



Warszawa, 06-05-2026 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Zespół do spraw Wykonywania Kar**

**IX.517.13.2026**

**Raport**

**z wizytacji Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu  
oraz Oddziału Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu  
II Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SP ZOZ w Krakowie**

**1. Wstęp**

Pracownicy Zespołu do spraw Wykonywania Kar Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (zwanego dalej Zespołem), tj. prawniczka Zofia Branicka oraz eksperci prawni Tomasz Rozwadowski i Konrad Walc, działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 1264), przeprowadzili w dniach 12–14 stycznia 2026 r. wizytację Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu – przeznaczonego dla mężczyzn (dalej OPSW) oraz Oddziału Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu II – przeznaczonego dla kobiet (dalej OPSP II) w Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego SP ZOZ w Krakowie (zwanego dalej Szpitalem).

W ramach wizytacji pracownicy Zespołu:

1. przeprowadzili rozmowę z:
  - a) dyrektorem Szpitala Michałem Tochowiczem,
  - b) zastępcą dyrektora ds. leczenia dr. n. med. Łukaszem Cichockim,

- c) zastępcą dyrektora ds. ekonomiczno-organizacyjnych Martą Byrgiel,
  - d) kierownikiem OPSW oraz kierownikiem OPSP II,
  - e) pielęgniarkami oddziałowymi z obu wizytowanych oddziałów;
2. przeprowadzili rozmowy na osobności z wybranymi osobami internowanymi przebywającymi w wizytowanych oddziałach;
  3. dokonali oglądu wizytowanych oddziałów, w tym pokoi łóżkowych, kąpoków sanitarnych, łaźni, placów spacerowych, świetlic, sal widzeń oraz sal do zajęć terapeutycznych i spotkań grupowych;
  4. dokonali analizy obowiązujących w dniu wizytacji regulaminów oddziałów OPSW oraz OPSP II.

## **2. Charakterystyka wizytowanych oddziałów psychiatrii sądowej**

### **2.1. Oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu**

Oddział ten zajmuje się przede wszystkim diagnostyką i leczeniem osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których zgodnie z postanowieniem sądu wykonywany jest środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym o wzmocnionym zabezpieczeniu. Sporadycznie przebywają w nim również pacjenci będący na obserwacji sądowo-psychiatrycznej. OPSW jest przeznaczony dla 65 mężczyzn. W dniu wizytacji przebywało w nim 72 pacjentów, wszyscy z orzeczoną środkami zabezpieczającym w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym.

Wizytowany OPSW mieści się w dwóch budynkach (II A i III A). Budynek II A podzielony jest dodatkowo na trzy odcinki A, B i C. Rozmieszczenie pacjentów pomiędzy poszczególnymi budynkami oraz odcinkami uwzględnia ich aktualne potrzeby terapeutyczne, a także wymagany poziom wsparcia klinicznego. W budynku II A na odcinku A przebywają przede wszystkim nowo przyjęci pacjenci, a także osoby wymagające najbardziej intensywnej obserwacji i oddziaływań terapeutycznych. Ze względu na dostępność jednoosobowych sal objętych monitoringiem na tym odcinku umieszczane są również osoby skierowane na obserwację sądowo-psychiatryczną oraz pacjenci, wobec których istnieje konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji.

Odcinki B i C w budynku II A przeznaczone są dla pacjentów ze zredukowanymi objawami zaburzeń psychicznych oraz znajdujących się w bardziej stabilnym stanie psychicznym.

W budynku III A przebywają pacjenci w najbardziej ustabilizowanym stanie psychosomatycznym, wobec których planowane jest uruchomienie procedury przeniesienia na oddział o podstawowym stopniu zabezpieczenia.

## **2.2. Oddział o podstawowym zabezpieczeniu dla kobiet**

Są dwa oddziały psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu – pierwszy – przeznaczony dla mężczyzn, zlokalizowany w budynku II B, dysponujący 70 miejscami oraz drugi – przeznaczony dla kobiet, zlokalizowany w budynku XL, dysponujący 18 miejscami. Zespół BRPO dokonał wizytacji tego ostatniego. W dniu wizytacji w oddziale tym przebywało 17 pacjentek.

Oddział dla kobiet zorganizowany jest na trzech kondygnacjach. Na parterze i pierwszym piętrze rozmieszczone są pokoje łóżkowe, natomiast w podziemiach usytuowano salę terapeutyczną oraz pomieszczenia gospodarcze i socjalne. Na parterze znajdują się sale objęte monitoringiem oraz łazienki dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, dlatego w tej przestrzeni co do zasady umieszczane są osoby z problemami w poruszaniu się oraz pacjentki wymagające wzmożonej uwagi personelu ze względu na ich kondycję psychofizyczną. Na pierwszym piętrze przebywa większość pacjentek, które nie wymagają dodatkowego nadzoru zespołu medycznego.

## **2.3. Podsumowanie**

W ocenie Zespołu wizytującego wyżej opisane rozmieszczenie osób sprzyja zapewnieniu porządku organizacyjnego oraz bezpieczeństwa pacjentów i personelu. Tworzy również warunki do planowania i realizacji oddziaływań terapeutycznych po ustabilizowaniu stanu psychicznego pacjentów. Ponadto istnienie i sposób wykorzystywania monitorowanych sal jednoosobowych pozwala na realizację celów środka zapobiegawczego w sytuacjach, gdy osoba nim objęta kierowana jest na obserwację sądowo-psychiatryczną (tylko OPSW). Zapewnia także stały nadzór nad osobą, wobec której stosowany jest przymus bezpośredni w formie izolacji. Rozwiązanie to zwiększa bezpieczeństwo zarówno tej osoby, jak i pozostałych pacjentów, pozwala również na weryfikację prawidłowości jego stosowania.

## **3. Warunki bytowe i organizacja przestrzeni wizytowanych oddziałów psychiatrii sądowej**

### **3.1. Wizytowany oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu**

#### **3.1.1. Przestrzeń mieszkalna**

Pacjenci OPSW przebywają w dwóch budynkach II A i III A. Wszystkie pokoje wyposażone są w łóżka z koszami na przedmioty codziennego użytku oraz drewniane szafki przyłóżkowe. Według personelu wyposażenie to jest wystarczające do przechowywania rzeczy osobistych pacjentów. W trakcie oględzin w pokojach panował porządek, a pacjenci nie zgłaszali problemów z przechowywaniem swoich rzeczy ani przypadków korzystania z nich przez inne osoby bez ich zgody.

W budynku II A wszystkie przedsionki przynależne do pokoi wyposażone są w instalację przyzywową w formie przycisku (oznaczonego czerwonym kolorem) zamontowanego na ścianie przy włącznikach oświetlenia. Pokoje pacjentów pozostają otwarte przez całą dobę, dzięki czemu mogą oni w każdym czasie skorzystać z toalety znajdującej się w przedsionku.

W budynku III A obowiązują podobne rozwiązania. Różnica wynika jedynie z układu architektonicznego – łazienki nie znajdują się w przedsionkach przy pokojach, lecz są dostępne z korytarza głównego.

### **3.1.2. Przestrzeń wspólna i zaplecze socjalne**

Pacjenci OPSW w każdym budynku i na każdym odcinku mają do dyspozycji wydzieloną przestrzeń wspólną wyposażoną w stoły z krzesłami, telewizor, konsolę do gier (budynek II A odcinek C) oraz czajnik elektryczny (budynek II A odcinki B i C oraz budynek III A), z którego mogą samodzielnie korzystać w czasie wolnym. W budynku II A na odcinku A wanny z wodą znajduje się w pokoju pielęgniarek i ciepły napój jest przygotowywany oraz wydawany przez personel placówki, zgodnie z zapotrzebowaniem pacjentów.

W budynku II A w odcinkach A i B pokój socjalny – świetlica zorganizowana została w odrębnym pomieszczeniu, natomiast w odcinku C oraz w budynku III A funkcję tę pełni otwarta przestrzeń wspólna, zlokalizowana przy korytarzach prowadzących do części mieszkalnych. W korytarzach odcinków A i B oraz w salonie odcinka C dostępne są lodówki do przechowywania żywności. Korzystanie z tych urządzeń odbywa się za pośrednictwem personelu pomocniczego (odcinek A) lub samodzielnie (odcinek B i C). Wszystkie produkty żywnościowe muszą być oznaczone numerem pacjenta przed przekazaniem ich do przechowania. Zdaniem Zespołu wizytacyjnego administracja Szpitala powinna unikać sytuacji, w których może dochodzić do uprzedmiotowienia pacjentów, dlatego też produkty żywnościowe powinny być oznaczane w inny sposób, np. inicjałami pacjenta.

Pacjenci OPSW mają zapewniony dostęp do odbiorników telewizyjnych zlokalizowanych w częściach wspólnych. Mogą z nich korzystać w porze dziennej poza czasem posiłków, spacerów oraz planowych zajęć.

Budynki OPSW dysponują również pomieszczeniami gospodarczymi, w których przechowywane są detergenty, szczotki, ścierki do bieżącego użytku przez personel sprzątający, natomiast główny magazyn ww. przedmiotów znajduje się w piwnicy budynku II A. W tych pomieszczeniach gospodarczych ustawione są również pralki, z których pacjenci mogą korzystać pod nadzorem personelu, oraz suszarki szpitalne.

### **3.1.3. Aktywność i terapia**

W OPSW prowadzone są następujące formy terapii: psychoterapia indywidualna i grupowa, trening komunikacji i asertywności, psychoedukacja dotycząca choroby psychicznej, społeczność terapeutyczna, psychoedukacja dotycząca substancji psychoaktywnych, biblioterapia, zajęcia aktywizujące, zajęcia sportowe, zajęcia rekreacyjne, terapia zajęciowa, trening budżetowy i poznawczy. W przypadku stwierdzenia u pacjenta podwójnej diagnozy (choroba psychiczna i uzależnienie) ustala się dla niego indywidualny program terapeutyczny nakierowany nie tylko na chorobę psychiczną, ale także na pracę z uzależnieniem. W weekendy prowadzone są grupy: psychoedukacji oraz wsparcia dla rodzin pacjentów leczonych w tutejszym oddziale.

W oddziale przebywa obecnie dwóch cudzoziemców, którzy korzystają z terapii indywidualnej w języku angielskim (indywidualny kontakt terapeutyczny z lekarzem psychiatrą oraz psychoterapia indywidualna z psychologiem). Pacjenci uczestniczą również w zajęciach grupowych w postaci terapii zajęciowej oraz w zajęciach sportowych.

W obu budynkach OPSW znajdują się sale terapii zajęciowej. Ich wyposażenie obejmuje biurka, krzesła, biblioteczki z książkami, gry planszowe czy przybory plastyczne. W budynku II A w sali znajduje się również komputer, z którego pacjenci – za pośrednictwem personelu – mogą zgrywać na karty pamięci ulubioną muzykę lub gry telewizyjne. Do dyspozycji pacjentów pozostają również pomieszczenia rekreacyjne – minisiłownia wyposażona w bieżnię, rower stacjonarny, atlas do ćwiczeń, a także stoły do gry w bilard i ping-ponga. Personel podkreślał, że tego rodzaju aktywność cieszy się dużym zainteresowaniem pacjentów. W każdym odcinku OPSW w obu budynkach funkcjonuje punkt pielęgniarski, w którym pacjentom wydawane są leki lub przeprowadzane są drobne zabiegi lekarskie.

### **3.1.4. Przestrzeń do realizacji widzeń**

W ramach OPSW przestrzenie jadalni i świetlic, a w budynku III A również pomieszczenia do konsultacji lekarskich, zależnie od potrzeb są wykorzystywane również do widzeń pacjentów z bliskimi oraz obrońcami lub pełnomocnikami. Pomieszczenia te są wyposażone w stoły oraz krzesła, objęte są również stałym monitoringiem wizyjnym.

## **4. Wizytowany oddział o podstawowym zabezpieczeniu**

### **4.1. Przestrzeń mieszkalna**

Oddział dysponuje pokojami wieloosobowymi: na parterze znajdują się dwie sale przeznaczone dla 7 pacjentek, natomiast na pierwszym piętrze trzy sale dla 11 pacjentek. Dwa pokoje (2-osobowy i 5-osobowy) objęte są monitoringiem i przeznaczone odpowiednio do obserwacji pacjentek nowo przyjętych lub wymagających zwiększonej uwagi personelu oraz do stosowania unieruchomienia (jedno wydzielone łóżko w pokoju 5-osobowym). W budynku zainstalowana jest również winda przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową.

### **4.2. Przestrzeń wspólna i zaplecze socjalne**

Część socjalna (pełniąca też rolę stołówki i sali do widzeń) wyposażona jest w telewizor, stoliki z krzesłami, czajnik, lodówkę, gry planszowe i rower stacjonarny. Pacjenci OPSP II mają zapewniony dostęp do odbiorników telewizyjnych zlokalizowanych w częściach wspólnych. Mogą z nich korzystać w porze dziennej poza porami posiłków, spacerów oraz planowych zajęć.

### **4.3. Aktywność i terapia**

Wizytowany oddział posiada własną salę terapii zajęciowej wyposażoną w stoły z krzesłami, biblioteczkę z książkami, gry planszowe oraz materiały do prac manualnych. Zajęcia te cieszą się dużym zainteresowaniem. Pacjentki chętnie wykonują różnorodne prace, takie jak obrazy, grafiki czy wyklejanki. Dodatkowo oddziaływania terapeutyczne odbywają się również w Oddziale Psychiatrycznym Rehabilitacyjnym (dalej Centrum Rehabilitacji). W ramach tego Oddziału pacjentki mają możliwość uczestnictwa m.in. w zajęciach terapeutycznych takich jak: psychoterapia grupowa i indywidualna, zajęcia z choreoterapii, muzykoterapii, garncarstwa, zajęcia literackie, zajęcia w pracowni plastycznej, zajęcia ogrodnicze, florystyki. Pacjentki mają też możliwość podjęcia praktyk zawodowych w ramach

ergoterapii w pracowni kulinarnej, pracowni terapeutycznej Ciuszek, plastycznej, garncarskiej oraz bibliotece szpitalnej. Za udział w praktykach otrzymują gratyfikację w postaci bonów o łącznej wartości 300 zł w miesiącu, za które mogą kupić dowolne rzeczy z wyjątkiem alkoholu i papierosów.

Personel wspiera również aktywność twórczą pacjentów, organizując wystawy oraz kiermasze, na których pacjentki mogą prezentować i sprzedawać swoje dzieła. Tego rodzaju inicjatywy działają motywująco i wzmacniają zaangażowanie uczestników terapii.

#### **4.4. Przestrzeń do realizacji widzeń**

W ramach OPSP II widzenia pacjentek z osobami bliskimi odbywają się w części wspólnej stanowiącej świetlicę, gdzie usytuowane są stoły z krzesłami.

#### **4.5. Stosowanie monitoringu**

Na obu oddziałach psychiatrii sądowej przestrzeń wspólna, korytarze, pomieszczenia do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji oraz niektóre pokoje łóżkowe pacjentów (służące do obserwacji sądowo-psychiatrycznej, a także obserwacji pacjenta bezpośrednio po przyjęciu na oddział lub, jeśli jest to konieczne, w procesie jego leczenia i dla zapewnienia mu bezpieczeństwa) objęte są stałym monitoringiem wizyjnym. Stosowanie monitoringu wynika z art. 23a ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2026 r. poz. 156)<sup>1</sup>, § 7 pkt 1a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (tekst

---

<sup>1</sup> Art. 23a ust. 1. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń:

1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników,

2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych,

3) w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa – w przypadku szpitali, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów rehabilitacji leczniczej i hospicjów – za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring), uwzględniając konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta, w tym przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, potrzebę zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu oraz konieczność ochrony danych osobowych.

jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 1780)<sup>2</sup>, § 29 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 402)<sup>3</sup> wraz załącznikiem nr 1 do tego rozporządzenia: „Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala”, część VIII Oddział psychiatryczny – ust. 6 pkt 2 lit. h<sup>4</sup> oraz art. 18e ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 917; dalej: u.o.z.p.)<sup>5</sup>.

System monitoringu jest na tyle nowoczesny, że umożliwia obserwację pacjentów w porze nocnej bez konieczności oświetlenia przestrzeni. Mimo tego we wszystkich pokojach wizytowanych oddziałów zainstalowane jest oświetlenie nocne. Wizytujący w czasie rozmów z pacjentami nie odnotowali uwag dotyczących funkcjonowania tego rozwiązania.

W budynku II A, przed wejściem do części administracyjnej, znajduje się pomieszczenie ochrony z centralą monitoringu dla całego budynku. Dodatkowo w odcinku A z dyżurki pielęgniarskiej możliwy był podgląd wszystkich pomieszczeń monitorowanych tego odcinka.

#### **4.6. Utrzymywanie czystości**

Z przekazanych przez personel informacji wynika, że pacjenci nie są zobowiązani do sprzątnięcia pokoi lub korytarza oddziału, gdyż należy to do obowiązków personelu. Są oni odpowiedzialni jedynie za uprzątnięcie szafek, w których przechowują swoje rzeczy prywatne.

---

<sup>2</sup> § 7. Zakłady psychiatryczne dysponujące warunkami wzmocnionego zabezpieczenia spełniają wymagania określone w § 6 oraz:

1) są wyposażone w:

a) system telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek oraz korytarzy [...].

<sup>3</sup> § 29. W pokojach łóżkowych dopuszcza się instalację urządzeń umożliwiających obserwację pacjentów, jeżeli jest to konieczne w procesie ich leczenia i dla zapewnienia im bezpieczeństwa.

<sup>4</sup> W oddziale psychiatrycznym: część obserwacyjno-diagnostyczna może być wyposażona w jednoosobową separatkę posiadającą: system monitoringu z kamerą, posiadający rezerwowe zasilanie wyposażone w funkcję autostartu, niedostępną dla osoby izolowanej, zabezpieczoną przed uszkodzeniem.

<sup>5</sup> Art. 18e. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego.

Pościel oddawana jest do prania firmie zewnętrznej raz w tygodniu. Pacjenci mają natomiast do swojej dyspozycji pralki i suszarki przeznaczone do prania odzieży osobistej. Angażują się oni również w sprzątanie części wspólnych, jednak wyłącznie w takim zakresie, który ma na celu kształtowanie i podtrzymywanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania.

## **5. Prawa pacjenta**

### **5.1. Prawo do sądu**

Zespół wizytujący ustalił, że pacjenci są informowani przez sądy o terminach posiedzeń w przedmiocie przedłużenia internacji ze znacznym wyprzedzeniem czasowym. Biorą w nich udział, jeżeli wyrażają taką wolę (art. 204 § 2b k.k.w.<sup>6</sup>) i pozwala na to ich aktualny stan zdrowia (art. 204 § 2a k.k.w.<sup>7</sup>). Chęć udziału w posiedzeniu pacjent wyraża w oświadczeniu dołączonym do opinii okresowej (sporządzanej co 6 miesięcy) kierowanej do właściwego sądu. Większość pacjentów uczestniczy w posiedzeniach sądu w formie zdalnej, zgodnie z art. 374 § 3 i 4<sup>8</sup> w zw. z art. 96a k.p.k.<sup>9</sup> Powyższe przepisy mogą być również zastosowane w postępowaniu wykonawczym, albowiem zgodnie z art. 1 § 2 k.k.w. w kwestiach nieuregulowanych w Kodeksie karnym wykonawczym stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania karnego.

Na terenie Szpitala wyznaczono pomieszczenia umożliwiające udział w wokandach online. W oddziale OPSW zdalne posiedzenia sądowe realizowane są w monitorowanej świetlicy zlokalizowanej w odcinku A. Natomiast w oddziale OPSP II wyznaczono do tych celów gabinet wyposażony w niezbędny sprzęt. Link do połączenia przekazywany jest pracownikom administracyjnym OPSW albo OPSP II, którzy zapewniają obsługę techniczną posiedzeń, co pozwala ograniczyć ryzyko

---

<sup>6</sup> Art. 204 § 2b. Doręczając sprawcy zawiadomienie o terminie posiedzenia, o którym mowa w § 2, należy go pouczyć o prawie do złożenia wniosku o doprowadzenie go na to posiedzenie.

<sup>7</sup> Art. 204 § 2a. Sprawca ma prawo wziąć udział w posiedzeniu, o którym mowa w § 2. Sprawca nie bierze udziału w posiedzeniu, jeżeli z opinii biegłych wynika, że byłoby to niewskazane, chyba że sąd uzna jego udział za konieczny.

<sup>8</sup> Przewodniczący, na wniosek prokuratora, wyraża zgodę na jego udział w rozprawie przy użyciu urządzeń technicznych, umożliwiających udział w rozprawie na odległość z jednoczesnym bezpośrednim przekazem obrazu i dźwięku, jeżeli nie stoją temu na przeszkodzie względy techniczne (§ 3). Przewodniczący może zwolnić z obowiązku stawiennictwa na rozprawie oskarżonego, oskarżyciela posiłkowego albo oskarżyciela prywatnego, którzy są pozbawieni wolności, jeżeli zostanie zapewniony udział tych stron w rozprawie przy użyciu urządzeń technicznych, umożliwiających udział w rozprawie na odległość z jednoczesnym bezpośrednim przekazem obrazu i dźwięku (§ 4).

<sup>9</sup> Przepisy art. 374 § 3-8 i art. 517ea k.p.k. stosuje się odpowiednio do posiedzeń.

występowania problemów uniemożliwiających pacjentom dołączenie do posiedzenia sądu. Pacjenci korzystają z możliwości zdalnego udziału w posiedzeniach i rozprawach również w przypadku innych postępowań karnych oraz cywilnych. Zdarzają się także przypadki osobistego udziału osoby internowanej w stacjonarnym posiedzeniu sądu. W takich sytuacjach pacjent jest na nie konwojowany przez Policję, zgodnie z wydanym przez sąd nakazem. W rozmowie z wizytującymi personel Szpitala poinformował, że nie dostrzega trudności we współpracy z Policją w zakresie organizacji tego rodzaju transportów.

## **5.2. Prawo do obrony**

Zastrzeżeń wizytujących nie budziły zasady korzystania przez osoby tymczasowo aresztowane (przebywające tylko na odcinku A OPSW) z telefonu stacjonarnego w celu przeprowadzenia rozmowy z obrońcą lub pełnomocnikiem. Kontakt ten odbywał się w pokoju wychowawcy i był zapewniany zgodnie z zaleceniem organu dysponującego i postanowieniami regulaminu oddziału, który przewiduje także możliwość zrealizowania dodatkowej rozmowy w sytuacjach pilnych.

Pozostali pacjenci OPSW mogą kontaktować się z przedstawicielami zawodów prawniczych za pomocą automatów telefonicznych, dostępnych w każdym budynku, na każdym odcinku. Natomiast pacjentki przebywające na OPSP II co do zasady wykonują połączenia z własnych telefonów. Mogą również korzystać na koszt szpitala z telefonu stacjonarnego dostępnego w dyżurce. Zespół BRPO odnotował, że żaden z wizytowanych oddziałów nie dysponuje oddzielnymi salami do widzeń z obrońcami lub pełnomocnikami. Takie spotkania odbywają się w miejscach pełniących co do zasady funkcję stołówek lub świetlic, które jako przestrzenie ogólnodostępne są objęte monitoringiem wizyjnym. Na czas wizyty pomieszczenie pozostaje do wyłącznej dyspozycji pacjenta oraz odwiedzającego go prawnika. Nie uczestniczy w nim pracownik Szpitala ani nie przebywają tam pozostali pacjenci.

## **5.3. Prawo do informacji**

### **5.3.1. Tablice informacyjne**

Tablice informacyjne na obu oddziałach usytuowane są w częściach wspólnych pacjentów i zawierają informacje dotyczące m.in. Rzecznika Praw Pacjenta, regulaminu oddziału, numerów alarmowych, rozkładu dnia. Zakres udostępnianych informacji jest zgodny z § 11 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r.

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r. poz. 400)<sup>10</sup>.

Wizytujący nie dostrzegli nigdzie danych kontaktowych do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, organizacji pozarządowych ani pouczenia dotyczącego możliwości wniesienia skargi do sędziego penitencjarnego. Zdaniem wizytujących brzmienie wymienionego przepisu nie wyklucza rozszerzenia zakresu informacji dostępnych dla pacjentów o dane adresowe ww. instytucji.

### **5.3.2. Dostęp do Biuletynu Informacji Publicznej**

Pacjenci z OPSW posiadają dostęp do Biuletynu Informacji Publicznej tylko poprzez wydrukowanie przez personel Szpitala wnioskowanych przez siebie treści, nie mają natomiast możliwości korzystania z własnego sprzętu komputerowego oraz telefonów komórkowych. Komputery służbowe pozostają do wyłącznej dyspozycji personelu i znajdują się w pomieszczeniach niedostępnych dla pacjentów.

Na OPSP II pacjentki mają dostęp do prywatnych telefonów komórkowych podłączonych do Internetu. Mogą też korzystać z komputera podłączonego do sieci

---

<sup>10</sup> Świadczeniodawca jest obowiązany umieścić wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych informacje dotyczące:

- 1) imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania;
- 2) miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców;
- 3) zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych;
- 4) trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy;
- 5) praw pacjenta;
- 6) zasad potwierdzania prawa do świadczeń;
- 7) adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 8) numerów telefonów alarmowych "112" i "999" obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego;
- 9) adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
- 10) adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków Funduszu;
- 10a) adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa Funduszu, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia;
- 11) informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia;
- 12) innych informacji, jeżeli obowiązek ich ujawnienia świadczeniobiorcom wynika z umowy.

znajdującego się w bibliotece w Centrum Rehabilitacji (oddzielny budynek, do którego udają się regularnie wraz z pracownikami Szpitala w ramach planowanych zajęć).

### **5.3.3. Dostęp do dokumentacji medycznej**

Wszyscy pacjenci wizytowanych oddziałów mają zapewniony dostęp do swojej dokumentacji medycznej. Złożenie stosownego wniosku skutkuje jej udostępnieniem. W rozmowie z personelem Szpitala wizytujący otrzymali informację, że kopia dokumentacji pacjenta jest mu wydawana po uiszczeniu stosownej opłaty, jednak dotyczy to przypadku żądania przez pacjenta kolejnego odpisu dokumentacji.

### **5.4. Prawo do składania skarg**

Pacjenci są informowani m.in. za pośrednictwem opisywanych już w pkt 3.1 tablic informacyjnych o możliwości wniesienia skargi do Rzecznika Praw Pacjenta oraz Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (dalej RPPSzP), pisemnie lub telefonicznie. RPPSzP bywa w Szpitalu w zależności od zgłaszanego przez pacjentów zapotrzebowania (np. chęci bezpośredniej rozmowy), a nie według ustalonego z góry harmonogramu.

W rozmowie telefonicznej przedstawiciela Zespołu z RPPSzP ustalono, że zgłaszane zarzuty dotyczą zazwyczaj zachowania personelu Szpitala. Rzecznik wskazała jednocześnie, że liczba problemów zgłaszanych przez pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej jest niewielka. Dotychczas, w okresie dwuletniej kadencji RPPSzP, z OPSP II nie wpłynęła żadna skarga.

W przypadku, gdy pacjent chce złożyć pisemną skargę do dyrektora Szpitala, może ją przekazać za pośrednictwem personelu danego oddziału, który następnie przekazuje pismo w ramach wewnętrznego obiegu korespondencji w placówce medycznej. Natomiast skargi wnoszone przez pacjentów do innych instytucji bądź organów są przekazywane personelowi do wysłania pocztą. Administracja Szpitala wskazała wizytującym, że w okresie od 1 stycznia 2025 r. do dnia wizytacji do dyrektora Szpitala wpłynęło sześć skarg od pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej, jedna skarga od rodziny pacjenta i jedna anonimowa skarga pracownika oddziału. Skargi pacjentów dotyczyły pracy personelu medycznego, warunków bytowych (ograniczeń w zakresie dostępu do prywatnych telefonów) oraz postępowania funkcjonariuszy Policji (np. wykonujących na oddziale czynności procesowe z udziałem pacjenta).

## **5.5. Prawo do praktyk religijnych**

W Szpitalu zatrudnionych jest dwóch kapelanów wyznania rzymskokatolickiego. Raz w tygodniu kapłan odwiedza OPSW i OPSP II, odprawia mszę świętą lub udziela sakramentów w przestrzeniach wspólnych. Raz w miesiącu pacjentki OPSP II mają możliwość uczestniczenia w nabożeństwie w kaplicy znajdującej się na terenie Szpitala. Ponadto, gdy pacjent zgłasza personelowi medycznemu chęć rozmowy czy spotkania z duchownym (dowolnego wyznania), personel oddziału podejmuje działania mające na celu umożliwienie mu tego kontaktu.

## **5.6. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym**

Pacjenci Szpitala mogą utrzymywać kontakt z rodziną oraz innymi osobami w postaci widzeń, rozmów telefonicznych oraz korespondencji. Widzenia na OPSW odbywają się w dni powszednie oraz świąteczne, a na OPSP II we środy i soboty, w godzinach ustalonych w regulaminach wewnętrznych poszczególnych oddziałów.

Obowiązek wcześniejszego ustalenia odwiedzin z kierownikiem oddziału wynika z przyczyn organizacyjnych i dotyczy tylko OPSP II, gdzie zainteresowanie spotkaniami przekracza możliwości lokalowe oddziału. Wszystkie odwiedziny odbywają się w wyznaczonych do tego pomieszczeniach, objętych monitoringiem. Personel co do zasady nie weryfikuje, kim dla pacjenta jest osoba odwiedzająca. Stopień pokrewieństwa lub znajomości ma charakter deklaracyjny. Sprawdzany jest jedynie dowód tożsamości osoby odwiedzającej. Ewentualne, czasowe ograniczenia w liczbie osób odwiedzających mają miejsce w przypadku zaistnienia zdarzeń niepożądanych po odbytym widzeniu (np. stwierdzenia zażycia środków odurzających przez pacjenta).

Nie obowiązują formalne limity częstotliwości odwiedzin. Jeżeli organizacja pracy oddziału na to pozwala, pacjenci mogą być odwiedzani bardzo często – w praktyce zdarzają się sytuacje, w których niektórzy pacjenci (np. w OPSW) przyjmują odwiedziny codziennie, od poniedziałku do piątku.

Czas trwania odwiedzin także nie jest ściśle limitowany, z wyjątkiem OPSP II, gdzie zgodnie z regulaminem może trwać ono do 45 minut. Natomiast z rozmów przeprowadzonych z personelem wynika, że trwają one zazwyczaj 60 minut i mogą zostać przedłużone, jeżeli nie koliduje to z widzeniami innych pacjentów, zajęciami terapeutycznymi czy porami wydawania leków.

Na oddziale OPSW zgodnie z regulaminem w widzeniu z pacjentem mogą wziąć udział jednocześnie 3 osoby pełnoletnie. Odwiedziny małoletnich powyżej 16 roku życia odbywają się na ogólnych zasadach obowiązujących osoby dorosłe. Odwiedziny dzieci poniżej 16 roku życia mogą odbywać się tylko w wyjątkowych przypadkach za zgodą kierownika oddziału lub lekarza, a w razie ich nieobecności – pielęgniarki, po wcześniejszym ustaleniu terminu. Nie mogą one kontaktować się innymi pacjentami.

Lekarz lub poza godzinami jego pracy pielęgniarka mogą nie wyrazić zgody na odwiedzin lub przerwać trwające już spotkanie w sytuacji, gdy ocenią, że zagraża ono bezpieczeństwu pacjenta, personelu lub osób odwiedzających. Rozwiązanie to jest zgodne z art. 204c k.k.w., który stanowi, że osobiste kontakty sprawcy przebywającego w zakładzie psychiatrycznym, o którym mowa w art. 200 § 2 pkt 2 lub 3 k.k.w., z osobami odwiedzającymi mogą odbywać się tylko za zgodą kierowników tych zakładów. Można odmówić udzielenia takiej zgody, w szczególności gdy kontakty te powodują wzrost ryzyka zachowań niebezpiecznych.

Inna organizacja odwiedzin ma miejsce na OPSP II. Odwiedziny pacjentek muszą być wcześniej ustalone z kierownikiem oddziału lub lekarzem prowadzącym, a następnie zgłoszone pielęgniarce. Odwiedziny mogą odbywać się u 3 pacjentek po jednej osobie odwiedzającej do 45 minut, w miejscu ustalonym przez personel. Odwiedziny w innym terminie są możliwe po wcześniejszym uzgodnieniu tego z personelem. Zdaniem wizytujących ograniczenie odwiedzin pacjentek tylko do jednej osoby odwiedzającej jest dyskryminujące względem uregulowań obowiązujących w OPSW. W obecnej sytuacji pacjentki mogą odbyć widzenie tylko np. z jednym z rodziców lub jednym dzieckiem. Takie rozwiązanie nie sprzyja budowaniu rodzinnych relacji, co jest bardzo istotne w procesie zdrowienia i readaptacji. Ponadto zmusza pacjentki do dokonywania selekcji osób najbliższych, z którymi ma być przeprowadzone widzenie. Można to uznać za ingerencję w prawo do poszanowania życia rodzinnego.

W przypadku gdy istnieje podejrzenie, że osoba odwiedzająca może być pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających, nie jest ona wpuszczana na widzenie. Z uwagi na to, że personel Szpitala nie jest uprawniony do przeprowadzania badań na obecność alkoholu bądź środków odurzających, jedynym rozwiązaniem jest wezwanie Policji w celu przeprowadzenia takiego badania.

Pacjenci OPSW nie mają zapewnionej możliwości korzystania z własnych telefonów oraz komputerów wyposażonych w dostęp do Internetu.

W OPSP II pacjentki mogą posiadać telefony komórkowe w porze dziennej (poza godzinami zajęć terapeutycznych 10.00–14.00), zabronione jest natomiast posiadanie sprzętu komputerowego (dostępny jest jedynie w bibliotece w Centrum Rehabilitacji). Rozmowy telefoniczne nie podlegają nadzorowi ze strony personelu, a pacjentki mogą swobodnie kontaktować się z wybranymi przez siebie osobami. Każdego dnia, w godzinach 22:00–6:00 pacjentki przekazują cały sprzęt elektroniczny (w tym telefony) na noc do dyżurki pielęgniarskiej.

Rozmowy telefoniczne pacjentów oddziałów o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia są realizowane z aparatów umieszczonych na korytarzach oddziału. Trwają one co do zasady 15 minut, ale mogą być dłuższe, jeżeli na rozmowę nie oczekują inni chętni. Rozmowy telefoniczne nie podlegają nadzorowi ze strony personelu, a pacjent może swobodnie kontaktować się z wybranymi przez siebie osobami. Koszty prowadzenia rozmów pokrywają sami pacjenci – zwykle posiadają oni własne środki finansowe, otrzymują bowiem różne świadczenia, np. renty, zasiłki. Personel zapewnił, że możliwe jest też wykonanie połączenia na koszt Szpitala w przypadku pacjentów nieposiadających środków finansowych.

Odmienne zasady dotyczą korzystania z telefonów przez pacjentów tymczasowo aresztowanych podlegających obserwacji sądowo-psychiatrycznej. Osoba taka może skorzystać z aparatu telefonicznego tylko w pokoju wychowawcy i wyłącznie za zgodą organu dysponującego – art. 217c § 2 k.k.w.<sup>11</sup>

Pacjenci mają też zapewnione prawo do prowadzenia korespondencji. Jeśli pacjent nie dysponuje środkami finansowymi, korespondencję wysyła pracownik socjalny, pokrywając koszt jej wysłania ze środków Szpitala.

Z relacji personelu OPSP II wynika, że rzadkością są zgody dla pacjentek na czasowe pobyty poza zakładem. Zazwyczaj są to przepustki 1- lub 2-dniowe, pod nadzorem pracownika socjalnego, w celu np. wizyty u fryzjera. Powyższe podyktowane jest obawą dotyczącą właściwego zachowania pacjentki poza Szpitalem. Odmienne wygląda już jednak sytuacja w przypadku zdarzeń losowych w sprawach ważnych dla pacjentek (np. pogrzeb). Wówczas otrzymują zgodę na czasowe i samodzielne

---

<sup>11</sup> Art. 217c § 2. Organ, do którego dyspozycji tymczasowo aresztowany pozostaje, wydaje zarządzenie o zgodzie na korzystanie z samoinkasującego aparatu telefonicznego, chyba że zachodzi uzasadniona obawa, że zostanie ona wykorzystana:

1. w celu bezprawnego utrudniania postępowania karnego;
2. do popełnienia przestępstwa, w szczególności podżegania do przestępstwa.

opuszczenie Szpitala. Przepustki losowe, po uzyskaniu zgody przez sąd, są udzielane również pacjentom OPSW (tylko w asyście personelu Szpitala).

### **5.7. Prawo do pomocy socjalnej**

Wszyscy pacjenci wizytowanych oddziałów psychiatrii sądowej są objęci wsparciem pracowników socjalnych, którzy udzielają im pomocy w dopełnianiu formalności związanych np. z uzyskaniem zasiłków oraz świadczeń emerytalnych lub rentowych. Pracownicy socjalni aktywnie wspierają pacjentów także w regulowaniu kwestii finansowych (wypłaty lub przelewy środków) i załatwianiu spraw urzędowych. Pomagają w zakupie środków higieny osobistej i drobnych rzeczy ułatwiających codzienne funkcjonowanie. Tego rodzaju wsparcie ma istotne znaczenie w kontekście ograniczonych możliwości samodzielnego załatwiania spraw przez pacjentów przebywających w detencji psychiatrycznej, a także przyczynia się do wzmacniania poczucia sprawczości i godności osób hospitalizowanych.

### **5.8. Wyżywienie, przesyłki i realizacja zakupów**

Pacjenci mają zapewnione wyżywienie przez Szpital, w którym funkcjonuje kuchnia centralna, dostarczająca posiłki na wszystkie oddziały. Szpital zatrudnia też dietetyka ustalającego szczegółowe diety dla konkretnych pacjentów.

Wszyscy pacjenci mogą robić zakupy. Raz w tygodniu samodzielnie (po zaakceptowaniu produktu przez pielęgniarkę oddziałową) lub przy wsparciu pracownika socjalnego sporządzają listę niezbędnych artykułów, które następnie są im dostarczane ze sklepu zewnętrznego, z którym Szpital podpisał stosowną umowę.

Pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej mogą również otrzymywać paczki żywnościowe i higieniczne od rodziny lub znajomych (bez limitów częstotliwości i wagi paczki) oraz dokonywać zakupu telefonicznie (OPSW), a w OPSP II także przez Internet, pod nadzorem pracownika socjalnego. Paczki wszystkich pacjentów podlegają kontroli, którą przeprowadza personel, otwierając je w obecności pacjenta lub osoby odwiedzającej (dotyczy paczek przekazywanych podczas odwiedzin). Na oddziale podstawowym – kobiecym obowiązuje zakaz dostarczania podczas odwiedzin produktów spożywczych i domowego jedzenia. Podobne rozwiązania obowiązują na oddziale wzmocnionym – męskim, gdzie zabronione jest dostarczanie produktów trudnych do skontrolowania, tj. wszelkiego rodzaju produktów płynnych (np. napoi, kompotów, soków) i produktów sproszkowanych (np. zup w proszku, cukru, przypraw, herbaty, kawy), z wyjątkiem produktów oryginalnie i hermetycznie zapakowanych.

## **5.9. Utrzymanie higieny osobistej i zapewnienie odpowiedniej odzieży**

W OPSW na odcinku A znajdują się pomieszczenia łazienki wraz z toaletami i umywalkami. Łazienka przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami narządów ruchu znajduje się w odcinku B. Pacjenci z niepełnosprawnościami przebywający na odcinku A są tam każdorazowo przewożeni na wózku lub przeniesieni przez personel Szpitala na specjalistycznym krześle. W odcinku C w każdej części wspólnej przynależnej do pokoi – przedsiionku – wydzielone jest pomieszczenie z kabiną prysznicową, toaletą oraz umywalką.

Łazienki dla pacjentek OPSP II, wyposażone w umywalki, toaletę oraz prysznic, znajdują się na każdym piętrze budynku. Na dolnej kondygnacji znajduje się łazienka przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną (szersze drzwi, poręcze i brak przeszkód architektonicznych uniemożliwiających wjazd wózków pod prysznic). Pacjentki mają całodobowy, nieograniczony dostęp do łazienek i toalet. Mogą samodzielnie decydować o częstotliwości i długości kąpieli — personel nie wprowadza w tym zakresie żadnych ograniczeń. Wyjątkiem był przypadek jednej pacjentki dokonującej samookaleczeń w łazience, w związku z czym czynności higieniczne oraz czynności w tym pomieszczeniu odbywały się pod nadzorem personelu.

Wizytujący stwierdzili brak instalacji przyzywowej w pomieszczeniach łazienki oraz toaletach wszystkich oddziałów psychiatrii sądowej. Stanowi to istotne zagrożenie dla pacjentów w przypadku zdarzeń losowych, ponieważ pomieszczenia te nie są objęte monitoringiem wizyjnym.

Nowo przyjęty pacjent otrzymuje od Szpitala piżamę, mydło, pastę do zębów oraz proszek do prania. Pacjenci OPSW mają zapewnioną możliwość golenia. Czynność ta odbywa się jednak pod nadzorem personelu w jednym z pomieszczeń wyposażonych w umywalkę oraz lustro. Wszyscy pacjenci mogą korzystać z własnej odzieży. W Szpitalu brak jest określonych zasad co do liczby i rodzaju rzeczy własnych, które internowany może posiadać w pokoju. Każdy pacjent, który nie posiada ubrań albo są one zniszczone, w niewłaściwym rozmiarze albo nieodpowiednie do pory roku i wymagają wymiany, a nie dysponuje on środkami finansowymi lub pomocą ze strony bliskich, otrzymuje odzież z zasobów Szpitala. Jest ona składowana w magazynie, przekazana przez podmioty prywatne w formie darowizny oraz przez okolicznych mieszkańców do sklepu „Ciuszek”. Analogicznie sytuacja wygląda w odniesieniu do

użytkowania środków higienicznych, które są wydawane pacjentom nieposiadającym środków finansowych.

### **5.10. Przebywanie na świeżym powietrzu**

Internowani przebywający na OPSW mają do dyspozycji wydzielone place spacerowe, na których brakuje zadaszeń chroniących przed złymi warunkami atmosferycznymi. Pacjenci, podzieleni na grupy spacerowe, korzystają ze spacerów na zasadzie dobrowolności, nie są zmuszani do przebywania na świeżym powietrzu.

Pacjentki OPSP II mają do dyspozycji plac spacerowy z altaną, pod którą mogą schronić się przed niekorzystnymi warunkami pogodowymi.

Z informacji przekazanych przez personel Szpitala wynika, że w okresie letnim pacjenci mają możliwość zorganizowania grilla. Na placu odbywają się też zawody sportowe, np. w badmintona.

## **6. Bezpieczeństwo i kontrola**

### **6.1. Obserwacja nowo przyjętych pacjentów**

Z Załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 402) wynika, że w oddziale psychiatrycznym wydziela się odcinki obserwacyjno-diagnostyczne lub pokoje obserwacyjne. Na obu wizytowanych oddziałach psychiatrii sądowej znajdują się pomieszczenia do prowadzenia obserwacji nowo przyjętych pacjentów. Na OPSW, na odcinku A, są to pokoje monitorowane, jednoosobowe, a po okresie obserwacji pacjenci są kierowani na właściwy odcinek (A, B, C) lub do budynku III A. Podobnie sytuacja wygląda w OPSP II (kobięcym), tam również znajdują się dwie sale monitorowane (2 i 5-osobowa), w których umieszczane są pacjentki nowo przyjęte bądź takie, które wymagają zwiększonej uwagi ze strony personelu.

### **6.2. Zasady używania wyrobów tytoniowych**

We wszystkich oddziałach psychiatrii sądowej obowiązuje całkowity zakaz używania wyrobów tytoniowych w budynkach oddziałów. Przepisy przewidują możliwość wyodrębnienia palarni na oddziałach psychiatrii sądowej o podstawowym

zabezpieczeniu, z czego administracja wizytowanego Szpitala skorzystała<sup>12</sup>. Palenie możliwe jest tylko w ogrodzie. Pacjentki mają ustanowiony limit 5 papierosów dziennie, dopuszczalne są jednak indywidualne odstępstwa w ramach działań motywacyjnych.

### **6.3. Badania na obecność środków odurzających i kontrola pacjenta**

Wizytujący zostali poinformowani przez personel, że dużym problemem w funkcjonowaniu Szpitala są próby dostarczania na teren oddziałów środków odurzających. Są one przemycane w paczkach przesyłanych przez bliskich lub podmioty zewnętrzne bądź przynoszone na widzenie. Z relacji administracji Szpitala wynikało, że w ostatnim czasie ujawniono próbę dostarczenia środków odurzających w pizzy. W efekcie powyższego zdarzenia pacjenci nie mogą obecnie zamawiać dań z dowozem z pobliskich lokali gastronomicznych.

Badania na obecność alkoholu oraz środków odurzających w organizmach pacjentów OPSW przeprowadzane są na zlecenie lekarza w momencie podejrzenia przyjęcia środka. W przypadku otrzymania pozytywnego wyniku pacjenci z budynku III A oraz z budynku II A z odcinka B i C przenoszeni są do budynku II A na odcinek A (o wzmocnionym dozorcze, część sal monitorowanych), jeśli pacjent przebywał na odcinku A lub sytuacje powtarzały się, kierowany jest wniosek do właściwego sądu o przeniesienie pacjenta do zakładu psychiatrycznego o maksymalnym stopniu zabezpieczenia. Informacja o wynikach badań na obecność alkoholu oraz środków odurzających jest każdorazowo wpisywana w dokumentacji medycznej pacjenta.

W OPSP II prowadzona jest jedynie okresowa kontrola pacjentek na obecność alkoholu, która następuje po powrocie z przepustek. Kontrola ta odbywa się na Izbie Przyjęć Szpitala (alkomat) oraz przy użyciu testów na obecność substancji psychoaktywnych w oddziale.

W przypadku ujawnienia przez personel środków odurzających u któregośkolwiek z pacjentów każdorazowo wzywana jest Policja, celem dokonania stosownego zabezpieczenia tych środków oraz podjęcia dalszych czynności w sprawie.

---

<sup>12</sup> Art. 5a pkt 3 ust. 1a ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 1162 ze zm.) stanowi, że właściciel lub zarządzający może wyznaczyć palarnię w całodobowych oddziałach psychiatrycznych, z wyłączeniem oddziałów dysponujących warunkami wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia.

W razie zaistnienia konieczności przeprowadzenia kontroli pacjenta wykonywana jest jedynie kontrola pobieżna, którą przeprowadza personel pielęgniarski bądź salowi. Kontrola ta polega na tym, że pacjent rozbiera się do bielizny, zakłada piżamę, a zdjęte ubranie podlega sprawdzeniu. Z wyjaśnień personelu Szpitala wynika, że kontrole osobiste nie są przeprowadzane.

#### **6.4. Prewencyjne stosowanie przymusu bezpośredniego**

Aktualnie obowiązujące przepisy nie przewidują możliwości prewencyjnego stosowania przymusu bezpośredniego względem osób, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym.

Personel poprzednio wizytowanych zakładów psychiatrycznych twierdził, że w celu zapobieżenia ucieczce pacjenta niekiedy musiał podjąć działania o charakterze prewencyjnym i zastosować środki, które nie są uwarunkowane względami zdrowia psychicznego.

Rzecznik sygnalizował wskazane powyżej niedostatki systemowe w wystąpieniu generalnym do Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2022 r.<sup>13</sup>, podnosząc, że stosowanie nieuregulowanych w przepisach prawa rodzajów przymusu prowadzi do ograniczenia wolności oraz nietykalności cielesnej pacjenta. W nadesłanej odpowiedzi<sup>14</sup> Minister Zdrowia wskazał, że względem osób, wobec których orzeczony został środek zabezpieczający, można stosować środki przymusu wyłącznie w sposób oraz w okolicznościach wskazanych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

Z relacji personelu OPSW i OPSP II wynika, że wobec pacjentów w sytuacji konieczności doprowadzenia ich poza teren oddziału detencyjnego (np. wizyty u lekarza specjalisty) nie są stosowane prewencyjne środki przymusu. Poza terenem oddziału pacjenci poruszają się w asyście pracowników ochrony (oddział wzmocniony) lub innego personelu Szpitala (oddział podstawowy). Należy podkreślić, że takie organizowanie wyjść poza oddział detencyjny stanowi rozwiązanie sprzyjające zachowaniu równowagi pomiędzy bezpieczeństwem a poszanowaniem praw osób hospitalizowanych.

---

<sup>13</sup> I.dz. IX.517.36.2020,

<https://bip.brpo.gov.pl/sprawygeneralne/pdf/2022/10/IX.517.36.2020/3694945.pdf> (dostęp: 30.04.2026 r.).

<sup>14</sup> Zob.

[https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/202211/Odpowiedz\\_MZ\\_szpitale\\_psychiatryczne\\_przymus\\_bez\\_posredni\\_14.11.20221.pdf](https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/202211/Odpowiedz_MZ_szpitale_psychiatryczne_przymus_bez_posredni_14.11.20221.pdf) (dostęp: 30.04.2026 r.).

## **7. Stosowanie przymusu bezpośredniego z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego**

### **7.1. Informacje wprowadzające**

Wizytujący badali okoliczności i sposób stosowania w 2025 r. wobec pacjentów przymusu bezpośredniego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Ustaleń dokonano w oparciu o ogląd pomieszczeń, w których stosuje się przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia lub izolacji, oraz analizę poszczególnych dokumentacji: „Wykazu zastosowanych środków przymusu bezpośredniego”, 2 kart zastosowania izolacji, 2 kart oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej.

Wizytujący otrzymali informację, że OPSW dysponuje pomieszczeniami do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji. Są to pomieszczenia jednoosobowe, ze sprzętem kwaterunkowym przymocowanym do podłogi (stół i krzesła), monitorowane oraz wyposażone w łóżko do stosowania pasów celem unieruchomienia pacjenta. W OPSP II nie ma pokoju do stosowania izolacji. Przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia stosowany jest w razie potrzeby w pokoju ogólnym (jedno przystosowane do tego celu łóżko w pokoju 5-osobowym), monitorowanym, i wówczas personel odgradza internowaną od pozostałych pacjentek parawanem. Zgodnie z art. 18d u.o.z.p. osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym (przepis nie dotyczy sytuacji, o których mowa w art. 18 ust. 5 u.o.z.p.<sup>15</sup>). W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby, o której mowa w ust. 1, w pomieszczeniu jednoosobowym, osłania się ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, w tym również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych. Jakkolwiek przepisy dopuszczają stosowanie unieruchomienia w pokojach innych niż jednoosobowe, to jednak – zdaniem wizytujących – czynienie tego w pokojach wieloosobowych (nawet 5-osobowych) nie jest w stanie zapewnić osobie, wobec której stosowany jest ten środek przymusu, poczucia elementarnej intymności. Ponadto sytuacja ta jest niekomfortowa

---

<sup>15</sup> Art. 18 ust. 5: Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji osoby, o której mowa w ust. 2, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, lub wobec osoby, o której mowa w ust. 1, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, decyduje i nadzoruje osobiście kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

dla pozostałych pacjentów, którzy przebywają w jednym pokoju wraz z pacjentem, wobec którego stosowany jest przymus bezpośredni, z uwagi na obowiązek kontroli stanu fizycznego takiego pacjenta co 15 minut (art. 18a ust. 3 u.o.z.p.). W niektórych przypadkach również zachowanie unieruchomionego pacjenta może być uciążliwe dla pozostałych internowanych przebywających razem z nim w pokoju.

Z kolei w myśl art. 18e u.o.z.p., przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi i odpowiadający wymogom, jakie powinny spełniać pokoje łóżkowe w szpitalu psychiatrycznym lub w innym zakładzie leczniczym albo pokoje mieszkalne w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem przymusu bezpośredniego. W odniesieniu więc do osób, które nie wykazują pobudzenia psychoruchowego i zachowań agresywnych – w ocenie wizytujących – niejednokrotnie wystarczające byłoby stosowanie właśnie izolacji w odrębnym pomieszczeniu, w warunkach zapewniających bezpieczeństwo osobiste. Byłoby to wypełnieniem dyspozycji art. 18 ust. 8 u.o.z.p., który stanowi, że wybierając środek przymusu, należy zdecydować się na taki, który będzie najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby. W ocenie wizytujących pomieszczenia do stosowania izolacji nie spełniają wymogów określonych w ww. przepisach. Bezpośredni ogląd tych pomieszczeń, a także udostępnione zapisy z monitoringu, nie wskazują, aby pomieszczenia te były urządzone w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem (vide pomieszczenia wyposażone w krzesło oraz stolik, które są na stałe przytwierdzone do ściany/podłogi, a także szafkę). Na tę kwestię zwraca też uwagę Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), podkreślając, że pomieszczenie do izolacji powinno być specjalnie zaprojektowane do tego konkretnego celu. W szczególności powinno zapewniać bezpieczeństwo pacjenta i uspokajające warunki<sup>16</sup>.

W 2025 r. w OPSW (bud. II A i III A) odnotowano 9 przypadków stosowania przymusu bezpośredniego w postaci: przytrzymania i podania leku bez zgody (6), unieruchomienia (1), izolacji (2). Unieruchomienie trwało 11 h i 15 min., natomiast

---

<sup>16</sup> CPT, Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), CPT/Inf(2017)6, Strasbourg 2017, par. 3.8.

izolacja trwała odpowiednio 90 h i 15 min. oraz 27 h i 15 min. W OPSP II odnotowano 6 przypadków, a wszystkie przybrały postać unieruchomienia stosowanego wobec tej samej pacjentki, ich czas trwania wahał się od 3 h i 15 min. do 14 h i 30 min.

Wizytujący zapoznali się z zapisem monitoringu dwóch przypadków stosowania izolacji wobec pacjentów OPSW, których czas trwania wynosił odpowiednio 27 h i 15 min. oraz 90 h i 15 min. Ogląd monitoringu wzbudził wątpliwości wizytujących, poddano go więc szczegółowej analizie, zarówno pod kątem oceny zasadności stosowania ww. przymusu bezpośredniego, jak również prawidłowości prowadzonej w tym zakresie dokumentacji. Analiza tych przypadków prezentuje się następująco.

## **7.2. Przypadek pacjenta K.C., wobec którego przymus bezpośredni w postaci izolacji zastosowano 25 grudnia 2025 r.**

### **7.2.1. Karty zastosowania przymusu bezpośredniego**

Analizując ww. przypadek, wizytujący zapoznali się z Kartą zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym (dalej: Karta), Informacją dotyczącą przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji (dalej: Informacja), kartą oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi – izolowanej oraz zapisami z monitoringu obejmującymi okres od 25 grudnia do 26 grudnia.

Z Karty wynika, że izolację zastosowano o godzinie 6:00. Przyczyną zastosowania tego środka była „agresja słowna i czynna wobec pacjenta na odcinku – uderzenie pięścią w twarz innego pacjenta”. Brak jest natomiast szczegółowych informacji dotyczących przebiegu zdarzenia, jego okoliczności oraz dnia i godziny, o której miało ono miejsce. Brak tych informacji powoduje, że nie jest możliwa weryfikacja, czy w chwili zastosowania przymusu były spełnione wszystkie przesłanki do takiego działania. Przede wszystkim nie wiadomo, czy przymus ten został zastosowany bezpośrednio po zdarzeniu, a nie np. po upływie kilku bądź kilkunastu godzin.

Zgromadzona dokumentacja wskazuje, że w analizowanym przypadku odstąpiono od uprzedzenia pacjenta o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego, z powodu jego agresji czynnej wobec innego chorego (art. 18 ust. 2a

u.o.z.p.<sup>17</sup>). Osobą zlecającą i nadzorującą zastosowanie izolacji był specjalista pielęgniarstwa internistycznego. Przymus został zatwierdzony przez lekarza o godzinie 6:15, zgodnie z dyspozycją art. 18a ust. 7 u.o.z.p.<sup>18</sup> Środek ten był stosowany łącznie przez 27 h i 15 min., tj. do dnia 26 grudnia, do godziny 9:15. Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji (w dniu 26 grudnia o godz. 6:00) lekarz powiadomił ordynatora/kierownika oddziału o konieczności dalszego stosowania ww. środka przymusu (art. 18a ust. 11 u.o.z.p.<sup>19</sup>). Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – ocenił w dniu 29 grudnia (a więc w terminie 3 dni) kierownik podmiotu, będący lekarzem. Wypełniona więc została dyspozycja art. 18 ust. 10 pkt 1 u.o.z.p.<sup>20</sup>

Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta było czterokrotnie przedłużane, odpowiednio o godzinie 10:00, 16:00, 22:00 oraz następnego dnia o godzinie 4:00. Z Informacji wynika również, że każdorazowo podczas przedłużania uzyskano opinię innego lekarza będącego psychiatrą o konieczności dalszego stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji. Z zawartego w Karcie (pkt 6) opisu przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego wynika, że podczas przeprowadzonych badań przy przedłużaniu stosowania przymusu bezpośredniego, pacjent był „wydolny krążeniowo – oddechowo, przebieg bez powikłań”. Każdorazowo jako uzasadnienie przedłużenia tego środka wskazano: „nie ustały przyczyny izolacji”. Trudno jest zaakceptować takie uzasadnienie, a właściwie jego brak. W przypadku przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego należy szczegółowo i konkretnie wskazać, jakie okoliczności mają stanowić podstawę dalszego stosowania oraz jakie podjęto działania w celu ustabilizowania pacjenta.

---

<sup>17</sup> Art. 18 ust. 2a: W przypadku, w którym osoba z zaburzeniami psychicznymi, z uwagi na jej stan, jest niezdolna do zrozumienia przekazywanych jej informacji, w dokumentacji medycznej odnotowuje się przyczynę odstąpienia od uprzedzenia tej osoby o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego.

<sup>18</sup> Art. 18a ust. 7: Lekarz, po uzyskaniu zawiadomienia, o którym mowa w ust. 6, przeprowadza badanie osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę albo nakazuje zaprzestanie jego stosowania.

<sup>19</sup> Art. 18a ust. 11: Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz powiadamia o jego stosowaniu ordynatora (lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni).

<sup>20</sup> Art. 18 ust. 10: Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:

- 1) przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego podmiotu, jeżeli jest lekarzem, lub lekarz przez niego upoważniony;
- 2) przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

### 7.2.2. Zapis monitoringu

Zabezpieczony zapis z monitoringu rozpoczyna się 25 grudnia o godzinie 00:00 w momencie, gdy pacjent śpi w pomieszczeniu jednoosobowym, objętym monitoringiem. Pomieszczenie to traktowane jest jako pomieszczenie do stosowania izolacji, natomiast nie spełnia ono wymogów określonych w art. 18e u.o.z.p. Pokój wyposażony jest w krzesło oraz stolik, które są na stałe przytwierdzone do ściany/podłogi, a także łóżko oraz szafkę. Nie sposób jest więc uznać, że jest on urządzony w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała. Do pokoju przylega również drugie pomieszczenie, w którym znajduje się toaleta oraz prysznic. Pomieszczenie to nie jest już objęte monitoringiem.

Nie jest możliwe poczynienie ustaleń, od kiedy rzeczywiście pacjent przebywał w tym pokoju, skoro 6 godzin przed zastosowaniem izolacji już w nim był. Sam ww. środek przymusu zastosowano, jak wskazuje dokumentacja, o godzinie 6:00. Tymczasem zgodnie z zapisem z monitoringu o tej godzinie pacjent spał na łóżku i nie przeprowadzano z nim żadnych czynności. W świetle powyższych sprzecznych dowodów brak jest możliwości ustalenia, kiedy dokładnie zastosowano wobec pacjenta przymus bezpośredni w postaci izolacji.

Zabezpieczony monitoring wskazuje także, że pacjentowi pomimo zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego w postaci izolacji nie odebrano okularów. Zaniechanie takie stanowi naruszenie art. 18a ust. 2 u.o.z.p., zgodnie z którym osobie z zaburzeniami psychicznymi, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji, należy odebrać przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, w szczególności: przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła i źródła ognia.

Z dostępnej dokumentacji wynika, że przymus bezpośredni w postaci izolacji zakończono stosować wobec pacjenta 26 grudnia o godzinie 9:15. Tymczasem zapis z monitoringu wskazuje, że pacjent po tym czasie w dalszym ciągu przebywał w tym pokoju. O godzinach 9:20 oraz 9:36 osoby z personelu przeprowadzały z pacjentem krótkie rozmowy. Następnie o godzinie 9:44 pacjentowi wydano leki, a o godzinie 9:53 pacjent został zbadany przez lekarza. Dopiero o godzinie 9:59 drzwi do pokoju pacjenta zostają otwarte i uzyskuje on możliwość swobodnego wchodzenia do przestrzeni wspólnej oddziału. Podobnie jak powyżej, również tutaj zapis z monitoringu pozostaje w oczywistej sprzeczności z treścią pozostałej dokumentacji i brak jest możliwości określenia, kiedy dokładnie zakończono stosowanie przymusu bezpośredniego.

Zabezpieczone nagrania z monitoringu kończą się 27 grudnia o godzinie 00:00 i w tym czasie pacjent śpi w tym samym pokoju. Nie wiadomo więc, dlaczego pacjent po faktycznym zwolnieniu ze stosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji (o godzinie 9:59) jeszcze przez co najmniej 14 kolejnych godzin (do 00:00 dnia 27 grudnia) przebywał w pokoju do stosowania izolacji. Również dokumentacja pacjenta nie wskazuje powodów, dla których w dalszym ciągu – po zakończeniu stosowania przymusu bezpośredniego – przebywa on w pokoju jednoosobowym objętym monitoringiem. Z całą pewnością powodem tym nie było zachowanie pacjenta, gdyż nagranie pokazuje, że był on wówczas spokojny.

### **7.2.3. Zatwierdzenie stosowania przymusu bezpośredniego oraz jego przedłużenie**

Z dokumentacji w postaci „Przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji” wynika, że 25 grudnia o godzinie 6:15 lekarz po zbadaniu pacjenta zatwierdził zastosowanie przymusu bezpośredniego. Pacjent miał w tym czasie śpiewać. Zapis z monitoringu pokazuje z kolei, że pacjent o tej godzinie spał i nie był badany przez żadnego lekarza. Tymczasem u.o.z.p. dopuszcza stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów, gdy spełnione są łącznie dwa warunki: pacjent prezentuje zaburzenia psychiczne pozwalające zakwalifikować go do jednej z trzech grup przewidzianych w art. 3 pkt 1 u.o.z.p.<sup>21</sup> oraz zachowuje się w sposób wskazujący na stwarzanie niebezpieczeństw opisanych w art. 18 ust. 1 pkt 1, 2, 3 u.o.z.p.<sup>22</sup> Niespełnienie któregoś z tych warunków powoduje, że nie ma podstaw do zastosowania przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie. Zapis

---

<sup>21</sup> Art. 3 ust. 1: Ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o:

1) osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:

a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychiatryczne),  
b) upośledzonej umysłowo,  
c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym;

<sup>22</sup> Art.18 ust. 1: Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

1) dopuszczają się zamachu przeciwko:

a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub  
b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub

2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub

3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

monitoringu wskazuje, że pacjent, przebywając w tym czasie w sali, nie wykazywał pobudzenia psychoruchowego, zachowań agresywnych, nie stawiał też żadnego oporu personelowi szpitala, a związku z powyższym **zastosowanie przymusu bezpośredniego nie miało umocowań ustawowych**. Z ww. zapisu wynika, że lekarz wraz z dwoma osobami z personelu przyszedł do pacjenta dopiero o godzinie 8:13. Z pacjentem przeprowadzona została krótka rozmowa oraz dokonano sprawdzenia szafek. Zakładając nawet, że była to wizyta lekarza, który miał zatwierdzić stosowanie izolacji (2 godziny po czynności odnotowanej w dokumentacji), nie sposób jest uznać, że wizyta ta była połączona z jakimkolwiek badaniem stanu somatycznego pacjenta. Trwała minutę, a pacjent w tym czasie spokojnie siedział na łóżku. Trudno jest dojść do konstatacji, że wystąpiły okoliczności, które mogły stanowić podstawę do dalszego stosowania przymusu bezpośredniego.

Wątpliwości budzą także informacje dotyczące przedłużenia stosowania środka przymusu bezpośredniego, albowiem i tym razem pozostają one w sprzeczności z zabezpieczonymi nagraniami z monitoringu. Z dokumentacji wynika, że pacjent każdorazowo przed podjęciem decyzji w przedmiocie przedłużenia stosowania izolacji był badany oraz uzyskano opinię lekarza psychiatry o konieczności dalszego stosowania tego środka. Tymczasem analiza nagrań z monitoringu nie potwierdziła, aby we wskazanych w dokumentacji okresach, tj. 25 grudnia o godzinach 10:00, 16:00, 22:00 oraz 26 grudnia o godzinie 4:00, pacjent był badany przez lekarza i lekarza psychiatrę (przy przedłużeniu w dniu 26 grudnia o godz. 4:00). We wszystkich tych przypadkach rodzi się więc pytanie, na jakiej podstawie lekarz dokonał powyższych ocen („wydolny krążeniowo – oddechowo, przebieg bez powikłań”), skoro nie wchodził w tym czasie do pomieszczenia i nie rozmawiał z pacjentem. **Decyzję o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego powyżej okresu wskazanego w u.o.z.p. bez uprzedniego przeprowadzenia osobistego badania pacjenta należy uznać za podjętą z naruszeniem prawa**. Takie postępowanie jest niezgodne z art. 18a pkt 8 i 9 u.o.z.p.<sup>23</sup>

Również opis zachowania pacjenta (zawarty w dokumentacji w postaci „Przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub

---

<sup>23</sup> Art. 18a ust. 8: 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.

Art. 18a ust. 9: Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza psychiatrę.

izolacji”) nie daje podstawy do dalszego stosowania ww. przymusu. W okresie od godz. 18:00 dnia 25 grudnia do godz. 7:00 dnia 26 grudnia zostały zamieszczone wpisy, które w większości potwierdzają spokojne zachowanie pacjenta (np. śpi, leży, przyjmuje posiłki, płyty lub leki, korzysta z toalety). Jedynie o godz. 21:45 dnia 25 grudnia figuruje wpis świadczący o tym, że pacjent „wykrzykiwał”. Taki incydent trudno jednak uznać za dający podstawy do zmiany postrzegania zachowania pacjenta, ponieważ 15 min. później izolowany już spał. Z zapisu monitoringu wynika, że w czasie, gdy lekarz podejmował decyzje o przedłużeniu stosowania przymusu, pacjent nie wykazywał cech pobudzenia, był spokojny, zwykle spał. W tym miejscu należy jeszcze raz podkreślić, że przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.

#### **7.2.4. Ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej**

Ocena ta prowadzona jest w formie karty, która wypełniana jest przez personel pielęgniarski<sup>24</sup>. Jednakże jej zapisy również pozostają w sprzeczności z zabezpieczonymi nagraniami z monitoringu. Z dokumentacji wynika, że pacjent pierwszy posiłek, tj. śniadanie, odebrał od personelu 25 grudnia o godzinie 8:00. Tymczasem posiłek zostaje pacjentowi dostarczony do pokoju o godzinie 8:30. Podobna nieścisłość występuje w przypadku następnego posiłku (obiadu), który zgodnie z dokumentacją pacjent odebrał o godzinie 12:00–12:15, a zapis z monitoringu wskazuje, że była to godzina 12:30. Wbrew zapisowi w dokumentacji zapis z monitoringu nie potwierdza, aby o godzinie 14:00 pacjent otrzymał jakikolwiek posiłek. W tym czasie pacjent cały czas spokojnie śpi/leży na łóżku. Podobnie jest w przypadku kolacji, którą pacjent zgodnie z dokumentacją odebrał o godzinie 15:45, a zapis z monitoringu wskazuje, że była to godzina 16:50.

Pierwszy wpis w karcie został odnotowany 25 grudnia o godzinie 6:00 i wówczas podano, że pacjent szarpie się oraz wykrzykuje. Tymczasem obraz z monitoringu wskazuje, że pacjent w tym czasie spokojnie spał/leżał w łóżku.

Z racji tego, że zabezpieczone nagrania z monitoringu obejmują jedynie wizję bez fonii, nie jest możliwe zweryfikowanie, czy o wskazanych w dokumentacji godzinach pacjent istotnie pokrzykiwał.

---

<sup>24</sup> Art. 18a ust. 3: Stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej kontroluje pielęgniarka nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby.

### **7.3. Przypadek pacjenta G.R., wobec którego zastosowano przymus bezpośredni w postaci izolacji 31 lipca 2025 r.**

#### **7.3.1. Karty zastosowania przymusu bezpośredniego**

Wizytujący, dokonując analizy poprawności stosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji wobec pacjenta, zapoznali się z Kartą, Informacją, a także kartą oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi – izolowanej oraz zapisami z monitoringu obejmującymi okres od 31 lipca do 4 sierpnia.

Z Karty wynika, że przymus w postaci izolacji zastosowano o godzinie 18:00. Przyczyną zastosowania izolacji była agresja fizyczna wobec dwóch innych pacjentów. Pacjent został uprzedzony o tym, że zostanie zastosowany wobec niego przymus bezpośredni w formie izolacji. Szczegółowe informacje dotyczące przebiegu zdarzenia zostały opisane w pkt 6 Karty, tj. w miejscu, gdzie powinien zostać poczyniony opis m.in. przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem wyników badań przez lekarza lub lekarza psychiatrę oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany. W tym opisie nie zawarto jednak godziny, o której miało miejsce zdarzenie. Brak ww. informacji w Karcie powoduje, że nie jest możliwa weryfikacja, czy w chwili zastosowania przymusu były spełnione wszystkie przesłanki do takiego działania i czy środek ten został zastosowany bezpośrednio po zdarzeniu.

Osobą zlecającą zastosowanie przymusu bezpośredniego był lekarz psychiatra. Z dokumentacji wynika, że przymus był stosowany wobec pacjenta łącznie przez 90 godzin i 15 minut, tj. do 4 sierpnia do godziny 12:15.

Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta było 15 razy przedłużane: 31 lipca o godzinie 22:00, 1 sierpnia o godzinie: 4:00, 10:00, 16:00, 22:00, 2 sierpnia o godzinie: 4:00, 10:00, 16:00, 22:00, 3 sierpnia o godzinie: 4:00, 10:00, 16:00, 22:00, 4 sierpnia o godzinie: 4:00 oraz 10:00. Z Informacji wynika również, że każdorazowo podczas przedłużania uzyskano opinię innego lekarza będącego psychiatrą o konieczności dalszego stosowania środka przymusu bezpośredniego w formie izolacji. W opisie przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza lub lekarza psychiatrę oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany, wskazywano najczęściej: „przebieg bez powikłań – wydolny krążeniowo-oddechowy”. Jako uzasadnienie przedłużenia tego środka podawano: „nie ustały przyczyny izolacji”. Podobnie jak w poprzednio analizowanym

przypadku, również i tu nie wskazano, jakie konkretnie okoliczności miały stanowić podstawę do dalszego stosowania przymusu bezpośredniego. Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji (1 sierpnia o godz. 18:30) lekarz powiadomił ordynatora/kierownika oddziału o konieczności dalszego stosowania ww. środka przymusu (art. 18a ust. 11 u.o.z.p.). Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę, ocenił w dniu 5 sierpnia (a więc w terminie 3 dni) kierownik podmiotu, będący lekarzem. Również i w tym wypadku wypełniona została dyspozycja art. 18 ust. 10 pkt 1 u.o.z.p.

### **7.3.2. Zapis z monitoringu**

Zabezpieczony zapis z monitoringu rozpoczyna się 31 lipca 2025 r. o godzinie 17:30 (a więc 30 min. przed zastosowaniem izolacji). W tym czasie pacjent siedzi na krześle w pokoju dwuosobowym wyposażonym w dwa łóżka stolik oraz szafkę. Na podłodze obok pacjenta stoją trzy reklamówki, a dwie leżą na łóżku. Zaistniała sytuacja świadczy o tym, że również w tym przypadku pacjentowi nie odebrano wszystkich przedmiotów zgodnie z art. 18a ust. 2 u.o.z.p. Do pokoju pacjenta przylega ponadto pomieszczenie z toaletą oraz prysznicem, które nie jest już objęte monitoringiem. Nie sposób jest uznać, że pomieszczenie to urządzone jest w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała.

Nie jest możliwe poczynienie ustaleń, od kiedy rzeczywiście pacjent przebywał w tym pokoju, albowiem 30 minut przed zastosowaniem środka przymusu w postaci izolacji już w nim przebywał.

Analiza nagrań z zabezpieczonego monitoringu była w tym przypadku praktycznie niemożliwa, ponieważ większość nagrań nie została zabezpieczona, a te zabezpieczone mają braki. Dostępny monitoring składa się z wielu plików, które obejmują czas od kilku sekund do kilku minut. Zapis ten jest jednak w zdecydowanym zakresie niekompletny, brakuje bowiem fragmentów o łącznym czasie przekraczającym 84 godziny, z ponad 90 godzin stosowania przymusu w postaci izolacji. Zapis z zabezpieczonego monitoringu kończy się 4 sierpnia o godzinie 10:59. Tymczasem zgodnie z dokumentacją środek przymusu bezpośredniego w postaci izolacji zakończono wobec pacjenta o godzinie 12:15. Brak jest więc nagrania z ostatniej 1 godziny i 16 minut. Również i w tym przypadku wizytujący nie byli w stanie stwierdzić, czy dokumentacja pacjenta jest zgodna z zapisem z monitoringu, w kontekście zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego. Brak jest również

możliwości faktycznego ustalenia, do kiedy istotnie pacjent przebywał w pomieszczeniu, w którym stosowano wobec niego przymus bezpośredni.

### **7.3.3. Zatwierdzenie stosowania przymusu bezpośredniego oraz jego przedłużenie**

Z uwagi na opisane powyżej liczne braki w zabezpieczonym monitoringu niemożliwe było zweryfikowanie informacji zawartych w dokumentacji dotyczącej zastosowania, przedłużania czy też zakończenia stosowania ww. przymusu bezpośredniego.

### **7.3.4. Ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej**

Weryfikacja wpisów dokonywanych w tej dokumentacji przez personel pielęgniarski jest praktycznie niemożliwa z uwagi na niewłaściwie zabezpieczone nagrania z monitoringu (braki w zapisie monitoringu opisane wyżej).

### **7.4. Stwierdzone uchybienia w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci izolacji**

Analiza zgromadzonego materiału źródłowego odnoszącego się do dwóch ww. przypadków stosowania izolacji wskazuje przede wszystkim na istotne rozbieżności zapisu monitoringu względem sporządzonej dokumentacji oraz nieprawidłowości w prowadzeniu samej dokumentacji. Czynności opisane w Karcie zastosowania przymusu bezpośredniego, Informacji dotyczącej przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji, karcie oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi – w wielu przypadkach nie mają odzwierciedlenia w zapisie monitoringu. Niejednokrotnie, pomimo wpisu o zrealizowaniu określonej czynności (np. badaniu lekarskim przy przedłużaniu stosowania środka przymusu bezpośredniego, wydaniu i skorzystaniu przez pacjenta z posiłku), nagrania nie potwierdzają dokonania tej czynności lub potwierdzają jej przeprowadzenie, ale w innym czasie, niż wskazano w dokumentacji.

Jednym z fundamentalnych praw pacjenta jest prawo do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Jest to element szerszego uprawnienia pacjenta, jakim jest prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, metodach diagnostycznych i leczniczych, następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia, rokowaniu (art. 9 ust. 1 i 2 u.p.p.), jak również o jego pielęgnacji i zabiegach

pielęgniarskich (art. 9 ust. 8 u.p.p.)<sup>25</sup>. Dokumentacja musi odzwierciedlać rzeczywisty przebieg udzielania świadczeń medycznych, w tym przypadku stosowania przymusu, który jest obwarowany dodatkowymi przepisami w postaci rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi. Przepis § 4 ust. 1 cyt. rozporządzenia stanowi, że ocenę stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej przeprowadza się w ramach kontroli, o której mowa w art. 18a ust. 3 ustawy. Ocena ta obejmuje informacje dotyczące zachowania, w tym przyjęcia posiłku oraz płynu, snu, a także parametrów wskazanych do oceny na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Przeprowadzanie kontroli stanu fizycznego unieruchomionej albo izolowanej osoby z zaburzeniami psychicznymi ma charakter nie tylko obligatoryjny, lecz także bezwzględny. Ustawodawca nie przewidział żadnych okoliczności, których zaistnienie pozwalałoby na odstępianie od jej przeprowadzenia, zastrzegając przy tym, że nawet sen ww. osoby nie stanowi przesłanki do odstępiania od przeprowadzenia kontroli jej stanu fizycznego<sup>26</sup>. **Brak więc rzetelności i prawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej stanowi naruszenie praw pacjenta.**

Podobnie istotnymi uchybieniami – rzutuującymi na możliwość zweryfikowania zasadności stosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji – jest nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji polegające na niedokładnym opisanie okoliczności, w których zastosowano przymus bezpośredni, i pominięcie wpisu dotyczącego momentu zaistnienia tego zdarzenia. Brak wskazanych informacji w karcie powoduje, że niemożliwa jest weryfikacja tego, czy w chwili zastosowania przymusu były spełnione wszystkie przesłanki jego stosowania wskazane w art. 18 ust. 1 pkt 1, 2, 3 u.o.z.p. **Niespełnienie któregoś z tych warunków powoduje, że nie ma podstaw do zastosowania przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie.** Nie wiadomo, czy środek ten został zastosowany bezpośrednio po zdarzeniu, a nie np. po upływie kilku bądź kilkunastu godzin. Zapis monitoringu wskazuje chociażby, że pacjent w pomieszczeniu do stosowania izolacji przebywał nawet do 6 godzin przed wpisem o jego zastosowaniu.

Podobne zarzuty wizytujący sformułowali względem zapisów dotyczących przedłużania i zakończenia izolacji. Zapisy monitoringu nie potwierdzają obecności

---

<sup>25</sup> E. Bielak-Jomaa, M. Ćwikiel, Komentarz do art. 23. [w:] D. Karkowska (red.), Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2021.

<sup>26</sup> G. Kowalski, Komentarz do art. 18(a) [w:] P. Drembkowski, B. Kmiecik, R. Tyimiński (red.), Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz, Warszawa 2023.

lekarza lub lekarza psychiatry i faktu przeprowadzenia badania podczas podejmowania decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji. **Takie postępowanie jest niezgodne z art. 18a pkt 8 i 9 u.o.z.p.** Z nagrań nie wynika również, w którym momencie zakończono stosowanie izolacji względem pacjenta K.C. Karta zastosowania przymusu bezpośredniego wskazuje bowiem, że izolację zakończono o godz. 9:15, tymczasem z zapisu monitoringu wynika, że o godz. 9:56 pacjent jest badany przez lekarza, od godziny 9:59 drzwi od pokoju zostają otwarte i uzyskuje on możliwość korzystania z przestrzeni wspólnej. Nagrania wskazują ponadto, że pacjent w pokoju, w którym stosowana była izolacja, przebywał jeszcze do godziny 24:00 (koniec nagrania). Niemożliwe jest więc zweryfikowanie, kiedy w praktyce rozpoczyna się stosowanie środka przymusu w postaci izolacji, a kiedy następuje jego zakończenie (pacjent przebywa w pokoju przed zastosowaniem i po zakończeniu izolacji).

Kompletny zapis z monitoringu co do pierwszego pacjenta oraz częściowy odnoszący się do drugiego wskazują ponad wszelką wątpliwość, że obaj pacjenci byli spokojni podczas stosowania przymusu bezpośredniego i ich zachowanie w żaden sposób nie uzasadniało stosowania tego środka przez tak długi okres. Środek ten winien być stosowany tylko i wyłącznie w przypadkach określonych w art. 18 ust. 1 u.o.z.p. oraz tylko i wyłącznie do czasu ustabilizowania pacjenta (ustania przyczyn zastosowania środka).

**Zabezpieczony monitoring wskazuje także, że pacjentom pomimo zastosowania wobec nich przymusu bezpośredniego w postaci izolacji nie odebrano okularów lub rzeczy osobistych (5 reklamówek z m.in. artykułami spożywczymi), co stanowi uchybienie art. 18a pkt 2 u.o.z.p.** Taka sytuacja daje podstawy do przypuszczeń, że pacjentów po prostu przeniesiono do innego pokoju wraz z ich rzeczami osobistymi, w celu okresowego monitorowania ich zachowania. Nie taki jest jednak cel stosowania przymusu bezpośredniego.

Wiele wskazanych przez wizytujących nieprawidłowości można byłoby stwierdzić wcześniej, gdyby kontroli zasadności stosowania przymusu bezpośredniego dyrektor szpitala (kierownik podmiotu) dokonywał nie tylko w oparciu o ocenę dokumentacji, ale również przez zapoznanie się, choćby w wybranych przypadkach, z zapisem z monitoringu. Co prawda, zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (tekst jednolity: Dz.U. z 2023 r. poz. 731), ocenę zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego lekarz, o którym mowa w art. 18 ust. 10 ustawy, przeprowadza na podstawie karty zastosowania przymusu

bezpośredniego oraz innej przekazanej dokumentacji medycznej, jeżeli zawarte w niej wpisy mają znaczenie dla zastosowanego przymusu bezpośredniego, uwzględniając przy ocenie wymagania, o których mowa w art. 18–18f ustawy, oraz aktualny stan wiedzy medycznej. Niemniej wydaje się, że nic nie stoi na przeszkodzie, by nagrania z urzędzeń rejestrujących na wniosek dyrektora szpitala były mu udostępniane. Tak prowadzona kontrola pozwalałaby na niezwłoczne podjęcie działań w celu wyeliminowania stwierdzonych uchybień w postępowaniu personelu medycznego, tym samym zaś byłaby gwarancją praworządnego i zgodnego z przepisami stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Za niedopuszczalną należy uznać sytuację, w której zapis monitoringu (udostępniony wizytującym) jest istotnie wybrakowany. W analizowanym przypadku pacjenta G.R. niemożliwa jest nie tylko weryfikacja wpisów dokonywanych w dokumentacji np. przez personel pielęgniarski, lecz przede wszystkim niemożliwe jest jego wykorzystanie do celów dowodowych w przypadku zaistnienia zdarzeń niepożądanych.

Należy również zauważyć, że w wizytowanym Szpitalu izolację stosowano stosunkowo długo – wystąpiły przypadki stosowania tego rodzaju przymusu przez ponad 27, a w skrajnym przypadku nawet ponad 90 godzin. Budzi to poważne wątpliwości, zwłaszcza w kontekście braku dostatecznego uzasadnienia decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu. Warto podkreślić, iż Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) w standardach dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego w placówkach psychiatrycznych wskazuje, że „czas stosowania środków przymusu mechanicznego i izolacji powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny) i zawsze powinien zostać zakończony, gdy ustaną przyczyny leżące u podstaw ich zastosowania”<sup>27</sup>.

## **7.5. Nadzór stosowania przymusu bezpośredniego ze strony sądu**

Wizytujący zapoznali się również ze sprawozdaniem z kontroli przeprowadzonej przez sędziego III Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego Krakowa – Podgórze w Krakowie w dniu 10 października 2025 r. Sprawozdanie obejmuje okres od 7 grudnia 2024 r. do 9 października 2025 r. Kontrolą objęto m.in. prawidłowość prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania przymusu

---

<sup>27</sup> CPT, Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), CPT/Inf(2017)6, Strasbourg 2017, par. 4.1.

bezpośredniego. W trakcie kontroli przejrano dokumentację 4 pacjentów przebywających na oddziale o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia, wobec których zastosowano przymus bezpośredni (łącznie 6 środków). W trakcie kontroli prawidłowości stosowania przymusu bezpośredniego zwrócono szczególną uwagę na przestrzeganie przepisów w zakresie zlecenia stosowania przymusu, jego przedłużenia, sposobu stosowania, dokonania stosownych adnotacji w historii choroby pacjenta i sporządzenia dokumentów związanych z zastosowaniem przymusu. Sędzia stwierdził, że dokumentacja dotycząca zastosowania przymusu bezpośredniego odpowiada co do zasady wymaganiom art. 18–18f i art. 34 u.o.z.p., jak i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi. W tym kontekście zwrócono jedynie uwagę na dalszą poprawę czytelności sporządzanych odrębnie uwag.

Szpital wizytował również sędzia penitencjarny Sądu Okręgowego w Krakowie, który swoją kontrolą objął okres od 1 marca 2023 r. do 31 marca 2025 r. Kontroli sędziego podlegały: warunki bytowe, w jakich przebywają detencjonowani; stan opieki medycznej; stan sanitarny; zasady postępowania z internowanymi; legalność umieszczenia i przebywania w szpitalu; środki przedsięwzięte w celu uniemożliwienia umieszczonym w szpitalu ucieczki z tego zakładu w trakcie trwania internacji; przestrzeganie obowiązku zawiadamiania sądu o stanie sprawcy zgodnie z art. 203 § 1 k.k.w. We wnioskach pokontrolnych sędzia penitencjarny uznał, że ocena Szpitala jest pozytywna i nie ma potrzeby wydawania jakichkolwiek zaleceń pokontrolnych. Stwierdził ponadto, że wszelkie czynności odnośnie do osób detencjonowanych w wizytowanym Szpitalu są nadal podejmowane prawidłowo, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Osoby te miały zapewnioną właściwą opiekę.

Analiza wniosków pokontrolnych zawarta w sprawozdaniach ww. organów kontroli sądowej wskazuje, że pełen nadzór nad stosowaniem przymusu może być dokonany tylko przez kompleksową analizę materiałów źródłowych, a więc także przez ogląd dostępnych zapisów monitoringu.

## **8. Zapewnienie bezpieczeństwa personelowi**

Przedstawiciele Rzecznika ustalili, że personel oddziałów psychiatrii sądowej nie jest objęty przez przełożonych wsparciem w postaci superwizji. Są natomiast prowadzone wewnętrzne analizy procesu terapeutycznego pracy z trudnym

pacjentem. Zdaniem personelu spełniają one cele superwizji i nie jest potrzebne inne wsparcie ze strony przełożonych.

Rozpytywany przez wizytujących personel oddziałów nie zgłaszał jako istotnego problemu przejawów agresji pacjentów wobec personelu. Potwierdzono, że sporadycznie zdarzają się przypadki agresji, jednak najczęściej przybiera ona formę werbalną, natomiast ataki fizyczne są zgłaszane jako zdarzenia niepożądane i znajdują odzwierciedlenie w okresowych opiniach o stanie zdrowia pacjenta. W razie potrzeby wzywana jest też ochrona i stosowany przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia.

## **9. Analiza regulaminów**

### **9.1. Regulaminy oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu**

W § 9 regulaminu Oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu zapisano następującą zasadę: „Pacjent może posiadać w sali chorych rzeczy osobiste, w tym przykładowo: odzież adekwatną do pory roku, środki higieny osobistej w bezpiecznym opakowaniu, artykuły spożywcze w bezpiecznych opakowaniach, książki, gazety – z zastrzeżeniem, że uprzednio uzyskał na posiadanie każdej rzeczy zgodę lekarza”. Analiza tego przepisu prowadzi do wniosku, że na każdy przedmiot, który pacjent chce posiadać w pokoju (np. podkoszulkę, klapki czy gazetę), musi uzyskać zgodę lekarza. Przepisy nie precyzują też, czy taka decyzja przybiera formę pisemną (z odpowiednią adnotacją w dokumentacji pacjenta), czy wystarczająca jest ustna zgoda lekarza. Z informacji uzyskanych od personelu wynika, że takie zgody najczęściej przybierają formę ustną.

Przepisy udostępnionego regulaminu zawierają informacje, które zdaniem wizytujących nie powinny być dostępne dla ogółu pacjentów. Zasady użytkowania systemu zabezpieczeń (kluczy i kart magnetycznych), dotyczące sposobu wejścia i opuszczenia terenu Oddziału czy też zasady postępowania z określonymi kategoriami pacjentów powinny być chronione i znane tylko personelowi Szpitala.

Zdaniem wizytujących wskazane jest również wyodrębnienie w porządku wewnętrznym OPSW zasad funkcjonowania poszczególnych odcinków i budynku IIIA z uwzględnieniem panujących tam realiów w codziennym funkcjonowaniu pacjentów i stosowanej gradacji obostrzeń.

### **9.2. Regulaminy oddziałów o podstawowym zabezpieczeniu**

Regulaminy obowiązujące na oddziałach psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia cechują się niskim poziomem szczegółowości i nie precyzują wielu istotnych kwestii organizacyjnych (np. zasad korzystania ze sprzętu elektronicznego, telefonów komórkowych, realizacji zakupów, dopuszczalnych limitów posiadanych w pokoju przedmiotów, widzeń z obrońcami lub pełnomocnikami). Dodatkowo regulaminy oddziałów męskiego i żeńskiego różnią się od siebie. Regulamin oddziału męskiego zawiera informacje dotyczące zasad przekazywania do depozytu środków pieniężnych, rzeczy wartościowych czy wpłat środków zdeponowanych na koncie, podczas gdy przepisy regulaminu oddziału kobiecego takich informacji nie zawierają. Są w nich natomiast precyzyjnie określone zasady realizacji odwiedzin (ze wskazaniem czasu trwania spotkania, liczby osób odwiedzających, zakazów dostarczania określonych produktów) czy też korzystania z telefonów komórkowych. Przepisy regulaminu właściwego dla oddziału kobiecego, w zakresie odwiedzin, wydają się mniej korzystne niż te określone dla mężczyzn. Pacjentki mogą być bowiem odwiedzane tylko przez jedną osobę i tylko we środy i soboty, podczas gdy pacjenci OPSW mogą mieć widzenia w dni robocze, a ponadto w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy. Tego rodzaju rozróżnienie budzi wątpliwości z punktu widzenia przejrzystości i równości traktowania. Dodatkowo ogólny charakter przepisów, sformułowany w konwencji praw i obowiązków, nakazów lub zakazów, nieobjęty żadną systematyką (brak punktów lub paragrafów), utrudnia również składanie ewentualnych skarg, ponieważ brak precyzyjnych wytycznych osłabia możliwość jednoznacznego wskazania, które zasady zostały naruszone lub niewłaściwie zastosowane. Określenie klarownych ram (jak ma to miejsce w regulaminie oddziału o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia) – np. przez sformułowanie zasad w regulaminie – zwiększa poczucie bezpieczeństwa prawnego pacjentów, ułatwia egzekwowanie uprawnień oraz minimalizuje ryzyko decyzji arbitralnych.

Powyższe uwagi dobitnie wskazują na potrzebę ujednoczenia regulaminów oraz ich czytelniejszego sformułowania, aby zapewnić pacjentom pełną wiedzę o przysługujących im prawach oraz umożliwić skuteczne ich dochodzenie. Przepisy regulaminów powinny również zapewniać równe traktowanie pacjentów (np. co do liczby odwiedzających), jeżeli tylko względy bezpieczeństwa nie stoją temu na przeszkodzie.

## **10. Problemy systemowe**

## **10.1. Brak możliwości terapeutycznego oddziaływania wobec osób starszych i z niepełnosprawnościami**

Podczas wizytacji oddziałów przedstawiciele Rzecznika zwrócili uwagę na występujące przypadki osób internowanych z niepełnosprawnościami intelektualnymi, w złej kondycji fizycznej albo w podeszłym wieku. Są to pacjenci, którzy nierzadko cierpią na wielochorobowość, mają problemy z komunikacją lub zaburzenia funkcji poznawczych (np. otępienie). W niektórych przypadkach osoby te, ze względu na wiek, stan zdrowia oraz przebieg choroby podstawowej, nie mogą już realnie skorzystać z leczenia psychiatrycznego, które uzasadniałoby dalsze utrzymywanie internacji jako środka zabezpieczającego. Nie prowadzi się wobec nich efektywnych działań terapeutycznych, a ich pobyt w szpitalu psychiatrycznym ma charakter opiekuńczo-izolacyjny, bez realnej perspektywy poprawy stanu zdrowia psychicznego. W rezultacie oddziały psychiatrii sądowej zaczynają pełnić funkcję instytucji długoterminowej opieki, do której nie są przygotowane. Dodatkowo zachowanie pacjenta musi stwarzać wysokie prawdopodobieństwo, że ponownie popełni czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości. Istnienie ww. przesłanki pobytu w zakładzie psychiatrycznym jest wobec takich pacjentów iluzoryczne.

W opinii Rzecznika dalsza izolacja takich osób w warunkach zakładu psychiatrycznego, bez rzeczywistej podstawy leczniczej, bez perspektywy poprawy stanu zdrowia i bez realnej groźby ponownego popełnienia czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości, prowadzi do naruszenia godności pacjentów oraz ich praw podstawowych. Internacja staje się wówczas środkiem represyjnym, a nie ochronnym, co przeczy jej konstytucyjnym i konwencyjnym podstawom.

Rzecznik dostrzega, że obecnie brakuje wystarczających rozwiązań systemowych, które umożliwiałyby skuteczne i proporcjonalne reagowanie na sytuację pacjentów, u których internacja przestaje pełnić funkcję terapeutyczną. Nie istnieją odpowiednio precyzyjne przepisy, które pozwalałyby zakończyć internację w sytuacjach, gdy jest ona już bezzasadna z punktu widzenia celów, jakie stawia się środkiem zabezpieczającym.

Jednocześnie Rzecznik zauważa, że brakuje zintegrowanego modelu współpracy pomiędzy sądami, zakładami psychiatrycznymi oraz domami pomocy społecznej, który umożliwiłby ocenę sytuacji takich pacjentów i zaplanowanie dalszego postępowania. Ponadto system opieki społecznej nie dysponuje wystarczającą liczbą wyspecjalizowanych placówek opiekuńczych, które mogłyby przejąć opiekę nad

osobami, które nie wymagają już izolacyjnego leczenia psychiatrycznego, a nie będą w pełni samodzielne.

W ocenie Rzecznika, bez wprowadzenia rozwiązań prawnych, instytucjonalnych i opiekuńczych zmierzających do uwzględnienia potrzeb tej grupy osób, ich dalsza detencja w warunkach szpitalnych prowadzi do systemowego naruszania praw człowieka i konstytucyjnych gwarancji godności.

### **10.2. Przeludnienie oddziałów psychiatrii sądowej**

Rzecznik Praw Obywatelskich, wizytując zakłady psychiatryczne, dostrzega problem niewystarczającej względem potrzeb liczby miejsc na oddziałach detencyjnych. Przeludnienie jest również cechą wizytowanego zakładu psychiatrycznego. Należy bowiem wskazać, że zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2023 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1–3 k.k. oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c pkt 1–3 k.k. w zakresie działalności stacjonarnej (M.P. poz. 515) wizytowany Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SP ZOZ w Krakowie dysponuje 65 miejscami przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla mężczyzn. Z przedstawionych wizytującym informacji wynika, że w dniu wizytacji na wskazanym oddziale przebywało 72 pacjentów, a więc jego ówczesne obłożenie było o 10% większe niż dopuszczalna liczba miejsc. OPSP II dla kobiet (18 miejsc) nie był w dniu wizytacji ponadnormatywnie obłożony.

### **10.3. Trudności w wykonaniu postanowień sądu o umieszczeniu w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym**

Problemem generalnym, na który uwagę zwrócił personel Szpitala, była zwłoka w realizacji postanowień o zmianie miejsca wykonywania środka zabezpieczającego. Wizytującym wskazano przypadek internowanego, który z uwagi na zapadłe orzeczenia (natychmiast wykonalne zgodnie z art. 9 § 3 k.k.w.) powinien być przetransportowany do właściwej ze względu na stopień zabezpieczenia placówki na terenie kraju (obejmującej podstawowy stopień zabezpieczenia). Z uwagi na informacje o braku wolnych miejsc w wyznaczonym podmiocie leczniczym, internowany oczekuje już 7 miesięcy na przeniesienie do właściwego zakładu psychiatrycznego, przebywając jednocześnie w reżimach detencyjnych nieuwzględniających obecny stan jego zdrowia i stwarzane zagrożenie.

#### **10.4. Brak systemowego rozwiązania dotyczącego odzieży dla internowanych**

W polskim systemie prawnym nie istnieje rozwiązanie dotyczące zapewnienia odpowiedniego zaopatrzenia w odzież osób internowanych. Może być to istotny problem dla pacjentów, których sytuacja rodzinna oraz finansowa nie pozwala na zaopatrzenie w takie środki. Zdarza się, że trafiają do placówki bez żadnych rzeczy osobistych lub w odzieży nieodpowiedniej (np. zniszczonej, niedostosowanej do warunków pogodowych, niehigienicznej, w złym rozmiarze). W takich właśnie sytuacjach obowiązek zapewnienia pacjentowi odpowiedniej odzieży ponosi Szpital, co w sytuacji braku uregulowań prawnych staje się trudnością.

W wizytowanej placówce funkcjonuje inicjatywa o charakterze społecznym – wspomniany już niewielki sklep odzieżowy „Ciuszek”, działający na terenie Centrum Rehabilitacji. W początkowym okresie funkcjonowania sklep był zaopatrywany dzięki współpracy z zagraniczną organizacją pozarządową, która przekazywała odzież dla pacjentów przebywających w placówce. Dzięki temu możliwe było stworzenie podstawowego zaplecza odzieżowego dostępnego dla osób potrzebujących. Obecnie „Ciuszek” funkcjonuje głównie dzięki zaangażowaniu pracowników Szpitala oraz lokalnej społeczności. Ubrania trafiające do sklepu pochodzą w dużej mierze z prywatnych darów – pracownicy przynoszą odzież z własnych domów, a mieszkańcy okolicy wspierają inicjatywę, przekazując rzeczy w dobrym stanie.

Istotnym aspektem funkcjonowania sklepu jest również jego wymiar rehabilitacyjny i społeczny. Rolę sprzedawców, pod opieką i nadzorem personelu, pełnią pacjenci, którzy uczą się m.in. podstaw obsługi klienta, organizacji pracy, odpowiedzialności za powierzone zadania oraz współpracy z innymi osobami.

Z kolei pacjenci korzystający ze sklepu, dokonując zakupów, mają możliwość ćwiczenia codziennych kompetencji społecznych, takich jak komunikacja w sytuacji sklepowej, podejmowanie decyzji czy nawiązywanie kontaktu z drugą osobą. W ten sposób „Ciuszek” staje się elementem procesu rehabilitacji społecznej pacjentów.

Choć inicjatywa ta stanowi wartościowy przykład oddolnej aktywności wspierającej osoby hospitalizowane, jej funkcjonowanie opiera się przede wszystkim na dobrej woli pracowników i społeczności lokalnej. Rzecznik dostrzega, że brak regulacji w tym zakresie stanowi poważne uchybienie w kontekście standardów poszanowania godności i podstawowych praw osób internowanych. Odzież stanowi

bowiem jeden z elementów zapewnienia minimalnych warunków bytowych i wpływa bezpośrednio na poczucie godności i komfort psychiczny pacjentów.

## 11. Zalecenia

Na podstawie przeprowadzonej wizytacji Dyrektorowi Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SP ZOZ w Krakowie zaleca się:

1. Wyeliminowanie poważnych nieprawidłowości opisanych w pkt 7 niniejszego raportu, a odnoszących się do rejestrowania, dokumentowania i stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji. Administracja Szpitala powinna w szczególności podjąć działania, w których:
  - a) lekarz, podejmując decyzję o zatwierdzeniu stosowania przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego, będzie każdorazowo wchodził do pomieszczenia, w którym jest stosowana izolacja, i osobiście zbada pacjenta. **Postępując tak, lekarz zrealizuje dyspozycję art. 18a pkt 7, 8 i 9 u.o.z.p., a jego decyzje nie będą podejmowane z naruszeniem prawa;**
  - b) **personel pielęgniarski będzie wywiązywał się z obowiązków** określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi – **tj. będzie dokonywał bezpośredniej oceny stanu zdrowia pacjenta co 15 minut;**
  - c) **zapisy w dokumentacji będą uwzględniać okoliczności, które są istotne do uznania, że zostały spełnione wszystkie ustawowe przesłanki zastosowania lub przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego.** Stosowanie wobec pacjenta przymusu bezpośredniego stanowi zawsze ingerencję w jego prawa, dlatego nie może budzić żadnych wątpliwości legalność podejmowanych działań;
  - d) **dokumentacja dotycząca stosowania przymusu bezpośredniego będzie prowadzona rzetelnie.** Precyzyjne prowadzenie dokumentacji jest bowiem obowiązkiem każdego podmiotu udzielającego świadczeń medycznych, przez co pośrednio realizowany jest obowiązek ochrony życia i zdrowia pacjentów;

- e) **będzie prowadzona właściwa kontrola stosowania przymusu ze strony dyrektora szpitala/kierownika podmiotu.** Rzetelna kontrola jest gwarancją praworządnego i zgodnego z konstytucyjnymi standardami stosowania przymusu bezpośredniego;
  - f) **czas stosowania przymusu bezpośredniego nie będzie nadmiernie wydłużony,** zwłaszcza w kontekście braku dostatecznego uzasadnienia decyzji o przedłużeniu jego stosowania;
  - g) **nagrania z monitoringu ze stosowania przymusu będą w całości zabezpieczone.**
2. Rozważenie zmiany miejsca wykonywania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia stosowanego na OPSP II, które w należyтым stopniu zapewni poszanowanie godności i intymności pacjenta.
  3. Wydzielenie pomieszczenia przeznaczonego do stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji i wyposażenie go w sposób zapobiegający samouszkodzeniu.
  4. Zapewnienie odpowiednich warunków widzeń osób internowanych z obrońcami oraz profesjonalnymi pełnomocnikami, przez wyznaczenie do realizacji takich spotkań pomieszczenia, w którym nie ma urządzeń rejestrujących obraz, albo stosowanie przesłon wymienionych urządzeń, uniemożliwiających wgląd w przebieg widzenia z ww. podmiotami.
  12. Doprowadzenie do zmiany treści regulaminów OPSW i OPSP II w zakresie opisanym w raporcie.
  13. Zapewnienie – w oparciu o infrastrukturę informatyczną Szpitala i na zasadach opracowanych przez administrację – dostępu do Biuletynu Informacji Publicznej (BIP) pacjentom i tym samym zapewnienie poszanowanie prawa do informacji.
  14. Zaktualizowanie informacji zamieszczonych na tablicach informacyjnych w taki sposób, aby zawierały również informacje dotyczące możliwości zwrócenia się przez pacjentów do Rzecznika Praw Obywatelskich oraz sędziego penitencjarnego.
  15. Zamontowanie instalacji przyzywowej we wszystkich łazienkach oraz toaletach oddziałów psychiatrii sądowej.

16. Wyposażenie placów spacerowych OPSW w zadaszenia chroniące przed niekorzystnymi warunkami atmosferycznymi.

17. Odstąpienie od przedmiotowego traktowania pacjentów przez oznaczanie ich numerami na okoliczność korzystania z lodówek.

Opracowali:

Zofia Branicka

Tomasz Rozwadowski

Konrad Walc

Za Zespół podpisuje

Ewa Dawidziuk

Dyrektor Zespołu

*/-wydano i podpisano elektronicznie/*