośredniego, zdarzeń niepożądanych i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

121. KMPT zaleca systematyczne przeprowadzanie szkoleń pracowników z zakresu komunikacji z trudnym pacjentem, komunikacji z osobami

³⁶ Zob. Raport roczny CPT z 2017 r., CPT/Inf (2018) 4, par. 84.

z niepełnosprawnością intelektualną, rozwiązywania i deeskalacji konfliktów, przeciwdziałania przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć oraz pierwszej pomocy przedmedycznej. Ponadto Krajowy Mechanizm rekomenduje przeszkolenie personelu z zakresu Protokołu stambulskiego.

122. Pracownicy szpitala nie mają zapewnionej superwizji. Tymczasem, biorąc pod uwagę specyfikę wykonywanych zadań, tego typu profesjonalne wsparcie może mieć ogromne znaczenie dla zachowania równowagi psychicznej i motywacji do pracy. W średniej i dłuższej perspektywie czasowej superwizja może przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu.

123. Krajowy Mechanizm rekomenduje zapewnienie pracownikom mającym bezpośredni kontakt z pacjentami i pacjentkami możliwości korzystania z regularnej superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca Dyrekcji Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim:

a) W odniesieniu do Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Kobiet:

1. zaprzestanie stosowania wobec pacjentek masek oraz zakrywania im twarzy jako sposobów zapobiegających pluciu, a także zakup i użytkowanie odpowiednich środków ochronnych dla personelu – przyłbic, rękawic, fartuchów itp. – oraz szczepień;
2. stosowanie pasów do unieruchamiania zgodnie z międzynarodowymi standardami, tzn. tak aby zapewnić maksymalny bezpieczny ruch kończyn i nie utrudniać mówienia, oddychania i innych funkcji życiowych;
3. stosowanie przymusu zgodnie z zapisami art. 18a ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;
4. precyzyjne i zgodne ze stanem rzeczywistym odnotowywanie zachowania osób poddanych przymusowi, a także czasu stosowania unieruchomienia;
5. każdorazowe rzetelne badanie przez lekarza osoby unieruchomionej w sytuacjach określonych w art. 18a ust. 6 i 7 uozp, a także zgodne ze stanem faktycznym prowadzenie dokumentacji z zastosowania przymusu;
6. systematyczne przypominanie pracownikom o konieczności traktowania pacjentek z troską i szacunkiem, a także o konieczności wystrzegania się prześmiewczych uwag, gróźb, protekcjonalnego sposobu mówienia

- o pacjentkach w ich obecności, ale bez ich udziału, oraz o konieczności stosowania form grzecznościowych „pan”, „pani”;
7. zorganizowanie pomieszczenia do stosowania izolacji zgodnego z przepisami uozp;
 8. zastąpienie krat okiennych innego rodzaju zabezpieczeniami, które umożliwiają bezpieczne wietrzenie pomieszczeń i nie przywołują skojarzeń z systemem penitencjarnym oraz rezygnację ze stosowania concertyny do zabezpieczania terenu użytkowanego przez pacjentów;
 9. odmalowanie ścian i wymianę wyposażenia w pomieszczeniach terapeutycznych;
 10. zapewnienie pacjentkom dostępu do papieru toaletowego;
 11. częściowe zadaszenie terenów zewnętrznych wykorzystywanych przez pacjentki;
 12. organizowanie pacjentkom zajęć również w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy;
 13. opracowanie planów wsparcia psychologicznego oraz wytycznych w razie wystąpienia zdarzeń nadzwyczajnych;
 14. posługiwanie się translatorami w kontaktach z pacjentami niemówiącymi po polsku; przetłumaczenie regulaminów i standardowych dokumentów podpisywanych na etapie przyjęcia na język angielski, niemiecki, ukraiński i rosyjski (oraz inne języki w zależności od potrzeb); odnotowywanie w dokumentacji pacjentów będących cudzoziemcami stopnia znajomości języka polskiego oraz informacji, w jakim języku nastąpiło poinformowanie o przysługujących prawach i odbywa się codzienna komunikacja; w przypadku składania przez cudzoziemców podpisów w dokumentacji (np. przy przekazaniu depozytu) – tłumaczenie treści dokumentu na język dla nich zrozumiały i podawanie informacji na ten temat; uzupełnienie tablic informacyjnych o komunikaty w języku angielskim, niemieckim, ukraińskim i rosyjskim (oraz w innych językach w zależności od potrzeb);
 15. umieszczenie w ogólnodostępnych miejscach danych kontaktowych (w odpowiednich językach obcych) do konsulatów krajów, których obywatelki najczęściej były pacjentkami oddziału;
 16. zapewnienie pacjentkom możliwości odbywania rozmów telefonicznych poza zasięgiem słuchu personelu;
 17. umożliwienie pacjentkom korzystania z telefonu zakładowego tak długo, jak to jest potrzebne, o ile nie koliduje to z potrzebami innych pacjentek;
 18. urządzenie dodatkowego pomieszczenia do widzeń z bliskimi w obrębie oddziału;

- 19.każdorazowe przeprowadzanie indywidualnej, realnej oceny ryzyka przy podejmowaniu decyzji o obecności pracownika w pomieszczeniu do spotkań z rodziną lub w pobliżu otwartych drzwi do tego pomieszczenia;
- 20.udzielanie pacjentkom informacji na temat ich stanu zdrowia, obecnego i planowanego leczenia, a także rokowań;
- 21.zapewnienie zainteresowanym tym pacjentkom możliwości odbywania konsultacji lekarskich w warunkach poufności;
- 22.każdorazowe przeprowadzanie badania fizykalnego (ogłędzin ciała) na etapie przyjmowania pacjentów do placówki, a także dokumentowanie obrażeń zgodne ze wskazaniami Protokołu stambulskiego;
- 23.systematyczne aktualizowanie danych teleadresowych do instytucji skargowych podanych na tablicach informacyjnych;
- 24.zamontowanie w ogólnodostępnym miejscu (poza zasięgiem monitoringu) skrzynki na skargi, z której pacjentki i inne osoby będą mogli korzystać z zachowaniem anonimowości. Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyznaczona osoba. Skargi (także anonimowe) przekazywane w ten sposób powinny być odnotowywane w rejestrze skarg;
- 25.systematyczne przeprowadzanie szkoleń pracowników z zakresu komunikacji z trudnym pacjentem, komunikacji z osobami z niepełnosprawnością intelektualną, rozwiązywania i deeskalacji konfliktów, przeciwdziałania przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć, pierwszej pomocy przedmedycznej oraz Protokołu stambulskiego;
- 26.zapewnienie pracownikom mającym bezpośredni kontakt z pacjentkami możliwości korzystania z regularnej superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.

b) W odniesieniu do Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego dla Mężczyzn i Kobiet:

1. stosowanie przymusu w formie unieruchomienia w jednoosobowych salach, a w razie braku takiej możliwości dokładne osłanianie pacjenta lub pacjentki wpiętej w pasy przed wzrokiem innych osób znajdujących się zarówno w tej samej sali, jak i na korytarzu;
2. czasowe zwalnianie osób unieruchomionych w celu skorzystania z toalety zawsze, kiedy stan danej osoby na to pozwala, zaś w sytuacjach, gdy konieczne jest stosowanie pieluchomajtek – zapewnienie prywatności w czasie wykonywania zabiegów higienicznych;
3. zaprzestanie umieszczania pacjentów w przestrzeniach wspólnych poza salami mieszkalnymi;

4. zorganizowanie pomieszczenia do stosowania izolacji zgodnego z przepisami uozp;
5. zastępienie krat okiennych innego rodzaju zabezpieczeniami, które umożliwiają bezpieczne wietrzenie pomieszczeń i nie wywołują skojarzeń z systemem penitencjarnym;
6. częściowe zadaszenie terenów zewnętrznych użytkowanych przez pacjentów i pacjentki;
7. organizowanie pacjentom i pacjentkom zajęć również w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy;
8. opracowanie planów wsparcia psychologicznego oraz wytycznych w razie wystąpienia zdarzeń nadzwyczajnych;
9. posługiwanie się translatorami w kontaktach z pacjentami niemówiącymi po polsku; przetłumaczenie regulaminów i standardowych dokumentów podpisywanych na etapie przyjęcia na język angielski, niemiecki, ukraiński i rosyjski (oraz inne języki w zależności od potrzeb); odnotowywanie w dokumentacji pacjentów będących cudzoziemcami stopnia znajomości języka polskiego oraz informacji, w jakim języku nastąpiło poinformowanie o przysługujących prawach i odbywa się codzienna komunikacja; w przypadku składania przez cudzoziemców podpisów w dokumentacji (np. przy przekazaniu depozytu) – tłumaczenie treści dokumentu na język dla nich zrozumiały i podawanie informacji na ten temat; uzupełnienie tablic informacyjnych o komunikaty w języku angielskim, niemieckim, ukraińskim i rosyjskim (oraz w innych językach w zależności od potrzeb);
10. umieszczenie w ogólnodostępnych miejscach danych kontaktowych (w odpowiednich językach obcych) do konsulatów krajów, których obywatelki i obywatele najczęściej byli pacjentami i pacjentkami oddziału;
11. zapewnienie pacjentom i pacjentkom możliwości odbywania widzeń w przystosowanych do tego pomieszczeniach;
12. udzielanie pacjentkom i pacjentom informacji na temat ich stanu zdrowia, obecnego i planowanego leczenia, a także rokowań;
13. Każdorazowe przeprowadzanie badania fizykalnego (ogłędzin ciała) na etapie przyjmowania do placówki, a także dokumentowanie obrażeń zgodne ze wskazaniami Protokołu stambulskiego;
14. podanie danych teleadresowych do Rzecznika Praw Obywatelskich w miejscu dostępnym dla wszystkich pacjentów;
15. systematyczne aktualizowanie danych teleadresowych do instytucji skargowych podanych na tablicach informacyjnych;
16. zamontowanie w ogólnodostępnym miejscu (poza zasięgiem monitoringu) skrzynki na skargi, z której pacjentki, pacjenci i inne osoby będą mogli

korzystać z zachowaniem anonimowości. Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyznaczona osoba. Skargi (także anonimowe) przekazywane w ten sposób powinny być odnotowywane w rejestrze skarg;

17. systematyczne przeprowadzanie szkoleń pracowników z zakresu komunikacji z trudnym pacjentem, komunikacji z osobami z niepełnosprawnością intelektualną, rozwiązywania i deeskalacji konfliktów, przeciwdziałania przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć, pierwszej pomocy przedmedycznej oraz Protokołu stambulskiego;
18. zapewnienie pracownikom mającym bezpośredni kontakt z pacjentami i pacjentkami możliwości korzystania z regularnej superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.

VII. Informacje dodatkowe

Na podstawie art. 20 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Dyrekcji Szpitala z prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w punktach 51, 62, 83, 89 i 98 niniejszego raportu.

Opracowała: Anna Grabowska

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska
Zastępczyni Dyrektora Zespołu
/-podpisano elektronicznie/