

AE/D/N/111/2025

Warszawa, dnia 26 września 2025 roku

Biuro

Rzecznika Praw Obywatelskich

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

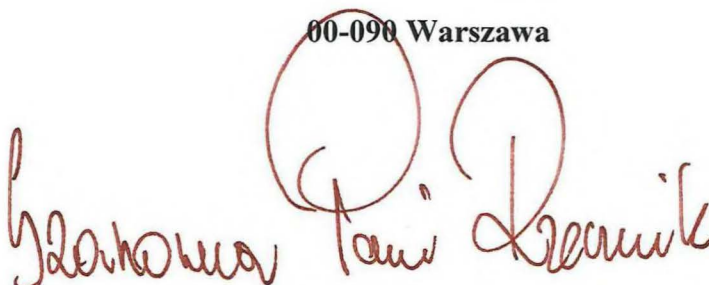
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Al. Solidarności 77

00-090 Warszawa

Dotyczy pisma znak:

KMPT.574.2.2025.RK



Niniejszym, w odpowiedzi na pismo z Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, z dnia 11 sierpnia 2025 roku, znak: KMPT.574.2.2025.RK – Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji czterech oddziałów ogólnopsychiatrycznych oraz Izby Przyjęć Szpitala Nowowiejskiego - Dyrekcja przedkłada poniżej wyjaśnienia w sprawie.

Odnosząc się do informacji zawartych w pkt IV – protokołu, a dotyczących stanu realizacji zaleceń wydanych Dyrektorowi Szpitala w wyniku wizytacji KMPT przeprowadzonej w dniach 4–6 maja 2021 r. – w zakresie zadań częściowo zrealizowanych lub niezrealizowanych - Dyrekcja Szpitala wyjaśnia, co następuje.

A.D. B (ppkt 19 – 24)

W protokole KMPT do zadań częściowo zrealizowanych zaliczono zadania opisane w pkt IV lit. B (ppkt 19 - 24) – dotyczące zmiany praktyki stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalu, poprzez bezwzględne przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie chwilowego uwalniania pacjentów w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

Zgodnie z raportem na potrzeby weryfikacji stopnia realizacji omawianego zalecenia osoby wizytujące wybrały

losowo, z różnych oddziałów, dokumentację medyczną 3 pacjentów, wobec których stosowany był przymus bezpośredni. Dodatkowo informacje zawarte w dokumentacji zostały zestawione z przekazanymi przez szpital zapisami z monitoringu ze stosowania wobec nich przymusu bezpośredniego. Jak ustalono dane z tych dwóch źródeł różniły się w zakresie czasu stosowania przymusu, chwilowego uwalniania, a także częstotliwości sprawdzania stanu zdrowia unieruchamianych pacjentów. Ocena praktyki stosowania przymusu bezpośredniego w wizytowanej placówce była z tego powodu utrudniona. Zgodnie z raportem nie możliwe było jednoznacznego stwierdzenie, czy występujące nieścisłości wynikały z usterek technicznych w działaniu systemu monitoringu, czy z nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej.

Mając na uwadze powyższe ustalenia KMPT zalecił, aby wobec pacjentów były podejmowane próby częstszego chwilowego uwolnienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

W odpowiedzi na powyższe spostrzeżenia, Dyrekcja Szpitala przekazała informację do wszystkich lekarzy kierujących oddziałami oraz do pielęgniarek oddziałowych, w której poinformowano o ustaleniach faktycznych odnotowanych w raporcie KMPT oraz zobowiązano kierowników oddziałów i pielęgniarki oddziałowe do przypomnienia podległemu personelowi przepisów prawa regulujących zasady stosowania przymusu bezpośredniego i izolacji oraz o konieczności bezwzględnego ich przestrzegania. Położono również nacisk na stwierdzone nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej oraz przypomniano, iż zapisy w dokumentacji medycznej muszą odzwierciedlać faktycznie wykonywane czynności.

Dodatkowo działania naprawcze wdrożyła Pielęgniarka Naczelna, która zobowiązała pielęgniarki do wzmoczonej kontroli pacjentów w czasie unieruchomienia, a także przypomniała o bezwzględnym obowiązku stosowania się do przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i związanych tym z procedur.

Zobowiązano również Pielęgniarki Oddziałowe do ponownego przeszkolenia personelu pielęgniarskiego z zakresu zastosowania przymusu i prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej w tym ze szczególnym uwzględnieniem kart przymusu bezpośredniego.

Poproszono także o zwrócenie szczególnej uwagi na częstsze chwilowe uwalnianie pacjentów z unieruchomienia.

Dodatkowo zwrócono uwagę, że system monitoringu ma ustawiony czas centralnie zsynchronizowany z serwerem czasu. Pojedyncze stwierdzone rozbieżności w raportach personelu

medycznego opisanych czasów z uwidocznionymi na nagraniach mogły wynikać także z korzystania przez pracowników z różnych źródeł odczytywania czasu np. osobiste zegarki.

Celem zidentyfikowania możliwych przyczyn rozbieżności system kamer sprawdzono zarówno w ramach działań wewnętrznych, jak i firmy zewnętrznej. Zgodnie z opinią techniczną zewnętrznego serwisanta, z dnia 15 września 2025 roku, po dokonaniu oględzin i pomiarów systemu telewizji dozorowej CCTV stwierdzono usterki - kamer NOVUS NVIP zainstalowanych w pomieszczeniach oddziałów: I, III, IV i V – razem 16 sztuk.

Stwierdzone nieprawidłowości wskazały na zużycie elementów wewnętrznych kamer, wynikające z naturalnych procesów starzenia się podzespołów elektronicznych, w szczególności polegających na: wysychaniu kondensatorów elektrolitycznych, awariach układów RTC odpowiedzialnych za podtrzymanie czasu, niestabilności pracy procesora kamery, prowadząca do okresowych zawieszeń urządzeń. Ustalono, że postęp uszkodzeń miał charakter powolny i mógł przebiegać niezauważenie, powodując okresowe i trudne do uchwycenia problemy z synchronizacją czasu, nagrywaniem materiału, czy stabilnością działania kamer. W środowisku szpitalnym nie było możliwe w sposób szybki i klarowny zidentyfikować przyczyny problemów, w szczególności, że serwer czasu NTP w Dziale Informatyki działał poprawnie, lokalne punkty dystrybucyjne sieci monitoringu wskazywały właściwy czas, a wyświetlacze w pomieszczeniach pielęgniarek również pokazywały czas prawidłowy. Mimo to w części kamer czas samoczynnie się przestawiał, co początkowo pozostawało niezauważone. Problem został zidentyfikowany dopiero po wnikliwej, manualnej analizie całego systemu – (kamera po kamerze, z uwzględnieniem ich indywidualnych ustawień). Problem nie był łatwy do zidentyfikowania, ponieważ pozostałe elementy infrastruktury działały prawidłowo. Serwis producenta nie potrafił wskazać jednoznacznej przyczyny, a administrator systemu kilkakrotnie podejmował próby rozwiązania problemu bez skutku. Dopiero szczegółowa diagnostyka przeprowadzona wspólnie przez firmę zewnętrzną oraz Dział Informatyki pozwoliła jednoznacznie wskazać, że źródłem usterki były wewnętrzne uszkodzenia kamer.

Zaistniała sytuacja pokazała, że w środowisku szpitalnym trudności w diagnostyce mogą skutkować długotrwałym poszukiwaniem przyczyny problemów, aby uniknąć podobnych zdarzeń w przyszłości, wdrożone zostaną następujące działania:

1. Polityki bezpieczeństwa systemów CCTV – opracowanie i wdrożenie jednolitych procedur kontroli czasu i synchronizacji we wszystkich urządzeniach.

2. Monitorowanie stanu urządzeń – wprowadzenie cyklicznych testów kamer oraz centralnego raportowania rozbieżności czasu i parametrów pracy urządzeń.
3. Audyt systemu monitoringu – regularne przeglądy infrastruktury CCTV pod kątem starzenia się sprzętu i zgodności z wymogami bezpieczeństwa.
4. Szkolenia personelu – podniesienie świadomości pracowników w zakresie podstawowych objawów awarii oraz procedur zgłaszania usterek.

AD. C (ppkt 25-26)

W protokole KMPT do zadań częściowo zrealizowanych zaliczono zadania opisane w pkt IV lit. C ppkt 25 – 26, dotyczące zmiany praktyki stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalu, poprzez bezwzględne przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie rzetelnego, osobistego i regularnego – co 15 minut – sprawdzania stanu fizycznego pacjentów, wobec których stosowane są środki przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji.

Zgodnie z raportem analiza nagrań z monitoringu wykazała, że nie zawsze stan fizyczny pacjentów był badany przez personel pielęgniarski co 15 minut. Pojawiły się pojedyncze przypadki, kiedy badanie miało miejsce po 20, 30, a nawet 40 minutach od poprzedniego.

Mając na uwadze powyższe KMPT ponowiło rekomendację dotyczącą osobistego sprawdzania przez personel medyczny – co 15 minut – stanu fizycznego unieruchamianych pacjentów.

Odnosząc się do powyższego Dyrekcja wyjaśnia jak w pkt. IV lit. B.

AD. D (ppkt 27-29)

W protokole KMPT do zadań częściowo zrealizowanych zaliczono zadania opisane w pkt IV lit. D ppkt 27-29 – dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego poprzez bezwzględne przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie rzetelnego i osobistego badania pacjentów przez lekarzy decydujących o zastosowaniu i przedłużaniu stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia. Na podstawie analizy udostępnionych nagrań z monitoringu należy stwierdzić, że rozpoczęcie unieruchomienia (zapinanie w pasy) nie zawsze było nadzorowane przez lekarza.

Nie zawsze dochodziło też do osobistego badania pacjentów przez lekarza w momencie przedłużenia stosowania unieruchomienia. KMPT ponownie zarekomendował, by pacjenci byli każdorazowo i osobiście badani przez lekarzy podejmujących decyzję o zastosowaniu i przedłużeniu stosowania środka przymusu bezpośredniego.

Odnosząc się do kwestii nadzoru lekarzy nad stosowaniem przymusu bezpośredniego Dyrekcja wskazuje, że w oddziałach Szpitala Nowowiejskiego dokłada się wszelkich starań aby pacjenci byli każdorazowo i osobiście badani przez lekarzy podejmujących decyzję o zastosowaniu i przedłużeniu stosowania środka przymusu bezpośredniego.

AD. E (ppkt 30-33)

W protokole KMPT w pkt IV lit. E ppkt 30 - 33 zwrócono uwagę na potrzebę zmiany praktyki stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalu, poprzez bezwzględne przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie rzetelnego, zgodnego z zapisami monitoringu wizyjnego, prowadzenia dokumentacji z zastosowania środków przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności zastosowania środków przymusu bezpośredniego na podstawie analizy nagrań z monitoringu z zastosowania środków przymusu, o ile są dostępne. KMPT ustaliło, że nadal występują rozbieżności pomiędzy zapisami w dokumentacji medycznej co do godzin stosowania przymusu bezpośredniego, czasu oceny sprawdzenia stanu zdrowia pacjentów przez pielęgniarki, a znacznikami czasu uwidocznionymi na nagraniach z kamery monitoringu. KMPT wskazuje, że rzetelne przeprowadzenie oceny całego postępowania dotyczącego stosowania przymusu bezpośredniego powinno być dokonywane również w oparciu o nagrania z monitoringu (art. 18e ust. 2 u.o.z.p. i § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi). W raporcie wskazano, że aby monitoring spełniał swoją rolę, niezbędne jest zapewnienie prawidłowych warunków technicznych, które pozwolą właściwie umiejscowić analizowane zdarzenia w czasie i umożliwią ich porównanie z zapisami w dokumentacji. Ustalono, że z analizowanej dokumentacji medycznej wynika, że karty zastosowania przymusu bezpośredniego były przedstawiane innym lekarzom do oceny. Przy tej ocenie lekarze brali pod uwagę m.in. prawidłowość zastosowanej procedury dla danego rodzaju przymusu bezpośredniego oraz jej przeprowadzenia, zgodnie z odpowiednimi wymogami, o których mowa w art. 18–18f u.o.z.p. Brak było przy tym w dokumentacji adnotacji naniesionych przez lekarzy oceniających zasadność stosowania przymusu o występujących rozbieżnościach pomiędzy znacznikami czasu zaobserwowanymi na nagraniach z monitoringu, a informacjami zamieszczonymi w dokumentacji ze stosowania środków

przymusu bezpośredniego.

KMPT w związku z powyższym zaleciło rzetelne, zgodne z zapisami prawidłowo działającego monitoringu wizyjnego prowadzenie dokumentacji z zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Dodatkowo zwrócono się do Dyrektora Szpitala o odniesienie się do zasygnalizowanych nieścisłości i wyjaśnienie, czy lekarze oceniający zasadność zastosowania środków przymusu bezpośredniego uwzględniają informacje zawarte na nagraniach z monitoringu, a jeśli tak, to dlaczego nie są przez nich zamieszczane w dokumentacji adnotacje o rozbieżnościach, o których mowa w pkt 29 i 30 niniejszego raportu.

Odnosząc się do powyższego Dyrekcja wyjaśnia jak w pkt IV lit. B. Dodatkowo Dyrekcja podnosi, że lekarze oceniający zasadność stosowania środków przymusu bezpośredniego oceniają prawidłowość zastosowanej procedury dla danego rodzaju przymusu bezpośredniego oraz jej przeprowadzenia, zgodnie z odpowiednimi wymogami, o których mowa w art. 18–18f u.o.z.p. Lekarze w toku bieżącej pracy nie mają możliwości ustalania ewentualnych rozbieżności pomiędzy czasami odnotowanymi w dokumentacji medycznej, a ujawnionymi na nagraniach z monitoringu.

AD. F (ppkt 34 - 35)

W protokole KMPT w pkt IV lit. F ppkt 34 - 35 zwrócono uwagę na niezrealizowane zadanie polegające na aktualizacji wewnętrznej „Procedury stosowania przymusu bezpośredniego” (P-8- 5-09, wydanie V z dnia 30 czerwca 2020 r.) w zakresie zasięgania opinii drugiego lekarza przy przedłużaniu stosowania środków przymusu bezpośredniego i jej przestrzeganie.

Ustalono, że w czasie trwania wizytacji obowiązywało nowe wydanie „Procedury stosowania przymusu bezpośredniego” (P-8.5.-09, wydanie VI z 15 marca 2023 r.). W pkt 5.3.13 nadal znajdował się niezmieniony zapis dotyczący uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą w przypadku przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia i izolacji po dwukrotnym przedłużeniu na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne. Natomiast z zalecenia wydanego przez KMPT w raporcie z 2022 r. wynikało, że opinia innego lekarza psychiatry powinna być wydawana już w momencie pierwszego przedłużenia stosowania ww. środków przymusu bezpośredniego, zgodnie z dyspozycją art. 18a ust. 10 u.o.z.p. W związku z powyższym KMPT zalecił wprowadzenia zmian w „Procedurze stosowania przymusu

bezpośredniego”.

W odpowiedzi na powyższe Dyrekcja Szpitala w skazuje, że obecnie, zgodnie z art. 18a ust. 8 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy, z których każdy nie może trwać dłużej niż 6 godzin. Zgodnie z art. 18a ust. 9 ww. ustawy po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowanie na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza psychiatrę.

Natomiast zgodnie z 18a ust. 10 ww. ustawy przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na każdy z kolejnych okresów, o których mowa w ust. 8 i 9, wymaga uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą.

W tym miejscu Dyrekcja wskazuje, że obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad zmianą ww. ustawy w kontekście stosowania przymusu bezpośredniego. Ministerstwo Zdrowia, w piśmie Sekretarza Stanu Wojciecha Koniecznego znak: ZPP.6143.132.2025.DL, skierowanym do Rzecznika Praw Obywatelskich - wskazało, że: „*Nowe brzmienie art. 18a ust. 9 i 10 ustawy, zaproponowane w art. 1 pkt 9 projektu ustawy stanowi, że po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza oraz uzyskaniu opinii innego lekarza. Dotychczasowe przepisy zakładają badanie przez lekarza psychiatrę i uzyskanie opinii innego lekarza psychiatry. Wskazać należy, że projektowane zmiany przepisów stanowią przede wszystkim odpowiedź na problemy zdiagnozowane w szpitalach czy oddziałach niebędących oddziałami psychiatrycznymi, np. w szpitalach wielospecjalistycznych, ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów internistycznych, toksykologicznych, chirurgicznych oraz innych, w których nie jest dostępny lekarz psychiatra, który mógłby przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji. Podkreślić należy, że zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz (nie koniecznie lekarz psychiatra) zleca na czas nie dłuższy niż 4 godziny. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza,*

o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza. Lekarz (ponownie nie konieczne lekarz psychiatra), po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy, z których każdy nie może trwać dłużej niż 6 godzin. Wydaje się, że w przypadku przedłużania stosowania przymusu bezpośredniego po dwukrotnym przedłużeniu, powinno przede wszystkim koncentrować się na stanie zdrowia w obecnym momencie, oraz kompetentnej i merytorycznej ocenie czy stan zdrowia uległ poprawie na tyle, że ustały ustawowe przesłanki do stosowania przymusu bezpośredniego. Do takiej oceny ze wszech miar kompetentną osobą jest lekarz, zwłaszcza sprawujący bieżącą opiekę nad pacjentem. Zaznaczyć należy, że konstrukcja projektowanego przepisu zakłada osobiste badanie lekarza oraz uzyskanie opinii drugiego lekarza. Decyzja w tym zakresie, która jest podjęta kolektywnie i z udziałem dwóch różnych lekarzy, wydaje się w sposób właściwy zabezpieczać prawa oraz bezpieczeństwo pacjenta.”

AD. G (ppkt 36 -39)

W protokole KMPT w pkt IV lit. G ppkt 36-39 zwrócił uwagę na potrzebę zapewnienia odpowiedniego wsparcia dla personelu poprzez rozbudowanie oferty szkoleniowej o zewnętrzne szkolenia z zakresu: stosowania środków przymusu bezpośredniego ze szczególnym uwzględnieniem poszanowania praw pacjenta, a także: kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania i deeskalacji konfliktów, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku; wprowadzenie zewnętrznej superwizji oraz zaznajomienie personelu z treścią Protokołu stambulskiego. Zadanie powyższe oceniono jako częściowo zrealizowane.

Ustalono, że tylko na jednym z czterech oddziałów w szkoleniu z zakresu stosowania środków przymusu bezpośredniego udział brali lekarze i pielęgniarki (według danych z lat 2022–2024). Na pozostałych trzech oddziałach w tej tematyce szkolił się jedynie personel pielęgniarski i personel pomocniczy. Większość personelu medycznego, z którym przedstawicielki KMPT odbywały rozmowy, nie miała także wiedzy na temat Protokołu stambulskiego. W raporcie wskazano, że w szpitalu nie jest także prowadzona superwizja. Delegacja KMPT uzyskała wyjaśnienie, że nie ma takiej konieczności, ponieważ na oddziałach nie jest prowadzona

psychoterapia. Pracujący w szpitalu psycholodzy poddają swoją pracę superwizji we własnym zakresie, samodzielnie ją finansując. KMPT podkreśliło, że superwizja nie powinna być przeznaczona wyłącznie dla personelu, który prowadzi psychoterapię. Może być także wsparciem dla lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia, którzy doświadczają wypalenia zawodowego i stresu w pracy. W ocenie KMPT superwizja może być pomocna w pełnym wykorzystaniu potencjału zawodowego i budowania właściwej atmosfery w pracy. W związku z powyższym KMPT zarekomendowało objęcie szkoleniami z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego całego personelu medycznego, wprowadzenie superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta, a także zaznajomienie personelu z treścią Protokołu stambulskiego.

Odnosząc się do zalecenia zapewnienia dostępu do instrumentu superwizji dla pracowników oddziałów – Dyrekcja wskazuje, że w oddziałach psychiatrycznych nie prowadzi się psychoterapii. Trudno się również zgodzić, że superwizja powinna być zapewniona dla wszystkich pracowników, nawet tych którzy nie prowadzą psychoterapii. Takie rozwiązanie, po pierwsze nie wydaje się celowe, po drugie w trudnej sytuacji finansowej szpitala niemożliwe do zapewnienia. Superwizja jest narzędziem dedykowanym dla psychoterapeuty, które ma pomagać w prawidłowym zrozumieniu i poprowadzeniu procesu psychoterapii. Superwizja jest m.in. procesem uczenia się, w którym superwizant (psychoterapeuta zgłaszający się na superwizję) pracuje z bardziej doświadczonym specjalistą nad wzbogacaniem własnych umiejętności i doświadczenia zawodowego, które docelowo mają służyć klientowi zgłaszającemu się po pomoc.

Celem wsparcia pracowników w trudnych sytuacjach - Dyrekcja Szpitala powołała natomiast Zespół Interwencji Kryzysowej. Zespół ma za zadanie zapewnienia kompleksowego i natychmiastowego wsparcia psychologicznego oraz organizacyjnego dla pacjentów i personelu medycznego Szpitala, w szczególności personelu oddziałów stacjonarnych psychiatrycznych, w sytuacji wystąpienia nagłych, trudnych i potencjalnie traumatyzujących zdarzeń kryzysowych. Wsparcie Zespołu obejmuje czas wykraczający poza godziny podstawowe pracy personelu psychologicznego w oddziałach. Do głównych zadań Zespołu należy m.in. natychmiastowa reakcja: udzielanie bezpośredniego wsparcia psychologicznego/psychoterapeutycznego, prowadzenie spotkań grupowych (np. grup wsparcia, psychoedukacji). Zespół ma również za zadanie: udzielanie wsparcia psychologicznego personelowi medycznemu (lekarzom, pielęgniarkom, terapeutom, salowym) bezpośrednio zaangażowanemu w zdarzenie kryzysowe lub jego następstwa,

organizowanie i prowadzenie spotkań odreagowujących, sesji odreagowania stresu, psychoedukację personelu w zakresie radzenia sobie ze stresem zawodowym i prewencji wypalenia zawodowego w kontekście pracy z kryzysem.

Dodatkowo Dyrekcja zobowiązała lekarzy kierujący oddziałami do przeszkolenia lekarzy w zakresie informacji zawartych w Protokole stambulskim oraz będzie zachęcała lekarzy do udziału w szkoleniach dotyczących stosowania środków przymusu bezpośredniego. Szkolenia z zakresu stosowania środków przymusu bezpośredniego są oferowane w Szpitalu raz w roku i mogą w nich uczestniczyć również lekarze.

AD. I (ppkt 41-46)

W protokole KMPT w pkt IV lit. I ppkt 41-46 zwrócił uwagę na potrzebę zaprzestania praktyki umieszczania pacjentów na korytarzach i świetlicach w celu wzmożonego nadzoru nad ich stanem. Zadanie uznano za niezrealizowane. W raporcie opisano, że podczas oglądu oddziałów ogólnopsychiatrycznych przedstawicielki KMPT zauważyły, że na korytarzach i w przestrzeniach wspólnych nadal znajdują się łóżka pacjentów. Rozmieszczanie pacjentów w tych miejscach spowodowane jest przede wszystkim brakiem możliwości zapewnienia przez personel medyczny stałego nadzoru nad pacjentami, u których występują myśli samobójcze. Z uwagi na brak dostatecznej liczby monitorowanych pokoi ta grupa pacjentów rozmieszczana jest często na korytarzach oddziałów, w pobliżu pokoi pielęgniarskich, w celu wzmożonego nadzoru nad ich stanem. Powoduje to, że na korytarzach i w przestrzeniach wspólnych umieszczani byli pacjenci bez utrzymania podziału na płeć. Nie zawsze rozstawiono przy tym parawany umożliwiające zasłonięcie łóżka, która to sytuacja miała wpływ na poczucie intymności. Zdaniem KMPT pacjenci przebywający na korytarzach albo w częściach wspólnych oddziałów mieli też gorsze warunki bytowe. Na jednym z oddziałów pacjent, zamiast standardowego łóżka, dysponował jedynie łóżkiem polowym. Niektórzy pacjenci nie mieli szafek przyłóżkowych i przechowywali swoje rzeczy w reklamówkach na łóżkach. Z nagrań z monitoringu wynikało też, że na korytarzach w porze nocnej jest zazwyczaj włączone światło. Utrudnia to pacjentom wypoczynek w porze nocnej.

W raporcie podkreślono jednocześnie, że KMPT ma świadomość występowania braku dostatecznej liczby monitorowanych pomieszczeń i personelu, który mógłby sprawować

zwiększony nadzór nad pacjentami, niemniej jednak zaobserwowana praktyka kreuje obszary ryzyka, mogące prowadzić do niewłaściwego traktowania pacjentów. Szeroka argumentacja w tym zakresie została przedstawiona w raporcie z wizytacji KMPT przeprowadzonej w 2021 r., w którym pierwotnie sformułowano omawiane zalecenie. W związku z powyższym KMPT ponowiło zalecenie zaprzestania umieszczania pacjentów na korytarzach i świetlicach w celu wzmożonego nadzoru nad ich stanem. Jednocześnie KMPT zwróciło się do Dyrektora Szpitala Nowowiejskiego o udzielenie informacji na temat przyjętych w szpitalu rozwiązań mających na celu redukcję wymienionych wyżej obszarów ryzyka.

W odpowiedzi na powyższe Dyrekcja Szpitala wskazuje, że w Szpitalu dokłada się wszelkich starań, aby zapewnić pacjentom bezpieczne warunki hospitalizacji z jednoczesnym poszanowaniem prawa do prywatności. Zgodnie z art. 18 d ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego osobę wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym. W przypadku braku możliwości umieszczenia pacjenta w pomieszczeniu jednoosobowym, osłania się go od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, w tym również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych.

W Szpitalu Nowowiejskim w każdym oddziale psychiatrycznym są po dwie sale jednoosobowe wyposażone w system monitorowania, dodatkowo na wypadek konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego poza tymi salami na wyposażeniu oddziałów są parawany.

Wyjątkowo, w sytuacji braku wolnych łóżek w salach chorych ustawia się łóżka na korytarzach. W oddziałach dostępne są również parawany, planowany jest też zakup kolejnych.

Dyrekcja Szpitala dysponuje ograniczoną liczbą łóżek. W przypadku konieczności przyjęcia większej liczby pacjentów, a w takich sytuacjach priorytetem jest zapewnienie pacjentowi dostępu do koniecznych świadczeń zdrowotnych, przyjmuje się pacjentów pomimo niemożności zapewnienia im optymalnych warunków pobytu. W przypadku kolizji dwóch obowiązków prawnych: prawa do świadczeń zdrowotnych oraz prawa do intymności – podmioty lecznicze kierują się dobrem i bezpieczeństwem pacjentów zapewniają im w pierwszej kolejności świadczenia medyczne adekwatne do potrzeb zdrowotnych. Na powyższe okoliczności Dyrekcja Szpitala nie ma wpływu, dokłada się jednak zawsze wszelkich starań, aby zapewniać pacjentom jak najlepsze warunki pobytowe, w tym przestrzega się zawsze prawa do intymności przy wykonywaniu świadczeń medycznych lub pielęgnacji – do czego służą m.in. parawany.

AD. K (ppkt 50-51)

W protokole KMPT w pkt IV lit. K ppkt 50 - 51 zwrócił uwagę na kwestię demontażu krat okiennych i zastąpienie ich innego rodzaju zabezpieczeniami, które umożliwią bezpiecznie wietrzenie pomieszczeń – przy okazji przeprowadzania kolejnych modernizacji szpitala. Zalecenie powyższe uznano za niezrealizowane.

KMPT uzyskało informację, że stosowanie krat okiennych uzasadniane jest względami bezpieczeństwa. W 2024 r. wystąpiło w szpitalu zdarzenie nadzwyczajne w postaci ucieczki pacjenta przez okno niezabezpieczone kratami, które znajdowało się na korytarzu. W ocenie KMPT zabezpieczenia okien kratą w szpitalach psychiatrycznych może wzbudzać w pacjentach poczucie zagrożenia i izolacji, prowadzić do wytworzenia środowiska przywołującego skojarzenia z systemem penitencjarnym. W związku z powyższym KMPT ponowiło zalecenie dotyczące demontażu krat okiennych i zastąpienia ich innego rodzaju zabezpieczeniami.

W odpowiedzi na powyższe Dyrekcja Szpitala wskazuje, że oddziały Szpitala Nowowiejskiego spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Zgodnie z ww. aktem w oddziałach psychiatrycznych okna w pokojach, w których przebywają pacjenci, są przeszklone od wewnątrz szkłem bezpiecznym, okna zabezpiecza się przed możliwością otworzenia przez pacjentów. Jak wynika z powyższego wymaganiem koniecznym dla zabezpieczenia okien jest przeszklenie ich od wewnątrz szkłem bezpiecznym i zabezpieczenie przed możliwością otworzenia przez pacjentów.

W Szpitalu Nowowiejskim część okien jest zaopatrzona dodatkowo w kraty – celem wzmocnienia bezpieczeństwa pacjentów. Zdaniem Dyrekcji priorytetowym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom. Demontaż krat okiennych może zmniejszyć bezpieczeństwo pacjentów. Szpital jest w posiadaniu dokumentacji dotyczącej wymiany okien, w której zaplanowane są nowe okna o podwyższonej odporności na wandalizm, jednak rozwiązanie to nie zapewnia 100% bezpieczeństwa przed wyważeniem, rozbiciem, czy innym uszkodzeniem.

Reasumując, przy okazji ewentualnych prac remontowych Dyrekcja Szpitala rozważy – mając na uwadze również opinię lekarzy kierujących oddziałami, czy i w jakim zakresie zasadne będzie odejście lub dalsze zminimalizowanie tego rodzaju zabezpieczeń.

AD. L (ppkt 52-53)

W protokole KMPT w pkt IV lit. I ppkt 52 -53 wskazano na przegląd monitoringu pod kątem synchronizacji znaczników czasu i ustawienia prawidłowych dat. Zadanie powyższe uznano za częściowo zrealizowane.

Ustalono, że zalecenie zostało zrealizowane w zakresie ustawienia prawidłowych dat. Wskazano, że czas stosowania środków przymusu bezpośredniego widniejący na nagraniach z monitoringu różnił się od informacji zawartych w analizowanej dokumentacji medycznej pacjentów.

W związku z powyższym KMPT zaleciło przegląd monitoringu pod kątem synchronizacji znaczników czasu.

Odnosząc się do powyższego Dyrekcja wyjaśnia jak w pkt. IV lit. B.

AD. M (ppkt 54 -55)

W protokole KMPT w pkt IV lit. M ppkt. 54 - 55 wskazano na poszerzenie informacji o instytucjach skargowych o dane teleadresowe: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii: 800 676 676), organizacji pozarządowych, właściwego miejscowo sądu opiekuńczego. Zalecenie powyższe uznano za niezrealizowane. Ustalono, że na tablicach ogłoszeń znajdujących się na oddziałach nadal brak jest ww. informacji.

W związku z powyższym KMPT zarekomendowało uzupełnienie informacji o ww. instytucjach stojących na straży praw człowieka o dane teleadresowe.

W odpowiedzi na powyższe Dyrekcja Szpitala informuje, że zgodnie z wytycznymi uzupełniono informację o instytucjach skargowych o dane teleadresowe: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii: 800 676 676).

AD. N (ppkt 56-57)

W protokole KMPT w pkt IV lit. N ppkt 56 - 57 wskazano na potrzebę każdorazowego zapoznawania pacjentów z ich prawami i obowiązkami oraz odbieranie ich podpisów pod wszelkimi oświadczeniami, które są oni w stanie zrozumieć oraz mogą wyrazić w danym zakresie swoją wolę; odnotowywanie w dokumentacji ewentualnych trudności w tym zakresie. Zadanie powyższe uznano za częściowo zrealizowane. KMPT odebrało sygnały o niedostatecznym zapoznaniu niektórych pacjentów z ich prawami. Część pacjentów podpisywała oświadczenia, których treść nie była im w żaden sposób wyjaśniana.

Mając na uwadze powyższe KMPT podtrzymało powyższe zalecenie.

W odpowiedzi na zalecenia z raportu KMPT Dyrekcja Szpitala zwróciła się do lekarzy kierujących Izba Przyjęć i oddziałami przypomnienie pracownikom o konieczności przestrzegania przepisów dotyczących prawa pacjentów do informacji o przysługujących im prawach oraz o odbieraniu oświadczeń pacjenta i właściwym odnotowywaniu powyższych okoliczności w dokumentacji medycznej.

AD. O (ppkt 58-59)

W protokole KMPT w pkt IV lit. O ppkt 58 – 59 wskazano na potrzebę stworzenia broszury na temat praw i obowiązków pacjenta w kilku językach najczęściej spotykanych wśród pacjentów Szpitala Nowowiejskiego. Zalecenie powyższe uznano za częściowo zrealizowane. Ustalono, że na tablicach informacyjnych każdego oddziału znajduje się informacja o prawach pacjenta w języku ukraińskim. Na jednym z oddziałów tego typu informacje są dostępne w języku angielskim, ale nie są one ogólnodostępne – znajdują się w dyżurce pielęgniarek. Podczas wizytacji przedstawicielki KMPT powzięły informacje, że na oddziałach szpitala przebywali pacjenci będący obywatelami Turcji, Bułgarii, Rumunii, czy Republiki Konga. Pacjenci najczęściej porozumiewali się z personelem w języku angielskim albo rosyjskim.

KMPT podtrzymało zalecenie stworzenia broszury na temat praw i obowiązków pacjenta w kilku najpowszechniej spotykanych językach.

W odpowiedzi na zalecenia z raportu KMPT Dyrekcja Szpitala przeanalizuje, jakie jest zapotrzebowanie na dodatkowe tłumaczenie informacji o prawach pacjenta na języki obce.

Obecnie Szpital posiada klauzulę informacyjną RODO w językach: angielskim, ukraińskim, rosyjskim, niemieckim, francuskim, hiszpańskim, portugalskim, włoskim.

Pamiętać przy tym należy, że obecnie uwzględniając dostępność translatorów on - line, które umożliwiają tłumaczenie w czasie rzeczywistym i skuteczne porozumienie się z pacjentami nie używającymi języka polskiego, co oznacza, że informowanie o prawach pacjenta nie stanowi rzeczywistego problemu.

Niezależnie od powyższego Dyrekcja ponownie podkreśla, że kwestia opracowania bazy tłumaczeń informacji o podstawowych prawach pacjenta powinna być rozwiązana ogólnie na poziomie np. Ministerstwa Zdrowia, czy Rzecznika Praw Pacjenta - poprzez opracowanie i udostępnienie bazy tłumaczeń – celem korzystania

przez zainteresowanych pacjentów. Takie rozwiązanie ograniczyłoby koszty poszczególnych podmiotów leczniczych związane ze zleceniem stosownych tłumaczeń.

AD. P (ppkt 60 - 61)

W protokole KMPT w pkt IV lit. P ppkt 60 - 61 wskazano na potrzebę odnotowywania w dokumentacji indywidualnej cudzoziemców, w jakim języku pacjent się komunikuje oraz czy i w jaki sposób zostały mu przekazane najważniejsze informacje na temat pobytu w placówce. Zalecenie powyższe uznano za częściowo zrealizowane. W dokumentacjach pacjentów będących cudzoziemcami różna była praktyka zamieszczania tego typu informacji. Najczęściej poprzestawano na wskazaniu występowania trudności komunikacyjnych oraz określeniu, w jakim języku porozumiewa się pacjent. Nie wszędzie odnotowywano, czy i w jakim zakresie zostały przekazane pacjentom informacje na temat pobytu w placówce. Brak było też przetłumaczonych na inne języki druków oświadczeń, które podpisywali pacjenci innej narodowości. Zachodzi zatem obawa, że pacjenci składali podpis pod tekstem, którego najprawdopodobniej nie rozumieli.

W związku z powyższym KMPT ponownie zarekomendowało odnotowywanie w dokumentacji indywidualnej cudzoziemców, czy i w jaki sposób zostały im przekazane najważniejsze informacje na temat pobytu w placówce.

Powyższe zalecenie zostało przekazane do wiadomości lekarzy kierujących oddziałami celem realizacji.

AD. R (ppkt 63 -64)

W protokole KMPT w pkt IV lit. R ppkt 63 - 64 wskazano na potrzebę zorganizowania zajęć terapeutycznych dla pacjentów w weekendy oraz w tygodniu w godzinach popołudniowych. Zalecenie powyższe uznano za niezrealizowane. Ustalono, że zajęcia nie odbywają się z powodu braku środków finansowych na zatrudnienie personelu w odpowiednim wymiarze etatu. W związku z powyższym KMPT podtrzymało powyższe zalecenie.

W odpowiedzi na powyższe Dyrekcja wskazuje, że ewentualna organizacja zajęć terapeutycznych dla pacjentów w dodatkowych godzinach w dni wolne oraz w godzinach popołudniowych wiąże się z dodatkowymi kosztami. Szpital realizuje gwarantowane świadczenia zdrowotne – finansowane ze środków publicznych. Jedynym płatnikiem ww. świadczeń jest Narodowy Fundusz Zdrowia, a zważywszy na powszechne niedofinansowanie

świadczeń zdrowotnych – podmioty lecznicze nie mają możliwości sfinansowania dodatkowych zajęć.

AD. S (ppkt 65 - 66)

W protokole KMPT w pkt IV lit. S ppkt 65 - 66 wskazano na potrzebę stworzenia miejsca do spacerów, które będzie zapewniało odpowiedni poziom bezpieczeństwa, a tym samym umożliwi znacznie częściej i większej liczbie pacjentów możliwość korzystania z tej formy spędzania wolnego czasu.

Zalecenie powyższe uznano za niezrealizowane. Delegacja KMPT ustaliła, że spacerowanie pacjentów nadal odbywają się raz dziennie od poniedziałku do piątku. Zazwyczaj spacer trwa około godziny. Pacjenci wychodzą grupami pod nadzorem terapeuty zajęciowego. Od czasu wizytacji KMPT przeprowadzonej w szpitalu w 2021 r. nadal nie wyodrębniono odpowiednio bezpiecznego miejsca do spacerów, które umożliwiłoby znacznie częstszą i większej liczbie pacjentów możliwość korzystania z tej formy spędzania wolnego czasu.

W związku z powyższym KMPT ponowiło rekomendację zawartą w raporcie z 2022 r.

W odpowiedzi na powyższe Dyrekcja Szpitala informuje, że w Szpitalu Nowowiejskim pacjenci mają zorganizowane bezpieczne miejsce przeznaczone do rekreacji. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą - wymaganiem dla oddziału psychiatrycznego jest m.in. dostęp do terenu przeznaczonego na cele terapeutyczno-rekreacyjne. Dodatkowo Dyrekcja informuje, że Szpital w sierpniu 2025 r. podpisał umowę z wykonawcą zadania pn.: „Zagospodarowanie przestrzenne terenu ZOLP w Rasztowie oraz Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie” w ramach projektu pn.: „Zielona przestrzeń przy wojewódzkich podmiotach leczniczych”, dzięki czemu powstanie dodatkowa przestrzeń do spacerów i odpoczynku dla pacjentów.

AD. T (ppkt 67 – 68)

W protokole KMPT w pkt IV lit. T ppkt 67 - 68 wskazano na potrzebę umożliwienia pacjentom skorzystania z możliwości wyjścia na spacer także w weekendy. Zalecenie powyższe uznano za niezrealizowane

Ustalono, że spacerowanie w weekendy odbywają się tylko w obecności członków rodziny pacjenta. Brak jest personelu, który mógłby asystować pacjentom w spacerach w weekend.

W związku z powyższym KMPT podtrzymało zalecenie dotyczące umożliwiania wszystkim pacjentom

skorzystania ze spacerów w weekendy.

Odpowiedź jak w pkt IV lit. R.

AD. U (ppkt 69 – 70)

W protokole KMPT w pkt IV lit. U ppkt 69 -70 wskazano na potrzebę wprowadzenie spotkań społeczności terapeutycznej na każdym z oddziałów.

Zalecenie powyższe uznano za częściowo zrealizowane. Ustalono, że na oddziale IV nie odbywały się spotkania społeczności terapeutycznej.

W związku z powyższym KMPT zaleciło prowadzenie spotkań społeczności terapeutycznej na wszystkich oddziałach.

Dyrekcja dołoży starań, aby spotkania terapeutyczne były prowadzone w każdym z oddziałów.

AD. W (ppkt 72 -73)

W protokole KMPT w pkt IV lit. W ppkt 72 -73 wskazano na potrzebę uzupełnienia wyposażenia pokoi w meble, które umożliwią każdemu pacjentowi przechowywanie rzeczy osobistych. Zalecenie powyższe uznano za częściowo zrealizowane. Ustalono, że pacjenci nadal przechowywali rzeczy osobiste w szafkach przyłóżkowych, na parapetach, pod łózkami albo na łózkach. W wielu pokojach co prawda znajdowały się szafy przeznaczone do wspólnego użytku, ale często pozostawały one puste. Pacjenci nie byli skłonni przechowywać tam należących do nich przedmiotów z obawy przed kradzieżami. Szafy nie były również stabilne. Przedstawicielki KMPT przekonały się o tym w trakcie oglądu sal pacjentów. Podczas otwierania drzwiczek jednej z szaf zaczęła się ona przechylać niebezpiecznie w kierunku łóżka jednego z pacjentów. Pacjenci nie mieli także możliwości zamykania swoich rzeczy osobistych na klucz. Zastane rozwiązania nie spełniały w ocenie KMPT w praktyce swojej funkcji.

W związku z powyższym KMPT ponowiło zaleca wyposażenie pokoi w meble, które umożliwią każdemu pacjentowi przechowywanie rzeczy osobistych pod kluczem.

W odpowiedzi na powyższe Dyrekcja wskazuje, że pacjenci Szpitala Nowowiejskiego mają

możliwość przechowywania swoich rzeczy osobistych, które wnoszą ze sobą do oddziału - w szafkach przyłóżkowych. Dodatkowo pacjenci mają możliwość składania rzeczy wartościowych do depozytu, a odzieży wierzchniej do magazynu rzeczy. Podkreślenia wymaga, że podmiot leczniczy dysponuje ograniczonymi możliwościami lokalowymi. Pokoje pacjentów zazwyczaj są bardzo małe, a wspólne szafy nie są z reguły wykorzystywane i stoją puste. W salach nie ma miejsc na dostawienie kolejnych szafek, zamykanych na klucz.

AD. Y (ppkt 75 – 76)

W protokole KMPT w pkt IV lit. Y ppkt 75 – 76 zwrócono uwagę na potrzebę pełnego dostosowania placówki, podczas najbliższych remontów, do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Zalecenie powyższe uznano za niezrealizowane. Ustalono, że wykonywane są jedynie drobne prace remontowe. Mając na uwadze powyższe KMPT zaleciło realizację powyższej rekomendacji.

W odpowiedzi na powyższe Dyrekcja Szpitala informuje, że przy planowanych inwestycjach uwzględnione zostaną dalsze działania dotyczące dostosowywania pomieszczenia dla osób z niepełnosprawnościami. Komunikacja wewnątrz oddziałów dostosowana jest do potrzeb osób niepełnosprawnych. Podjazd i winda dla osób niepełnosprawnych są usytuowane przy wejściu do Izby Przyjęć.

Podnoszenie dostępności placówki dla osób z niepełnosprawnościami jest zawsze brane pod uwagę na etapie planowanych prac budowlano – remontowych. Remonty i inwestycje planuje się w Szpitalu z uwzględnieniem potrzeb pacjentów, ale również dostępnych na ww. cel środków. Szpital boryka się z niedoborami finansowymi, co przekłada się na coroczną stratę finansową, a w takich realiach prace remontowe nie zawsze mogą być prowadzone w zakresie i tempie adekwatnym do potrzeb modernizacyjnych.

AD VII

W protokole KMPT w pkt VII lit. zawarł informacje na temat kwestii niezwiązanych z weryfikacją zaleceń, a dotyczące bezpieczeństwa. Opisano kwestię instalacji przyzywowej w pomieszczeniach rekomendując zamontowanie ww. instalacji we wszystkich pomieszczeniach, w których przebywają pacjenci.

Dodatkowo KMPT zwróciło się o udzielenie informacji, czy zakończyło się postępowanie wyjaśniające związane z wydarzeniem z kwietnia 2025 roku.

W odpowiedzi na powyższe Dyrekcja Szpitala informuje, że postępowanie wewnętrzne dotyczące zdarzenia niepożądanego z kwietnia 2025 roku – nie zostało jeszcze zakończone. Postępowanie prowadzi Komisja ds. Zdarzeń Niepożądanych. W przedmiotowej sprawie prowadzone jest postępowanie przygotowawcze przez Prokuraturę Okręgową w Warszawie.

Dodatkowo Dyrekcja wyjaśnia, że szpital ściśle współpracuje z organami ścigania w zwalczaniu i zapobieganiu rozprowadzania i zażywania substancji psychoaktywnych na terenie Szpitala Nowowiejskiego. O każdej budzącej podejrzenie sytuacji podmiot leczniczy informuje organy ścigania, wielokrotnie w sytuacji podejrzenia przemytu narkotyków na teren Szpitala były przeprowadzane przeszukania przez funkcjonariuszy Policji łącznie z wykorzystaniem psów wyszkolonych do wyszukiwania narkotyków. Do identyfikacji substancji niewiadomego pochodzenia niezbędne jest laboratorium toksykologiczne (Policja po zabezpieczeniu takich substancji przekazuje je odpowiedniego laboratorium).

Odnosząc się do instalacji przyzywowej Dyrekcja w porozumieniu z lekarzami kierującymi oddziałami rozważy zasadność dodatkowej lokalizacji ww. instalacji.

2 kypresami seacubru


DYREKTOR
Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu
Publicznych Zakładów Psychiatrycznej
Opieki Zdrowotnej w Warszawie

Cezary Kostrzewa



Warszawa, 07-01-2026 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.574.2.2025.RKU

Pan

Cezary Kostrzewa

Dyrektor

**Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu
Publicznych Zakładów Psychiatrycznej
Opieki Zdrowotnej**

Szanowny Panie Dyrektorze,

uprzejmie dziękuję za odpowiedź i zajęcie stanowiska w sprawie raportu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT) z rewizytacji w Samodzielnym Wojewódzkim Zespole Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie przy ul. Nowowiejskiej 27 (dalej: Szpital).

Po zapoznaniu się z treścią nadesłanego pisma, w ocenie KMPT koniecznym stało się kontynuowanie korespondencji związanej z wydanymi rekomendacjami.

Wydaje się, że zalecenie wymienione w pkt 33 raportu zostało mylnie zrozumiane. Celem rekomendacji nie było, aby lekarze w toku bieżącej pracy weryfikowali występujące rozbieżności pomiędzy zapisami czasu odnotowanymi w dokumentacji medycznej pacjentów, a tymi ujawnionymi na nagraniach z monitoringu. Zalecenie KMPT dotyczyło rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej odnoszącej się do stosowania przymusu bezpośredniego, w szczególności uwzględnienia art. 18e ust. 2 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia

psychicznego¹ (dalej: u.o.z.p.) przy dokonywaniu przez lekarzy oceny zasadności jego zastosowania oraz § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi².

Z analizowanej dokumentacji medycznej pacjentów, wobec których stosowano unieruchomienie i izolację nie wynikało, aby przy ocenie zastosowania tych środków uwzględniano nagrania z monitoringu. Dlatego też Krajowy Mechanizm zadał w pkt 32 pytanie o przyjętą w Szpitalu praktykę, tzn. czy lekarze oceniający proces stosowania przymusu bezpośredniego biorą pod uwagę nagrania z monitoringu. Zdaniem KMPT rzetelna ocena prawidłowości zastosowanej procedury oraz przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego wymaga kontroli wykonania tych czynności poprzez zapoznanie się przez lekarzy z nagraniami z monitoringu. Zwłaszcza w kontekście dostrzeżonych przez przedstawicielki KMPT nieprawidłowości w stosowaniu przymusu bezpośredniego, które nie dotyczyły wyłącznie zapisu czasu.

Z nadesłanej odpowiedzi nie wynika także, czy doszło do zmiany w obowiązującej Procedurze stosowania przymusu bezpośredniego. Przytoczeniu treści przepisów u.o.z.p. oraz fragmentu pisma Ministerstwa Zdrowia³, nie towarzyszyło wyrażenie stanowiska co do wydanej przez KMPT rekomendacji, tj. konieczności uwzględnienia w procedurze zapisu o uzyskaniu opinii innego lekarza psychiatry już w momencie pierwszego przedłużenia stosowania środków przymusu bezpośredniego. Taki obowiązek wynika wprost z treści art. 18a ust. 10 u.o.z.p.

Dodatkowo wskazuję, że odpowiedź na raport nie zawiera odniesienia do zalecenia sformułowanego w pkt 49. Ponadto część zaleceń w momencie przekazania odpowiedzi była w trakcie realizacji, tym samym upływ czasu pozwala sądzić, że stopień ich realizacji zmienił się.

Mając na uwadze powyższe, na podstawie art. 22 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 18 grudnia 2002 r.⁴ oraz art. 1 ust. 4 i 17c ustawy z 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich⁵, zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 917.

² Dz. U. z 2023 r. poz. 731.

³ Pismo Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wojciecha Koniecznego; znak: ZPP.6143.132.2025.DL

⁴ Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192.

⁵ Dz. U. z 2024 r., poz. 1264 ze zm.

1. Czy zmieniono procedurę dotyczącą stosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z zaleceniami KMPT?
2. Czy dokonano analizy jakie jest zapotrzebowanie na tłumaczenia na języki obce informacji o prawach pacjenta? A jeśli tak, to jaki jest wynik tej analizy?
3. Na jakim etapie jest realizacja projektu pn. „Zielona przestrzeń przy wojewódzkich podmiotach leczniczych”?
4. Czy na oddziale IV wznowiono spotkania społeczności terapeutycznej?
5. Czy zakończyło się już postępowanie wyjaśniające związane z zatruciem się pacjentów substancjami nieznanego pochodzenia w kwietniu 2025 r.? A jeśli tak, to jaki był jego wynik?
6. Czy Szpital Nowowiejski otrzymał w 2025 r. środki na realizację zaleceń od Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie?

Proszę o udzielenie odpowiedzi w terminie 14 dni od dnia otrzymania pisma oraz odniesienie się do zalecenia zawartego w pkt 49 raportu.

Z poważaniem

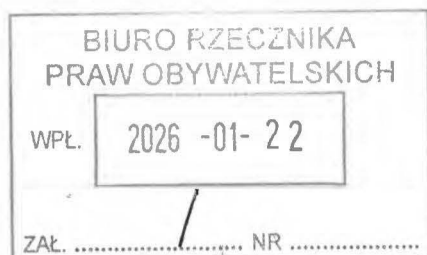
Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/

DPO. 090. 1. 2026

Warszawa dn.19.01.2026 r.

RPW/5035/2026 P
Data:2026-01-22

Pani
Katarzyna Kopystyńska
Zastępczyni Dyrektora Zespołu
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur
al. Solidarności 77
00-090 Warszawa

Dotyczy: KMPT.574.2.2025.RKU

W odpowiedzi na pismo nr KMPT.574.2.2025.RKU otrzymane w dniu 07.01.2026 r.
– Dyrekcja Szpitala Nowowiejskiego przesyła odpowiedź na zadane pytania.

Pytanie nr 1

Czy zmieniono procedurę dotyczącą stosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z zaleceniami KMPT?

Odpowiedź:

Procedura P-8.5-09 Stosowanie przymusu bezpośredniego jest w trakcie aktualizacji, z uwzględnieniem zalecenia KMPT i dopisania np. w pkt 5.3.12 procedury treści w brzmieniu „Przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na każdy z kolejnych okresów, o których mowa w ust. 8 i 9 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, wymaga uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą”.

Pytanie 2

Czy dokonano analizy jakie jest zapotrzebowanie na tłumaczenia na języki obce informacji o prawach pacjenta? A jeżeli tak, to jaki jest wynik tej analizy?

Odpowiedź:

W Szpitalu Nowowiejskim obowiązuje Instrukcja IN-8.2.1-01 Porozumiewanie się z pacjentami obcojęzycznymi, wyd. III, z dn. 30.06.2020 r., która ustala sposób postępowania w czasie przyjęcia pacjenta nieporozumiewającego się w języku polskim. Natomiast „Deklaracja znajomości języków”, będąca załącznikiem do Instrukcji, jest uzupełniana na bieżąco, w czasie przyjmowania nowego pracownika do pracy, który deklaruje znajomość języka obcego i stopień jego zaawansowania. Ponadto, funkcjonuje „Zestawienie znajomości języków obcych wśród personelu Szpitala Nowowiejskiego”, będące załącznikiem do Instrukcji, które jest aktualizowane w miarę potrzeb, nie rzadziej niż raz na rok. Obecnie Instrukcja jest w trakcie aktualizacji.

Pytanie nr 3

Na jakim etapie jest realizacja projektu pn. „Zielona przestrzeń przy wojewódzkich podmiotach leczniczych”?

Odpowiedź:

Projekt „Zielona przestrzeń przy wojewódzkich podmiotach leczniczych” został wykonany w 2025 r.

Pytanie nr 4

Czy na oddziale IV wznowiono spotkania społeczności terapeutycznej?

Odpowiedź:

Tak, wznowiono zebrania społeczności terapeutycznej w Oddziale IV Psychiatrycznym. Odbywają się we wtorki o godzinie 10:00.

Pytanie nr 5

Czy zakończyło się już postępowanie wyjaśniające związane z zatruciem się pacjentów substancjami nieznanego pochodzenia w kwietniu 2025 r.? A jeżeli tak, to jaki był jego wynik?

Odpowiedź:

Do Szpitala Nowowiejskiego nie wpłynęła żadna informacja w tej sprawie.

Pytanie nr 6

Czy Szpital Nowowiejski otrzymał w 2025 r. środki na realizację zaleceń od Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie?

Odpowiedź:

Zgodnie z art. 114 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w 2025 r. Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego udzielił wsparcia finansowego Szpitalowi m.in. w zakresie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, inwestycji w zakresie monitoringu wizyjnego jak również udzielił wsparcia finansowego na zagospodarowanie terenów zielonych.

pkt. 49 raportu

KMPT zaleca udostępnienia artykułów menstruacyjnych bezpośrednio w toaletach dla kobiet.

K. Demontaż krat okiennych i zastąpienie ich innego rodzaju zabezpieczeniami, które umożliwią bezpieczne wietrzenie pomieszczeń – przy okazji przeprowadzania kolejnych modernizacji szpitala.

Odpowiedź:

Materiały menstruacyjne zostały umieszczone w pomieszczeniach, do których pacjentki mają stały dostęp. Umieszczenie materiałów menstruacyjnych w każdej łazience powodowało awarie toalet – materiały te były wrzucane do toalet.

W Szpitalu nie przeprowadzono kolejnych modernizacji, w związku z czym, wnioskowany demontaż krat okiennych nie został zrealizowany.

2 *Nowowiejski*
DYREKTOR
Szpitala Nowowiejskiego
ul. ...
00-000 Warszawa
[Signature]
Cezary Kosciuszko



Warszawa, 18-02-2026 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.574.2.2025.RKU

Pan

Cezary Kostrzewa

Dyrektor

**Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu
Publicznych Zakładów Psychiatrycznej
Opieki Zdrowotnej**

Szanowny Panie Dyrektorze,

uprzejmie dziękuję za nadesłanie odpowiedzi na pytania zawarte w piśmie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur datowanym na 7 stycznia 2026 r.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur jest nadal zainteresowany wynikiem postępowania, o którym mowa w pytaniu nr 5, dlatego zwracam się ponownie z prośbą o przekazanie dodatkowych informacji na temat postępowania wewnętrznego prowadzonego w Szpitalu Nowowiejskim przez Komisję ds. Zdarzeń Niepożądanych, w szczególności na jakim jest obecnie etapie. Jeśli postępowanie to zostało zakończone, proszę o podanie jego wyniku, a także przekazanie pisemnych ustaleń Komisji ds. Zdarzeń Niepożądanych dotyczących zdarzenia z kwietnia 2025 r. mającego miejsce na Oddziale III Szpitala.

Proszę o nadesłanie ww. informacji w terminie 7 dni od dnia otrzymania pisma.

Z poważaniem

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/

DPO.090.3.2026

Warszawa, dnia 23 lutego 2026 roku

RPW/14650/2026 P
Data: 2026-02-27

WPL.	2026 -02- 27	P.W.
ZaŁ. NR		

Biuro
Rzecznika Praw Obywatelskich
Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
ul. Solidarności 77

00-090

Dotyczy pisma znak:
KMPT.574.2.2025.RKU



Niniejszym, w odpowiedzi na pismo z Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, z dnia 18 lutego 2026 roku, znak: KMPT.574.2.2025.RKU – dotyczące Raportu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur - Dyrekcja Szpitala Nowowiejskiego przedkłada poniżej wyjaśnienia w sprawie.

Dyrekcja Szpitala informuje, że zdarzenie z kwietnia 2025 roku było zgłoszone Zespołowi ds. Zdarzeń Nieporządných oraz, zgodnie z właściwością i kompetencjami, do Komisji ds. analizy zgonów.

Na wstępie podkreślenia wymaga, że do dnia przygotowania niniejszej odpowiedzi Szpital nie pozyskał informacji potwierdzającej, czy i jakie substancje psychoaktywne przyjęli pacjenci oraz w jakich okolicznościach zostały one przekazane pacjentom. W przypadku pozyskania takich informacji - postępowanie Zespołu ds. Zdarzeń Niepożądanych będzie mogło zostać wznowione i uzupełnione.

Niezależnie od powyższego, Dyrekcja informuje, że w związku ze zgonem jednego z pacjentów Komisja ds. zgonów we współpracy z Zespołem ds. Zdarzeń Nieporządných dokonała analizy dokumentacji medycznej oraz wysłuchała wyjaśnień personelu medycznego Oddziału III Psychiatrycznego.

W ramach ww. postępowania wzięto pod uwagę stan zdrowia pacjenta i przebieg dotychczasowego leczenia. Komisja przeanalizowała w sposób szczegółowy okoliczności i reakcję personelu w związku ze stwierdzeniem nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta w dniu 12 kwietnia 2025 roku.

W ramach przeprowadzonego postępowania ustalono w jakich okolicznościach stwierdzono pogorszenie się stanu zdrowia pacjenta oraz jakie czynności były kolejno podejmowane przez personel medyczny.

Komisja na podstawie przeprowadzonego postępowania - w odniesieniu do postępowania personelu medycznego nie stwierdziła zaniedbań.

Wnioski ww. Komisji uznał również Zespół ds. Zdarzeń Niepożądanych – w zakresie ustaleń co do stanu faktycznego oraz oceny wdrożonych działań personelu medycznego.

Zdaniem Dyrekcji Szpitala, w odpowiedzi na stwierdzone zagrożenie, polegające na nagłym pogorszeniu stanu zdrowia pacjentów – pracownicy Oddziału III Psychiatrycznego postępowali prawidłowo.

W szczególności, natychmiast podjęto konieczne działania mające na celu odwrócenie niebezpieczeństwa. Pracownicy działali sprawnie, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i adekwatnie do stanu zdrowia pacjentów.

Dyrekcja Szpitala zapewnia, że w przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego pracownicy medyczni Szpitala niezwłocznie podejmują działania mające na celu ochronę życia lub zdrowia pacjentów. W sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia w postaci niewydolności oddechowo – krążeniowej personel podejmuje wewnątrzszytalne zabiegi ratujące życie (ILS), w tym resuscytację krążeniowo - oddechową.

Stosownie do posiadanej akredytacji CMJ oraz wdrożonego systemu zarządzania jakością ISO Szpital Nowowiejski jest wyposażony w wymaganą przepisami prawa oraz standardami akredytacyjnymi aparaturę i leki do prowadzenia resuscytacji, zapewnia wymagane rozwiązania organizacyjne i logistyczne a personel medyczny jest odpowiednio systematycznie szkolony w zakresie ILS. W przypadku konieczności zapewniania pacjentom kontynuacji leczenia w szpitalu wielospecjalistycznym lekarz podejmuje decyzję o przewiezieniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego, a w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia w tym celu wzywa Zespół Ratownictwa Medycznego.

Personel medyczny reaguje w granicach przewidzianych przez przepisy prawa na wszelkie sygnały mogące świadczyć o posiadaniu lub zażyciu przez pacjentów substancji niedozwolonych - pacjenci są objęci całodobową opieką i nadzorem. W sytuacji podejrzenia popełnienia czynu zabronionego Szpital dodatkowo niezwłocznie zawiadamia organy ścigania. Podkreślenia przy tym wymaga, że każdy przypadek podejrzenia wniesienia na teren Szpitala substancji psychoaktywnych lub ich zażycia przez pacjenta jest natychmiastowo zgłaszany Policji. W takiej sytuacji organy ścigania prowadzą, niezależnie od wewnętrznych postępowań wyjaśniających, stosowne czynności zarówno na miejscu zdarzenia, jak i dalsze dochodzenie w sprawie. W przypadku podejrzenia zażycia substancji psychoaktywnych Policja, czy też Prokuratura dysponuje szerszymi możliwościami prowadzenia postępowania dowodowego, w szczególności dostępem do wyników ewentualnego badania

sekcyjnego, analiz biochemicznych podejrzanych substancji, możliwością przesłuchiwanie świadków, zatrzymywania i przesłuchiwanie podejrzanych.

W sytuacji podjęcia czynności przez organy ścigania personel Szpitala ściśle współpracuje z funkcjonariuszami prowadzącymi sprawę i pozostaje do ich dyspozycji zarówno na miejscu zdarzenia, które jest odpowiednio zabezpieczone do czasu zakończenia czynności, jak również w późniejszym etapie przekazywania wszelkich istotnych dla postępowania informacji.

W Szpitalu podejmuje się wszelkie dostępne organizacyjnie i prawnie działania mające na celu uniemożliwienie przekazywania pacjentom nielegalnych substancji

Reasumując, w Szpitalu Nowowiejskim nie stwierdzono dotychczas zaniechań odnośnie realizacji ww. obowiązków, w szczególności w zakresie zapobiegania wnoszenia na teren oddziałów substancji niebezpiecznych, reakcji personelu w obliczu stwierdzenia nagłego pogorszenia się stanu zdrowia pacjentów w tym wdrożenia adekwatnych działań medycznych oraz współpracy z zawiadomionymi o podejrzeniu popełnienia czynu zabronionego funkcjonariuszami organów ścigania.

Niezależnie od powyższego Dyrekcja Szpitala zwraca uwagę Rzecznika Praw Obywatelskich na istotny problem prób nielegalnego przekazywania substancji psychoaktywnych do szpitali psychiatrycznych, których pacjenci z uwagi na specyfikę chorób psychicznych, często borykają się z zaburzeniami współistniejącymi w postaci uzależnień od alkoholu lub substancji psychoaktywnych.

Należy pamiętać, że szpitale psychiatryczne są szczególnie narażone na próby przekazywania pacjentom tego rodzaju substancji, a przed personelem tych podmiotów spoczywa trudne zadanie zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa.

W obliczu tego rodzaju zagrożeń w Szpitalu podejmuje się wszelkie dostępne organizacyjnie i prawnie działania mające na celu uniemożliwienie przekazywania pacjentom nielegalnych substancji. Przede wszystkim zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu regulaminami wewnętrznymi obowiązuje całkowity zakaz wnoszenia na teren szpitala alkoholu i substancji psychoaktywnych. Rzeczy pacjentów przyjmowanych do Szpitala, które pacjent zabiera ze sobą na oddział są poddawane kontroli, podobnie jak przekazywane pacjentom w czasie hospitalizacji paczki.

Możliwości kontrolne personelu Szpitala są jednak ograniczone – w tym Szpital nie ma prawa do przeszukiwania rzeczy osób odwiedzających pacjentów oraz w żaden sposób ograniczać prawa pacjentów do kontaktów, ani możliwości kontroli korespondencji (art. 13 u.o.o.z.p.) m.in. w formie sms, ponieważ w ten sposób najczęściej dochodzi do „zamawiania” nielegalnych substancji do oddziałów szpitalnych. Szpital również nie ma prawa do odbierania i deponowania telefonów komórkowych na czas hospitalizacji.

Pamiętać przy tym należy, że pacjentom przysługuje prawo do tzw. odwiedzin. Zgodnie z art. 33 ust. 1 u.p.p. - pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo m.in. do kontaktu osobistego z innymi

osobami. Powyższe prawo może zostać ograniczone wyłącznie w ustawowo przewidzianych przypadkach. Prawo do odwiedzin jest prawem fundamentalnym, a możliwość kontaktu ma dobroczynny wpływ na pacjentów, zwłaszcza długotrwale hospitalizowanych, jednak wejście osób trzecich na teren Szpitala wiąże się z wysokim ryzykiem prób wnoszenia substancji niedozwolonych, a personel Szpitala z uwagi na ograniczenia prawne nie ma możliwości skutecznego, całkowitego zapobieżenia tego rodzaju działaniom.

Kwestia wzmocnienia nadzoru nad bezpieczeństwem pacjentów ma zatem charakter istotny i została uwzględniona w projekcie nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w której jest przewidziane wprowadzenie podstaw prawnych dla przeprowadzania kontroli osobistej i pobieżnej pacjentów – czynności dotychczas wykonywanych wyłącznie na podstawie regulaminów wewnętrznych, co najczęściej spotyka się z odmową osób mających zostać poddanych kontroli i żądaniu podstaw prawnych.

W dyskusji o obronie praw pacjenta i obywatela, podejmowanej obecnie w debacie publicznej, należy pamiętać, że szpitale nie mają zapewnionych, adekwatnych do powyższych zagrożeń instrumentów ochrony bezpieczeństwa pacjentów. Zatem regulacje prawne pozwalające wzmocnić bezpieczeństwo pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych, w szczególności poprzez jasne określenie praw i obowiązków spoczywających na tych podmiotach – wydają się pilne i konieczne.

2 wyosami Szanunku
DYREKTOR
Samodzielnego Wojewódzkiego
Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej
Cezar Urzawa

Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie
Departament Zdrowia i Polityki Społecznej
ul. ks. I. Kłopotowskiego 5, 03-718 Warszawa
Telefon: 22 59 79 900, zdrowie@mazovia.pl | ePUAP | e-Doręczenia | mazovia.pl



RPW/67161/2025 P
Data: 2025-09-12



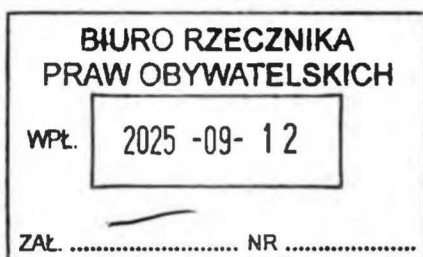
P 4790732

Warszawa, 9 września 2025 roku

ZD-I.9024.110.2025.PR

Data Państwa pisma: 14.08.2025 r.

Znak Państwa pisma: KMPT.574.2.2025.RK



Pan
RAFAŁ KULAS
Dyrektor
Zespołu Krajowego Mechanizmu
Prewencji Tortur

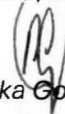
Dotyczy: odniesienia się do zaleceń przekazania wsparcia finansowego Samodzielnemu Wojewódzkiemu Zespołowi Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie

Szanowny Panie!

Nawiązując do korespondencji w zakresie odniesienia się do zaleceń przekazania wsparcia finansowego na rzecz Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Warszawie uprzejmie informuję, że Samorząd Województwa Mazowieckiego udzielił szpitalowi w 2022 . wsparcia finansowego w kwocie 6 847 354,38 zł m.in. na modernizację Poradni Zdrowia Psychicznego. W 2023 r. była to kwota 2 883 280,85 zł m.in. na modernizację monitoringu wizyjnego i wymianę stolarki okiennej. W 2024 r. Samorząd Województwa Mazowieckiego udzielił szpitalowi wsparcia finansowego w kwocie 5 765 161,72 zł na realizację zaplanowanej modernizacji budynku.

Mając na uwadze, jak ogromne znaczenie ma zgodna z poszanowaniem praw człowieka i praw pacjenta realizacja świadczeń z zakresu psychiatrii, Samorząd Województwa Mazowieckiego nieustannie dąży do poprawy jakości udzielania świadczeń w podmiotach leczniczych, dla których Województwo Mazowieckie jest podmiotem tworzącym lub w którym posiada udziały, zapewniając tym samym wsparcie finansowe.

Z poważaniem
Dyrektor Departamentu Zdrowia
i Polityki Społecznej


Agnieszka Gónczaryk

Podstawa prawna

Art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r., poz. 450 t. j.).

Osoba do kontaktu

[REDACTED]

Klauzula informacyjna

Administratorem danych osobowych jest Województwo Mazowieckie, dane kontaktowe: Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa, tel. 22 5979 100, urzed_marszalkowski@mazovia.pl, ePUAP, e-Doręczenia.

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować pisząc na adres iod@mazovia.pl.

Dane osobowe:

- 1) będą przetwarzane na podstawie interesu publicznego/sprawowanej władzy publicznej (art. 6 ust. 1 lit e RODO), co wynika z ustawy o samorządzie województwa oraz ustawy Kodeks postępowania administracyjnego, w celu prowadzenia korespondencji (w tym udzielenia odpowiedzi);
- 2) mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom świadczącym obsługę administracyjno-organizacyjną Urzędu;
- 3) będą przechowywane nie dłużej niż to wynika z przepisów ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

W granicach i na zasadach określonych w przepisach prawa przysługuje prawo:

- 1) żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania;
- 2) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją;
- 3) złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, (adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie może wiązać się z brakiem możliwości kontaktu.



Warszawa, 07-01-2026 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.574.2.2025.RKU

Pan

Adam Struzik

Marszałek Województwa Mazowieckiego

Urząd Marszałkowski Województwa

Mazowieckiego w Warszawie

Szanowny Panie Marszałku,

uprzejmie dziękuję za nadesłanie odpowiedzi na raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT) z ponownej wizytacji w Samodzielnym Wojewódzkim Zespole Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie przy ul. Nowowiejskiej 27 (dalej: Szpital Nowowiejski).

Pragnę wskazać, że w przedmiotowym raporcie Krajowy Mechanizm rekomendował przekazanie wsparcia finansowego niezbędnego do zrealizowania potrzeb wizytowanej placówki, o których mowa w raporcie. Z nadesłanego przez Urząd Marszałkowski pisma nie wynika natomiast, czy zalecenie to zostało zrealizowane, a jeśli tak, to w jakiej wysokości były to środki pieniężne i jaki wskazano cel ich przeznaczenia.

Mając na uwadze powyższe, działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich wykonującego funkcję krajowego mechanizmu prewencji, na podstawie art. 22 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 18 grudnia

2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192) oraz art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r., poz. 1264 ze zm.), ponownie zwracam się z prośbą o odniesienie się do zalecenia wskazanego w pkt VIII B raportu do 31 grudnia 2025 r.

Z poważaniem

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/

Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie
Departament Zdrowia i Polityki Społecznej
ul. ks. I. Kłopotowskiego 5, 03-718 Warszawa
Telefon: 22 59 79 900, zdrowie@mazovia.pl | [ePUAP](#) | [e-Doręczenia](#) | mazovia.pl



Warszawa, 3 lutego 2026 roku

ZD-I.9024.110.2025.PR

Data Państwa pisma: 7.01.2026 r.

Znak Państwa pisma: KMPT.574.2.2025.RKU

Pan
RAFAŁ KULAS
Dyrektor
Zespołu Krajowego Mechanizmu
Prewencji Tortur

Dotyczy: raportu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Szanowny Panie Dyrektorze!

nawiązując do korespondencji w zakresie odniesienia się do zaleceń przekazania wsparcia finansowego na rzecz Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie zapewniam, że nadrzędnym celem zarówno Dyrekcji Szpitala, jak i Samorządu Województwa Mazowieckiego, jest zagwarantowanie pacjentom opieki medycznej na najwyższym poziomie. Podejmowane działania koncentrują się na systematycznym podnoszeniu standardów leczenia oraz modernizacji infrastruktury placówki, tak aby proces powrotu do zdrowia przebiegał w optymalnych i komfortowych warunkach.

Podmiot leczniczy złożył do Urzędu Marszałkowego Województwa Mazowieckiego w Warszawie wnioski o sfinansowanie inwestycji pn.: „Modernizacja Oddziału I Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie przy ul. Nowowiejskiej 27 w Warszawie. Etap I - dokumentacja” oraz „Budowa budynku modułowego trzykondygnacyjnego z przeznaczeniem na działalność medyczną na terenie Szpitala Nowowiejskiego przy ul. Nowowiejskiej 27 w Warszawie. Etap I – dokumentacja”. Realizacja ww. wniosków pozwoli Szpitalowi zainicjowanie procesu inwestycyjnego mającego na celu poprawę infrastruktury, a także umożliwi w przyszłości wprowadzenie zalecanych zmian w zakresie poprawy warunków socjalno – bytowych pacjentów. Proces inwestycyjny, ze względu na swój wieloetapowy charakter oraz konieczność dopełnienia licznych procedur formalno-prawnych, stanowi przedsięwzięcie o wysokim stopniu złożoności. Należy podkreślić, że realizacja poszczególnych faz inwestycji wymaga zachowania należytej staranności oraz odpowiednich ram czasowych.

Kluczowym kryterium determinującym kolejność podejmowanych działań będzie zapewnienie ciągłości oraz wysokiej jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, tak aby procesy modernizacyjne nie wpływały negatywnie na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

Podjęcie ostatecznych decyzji dotyczących dofinansowania ww. wniosków inwestycyjnych zapadnie po przedłożeniu przez Dyрекcję Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie Zarządowi Województwa Mazowieckiego kompleksowej koncepcji rozwoju oraz niezbędnych modernizacji, które pozwolą na optymalne wykorzystanie zasobów podmiotu leczniczego.

Z poważaniem
Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia
i Polityki Społecznej

Marzena Cendrowska
podpisano kwalifikowanym podpisem
elektronicznym

Osoba do kontaktu

[Redacted contact information]

Klauzula informacyjna

Administratorem danych osobowych jest Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie, dane kontaktowe: Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa, tel. 22 5979 100, urząd_marszalkowski@mazovia.pl, ePUAP, e-Doręczenia. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się mailowo na iod@mazovia.pl.

Państwa dane osobowe:

1. będą przetwarzane na podstawie interesu publicznego/sprawowanej władzy publicznej (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO), co wynika z ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa oraz ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, w celu prowadzenia korespondencji (w tym udzielenia odpowiedzi),
2. mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom świadczącym obsługę administracyjno-organizacyjną Urzędu,
3. będą przechowywane nie dłużej, niż to wynika z przepisów o archiwizacji, dostępnych m.in. na stronie mazovia.pl, w zakładce „Polityka prywatności”.

W granicach i na zasadach opisanych w przepisach, przysługuje Państwu prawo:

4. żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
5. wniesienia sprzeciwu, z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją;
6. wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie może się wiązać z brakiem możliwości udzielenia odpowiedzi na pismo.



Warszawa, 10 września 2025 roku

**Wiceprezes ds. cywilnych i rodzinnych
Sądu Okręgowego w Warszawie**

[REDACTED]
(dot.KMPT.574.2.2025.RK)

Szanowny Pan

Rafa Kulas

Dyrektor Zespołu

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

Al. Solidarności 77

00-090 Warszawa

Szanowny Panie,

w nawiązaniu do pisma z dnia 11 sierpnia 2025r., zawierającego prośbę o odniesienie się do rekomendacji wskazanej w pkt 84 oraz pkt VIII C raportu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji 4 oddziałów psychiatrycznych oraz Izby Przyjęć Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie, uprzejmie informuję, jak poniżej.

Jak wynika z informacji nadesłanej w dniu 8 września 2025r. przez Wiceprezesa Sądu Rejonowego dla Warszawy-Mokotowa w Warszawie (ADM.504.271.2025) pacjenci przyjęci bez zgody wysłuchiwanie są przez sędziego rodzinnego bezpośrednio na terenie ww. szpitala.

Z poważaniem,

[REDACTED]
[REDACTED]



RPW/70754/2025 P
Data: 2025-09-30

Warszawa, dnia 26.09.2025 roku



PROKURATURA OKRĘGOWA
W WARSZAWIE
8 WYDZIAŁ DO SPRAW WOJSKOWYCH
ul. Nowowiejska 26 B, 02-010 Warszawa
tel. 261-845-465. fax. 261-845-660
e-mail:
sekretariat.w8.powaw@prokuratura.gov.pl

BIURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH	
WPL.	2025 -09- 3 0
ZAL.	NR

sygn. akt: [REDACTED]

**Biuro
Rzecznika Praw Obywatelskich
Krajowy Mechanizm
Prewencji Tortur**

**Al. Solidarności 77
00-090 Warszawa**

dot. KMPT.574.2.2025.RKU

W odpowiedzi na pisma z dnia 11.07.2025 r. oraz z dnia 04.09.2025 r. przekazane przez Prokuraturę Rejonową Warszawa-Śródmieście w Warszawie do Prokuratury Okręgowej w Warszawie 8 Wydział do Spraw Wojskowych w dniu 10.09.2025 informuje, że tut. Wydział Prokuratury za numerem [REDACTED] prowadzi postępowanie przygotowawcze w sprawie nieumyślnego spowodowania śmierci [REDACTED] dniu [REDACTED] roku w Szpitalu Nowowiejskim przy ul. Nowowiejskiej 27 w Warszawie, tj. o czyn z art. 155 kk.

W przedmiotowym postępowaniu badane są okoliczności śmierci [REDACTED] pod kątem wyczerpania przez pracowników szpitala przy ul. Nowowiejskiej 27 znamion z art. 160 § 1 i 2 k.k., a w szczególności czy do śmierci w/w doszło poprzez niezachowanie odpowiednich procedur medycznych przez lekarzy i pielęgniarki, czy pomoc medyczna została udzielona [REDACTED] bezpośrednio po wystąpieniu u niego objawów zagrażających jego życiu, czy zachodzi związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zachowaniem personelu medycznego a zaistniałym

skutkiem w postaci śmierci pokrzywdzonego. W toku prowadzonego śledztwa w zakresie dotyczącym zgonu [REDACTED] w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie w dniu [REDACTED], wykonano już szereg czynności procesowych, jednakże postępowanie wymaga kontynuowania poprzez m.in. przesłuchania kolejnych osób z personelu medycznego, uzyskania opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie zgodnie z postanowieniem z dnia 15.04.2025 r. (w zakresie m.in. uzyskania wyników z przeprowadzonych badań toksykologicznych), wykonania innych czynności, których potrzeba wyłoni się w toku śledztwa, w tym rozważenia potrzeby pozyskania odrębnej opinii w celu wyjaśnienia czy zabiegi medyczne podejmowane przez personel medyczny Szpitala Nowowiejskiego były prawidłowe, czy zgon pacjenta [REDACTED] nastąpił w wyniku błędów w sztuce lekarskiej.

PROKURATOR
PROKURATURA OKRĘGOWA
w Warszawie
[Signature]
[Stamp]



Warszawa, 07-01-2026 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.574.2.2025.RKU

Pani

Małgorzata Midro

**Prokurator Prokuratury
Okręgowej w Warszawie**

8 Wydział do Spraw Wojskowych

ul. Nowowiejska 26B

02-010 Warszawa

sygn. akt [REDACTED]

Szanowna Pani Prokurator,

w nawiązaniu do dotychczasowej korespondencji, działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich wykonującego funkcje krajowego mechanizmu prewencji, na podstawie art. 1 ust. 4 w zw. z art. 17 ust. 1 pkt 2 ustawy z 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r., poz. 1264 ze zm.) oraz art. 20b Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192) zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie informacji, na jakim obecnie etapie jest prowadzona w podległej Pani jednostce sprawa o sygn. [REDACTED]

W przypadku prawomocnego zakończenia postępowania, proszę uprzejmie o przesłanie kopii orzeczenia *meriti* wraz z uzasadnieniem.

Z poważaniem

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/



RPW/17961/2026 P
Data:2026-03-11

Warszawa, dnia 9 marca 2026 roku



PROKURATURA OKRĘGOWA
W WARSZAWIE
8 WYDZIAŁ DO SPRAW WOJSKOWYCH
ul. Nowowiejska 26 B, 02-010 Warszawa
tel. 261-845-465, fax 261-845-660
e-mail:
sekretariat.w8.powaw@prokuratura.gov.pl

sygn. akt [REDACTED]

WPL.	2026 -03- 11	CH
ZAŁ.	NR	

Biuro
Rzecznika Praw Obywatelskich
Zespół Prawa Karnego

al. Solidarności 77
00-090 Warszawa

dot. KMPT.574.2.2025.RKU

W odpowiedzi na pismo z dnia 18 lutego 2026 roku, uprzejmie informuję, iż Prokuratura Okręgowa w Warszawie 8 Wydział do Spraw Wojskowych nadzoruje prowadzone przez KRP Warszawa I śledztwo w sprawie podejrzenia nieumyślnego spowodowania śmierci [REDACTED] w szpitalu psychiatrycznym przy ul. Nowowiejskiej 27 w dniu [REDACTED] tj. o czyn z art. 155 k.k.

W śledztwie wciąż wykonywane są kolejne czynności dowodowe, w tym przesłuchania świadków. Nadmienić należy, iż w sprawie nie przedstawiono nikomu zarzutów. Aktualnie oczekuje się na wydanie przez biegłego z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego opinii, która jak dotąd nie wpłynęła do tut. Wydziału. W aktach sprawy znajduje się jedynie ogólny protokół oględzin i otwarcia zwłok. Na ten moment nie udało się ustalić bezpośredniej przyczyny śmierci [REDACTED]. Odpowiedź na to pytanie będzie możliwa po uzyskaniu opinii z zakresu toksykologii, przesłuchaniu

wszystkich świadków w sprawie oraz wszechstronnej ocenie zgromadzonego materiału dowodowego.

Śledztwo prowadzone jest w sposób całościowy i sprawdzane są wszystkie wątki dotyczące zarówno wypełnienia znamion czynu zabronionego przez pacjentów jak i personelu szpitala.

PROKURATOR
PROKURATURA OGÓLNA
w Warszawie
N