



Warszawa, 21.07.2026 r.

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

KMPT.574.4.2026.AN

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Oddziału nerwic młodzieżowych, Oddziału terapii całościowych
zaburzeń rozwojowych oraz Ośrodka rehabilitacji i terapii psychiatrycznej
dla osób z podwójną diagnozą w Szpitalu Mazowieckim w Garwolinie**

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

1. Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)¹.

2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)² i krajowe mechanizmy prewencji. W Polsce funkcję krajowego mechanizmu prewencji wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą funkcjonującego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)³.

3. KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa-strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek

¹ Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim: Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).

² Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.

³ Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1264), dalej jako: ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiejkolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁵.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁶. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁷. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁸.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁹. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności oraz przedstawienie zaleceń mających na celu ich wyeliminowanie.

6. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ¹⁰.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji¹¹.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie Krajowemu Mechanizmowi informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiejkolwiek sankcji lub uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

⁷ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁸ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2024 r., Część II – Metodologia i zakres prac KMPT.

⁹ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, p. 6. Zob. również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, Nowy Jork i Genewa, 2018, s. 4–6.

¹⁰ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

II. Wprowadzenie

9. W dniach 10–13 oraz 23–26 marca 2026 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytacje prewencyjne oraz tzw. wizytacje antyrepresyjne (ich celem było sprawdzenie, czy pacjenci oraz pracownicy, z którymi przedstawicielki KMPT przeprowadziły rozmowy podczas poprzedniej wizyty, nie doświadczali z tego tytułu represji) następujących oddziałów w Szpitalu Mazowieckim w Garwolinie przy al. Legionów 11 (dalej jako: szpital, placówka), według poniższego harmonogramu:

- 10–11 marca – wizytacja Oddziału nerwic młodzieżowych;
- 12–13 marca – wizytacja Oddziału terapii całościowych zaburzeń rozwojowych;
- 23 marca – wizytacja antyrepresyjna Oddziału nerwic młodzieżowych;
- 24 marca – wizytacja antyrepresyjna Oddziału terapii całościowych zaburzeń rozwojowych;
- 24–26 marca – wizytacja Ośrodka rehabilitacji i terapii psychiatrycznej dla osób z podwójną diagnozą.

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Wiktoria Antoniak (prawniczka), Karina Balicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego), Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz Barbara Pauli (prawniczka, psycholożka). W wizytacjach uczestniczył także ekspert zewnętrzny KMPT – Anna Bazydło, lekarz psychiatra. Fragmenty sporządzonej na potrzeby KMPT ekspertyzy zostały zawarte w niniejszym raporcie.

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły wstępną rozmowę z lek. Tomaszem Ziółkiem – dyrektorem ds. medycznych szpitala. Dokonały także oglądu pomieszczeń oddziałów, terenu zewnętrznego i szkoły, która znajduje się na terenie szpitala, przeprowadziły poufne rozmowy z pacjentami i personelem oraz zapoznały się z prowadzoną na miejscu dokumentacją. Po zakończeniu wizytacji poddały analizie nadesłane na ich wniosek nagrania monitoringu. Wizytujące przekazały także wstępne wnioski Robertowi Lasocie – prezesowi zarządu, podczas rozmowy podsumowującej.

12. Niniejszy raport sygnalizuje problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt V), oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt VI).

III. Charakterystyka placówki

13. Szpital Mazowiecki w Garwolinie Spółka z o.o. funkcjonuje od 2011 r. jako podmiot powstały w wyniku likwidacji Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji dla dzieci i młodzieży w Zagórz. Spółka zawiązana została przez Województwo Mazowieckie. Szpital jest podmiotem leczniczym realizującym świadczenia zdrowotne szpitalne w oddziałach całodobowych i dziennych oraz

świadczenia dla pacjentów w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach oddziałów dziennych i świadczeń ambulatoryjnych. Realizacja świadczeń odbywa się w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

14. Oddział nerwic młodzieżowych przeznaczony jest dla młodzieży objętej obowiązkiem szkolnym w wieku od 13 do 19 roku życia. Warunkiem podjęcia leczenia jest motywacja własna oraz aktywna współpraca ze strony rodziny. Czas pobytu w oddziale wynosi do 168 dni. Przyjęcie odbywa się na podstawie skierowania lekarskiego oraz wyrażenia zgody przez pacjenta lub jego opiekuna prawnego. Leczenie obejmuje: zaburzenia nerwicowe związane ze stresem, lękiem (fobią szkolną), zaburzenia nerwicowe obsesyjno-kompulsywne, adaptacyjne, zaburzenia nerwicowe pod postacią somatyczną, zaburzenia nastroju, zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym. Pojemność oddziału wynosi 36 miejsc (w czasie wizytacji w oddziale przebywały 34 osoby).

15. Oddział terapii całościowych zaburzeń rozwojowych hospitalizuje pacjentów w wieku 7–18 lat, z trudnościami w funkcjonowaniu w środowisku szkolnym, rówieśniczym i rodzinnym z rozpoznaniem: organicznych zaburzeń psychicznych, zaburzeń typu schizofrenii i urojeń, zaburzeń nastroju, upośledzenia umysłowego oraz całościowych zaburzeń rozwojowych. Oddział ma charakter otwarty bez możliwości zabezpieczenia pacjentów o nasilonych zachowaniach agresywnych lub z tendencją do samodzielnego oddalania się. Czas pobytu uzależniony jest od indywidualnych potrzeb pacjenta. Podstawą przyjęcia jest skierowanie lekarskie oraz wyrażenie zgody przez pacjenta lub jego opiekuna prawnego. Pojemność oddziału to 40 miejsc (w czasie wizytacji KMPT obecnych było 30 osób).

16. Ośrodek rehabilitacji i terapii psychiatrycznej dla osób z podwójną diagnozą przeznaczony jest dla młodzieży w wieku od 13 do 21 lat używającej alkoholu, narkotyków i innych substancji psychoaktywnych, ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi. Program leczenia realizowany jest w warunkach stacjonarnych przez okres 10–12 miesięcy. Jest to ośrodek diagnostyczny, motywacyjny i terapeutyczny. Przyjęcie odbywa się na podstawie skierowania lekarskiego oraz wyrażenia zgody przez pacjenta lub jego opiekuna prawnego. Ośrodek dysponuje 30 miejscami (w czasie wizytacji przebywało w nim 29 osób).

17. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur pragnie zwrócić uwagę na zidentyfikowany w trakcie wizytacji placówki problem taryfikacji świadczeń medycznych w Oddziale terapii całościowych zaburzeń rozwojowych. Oddział rozliczany jest bowiem od 2018 r. jako zakład opiekuńczo-leczniczy. Charakter prowadzonych oddziaływań oraz złożoność zaburzeń i jednostek chorobowych hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wymagają m.in. zatrudniania wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego, wyposażenia w specjalistyczny sprzęt

do pracy z nieletnimi, jak również wykracza poza standard świadczeń charakterystyczny dla zakładów opiekuńczo-leczniczych. Należy podkreślić, że pobyt w Oddziale refundowany jest jedynie ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, a koszty jego funkcjonowania przekraczają wspomnianą refundację.

18. W 2024 r. ówczesny prezes zarządu szpitala wystosował pismo do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z prośbą o ponowną taryfikację świadczeń gwarantowanych w Oddziale. W odpowiedzi wskazano, że Agencja wycenia świadczenia w oparciu o plan taryfikacji, jak również zlecenie dokonania nowej taryfikacji dla danego podmiotu wystawione przez Ministerstwo Zdrowia. Jednocześnie wskazano, że kwestia finansowania opieki psychiatrycznej traktowana jest przez Agencję priorytetowo. Jednak do dnia prowadzenia w placówce wizytacji KMPT, a więc po upływie dwóch lat od przekazania wspomnianego powyżej pisma, nie nastąpiła w analizowanym obszarze oczekiwana zmiana.

19. **Ze względu na powyższe Krajowy Mechanizm zwróci się osobnym pismem do Ministra Zdrowia o wyjaśnienie zaobserwowanej sytuacji.**

IV. Naruszenie zakazu represji

20. W trakcie wizytacji antyrepresyjnej jednego z oddziałów przedstawicielki KMPT odebrały sygnały świadczące o tym, że jedna z zatrudnionych tam osób, po zakończeniu pierwszej wizytacji w oddziale, miała wypytywać pacjentów, czego dotyczyły poufne rozmowy z przedstawicielkami Krajowego Mechanizmu. Młodzież, zgodnie z informacją dotyczącą poszanowania zakazu represji przekazywaną przez pracowników KMPT przed rozpoczęciem każdej takiej rozmowy, miała odmówić udzielenia odpowiedzi – co należy ocenić pozytywnie. Pacjenci wskazali także, że przez kilka kolejnych dni wspomniana osoba miała ich traktować z obojętnością i niechętnie nawiązywać z nimi kontakt, jak również szczególnie wnikliwie weryfikować, czy nieletni nie naruszyli regulaminu pobytu w oddziale, co wiąże się z odebraniem uzyskanych przywilejów (poniesieniem konsekwencji). Zachowanie wskazanej osoby zostało zinterpretowane przez pacjentów jako forma represji za odmowę udzielenia informacji na temat przebiegu poufnych rozmów z pracownikami KMPT. Zaistniała sytuacja została przedstawiona kierownictwu szpitala podczas rozmowy podsumowującej wizytację.

21. **KMPT przypomina, że zgodnie z art. 21 OPCAT „żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiejkolwiek sankcji przeciwko jakiejkolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiejkolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób”.**

V. Problemy systemowe

A. Brak wykazu szpitali, w których może być wykonywany środek leczniczy

22. Od 2017 r. w polskim porządku prawnym nie funkcjonuje żaden formalny wykaz placówek medycznych realizujących środek leczniczy, który określałby ich poziom zabezpieczenia, pojemność oraz obszar działania. W 2017 r. prawodawca dokonał bowiem nowelizacji rozporządzenia w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹³. Uchylono wówczas załączniki do wspomnianego aktu, które zawierały dane teleadresowe placówek leczniczych wraz ze wskazaniem ich pojemności, obszaru działania, jak również przyporządkowaniem do wzmocnionego lub maksymalnego stopnia zabezpieczenia.

23. Zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich¹⁴, w celu zapewnienia właściwego miejsca wykonywania środka leczniczego minister właściwy do spraw zdrowia powołuje komisję do spraw środka leczniczego dla nieletnich. To na podstawie pisemnych opinii komisji właściwe miejscowo sądy rodzinne wydają postanowienia, w jakim podmiocie leczniczym oraz reżimie zastosowany będzie wobec nieletniego środek leczniczy.

24. W ocenie KMPT, ze względu na brak wspomnianego wykazu placówek realizujących środek leczniczy, aktywność komisji może być znacząco utrudniona. Należy bowiem wskazać, że do jej podstawowych obowiązków należy m.in. analiza informacji o liczbie dostępnych miejsc w zakładach leczniczych przeznaczonych do wykonywania środka leczniczego, jak również wizytacja i ocena takich zakładów.

25. **Ze względu na powyższe Krajowy Mechanizm zwróci się osobnym pismem do Komisji do spraw środka leczniczego dla nieletnich w celu uzyskania szczegółowych informacji dotyczących wykonywania przez komisję uprawnień przyznanych przez prawodawcę i ewentualnych trudności w ich realizacji wynikających z braku formalnego wykazu podmiotów wykonujących środek leczniczy oraz o przekazanie protokołów z ostatnich wizytacji zakładów leczniczych przeznaczonych do wykonywania środka leczniczego.**

B. Brak określenia w przepisach warunków, jakie powinien spełniać podmiot leczniczy realizujący środek leczniczy o podstawowym zabezpieczeniu

26. Ustawa o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich nie określa, jakie warunki powinny spełniać podmioty realizujące środek leczniczy o podstawowym

¹³ Dz. U. z 2018 r. poz. 1928 (akt nieobowiązujący).

¹⁴ Dz. U. z 2026 r. poz. 163.

zabezpieczeniu. W jej art. 213 wskazano, że zakład leczniczy dysponujący warunkami podstawowego zabezpieczenia jest przeznaczony dla nieletnich, wobec których nie stwierdza się potrzeby zastosowania zabezpieczeń, o których mowa w art. 214 (środek o wzmocnionym zabezpieczeniu) i art. 215 (środek o maksymalnym zabezpieczeniu). Warunków tych nie precyzuje także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2022 r. w sprawie komisji do spraw środka leczniczego dla nieletnich, trybu wykonywania środka leczniczego oraz warunków zabezpieczenia zakładów leczniczych¹⁵.

27. W praktyce oznacza to, że środek leczniczy o podstawowym zabezpieczeniu realizowany jest w oddziałach ogólnopsychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, co rodzi pewne problemy, zwłaszcza jeżeli chodzi o procedurę przyjęć do oddziałów, jak również zagwarantowania bezpieczeństwa pacjentom.

28. Oddziały ogólnopsychiatryczne w większości są niedofinansowane, przepełnione, borykają się z brakami kadrowymi, a czas oczekiwania na przyjęcie jest długi. Praktyka KMPT pokazuje, że Komisja ds. środka leczniczego w swoich opiniach postanawia o pozostawieniu nieletniego – do czasu zwolnienia się miejsca w podmiocie o podstawowym zabezpieczeniu – w placówce, w której dotychczas realizowany był środek leczniczy, a więc w reżimie wzmocnionego lub maksymalnego zabezpieczenia, co niepotrzebnie wydłuża stosowane wobec pacjenta restrykcje. Z kolei nieletni, dla których jest to pierwszy zastosowany środek leczniczy, oczekują na hospitalizację w warunkach domowych, a przez czas oczekiwania na przyjęcie stan nieletniego może ulec zmianie, niekiedy znaczącej. KMPT od dłuższego czasu obserwuje także, iż ordynatorzy/kierownicy oddziałów ogólnopsychiatrycznych niechętnie przyjmują pacjentów w ramach podstawowego środka leczniczego, podnosząc wątpliwości co do przebywania w jednym oddziale pacjentów z tak zróżnicowanymi potrzebami. Zdarzały się również przypadki, iż nie mieli oni wiedzy, że sądy mogą przymusowo kierować pacjentów do realizacji środka w danym podmiocie¹⁶.

29. Na tę kwestię zwróciła uwagę Najwyższa Izba Kontroli. W jednym z jej wystąpień zauważono, że hospitalizacja w jednej przestrzeni pacjentów ze skrajnie różnymi potrzebami i wymagających odmiennych oddziaływań utrudnia sprawowanie skutecznej opieki nad wszystkimi pacjentami. Przebywanie jednocześnie w oddziale pacjentów z chorobami psychicznymi (np. schizofrenia i depresja) oraz zdemoralizowanej młodzieży z ostrymi zaburzeniami psychotycznymi po użyciu substancji psychoaktywnych, często agresywnej i nieprzewidywalnej,

¹⁵ Dz. U. poz. 2389.

¹⁶ Zob. Nieletni z niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną w miejscach izolacji. Raport KMPT, Warszawa 2020, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/nieletni-z-niepelnosprawnosciapsychiczna-i-intelektualna-w-miejscach-izolacji-raport-kmpt>, s. 49-50.

w ocenie kontrolerów NIK naraża innych pacjentów (zwłaszcza z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi) na dodatkowy stres i niejednokrotnie na demoralizację. Wskazano również na występujący w tych oddziałach mechanizm „społecznego efektu zarażania”, polegający na uczeniu się i naśladowaniu zachowań niepożądanych i często niebezpiecznych¹⁷.

30. Warto w tym miejscu odnieść się także do jeszcze jednego zagadnienia, które zidentyfikowano w wizytowanym szpitalu. Jak wskazano w charakterystyce podmiotu, warunkiem przyjęcia, obok skierowania lekarskiego, jest wyrażenie świadomej zgody na hospitalizację. Jest to o tyle ważne, że placówka kładzie szczególny nacisk na oddziaływania terapeutyczne, które nie przyniosą skutecznych efektów bez zaangażowania pacjenta i jego rodziny oraz chęci podjęcia terapii. Ponadto informacje o profilu szpitala oraz charakterze prowadzonych oddziaływań i warunkach przyjęcia są powszechnie dostępne na stronie internetowej podmiotu. Mimo to do oddziałów kierowani są nieletni w ramach podstawowego środka leczniczego, którzy tak jak pozostali pacjenci umieszczani są w kolejce oczekujących na przyjęcie. Wizytujące odebrały sygnały, jakoby sędziowie mieli sporadycznie próbować wywierać presję na kierowników oddziałów, pod groźbą poniesienia konsekwencji prawnych, by przyspieszyć procedurę przyjęcia. Podobny mechanizm ma miejsce, gdy pacjenci lub opiekunowie prawni nie wyrażą zgody na hospitalizację lub wycofają ją w trakcie leczenia. Zdarzają się również przypadki, w których ze względu na wspomniane, długi czas oczekiwania na przyjęcie stan pacjenta ulega zmianie na tyle, że nie pozwala na hospitalizację w warunkach gwarantowanych przez szpital. Jednak i tu niektórzy sędziowie zdają się nie wsłuchiwać w głos środowiska ekspertów – psychiatrów, psychologów klinicznych i terapeutów – /i priorytetowo traktują wykonanie środka leczniczego we wskazanym podmiocie, nie uwzględniając tym samym wskazań medycznych.

31. Chociaż większość pacjentów kierowanych do szpitala w ramach środka leczniczego podpisuje zgodę na hospitalizację, trudno mówić o pełni zaangażowania w proponowane oddziaływania. Jak wskazywali pracownicy wizytowanych oddziałów, widoczne jest to w codziennym funkcjonowaniu tych osób, które niejednokrotnie nie uczestniczą w proponowanych formach oddziaływań, prezentują zachowania demoralizujące innych pacjentów, zaburzają pracę, naruszając nagminnie zasady pobytu, angażują się w konflikty z personelem i innymi pacjentami, jak również w zachowania autoagresywne.

32. Bez określenia warunków, jakim powinny odpowiadać podmioty realizujące środek leczniczy o podstawowym zabezpieczeniu, jedna grupa pacjentów

¹⁷ Zob. wystąpienie pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli, LLO.411.005.01.2015, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/S/15/003/LLO>.

pozostawiona jest bez odpowiedniego do ich potrzeb wsparcia oraz oddziaływań, natomiast grupa pozostałych pacjentów przebywających w oddziałach ogólnopsychiatrycznych narażona zostaje na zachowania niebezpieczne i demoralizujące.

33. KMPT widzi pilną potrzebę utworzenia oficjalnego wykazu placówek realizujących środek leczniczy oraz określenia w przepisach szczegółowych warunków, jakie powinny spełniać podmioty wykonujące środek o podstawowym zabezpieczeniu. Choć zagadnienia te były już przedmiotem wystąpienia RPO do Ministra Zdrowia¹⁸, to ze względu na wagę problemu i jego wielowymiarowy charakter Krajowy Mechanizm zwróci się doń ponownie, apelując o pilne zainteresowanie tą kwestią.

C. Zwalnianie z podmiotów realizujących środek leczniczy pacjentów, którzy ukończyli 18 r.ż., ale nadal wymagają hospitalizacji psychiatrycznej

34. Zgodnie z ustawą o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich wykonywanie środka leczniczego ustaje z mocy prawa z chwilą ukończenia przez nieletniego 18 roku życia. W ocenie KMPT jest to rozwiązanie problematyczne, zwłaszcza jeżeli pacjent nadal wymaga hospitalizacji.

35. Kwestia ta była przedmiotem wystąpienia generalnego RPO do Ministra Zdrowia, w którym zasygnalizowano problem braku systemowych rozwiązań odnośnie do zakresu oraz form wsparcia dla dzieci i młodzieży dotkniętych kryzysem psychicznym, które po uzyskaniu pełnoletniości i opuszczeniu placówki leczniczej dla nieletnich nadal wymagają kompleksowego i specjalistycznego wsparcia, a rodzina nie jest w stanie zapewnić im stosownej opieki i terapii¹⁹. Zagadnienie to nadal pozostaje w zainteresowaniu Rzecznika.

VI. Obszary wymagające poprawy

A. Stosowanie przymusu bezpośredniego

a. Traktowanie pacjentów

36. Niepokój Krajowego Mechanizmu wywołała analiza wybranych nagrań monitoringu wizyjnego ze stosowania środków przymusu bezpośredniego, w obszarze traktowania pacjentów przez personel. Największe wątpliwości budzą dwie sytuacje, z 13 stycznia oraz 18 lutego 2026 r.

¹⁸ W dniu 2 lipca 2026 r. RPO skierował do Ministra Zdrowia wystąpienie generalne, które dotyczyło m.in. braku wykazu podmiotów realizujących środek leczniczy, jak również usamodzielniania się osób opuszczających oddziały psychiatryczne dla nieletnich, zob.

https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/202607/Do_MZ_nieletni_osrodki_lecznicze_2_06_2026.pdf.

¹⁹ Wystąpienie generalne RPO z dnia 31 stycznia 2019 r. do Ministra Zdrowia, III.502.4.2018, zob.

<https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/panstwo-nie-wspiera-rodzicowdziecka-z-niepelnosprawnoscia-w-kryzysie-psychicznym-gdy-skonczy-18-lat>.

37. Na pierwszym z nagrań widać, jak przebywający w pokoju do izolacji pacjent próbuje podduszać się własną bluzą przez ściśle zawiązanie jej na szyi. Pomiędzy pacjentem a interweniującym pracownikiem dochodzi do wymiany zdań, w jej trakcie chłopiec dynamicznie wstaje z łóżka w kierunku pracownika, ale za chwilę ponownie na nim siada. W reakcji na zachowanie nieletniego pracownik podchodzi do niego i na wysokości twarzy chłopca zewnętrzną stroną lewej dłoni, od dołu do góry wykonuje gest imitujący uderzenie. Pacjent w obawie odskakuje na łóżku do tyłu. Następnie wobec nieletniego zastosowano środki przymusu w postaci pasów unieruchamiających. Pacjent przybywał w nich nieco ponad godzinę, podano mu także leki. Zastosowane metody przyniosły oczekiwany efekt, bowiem chłopiec wyciszył się i uspokoił, po wypięciu z pasów zasnął. KMPT zwraca także uwagę na zachowanie pracownika, który przyszedł do sali izolacji po ok. 20 minutach od zakończenia stosowania środków przymusu, zerwał z pacjenta kołdrę, zrzucił jego nogi na podłogę, a następnie zaspanego wyprowadził, najprawdopodobniej do pokoju sypialnego. Dla przedstawicieli KMPT niezrozumiałe jest zachowanie mężczyzny, który wybudził – i mógł doprowadzić tym samym do ponownego pobudzenia – dopiero co uspokojonego pacjenta. Opisana sytuacja jest także wątpliwa ze względu na podwójny status pokoju, w którym przebywał nieletni – sala do izolacji i stosowania środków przymusu bezpośredniego pełni również funkcję pokoju do wyciszeń – co będzie przedmiotem analizy w dalszej części raportu.

38. Na drugim nagraniu zarejestrowano sytuację, w której pacjent (również przebywający w pokoju do izolacji) skacze po łóżku do stosowania unieruchomienia, bawi się jego elementami (pasy były bowiem przypięte do łóżka, mimo że nie stosowano przymusu), a następnie wchodzi po łóżku na okienny parapet. Chłopiec wykazuje czynny opór wobec interweniującej pielęgniarki, nie słucha się jej poleceń, szarpie się i wrywa. Oboje przemieszczają się w kierunku drzwi wejściowych do pokoju, przez chwilę znajdują się poza zasięgiem kamery monitoringu wizyjnego. Po chwili pacjent, trzymany od tyłu za obie ręce na wysokości barków przez innego pracownika (mężczyznę), zostaje ponownie wprowadzony do pokoju oraz rzucony na łóżko. Najprawdopodobniej celem tego zachowania pracownika było odsunięcie chłopca od drzwi, by móc je zamknąć, gdyż po chwili pacjent wstaje z łóżka, dobija się do drzwi, ale nie może już opuścić pokoju.

39. Krajowy Mechanizm z całą stanowczością neguje tego typu zachowania, które mogą mieć charakter zastraszający dla pacjentów, jak również przyczyniają się do eskalacji agresji nieletnich. Tym bardziej zachowania takie są nieakceptowalne w placówkach medycznych oraz w stosunku do nieletnich, którzy stanowią jedną z najbardziej wrażliwych grup pacjentów, zarówno ze względu na wiek, brak świadomości przysługujących praw oraz sposobu ich egzekwowania, jak i towarzyszące tym pacjentom jednostki chorobowe i zaburzenia.

40. Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu mają świadomość obciążenia psychicznego, jakie każdego dnia towarzyszy kadrze oddziałów psychiatrycznych i które związane jest między innymi z nieprzewidywalnością i dynamiką zachowań pacjentów, często połączoną z agresją słowną oraz fizyczną. Należy jednak podkreślić, że nie stanowi to usprawiedliwienia dla zachowań opisanych powyżej, które są nieprofesjonalne, rzutują na wizerunek całej placówki i jej pracowników, stymulują stres i agresję, co w dalszej perspektywie ma wpływ na charakter interakcji oraz skuteczność prowadzonych oddziaływań.

41. Jak zauważa Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), podstawową gwarancję zapobiegania złemu traktowaniu stanowi starannie dobierany w procesie rekrutacji personel, a także odpowiednie jego przeszkolenie przed podjęciem obowiązków oraz regularne szkolenia w trakcie pracy²⁰. Kwestie odnoszące się do personelu wizytowanej placówki zostaną szerzej opisane w dalszej części raportu.

42. KMPT zaleca kierownictwu placówki regularne przypominanie pracownikom o obowiązku traktowania pacjentów z szacunkiem i godnością, jak również wdrożenie w codziennej pracy zasad braku akceptacji dla jakichkolwiek przejawów agresji wobec pacjentów oraz złego traktowania. Zachowania takie powinny spotykać się z natychmiastową i stanowczą reakcją przełożonych, by pełniły także funkcję odstraszającą i zniechęcającą dla innych pracowników. Kierownictwo szpitala powinno podjąć systemową pracę w kierunku budowy odpowiedniej kultury instytucjonalnej, która wszelkie przejawy przemocy wobec pacjentów będzie traktowała jako niedopuszczalny brak profesjonalizmu i zachęcała personel do zgłaszania takich przypadków.

43. Delegację KMPT podczas oglądu placówki zaniepokoił widok przymocowanego na stałe zestawu pasów magnetycznych do łóżka w sali do izolacji jednego z oddziałów. W ocenie Krajowego Mechanizmu działanie takie może mieć charakter represyjny i odstraszający wobec pacjentów oraz negatywnie oddziaływać na ich funkcjonowanie w oddziale, przez potęgowanie strachu zastosowaniem ich wobec nieletnich. Dodatkowo należy także wskazać, że zabezpieczone nagrania monitoringu wizyjnego wykazały, iż wchodzący do pomieszczenia pacjenci często bawią się ich elementami, próbują się drapać twardymi, magnetycznymi zapięciami lub bić się np. po rękach materiałowymi fragmentami. Stałe przypięcie pasów budzi także wątpliwości z perspektywy dbania o ich higienę.

44. Krajowy Mechanizm zaleca zdemonstrowanie pasów magnetycznych z łóżka w sali do izolacji w jednym z wizytowanych oddziałów.

²⁰ Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), CPT/Inf (2017) 6, wprowadzenie, par. 3.1, <https://rm.coe.int/1680953499>.

b. Mechaniczne środki przymusu

45. W trakcie prowadzenia oglądu zespół KMPT poprosił o okazanie stosowanych w wizytowanych oddziałach pasów do unieruchamiania. Oprócz pasów magnetycznych delegacja ujawniła także pasy materiałowe (wiązane), od których stosowania odchodzi się współcześnie na rzecz o wiele bezpieczniejszych pasów magnetycznych. Wizytujące uzyskały wówczas zapewnienie, że pasy te nie są już stosowane, ale nie zostały jeszcze usunięte z oddziałów. Nagrania monitoringu z dni 13 stycznia oraz 21 marca 2026 r. wykazały jednak, że materiałowe pasy nadal są wykorzystywane. Co więcej, w obu przypadkach kończyny górne pacjentów zostały związane nad głową (sylwetka przypominała kształt litery X).

46. Niezależnie od rodzaju stosowanych pasów (magnetycznych, skórzanych lub materiałowych) unieruchomienie niesie ze sobą ryzyko:

- miejscowych urazów skóry i tkanek podskórnych: obrzęk, otarcia, krwinki, odleżyny i inne urazy uciskowe w miejscach założenia pasów;
- uszkodzeń nerwów i naczyń: neuropatie uciskowe (zwłaszcza w okolicy nadgarstków i kostek), zaburzenia krążenia obwodowego przy zbyt ciasnym zapięciu;
- urazów mięśniowo-szkieletowych: naderwania, zwichnięcia, a w skrajnych przypadkach złamania, gdy pacjent gwałtownie się szarpie;
- ryzyko odleżyn i długotrwałych uszkodzeń skóry przy przewlekłym unieruchomieniu (np. pacjenci leżący i niedożywieni);
- powikłania ogólne i psychiczne: delirium, nasilenie pobudzenia, pourazowe zaburzenia stresowe, lęk, poczucie upokorzenia;
- uduszenie pozycyjne (positional asphyxia), szczególnie gdy pasy ograniczają ruch klatki piersiowej, tułowia lub łączą się z nieprawidłową pozycją (np. na brzuchu, silne pochylenie tułowia);
- należy mieć także na względzie, że pasy materiałowe, szczególnie przy nieprawidłowym wiązaniu, cechują się możliwością samoczynnego zaciskania, gdy pacjent się szarpie, powodując zaburzenia krążenia i ucisk nerwów (szczególnie nadgarstki, kostki). Ponadto węzły mogą być trudne do szybkiego rozwiązania w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia (np. zadławienia).

47. Jak wskazuje CPT, środki przymusu powinny zawsze być stosowane umiejętnie i ostrożnie, w celu zminimalizowania ryzyka urazu lub bólu u pacjenta i zachowania w jak największym stopniu jego/jej godności. Dla celów mechanicznego środka przymusu należy stosować wyłącznie urządzenia zaprojektowane w celu ograniczania szkodliwych skutków (najlepiej wyściełane pasy z materiału), tak aby zminimalizować ryzyko urazu i/lub bólu u pacjenta²¹.

²¹ Tamże, par. 3.1 oraz 3.3.

48. Stosowanie nieanatomicznej pozycji z rękami unieruchomionymi do góry dopuszcza się po analizie związanego z nią ryzyka, w przypadku braku możliwości ograniczenia w inny sposób manipulacji dłońmi w okolicy dostępnej w ramach standardowego unieruchomienia, by uniemożliwić lub ograniczyć rozdrapywanie ran, wrywanie cewników, demontaż opatrunków istotnych dla stabilizacji stanu zdrowia (np. opatrunku uciskowego po niedawnych interwencjach w obrębie tętnicy udowej) lub zamiast pasa piersiowego w przypadku, gdy pacjent pomimo unieruchomienia unosi tułów i pozostaje pobudzony, a z powodu swojej masy ciała lub wzrostu jest w stanie ruchami tymi przewrócić łóżko, stwarzając zagrożenie dla swojego bezpieczeństwa. Pozycja z uniesionymi ramionami jest bowiem pozycją o większym ryzyku urazów kostno-szkieletowych w porównaniu do unieruchomienia z kończynami ułożonymi wzdłuż ciała. Widoczny na nagraniu z 13 stycznia 2026 r. sposób wiązania mógł prowadzić do odrętwienia kończyn górnych, a w przypadku niektórych pozycji i przy długotrwałym unieruchomieniu takie ułożenie może być bezpośrednią przyczyną ucisku na przebiegający po ramieniu nerw promieniowy i prowadzić do przemijających niedowładów w obrębie przedramienia i ręki, o typie „ręki opadającej”. Pozycja widoczna na nagraniu, przy większej aktywności ruchowej pacjenta, mogłaby zagrażać również zwknięciami w obrębie stawów łokciowych (ramiennie-łokciowo-promieniowych) i ramiennych. Wątpliwości dotyczące zastosowanej techniki potwierdzić mogą także zaczerwienione dłonie pacjenta widoczne po rozwiązaniu pasów, jak również wydawane przez pielęgniarkę wskazówki, by nieletni rozmasował i rozruszał palce, nadgarstki i stawy łokciowe. W analizowanym materiale uwagę ekspertki biorącej udział w wizytacji KMPT zwrócił brak w dokumentacji uzasadnienia w wyborze pozycji (przymusowa, nieanatomiczna pozycja uniesionych rąk, dłonie i nadgarstki ułożone poniżej barków, a pasy zamocowane poniżej płaszczyzny materaca czyniły pozycję bardziej obciążającą niż unieruchomienie kończyn powyżej głowy, w sposób ograniczający ruchomość tułowia). W ocenie ekspertki KMPT zastosowana pozycja przeczy idei stosowania formy przymusu najmniej dolegliwej dla pacjenta.

49. W ocenie CPT pacjenci poddawani środkom przymusu powinni być zawsze ustawieni twarzą do góry z ramionami skierowanymi w dół. Pasy nie mogą być zbyt ciasne i powinny być stosowane w sposób, który pozwala na maksymalny bezpieczny ruch ramion i nóg. Funkcje życiowe pacjenta, takie jak oddychanie i zdolność komunikowania się, nie mogą być utrudniane²².

50. Dodatkowo na nagraniu z 21 marca 2026 r. jedna z rąk pacjentki przywiązana została do postawionej, bocznej ramy łóżka. Bariera spowodowała, że pracownicy mieli trudności w przywiązaniu kończyny nieletniej, co wydłużyło

²² Tamże, par. 3.3.

procedurę unieruchamiania. Na nagraniu widać, że mają wątpliwość, czy ręka powinna być przywiązana do poziomej, stabilnej ramy łóżka, czy też do barierki. Szczególną uwagę należy jednak zwrócić na fakt, że nieletnia na skutek pobudzenia szarpała się w pasach i mocno gestykulowała także tą ręką, umieszczając ją co chwila pomiędzy wąskimi szczelami bariery, co w sytuacji nagłego, niekontrolowanego wzburzenia mogło przyczynić się do obrażeń. W trakcie prowadzenia rewizytacji w oddziale, co miało miejsce kilka dni po opisanym unieruchomieniu, pracownicy techniczni zdemonstrowali z łóżka boczne ramy – co należy ocenić pozytywnie.

51. Niepokój wizytujących wzbudził także sposób zastosowania środka przymusu bezpośredniego w dniu 18 lutego 2026 r. Pacjent został unieruchomiony przy pomocy zestawu pasów magnetycznych oraz dołączonego do niego krzyżaka na klatkę piersiową, który miał stabilizować tę część ciała. Jednak nieletni – najprawdopodobniej ze względu na źle przymocowane do łóżka pasy lub zbyt duży ich rozmiar (pacjent miał drobną budowę ciała) – nadal pozostawał niespokojny, a pasy cały czas się przemieszczały. Podjęto więc decyzję o dodatkowym przywiązaniu krzyżaka do ramy łóżka materiałowymi pasami, niewchodzącymi w skład zestawu magnetycznego. Niewłaściwe ułożenie pacjenta na łóżku spowodowało, że konstrukcja ta w pewnym momencie znalazła się na wysokości jego szyi. Chociaż w tym przypadku nie doszło do ryzyka podduszenia, to w ocenie KMPT kumulacja okoliczności takich jak: pobudzenie nieletniego, nieprzewidywalność jego reakcji, nieodpowiedni do jego budowy ciała rozmiar środków przymusu, zastosowanie przez personel dodatkowych rozwiązań technicznych (niewchodzących w skład zestawu magnetycznego) – wymaga zwrócenia uwagi na ryzyko wystąpienia ograniczenia swobodnego oddychania przy zastosowaniu tego typu technik.

52. Zgodnie z zaleceniami CPT każdy zakład psychiatryczny powinien dysponować kompleksową, starannie opracowaną polityką dotyczącą stosowania środków przymusu. Niezbędne jest zaangażowanie i wsparcie zarówno personelu, jak i kierownictwa w opracowywaniu takiej polityki. Powinna ona mieć na celu zapobieganie, w miarę możliwości, uciekaniu się do środków przymusu i powinna jasno określać, które z nich mogą być stosowane, w jakich okolicznościach, a także wskazywać praktyczne sposoby ich stosowania, wymagany nadzór i działania, które należy podjąć po zakończeniu ich stosowania²³. Chociaż placówka dysponuje taką procedurą, w dokumencie nie wskazano możliwości stosowania tego typu techniki unieruchamiania pacjentów.

53. KMPT zaleca odejście od użytkowania materiałowych, wiązanych pasów do unieruchamiania i wykorzystywanie do tego celu nowoczesnych i bardziej bezpiecznych pasów magnetycznych. Ponadto KMPT zaleca

²³ Tamże, par. 1.7.

odstąpienie od stosowania nieatestowanych i niewchodzących w zestaw pasów magnetycznych elementów służących do unieruchamiania pacjentów.

54. Krajowy Mechanizm zaleca odstąpienie od unieruchamiania górnych kończyn nieletnich nad głową. Dopuszczenie tej techniki wymaga medycznego uzasadnienia i analizy ryzyka powikłań, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji przymusu, pozwalającej na ocenę zasadności podjętej decyzji.

c. Postępowanie personelu w przypadku opluwania

55. Analiza monitoringu z zastosowania środka przymusu bezpośredniego z dnia 19 lutego 2026 r. ujawniła, że w trakcie zakładania pasów pacjent szarpał się i prawdopodobnie pluł na personel, wskutek czego jedna z osób uczestniczących w unieruchomieniu naciągnęła na jego twarz koszulkę, którą pacjent miał na sobie. Odzież zakrywała także jego nos.

56. Należy podkreślić, że podciąganie koszulki założonej na ciało i zaciąganie jej na głowę u osoby pobudzonej psychoruchowo, może powodować urazy w obrębie mięśni szyi i karku (głównie o przejściowym charakterze), potencjalnie urazy kręgosłupa szyjnego, szczególnie w przypadku niedostatecznie elastycznej tkaniny/szwów, a także problemy z oddychaniem w przypadku niektórych materiałów i pozycji. W opublikowanym w sierpniu 2023 r. studium tematycznym Specjalnego Sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania przedstawiono m.in. wstępną listę środków przymusu bezpośredniego, które określono jako z natury okrutne, niehumanitarne lub poniżające i które jako takie uważane są za zabronione²⁴. W publikacji wskazano m.in. o tym, że zakrywanie twarzy u osoby pozbawionej wolności może prowadzić do dezorientacji, stresu, ostrego cierpienia, lęku, pobudzenia lub niepokoju, drażliwości. U osób cierpiących na klaustrofobię może wywołać inne niepożądane reakcje, w tym panikę. W zakresie zapobiegania opluciom lub przenoszeniu chorób zakaźnych Specjalny Sprawozdawca stwierdził, że to personel powinien zostać wyposażony w sprzęt ochronny zapobiegający przeniesieniu krwi lub śliny, co stanowi właściwą reakcję w kontekście praw człowieka²⁵.

57. W opinii biorącej udział w wizytacji KMPT ekspertki warto zaznaczyć, że podobne zdarzenia powinny być raportowane pracodawcy, który powinien analizować postępowanie i wdrażać procedury postępowania zapewniające bezpieczeństwo zarówno pacjentów, jak i personelu – angażować osoby nadzorujące bezpieczeństwo i higienę pracy oraz określać związane z nią ryzyka.

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

²⁵ Tamże, s. 7.

58. KMPT zaleca odstąpienie od zakrywania odzieżą twarzy pacjentom usiłującym opluć członków personelu. Ponadto w celu zapobieganiu opluciom lub przenoszeniu chorób zakaźnych zaleca wyposażenie personelu w sprzęt ochrony indywidualnej.

d. Personel uczestniczący w stosowaniu środków przymusu

59. Przeanalizowany materiał, zarówno z nagrań monitoringu wizyjnego, jak i kart stosowania przymusu bezpośredniego, wykazał, że zdarzają się przypadki, w których przy zabezpieczaniu pacjenta bierze udział trzech lub dwóch pracowników – co jest liczbą niewystarczającą dla zagwarantowania bezpieczeństwa tak pacjentom, jak i pracownikom.

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

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

62. Wizytujące zwróciły uwagę, że zdarzają się sytuacje – choć są one bardzo rzadkie – gdy w unieruchamianiu uczestniczą zatrudnieni w oddziałach psychodolży.

63. W ocenie KMPT angażowanie psychologów do stosowania przymusu bezpośredniego, który kojarzony jest z represją, stresem, strachem i ograniczeniem samostanowienia pacjenta, może zaburzać, a nawet uniemożliwiać nawiązanie właściwej relacji między psychologiem a pacjentem, opartej na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa. Ponadto pacjent, który będzie pamiętał, że dany psycholog uczestniczył w procedurze przymusu, może nie czuć się na tyle swobodnie w jego obecności, by w przyszłości efektywnie uczestniczyć w proponowanych oddziaływaniach oraz opowiadać psychologowi o problemach, z którymi się boryka.

64. Krajowy Mechanizm zaleca odstąpienie od uczestnictwa psychologów w unieruchamianiu pacjentów.

65. Przedstawiciele KMPT dokonali także analizy szkoleń kadry z zakresu stosowania środków przymusu bezpośredniego. Z dostarczonych informacji wynika, że szkolenia takie odbywają się średnio raz na dwa lata. Wskazana częstotliwość jest zdecydowanie za rzadka. Szkolenia takie winny odbywać się regularnie, przynajmniej raz w roku, i mieć formę praktyczną. W ocenie KMPT przede wszystkim objęty nimi powinien być personel pielęgniarstwa, który zgodnie z przepisami w określonych okolicznościach może zlecać zastosowanie przymusu, uczestniczyć w jego stosowaniu i nadzoruje przebieg procedury.

66. Jak wskazuje CPT²⁶, personel powinien być odpowiednio przeszkolony, zanim weźmie udział w praktycznym stosowaniu środków przymusu. W przypadku fizycznego (ręcznego) środka przymusu personel powinien być specjalnie przeszkolony w zakresie technik trzymania, które minimalizują ryzyko obrażeń.

67. Krajowy Mechanizm zaleca szkolenie personelu z zakresu stosowania środków przymusu bezpośredniego raz w roku; szkolenia takie powinny mieć formę praktyczną.

e. Dokumentowanie przymusu bezpośredniego

68. Analiza kart przymusu bezpośredniego i nagrań z monitoringu wizyjnego wykazała, że dokumentacja stosowania przymusu nie zawsze prowadzona jest rzetelnie i skrupulatnie, np.: w przebiegu jednego z unieruchomień nie wpisano wszystkich momentów, w których personel nadzorował pacjenta fizycznie w sali (na nagraniu personel częściej odwiedza pacjenta, niż odnotowano to w dokumentacji); w innym przypadku znaczniki czasu na nagraniach różnią się z godzinami wykonywanych procedur odnotowanych w dokumentacji papierowej; w jednej z kart zdublowano godziny obserwacji pacjenta, wpisując różne opisy jego stanu: mamrocze/spokojny.

69. Należy także zwrócić szczególną uwagę na niespójną praktykę opisywania skutków i ewentualnych powikłań po zastosowaniu przymusu przez lekarzy. W wielu kartach znajdują się jedynie lakoniczne określenia „przymus bez powikłań”. Brakuje tam informacji o ewentualnym badaniu pacjenta, sprawdzeniu jego parametrów życiowych oraz opisu, jaki efekt przyniosły podjęte oddziaływania.

70. Największe wątpliwości KMPT w obszarze dokumentowania przymusu bezpośredniego budzi wspomniany już podwójny status pomieszczeń do izolacji, w których wykonywane są unieruchomienia. Pomieszczenia te są wykorzystywane także jako pokoje wyciszeń, do których w każdej chwili może udać się pacjent, czy to na własną prośbę, czy po sugestii pracownika. Jak tłumaczono przedstawicielkom KMPT w trakcie oglądu oddziałów, przebywanie w tym pomieszczeniu nie jest rozumiane jako izolacja, zgodnie z przepisami o ochronie zdrowia psychicznego, bowiem w sytuacji, w której nieletni przebywają tam w celu wyciszenia się, drzwi pozostają zawsze otwarte, a pacjent może swobodnie wyjść, dlatego też procedura ta nie wymaga dokumentowania. Należy także wskazać, iż pomieszczenie wyposażone jest w monitoring wizyjny, który ustawiony jest w taki sposób, by zabezpieczyć przebieg unieruchomienia na łóżku, na skutek czego w jednym z rogów pomieszczenia występuje obszar niewidoczny w kamerze. Gdy pobudzony, wzburzony i nieprzewidywalny w swoim zachowaniu pacjent udaje się

²⁶ Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), CPT/Inf (2017) 6, par. 3.1 oraz 3.2, <https://rm.coe.int/1680953499>.

do pomieszczenia w celu wyciszenia, opisana strefa może stanowić realne zagrożenie dla jego bezpieczeństwa. Nieletni jest bowiem niewidzialny na podglądzie monitoringu i w bezpośredniej obserwacji – nie widać go przez uchylone drzwi. Wykazały to poddane analizie nagrania monitoringu. Ponadto umieszczenie pacjenta we wskazanej sali w celu wyciszenia nie obliguje także kadry do regularnego nadzorowania jego stanu, o czym będzie mowa poniżej.

71. Rozmowy z personelem oraz analiza kart ze stosowania środków przymusu wykazała, że także sami pracownicy oraz lekarze mają trudność w określeniu statusu tych pomieszczeń, zwłaszcza jeżeli wobec pacjentów stosowane jest przytrzymanie. Zdarzają się bowiem sytuacje, w których w dokumentacji z zastosowania przytrzymania zamiennie wpisuje się dodatkowo izolację lub umieszczenie w jednoosobowym pomieszczeniu w celu wyciszenia. Są to dwie okoliczności, które wymagają rozróżnienia, jeżeli chodzi o zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom. Przy stosowaniu izolacji, zgodnie z art. 18a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego²⁷ (dalej jako: u.o.z.p.), stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej kontroluje pielęgniarka nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. Wymaga to odnotowywania obserwacji w karcie przymusu bezpośredniego. Natomiast umieszczenie pacjenta w pokoju do wyciszeń, zgodnie z obowiązującymi przepisami, nie stanowi jednej z form przymusu bezpośredniego, tym samym nie wymaga prowadzenia odrębnej dokumentacji oraz określonego przepisami wzmożonego nadzoru nad pacjentem.

72. Krajowy Mechanizm zaleca dokumentowanie stosowania środków przymusu bezpośredniego w sposób rzetelny, skrupulatny, precyzyjny i zgodny ze stanem faktycznym.

73. KMPT zaleca odstąpienie od wykorzystywania pokoi do izolacji jako pomieszczeń do wyciszania pacjentów i przeznaczenie na ten cel odrębnych pomieszczeń w każdym z oddziałów.

f. Warunki techniczne pokoi do izolacji

74. W jednym z oddziałów sala do izolacji i unieruchamiania wyodrębniona jest w jednym z pokoi sypialnych i aby wejść do niej z pobudzonym pacjentem, należy przejść przez sypialnię innych nieletnich. Rodzi to poważne wątpliwości co do bezpieczeństwa i poszanowania intymności nieletniego, wobec którego będą stosowane środki przymusu, ale także komfortu pozostałych pacjentów przebywających w tym pomieszczeniu. Wizytujące odebrały bowiem sygnały świadczące o tym, iż zdarzają się przypadki, że jeżeli nieletni trafia do tego pomieszczenia, czy to w ramach wyciszenia, czy formalnej izolacji, inni pacjenci

²⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 917.

zaglądają tam, niepokoją osobę wymagającą wyciszenia, a co najważniejsze, są świadkami unieruchamiania lub stosowania innych form przymusu wobec pobudzonych pacjentów – co nie powinno mieć miejsca.

75. Wedle zaleceń CPT należy zaprzestać stosowania środka przymusu w postaci unieruchomienia pacjenta na łóżku za pomocą pasów w obecności innych pacjentów, ponieważ jest to praktyka niegodna, potencjalnie niebezpieczna i mogąca wywoływać poczucie zagrożenia u pozostałych osób²⁸.

76. Z drugiej strony pojawiły się także informacje, iż osoby umieszczane w sali do izolacji budzą pozostałych pacjentów, utrudniają im naukę lub inne czynności w ciągu dnia, gdyż krzyczą, kopią w drzwi, skupiają na sobie uwagę; ponadto sama procedura przymusowego umieszczenia pobudzonego pacjenta w tym pomieszczeniu wybijają pozostałe osoby z ich aktywności.

77. Delegacja zwróciła uwagę, że w dwóch z trzech wizytowanych oddziałów rozmiar pomieszczeń do izolacji uniemożliwiał ewentualne, swobodne manewrowanie noszami w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta; dodatkową trudność może także stanowić zbyt mała szerokość drzwi wejściowych.

78. Krajowy Mechanizm zaleca izolowanie i unieruchamianie pacjentów w pomieszczeniach, których lokalizacja oraz powierzchnia zagwarantują pacjentom bezpieczeństwo oraz poczucie intymności.

B. System terapeutyczny

79. W wizytowanych oddziałach stosowany jest behawioralny system terapeutyczny oparty na zasadach „terapii żetonowej” – spotykanej często przez KMPT w placówkach resocjalizacyjnych dla nieletnich. Pacjent zachowujący się zgodnie z regulaminem oraz założeniami swojego planu terapeutycznego otrzymuje przywileje (dodatkowe punkty, utożsamiane przez pacjentów z nagrodami). Przywilejem może być np. udział w seansie filmowym, zjedzenie słodczy, wyjście z opiekunem poza teren szpitala. Negatywne zachowanie, łamanie regulaminu przez m.in.: agresję, autoagresję, zachowania o podtekście seksualnym, kradzieże, złamanie zasad przepustki, ucieczkę – skutkuje przyznaniem tzw. konsekwencji (odbieranie przywilejów, odbierane przez pacjentów jako kara) oraz dodatkowych zadań korekcyjnych. Zadania te dobierane są przez zespół terapeutyczny indywidualnie do możliwości intelektualnych i zdrowotnych pacjenta oraz stopnia przewinienia. Zazwyczaj zadania te polegają na napisaniu krótkiego wypracowania na zadany temat, przeczytaniu wiersza/fragmentu książki i opowiedzeniu o nim terapeutcie, przepisywaniu wybranych fragmentów regulaminu pobytu w danym oddziale lub nauczaniu się krótkich treści na pamięć, wykonaniu prac porządkowych w swoim pokoju lub świetlicy, przygotowaniu gazetki ściennej, a także mogą przybrać

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

formę zakazu opuszczania terenu szpitala przez określony czas (tzw. teren). Delegacja otrzymała także informacje, iż zdarzają się przypadki, w których osoby nieprzestrzegające regulaminu w ramach konsekwencji mają przez wyznaczony czas siedzieć na korytarzu i oczekiwać, aż pracownik wyrazi zgodę, by nieletni dołączył do reszty grupy, czy też sprzątać oddział przez cały dzień przy jednoczesnym zakazie kontaktu z innymi osobami. Zgodnie z uzyskanymi informacjami pacjenci w sytuacji, w której nie radzą sobie z realizacją zadania, mogą poprosić o jego zamianę. Rozliczenie aktywności nieletnich dokonuje się w systemie tygodniowym – co środę odbywa się zebranie społeczności, w trakcie którego pacjenci dowiadują się o przywilejach lub konsekwencjach. W jego trakcie to społeczność (wszyscy pacjenci) przekazują swoje spostrzeżenia na temat funkcjonowania poszczególnych pacjentów w danym tygodniu. Co do zasady na społeczności poruszane są pozytywne aktywności pacjentów – jako motywacja i wzorzec dla innych. Delegacja uzyskała jednak informacje, że niekiedy pacjenci dobrowolnie lub z przymusu opowiadają o swoich niepowodzeniach w danym tygodniu, np. myślach samobójczych, aktach autoagresji lub agresji, której się dopuścili w stosunku do innych nieletnich lub pracowników. Może to przyczyniać się do ich wtórnej traumatyzacji.

80. KMPT pragnie wyrazić wątpliwości co do założeń prowadzonego programu. Szczególną uwagę zwraca przede wszystkim wytwarzanie i utrwalanie u nieletnich postaw opartych na uzyskiwaniu krótkoterminowych korzyści lub unikaniu konsekwencji, budowanie motywacji zewnętrznej w miejsce internalizowania wartości. Zależność ta ma odzwierciedlenie w raportach terapeutycznych, pielęgniarskich i lekarskich niektórych pacjentów, którzy przejawiają postawy interesowne i nakierowanie na indywidualne korzyści. Biorąc pod uwagę obciążenia środowiskowe większości pacjentów przebywających w oddziałach placówki, założenia terapii mogą okazać się przeciwnie skuteczne.

81. Dodatkowo wizytujące uzyskały sygnały świadczące o tym, że dla pacjentów cotygodniowa społeczność żetonowa stanowi niezmiernie obciążenie psychiczne, kumuluje stres i negatywne myśli. Pacjenci często nie radzą sobie z opiniami kolegów i koleżanek, które wygłaszane są na forum grupy, a także z wizją otrzymania konsekwencji, które rozumiane są przez pacjentów jako kary. Ich nieuchronność, mimo wysiłku wkładanego w pracę nad planem terapeutycznym, również nie przyczynia się do oczekiwanych efektów. Ponadto część oddziaływań, których opisy pojawiały się podczas wizytacji (jak np. zadanie sprzątania z nakazem niekontaktowania się z pozostałymi pacjentami), może nieść ryzyko poniżającego traktowania lub karania. Należy mieć na względzie, że w podejściu terapeutycznym oddziaływania behawioralne mające na celu korektę niepożądanych zachowań mogą mieć formę powtarzalnego bodźca ustalonego z pacjentem lub grupą (np. klaśnięcie, pstryknięcie, krótki dźwięk) i nie muszą mieć długofalowych konsekwencji w ramach

społeczności (budząc strach przed oceną innych i brakiem akceptacji grupy) ani ograniczać swobód jednostki (kary/konsekwencje).

82. Wątpliwości delegacji budzi także utworzenie w ramach systemu behawioralnego formalnej hierarchii pacjentów. Zbierane punkty pozwalają awansować z grup początkowych do grup liderek. Przynależność do nich oznacza posiadanie innego pakietu przywilejów – zazwyczaj im wyższy status, tym więcej np. możliwości spędzania czasu poza szpitalem. Mechanizm ten z jednej strony jeszcze mocniej utrwala postawy interesowności i fałszywego dostosowania do norm jedynie w celu osiągnięcia nagrody (na co uwagę zwracali także pracownicy), z drugiej może prowadzić do niezdrowej rywalizacji między pacjentami oraz wytworzenia relacji zależności i podległości (zwłaszcza w przypadku pacjentów uległych, podatnych na sugestie). Na przykład jednym z przywilejów lidera jest możliwość zmiany pokoju, bez uwzględniania weta pozostałych pacjentów. Bardzo wyraźnie stawia to taką osobę w pozycji siły i wyższości w porównaniu z innymi pacjentami. Warto wskazać, że w placówkach resocjalizacyjnych mechanizmy takie przybierają często formę tzw. drugiego życia – polegającego na wytworzeniu wewnątrz społeczności nieletnich alternatywnych reguł współżycia, inspirowanych podkulturą więzienną, które często są trudne do wychwycenia przez kadrę placówek.

83. Należy także odnotować, że w oddziałach funkcjonują – oprócz regulaminów – nieformalne i niespisane zasady funkcjonowania, które czasem ustalane są indywidualnie pomiędzy danym pracownikiem a pacjentem lub obowiązują całą grupę. Zasady te dotyczą np. kwestii ubioru lub sposobu spędzania wolnego czasu przez pacjentów. Wizytujące uzyskały informacje, iż zdarzają się sytuacje, w których pacjent ustalił daną kwestię z jednym z pracowników, a następnie inny pracownik chciał wyciągnąć wobec nieletniego konsekwencje takiego, a nie innego zachowania – nie mając wiedzy, że było na nie przyzwolenie. Pojawiły się także głosy świadczące o poszukiwaniu przez niektórych członków kadry pretekstów do formalnego wyciągania konsekwencji na społecznościach za nieprzestrzeganie niespisanych zasad przez pacjentów. Potwierdzają to także wpisy w dokumentacji prowadzonej przez pracowników.

84. Krajowy Mechanizm zaleca dokonanie rekonstrukcji systemu terapii behawioralnej prowadzonego w placówce przez wyeliminowanie z niego mechanizmów prowadzących do utrwalania u pacjentów postaw opartych na interesowności, rodzących ryzyko poniżającego traktowania lub karania oraz sprzyjających powstawaniu struktur hierarchicznych, prowadzących do zależności między nieletnimi. Ponadto KMPT zaleca odstąpienie od egzekwowania formalnych konsekwencji za nieprzestrzeganie niespisanych zasad panujących w oddziałach.

C. Traktowanie

85. Delegacja uzyskała informację, że pracownicy pełniący nocne dyżury w oddziałach regularnie sprawdzają zachowanie pacjentów przez dokonywanie obchodów sal chorych. Niektórzy z pracowników mają w tym celu używać latarek, wybudzając część osób ze snu oraz wzbudzając w nich niepokój.

86. Krajowy Mechanizm zaleca odstąpienie od praktyki weryfikowania zachowania pacjentów w nocy przez używanie latarek.

87. Wątpliwości budzi także reglamentowanie nieletnim możliwości odpoczynku w ciągu dnia, co delegacja zaobserwowała w trakcie wizytacji. Dotyczyło to w szczególności jednego z oddziałów. Z uzyskanych informacji wynikało, że jedyną możliwością zdrzemnięcia się lub po prostu poleżenia chwilę w łóżku, np. po zajęciach szkolnych czy po posiłku, było zgłoszenie złego samopoczucia pielęgniarce, co nie zawsze było zgodne z prawdą. Delegacja otrzymała także informacje, że kadra medyczna obserwuje zgłaszanie fałszywych symptomów chorobowych, co sprawia, że i tak obciążone pracą pielęgniarki mają dodatkowe obowiązki związane z weryfikacją stanu zdrowia pacjentów, którzy w podstępnie upatrują jedyną szansę na chwilę odpoczynku w ciągu dnia.

88. KMPT zaleca reorganizację planu dnia w oddziałach w taki sposób, by pacjenci po zakończeniu zajęć szkolnych, obiedzie lub obciążających aktywnościach mieli możliwość krótkiego odpoczynku w swoich pokojach.

D. Dokumentacja

89. Analiza dokumentacji indywidualnej niektórych pacjentów wykazała, że znajdują się w niej zgody in blanco, podpisane przez opiekunów prawnych pacjentów, na stosowanie wobec nieletnich leków off-label (tzn. stosowanie zarejestrowanego leku w sposób niezgodny z charakterystyką produktu leczniczego). Jest to legalna i zgodna ze sztuką praktyka medyczna, stosowana głównie w psychiatrii oraz onkologii, gdy np. leki dla dorosłych w zmienionych dawkach podawane są dzieciom, ze względu na brak medykamentów oddziałujących na konkretne schorzenia i przeznaczonych dla tej grupy wiekowej.

90. Krajowy Mechanizm neguje mechanizm podpisywania wszelkiego rodzaju zgód oraz formularzy in blanco – polegający na podpisywaniu pustego druku, który jest uzupełniany w późniejszym terminie zgodnie z bieżącymi potrzebami. Należy także podkreślić, że na niektórych drukach dotyczących podawania leków off-label znajdowała się przestrzeń na wpisanie trzech pozycji, a uzupełniona była tylko jedna z nich, co dawało sposobność na późniejsze dopisanie kolejnych produktów stosowanych w farmakoterapii.

91. Wizytujące zwróciły uwagę, że przy przyjęciu nieletniego do oddziałów opiekunowie prawni podpisują in blanco zgodę na realizację świadczeń medycznych

innych niż te udzielane przez Szpital Mazowiecki w Garwolinie, w zakresie: leczenia, diagnostyki, transportu i zabiegu zgodnie z decyzją lekarza.

92. KMPT pragnie podkreślić, że w przepisach odnoszących się do zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, a także pacjenta powyżej lat 16, zawartych w art. 15–19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁹ (dalej jako: u.p.p.) oraz w art. 32–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej jako: u.z.l.)³⁰, nie przewidziano w ogóle instytucji zgody blankietowej. Przywołane normy wskazują, że lekarz musi każdorazowo uzyskać co najmniej zgodę dorozumianą od pacjenta/jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego na badanie lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych (art. 32 ust. 1, 2 i 3 u.z.l. oraz art. 17 ust. 1 u.p.p.), a w przypadku zabiegów operacyjnych albo metod leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta musi to być zgoda pisemna (art. 34 ust. 1 u.z.l.). Od pacjenta powyżej lat 16 zgoda na tego typu zabiegi odbierana jest odrębnie (art. 34 ust. 4 u.z.l.). Zgoda blankietowa nie zwalnia lekarza od obowiązku uzyskania wymaganej w danej sprawie zgody (dorozumianej, ustnej albo pisemnej). W tym sensie podpisanie przez pacjenta/opiekuna prawnego formularza ze zgodą blankietową nie stanowi wyrażenia zgody na konkretne działania oznaczonego lekarza.

93. KMPT zaleca odstąpienie od odbierania od rodziców i opiekunów prawnych pacjentów zgód blankietowych dotyczących procedur medycznych, jak również podpisywania jakichkolwiek dokumentów in blanco. Ponadto KMPT zaleca trwale zakreślanie niewypełnionych pól na drukach systemowych, by uniemożliwić późniejsze dopisywanie danych.

94. Wątpliwości KMPT wzbudził dostęp m.in. terapeutów zajęciowych, psychologów i fizjoterapeutów do pełnej dokumentacji medycznej pacjentów – za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, z którego korzysta podmiot.

95. W ocenie KMPT do pełnej dokumentacji medycznej pacjenta w czasie hospitalizacji dostęp powinien mieć zespół lekarski i pielęgniarski, a w zakresie wskazanym na skierowaniu/zleceniu wystawionym przez lekarza – fizjoterapeuta, psycholog, psychoterapeuta, terapeuta zajęciowy czy np. logopeda.

96. Krajowy Mechanizm zaleca, by pracownicy szpitala mieli dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów jedynie w zakresie niezbędnym do prowadzonych z pacjentem oddziaływań w ramach swoich obowiązków.

97. W trakcie wizytacji w placówce nie funkcjonował rejestr zdarzeń nadzwyczajnych ani procedura określająca, czym są zdarzenia nadzwyczajne.

²⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 581.

³⁰ Dz. U. z 2026 r. poz. 37.

Jak wskazano delegacji, oba dokumenty były dopiero w trakcie opracowywania przez kierownictwo szpitala.

98. Ze względu na powyższe KMPT zwraca się o przekazanie informacji, czy rejestr zdarzeń nadzwyczajnych oraz dotycząca tego zagadnienia procedura zostały utworzone, a jeżeli tak – o przekazanie kopii wskazanych dokumentów.

99. Placówka nie prowadziła rejestru skarg i wniosków. Ewentualne skargi, np. od pacjentów/ich opiekunów prawnych, przyjmowane i rozpatrywane były ustnie, bez odnotowywania tego w rejestrze.

100. Krajowy Mechanizm zaleca założenie zeszytu skarg i wniosków oraz odnotowywanie w nim wszelkich składanych skarg/wniosków, w tym w formie ustnej i mailowej, jak również sposobu rozstrzygnięcia sprawy.

101. Obowiązująca w szpitalu procedura stosowania monitoringu wizyjnego PW 15/16 z dnia 1 sierpnia 2017 r. zawierała niezgodne z przepisami zasady przechowywania zapisów monitoringu wizyjnego ze stosowania środków przymusu bezpośredniego. W dokumencie wskazano, że mają one być przechowywane przez okres od 3 do 6 miesięcy. Tymczasem zgodnie z art. 18e u.o.z.p. zapis monitoringu z pomieszczeń przeznaczonych do izolacji przechowuje się przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, nie dłużej jednak niż przez 13 miesięcy od tego dnia, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania.

102. KMPT zaleca dostosowanie procedury dotyczącej stosowania monitoringu wizyjnego do obowiązujących przepisów.

103. W placówce wszelkie druki/oświadczenia/regulaminy, z którymi zapoznawani są podczas przyjęcia pacjenci oraz ich opiekunowie, sporządzone są w języku polskim. Zgodnie z deklaracją pracowników, jak dotąd w oddziałach nie hospitalizowano osób, które nie władałyby biegle językiem polskim, i nie zaistniała potrzeba tłumaczenia wspomnianej dokumentacji. Uwzględniając jednak aktualną sytuację geopolityczną i trwający za wschodnią granicą Polski konflikt zbrojny, KMPT widzi potrzebę przetłumaczenia podstawowych dokumentów związanych z pobytem w szpitalu na wybrane języki obce, np. angielski, ukraiński i rosyjski.

104. KMPT zaleca przetłumaczenie na wybrane języki obce regulaminów i standardowych dokumentów podpisywanych na etapie przyjęcia.

E. Opieka medyczna

105. Badanie przy przyjęciu do szpitala przeprowadza lekarz, przyjęcia organizowane są w sposób planowy i poprzedzone kwalifikacją. Przy przyjęciu lekarz ocenia stan psychiczny i fizyczny pacjenta, przy stwierdzeniu zmian skórnych (w tym blizn, zadrapań, siniaków) odnotowuje obserwacje w dokumentacji medycznej.

106. Pracownicy nie wykorzystują w tym celu tzw. map ciała, nie zostali także zapoznani z treścią Protokołu stambulskiego³¹, którego stosowanie rekomendują CAT³², SPT³³, CPT³⁴ i Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur³⁵.

107. KMPT zaleca zapoznanie pracowników z treścią Protokołu stambulskiego i wykorzystywanie jego wytycznych w codziennej pracy.

108. Uwagę delegacji zwróciła stosowana w oddziałach praktyka kruszenia leków. W niektórych z nich dotyczy to prawie wszystkich pacjentów stosujących farmakoterapię – kruszenie leków odbywa się bez zlecenia lekarskiego. Najprawdopodobniej praktyka ta ma ułatwić pielęgniarkom monitorowanie, czy pacjenci przyjęli medykamenty i nie wyplują ich lub nie będą ich gromadzić – co może mieć negatywne skutki dla ich zdrowia i bezpieczeństwa. KMPT pragnie jednak podkreślić, iż rozkruszanie leków nie daje gwarancji, że substancja czynna w nich zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie medykamentów. Dodatkowo niektóre preparaty o spowolnionym uwalnianiu rozkładają w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować. Decyzję w tym zakresie zawsze powinien podjąć lekarz.

109. KMPT zaleca wdrażanie praktyki kruszenia leków tylko w uzasadnionych medycznie przypadkach, na pisemne zlecenie lekarza.

110. Wszystkie wizytowane oddziały mierzą się z problemem niedostatecznej liczby personelu medycznego – w ciągu dnia w każdym oddziale pracuje jedna pielęgniarka na zmianie 12-godzinnej oraz pielęgniarka oddziałowa przez 7 godz. 35 min. (od 7:00). Zakres obowiązków wykonywanych w trakcie dyżuru przez pielęgniarkę przekracza możliwości jednej osoby – niemożliwe jest przygotowywanie i wydawanie leków pacjentom przy jednoczesnym prowadzeniu nadzoru nad środkiem przymusu bezpośredniego, a tym bardziej adekwatnym udzielaniem pomocy medycznej w stanach nagłych. Niedostateczna liczba personelu medycznego stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów, może też przyczyniać się do popełniania błędów przez pracowników ze względu na przemęczenie. Takie środowisko pracy może stanowić jedną z przyczyn trudności w naborze nowych pracowników na wakujące stanowiska.

³¹ Zob. Podręcznik ONZ skutecznego badania i dokumentowania tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania i karania; w polskiej wersji językowej znajduje się on m.in. na stronie internetowej RPO: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

³² Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpnia 2019 r., [CAT/C/POL/CO/7], par. 27-28.

³³ Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1–10 maja 2018 r., [CAT/OP/PRT/1], par. 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9–18 lipca 2018 r., [CAT/OP/PRT/1], par. 55.

³⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, [CPT/Inf (2019) 35], par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, [CPT/Inf (2019) 16], par. 80.

³⁵ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipca 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

111. W godzinach nocnych w każdym z oddziałów dyżur 12-godzinny pełnią dwie pielęgniarki i jeden ratownik medyczny lub opiekun medyczny – wymóg obecności pracownika medycznego płci męskiej został wprowadzony na wniosek lekarzy dyżurnych i podyktowany brakiem zespołu interwencyjnego dysponowanego do stosowania środków przymusu bezpośredniego.

112. Lekarze zatrudnieni w większości oddziałów zgodnie z umowami realizują obowiązki jeden lub dwa dni w tygodniu, dodatkowo część z nich realizuje dyżury całodobowe na terenie całego szpitala, obejmując opieką pacjentów w kilku budynkach. W razie braku dostępu do lekarza prowadzącego leczenie w danym oddziale odbywają się konsultacje z lekarzami dyżurującymi danego dnia.

113. Placówka dąży do poprawy sytuacji kadrowej przez pozyskanie dwóch miejsc rezydenckich – warto jednak pamiętać, że szczególnie na początku drogi zawodowej lekarz rezydent sam wymaga kształcenia i wsparcia ze strony specjalisty, najlepiej kierownika specjalizacji.

114. Krajowy Mechanizm zaleca podjęcie działań zmierzających do zwiększenia obsady pielęgniarskiej w trakcie dyżurów dziennych, jak również zatrudnienia dodatkowych lekarzy psychiatrów, ze szczególnym uwzględnieniem specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży.

115. W niektórych oddziałach stosowana jest często intensywna farmakoterapia; podawane preparaty w większości uznawane są za bezpieczne i dopuszczone do stosowania u dzieci. Martwi jednak brak regularnej kontroli badań w celu monitorowania skuteczności leczenia i jego powikłań – wielu pacjentów przyjmuje lit, dopuszczany do leczenia nieletnich w przypadku choroby dwubiegunowej, powszechnie stosowany jednak również jako lek o udowodnionym działaniu przeciwsamobójczym – nie zmienia to jednak potencjalnego ryzyka uszkodzenia nerek lub tarczycy, pod kątem którego pacjenci powinni być regularnie badani. Dotyczy to również stosowania innych leków, które mogą powodować zmiany poziomu glikemii, zaburzenia lipidowe, zmiany masy ciała. Brakowało ponadto informacji o regularnym monitorowaniu parametrów zespołu metabolicznego.

116. KMPT zaleca regularne wykonywanie badań pacjentów w celu monitorowania skuteczności prowadzonej farmakoterapii lub jej powikłań.

117. W szpitalu personel nie posiada dostępu do EKG, wykonanie badania wymaga skierowania pacjenta na konsultację w szpitalu pediatrycznym. W związku ze stosowaniem u pacjentów leków stymulujących wykorzystywanych w farmakoterapii ADHD oraz innych leków mogących mieć wpływ na odstęp QT wskazane byłoby zapewnienie dostępu do oceny zapisu EKG na terenie placówki.

118. Krajowy Mechanizm zaleca wyposażenie placówki w urządzenie do przeprowadzania badania EKG.

119. W trakcie oglądu placówki delegacja zwróciła uwagę, że oddziały nie są wyposażone w klimatyzację, dotyczy to także pomieszczeń służbowych – gabinetów lekarskich, zabiegowych oraz tych, w których przechowywane są leki. Należy podkreślić, że niewłaściwe przechowywanie leków (np. narażenie na zbyt wysoką temperaturę) może przyczynić się do ograniczenia ich skuteczności.

120. KMPT zaleca wprowadzenie automatycznego monitoringu temperatur w miejscach przechowywania leków.

F. Warunki materialne

121. Ogląd placówki wykazał, że w niektórych salach chorych wymagane są drobne prace naprawcze – np. odmalowanie ścian, uzupełnienie brakującego tynku. W ocenie wizytujących remontu wymaga także łazienka męska w Oddziale nerwicz młodzieżowych. Wizytujące zwróciły uwagę, że nie we wszystkich oknach w łazienkach zamontowano naklejki gwarantujące korzystającym poczucie intymności. Jest to kluczowe, zwłaszcza że część okien znajduje się od strony ulicy.

122. Krajowy Mechanizm zaleca bieżące przeprowadzanie drobnych prac naprawczych oraz poprawiających estetykę wnętrz. Ponadto KMPT zaleca przeprowadzenie remontu łazienki męskiej w Oddziale nerwicz młodzieżowych oraz wyposażenie wszystkich okien w łazienkach w trwałe zasłony gwarantujące poczucie intymności.

123. Delegacja zwróciła uwagę, że w kabinach toalet w Ośrodku rehabilitacji i terapii psychiatrycznej dla osób z podwójną diagnozą znajdowały się kotary, ale nie było drzwi. Należy podkreślić, że w pomieszczeniu znajduje się kilka kabin, co oznacza, że jednocześnie z toalety może korzystać kilka osób. Przy braku drzwi, a jedynie przy osłonięciu kabin kotarą z materiału, trudno mówić o zagwarantowaniu poczucia intymności i komfortu korzystania z toalety przez pacjentów.

124. KMPT zaleca wyposażenie w drzwi kabin toaletowych w Ośrodku rehabilitacji i terapii psychiatrycznej dla osób z podwójną diagnozą.

125. Warto także odnotować, że we wspomnianym oddziale nie wszystkie pokoje wyposażone były w rolety/zasłony w oknach, pomimo że niektóre sale pacjentów znajdowały się w nasłonecznionej części budynku.

126. KMPT zaleca wyposażenie wszystkich nasłonecznionych pokoi w Ośrodku rehabilitacji i terapii psychiatrycznej dla osób z podwójną diagnozą w rolety lub zasłony.

127. Krajowy Mechanizm pragnie zwrócić także uwagę na surowy wygląd większości sal chorych. Jedynie w nielicznych z nich znajdują się kolorowe malunki, np. obrazujące postacie z bajek.

128. Uwzględniając, że jest to placówka dla nieletnich, KMPT zaleca wprowadzenie zmian w wystroju sal chorych, tak aby były to przestrzenie bardziej przyjazne dzieciom.

129. Delegacja zwróciła uwagę na zły stan techniczny altanki znajdującej się na terenie zielonym, z którego korzystają pacjenci Oddziału nerwic młodzieżowych oraz Oddziału terapii całościowych zaburzeń rozwojowych. Wizytującym przekazano także informację, że jakiś czas temu w ramach terenu zielonego była wyodrębniona przestrzeń na plac zabaw dla najmłodszych pacjentów, jednak została zlikwidowana.

130. KMPT zaleca przeprowadzenie naprawy altanki, by pacjenci i ich opiekunowie mogli swobodnie i bezpiecznie z niej korzystać podczas spędzania czasu na świeżym powietrzu, oraz wyodrębnienie przestrzeni na plac zabaw dla najmłodszych pacjentów.

131. Wizytujące odebrały sygnały świadczące o potrzebie posiadania przez pacjentów małych zamykanych na klucz szafek przyłóżkowych, w których mogliby trzymać ważne dla nich przedmioty. Zdarzają się bowiem sytuacje, w których inni nieletni zabierają cudzą własność, celowo przenoszą te przedmioty między pokojami lub wręcz wyrzucają je przez okna.

132. KMPT zaleca umożliwienie pacjentom trzymania najistotniejszych dla nich przedmiotów w zamykanych na klucz szafkach w pokojach sypialnych.

G. Kontakt ze światem zewnętrznym

133. Pacjenci przebywający w szpitalu mogą kontaktować się ze światem zewnętrznym za pośrednictwem telefonów placówkowych, w nieprzekraczalnym czasie 10 minut. W jednym z oddziałów połączenia te realizowane są przez telefon stacjonarny nieposiadający przenośnej słuchawki. Jego umiejscowienie w korytarzu, niedaleko dyżurki pielęgniarskiej, w zasięgu słuchu pracowników oraz innych nieletnich znajdujących się akurat na korytarzu, sprawia, że rozmowy pacjentów nie mają charakteru poufnego.

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

135. KMPT zaleca zapewnienie pacjentom możliwości odbywania rozmów telefonicznych poza zasięgiem słuchu personelu oraz pozostałych pacjentów.

136. W trakcie wizytacji odebrano sygnały, że w niektórych sytuacjach dziesięciominutowy limit czasu na rozmowy jest niewystarczający. KMPT pragnie w tym miejscu zwrócić uwagę, że pacjentami oddziałów są osoby nieletnie, dla których więzi z bliskimi oraz regularne utrzymywanie z nimi kontaktu stanowi

podstawę socjalizacji, poczucia bezpieczeństwa, jak również – w wielu sytuacjach – pozytywnie wpływa na proces terapeutyczny.

137. KMPT zaleca umożliwianie nieletnim korzystania z telefonu placówkowego tak długo, jak to jest potrzebne, o ile nie koliduje to z potrzebami innych pacjentów.

138. Ze względu na liczbę pacjentów do niektórych oddziałów trudno jest się dodzwonić. W praktyce oznacza to, że pacjenci muszą długo czekać na możliwość skorzystania z telefonu lub ich bliscy nie są w stanie się do nich dodzwonić.

139. KMPT zaleca zwiększenie liczby telefonów dostępnych w oddziałach, by zapewnić nieletnim regularny i zgodny z ich potrzebami kontakt z bliskimi.

H. Mechanizmy skargowe

140. Na tablicach informacyjnych w oddziałach wśród organów i instytucji zewnętrznych, do których można składać skargi, nie wskazano Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Dziecka czy np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

141. KMPT zaleca rozszerzenie katalogu danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka, które to dane udostępniane są na tablicach informacyjnych w oddziałach.

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

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

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

I. Personel

145. Z informacji pozyskanych z placówki wynika, że personel został przeszkolony m.in. z pierwszej pomocy przedmedycznej, zastosowania środków przymusu bezpośredniego oraz praw pacjenta. Krajowy Mechanizm widzi jednak

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

potrzebę poszerzenia katalogu szkoleń o zagadnienia odnoszące się do kompetencji miękkich personelu.

146. W rozmowach z kadrami jednego z oddziałów pojawiła się informacja o zainteresowaniu szkoleniem w kierunku diagnostyki i różnicowania zaburzeń neurorozwojowych (ADHD, ASD) oraz dostępem do narzędzi diagnostycznych używanych w tym procesie. W opinii ekspertki KMPT szczególnie istotne wydaje się wzmocnienie tego typu kompetencji diagnostycznych w zespole oddziału leczenia uzależnień, w którym przeważały pacjentki – dane międzynarodowe pokazują na wyższy udział uzależnień u płci żeńskiej w grupie adolescentów z ADHD. Wczesne rozpoznanie, leczenie i interwencje terapeutyczne uwzględniające to rozpoznanie mogą znacznie poprawiać rokowanie pacjentów.

147. KMPT zaleca systematyczne przeprowadzanie szkoleń pracowników z zakresu komunikacji z trudnym pacjentem, komunikacji m.in. z osobami z niepełnosprawnością intelektualną, rozwiązywania/deeskalacji konfliktów oraz innych zagadnień zgłaszanych przez personel.

148. Pracownicy szpitala do niedawna mieli zapewnioną superwizję, jednak od pewnego czasu spotkania nie są już organizowane. Tymczasem, biorąc pod uwagę specyfikę wykonywanych zadań, tego typu profesjonalne wsparcie może mieć ogromne znaczenie dla zachowania równowagi psychicznej i motywacji do pracy. W średniej i dłuższej perspektywie czasowej superwizja może przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu. Z uwagi na fakt, że wizytowane oddziały przeznaczone są dla nieletnich pacjentów, warto dodać, że na przydatność tej formy wsparcia osób pracujących z młodzieżą wskazuje też UNICEF³⁷.

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

VII. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca Prezesowi Zarządu Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie Spółka z o.o.:

1. regularne przypominanie pracownikom o obowiązku traktowania pacjentów z szacunkiem i godnością, jak również wdrożenie w codziennej pracy zasad braku akceptacji dla jakichkolwiek przejawów agresji wobec pacjentów oraz złego traktowania; zachowania takie powinny spotykać się z natychmiastową

³⁷ Zob. Raport „Prawa dziecka w Polsce 2024. Wyniki badania porównawczego prezentującego perspektywę dzieci, rodziców i nauczycieli oraz rekomendacje koniecznych zmian”, Stowarzyszenie Polski Komitet Narodowy UNICEF, Warszawa 2025, s. 93.

- i stanowczą reakcją przełożonych, by pełniły także funkcję odstraszającą i zniechęcającą dla innych pracowników; kierownictwo szpitala powinno podjąć systemową pracę w kierunku budowy odpowiedniej kultury instytucjonalnej, która wszelkie przejawy przemocy wobec pacjentów będzie traktowała jako niedopuszczalny brak profesjonalizmu i zachęcała personel do aktywnego zgłaszania takich przypadków;
2. zdemontowanie pasów magnetycznych z łóżka w sali do izolacji w jednym z wizytowanych oddziałów;
 3. odejście od użytkowania materiałowych, wiązanych pasów do unieruchamiania i wykorzystywanie do tego celu nowoczesnych i bardziej bezpiecznych pasów magnetycznych; odstąpienie od stosowania nieatestowanych i niewchodzących w zestaw pasów magnetycznych elementów służących do unieruchamiania pacjentów;
 4. odstąpienie od unieruchamiania górnych kończyn nieletnich nad głową – dopuszczenie tej techniki wymaga medycznego uzasadnienia i analizy ryzyka powikłań, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji przymusu, pozwalającej na ocenę zasadności podjętej decyzji;
 5. odstąpienie od zakrywania odzieżą twarzy pacjentom usiłującym opluć członków personelu; w celu zapobieganiu przenoszeniu chorób zakaźnych – wyposażenie personelu w sprzęt ochrony indywidualnej;
 6. zapewnienie udziału odpowiedniej liczby członków personelu podczas unieruchamiania pacjenta – w celu zapewnienia, że przymus bezpośredni będzie stosowany w sposób bezpieczny i fachowy;
 7. odstąpienie od uczestnictwa psychologów w unieruchamianiu pacjentów;
 8. szkolenie personelu z zakresu stosowania środków przymusu bezpośredniego raz w roku, przy czym szkolenia takie powinny mieć formę praktyczną;
 9. dokumentowanie stosowania środków przymusu bezpośredniego w sposób rzetelny, skrupulatny, precyzyjny i zgodny ze stanem faktycznym;
 10. odstąpienie od wykorzystywania pokoi do izolacji jako pomieszczeń do wyciszania pacjentów i przeznaczenie na ten cel odrębnych pomieszczeń w każdym z oddziałów;
 11. izolowanie i unieruchamianie pacjentów w pomieszczeniach, których lokalizacja oraz powierzchnia zagwarantują pacjentom bezpieczeństwo oraz poczucie intymności;
 12. dokonanie rekonstrukcji systemu terapii behawioralnej prowadzonego w placówce przez wyeliminowanie z niego mechanizmów prowadzących do utrwalania u pacjentów postaw opartych na interesowności, rodzących ryzyko poniżającego traktowania lub karania oraz sprzyjających powstawaniu struktur hierarchicznych, prowadzących do zależności między nieletnimi;

- odstąpienie od egzekwowania formalnych konsekwencji za nieprzestrzeganie niespisanych zasad panujących w oddziałach;
13. odstąpienie od praktyki weryfikowania zachowania pacjentów w nocy przez używanie latarek;
 14. reorganizację planu dnia w oddziałach w taki sposób, by pacjenci po zakończeniu zajęć szkolnych, obiedzie lub obciążających aktywnościach mieli możliwość krótkiego odpoczynku w swoich pokojach;
 15. odstąpienie od praktyki odbierania od rodziców i opiekunów prawnych pacjentów zgód blankietowych dotyczących procedur medycznych, jak również podpisywania jakichkolwiek dokumentów in blanco; trwałe zakreślanie niewypełnionych pól na drukach systemowych, tak aby uniemożliwić późniejsze dopisywanie danych;
 16. zapewnienie pracownikom szpitala dostępu do dokumentacji medycznej pacjentów jedynie w zakresie niezbędnym do prowadzonych z pacjentem oddziaływań w ramach swoich obowiązków;
 17. założenie zeszytu skarg i wniosków oraz odnotowywanie w nim wszelkich składanych skarg/wniosków, w tym w formie ustnej i mailowej, jak również sposobu rozstrzygnięcia sprawy;
 18. dostosowanie procedury dotyczącej stosowania monitoringu wizyjnego do obowiązujących przepisów prawa powszechnie obowiązującego;
 19. przetłumaczenie na wybrane języki obce regulaminów i standardowych dokumentów podpisywanych na etapie przyjęcia;
 20. zapoznanie pracowników z treścią Protokołu stambulskiego i wykorzystywanie jego wytycznych w codziennej pracy;
 21. wdrażanie praktyki kruszenia leków tylko w uzasadnionych medycznie przypadkach, na pisemne zlecenie lekarza;
 22. podjęcie działań zmierzających do zwiększenia obsady pielęgniarskiej w trakcie dyżurów dziennych, jak również zatrudnienia dodatkowych lekarzy psychiatrów, ze szczególnym uwzględnieniem specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży;
 23. regularne wykonywanie badań pacjentów w celu monitorowania skuteczności prowadzonej farmakoterapii lub jej powikłań;
 24. wyposażenie placówki w urządzenie do przeprowadzania badania EKG;
 25. wprowadzenie automatycznego monitoringu temperatur w miejscach przechowywania leków;
 26. bieżące przeprowadzanie drobnych prac naprawczych oraz poprawiających estetykę wnętrz; przeprowadzenie remontu łazienki męskiej w Oddziale nerwic młodzieżowych oraz wyposażenie wszystkich okien w łazienkach w trwałe zasłony gwarantujące poczucie intymności;

27. wyposażenie w drzwi kabin toaletowych w Ośrodku rehabilitacji i terapii psychiatrycznej dla osób z podwójną diagnozą;
28. wyposażenie w rolety lub zasłonki wszystkich nasłonecznionych pokoi w Ośrodku rehabilitacji i terapii psychiatrycznej dla osób z podwójną diagnozą;
29. wprowadzenie zmian w wystroju sal chorych, tak aby były to przestrzenie bardziej przyjazne dzieciom;
30. przeprowadzenie naprawy altanki, by pacjenci i ich opiekunowie mogli swobodnie i bezpiecznie z niej korzystać podczas spędzania czasu na świeżym powietrzu, oraz wyodrębnienie przestrzeni na plac zabaw dla najmłodszych pacjentów;
31. umożliwienie pacjentom trzymania dla nich najistotniejszych przedmiotów w zamykanych na klucz szafkach w pokojach sypialnych;
32. zapewnienie pacjentom możliwości odbywania rozmów telefonicznych poza zasięgiem słuchu personelu oraz pozostałych pacjentów;
33. umożliwianie nieletnim korzystania z telefonu placówkowego tak długo, jak to jest potrzebne, o ile nie koliduje to z potrzebami innych pacjentów;
34. zwiększenie liczby telefonów dostępnych w oddziałach, by zapewnić nieletnim regularny i zgodny z ich potrzebami kontakt z bliskimi;
35. rozszerzenie katalogu danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka, które to dane udostępniane są na tablicach informacyjnych w oddziałach;
36. zamontowanie w ogólnodostępnym miejscu (poza zasięgiem monitoringu) skrzynki na skargi, z której pacjenci i inne osoby będą mogli korzystać z zachowaniem anonimowości; obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyznaczona osoba; skargi (także anonimowe) przekazywane w ten sposób powinny być odnotowywane w rejestrze skarg;
37. systematyczne przeprowadzanie szkoleń pracowników z zakresu komunikacji z trudnym pacjentem, komunikacji m.in. z osobami z niepełnosprawnością intelektualną, rozwiązywania/deeskalacji konfliktów oraz innych zagadnień zgłaszanych przez personel;
38. zapewnienie pracownikom mającym bezpośredni kontakt z pacjentami i pacjentkami możliwości korzystania z regularnej superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.

VIII. Informacje dodatkowe

Na podstawie art. 20 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Dyrekcji Szpitala o udzielenie informacji, czy rejestr zdarzeń nadzwyczajnych oraz dotycząca tego zagadnienia procedura zostały utworzone; jeżeli tak – KMPT zwraca się o przekazanie kopii wskazanych dokumentów.

Opracowała: Aleksandra Nowicka

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/