



Warszawa, 7.07.2026 r.

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

KMPT.574.3.2026

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Białymstoku**

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

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

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

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

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

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

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

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

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

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

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

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

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

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

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

⁷ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o RPO.

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 – Jak pracuje KMPT?

⁹ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22.03.2016 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 25–26 lutego 2026 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży będącej częścią Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku (dalej: KPDM, Klinika, szpital, jednostka, USK).

10. Celem wizytacji było sprawdzenie sposobu traktowania pacjentów i pacjentek oraz zapewnionych im warunków leczenia, a także przedstawienie rekomendacji, które wzmocnią ochronę przed ryzykiem tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania oraz karania.

11. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Katarzyna Kopystyńska (zastępczyni dyrektora KMPT), Karolina Sobocińska (prawnik) i Barbara Pauli (prawniczka, psycholożka).

12. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły wstępną rozmowę z lek. Piotrem Rutkowskim – lekarzem kierującym kliniką i lek. Adrianem Tyszką – zastępcą kierownika kliniki, dokonały oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki, przeprowadziły poufne rozmowy z wybranymi pacjentami i pacjentkami oraz pracownikami Kliniki, zapoznały się z prowadzoną na miejscu dokumentacją i nagraniami z monitoringu.

13. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi lek. Adrianowi Tyszce w czasie rozmowy podsumowującej.

14. Po zakończeniu wizytacji przedstawicielki KMPT dokonały analizy przekazanej przez Ośrodek dokumentacji, informacji pisemnych i nagrań monitoringu.

15. Niniejszy raport sygnalizuje problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt IV), zidentyfikowane obszary wymagające ulepszeń (pkt V) oraz inne obszary istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania, częściowo niezależne od działalności Kliniki (pkt VI).

III. Charakterystyka placówki

16. Organem założycielskim szpitala jest Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Szpital jest prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

17. Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży jest częścią Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. W skład Centrum wchodzi: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Oddział Dzienny Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży oraz Poradnia Zdrowia

Psychicznego Dzieci i Młodzieży. W zainteresowaniu KMPT podczas wizytacji pozostawała Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży.

18. Klinika dysponuje 36 miejscami dla pacjentów, z możliwością dostawienia dodatkowych łóżek. W dniu rozpoczęcia wizytacji przebywało w niej 38 pacjentów.

IV. Problem systemowy

19. **[Kontrola osobista w szpitalu psychiatrycznym]** Pacjenci oraz przedstawiciele personelu wskazywali, że w wizytowanej Klinice przeprowadzane są kontrole osobiste przy przyjęciu do oddziału. Kontroli mają dokonywać pielęgniarzy w łazience dla pacjentów. Polega ona na sprawdzeniu przy pomocy ręcznego wykrywacza metali (tzw. garrett) oraz rozebraniu się dziecka do bielizny lub do naga. Zazwyczaj kontrola ma formę etapową (pacjent musi zdjąć górną lub dolną część odzieży, a po jej sprawdzeniu i ubraniu się – zdjąć kolejną część). Przeprowadzanie kontroli osobistych było również przedmiotem postępowania skargowego prowadzonego w USK w 2024 r.

20. Krajowy Mechanizm od lat w swoich raportach wskazuje na problem przeprowadzania kontroli osobistych w szpitalach psychiatrycznych. Delegacje KMPT odnotowały, że w niektórych szpitalach kwestie przeprowadzania kontroli pacjenta oraz jego rzeczy uregulowane są w wewnętrznych procedurach, zasadach, regulaminach, pomimo że żaden przepis rangi ustawy nie upoważnia pracowników tych placówek do ich dokonywania. KMPT jest świadomy konieczności zapewnienia bezpieczeństwa w placówce. Jednakże środki tak dalece ingerujące w wolność osobistą i prawo do prywatności wymagają odpowiedniego umocowania prawnego w akcie prawnym rangi ustawy¹³.

21. Na problem ten zwraca również uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich¹⁴. W 2024 r., w odpowiedzi na pytania Rzecznika, Ministerstwo Zdrowia wskazało, że planowana nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego obejmie m.in. kwestie przeszukania i przeprowadzania kontroli pobieżnych i osobistych.

22. Opublikowany w 2025 r. projekt ustawy¹⁵ wzbudził jednak liczne wątpliwości i stał się tematem posiedzenia Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia

¹³ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2022 r., s. 169, dostępny na: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-11/Raport_roczny_KMPT_2022_dostepny.pdf; Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2019 r., s. 122, dostępny na: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Raport_RPO_z_dzialalnosci_KMPT_2019.pdf.

¹⁴ Wystąpienie RPO do Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2024 r., V.7016.76.2024, dostępne na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-szpitala-psychiatryczne-przeszukania-mz>.

¹⁵ Zob. projekt ustawy z dnia 3 października 2025 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (nr UD274), dostępny na stronie: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12402903>.

Psychicznego¹⁶. Po posiedzeniu Komisji skierowano do Ministerstwa Zdrowia wystąpienie, w którym zakwestionowano sposób sformułowania proponowanych przepisów. Wskazano, że są one wzorowane na regulacjach pochodzących z ustawy o Policji oraz Kodeksu karnego wykonawczego, jednak zostały zaadaptowane jedynie częściowo. Rodzi to liczne wątpliwości interpretacyjne. Tak niekompletna regulacja w istotny sposób ogranicza prawa pacjentów i może prowadzić do nadużyć¹⁷.

23. W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia zaprosiło Rzecznika Praw Obywatelskich na spotkanie w celu wyjaśnienia kwestii spornych. Efektem tego spotkania, które odbyło się w marcu 2026 r., był nowy projekt nowelizacji ustawy, przekazany do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich w dniu 1 czerwca 2026 r. W przedłożonym projekcie regulacja dotycząca przeszukania nadal pozostaje niezadowolająca i będzie przedmiotem dalszej krytycznej oceny ze strony Rzecznika. W szczególności regulacja ta jest niepełna i nie zapewnia pacjentom odpowiednich gwarancji poszanowania ich praw.

24. **KMPT rekomenduje odstąpienie od praktyki przeprowadzania kontroli osobistych w placówce.**

V. Obszary wymagające poprawy

A. Traktowanie

25. W trakcie wizytacji KMPT odebrało liczne sygnały o dobrych relacjach między pacjentami a personelem. Wielu pracowników chwalonych było za wyrozumiałość, otwartość na potrzeby innych i traktowanie osób hospitalizowanych z szacunkiem. Przedstawicielki Krajowego Mechanizmu otrzymały też jednak sygnały dotyczące niewłaściwego traktowania młodzieży przez jednego z pracowników. Dotyczyło one niewłaściwego zwracania się, prowokowania, używania wulgaryzmów, wyśmiewania objawów chorobowych i możliwości stosowania przemocy fizycznej. Informacje te przekazano kierownictwu Kliniki podczas rozmowy podsumowującej.

26. **KMPT zaleca stałe monitorowanie traktowania pacjentów przez personel i reagowanie na otrzymywane sygnały o niewłaściwym traktowaniu.**

27. W Klinice obowiązuje 3-poziomowy system (poziomy: 0, 1, 2) określający przywileje i zakazy dotyczące pacjentów. Kwalifikacja do danego poziomu zależy od zachowania, poziomu współpracy z personelem i postępów w leczeniu. Według systemu na teren zewnętrzny, pod opieką pracowników, można wyjść dopiero po

¹⁶ Komisja Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego o projekcie nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – materiał dostępny na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-komisja-ekspertow-ochrona-zdrowia-psychicznego-nowelizacja>.

¹⁷ Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2025 r., V.7016.150.2025, dostępne na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-zdrowie-psychiczne-projekt-nowelizacji-mz>.

kwalifikacji do poziomu nr 2, tj. najwyższego. Tym samym w placówce przebywali pacjenci, którzy od dłuższego czasu nie byli w ogóle na świeżym powietrzu.

28. CPT wskazuje, że „pacjenci powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokoi rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu”¹⁸. Co więcej, CPT podczas wizytacji polskich placówek psychiatrycznych w 2017 r. zalecił, by wszyscy pacjenci mogli korzystać z „nieograniczonego dostępu do ćwiczeń na zewnątrz w ciągu dnia, chyba że aktywności związane z leczeniem wymagają, że muszą przebywać na oddziale”¹⁹.

29. **KMPT zaleca umożliwienie korzystania ze spacerów niezależnie od kwalifikacji pacjenta do określonego poziomu w przyjętym systemie.**

B. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego

30. KMPT odnotował szereg niepokojących zdarzeń dotyczących postępowania personelu podczas stosowania środków przymusu bezpośredniego.

31. **[Analiza zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec sześciolatniego pacjenta]** W dniu 20 lutego 2026 r. w sali znajdowało się dwóch chłopców – jeden w wieku 6 lat, drugi starszy. W trakcie spożywania śniadania pomiędzy dziećmi doszło do konfliktu i zaczęły się one bić, oblewać napojami oraz rzucać w siebie przedmiotami. W reakcji na tę sytuację starszy chłopiec został wyprowadzony z sali. Młodszy został sam i prawdopodobnie w celu zwrócenia na siebie uwagi (analiza zachowania sześciolatka związana z samotnym przebywaniem w pomieszczeniu została przedstawiona w pkt VI raportu, szerzej opisującym sytuację najmłodszego pacjenta oddziału) napełnił plastikową butelkę wodą, po czym wylał jej zawartość pod drzwiami.

32. W reakcji na to zachowanie do pomieszczenia weszło dwóch pracowników, którzy siłą odebrali dziecku butelkę. Następnie z użyciem siły położyli protestującego chłopca na materacu ułożonym na podłodze i próbowali jak najszybciej dobiec do drzwi – tak aby opuścić pomieszczenie, uniemożliwiając chłopcu dogonienie ich i wyjście za nimi. Próba ta okazała się nieskuteczna. W związku z tym ponownie obezwładnili dziecko, z użyciem siły kładąc je na materacu, po czym zawiązali mu wokół stóp kołdrę – prawdopodobnie w celu spowolnienia jego ruchów – i ponownie w pośpiechu opuścili pomieszczenie, zatraskując za sobą drzwi.

33. Chłopiec nie podjął kolejnej próby wyjścia. Udał się w przeciwny do drzwi kąt pomieszczenia, gdzie stał przez kilka minut, po czym podszedł do metalowego łóżka, odkręcił jedną z jego części (burtę) i rzucił ją na podłogę. Po chwili do pomieszczenia weszło czterech pracowników wyposażonych w kaftan

¹⁸ Zob. Involuntary placement in psychiatric establishments, Extract from the 8th General Report of the CPT, published in 1998 [CPT/Inf (98)12-part, par. 37].

¹⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, [CPT/Inf (2017) 62, par. 125].

bezpieczeństwa²⁰. Chłopiec stał przed nimi ze spuszczoną głową, a jego mowa ciała wskazywała, że prawdopodobnie jest smutny, wystraszony, zrezygnowany. Po krótkiej rozmowie z dzieckiem przez około 10 minut zakładano mu kaftan, zmagając się z płaczącym i wyrrywającym się chłopcem. Po skutecznym założeniu kaftana dziecko zostało posadzone na materacu leżącym na podłodze, a personel usunął z sali wszystkie przedmioty poza materacem. Chłopiec ponownie został sam.

34. Po wyjściu personelu chłopiec zaczął uderzać rękami, nogami i całym ciałem w ściany, bezskutecznie próbując uwolnić się z kaftana. Po kilku minutach zaprzestał prób i usiadł spokojnie w kącie pomieszczenia, pozostając tam przez około 5 minut.

35. Po tym czasie do pomieszczenia wprowadzono łóżko wyposażone w pasy unieruchamiające. Widząc to, chłopiec zaczął płakać, krzyczeć i bronić się przed przypięciem. Następnie został skutecznie unieruchomiony pasami, podano mu zastrzyk, prawdopodobnie uspokajający²¹, i pozostawiono samego w pomieszczeniu na około godzinę.

36. W czasie unieruchomienia personel założył chłopcu pieluchę. Mimo że dziecko było w tym momencie spokojne, po rozpoczęciu tej czynności zaczęło gwałtownie płakać, krzyczeć, wyginać się i próbować przytrzymać spodnie, aby nie zostały zdjęte. Pomimo wyraźnego sprzeciwu chłopiec został rozebrany i w obecności kilku pracowników założono mu pieluchę.

37. Łączny czas unieruchomienia wyniósł dokładnie 4 godziny. W tym okresie pracownicy podawali dziecku jedzenie i napoje oraz co jakiś czas (zazwyczaj dłuższy niż 15 minut) kontrolowali jego stan. Pod koniec stosowania unieruchomienia jedna z pracownic czytała chłopcu książkę, siedząc przy łóżku, na którym sześciolatek pozostawał w czterokończynowym unieruchomieniu.

38. Powyższa analiza przypadku wskazuje, że konieczne jest omówienie i wydanie rekomendacji dotyczących: stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec bardzo małych dzieci, stosowania pieluch wobec unieruchomionych pacjentów, deeskalowania sytuacji poprzedzających stosowanie przymusu, zapewniania prywatności podczas unieruchamiania i standardów dotyczących kontrolowania stanu pacjenta.

39. **[Deeskalowanie sytuacji]** Reakcja pracowników szpitala na sytuację z dnia 20 lutego 2026 r. (rozlewanie wody przez dziecko, a następnie siłowe odebranie mu butelki, przymusowe położenie na materacu oraz unieruchomienie nóg kołdrą)

²⁰ Warto w tym miejscu podkreślić, że stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec tak małych dzieci jest zjawiskiem niezwykle rzadkim. Z tego powodu, aby móc użyć wobec chłopca kaftana bezpieczeństwa, szpital musiał zamówić egzemplarz szyty na miarę – dostępne kaftany były dla niego zbyt duże i mogły stanowić zagrożenie dla jego bezpieczeństwa.

²¹ W dokumentacji z zastosowania przymusu odnotowano: „Podano leki – bez efektu”.

doprowadziła do eskalacji sytuacji i pogłębienia negatywnych emocji u chłopca, a ostatecznie do zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Gdyby podjęta została próba deeskalacji, być może sytuacji tej udałooby się uniknąć.

40. Różnicę, jaką może przynieść zastosowanie działań deeskalacyjnych, widać na nagraniu z monitoringu z dnia 19 lutego 2026 r. Ten sam chłopiec denerwuje się po siłowym wprowadzeniu go do pokoju, obwiązaniu mu nóg kołdrą i po ściganiu się z nim przez personel do drzwi, tak aby zatrzasnąć je, zanim chłopiec do nich dobiegnie, oraz po ostatecznym pozostawieniu go samego w pokoju. Efektem takiego postępowania jest uderzenie przez dziecko drzwiami od łazienki o drzwi wejściowe do pokoju. Na tę sytuację reaguje lekarz kierujący Kliniką. W pierwszej kolejności daje chłopcu chwilę na uspokojenie, następnie wchodzi do pokoju, spokojnie, ale pewnie zatrzymuje chłopca przed wybiegnięciem z pomieszczenia i podejmuje z nim rozmowę. Ponadto stosuje dodatkowe techniki służące do uspokojenia i nawiązania relacji z dzieckiem: kuca przy nim, spokojnie do niego mówi i podaje mu kartkę, z której chłopiec składa sobie samolot. Całość działań prowadzi do wyciszenia i regulacji jego emocji.

41. Aktualne badania sugerują, że na częstotliwość stosowania środków przymusu bezpośredniego wpływa poziom zaufania lub braku zaufania do podejścia opartego na przymusie oraz do metod bezprzymusowych. Istnieje ryzyko powstania negatywnej spirali przymusu w sytuacji, gdy zaufanie specjalistów do metod bezprzymusowych jest niskie, a do metod przymusowych – wysokie²². Z tego powodu konieczne jest odpowiednie przeszkolenie personelu w zakresie technik alternatywnych wobec środków przymusu bezpośredniego oraz metod deeskalacji. Jak pokazuje przykład, stosowanie technik deeskalacyjnych jest znacznie skuteczniejsze i nie wiąże się z ryzykami charakterystycznymi dla środków przymusu bezpośredniego.

42. **KMPT rekomenduje przeprowadzenie szkoleń z deeskalacji konfliktów dla wszystkich pracowników Kliniki mających bezpośredni kontakt z pacjentami.**

43. **[Stosowanie środków przymusu bezpośredniego tylko w razie konieczności]** Środki przymusu stanowią jedną z najbardziej dolegliwych form ingerencji w nietykalność oraz autonomię woli jednostki²³. Jest to usankcjonowana prawnie forma przemocy, której stosowanie jest dozwolone wyłącznie w jasno określonych, uzasadnionych przypadkach. Niemniej jednak dla psychiki dziecka może

²² Astrid Moell, Alexander Rozental, Susanne Buchmayer, Riittakerttu Kaltiala, Niklas Långström, Perceived determinants of the use of coercion in inpatient child and adolescent psychiatry: a qualitative interview study with Staff, BMC Psychiatry, 2025.

²³ Agnieszka Łozińska-Piekarska, Przyczyny nadużywania stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi – analiza historyczna i postulaty de lege ferenda, RAiP, 3, 2023.

ona nieść skutki porównywalne do tych, jakie wywołuje przemoc pozbawiona podstaw prawnych. Z tych powodów przymus bezpośredni winien być stosowany wyłącznie w ostateczności²⁴. Po ustaniu sytuacji niepożądaney należy natychmiast zaprzestać ich stosowania²⁵.

44. W świetle powyższego wątpliwości KMPT budzi zastosowanie pasów czterokończynowych wobec chłopca, który przez 5 minut poprzedzających ich użycie pozostawał spokojny. Zgodnie z prawem pasy można stosować wyłącznie w sytuacjach wskazanych w ustawie, tj. gdy pacjenci dopuszczają się zamachu przeciwko: życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu lub gdy w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu – a ich użycie może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania²⁶. Jeżeli pacjent pozostaje spokojny, nie zachodzą dalsze przesłanki do kontynuowania stosowania środków przymusu bezpośredniego.

45. **KMPT rekomenduje stosowanie środków przymusu bezpośredniego tylko w sytuacjach wskazanych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.**

46. **[Stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec małych dzieci]** Powyższe rekomendacje mają szczególne znaczenie w sytuacji, gdy środki przymusu bezpośredniego mają być stosowane wobec małego dziecka.

47. Przegląd literatury na temat unieruchomienia i izolacji w populacji dzieci i młodzieży ujawnia ryzyko związane z tymi praktykami, w tym traumę, obrażenia fizyczne, a w skrajnych przypadkach nawet śmierć. Doświadczenia dzieci dotyczące izolacji i unieruchomienia wskazują, że interwencje te odczuwane są jako kara i stanowią negatywne doświadczenie. Cierpienie związane z interwencją nasila się, gdy unieruchomienie jest bolesne lub gdy dziecko nie rozumie, dlaczego unieruchomienie ma w ogóle miejsce²⁷.

48. W swoim raporcie z Serbii CPT opisuje przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego wobec ośmioletniego dziecka. Komitet podkreśla, że co do zasady wobec dzieci nie należy stosować żadnych środków unieruchamiających. Zamiast tego powinno się wykorzystywać techniki łagodzenia napięcia oraz zapewnić dziecku stały nadzór personelu medycznego, aby zapobiec wyrządzeniu krzywdy sobie lub innym pacjentom. W skrajnych sytuacjach, gdy wszystkie mniej restrykcyjne metody okażą

²⁴ Konrad Burdziak, Samobójstwo a ustawa o ochronie zdrowia psychicznego [w:] Samobójstwo w prawie polskim, Warszawa 2019.

²⁵ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), [CPT/Inf(2017) 6, par. 1.4].

²⁶ Zob. art. 18a ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917), dalej jako: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

²⁷ Lauren Irvin, Behavioral Restraints and Isolation: The Child Experience, Brown Pediatrics Residency, 2024, dostępne na: <https://brownpedsresidency.org/behavioral-restraints-and-isolation-the-child-experience>.

się nieskuteczne, jedyną dopuszczalną formą interwencji jest krótkotrwałe unieruchomienie fizyczne, polegające na przytrzymaniu dziecka przez personel do momentu, aż się uspokoi. Ponadto Komitet rekomenduje całkowite zniesienie praktyki mechanicznego przypinania dzieci do łóżek²⁸.

49. Biorąc pod uwagę całą powyższą argumentację, stosowanie środków przymusu w postaci pasów czterokończynowych wobec małych dzieci jest środkiem skrajnym i nie powinno być stosowane.

50. Dodatkowo wskazać należy, że stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec małych dzieci naraża dobrostan nie tylko pacjentów, lecz i pracowników. Rozmowy z personelem jednoznacznie wskazały, że stosowanie kaftana bezpieczeństwa, izolacji i unieruchomienia pasami czterokończynowymi wobec sześciolatniego pacjenta jest dla nich trudne emocjonalnie.

51. **KMPT rekomenduje przeanalizowanie przez kierownictwo Kliniki wspólnie z personelem sytuacji, które doprowadziły do konieczności zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec 6-letniego pacjenta, oraz wypracowanie rozwiązań pozwalających w przyszłości uniknąć stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec małych dzieci. Po każdorazowym zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego wobec tak małych pacjentów należy ocenić strategie, które nie przyniosły oczekiwanych rezultatów, i w razie potrzeby je zmodyfikować²⁹.**

52. **[Stosowanie pieluch]** Szczególne zaniepokojenie wizytujących wzbudziła również praktyka zakładania pacjentom pampersów podczas unieruchomienia za pomocą pasów czterokończynowych. Procedurę taką potwierdzają nie tylko nagrania z monitoringu, lecz również spójne deklaracje personelu i pacjentów/pacjentek.

53. Praktyka zakładania pieluchy stosowana jest automatycznie, niezależnie od stanu pacjenta, ponieważ w Klinice nie stosuje się chwilowego zwolnienia pacjenta w celu zmiany pozycji i załatwienia potrzeb fizjologicznych. Powyższa praktyka stanowi ryzyko wystąpienia poniżającego traktowania oraz jest czynnikiem ryzyka stosowania przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć.

54. CPT podkreśla, że pacjenci poddani środkom przymusu bezpośredniego powinni, w miarę możliwości, mieć zapewniony dostęp do żywności i wody, możliwość samodzielnego jedzenia i picia oraz godnego zaspokajania potrzeb fizjologicznych w pomieszczeniach sanitarnych³⁰.

²⁸ Zob. Raport CPT z wizyty w Serbii w 2024 r., [CPT/Inf (2026) 13, par. 294-299].

²⁹ Jamie Calderwood, Strategies to Reduce Seclusion & Restraints on a Pediatric Mental Health Unit, CHOC Children's Hospital, 2018, dostępne na: <https://choc.org/wp-content/uploads/2021/05/07-Strategies-to-Reduce-Seclusion-Restraints-on-a-Pediatric-Mental-Health-Unit.pdf>.

³⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2020 r., [CPT/Inf (2020) 39, par. 40]; Raport CPT z wizyty w Chorwacji w 2022 r., [CPT/Inf (2023) 30, par. 199]; Raport SPT z wizyty w Mongolii w 2017 r.,

55. Czynności te są kluczowe w trosce o dobro i komfort pacjenta. Jak wskazuje się w literaturze, „aby zapobiec powikłaniom, należy umożliwić pacjentowi zmianę pozycji, poprzez uwolnienie od unieruchomienia. Krótkotrwałe uwolnienie od unieruchomienia, umożliwi pacjentowi zaspokojenie potrzeb fizjologicznych lub higienicznych. W czasie trwania przymusu bezpośredniego, pielęgniarka sprawdza stan skóry w okolicy pasów unieruchamiających, aby w razie potrzeby je rozluźnić lub zapiąć inaczej. Obserwacja tych miejsc pozwoli uniknąć otarć i bolesnych zmian na skórze pacjenta. Ta czynność jest także wyrazem naturalnej troski o stan pacjenta”³¹.

56. W ocenie KMPT pacjenci poddani środkom przymusu powinni móc samodzielnie jeść i pić oraz zaspokajać swoje potrzeby fizjologiczne w miejscu do tego przeznaczonym³². W razie potrzeby przeszkolony członek personelu powinien zapewnić pomoc, w tym towarzyszyć pacjentowi podczas eskorty do toalety³³.

57. **KMPT rekomenduje zaprzestanie praktyki rutynowego zakładania pieluch na rzecz stosowania chwilowego zwolnienia w celu załatwienia przez pacjenta potrzeb fizjologicznych.**

58. **[Prywatność]** Jak wynika z przekazanego nagrania z monitoringu, czasami drzwi do pomieszczeń, w których stosowane jest unieruchomienie, pozostają otwarte w czasie, gdy personel wykonuje czynności wobec unieruchomionego pacjenta. Sytuacja taka miała miejsce np. w dniu 20 lutego 2026 r., a jej efektem było to, że podczas zakładania pieluchy pacjentowi inny pacjent miał swobodny dostęp do pomieszczenia i zaglądał do środka.

59. **KMPT zaleca zapewnianie prywatności podczas stosowania środków przymusu bezpośredniego.**

60. **[Kontrolowanie stanu pacjentów]** W trakcie analizy monitoringu wizyjnego przedstawicielki KMPT zauważyły, że podczas stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia nie zawsze były przestrzegane normy dotyczące regularnego kontrolowania stanu pacjenta przez personel medyczny. Stan pacjentów często nie był kontrolowany przez pielęgniarkę co 15 minut.

61. Stan pacjenta był monitorowany za pomocą systemu monitoringu, jednak wskazane byłoby również osobiste sprawdzanie jego stanu co 15 minut. Regularna, bezpośrednia kontrola pozwala bowiem na bieżąco oceniać samopoczucie dziecka, reagować na ewentualne zmiany zachowania lub zagrożenia, a także minimalizować ryzyko, że niepokojące sygnały pozostaną niezauważone przez personel.

[CAT/OP/MNG/1, par. 123]; Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), [CPT/Inf (2017) 6, par. 3.3].

³¹ Cecylia Kwapińska, Lech Grzelak, Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Aspekt medyczny, Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne, 2012, s. 125.

³² Tamże.

³³ Zob. Szesnasty Raport Generalny CPT, [CPT/Inf (2006) 35, par. 50].

62. Zgodnie z art. 18a ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej kontroluje pielęgniarka nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. Zgodnie z zaleceniami CPT należy zadbać, aby w przypadku zastosowania środka przymusu polegającego na unieruchomieniu pacjenta na łóżku za pomocą pasów w pomieszczeniu stale przebywał przeszkolony członek personelu, który utrzymuje relację terapeutyczną z pacjentem i udziela mu niezbędnego wsparcia³⁴.

63. **W przypadku stosowania środka przymusu bezpośredniego KMPT zaleca bezpośrednią ocenę stanu fizycznego pacjentów nie rzadziej niż co 15 minut.**

C. Kontakt ze światem zewnętrznym

64. W wizytowanej placówce rozmowy telefoniczne można prowadzić jedynie za pomocą telefonu zakładowego, w zasięgu słuchu pracowników i innych pacjentów. Zgodnie z informacjami uzyskanymi podczas wizytacji, limit czasu na rozmowę wynosi 5 minut.

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

66. **KMPT zaleca zapewnienie pacjentkom i pacjentom możliwości odbywania rozmów telefonicznych poza zasięgiem słuchu personelu.**

67. W trakcie wizytacji odebrano liczne sygnały, że pięciominutowy limit czasu na rozmowę jest niewystarczający.

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

69. Zastrzeżenia Mechanizmu budzi również powszechny zakaz kontaktów z osobami spoza rodziny oraz osobami z rodziny, które nie ukończyły 18 roku życia.

70. Zasada ta ma zastosowanie do wszystkich pacjentów/pacjentek i stanowi naruszenie art. 13 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którym osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym lub w domu pomocy społecznej ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami.

³⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Rumunii w 2022 r., [CPT/Inf (2023) 28, par. 59].

71. Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁵, kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 – a więc właśnie prawa do kontaktu z innymi osobami – także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu. Przyjęcie ogólnej zasady ograniczającej kontakt z osobami z rodziny, które nie ukończyły 18 roku życia, nie spełnia, w ocenie Krajowego Mechanizmu, żadnej z wyżej wymienionych przesłanek.

72. KMPT rekomenduje umożliwienie kontaktu z osobami spoza rodziny oraz osobami z rodziny, które nie ukończyły 18 roku życia, chyba że zachodzą przesłanki uzasadniające ograniczenie, o którym mowa w art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

D. Warunki bytowe

73. Warunki bytowe oceniono jako, co do zasady, bardzo dobre. Drobne naprawy wymagane były jedynie w pojedynczych pomieszczeniach (poza oddziałem C, którego stan opisany zostanie osobno). Na odnotowanie zasługuje fakt, że sale łóżkowe były przestronne, a duże okna zapewniały odpowiedni dostęp do światła dziennego. W salach pacjentów nie stosuje się krat w oknach, których demontaż w celu nieprzywoływania skojarzeń z systemem penitencjarnym stanowi częste zalecenie KMPT w wizytowanych oddziałach szpitali psychiatrycznych. Ponadto we wszystkich pokojach oraz przy każdym łóżku zamontowano system instalacji przyzywowo-alarmowej, co jest zgodne ze standardami międzynarodowymi³⁶ i rekomendacjami RPO³⁷. Niestety w czasie wizytacji system ten nie działał z powodu awarii.

74. KMPT zwraca się z pytaniem, czy system instalacji przyzywowo-alarmowej został naprawiony; jeśli tak – jak długo trwała awaria, jeśli nie – jaki jest przewidywany termin przywrócenia sprawności instalacji.

75. Trudniejsza była sytuacja bytowa pacjentów umieszczonym w odcinku C. Pokoje w tej części wymagały remontu. Ściany były pomazane, widoczne były na nich ślady krwi, wulgaryzmy, a część wyposażenia została uszkodzona. Jak poinformowano KMPT, pomieszczenia te są regularnie odnawiane, gdy nie przebywają w nich pacjenci.

³⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 581.

³⁶ Zob. Raport CPT z wizyty na Węgrzech w 2009 r., [CPT/Inf(2010)16, par. 95]; Raport CPT z wizyty na Węgrzech w 2005 r. [CPT/Inf(2006)20, par. 134]; Raport CPT z wizyty w Hiszpanii w 2003 r. [CPT/Inf(2007)28, par. 132]; Raport CPT z wizyty w Turcji w 1997 r. [CPT/Inf(99)2, par. 198].

³⁷ Wystąpienie RPO do Ministra Zdrowia z dnia 22 maja 2017 r., KMP.574.4.2017. Dostępne na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-szpitala-psychiatryczne-musz%C4%85-byc-wyposazone-w-sygnalizacje-przyzywowa-dla-pacjentow>.

KMPT zwraca jednak uwagę kierownictwa na stan techniczny pokoi w tym odcinku oraz potrzebę częstszego ich odmalowywania, szczególnie gdy na ścianach pojawiają się wulgarne, seksualnie zabarwione czy wywołujące przygnębienie napisy i rysunki. Dobitną ilustracją tego stanu był pokój, w którym przebywał sześciolatek pacjent i którego fragmenty uwidoczniono na zdjęciach w niniejszym raporcie.

76. CPT wskazuje, że powinno się dążyć do zapewnienia takich warunków materialnych, które sprzyjają leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjentów. Ma to duże znaczenie nie tylko dla pacjentów, lecz także dla personelu pracującego w ośrodkach psychiatrycznych³⁸. W ocenie Komitetu stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom, a także odpowiednie oświetlenie, ogrzewanie i wentylację, utrzymywanie ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych³⁹.

77. KMPT rekomenduje regularne przeprowadzanie remontów w pokojach na odcinku C, ze szczególnym zwróceniem uwagi na treść napisów i rysunków pojawiających się na ścianach za sprawą pacjentów.

78. Zaniepokojenie KMPT wzbudziła praktyka zabierania łóżek niektórym pacjentom/pacjentkom i zamiany ich na materace kładzione na ziemi. Procedura ta była wdrażana w sytuacji, gdy łóżko mogło stanowić zagrożenie ze względu na możliwość odkręcenia jego elementów i dokonania za ich pomocą aktów agresji lub samoagresji.

79. KMPT zgadza się, że ze względu na swoją konstrukcję łóżka aktualnie stosowane są potencjalnie niebezpieczne dla pacjentów. Mimo to odbieranie możliwości spania na łóżku ma charakter poniżający i może stygmatyzować w relacji z innymi pacjentami i pacjentkami.

80. Jak poinformowano KMPT, szpital planował zakup tzw. bezpiecznych łóżek, które stworzone są w sposób uniemożliwiający zrobienie sobie za ich pomocą krzywdy. Okazały się one jednak zbyt kosztowne i nie sfinalizowano zakupu.

81. KMPT rekomenduje wymianę łóżek na łóżka bezpieczne, a organowi kierującemu szpitalem – zapewnienie środków na ten cel.

82. W czasie wizytacji KMPT uzyskało liczne informacje potwierdzające dobre zaopatrzenie materialne placówki. Zwracano jednak uwagę na potrzebę zwiększenia wyposażenia w przybory terapeutyczne, takie jak kredki, bloki rysunkowe, masy plastyczne i inne materiały, które mogłyby zająć czas młodzieży w twórczy sposób.

83. KMPT zaleca przegląd ilości przyborów terapeutycznych i zakup dodatkowych – w ilości pozwalającej na komfortową pracę z pacjentami.

³⁸ Zob. Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, [CPT/Inf(98)12-part, par. 32].

³⁹ Tamże.

E. Mechanizm skargowy

84. W Klinice znajdowała się instrukcja zgłaszania skarg do szpitala przez zeskanowanie kodu QR. Warto jednak zwrócić uwagę, że nie wszystkie osoby dysponują możliwością korzystania z telefonów z dostępem do Internetu lub posiadają umiejętności niezbędne do skorzystania z procedury.

85. Podkreślenia wymaga w powyższym kontekście, że zdaniem CPT pacjenci psychiatryczni (a także członkowie ich rodzin lub prawni przedstawiciele) powinni mieć możliwość składania skarg w ramach systemu administracyjnego zakładu i powinni mieć prawo do kierowania ich – na zasadzie poufności – do niezależnego podmiotu zewnętrznego⁴⁰.

86. **KMPT rekomenduje uzupełnienie informacji o dodatkowe możliwości składania skarg i wywieszenie jej na korytarzach.**

87. W miejscach powszechnie dostępnych znajdowała się informacja o możliwości kontaktu z Rzeczniczką Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Nie odnotowano jednak udostępnionej publicznie informacji o organach zewnętrznych i instytucjach niepublicznych, do których można się zwrócić, takich jak np. Rzecznik Praw Dziecka, Rzecznik Praw Obywatelskich, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

88. **KMPT rekomenduje wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych dodatkowo danych teleadresowych organów, do których mogą zwrócić się pacjenci w przypadku naruszenia ich praw, m.in. Rzecznika Praw Obywatelskich i sądu sprawującego nadzór nad placówką, a także organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka).**

89. KMPT odnotowało również brak prowadzonego w oddziale rejestru skarg.

90. Należy w tym miejscu wskazać, że CPT w swoim rocznym sprawozdaniu z 2017 r. przedstawił standardy odnoszące się do mechanizmów skargowych, które warto brać pod uwagę w procesie zarządzania placówką⁴¹. Komitet podkreśla, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności. Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między pensjonariuszami a personelem, lecz także przez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też mieszkańcy placówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi. CPT podaje też wskazówki prowadzenia samego rejestru – wpis w rejestrze skarg powinien zawierać nazwisko osoby

⁴⁰ Zob. Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards), Strasbourg, 21 marca 2017 r., [CPT/Inf(2017) 6, par. 12.]

⁴¹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, [CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91].

wnoszącej skargę, rodzaj i temat zgłoszenia, rezultat przeprowadzenia procedury skargowej i odwoławczej, a także informacje o działaniach podjętych w celu naprawienia sytuacji i o przyznanej rekompensacie. Prowadzenie tego rodzaju zapisków może służyć jako narzędzie ułatwiające zarządzanie placówką – na przykład wskazywać, że wiele skarg odnosi się do zachowania określonych członków personelu lub że podopieczni należący do pewnych kategorii szczególnie rzadko decydują się na złożenie skargi lub zgłoszenie wniosku.

91. **Krajowy Mechanizm zaleca założenie rejestru skarg i wniosków w oddziale oraz odnotowywanie w nim wszelkich składanych skarg, w tym w formie ustnej, jak również sposobu rozstrzygnięcia sprawy.**

F. Prawo do informacji

92. W dokumentacji szpitala nie znajdują się regulaminy i podstawowe dokumenty w językach obcych. Biorąc pod uwagę położenie Kliniki w województwie przygranicznym, do którego przez wschodnią granicę Polski migrują cudzoziemcy, a także fakt, że jest ona jedynym ośrodkiem psychiatrycznym dla dzieci w regionie, w którym rezydują mniejszości posługujące się różnymi językami, przygotowanie tłumaczeń dokumentów należy uznać za szczególnie istotne.

93. KMPT wielokrotnie podkreślał, że wszystkie osoby pozbawione wolności mają prawo otrzymania zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych dla nich kwestiach – przysługujących im prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg. Szczególna jest tutaj sytuacja cudzoziemców, którzy często nie znają języka polskiego oraz prawa i procedur obowiązujących w Polsce. Istotne znaczenie ma wówczas reguła 30.1 Europejskich Reguł Więziennych, która odnosi się co prawda do rzeczywistości penitencjarnej, jednak jej idea może zostać analogicznie zastosowana wobec osób przebywających w innych miejscach detencji, jak szpitale psychiatryczne. Stanowi ona, że w momencie przyjęcia – i tak często, jak jest to potrzebne, również później – wszyscy osadzeni powinni być informowani pisemnie i ustnie w języku, który rozumieją, o przepisach regulujących dyscyplinę oraz o prawach i obowiązkach w zakładzie. Ponadto potrzeby językowe zaspokaja się przez korzystanie z kompetentnych tłumaczy oraz przez zapewnianie materiałów pisemnych w językach używanych w określonym zakładzie⁴².

94. **KMPT zaleca zapewnienie, aby wszelkie podpisywane przez cudzoziemców regulaminy i oświadczenia były tłumaczone na język dla nich zrozumiały, a także odnotowywanie w dokumentacji ewentualnych trudności**

⁴² Zob. reguła 38.3, Zalecenie Rec(2006)2-rev Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych (przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 11 stycznia 2006 r. na 952. posiedzeniu delegatów ministrów, poddane przeglądowi i zmienione przez Komitet Ministrów w dniu 1 lipca 2020 r. na 1380. posiedzeniu delegatów ministrów).

w komunikacji i informacji, w jakim języku komunikuje się pacjent oraz czy i w jaki sposób nastąpiło tłumaczenie.

95. **KMPT zaleca przygotowanie informatora w językach obcych (zwłaszcza ukraińskim, rosyjskim i angielskim), w którym w przystępny sposób opisane zostaną najważniejsze dla pacjentów kwestie.**

G. Protokół stambulski

96. Protokół stambulski to oficjalny podręcznik ONZ dotyczący skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania⁴³. Fundamentalne znaczenie Protokołu Stambulskiego w prewencji, jak i wykrywaniu tortur, podkreślają SPT⁴⁴, CAT⁴⁵, CPT⁴⁶ i Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur⁴⁷.

97. Personel nie wiedział o istnieniu Protokołu stambulskiego i nie był zaznajomiony z jego treścią, a także nie znał jego praktycznego zastosowania. Tymczasem SPT podkreśla, że Protokół stambulski stanowi niezbędne narzędzie wykrywania, dokumentowania, zgłaszania i jako takiego powstrzymywania tortur i złego traktowania⁴⁸. Pomaga on nie tylko we wczesnej identyfikacji ofiar i dokumentowaniu traumy, lecz również w ocenie potrzeb i dostosowaniu do nich odpowiedniej opieki⁴⁹.

98. **KMPT rekomenduje przeszkolenie pracowników z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego.**

99. Nowo przyjmowani pacjenci poddawani byli, najszybciej jak to możliwe, badaniu przez lekarza dyżurnego oraz pielęgniarkę. Ewentualne obrażenia opisywane

⁴³ Z jego uaktualnionym w 2022 r. wydaniem, w języku polskim, zapoznać można się na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

⁴⁴ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce [CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 55]; Raport SPT z wizyty w Wielkiej Brytanii [CAT/OP/GBR/ROSP/1, par. 69 i 71]; Raport SPT z wizyty w Portugalii [CAT/OP/PRT/1, par. 34, 89, 93]; Raport SPT z wizyty w Hiszpanii [CAT/OP/ESP/1, par. 46, 63-64, 70].

⁴⁵ Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29.08.2019 r., [CAT/C/POL/CO/7, par. 27 i 28].

⁴⁶ Zob. Raporty CPT z wizyty w Mołdawii [CPT/Inf (2020) 27, par. 29]; Raporty CPT z wizyty w Macedonii Północnej, [CPT/Inf (2021) 8, par. 29]; Raporty CPT z wizyty w Portugalii [CPT/Inf(2020) 33, par. 71 i 72]; Raporty CPT z wizyty w Danii [CPT/Inf(2019) 35, par. 20]; Raporty CPT z wizyty w Gruzji [CPT/Inf(2019) 16, par. 80].

⁴⁷ Zob. Raporty Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur: z dnia 16 lipca 2021 r. [A/76/168, par. 22, 25, 34, 66 pkt g], z dnia 20 marca 2020 r. [A/HRC/43/49, par. 13, 21] oraz z dnia 20 lipca 2018 r. [A/73/207, par. 77 pkt e)].

⁴⁸ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce [CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 55]; Raport SPT z wizyty w Wielkiej Brytanii [CAT/OP/GBR/ROSP/1, par. 69 i 71]; Raport SPT z wizyty w Portugalii [CAT/OP/PRT/1, par. 34, 89, 93]; Raport SPT z wizyty w Hiszpanii [CAT/OP/ESP/1, par. 46, 63-64, 70].

⁴⁹ Zob. wspólne oświadczenie CAT, SPT, Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur i Rady Powierniczej Dobrowolnego Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur z dnia 25 czerwca 2019 r., dostępne na stronie: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24739&LangID=E>.

były w dokumentacji medycznej pacjenta. Nie stosowano jednak do tego celu m.in. specjalnych, oddzielnych formularzy do oznaczania obrażeń, zawierających mapy ciała do umiejscowienia urazów ani nie wykonywano fotografii śladów obrażeń pacjentów przyjmowanych na oddział.

100. KMPT podkreśla, że niezależne badanie medyczne i właściwe dokumentowanie urazów uważane jest za minimalną gwarancję chroniącą pacjentów przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce. Metoda oznaczania obrażeń na mapach ciała realizuje zalecenia międzynarodowych instytucji zajmujących się monitorowaniem oraz traktowaniem osób pozbawionych wolności, m.in. SPT⁵⁰ oraz CPT⁵¹.

101. **Krajowy Mechanizm zaleca dokumentowanie obrażeń osób hospitalizowanych zgodnie z wytycznymi Protokołu stambulskiego.**

H. Personel

102. Z otrzymanych informacji wynika, że nie wszyscy pracownicy mają możliwość brania udziału w superwizji lub nie wiedzą o możliwości korzystania z tego rodzaju wsparcia.

103. 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 wizytowany oddział przeznaczony jest dla małoletnich pacjentów, warto dodać, że na przydatność tej formy wsparcia osób pracujących z młodzieżą wskazuje też UNICEF⁵².

104. **Krajowy Mechanizm rekomenduje zapewnienie wszystkim pracownikom mającym bezpośredni kontakt z pacjentami i pacjentkami możliwości korzystania z regularnej superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta oraz cykliczne informowanie o tej ofercie wszystkich pracowników.**

VI. Przypadek sześciolatniego pacjenta

105. **[Sytuacja prawna małoletniego]** Podczas wizytacji w Klinice przebywał sześciolatek chłopiec. W marcu 2025 r., z powodu doświadczanej przemocy domowej, został na mocy postanowienia właściwego sądu umieszczony w placówce opiekuńczo-wychowawczej. W sierpniu 2025 r. sąd ograniczył władzę rodzicielską

⁵⁰ Zob. Raport SPT z wizyty w Portugalii w 2018, [CAT/OP/PRT/1, par. 61].

⁵¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., [CPT/Inf (2018) 39, par. 80]; Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, [CPT/Inf (2013), par. 71-84].

⁵² 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.

obojga rodziców przez umieszczenie małoletniego w pieczy zastępczej oraz upoważnił dyrekcję i wychowawców Domu Dziecka do podejmowania decyzji dotyczących chłopca.

106. Z powodu narastających trudności wychowawczych w Domu Dziecka 29 października 2025 r. sąd – w trybie zarządzenia tymczasowego – zdecydował o umieszczeniu chłopca w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży na czas trwania postępowania. W odpowiedzi na to postanowienie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w dniu 31 października 2025 r. uchyliło skierowanie do placówki opiekuńczo-wychowawczej.

107. W związku z opinią specjalistów z Kliniki o konieczności ustalenia docelowego miejsca przebywania małoletniego, 9 grudnia 2025 r. sąd zmienił wcześniejsze postanowienie i zdecydował o umieszczeniu małoletniego w regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej. Mimo tego, z uwagi na brak dostępnego miejsca w odpowiedniej placówce, chłopiec nie miał dokąd zostać wypisany, choć specjaliści stwierdzili brak wskazań do dalszej hospitalizacji.

108. Pomimo postanowienia sądu oraz kolejnych wniosków PCPR kierowanych do regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych w całej Polsce, a także pomimo braku medycznych podstaw do dalszego pobytu w szpitalu, chłopiec pozostawał hospitalizowany aż do 22 kwietnia 2026 r. Wynikało to z faktu, że w żadnej z właściwych placówek nie było dostępnego miejsca, do którego można byłoby go wypisać. Łączny czas hospitalizacji wyniósł więc około siedmiu miesięcy.

109. Hospitalizacja chłopca wiązała się z licznymi problemami natury prawnej i faktycznej (kwestie faktyczne zostaną szczegółowo opisane poniżej). Jednym z istotnych czynników ryzyka zgłaszanych delegacji KMPT była trudność szpitala w ustaleniu osoby uprawnionej do podejmowania decyzji dotyczących dziecka, czyli jego opiekuna prawnego. Zgodnie z deklaracjami personelu szpitala, po uchyleniu skierowania do Domu Dziecka, dotychczasowa placówka opiekuńcza nie uważała się za podmiot właściwy do podejmowania decyzji w imieniu małoletniego. Pracownicy szpitala zostali postawieni w niezwykle trudnym położeniu. W konsekwencji przez około siedem miesięcy leczenie chłopca – obejmujące m.in. interwencje związane z bólem gardła, pokrzywką i infekcjami oraz podawanie leków uspokajających i psychotropowych – odbywało się bez wymaganych prawem zgód opiekuna.

110. Brak możliwości ustalenia opiekuna prawnego oraz konieczność prowadzenia leczenia bez wymaganych zgód medycznych stanowiły poważny czynnik ryzyka. Po pierwsze, tworzyły sytuację, w której realne było zagrożenie opóźnienia koniecznych interwencji medycznych, przerwania potrzebnej terapii lub wręcz braku możliwości ich podjęcia. Po drugie, oznaczały, że decyzje dotyczące zdrowia dziecka

nie były podejmowane przez osobę uprawnioną, świadomie i dobrowolnie, co narusza standardy prawne opieki nad małoletnimi.

111. **W ocenie KMPT przebywanie małoletniego w szpitalu psychiatrycznym, przy braku rzeczywistej potrzeby medycznej, stanowi poważny czynnik ryzyka niehumanitarnego i poniżającego traktowania.** Placówka nie jest przystosowana do przebywania w niej dziecka, które nie posiada wskazań do hospitalizacji psychiatrycznej – brakuje adekwatnej opieki, właściwych warunków bytowych oraz stałego opiekuna. Sytuacja jest szczególnie trudna w sytuacji tak małego dziecka.

112. **KMPT zwraca się do kierownictwa szpitala z prośbą o wskazanie, jakie czynności zostały podjęte w celu ustalenia opiekuna prawnego małoletniego, oraz o przesłanie dokumentacji związanej z postępowaniem, jeżeli pozostaje ona w dyspozycji szpitala.**

113. Opinię KMPT dotyczącą przebywania dziecka w szpitalu bez wskazań do hospitalizacji jako istotnego czynnika ryzyka podzieliła również Konsultantka Krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży dr n. med. Aleksandra Lewandowska. W dniu 3 kwietnia 2026 r. Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich wystosował do niej pismo z prośbą o analizę sytuacji dziecka oraz wsparcie szpitala we wdrażaniu odpowiednich rozwiązań. W odpowiedzi Konsultantka wskazała, że sytuacja dotycząca dziecka bardzo małego, pozostającego w warunkach, które przy braku dalszych wskazań do hospitalizacji nie są adekwatne do jego potrzeb rozwojowych, emocjonalnych i opiekuńczych, rodzi poważne ryzyko naruszenia jego dobra.

114. Konsultantka krajowa wskazała też, że w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży narasta grupa pacjentów, którzy faktycznie pozostają w oddziałach psychiatrycznych nie dlatego, że wymagają dalszej hospitalizacji, lecz dlatego, że system nie zapewnia im właściwego miejsca pobytu, opieki i dalszego zabezpieczenia. W takich sytuacjach oddział psychiatryczny staje się miejscem przetrzymywania dziecka, a nie miejscem leczenia. To zaś prowadzi do sytuacji, w której dziecko pozostaje w instytucji nieadekwatnej do swoich potrzeb, a jego pobyt przedłuża się wyłącznie z powodu niewydolności rozwiązań systemowych.

115. Ze względu na konieczność szczegółowej analizy sytuacji indywidualnej chłopca i decyzji podejmowanych przez odpowiednie organy, dokumentacja przekazana została do właściwego zespołu merytorycznego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich. Sprawą chłopca zajmuje się również Rzecznik Praw Dziecka.

116. **[Sytuacja faktyczna małoletniego]** Z relacji personelu oraz nagrań monitoringu wynika, że w czasie wizytacji chłopiec przebywał na odcinku o wzmożonej obserwacji, w zamykanej, jednoosobowej, monitorowanej sali. Sytuacja ta była konsekwencją faktu, że nie mógł on przebywać na oddziale ogólnym wraz z innymi,

starszymi pacjentami i pacjentkami. Wiek dziecka, jego nadpobudliwość psychoruchowa oraz trudności w zakresie tworzenia więzi sprawiały, że wymagało ono stałej uwagi ze strony otoczenia i było bardzo angażujące. Czynniki te powodowały narastającą frustrację wśród pozostałych pacjentów, co prowadziło do aktów przemocy ze strony starszych dzieci. W efekcie chłopiec był izolowany i większość czasu spędzał samotnie, znudzony, poszukując bodźców. Do dyspozycji miał zazwyczaj jedną pluszową zabawkę, piłkę i kredkę. Przedłużająca się izolacja była szczególnie problematyczna, ponieważ, jak wynika z rozmów z personelem oraz dokumentacji z sądu, jedną z form przemocy, jakiej chłopiec doświadczał w domu rodzinnym, było długotrwałe zamykanie go w pokoju bez klamki. To przeżycie sprawiło, że dziecko odczuwa silny lęk przed pozostawianiem samemu.

117. Z zebranych materiałów video wynika, że w celu zamknięcia chłopca w pokoju personel podejmował działania polegające na szybkim domyknięciu drzwi przed dzieckiem, które próbowało je opuścić. Nierzadko polegało to też na próbach wyprzedzenia biegnącego za pracownikami chłopca i jak najszybszego zatrzaśnięcia drzwi. Zdarzało się, że dziecko znajdowało się już w progu, a drzwi były zamykane w sposób stwarzający ryzyko przytrzaśnięcia. Jeśli chłopiec dogonił opiekunów, był siłą wciągany do środka, a niekiedy przenoszony przez podnoszenie za kończyny lub przeciągany po podłodze. Niejednokrotnie sześciolatek był obezwładniany jednocześnie przez kilku dorosłych mężczyzn, a jego nogi okręcane były kołdrą, by trudniej było mu biec za pospiesznie opuszczającymi pokój opiekunami.

118. Ponadto wskazać należy, że pomieszczenie, w którym przebywał chłopiec, było nieprzystosowane do wymagań dziecka w tym wieku oraz wymagało pilnego remontu. Podłoga posiadała ubytki wymagające uzupełnienia, a ściany pokoju popisane były wulgaryzmami i deklaracjami samobójczymi, często wykonanymi krwią.



Zdj. 1. Napisy na ścianie pokoju sześciolatka. Na podłodze naczynia z posiłkiem chłopca.

119. Dodatkowym wyzwaniem związanym z pobytem chłopca w szpitalu był fakt, że potrzebuje on stałego opiekuna, z którym mógłby stworzyć bezpieczną, przewidywalną i adekwatną do wieku relację. Personel medyczny nie jest właściwym adresatem takiej potrzeby – jego rola jest z natury rzeczy zadaniowa, a sam pobyt w szpitalu ma charakter tymczasowy. Chłopiec, poszukując bliskości i oparcia, próbował jednak nawiązywać relacje z pracownikami: jednego z nich nazywał „tata”, innych prosił o zabranie go do domu, dopytywał również o możliwość powrotu do domu dziecka. Wizytujące również pytał, czy pojawią się kolejnego dnia i czy spędzą z nim czas. Zachowania te pokazują, jak silna jest jego potrzeba stałej, dostępnej figury opiekuńczej oraz jak bardzo brak takiej osoby utrudniał mu właściwe funkcjonowanie.

120. Samotność, brak bliskości i poczucia bezpieczeństwa, a także potrzeba stworzenia namiastki własnej przestrzeni w surowych warunkach szpitalnych sprawiały, że chłopiec wyrażał swoje emocje m.in. przez rysunki na ścianach pokoju bądź fantazjował na temat treści rysunków, które zastał w sali. Jak powiedział przedstawicielkom Krajowego Mechanizmu, z okazji świąt Bożego Narodzenia narysował dla siebie na ścianie choinkę.



Zdj. 2. Choinka narysowana na ścianie pokoju.

121. Samotność chłopca widoczna była na co dzień, jednak szczególnie przejmująca była w chwilach powszechnie uznawanych za wspólnotowe i uroczyste, jak właśnie święta czy urodziny. W toku pobytu na oddziale przypadły szóste urodziny chłopca. Nie odwiedził go nikt. Pracownicy z własnych środków zorganizowali poczęstunek. Z relacji wynika, że także nikt nie przekazywał chłopcu paczek, a pracownicy własnym staraniem uzupełniali zapas np. przekąsek, które wydawane są dzieciom z paczek przekazywanych przez rodziny, by chłopiec nie odczuwał tak dotkliwie, jak bardzo jego sytuacja różni się od pozostałych dzieci.

122. Przebywając w Klinice, małeletni nie realizował również obowiązku zerówkowego, ze względu na brak przygotowania szkoły szpitalnej do prowadzenia zajęć na tym poziomie edukacji.

123. Brak było również dzieci w zbliżonym do niego wieku, z którymi mógłby nawiązywać kontakt i socjalizować się. Pacjentami Kliniki byli głównie nastolatkwie.

124. Otaczający chłopca nastolatkwie – z właściwą dla swojego wieku labilnością nastroju oraz przy możliwościach wynikających z ich własnych doświadczeń i diagnoz – raz traktowali sześciolatka jak maskotkę oddziału, niekiedy poświęcali mu czas i oferowali wsparcie, a niekiedy wyrażali frustrację jego zachowaniami, bijąc go, szturchając, wyzywając, wypędzając ze wspólnych przestrzeni⁵³. Obydwie kategorie zachowań miały miejsce przy wizytujących, ich opisy pojawiają się w dokumentacji i spójnych relacjach personelu i pacjentów. Ponadto sześciolatek w środowisku nastolatków był na oddziale świadkiem wielu zdarzeń dezorganizujących pracę, wulgarnych zachowań, konfliktów między pacjentami, agresji i krzyków⁵⁴, które z różnym natężeniem są codziennością w realiach oddziału psychiatrycznego. Dodatkowo istniało ryzyko pojawienia się przemocy ze względu na płeć⁵⁵. Przytoczone w przypisach przykłady pochodzą z raportów pielęgniarских – zaledwie z jednego miesiąca, w którym odbywała się wizytacja. Z dokumentacji wynika, że personel na bieżąco reagował na obserwowane sytuacje. Nie było jednak możliwe całkowite ich wyeliminowanie.

125. Szczególne zaniepokojenie KMPT wzbudziły stosowane wobec małoletniego środki przymusu bezpośredniego. Szczegółowo sytuacja ta opisana została w części V.B raportu, poświęconej środkom przymusu bezpośredniego.

126. **Dostrzegalne były starania personelu, aby w istniejących warunkach znaleźć takie elementy pobytu, które mogłyby realnie poprawić sytuację chłopca. Pracownicy informowali właściwe instytucje o napotykanym trudnościach, braku możliwości wypisu oraz o potrzebach dziecka wykraczających poza to, co może zapewnić szpital. U większości kadry widoczne było zaangażowanie, a także świadomość, że sytuacja jest dla dziecka i dla nich**

⁵³ Raport pielęgniarский wskazuje np.: „X [opisywany 6-latek] został kopnięty w plecy oraz uderzony po głowie, następnie przeniesiony szybko na salę obok”.

⁵⁴ Raport pielęgniarский wskazuje np.: „Pobudzony (pacjent), mimo upomnień biegał po korytarzu, wchodził na inne sale. Zaczepiał pacjentki, kłócił się z nimi, obrażał je. Podczas kolacji na świetlicy bardzo wulgarny w stosunku do pacjentów i personelu – krzyczał «Ty ku...o», a na tablicy rysował genitalia. Dostał ataku agresji – ze świetlicy wyprowadzony w asyście personelu i umieszczony w pokoju wyciszeń”.

⁵⁵ Raport pielęgniarский wskazuje na sytuację dotyczącą opisywanego 6-latka i innego, starszego pacjenta: „O 22:00 zaobserwowano jak wchodzi do łazienki wspólnie z kolegą z sali i zamykają za sobą drzwi. Natychmiast zareagowano. Po zwróconej uwadze stał się agresywny (...). Był dodatkowo podburzany przez Y przeciwko personelowi”. W innym raporcie wskazano na sytuację obnażania się, którą mógł widzieć 6-latek, i przemocy, której doświadczył: „Pacjent Y przebywa w sali obserwacyjnej odcinka C. Okresowo pobudzony, walił w drzwi, rzucał książką, się obnażał. Wszedł w konflikt z kolegą z sali (6-latek), którego kopnął w plecy, uderzył w głowę. Chłopców rozdzielono, umieszczono w różnych salach”.

samych obciążająca – nie próbowali jej bagatelizować ani ukrywać. Zarazem jednak wobec doświadczanych przez dziecko dolegliwości, takich jak: izolacja w monitorowanej sali, pozbawianie dostępu do przedmiotów osobistych, deprywacja adekwatnych bodźców, ciągnięcie za kończyny, tarzanie po ziemi i materacu, zatraskiwanie przed nim drzwi, okręcanie nóg kołdrą w celu spowolnienia pogoni za opiekunami opuszczającymi pokój, stosowanie unieruchomienia czterokończynowego przez dłuższy czas, kaftana, rutynowe stosowanie pieluchy podczas unieruchomienia, odbieranie łóżka, materaca i dostępu do toalety, brak środowiska rówieśniczego odpowiedniego dla wieku, brak stałego opiekuna, ograniczone możliwości zabawy, edukacji i stymulacji rozwoju – **KMPT alarmuje, że mogły one prowadzić do niepotrzebnego cierpienia, a w konsekwencji do nieludzkiego traktowania.**

127. W dniu 11 marca 2026 r. właściwy Sąd Rejonowy wydał postanowienie o umieszczeniu dziecka w DPS, w którym chłopiec przebywa od 22 kwietnia 2026 r.

128. W tym miejscu trzeba jednoznacznie stwierdzić, że miejsce dzieci z niepełnosprawnościami jest w domu rodzinnym (jeśli warunki temu sprzyjają) lub rodzinnej pieczy zastępczej, nie w domu pomocy społecznej. Pobyt dzieci w DPS ma negatywne konsekwencje dla ich rozwoju fizycznego, emocjonalnego i społecznego. RPO już w 2022 r. apelował do Ministra Pracy i Polityki Społecznej⁵⁶ o działania w tej sprawie, wskazując, że sytuacja dzieci z niepełnosprawnością przebywających w DPS wymaga systemowego przeglądu i pilnych działań naprawczych. Dotyczy to obszaru pieczy zastępczej (przez inwestowanie w rozwój form rodzinnych przeznaczonych dla dzieci z niepełnosprawnością) i obszaru pomocy społecznej (przez określenie obowiązku poszukiwania dla dzieci z DPS miejsc w rodzinnej pieczy zastępczej) oraz skłaniania do wzmocnienia działań nadzorczych nad wykonywaniem zadań przez DPS. W ocenie Rzecznika konieczne jest wypracowanie rozwiązań, które nie tylko zapobiegą umieszczaniu dzieci w domach pomocy społecznej i pieczy instytucjonalnej, lecz będą także skutkowały przeniesieniem dzieci obecnie przebywających w placówkach pomocowych do rodzinnej pieczy zastępczej⁵⁷.

129. Brak jest na terenie całego kraju domów pomocy społecznej dla osób w kryzysie zdrowia psychicznego czy w spektrum autyzmu przeznaczonych dla dzieci. Dzieci ze specjalnymi potrzebami kierowane są do istniejących domów pomocy społecznej, niedysponujących ofertą dostosowaną do ich zdiagnozowanych potrzeb.

⁵⁶ Obecnie: Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

⁵⁷ Zob. wystąpienie RPO do Minister Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 5 stycznia 2022 r., dostępne na: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-mrips-dzieci-niepelnosprawnosci-rodziny-zastepcze-nie-dps>.

Swoją interwencję RPO ponowił w 2026 r. wskazując, że znikoma liczba dzieci opuszcza DPS z powodu przeniesienia do rodzinnej pieczy zastępczej i rodzin adopcyjnych. Powoduje to, że gwarantowane przepisami prawa dzieci z niepełnosprawnością nie są w pełni realizowane; Zob. też wystąpienie RPO do Minister Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 5 lutego 2026 r., dostępne na: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-dzieci-niepelnosprawnosci-placowki-mrrips>.

W istniejących typach DPS, przy braku ich specjalizacji, zaobserwować można szereg czynników, które zwiększają ryzyko niewłaściwego traktowania dzieci w nich przebywających, np. nie ma wymogu zatrudnienia psychiatry dziecięcego, liczba kadry nie odpowiada potrzebom dzieci, istnieje ryzyko przemocy starszych podopiecznych wobec młodszych dzieci oraz wykorzystania naiwności poznawczej dzieci o obniżonej sprawności intelektualnej przez innych mieszkańców.

130. Podobne wnioski formułuje Najwyższa Izba Kontroli (NIK)⁵⁸. Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną, dla których nie znaleziono miejsca w pieczy zastępczej ani w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych i które zostały umieszczone w DPS, nie miały zapewnionej w pełni prawidłowej i rzetelnej opieki. Ponadto w praktyce w Polsce nie funkcjonują DPS przeznaczone wyłącznie dla osób niepełnoletnich. W latach 2022–2025 we wszystkich DPS kontrolowanych przez NIK większość mieszkańców stanowiły osoby dorosłe. Z raportu NIK wynika, że we wszystkich tych placówkach małoletni mieszkańcy dzielili pokoje z osobami dorosłymi lub w wieku dojrzałym. W związku z pobytem w DPS zaspokojenie ich potrzeb psychicznych i emocjonalnych – w szczególności potrzeby bezpieczeństwa – nie było możliwe. Wpływały na to m.in. brak stałego opiekuna, współdzielenie pokoi i przestrzeni sanitarnej z osobami dorosłymi oraz rotacja pracowników.

131. Pismem z dnia 11 maja 2026 r. KMPT zostało poinformowane przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej o przygotowywanym projekcie ustawy mającej na celu zaradzenie kryzysowi pieczy instytucjonalnej w Polsce oraz zniesienie możliwości umieszczania dzieci w DPS. Planowane zmiany będą jednak działały wyłącznie na przyszłość i nie obejmą dzieci już umieszczonych w takich placówkach. W takiej sytuacji chłopiec, którego sytuację analizował Krajowy Mechanizm, prawdopodobnie spędzi życie w placówkach opiekuńczych.

132. **Sytuacja chłopca jest wyrazistym przykładem na to, że brak systemowych rozwiązań międzyresortowych prowadzi do wtórnego pogarszania stanu dziecka.** Dziecko, które nie powinno pozostawać na oddziale psychiatrycznym, zaczyna reagować na nieadekwatne środowisko frustracją, pobudzeniem, zachowaniami destrukcyjnymi lub autoagresywnymi, a następnie te zachowania stają się podstawą do dalszego utrzymywania go w warunkach izolacyjnych lub do stosowania środków przymusu. W ten sposób system, zamiast zapewniać ochronę, utrwala stan zagrożenia i pogłębia cierpienie dziecka. Zarazem brak miejsc w istniejących instytucjach opiekuńczych przez długi czas uniemożliwiał zmianę jego środowiska życia, a kryzys rodzinnej pieczy zastępczej sprawia, że istnieje realne ryzyko, iż chłopiec nigdy nie będzie wychowywał się w warunkach zbliżonych do

⁵⁸ Zob. Najwyższa Izba Kontroli, DPS (nie) tylko dla dzieci i młodzieży, dostępne na: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/dps-nie-tylko-dla-dzieci-i-mlodziezy.html>.

rodzinnych. I choć terapeuci ze szpitala podkreślali, że przy odpowiednim wsparciu miałyby szansę na normalne życie, to bez zapewnienia mu takiej pomocy jego prawidłowy rozwój pozostaje zagrożony.

133. KMPT zwraca się do Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Sprawiedliwości oraz Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej o przeanalizowanie sprawy sześciolatniego chłopca i podjęcie odpowiednich działań, które uniemożliwią powielenie sytuacji przebywania dziecka w szpitalu psychiatrycznym bez wskazań do hospitalizacji przy jednoczesnym impasie instytucjonalnym co do wypisania dziecka do odpowiedniej placówki.

VII. Zalecenia

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

a) Kierownikowi Kliniki:

1. stosowanie środków przymusu bezpośredniego tylko w sytuacjach wskazanych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego;
2. zaprzestanie praktyki rutynowego zakładania pieluch na rzecz stosowania chwilowego zwolnienia w celu załatwienia przez pacjenta potrzeb fizjologicznych;
3. bezpośrednią ocenę stanu fizycznego pacjentów nie rzadziej niż co 15 minut;
4. stałe monitorowanie traktowania pacjentów przez personel i reagowanie na otrzymywane sygnały o niewłaściwym traktowaniu;
5. przeanalizowanie przez kierownictwo Kliniki, wspólnie z personelem, sytuacji, które doprowadziły do konieczności zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec 6-letniego pacjenta, oraz wypracowanie rozwiązań pozwalających w przyszłości uniknąć stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec małych dzieci; po każdorazowym zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego wobec tak małych pacjentów należy ocenić strategię, które nie przyniosły oczekiwanych rezultatów, i w razie potrzeby je zmodyfikować;
6. zapewnianie prywatności podczas stosowania środków przymusu bezpośredniego;
7. zapewnienie pacjentkom i pacjentom możliwości odbywania rozmów telefonicznych poza zasięgiem słuchu personelu;
8. umożliwianie korzystania z telefonu zakładowego tak długo, jak to jest potrzebne, o ile nie koliduje to z potrzebami innych pacjentów i pacjentek;
9. umożliwienie korzystania ze spacerów niezależnie od kwalifikacji pacjenta do określonego poziomu w przyjętym systemie;

10. umożliwienie kontaktu z osobami spoza rodziny oraz osobami z rodziny, które nie ukończyły 18 roku życia, chyba że zachodzą przesłanki uzasadniające ograniczenie wynikające z art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
11. wymianę łóżek na łóżka bezpieczne, a organowi kierującemu szpitalem – zapewnienie środków na ten cel;
12. regularne przeprowadzanie remontów w pokojach na odcinku C, ze szczególnym zwróceniem uwagi na treść napisów i rysunków pojawiających się na ścianach za sprawą pacjentów;
13. przegląd ilości przyborów terapeutycznych i zakup dodatkowych w ilości pozwalającej na komfortową pracę z pacjentami;
14. uzupełnienie informacji o dodatkowe możliwości składania skarg i wywieszenie jej na korytarzach;
15. wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych dodatkowo danych teleadresowych instytucji, do których mogą zwrócić się pacjenci w przypadku naruszenia ich praw, m.in. Biura Rzecznika Praw Obywatelskich i sądu sprawującego nadzór nad placówką, a także organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka);
16. założenie rejestru skarg i wniosków w oddziale oraz odnotowywanie w nim wszelkich składanych skarg, w tym w formie ustnej, jak również sposobu rozstrzygnięcia sprawy;
17. zapewnienie, aby wszelkie podpisywane przez cudzoziemców regulaminy i oświadczenia były tłumaczone na język dla nich zrozumiały, odnotowywanie w dokumentacji ewentualnych trudności w komunikacji oraz informacji, w jakim języku komunikuje się pacjent oraz czy i w jaki sposób nastąpiło tłumaczenie;
18. przygotowanie informatora w językach obcych (zwłaszcza ukraińskim, rosyjskim i angielskim), w którym przystępnie opisane zostaną najważniejsze dla pacjentów kwestie;
19. przeszkolenie pracowników z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego;
20. dokumentowanie obrażeń osób hospitalizowanych zgodnie z wytycznymi Protokołu stambulskiego;
21. przeprowadzenie szkoleń z deeskalacji konfliktów dla wszystkich pracowników Kliniki mających bezpośredni kontakt z pacjentami;
22. zapewnienie wszystkim pracownikom mającym bezpośredni kontakt z pacjentami i pacjentkami możliwości korzystania z regularnej superwizji

prowadzonej przez zewnętrznego eksperta oraz cykliczne informowanie o tej ofercie wszystkich pracowników.

b) **Uniwersytetowi Medycznemu w Białymstoku**

przekazanie Dyrekcji szpitala wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji zaleceń.

c) **Ministerstwu Zdrowia, Ministerstwu Sprawiedliwości oraz Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej:**

przeanalizowanie sprawy sześciolatniego chłopca i podjęcie odpowiednich działań, które systemowo uniemożliwią przebywanie dziecka w szpitalu psychiatrycznym bez wskazań do hospitalizacji przy jednoczesnym impasie instytucjonalnym co do wypisania dziecka do odpowiedniej placówki.

VIII. Informacje dodatkowe

Na podstawie art. 20 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Kierownika Kliniki o udzielenie informacji, o których mowa w pkt 74 i 112 raportu.

Opracowała: Barbara Pauli

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-podpisano elektronicznie/