



Warszawa, 25-07-2022 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH  
Krajowy Mechanizm Prewencji**

**KMP.574.2.2022.RK**

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji oddziału  
zamiejscowego Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym  
w Czersku**

**1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur**

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)<sup>1</sup>. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję

---

<sup>1</sup> 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).

wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)<sup>2</sup>.

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 przyzwoleniem<sup>3</sup>.

Z kolei za „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 jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej<sup>4</sup>”.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego<sup>5</sup>. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane<sup>6</sup>.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji, opierają się więc na różnych źródłach informacji, m.in. własnych obserwacjach poczynionych podczas wizyty, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu<sup>7</sup>.

---

<sup>2</sup> Zob. Art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2020 r., poz. 627).

<sup>3</sup> Zob. Art. 4 ust. 1 OPCAT.

<sup>4</sup> Zob. Art. 4 ust. 2 OPCAT.

<sup>5</sup> Zob. Art. 20 OPCAT.

<sup>6</sup> Zob. Art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

<sup>7</sup> Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2020 r., Część II – Jak pracuje KMPT ?.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg<sup>8</sup>. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ<sup>9</sup> oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu ujawnią ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też, na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji ich wystąpienia w przyszłości.

## **2. Wprowadzenie**

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 9-11 maja 2022 r., przedstawiciele KMPT: Hanna Machińska (Zastępczyni RPO odpowiedzialna za nadzór merytoryczny nad KMPT), Przemysław Kazimirski (Dyrektor KMPT, prawnik) i Rafał Kulas (prawnik) przeprowadzili wizytację oddziału zamiejscowego Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym w Czersku (dalej jako: oddział, ośrodek, placówka, KOZZD).

Jej celem było sprawdzenie sposobu traktowania pacjentów przebywających w ośrodku i warunków ich detencji, w celu wzmocnienia ich ochrony przed ryzykiem tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania.

---

<sup>8</sup> Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt. 6. Zobacz 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, New York i Genewa 2018, s. 4-6.

<sup>9</sup> Zob. Art. 19 pkt. b) OPCAT.

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT: odbyli wstępną rozmowę z Panią Katarzyną Pacek (pielęgniarką koordynującą) i Panem Janem Buszkiem (zastępcą kierownika biura ochrony), dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń ośrodka i terenu rekreacyjnego, dokonali kontroli pojazdu przeznaczonego do przewozu pacjentów, przeprowadzili poufne rozmowy z pacjentami i personelem, zapoznali się z podglądem monitoringu wizyjnego zainstalowanego w ośrodku oraz wybraną przez siebie dokumentacją, dokonali pomiarów powierzchni pokoi mieszkalnych pacjentów, wykonali dokumentację fotograficzną pomieszczeń ośrodka i wybranej dokumentacji.

Swoje wstępne uwagi przedstawiciele KMPT przekazali dr n. med. Ryszardowi Wardeńskiemu (Dyrektorowi KOZZD), jego Zastępczyni Agnieszce Jędrzejczak i innym pracownikom, w czasie rozmowy podsumowującej wizytę oraz wysłuchali ich uwag i wyjaśnień. Ponadto, po zakończeniu wizytacji poddano analizie dokumentację i informacje pisemne przekazane przez Dyrektora KOZZD.

Niniejszy raport wskazuje problemy systemowe, wymagające zmiany prawa (pkt. 5) oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt. 6 i 7).

### **3. Zakaz represji**

Na podstawie art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. pacjent, pracownik ośrodka, funkcjonariusz Służby Więziennej) lub organizacja, która przekazała KMPT informacje nie może ponieść jakiejkolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie, czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej. Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że „żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiejkolwiek sankcji przeciwko jakiejkolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiejkolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób”.

#### 4. Charakterystyka ośrodka

Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym został utworzony ustawą z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie wobec życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2021 r., poz. 1638), zwanej dalej: ustawą o KOZZD.

Nie jest on jednostką penitencjarną i szpitalem psychiatrycznym, a specyficznym podmiotem leczniczym, którego zadaniem jest prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec osób w nim umieszczonych. Celem terapii jest poprawa stanu zdrowia pacjenta i jego zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia dla życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób<sup>10</sup>. Do placówki trafiają osoby umieszczone postanowieniem sądu. Ośrodek podlega Ministrowi Zdrowia<sup>11</sup>.

Oddział zamiejscowy KOZZD w Czersku został utworzony na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia z 5 marca 2021 r., które przewiduje możliwość tworzenia oddziałów zamiejscowych na obszarze działania ośrodka, a więc na terenie całego kraju<sup>12</sup>.

Oddział zamiejscowy w Czersku jest obecnie jednym ośrodkiem zamiejscowym KOZZD w Polsce. Funkcjonuje on na terenie dawnej jednostki penitencjarnej - Oddziału Zewnętrznego w Czersku Zakładu Karnego w Koronowie, która to nieruchomość została użyczona KOZZD przez Służbę Więzienną<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup> Zob. art. 4 ust. 3 i art. 25 ustawy o KOZZD.

<sup>11</sup> Zob. art. 4 ust. 2 i art. 5 ust. 1 ustawy o KOZZD.

<sup>12</sup> Zob. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania statutu Krajowemu Ośrodkowi Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (Dz. Urzędowy Ministra Zdrowia z 5 marca 2021 r., poz. 18).

<sup>13</sup> Zob. art. 6 ust. 3 i art. 6a ust. 1 ustawy o KOZZD.

Poza personelem medycznym i terapeutycznym na terenie obiektu obecni byli delegowani funkcjonariusze Służby Więziennej, wspomagani przez cywilny personel ochronny (kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej)<sup>14</sup>.

Cały obiekt (w tym sale pacjentów i sanitariaty) był monitorowany. Sanitariaty posiadały jednak zamontowane strefy maskowania uniemożliwiające widok intymnych części ciała pacjentów podczas czynności fizjologicznych<sup>15</sup>.

Pojemność oddziału zamiejscowego wynosi 40 miejsc<sup>16</sup>. W trakcie wizyty przedstawiciele KMPT przebywało w nim 11 pacjentów (mężczyzn), którzy wcześniej byli umieszczeni w KOZZD w Gostyninie. Z informacji udzielonej wizytującym przez kierownictwo KOZZD wynikało, że do oddziału zamiejscowego w Czersku mają trafiać pacjenci, którzy przebywali wcześniej w ośrodku w Gostyninie, nie przejawiają schorzeń somatycznych i nie stwarzają problemów związanych z bezpieczeństwem.

## **5. Problemy systemowe**

### **5.1. Konieczność nowelizacji ustawy o KOZZD**

Potrzebę stworzenia kompleksowych przepisów regulujących działalność KOZZD Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur sygnalizował już Ministrowi Zdrowia. Po wizytacji KOZZD w Gostyninie w 2019 r. rekomendował Ministrowi Zdrowia podjęcie działań legislacyjnych mających na celu stworzenie kompleksowych przepisów regulujących

---

<sup>14</sup> Zob. art. 6 i art. 6a ustawy o KOZZD.

<sup>15</sup> Zob. art. 7 ustawy o KOZZD.

<sup>16</sup> Zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (Dz. U. z 2022 r., poz. 192).

działalność ośrodka z poszanowaniem konstytucyjnych praw jednostki oraz standardów międzynarodowych<sup>17</sup>.

Potrzeba ta i brak postępów w tym zakresie była też przedmiotem obaw KMPT po wizytacji placówki w 2021 r.<sup>18</sup> Krajowy Mechanizm zasygnalizował wówczas, że wysokie przeludnienie placówki w Gostyninie pogłębia istniejące już problemy systemowe, a dodatkowo uniemożliwia prowadzenie skuteczniejszej terapii, czyli realizacji głównego celu, dla którego ośrodek został stworzony. W rezultacie, warunki jakie zaobserwowała delegacja podczas wizyty w 2021 r. naruszały w opinii KMPT zakaz niehumanitarnego i poniżającego traktowania pacjentów i były efektem wieloletnich zaniedbań, w tym braku odpowiednich przepisów prawnych.

Zdaniem Krajowego Mechanizmu przepisy ustawy regulującej działalność KOZZD powinny określać, m.in. wprowadzenie na poziomie centralnym weryfikacji zasadności kierowania osób do KOZZD; prawa i obowiązki pacjentów; zasady przeprowadzania kontroli osobistych pacjentów; obligatoryjne nagrywanie wizji i fonii w ramach monitoringu wizyjnego realizowanego podczas zastosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci izolacji i unieruchomienia; wzory kart używanych w przypadku zastosowania środków przymusu bezpośredniego; adekwatną liczbę personelu zatrudnionego w Ośrodku.

Mimo upływu ponad roku od ostatniej wizytacji KOZZD, ustawodawca nie znowelizował prawa w stopniu zgodnym z oczekiwaniami i zaleceniami KMPT.

W dniu 29 kwietnia 2022 r. Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił Ministrowi Zdrowia opinię do projektu ustawy o zmianie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

---

<sup>17</sup> Zob. Raport KMPT z wizyty w KOZZD w Gostyninie w dniach 18-20 lutego 2019 r. [sygn. KMP.574.1.2019.JZ], pkt. 4 i 6. Zobacz również Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2019 roku, str. 105-109.

<sup>18</sup> Zob. Raport KMPT z wizyty w KOZZD w Gostyninie w dniach 8-10 marca 2021 r. [sygn. KMP.574.1.2019.JZ], pkt. 4.

środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej, wpisanego do wykazu prac legislacyjnych Ministerstwa Zdrowia pod pozycją UD 350<sup>19</sup>. W pracach nad opinią wzięły udział odpowiednie zespoły merytoryczne w Biurze RPO, w tym również KMPT<sup>20</sup>.

Rzecznik Praw Obywatelskich pozytywnie ocenił niektóre proponowane rozwiązania. Wskazał jednak, że wiele istotnych dla praw i wolności pacjentów kwestii zostało pominiętych w projekcie. Dlatego też konieczne są dalsze prace legislacyjne w tym zakresie. Problem dotyczył m.in.: niepełnosprawności intelektualnej jako przesłanki umieszczenia w ośrodku<sup>21</sup>, błędnych skierowań do placówki osób chorujących psychicznie, braku przepisów stanowiących o rozdzieleniu kobiet i mężczyzn w trakcie pobytu w ośrodku, braku wskazań co do składu orzekającego sądu w przedmiocie zamiany nadzoru prewencyjnego na umieszczenie w KOZZD, braku przepisów dotyczących pierwszeństwa wykonania orzeczenia sądu w przypadku ich kolizji (np. z tymczasowym aresztowaniem, czy pobytem w zakładzie psychiatrycznym w wyniku zastosowania środka zabezpieczającego), czy brak przepisów regulujących procedury postępowania w przypadku wypisania pacjenta z ośrodka, wymagającego następnie umieszczenia w specjalistycznych placówkach pomocowych np. dps lub noclegowni.

W opinii RPO projektowane przepisy nie określają modelu funkcjonowania izolacji postpenalnej i konieczne jest czerpanie wzorców z rozwiązań przyjętych w analogicznych placówkach zlokalizowanych w Holandii i Niemczech.

Krajowy Mechanizm przypomina równocześnie, że prewencja tortur i okrutnego, niehumanitarnego, i poniżającego traktowania albo karania wymaga działań na wielu

---

<sup>19</sup> Opinia RPO z dnia 29 kwietnia 2022 r., znak IX.022.3.2022.TRo. Dostępna na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-kozzd-projekt-nowelizacji-opinia> [dostęp: 06.06.2022 r.]

<sup>20</sup> Zgodnie bowiem z art. 19 pkt. c) OPCAT KMPT jest uprawniony do przedstawiania propozycji i uwag dotyczących obowiązujących i projektowanych przepisów prawnych.

<sup>21</sup> Zob. Art. 1 pkt. 2 ustawy o KOZZD.



płaszczyznach, w tym odpowiednich przepisów prawnych określających ramy i zasady funkcjonowania ośrodka detencyjnego oraz prawa i obowiązki osób pozbawionych wolności. W tym kontekście przepisy prawne są kluczowym instrumentem zapobiegania możliwości zaistnienia niewłaściwych zachowań i ochrony praw pacjentów.

Potwierdza to OPCAT, przypominając w Preambule swoim sygnatariuszom (w tym Polsce), że „skuteczne zapobieganie torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu wymaga edukacji i połączenia szeregu środków legislacyjnych, administracyjnych, sądowych i innych”.

Dlatego też KMPT ma nadzieję na przełamanie dotychczasowego impasu w toku prac legislacyjnych i wypracowanie rozwiązań, zgodnych z międzynarodowymi standardami ochrony praw człowieka. Przebieg prac legislacyjnych będzie uważnie monitorowany przez KMPT<sup>22</sup>.

## **5.2. Blendy w oknach**

We wszystkich pomieszczeniach oddziału zewnętrznego (w tym w salach pacjentów, jadalni, gabinecie medycznym, sali terapii) były zamontowane nieprzezroczyste przesłony, nazywane blendami. Na dolnej kondygnacji zajmowały one połowę powierzchni okien. Na górnej kondygnacji, gdzie okna były większe, blendy zajmowały całą powierzchnię okna.

Konieczność ich montowania wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (Dz. U. z 2022 r., poz. 192). Znowelizowało ono § 3 rozporządzenia określającego standard pomieszczeń w ośrodku i określiło odrębne wymagania dla oddziału zamiejscowego.

---

<sup>22</sup> Przebieg prac legislacyjnych nad projektem można znaleźć na stronie Rządowego Centrum Legislacji, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12358362> [dostęp: 06.06.2022]

Rozporządzenie to przewiduje, że w oddziałach zamiejscowych sale łóżkowe dla pacjentów będą wyposażone w „okno z szybami pokrytymi folią antywłamaniową atestowaną, klasa P2A, zabezpieczone od zewnątrz kratą i siatką zabezpieczającą przed wyrzucaniem przedmiotów oraz od strony ulicy i budynków publicznych dodatkowo blendą”.

Z kolei świetlica, stołówka, pokoje do prowadzenia terapii, pokój indywidualnych rozmów z osobami umieszczonymi, gabinet zabiegowy połączony z dyżurką pielęgniarską mają być wyposażone w „okno z szybami pokrytymi folią antywłamaniową atestowaną, klasa P2A, zabezpieczone od zewnątrz kratą i siatką zabezpieczającą przed wyrzucaniem przedmiotów oraz od strony ulicy i budynków publicznych dodatkowo blendą”. Blendy mają być także montowane w oknach pokoi i sanitariatów dla personelu.

Warto podkreślić, że tego typu rozwiązania ochronne przewidziano tylko w przypadku oddziałów zamiejscowych, nie zaś jednostki centralnej KOZZD w Gostyninie.

Blendy są rozwiązaniem stosowanym w jednostkach penitencjarnych. Są one rozwiązaniem, do którego krytycznie odnosi się Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT). W swoim sprawozdaniu z wizyty w Polsce w 2017 roku Komitet wskazał, że blendy są w większości przypadków niepotrzebne, ograniczają dostęp do światła naturalnego i świeżego powietrza oraz ograniczają możliwość wyglądania na zewnątrz.

CPT zaleca ich usunięcie i wskazuje, że jeśli tego typu rozwiązania ochronne rzeczywiście są konieczne, to należy je zastąpić innymi rozwiązaniami umożliwiającymi dostęp do cel naturalnego światła i świeżego powietrza, w odpowiedniej ilości<sup>23</sup>.

Blendy w oddziale zamiejscowym stanowią przyczynę napięcia, które dało się zaobserwować w trakcie rozmów przeprowadzonych w czasie wizytacji. Pacjenci bali się, że latem temperatury będą przez nie bardzo wysokie. Wskazywali, że jeśli zostaną

---

<sup>23</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 69.

umieszczeni na górnej kondygnacji budynku (gdzie blendy znajdują się na całej powierzchni okna) rozpoczną protest głodowy. Personel oddziału był świadomy tej sytuacji.

KMPT stoi na stanowisku, że rozporządzenie w tym zakresie powinno zostać zmienione. Należy wykreślić obowiązek montowania blend w oknach oddziału zamiejscowego KOZZD. W sytuacjach indywidualnych, gdy konieczne będzie użycie w określonym pomieszczeniu szczególnych środków bezpieczeństwa, należy stosować rozwiązania zgodne z zaleceniami CPT, które zapewnią pacjentom odpowiednią ilość światła naturalnego i świeżego powietrza.

## **6. Obszary wymagające poprawy**

### **6.1. Traktowanie pacjentów**

Przedstawiciele KMPT otrzymali od pacjentów liczne sygnały o nieprofesjonalnym zachowaniu pracowników służby ochrony i delegowanych do pełnienia służby w oddziale funkcjonariuszy Służby Więziennej. Zgłoszone zarzuty dotyczyły w większości przemocy psychicznej – używania pod adresem pacjentów wulgarnego języka, określania ich mianem „pedofilii”, ściąganiu koca w czasie odpoczynku pacjenta na łóżku, zaglądaniu pod prysznic w czasie kąpieli, prowokującym konflikt zachowaniu. Pracownicy pionu ochrony (w tym funkcjonariusze SW) mieli też głośno zachowywać się w godzinach porannych (od godz. 6:00 rano, przed śniadaniem) i wieczornych, m. in. głośno trzaskać kratą, co przeszkadzało pacjentom w odpoczynku. Zdaniem pacjentów sposób ich traktowania przez tę grupę personelu tworzy liczne konflikty i opresyjną atmosferę w ośrodku.

Jeden z pacjentów zgłosił przypadek fizycznego złego traktowania, który miał mieć miejsce 23 marca 2022 r. Relacjonował, że zgłosił się do pielęgniarki z bólem kręgosłupa i poprosił o wezwanie pogotowia ratunkowego. Pielęgniarka odmówiła, więc wrócił do swojego pokoju. Do sali miało wejść wówczas kilku pracowników

ochrony i funkcjonariuszy Służby Więziennej, którzy położyli pacjenta na ziemi i skuli mu ręce z tyłu kajdankami. Mężczyzna miał otrzymać przymusowo zastrzyk i został mu założony na głowę kaptur. Mówił, że zabrano go do sali izolacyjnej i zapięto go w pasy, w których przebywał około 1,5 – 2 godziny. W tym czasie miał być bity m.in. po piętach (metoda tortur zwana „falaką” lub „falangą”),<sup>24</sup> uderzany przedmiotem owiniętym w gazetę; relacjonował także, że wkładano mu coś twardego do ust (prawdopodobnie pałkę). Przemoc fizyczna miała trwać etapami. Pacjent mówił, że był bity jakiś czas, po czym następowała przerwa i zostawał sam. Po jakimś czasie personel ochronny wracał i znęcał się nad nim ponownie. Było kilka takich „sesji bicia”. Pacjent miał być też wyśmiewany, wulgarnie obrażany. Pracownicy mieli też komentować, że „jak tak leży to można mu włożyć penisa do ust”.

Opis działania sprawców wskazuje, że pacjent mógł doświadczyć tortur zdefiniowanych w art. 1 Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur<sup>25</sup>.

O zdarzeniu pacjent poinformował Rzecznika Praw Obywatelskich. Zespół do spraw Wykonywania Kar w Biurze RPO prowadzi w tej sprawie postępowanie wyjaśniające. Sprawę bada również Prokuratura Okręgowa w Płocku.

W czasie rozmowy z przedstawicielami KMPT pacjent był w bardzo złym stanie psychicznym. Widać było, że wspomnienie o tych zdarzeniach wywołuje w nim silne emocje i poczucie krzywdy. Z jego relacji wynikało, że szukał pomocy u psychologa, ale został zignorowany z powodu swojego wzburzenia całą sytuacją, a następnie wyśmiany przez innych pracowników. Od momentu zdarzenia miał unikać wychodzenia na spacer i spotkań terapeutycznych, przesypiać sporą część dnia. Mówił o lęku, obniżonym nastroju, silnych emocjach jakie odczuwa.

---

<sup>24</sup> Zob. Protokół stambulski. Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania; Biuro Komisarzy Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka; Professional Training Series No. 8/Rev.1.; Nowy Jork i Genewa 2004, pkt. 203.

<sup>25</sup> Zob. Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 10 grudnia 1984 r. (Dz. U. z 1989 r. Nr 63, poz. 378).

W dokumentacji placówki przedstawiciele KMPT znaleźli informację o zastosowaniu wobec pacjenta (w dniu i czasie przez niego wskazanym) przymusu bezpośredniego w postaci: przytrzymania, przymusowego podania produktu leczniczego i izolacji. Niestety, w czasie stosowania przymusu w pomieszczeniu przeznaczonym do izolacji nie było zainstalowanych kamer monitoringu, stąd przedstawiciele KMPT nie mieli możliwości oceny przebiegu zdarzenia i działań personelu ochronnego oraz rzetelności wpisów w dokumentacji<sup>26</sup>.

W czasie wizytacji KMPT pomieszczenie do izolacji wyposażone było w monitoring wizyjny, co na przyszłość pozwoli na ocenę zasadności, proporcjonalności i prawidłowości stosowania przymusu bezpośredniego. Niezależnie jednak od możliwości dowodowych w niniejszej sprawie (KMPT nie jest bowiem organem śledczym, a jego mandat skupia się na eliminowaniu możliwości zaistnienia tortur w przyszłości poprzez wskazywanie obszarów ryzyka) uzyskane sygnały i ich skala są niepokojące i świadczą o potrzebie podjęcia przez kierownictwo KOZZD efektywnych działań zapobiegawczych.

KMPT rekomenduje Dyrektorowi KOZZD zwrócenie uwagi podległym pracownikom i funkcjonariuszom Służby Więziennej delegowanym do pełnienia służby na oddziale, że należy traktować pacjentów KOZZD z szacunkiem i godnością. Personel ośrodka powinien otrzymać od przełożonych stanowczy sygnał, że wszelkie formy niewłaściwego traktowania pacjentów (zarówno fizyczne, jak i psychiczne) są niezgodne z prawem i będą surowo karane. Dodatkowo zachowania te są nieprofesjonalne, rzucają na wizerunek całego ośrodka i jej pracowników, stymulują stres i agresję, co w dalszej perspektywie ma wpływ na poziom wzajemnych interakcji oraz skuteczność procesu terapeutycznego.

---

<sup>26</sup> Zgodnie z pisemną informacją przekazaną KMPT przez Dyrektora KOZZD oddział zamiejscowy w Czersku posiada monitoring od dnia 05 maja 2022 r. Od tego samego dnia możliwy jest też podgląd pomieszczenia przeznaczonego do izolacji pacjentów.

Skuteczne zapobieganie torturom i wszelkim formom złego traktowania jest przedsięwzięciem wieloaspektowym i wymaga holistycznych działań. Kierownictwo KOZZD powinno więc podjąć systemową pracę w kierunku budowy odpowiedniej kultury instytucjonalnej, która przemoc wobec pacjentów będzie traktowała jako niedopuszczalny brak profesjonalizmu i zachęcała personel do aktywnego zgłaszania takich przypadków. Tacy sygnaliści powinni mieć stworzone poufne i skuteczne, wewnętrzne kanały raportowania o nieprawidłowościach<sup>27</sup>.

W przypadku ujawnienia przemocy wobec pacjentów należy obligatoryjnie zgłaszać podejrzenie popełnienia przestępstwa do Prokuratury (stosownie do wymogu art. 304 § 2 Kodeksu postępowania karnego)<sup>28</sup> oraz w przypadku niewłaściwych zachowań funkcjonariuszy Służby Więziennej – Dyrektorowi Generalnemu Służby Więziennej celem rozważenia podjęcia odpowiednich działań dyscyplinarnych.

Należy też wdrożyć mechanizmy monitorowania pracy personelu i położyć nacisk na szkolenia, które zapewnią kadrze skuteczne narzędzia do zarządzania konfliktem bez potrzeby sięgania po rozwiązania siłowe. Rekomendowany zestaw szkoleń został omówiony w pkt. 5.6. niniejszego raportu.

KMPT jest również zaniepokojony postawą psychologa zatrudnionego w oddziale. Przedstawiciele KMPT zapoznali się z notatką z rozmowy z pacjentem, z której wynika, że zgłaszał on w rozmowie fakt pobicia i myśli samobójcze, jednak odmówił podania szczegółów tej sytuacji. Nie odpowiadał na pytania, bo bał się, że zostanie zastosowana farmakoterapia. Ponieważ krzyczał na psychologa założono mu kartę agresji, tj. dokument mający na celu monitorowanie zachowań agresywnych pacjenta, w którym odnotowuje się każdy incydent z jego udziałem, w tym agresję fizyczną i

---

<sup>27</sup> Zob. również poglądy CPT wyrażone w dokumencie pt. „Zwalczanie bezkarności”, wyciąg z Czternastego Sprawozdania Ogólnego, CPT/Inf (2004) 28-part, par. 26.

<sup>28</sup> Zob. Art. 304 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2021 r., poz. 534 ze zm.).

wulgarnie zachowanie. Posługiwanie się tymi kartami stanowiło przedmiot wątpliwości KMPT podczas wizytacji KOZZD w Gostyninie w latach 2019 i 2021<sup>29</sup>.

Z ustaleń przedstawicieli KMPT nie wynika, by podjęto wysiłki w celu ustalenia przebiegu zdarzenia i dalszego wsparcia dla pacjenta, w tym próby ustalenia, czy cierpi on na zespół stresu pourazowego (PTSD), nie umożliwiono mu przepracowania traumy i odzyskania zaufania do personelu ośrodka oraz nie zebrano psychologicznych dowodów stosowania tortur. Psycholog skupił się natomiast na trudnej postawie pacjenta, która mogła być efektem poczucia krzywdy i doznanego cierpienia. Efektem tej postawy było wystawienie karty agresji, która podważyła zaufanie pacjenta do psychologa i spotęgowała ból i cierpienie wywołane całą sytuacją.

Międzynarodowy podręcznik dotyczący skutecznego wykrywania i dokumentowania tortur (Protokół stambulski) wskazuje, że u osoby, która ich doświadczyła mogą wystąpić psychologiczne i somatyczne następstwa w postaci: nadmiernego pobudzenia, poirytowania lub ataków złości, trudności z koncentracją, ogólnego lęku, unikania myśli, rozmów, działań, miejsc lub osób, które budzą wspomnienia o przeżytym urazie, odizolowanie społeczne, objawy depresji<sup>30</sup>. Tortury mogą bowiem doprowadzić do zaburzenia u człowieka funkcji poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych i mają wpływ na stosunki i funkcjonowanie ofiary w społeczności do której należy<sup>31</sup>.

Pobudzenie i krzyki pacjenta mogły stanowić zatem objaw doznanych tortur.

Psycholog bazując na wytycznych Protokołu stambulskiego powinien więc dokonać odpowiedniej oceny w tym zakresie, utrwalić psychologiczne dowody stosowania tortur oraz dobrać środki i metody pozwalające na zapewnienie pacjentowi

---

<sup>29</sup> Zob. Raporty KMPT z wizyty w KOZZD w Gostyninie w dniach 18-20 lutego 2019 r. i w dniach 8-10 marca 2021 r. [sygn. obu raportów KMP.574.1.2019.JZ].

<sup>30</sup> Zob. Protokół stambulski, rozdział 6. Psychologiczne dowody stosowania tortur.

<sup>31</sup> Tamże i przywołana tam literatura.

odpowiedniej opieki psychologicznej tak, by mógł on funkcjonować w społeczności pacjentów, a prowadzona w ośrodku terapia spełniała swój cel.

KMPT odnotował, że pracownicy oddziału nie znają treści Protokołu stambulskiego. Z uwagi na powyższe, Krajowy Mechanizm rekomenduje przeszkolenie personelu (w szczególności terapeutycznego i medycznego) z praktycznego stosowania tego podręcznika. Pozwoli ono na uzyskanie fachowej wiedzy i praktycznych narzędzi do skutecznego diagnozowania wszelkich form tortur, udokumentowania takich przypadków (w tym zebrania medycznych i psychologicznych dowodów) oraz oceny potrzeb pacjenta i dostosowania do nich odpowiednich metod pracy. Szkolenie takie z pewnością wzmocni potencjał zawodowy personelu i będzie miało cenny walor zapobiegawczy. Konieczne jest jednak nie tylko teoretyczne zapoznanie z treścią tego dokumentu, ale fachowa umiejętność jego wykorzystania w praktyce.

Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT) podkreśla, że Protokół stambulski stanowi niezbędne narzędzie wykrywania, dokumentowania, zgłaszania i jako takiego powstrzymywania tortur i złego traktowania<sup>32</sup>. Nie tylko pomaga we wczesnej identyfikacji ofiar i dokumentowaniu traumy, ale również w ocenie potrzeb i dostosowaniu do nich odpowiedniej opieki<sup>33</sup>.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują również Komitet Przeciwko Torturom (CAT)<sup>34</sup>, Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz

---

<sup>32</sup> Zob. Uwagi i zalecenia SPT przedstawione w raportach z wizyt w: Polsce [CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 55], Wielkiej Brytanii [CAT/OP/GBR/ROSP/1, par. 69 i 71], Portugalii [CAT/OP/PRT/1, par. 34, 89, 93], Hiszpanii [CAT/OP/ESP/1, par. 46, 63-64, 70] i Brazylii [CAT/OP/BRA/3, par. 20-22, 34, 89, 93].

<sup>33</sup> Zob. również 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> [dostęp: 06.06.2022 r.]

<sup>34</sup> Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpnia 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.



Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)<sup>35</sup> i Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur<sup>36</sup>.

KMPT zaleca również przeszkolenie personelu terapeutycznego KOZZD z metod pracy z traumą i ofiarami przemocy. Pozwoli to pracownikom na rewizję metod swojej pracy, dobór odpowiednich metod pomocy i opieki, w tym pogłębienie wiedzy z zakresu interwencji kryzysowej i pracy terapeutycznej z osobami z objawami PTSD.

Zastrzeżenia KMPT budzą nakładane na pacjentów ograniczenia. Przykładowo jeden z pacjentów miał od 16 lutego 2022 r. odebraną możliwość korzystania z laptopa, tabletu i innych urządzeń elektronicznych umożliwiających połączenie się z siecią internetową oraz korzystania z infokiosku. Z kolei inny z pacjentów od dnia 24 marca 2022 r. miał nałożony zakaz otrzymywania wszelkich paczek i odwiedzin przez osoby spoza ośrodka, z wyłączeniem przedstawiciela ustawowego, ustanowionego pełnomocnika, Rzecznika Praw Pacjentów Szpitala Psychiatrycznego, Rzecznika Praw Obywatelskich oraz dowozu żywności z barów. Z tego też powodu pacjentowi nie mogła zostać doręczona paczka wysłana za pośrednictwem firmy kurierskiej (nie została ona w ogóle odebrana przez pracownika ochrony), co zostało udokumentowane w formie notatek służbowych personelu pielęgniarskiego z 11 i 12 kwietnia 2022 r.

Jako podstawę prawną ograniczeń Dyrektor KOZZD wskazał art. 28 i 29 ustawy o KOZZD.

Na bazie tych przypadków KMPT chciałby zwrócić uwagę na dwie kwestie. Po pierwsze, ograniczenia były nakładane w formie zarządzeń Dyrektora KOZZD, bez określenia czasu ich trwania. Stwarza to systemowe ryzyko nadużyć, stosowania ich przez długi

---

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

<sup>36</sup> 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)].

okres, nieznajdujący uzasadnienia, a także ryzyko używania ich jako nieformalnego narzędzia dyscyplinowania.

Zdaniem KMPT mimo, że nie jest to wymagane przez ustawę, o wiele lepszym rozwiązaniem byłoby precyzyjne określenie przez Dyrektora czasu trwania ograniczenia. Pozwoliłoby to na ponowną, formalną ocenę sytuacji pacjenta przed upływem terminu, ocenę aktualności przesłanek będących podstawą zakazu i stopniowe łagodzenie obostrzeń, których stosowanie nie jest już konieczne.

Taka praktyka pozwoliłaby też ograniczyć ryzyko nadużyć. Stosownie bowiem do treści art. 30 ust. 1 ustawy o KOZZD, przy każdym nowym zarządzeniu, przysługiwałoby pacjentowi zażalenie do sądu, co pozwoliłoby na zewnętrzną, obiektywną weryfikację ograniczenia.

Warto w tym miejscu przywołać spostrzeżenia CPT zawarte w raporcie z wizyty w Polsce w 2017 r. Wskazał on, że praktyki stanowiące nieformalne sankcje dyscyplinarne (takie jak np. konfiskata telefonów komórkowych) nie powinny mieć miejsca w placówce terapeutycznej<sup>37</sup>. Z tego też względu należy wdrożyć odpowiednie zabezpieczenia, które zapobiegą podobnym sytuacjom.

Po drugie, zaniepokojenie budzi pozbawienie pacjenta możliwości otrzymywania paczek. Decyzja Dyrektora KOZZD wykracza w tym zakresie poza uprawnienia określone ustawą. Art. 28 ust. 1 ustawy o KOZZD wskazuje bowiem, że pacjent nie może posiadać przedmiotów, które mogą posłużyć do zakłócenia porządku lub bezpieczeństwa w ośrodku. Nie jest to jednak równoznaczne z zakazem otrzymywania jakichkolwiek przedmiotów z zewnątrz. W paczce bowiem mogą znajdować się również przedmioty dozwolone, których ograniczenie posiadania nie znajduje uzasadnienia. Ponadto, zgodnie z art. 28 ust. 2 ustawy w każdym czasie można przeprowadzić kontrolę posiadanych przedmiotów i pomieszczeń, w tym w razie konieczności dopuszczalne jest nawet naruszenie plomb gwarancyjnych, uszkodzenie

---

<sup>37</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 136.

kontrolowanych przedmiotów w niezbędnym zakresie, a także użycie psów specjalnych wyszkolonych w zakresie wyszukiwania środków odurzających i substancji psychotropowych lub materiałów wybuchowych.

Z uwagi na powyższe, zarządzenie w tym brzmieniu nie powinno być w ogóle wydane. W ocenie KMPT, w chwili przyjazdu kuriera pracownik ochrony powinien odebrać od niego paczkę, sprawdzić jej zawartość i w razie ujawnienia, że są w niej przedmioty, które mogą zakłócić porządek lub bezpieczeństwo na oddziale, odebrać je i sporządzić protokół z ich zatrzymania<sup>38</sup>. Pozostałe przedmioty powinny zostać wydane pacjentowi.

Nałożenie całkowitego zakazu otrzymywania paczek oraz nieodebranie paczki przez firmę kurierską i zawrót kuriera bez sprawdzenia zawartości paczki, było działaniem bezprawnym, co z pewnością wpłynęło negatywnie na atmosferę w placówce i miało charakter nieformalnego dyscyplinowania.

KMPT rekomenduje wyeliminowanie praktyki pozbawiania pacjentów możliwości otrzymywania paczek.

Pacjenci sygnalizowali w rozmowach, że muszą opuścić swój pokój na czas sprzątnia, nawet jak mają „gorszy dzień”, źle się czują i woleliby zostać w łóżku. Powyższą praktykę potwierdza wewnętrzny regulamin pobytu pacjenta w oddziale z dnia 21 stycznia 2022 r., przesłany KMPT przez Dyrektora KOZZD. Paragraf 8, pkt. 4 regulaminu stanowi bowiem, że „podczas sprzątnia sali przez personel, pacjent ma obowiązek opuścić salę”.

KMPT rekomenduje odstąpienie od tej zasady i przyjęcie bardziej elastycznego podejścia. Pacjenci powinni mieć możliwość pozostania w swoich pokojach w czasie sprzątnia, jeśli źle się czują lub mają „gorszy dzień”. Wymaganie od nich za każdym razem opuszczenia pomieszczenia stanowi nadmierną, nieuzasadnioną dolegliwość i może tworzyć sytuacje konfliktowe.

---

<sup>38</sup> Zob. art. 28 ust. 3-5 ustawy o KOZZD.

## 6.2. Kwestie ochronne i przymus bezpośredni

KMPT z niepokojem odnotował, że podobnie jak w przypadku KOZZD w Gostyninie, personel ochronny w Czersku obecny m.in. na korytarzach, sali terapii i innych miejscach aktywności pacjentów, nosił przy sobie na widoku pałki, gaz pieprzowy i kajdanki. Sytuacja ta jest na tyle godna ubolewania, że aspekt ten był poruszany przez KMPT po wizytacji KOZZD w Gostyninie w latach 2019 i 2021<sup>39</sup> oraz przez CPT po wizycie w Polsce w 2017 r.<sup>40</sup> CPT wskazał wówczas, że jest to nieuzasadniona i zastraszająca praktyka, której stosowanie powinno być niezwłocznie zaprzestane.

KMPT podziela pogląd CPT w tym zakresie i uważa, że noszenie na widoku między pacjentami pałek, gazu i kajdanek nie ma uzasadnienia praktycznego, potęguje opresyjny charakter placówki oraz może być niebezpieczne, również dla samych pracowników (np. w przypadku przejęcia przez pacjenta pałki lub gazu pieprzowego).

KMPT uważa, że placówka terapeutyczna powinna być dla nich „bezpieczną strefą”, wolną od manifestacji atrybutów siły, co pozytywnie wpłynęłoby na atmosferę. Wszelki sprzęt służący do stosowania przymusu bezpośredniego nie powinien więc stanowić rutynowego wyposażenia pracowników ochrony, a być umieszczony w specjalnie do tego celu wyznaczonych miejscach i w razie konieczności, pobierany w celu interwencji. Należy w tym celu wypracować efektywne, taktyczne rozwiązania ochronne.

KMPT negatywnie ocenia też ubiór pracowników ochrony. Funkcjonariusze Służby Więziennej wykonywali swoje obowiązki w umundurowaniu służbowym (koszulka z krótkim rękawem i spodnie specjalne). Z kolei cywilny personel ochronny posiadał jednolite stroje, zbliżone swoim wyglądem do umundurowania funkcjonariuszy SW – czarne spodnie i koszulki. W połączeniu z noszonymi przy sobie środkami przymusu

---

<sup>39</sup> Zob. Raporty KMPT z wizyty w KOZZD w Gostyninie w dniach 18-20 lutego 2019 r. i w dniach 8-10 marca 2021 r. [sygn. obu raportów KMP.574.1.2019.JZ].

<sup>40</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 128.

bezpośredniego i infrastrukturą obiektu (zob. pkt. 4.2. i 5.3. raportu) całość kojarzyła się raczej z instytucją penitencjarną, a nie z podmiotem leczniczym.

Obawy KMPT potwierdzali sami pacjenci, którzy sygnalizowali w rozmowach, że miejsce, w którym przebywają „jest jak więzienie”. Jeden z pacjentów powiedział w rozmowie: „Ja się czuję jak w zakładzie karnym. Słyszę brzdęk kraty, trzask kluczy. Widzę strażników w mundurach” (...) „Nie pomaga mi to w terapii. Zamykam się przez to, trzymam dystans do ludzi”.

KMPT rekomenduje zmianę sposobu ubierania pracowników ochrony w świetle powyższych uwag. Ubiór powinien mieć charakter neutralny i kojarzyć się z placówką terapeutyczną. Oddelegowani do pracy w KOZZD funkcjonariusze SW nie powinni korzystać ze swojego służbowego umundurowania.

Wizytujący zwrócili też uwagę na dużą liczbę pracowników ochrony obecnych w ośrodku i nadzorujących pacjentów. Przykładowo spacer 7 pacjentów nadzorowało, aż 5 pracowników ochrony. Uwzględniając rozmieszczenie pacjentów i pracowników służby ochronnej oraz faktyczną przestrzeń użytkowaną przez pacjentów, wizytujący odnieśli wrażenie tłoku i stosowania nadmiernych środków ochronnych, zwłaszcza w kontekście obecnego systemu monitoringu wizyjnego.

Zgodnie z pisemnymi informacjami przekazanymi przez Dyrektora KOZZD w ośrodku zamiejscowym obecnych jest łącznie 49 pracowników ochrony, w tym 26 pracowników cywilnych i 23 delegowanych funkcjonariuszy Służby Więziennej. Nadzorują oni 11 pacjentów.

Analiza raportów dyżurów służby ochronnej wykazała, że na dziennej zmianie obecnych jest kilkunastu pracowników tej grupy zawodowej<sup>41</sup>, zaś w nocy – 9 pracowników<sup>42</sup>.

Z rozmów z pacjentami i pracownikami wynikało, że personel ochronny towarzyszy pacjentom w zasadzie podczas wszelkiej ich aktywności w ciągu dnia, w tym podczas spacerów, golenia<sup>43</sup>, badań lekarskich i innych świadczeń medycznych, wydawania leków. Taka praktyka z pewnością nie wpłynie pozytywnie na proces terapeutyczny i nie zmotywuje pacjentów do pracy nad sobą. Wręcz przeciwnie, jak wynikało z treści rozmów, szkodzi wzajemnej atmosferze, zniekształca odbiór placówki jako miejsca wyłącznie izolacji i przyczynia się do budowania w ośrodku barier terapeutycznych i społecznych.

W czasie rozmowy podsumowującej wizytę przedstawiciele KMPT uzyskali informację, że tak liczna grupa pracowników ochrony wynika z konieczności wdrożenia do zawodu nowo przyjmowanych cywilnych pracowników ochrony i stopniowego wycofywania się z nadzoru nad pacjentami funkcjonariuszy Służby Więziennej. Jednocześnie KMPT uzyskał informację o planach umieszczenia w oddziale zamiejscowym kolejnych pacjentów, przeniesionych z KOZZD w Gostyninie. Proces ten miał się odbywać stopniowo, w zależności od przyjmowania do pracy nowych pracowników działu ochrony. Świadczy to o kierunku zarządzania odmiennym od oczekiwań KMPT w tym zakresie.

Zgodnie ze standardami CPT kierownictwo ośrodka powinno zapewnić, aby względy bezpieczeństwa nie przesłoniły terapeutycznych zadań personelu. Podobnie, należy

---

<sup>41</sup> Przykładowo w dniu 31 marca 2022 r. na dziennej zmianie obecnych było łącznie 11 pracowników ochrony (w tym funkcjonariuszy SW), zaś w dniu 30 marca 2022 r. – 15 pracowników (niektórzy wykonywali swoje obowiązki zawodowe do godz. 12:25, 12:45 lub 14:25).

<sup>42</sup> Przykładowo na zmianie w nocy 22/23 marca 2022 r., w godz. 18-06.

<sup>43</sup> Zgodnie z paragrafem 7, pkt. 2 wewnętrznego regulaminu pobytu pacjenta na oddziale z dnia 21 stycznia 2022 r. „golenie odbywa się w obecności sanitariusza i pracownika ochrony”.

odpowiednio zrewidować regulaminy i praktykę stwarzającą klimat napięcia pomiędzy personelem a pacjentami<sup>44</sup>.

KMPT rekomenduje zmianę praktyki dozoru pacjentów przez personel ochronny na rzecz ich dyskretnej obserwacji (m.in. za pośrednictwem systemu monitoringu).

Personel ochronny KOZZD uprawniony jest do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci ręcznego miotacza substancji obezwładniających<sup>45</sup>. Ustawa wskazuje, że można go stosować w celu obezwładnienia, jeżeli użycie pałki lub kajdanek jest niemożliwe albo może okazać się nieskuteczne<sup>46</sup>. Środek ten nie może być stosowany prewencyjnie, nie stosuje się go wobec osób o widocznej niepełnosprawności, kobiet o widocznej ciąży oraz osób powyżej 70 roku życia. Generalnie ustawa wymaga, by najpierw stosować inne środki przymusu bezpośredniego. Decyzja o zastosowaniu ręcznego miotacza substancji obezwładniających należy do pracownika ochrony<sup>47</sup>.

Jak już wspomniano wcześniej, pracownicy nosili przy sobie gaz pieprzowy w postaci pojemników rozpraszających substancję wywołującą łzawienie. Z przeprowadzonych rozmów wynikało, że umożliwiają one wyrzut strumienia o zasięgu około 4 metrów.

Gaz pieprzowy nie był dotychczas używany w oddziale. Jednak, jak zorientowali się przedstawiciele KMPT, personel ochrony nie został fachowo przeszkolony w zakresie odpowiedniego, bezpiecznego użycia tych urządzeń i nie znał potencjalnych obszarów ryzyka związanych z ich użytkowaniem (m.in. przedstawiciele KMPT nie uzyskali odpowiedzi na pytania dotyczące precyzji strzału strumienia wywołującego łzawienie, potencjalnych ubocznych skutków dla osób postronnych i odległości, z jakiej użycie gazu może być niebezpieczne dla zdrowia lub niepotrzebnie potęgować cierpienie).

---

<sup>44</sup> Zob. Dokument pt. „Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych”, wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego opublikowanego w 1998 r., CPT/Inf(98)12-part.

<sup>45</sup> Zob. art. 36 ust. 1 pkt. 5 lit. c) ustawy o KOZZD.

<sup>46</sup> Zob. art. 37 ust. 7 ustawy o KOZZD.

<sup>47</sup> Zob. art. 36 ust. 2, art. 38 ust. 1 i 3, art. 39 ust. 3 ustawy o KOZZD.

KMPT rekomenduje zorganizowanie personelowi służby ochrony specjalistycznego szkolenia w tym zakresie. Wszyscy pracownicy i delegowani funkcjonariusze SW uprawnieni do stosowania ręcznego miotacza substancji obojętniających powinni zostać zapoznani z możliwymi negatywnymi skutkami zdrowotnymi działania gazu pieprzowego, być świadomi grup szczególnie narażonych na takie skutki i sytuacji potencjalnie niebezpiecznych (jak np. użycie gazu w pomieszczeniu zamkniętym, czy ze zbyt bliskiej odległości). W czasie szkolenia należy też podkreślić kategorię zakaz stosowania gazu pieprzowego wobec pacjenta poddanego już kontroli. Przykładowo stosowanie gazu wobec pacjenta skutego kajdankami może być niebezpieczne dla zdrowia, potęgować cierpienie i naruszać zakaz tortur i innego okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania.

KMPT rekomenduje również powstrzymanie się od stosowania gazu pieprzowego w pomieszczeniach zamkniętych, w tym w sypialniach pacjentów. Stosowanie takiego gazu jest bowiem działaniem wysokiego ryzyka, również dla personelu KOZZD i innych pacjentów. Najlepiej więc, by tego typu środek był stosowany wyłącznie na otwartej przestrzeni i gdy nie ma w pobliżu osób postronnych. Po każdym użyciu gazu pieprzowego osoba poszkodowana powinna zostać obligatoryjnie zbadana przez personel medyczny, niezależnie od tego, czy posiada widoczne obrażenia, czy też nie.

Zgodnie z międzynarodowymi standardami praw człowieka, drażniących środków chemicznych nie należy używać w sytuacjach biernego (pasywnego) oporu, w zamkniętych środowiskach bez odpowiedniej wentylacji lub tam, gdzie nie ma realnego wyjścia oraz w sytuacji, gdy dana osoba znajduje się już pod kontrolą<sup>48</sup>. Ponadto gaz pieprzowy nigdy nie powinien być używany w odległości mniejszej niż jeden metr w celu zapobieżeniu uszkodzenia twarzy lub oczu<sup>49</sup>.

---

<sup>48</sup> Zob. United Nations Human Rights Guidance on Less-Lethal Weapons in Law Enforcement, New York and Geneva 2020, pkt. 7.2.7.

<sup>49</sup> Zob. Human Rights Handbook on Policing Assemblies, OSCE/ODIHR 2016, str. 79-80.



CPT podkreśla, że gaz pieprzowy jest potencjalnie niebezpieczny i nie powinien być używany w przestrzeniach zamkniętych. Ponadto, jeśli wyjątkowo musi zostać użyty na otwartej przestrzeni, powinny istnieć jasno określone zabezpieczenia. Przykładowo osobom narażonym na działanie substancji drażniącej należy zapewnić natychmiastowy dostęp do lekarza i możliwość szybkiego i skutecznego odwrócenia skutków działania gazu. Ponadto gaz pieprzowy nigdy nie powinien być stosowany przeciwko więźniowi, który został już poddany kontroli, a także nie powinien stanowić elementu standardowego wyposażenia personelu ochrony<sup>50</sup>.

Na negatywny wpływ drażniących środków chemicznych (w tym gazu pieprzowego) na zdrowie ludzkie, również w kontekście możliwości transmisji wirusa SARS-CoV-2, zwraca uwagę Omega Research Foundation, ekspercka organizacja zajmująca się monitorowaniem użycia broni i środków przymusu bezpośredniego. W swojej opinii opublikowanej w 2020 r., zaleca radykalne ograniczenie wykorzystania drażniących środków chemicznych w miejscach pozbawienia wolności, jedynie do sytuacji, w których istnieje bezpośrednie zagrożenie życia<sup>51</sup>.

Przedstawiciele KMPT zostali poinformowani, że w ośrodku zamiejscowym obowiązuje porozumienie zawarte między pacjentami a KOZZD z dnia 29 czerwca 2020 r. Punkt 10 porozumienia przewiduje, że kajdanki nie będą stosowane prewencyjnie wobec pacjentów, którzy ukończyli 70 lat, pacjentów o widocznej niepełnosprawności oraz wobec osób, które uzyskały pozytywną opinię ośrodka dotyczącą opuszczenia placówki. Porozumienie mówi też o odstąpieniu od praktyki stosowania kajdanek w czasie transportu. W przypadku pacjentów nie mających pozytywnej opinii o której mowa wyżej, kajdanki mają być stosowane prewencyjnie w czasie wyjazdów, ale

---

<sup>50</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2009 r., CPT/Inf (2011) 20, par. 77 i 144 oraz w Gruzji w 2014 r., CPT/Inf (2015) 42, par. 111.

<sup>51</sup> Zob. Omega Research Foundation, Lowering the risk - Curtailing the use of chemical irritants during the COVID-19 pandemic, Omega Research Foundation. Opinia dostępna w języku polskim i angielskim pod adresem:

<https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/zgromadzenia-uzycie-gazu-opinia-fundacja-omega-research-foundation> [dostęp: 06.06.2022 r.]

zapiwane dopiero na czas wejścia do budynków użyteczności publicznej. Ponadto w przypadku przejawiania agresywnych zachowań przez pacjenta na terenie placówki przed wyjazdem, powyższe zapisy mają nie obowiązywać.

Z przeprowadzonych rozmów wynikało, że wynegocjowane warunki są dotrzymywane. Na czas przejazdu samochodem kajdanki nie były stosowane i były zapinane w czasie wyjścia z samochodu. Pacjentowi towarzyszy trzech pracowników ochrony (w tym kierowca pojazdu) i pozostaje on skuty przez cały czas pobytu poza samochodem (także podczas świadczeń medycznych i rozprawy sądowej, chyba że personel medyczny lub sąd poprosi o zdjęcie kajdanek).

W odróżnieniu od praktyki przyjętej w KOZZD w Gostyninie, konwojentom nie towarzyszy ratownik medyczny<sup>52</sup>, co umożliwia pracownikom ochrony wgląd w dokumentację medyczną pacjenta i zapoznanie się z informacjami objętymi tajemnicą prawnie chronioną<sup>53</sup>. To bowiem pracownicy ochrony są odpowiedzialni za tę dokumentację w czasie trwania konwoju.

Pacjenci z którymi przeprowadzono rozmowy, mieli zawsze zapinane kajdanki (zakładane na ręce skute z przodu lub z tyłu), ale nie były to osoby wobec których stosuje się wyjątek przewidziany w porozumieniu.

KMPT negatywnie ocenia stosowanie kajdanek podczas badań medycznych lub innych świadczeń medycznych, realizowanych poza ośrodkiem. Z przeprowadzonych rozmów wynikało bowiem, że jest to rutynowa praktyka, o ile specyfika badania nie stoi ku temu na przeszkodzie. Jednocześnie zarówno pacjenci, jak i personel sygnalizował, że personel medyczny wykonujący świadczenie nie prosi zazwyczaj o zdjęcie kajdanek, ale nie jest też informowany przez pracowników ochrony o takiej możliwości.

---

<sup>52</sup> Zob. Raport KMPT z wizytacji w KOZZD w Gostyninie, przeprowadzonej w dniach 8-10 marca 2021 r., KMP.574.1.2019.JZ.

<sup>53</sup> Zob. Art. 13 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r., poz. 849 ze zm.).

W praktyce więc, pacjent przeważnie pozostaje w kajdankach, bez dokonania indywidualnej oceny potencjalnego zagrożenia z jego strony przez lekarza lub przedstawiciela innego zawodu medycznego. Co również niepokojące, badanie odbywa się zawsze w asyście pracowników ochrony. Taka praktyka narusza poufność badania. Personel niemedyczny uzyskuje bowiem wiedzę na temat stanu zdrowia pacjenta, proponowanego i przebytego leczenia i innych informacji objętych tajemnicą lekarską. Z kolei praktyka stosowania kajdanek podczas badania jest ze swojej natury poniżająca i należy jej unikać. Tworzy ona bowiem dystans między lekarzem (lub innym pracownikiem wykonującym zawód medyczny) a pacjentem, utrudnia wykrycie przez pracownika medycznego oznak niewłaściwego traktowania, obrażeń i dyskusję na ten temat z pacjentem. A badanie medyczne stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur. Aby mogła zadziałać ona właściwie, konieczna jest poufność takiego badania i odpowiednie warunki jego realizacji.

Naturalnie w indywidualnych przypadkach mogą wystąpić przesłanki uzasadniające obecność personelu ochronnego podczas badań (takich jak wysokie pobudzenie pacjenta i udokumentowane wcześniej incydenty w czasie badań). Decyzja w tym zakresie nie powinna być jednak odgórną zasadą, a mieć charakter indywidualny i powinna być podejmowana za każdym razem przez pracownika medycznego, który wykonuje badanie lub realizuje inne świadczenie zdrowotne. Pracownicy powinni poinformować o tym osobę wykonującą świadczenie.

CPT podkreśla, że środki przymusu to środki bezpieczeństwa, które nie mają terapeutycznego uzasadnienia. Powinny być zatem stosowane jako środek ostateczny, aby zapobiec nieuchronnej szkodzie dla samych pacjentów i innych osób. Przymus powinien być stosowany wyłącznie w sytuacji awaryjnej i przez możliwie najkrótszy

czas. Takie środki nigdy powinny być stosowane dyscyplinarnie, jako kara, odpowiedź na niedobory kadrowe personelu, czy zamiast właściwej opieki lub leczenia<sup>54</sup>.

W odniesieniu do kajdanek CPT wskazuje, że zakładanie kajdanek podczas transportu powinno być stosowane tylko wtedy, gdy wyraźnie uzasadnia to ocena ryzyka w indywidualnym przypadku. Kajdanki powinny być stosowane jedynie w sytuacjach i na tak długo, gdy jest to absolutnie konieczne. Kajdanki nie powinny być też nadmiernie zaciśnięte, gdyż może mieć to poważne skutki medyczne (np. poważne i trwałe uszkodzenie ręki)<sup>55</sup>.

CPT uważa również, że stosowanie kajdanek podczas badań medycznych jest praktyką naruszającą godność pacjenta, utrudniającą rozwój właściwej relacji z lekarzem i szkodliwą dla obiektywnych ustaleń medycznych. CPT rekomenduje zaprzestanie takich praktyk<sup>56</sup>.

KMPT zaleca, by pracownicy ochrony informowali personel medyczny o możliwości zdjęcia kajdanek i możliwości realizacji świadczeń medycznych bez ich udziału. Pracownicy ochrony powinni zastosować się do zaleceń personelu medycznego w tej kwestii. Ponadto we współpracy z personelem medycznym należy wypracować rozwiązania ochronne, które pozwolą na pogodzenie kwestii bezpieczeństwa, tajemnicy lekarskiej i odpowiednich standardów leczenia bez potrzeby uciekania się za każdym razem do stosowania kajdanek lub asysty personelu ochronnego.

W czasie rozmów, przedstawiciele KMPT otrzymali informację o dwóch przypadkach stosowania krótkotrwałych unieruchomień pacjentów pasami „na życzenie”, tj. w sytuacjach, gdy pacjent sam zgłaszał prośbę o zapięcie pasami, odczuwając niepokój i

---

<sup>54</sup> Zob. Dokument pt. „Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT)” z 21 marca 2017 r., CPT/Inf (2017) 6.

<sup>55</sup> Zob. Standardy CPT dotyczące transportu zatrzymanych zawarte w dokumencie pt. „Transport of detainees”, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24. Zob. również uwagi zalecenia CPT zawarte w raporcie z wizyty w Polsce w 2019 r., CPT/Inf (2020) 31, par. 17. oraz w raporcie z wizyty CPT w Serbii w 2015 r., CPT/Inf (2016) 21, par. 53.

<sup>56</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 79 oraz z wizyty w Czechach w 2018 r., CPT/Inf (2019) 23, par. 70.

nadchodzącą falę wzburzenia lub agresji. KMPT nie znalazł w dokumentacji poświęconej przymusowi bezpośredniemu takim przypadków. Nie można jednak całkowicie wykluczyć, że miały one miejsce, gdyż pomieszczenie służące do izolacji było przez pewien okres pozbawione monitoringu. Ponadto KMPT odnotował taki sposób działania personelu w KOZZD w Gostyninie po wizycie w 2019 r.

Warto w tym miejscu podkreślić, że taka forma stosowania przymusu byłaby nielegalna. Nie znajdowałyby bowiem oparcia w przesłankach zastosowania przymusu bezpośredniego określonych w art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie wobec życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Ponadto zgodnie z art. 36 ust. 2 ww. ustawy pasów obehwładniających nie można stosować prewencyjnie.

Warto w tym miejscu przywołać również opinię prof. dr hab. n. med. Jacka Wciórki (wskazaną również w raporcie z wizyty w KOZZD w Gostyninie w 2019 r.), którego zdaniem personel nie powinien spełniać automatycznie próśby pacjenta. Jeśli pacjent prosi o prewencyjne zastosowanie wobec niego unieruchomienia, należy zapewnić mu odpowiednią opiekę terapeutyczną, która zneutralizuje zbliżający się atak. Proste spełnianie próśb pacjentów niesie za sobą ryzyko utrwalenia w ich postawie pewnych nawyków, przyzwyczajień, które pozbawione jest zupełnie charakteru leczniczego.

KMPT rekomenduje Dyrektorowi KOZZD przekazanie personelowi oddziału jednoznacznego komunikatu o zakazie stosowania unieruchomienia na prośbę pacjenta i przypomnienie o zasadach stosowania przymusu bezpośredniego określonych w ustawie o KOZZD.

Dokumentacja dotycząca zastosowanego przymusu bezpośredniego była przechowywana w indywidualnych teczkach pacjentów. O zastosowaniu przymusu był też informowany pisemnie Dyrektor KOZZD. Wizytowany oddział nie prowadził scentralizowanego rejestru dotyczącego środków przymusu. Aby więc zweryfikować jego skalę i przebieg, wizytujący musieli dokonać przeglądu wszystkich teczek

pacjentów. Taki brak wydłuża czynności kontrolne, w tym utrudnia analizę przyczyn i ocenę mechanizmów postępowania personelu.

KMPT rekomenduje założenie rejestru przymusu bezpośredniego stosowanego wobec pacjentów oddziału zamiejscowego KOZZD. W rejestrze tym należy odnotowywać użycie wszystkich środków przymusu bezpośredniego, w tym stosowanie kajdanek (z dokładnym opisem sposobu ich stosowania, np. zakładane na ręce trzymane z przodu). Rejestr ten powinien być przechowywany w oddziale zamiejscowym i zawierać co najmniej następujące elementy: data i czas stosowania przymusu, rodzaj przymusu, okoliczności uzasadniające stosowanie przymusu, dane osoby zlecającej i zatwierdzającej przymus, dane pacjenta i osób biorących udział w stosowaniu przymusu, data i godzina badania medycznego po zastosowaniu przymusu, dane osób wykonujące badanie medyczne, opis obrażeń odniesionych przez pacjenta lub personel.

Prowadzenie takiego rejestru ma wymiar zapobiegawczy. Umożliwi on bowiem organom kontrolnym, Dyrektorowi KOZZD lub innym pracownikom odpowiedzialnym za nadzór nad pracą personelu, sprawne i efektywne zapoznanie się m.in. ze skalą stosowanego przymusu, ich przebiegiem i przyczynami stosowania. Wyeliminuje też konieczność weryfikacji wszystkich teczek indywidualnych pacjentów, co pozwala na oszczędność czasu i efektywniejsze jego wykorzystanie dla celów kontrolnych.

Taki rejestr może być też skutecznym narzędziem zarządzania oddziałem. Zbiorczy przegląd praktyk, przyczyn i przebiegu stosowania przymusu może pomóc w ocenie potrzeb personelu, ograniczeniu częstotliwości i czasu jego stosowania oraz rozwoju metod pracy alternatywnych do przymusu.

CPT w swoich standardach poświęconych instytucjom opieki psychiatrycznej wyraził następujący pogląd w tym zakresie:

„Doświadczenie wykazało, że szczegółowe i dokładne rejestrowanie przypadków stosowania środków przymusu może zapewnić kierownictwu szpitala kontrolę nad

zasięgiem ich stosowania i umożliwić podjęcie odpowiednich działań w celu ograniczenia go. W tym celu należy ustanowić specjalny rejestr dokumentujący wszystkie przypadki użycia środków przymusu (w tym chemicznych środków przymusu). Taki rejestr powinien uzupełniać zapisy zawarte w osobistej dokumentacji medycznej pacjenta. Wpisy w rejestrze powinny obejmować czas rozpoczęcia i zakończenia stosowania środka; okoliczności sprawy; powody zastosowania środka; nazwisko lekarza, który go zaordynował lub zatwierdził; oraz opis wszelkich obrażeń odniesionych przez pacjentów lub personel. Pacjenci powinni być uprawnieni do załączania uwag do rejestru i powinni być informowani o tym prawie; na ich wniosek powinni otrzymać kopię pełnego wpisu<sup>57</sup>.

### **6.3. Warunki bytowe**

Budynek w którym funkcjonował oddział zamiejscowy posiadał dwie kondygnacje. Pacjenci zakwaterowani byli na dolnej kondygnacji w czterech salach (dwu i czteroosobowych). Pacjenci zakwaterowani w salach czteroosobowych mieli do swojej dyspozycji niewiele ponad 4 m<sup>2</sup> powierzchni życiowej w przeliczeniu na jednego mieszkańca. W pokojach dwuosobowych zapewniony metraż był wyższy i wynosił 5,85 m<sup>2</sup> i 8 m<sup>2</sup> na jednego pacjenta.

W górnej części budynku znajdowały się niezamieszkałe przez pacjentów sale. Uwzględniając jednak ich maksymalne obłożenie pacjenci mieliby do swojej dyspozycji niewiele ponad 4 m<sup>2</sup> powierzchni życiowej na osobę. Jedna z sal (czteroosobowa) oferowałaby zakwaterowanym w niej pacjentom metraż 3,95 m<sup>2</sup> na osobę.

Warto podkreślić, że minimalny standard powierzchni życiowej w przeliczeniu na jedną osobę rekomendowany przez CPT w przypadku jednostek penitencjarnych

---

<sup>57</sup> Zob. Dokument pt. „Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT)” z 21 marca 2017 r., CPT/Inf ( 2017) 6., par. 11.1.

wynosi 4 m<sup>2</sup> dla cel wieloosobowych i 6 m<sup>2</sup> dla cel jednoosobowych. Przy obliczaniu metrażu nie wlicza się powierzchni zajmowanej przez kącik sanitarny<sup>58</sup>.

Jest to standard absolutnie minimalny. Niższa norma powierzchniowa stwarza bowiem ryzyko naruszenia zakazu niehumanitarnego i poniżającego traktowania<sup>59</sup>. Ponadto dotyczy on jednostek penitencjarnych, nie zaś podmiotów leczniczych, których zadaniem jest prowadzenie postępowania terapeutycznego. Z uwagi na specyfikę ośrodka standard oferowany pacjentom KOZZD powinien być w tym przypadku wyższy.

Przedstawiciele KMPT zostali poinformowani w czasie rozmowy podsumowującej wizytę, o planie umieszczenia w oddziale kolejnej grupy pacjentów z Gostynina. Rozwiązanie takie byłoby korzystne dla warunków bytowych w Gostyninie i pacjentów tam umieszczonych. KMPT ma nadzieję, że w zależności od warunków lokalowych i poziomu zaludnienia, kierownictwo KOZZD zapewni pacjentom oddziału optymalne warunki zakwaterowania, w świetle powyższych uwag.

CPT podkreśla, że „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 higienicznych”<sup>60</sup>. Z kolei brak

---

<sup>58</sup> Zob. Dokument pt. „Living space per prisoner in prison establishments: CPT standards”, 15 grudzień 2015 r., CPT/Inf (2015) 44; Trzydziesty Pierwszy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2021) 5, par. 100-102; Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 59.

<sup>59</sup> Zob. Wyroki ETPC w sprawach: Muršić v. Chorwacji z dnia 20 października 2016 r. [Wielka Izba], skarga nr 7334/13; Rasiński v. Polsce z dnia 28 maja 2020 r., skarga nr 42969/18; Orchowski v. Polsce z dnia 22 października 2009 r., skarga nr 17885/04; Sikorski v. Polsce z dnia 22 października 2009 r., skarga nr 17599/05; Danilczuk v. Cypru z dnia 3 kwietnia 2018 r., skarga nr 21318/12.

<sup>60</sup> Zob. Dokument pt. „Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych”, wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego opublikowanego w 1998 r., CPT/Inf (98)12-part, par. 34.



odpowiednich warunków życia może doprowadzić do sytuacji wchodzącej w zakres pojęcia „niehumanitarne i poniżające traktowanie”<sup>61</sup>.

Sale pacjentów przypominały swoim wyglądem więzienne cele. W oknach były kraty i nieprzezroczyste przesłony okienne zwane blendami, zasłaniające połowę powierzchni okna (zob. pkt. 4.2. raportu). Pacjenci spali na metalowych, piętrowych łóżkach (identycznych jak te w zakładach karnych), wyposażonych w szuflady przyłóżkowe do przechowywania rzeczy osobistych.

Pacjenci sygnalizowali, że łóżka na których śpią są niewygodne, co utrudnia odpoczynek. Wizytujący zwrócili w tej mierze uwagę na wykonane z blachy podkłady pod materace, które to odkształcają się w miarę ich użytkowania powodując zagłębienia i trzaski w trakcie zmiany pozycji w czasie korzystania z łóżek.

KMPT rekomenduje zapewnienie pacjentom wygodnych łóżek.

Każdy pacjent miał w swojej sali do dyspozycji wieszak ścienny, szufladę przyłóżkową i metalową szafkę zamykaną na klucz. Jednocześnie wizytujący zwrócili uwagę, że potrzeby pacjentów są o wiele większe. Swoje rzeczy pacjenci składowali przy łóżkach, na podłodze, na stolikach i ogólnie w całym pokoju. Ręczniki, ścierki i części odzieży były rozwieszane na oparciach łóżek i sznurkach, przytwierdzonych do łóżek.

KMPT rekomenduje zapewnienie pacjentom dodatkowej szafki na rzeczy osobiste i dodatkowego wieszaka ściennego.

Zgodnie z wewnętrznym regulaminem pobytu pacjenta w oddziale z dnia 21 stycznia 2022 r. wymiana pościeli, ręcznika i pidżamy odbywała się raz na dwa tygodnie, szlafroka raz na kwartał. Dotyczy to rzeczy będących własnością KOZZD (paragraf 8, pkt. 3). KMPT rekomenduje częstszą wymianę powyższego asortymentu ze względów higienicznych.

Pacjenci nie mogli posiadać w pokoju czajnika. Mogli jednak korzystać z czajnika dostępnego w jadalni. Z uwagi na fakt, że korzystał z niego również personel i

---

<sup>61</sup> Tamże, par. 32.

uwzględniając liczebność pacjentów i pracowników na oddziale, sytuacja ta zdaniem pacjentów, tworzyła niekiedy kolejki i niepotrzebne napięcia. KMPT rekomenduje udostępnienie pacjentom dodatkowego czajnika.

Sanitariaty były utrzymane w czystości. Wizytujący zwrócili jednak uwagę, że prysznic nie posiadają przesłon, co narusza intymność pacjentów podczas kąpieli. Pacjenci sygnalizowali, że mimo iż kąpią się pojedynczo, próbują zapewnić sobie minimum prywatności na wypadek wejścia do pomieszczenia innej osoby, wieszając na ramie prysznicowej koc lub ręcznik. Jest to upokarzające. Ponadto praktyka ta tworzy niekiedy nieprzyjemne sytuacje w postaci reakcji strażników, którzy podobno zaglądną pod tą prowizoryczną zasłonę (zob. też uwagi dotyczące dyskretnej obserwacji, zawarte w pkt. 5.2. raportu).

Mając na względzie fakt, że sanitariaty są monitorowane, a tym samym umożliwiają służbie ochronnej nadzór nad pacjentem i szybką reakcję na wypadek niepokojących sytuacji, KMPT rekomenduje wyposażenie kabin prysznicowych w zasłony zapewniające poczucie intymności osobom kąpiącym się.

KMPT rekomenduje również wyeliminowanie praktyki zaglądania strażników pod zasłony prysznicowe, chyba że z nadzoru wideo wynika, że dochodzi do niejednoznacznej i/lub niepokojącej sytuacji, wymagającej kontroli bezpośredniej.

Plac spacerowy składał się z dwóch części. Na jednej z nich znajdowały się przyrządy do ćwiczeń fizycznych i drewniane ławki (w placówce nie było boiska, siłowni lub sali rekreacyjnej wyposażonej, np. w stół do ping ponga, rowerki stacjonarne, czy inny sprzęt). W drugiej - plastikowy stół, drewniana ławka, miejsce na grilla i kosz na śmieci. Miejsce to było zaniedbane i robiło przygnębiające wrażenie. Drewniane ławki były stare i wymagały wymiany. Brakowało roślinności, która uatrakcyjniłaby wizualny odbiór terenu rekreacyjnego. Plac spacerowy na którym znajdowały się przyrządy do ćwiczeń nie posiadał żadnej osłony na wypadek złej pogody. Na aspekt ten zwrócił

uwagę CPT podczas wizyty w ośrodku w Gostyninie, zalecając zainstalowanie odpowiednich osłon<sup>62</sup>.

Między dwiema częściami placu znajdowała się metalowa siatka z zamontowanym na górze drutem ostrzowym (tzw. concertiną), co było rozwiązaniem niepotrzebnym, zwiększającym opresyjność placówki i przywołującym skojarzenia z systemem penitencjarnym.

CPT podkreśla, że należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do ich odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej<sup>63</sup>.

Przedstawiciele KMPT w czasie rozmowy podsumowującej wizytę zostali poinformowani o planach modernizacji zewnętrznego terenu rekreacyjnego oraz remontu budynku przeznaczonego do prowadzenia terapii dla pacjentów. Budynek ten nie był użytkowny w czasie wizytacji. Prace remontowe miały rozpocząć się w okresie letnim i zakończyć się w listopadzie 2022 r.

KMPT pozytywnie ocenia te plany i rekomenduje ich przeprowadzenie. Zaleca również zainstalowanie na placu spacerowym osłony dla pacjentów na wypadek niekorzystnych warunków atmosferycznych, jak również demontaż metalowej siatki z drutem ostrzowym.

Wyjście pacjentów na świeże powietrze było ściśle limitowane. Każdemu z pacjentów przysługiwał spacer w następującym wymiarze:

od poniedziałku do czwartku – spacer raz dziennie, w wymiarze 1,5 godziny;

w piątek – spacer dwa razy dziennie, pierwszy w wymiarze 1,5 godziny, drugi (wieczorny) – 50 minut;

w weekend – spacer raz dziennie w wymiarze 2 godzin.

---

<sup>62</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 125.

<sup>63</sup> Zob. Dokument pt. „Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych”, wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego opublikowanego w 1998 r., CPT/Inf (98)12-part, par. 34.

KMPT jest zaniepokojony takim reglamentowaniem pacjentom dostępu do świeżego powietrza. Kwestia ta była przedmiotem zastrzeżeń CPT po wizycie w KOZZD w Gostyninie w 2017 r. Komitet zalecił wówczas umożliwienie pacjentom korzystania z nieograniczonego dostępu do ćwiczeń na świeżym powietrzu w ciągu dnia, chyba że działania lecznicze wymagają ich obecności na oddziale<sup>64</sup>. Komitet podkreślił również, że aktywność sportowa i rekreacyjna mogłaby pomóc w rozładowaniu napięcia w placówce<sup>65</sup>.

Mając na względzie małe zaludnienie oddziału zamiejscowego i wdrożone zabezpieczenia techniczno-ochronne, nie ma obiektywnych przeszkód, by dostęp pacjentów do świeżego powietrza został wydłużony. Optymalnym rozwiązaniem byłoby pełne wdrożenie zalecenia CPT i umożliwienia pacjentom nieskrępowanego korzystania z terenu rekreacyjnego w ciągu dnia, o ile nie uczestniczą oni w tym czasie w zajęciach terapeutycznych, czy innych zaplanowanych aktywnościach.

Należy podkreślić, że obecnie oddział zamiejscowy nie dysponuje salą gimnastyczną, siłownią, czy inną salą rekreacyjną w której pacjenci mogliby uprawiać sport i zajmować się aktywnością fizyczną. Dlatego też dostęp do świeżego powietrza i terenu rekreacyjnego wyposażonego w sprzęt do ćwiczeń fizycznych jest ważny dla ich zdrowia, kondycji psychofizycznej i ogólnej atmosfery, co w dalszej perspektywie może być korzystne również dla skuteczności procesu terapeutycznego. KMPT zaleca umożliwienie pacjentom częstszego korzystania ze spacerów.

W czasie swojej wizyty przedstawiciele KMPT zaobserwowali, że większość pacjentów spędza czas w swoich pokojach, najczęściej korzystając z posiadanych urządzeń elektronicznych (telefonów, laptopów). Tylko nieliczne osoby przebywały w sali terapii zajęciowej, czy sali telewizyjnej.

---

<sup>64</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 125.

<sup>65</sup> Tamże, par. 121.

Z rozmów z personelem wynikało, że tylko ok. połowa pacjentów korzysta z oferowanych im aktywności (terapii zajęciowej, spotkań z psychologiem, terapii). Większość pacjentów woli spędzać czas w swoich pokojach. Również pacjenci, którzy decydują się na spotkania z terapeutami przychodzą na nie nieregularnie.

Z kolei rozmowy z pacjentami wykazały, że postrzegają oni ośrodek wyłącznie jako instytucję izolującą i opresyjną, co ma wpływ na ich nastrój i motywację do współpracy z personelem. Pacjenci wskazywali również, że nikt ich nie motywuje do terapii i są pozostawieni sami sobie. Wskazywali też na barierę w kontaktach z terapeutami. Mówili, że terapeuci mogliby, przychodząc na spotkanie z nimi, podać im rękę, przywitać się, powiedzieć „dzień dobry”. Jeden z pacjentów opowiedział przedstawicielom KMPT, że brakuje właściwej komunikacji między terapeutą a pacjentem. Nie wie bowiem jakie postępy poczynił, w którym miejscu się znajduje i w jakim kierunku ma dalej pracować.

Przedstawiciele KMPT spotkali się też z niepokojącymi opiniami członków personelu terapeutycznego z których wynikało, że zajęcia są nieobowiązkowe, pacjenci „wiedzą, gdzie ich szukać” w związku z czym nie ma potrzeby dalszej motywacji. Taka postawa nie sprzyja kontaktom na linii pacjent – terapeuta i nie przyczynia się do budowania pozytywnej atmosfery w ośrodku.

Pracownia terapii zajęciowej jest czynna od poniedziałku do piątku, w godz. 9-20. Pacjenci mogli w niej spędzać czas wykonując m.in. prace plastyczne i modelarskie, wyrównać braki w zakresie czytania i pisanie, uczyć się obsługi komputera i podstawowych czynności samoobsługowych (typu reperacja odzieży, naprawa przedmiotów codziennego użytku), mieli dostęp do prasy, gier planszowych i kart. Przedstawiciele KMPT zwrócili jednak uwagę na brak zajęć sportowo-rekreacyjnych i kulturalno-oświatowych dla pacjentów w czasie wolnym od zajęć terapeutycznych. Do ośrodka nie mieli też wstępu przedstawiciele organizacji pozarządowych i inne osoby (np. pisarze, muzycy, artyści), którzy mogliby uatrakcyjnić ofertę ośrodka, a

kontakt z takimi osobami, wspólna wymiana doświadczeń i odpowiednio poprowadzona dyskusja, mogłaby być korzystna z terapeutycznego punktu widzenia. Ma też istotne znaczenie dla prewencji tortur, gdyż jak podkreśla SPT, im człowiek jest bardziej odizolowany od świata zewnętrznego, tym większe jest ryzyko tortur i innych form złego traktowania<sup>66</sup>.

Z kolei CPT w swoich standardach poświęconych instytucjom opieki psychiatrycznej podkreśla, że aktywizacja i wsparcie z zewnątrz są niezbędne, by personel ośrodka nie stał się zbyt wyizolowany. W związku z tym należy m.in. zachęcać do obecności w tego typu placówkach niezależnych osób (np. studentów, naukowców) i organów zewnętrznych<sup>67</sup>.

W czasie rozmów pacjenci sygnalizowali potrzebę zorganizowania im na terenie placówki mszy świętej i kontaktu z przedstawicielami kościołów i związków wyznaniowych. Na terenie oddziału nie było jednak kaplicy, ani innego zorganizowanego miejsca do praktykowania kultu religijnego. Ośrodka nie odwiedzał też żaden przedstawiciel kościoła lub związku wyznaniowego. KMPT rekomenduje zapewnienie pacjentom dostępu do praktyk religijnych, w tym możliwość zorganizowania na terenie oddziału mszy lub innych ceremonii religijnych i przyjmowanie sakramentów. Nadzór nad pacjentami w tym zakresie powinien uwzględniać przyjęte zwyczaje i szanować tajemnicę spowiedzi.

W ocenie KMPT oddział zewnętrzny ma potencjał, który przy dalszej modernizacji i rezygnacji z wielu problematycznych rozwiązań, pozwoli na stworzenie odpowiedniego środowiska terapeutycznego. Niestety, warunki materialne zastane podczas wizytacji w połączeniu z wdrożonymi rozwiązaniami ochronnymi (zob. pkt. 4.2. i 5.2. raportu) i stosunkiem personelu do pacjentów, przybliżają go raczej do jednostki penitencjarnej o zaostrzonym rygorze niż ośrodka skoncentrowanego na procesie terapeutycznym.

---

<sup>66</sup> Zob. Raport SPT z wizyty w Meksyku, CAT/OP/MEX/1, par. 127.

<sup>67</sup> Zob. Dokument pt. „Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych”, wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego opublikowanego w 1998 r., CPT/Inf(98)12-part, par. 46.

Sytuacja ta powinna ulec zmianie, zwłaszcza w kontekście zalecenia CPT mówiącego o potrzebie poważnego rozważenia koncepcji i filozofii leczenia w KOZZD<sup>68</sup>. Mając na względzie planowany remont budynku przeznaczonego dla celów terapeutycznych, KMPT ma nadzieję na zmianę podejścia i postęp w tym zakresie.

#### **6.4. Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń**

Podstawową opiekę medyczną zapewnia personel pielęgniarski w łącznej liczbie 10 osób. Opieka pielęgniarska sprawowana jest przez całą dobę, również w weekendy. Ośrodek nie zatrudniał lekarza, w tym lekarza psychiatry. Raz na dwa tygodnie psychiatra z ośrodka w Gostyninie przyjeżdża do ośrodka celem konsultacji.

W czasie rozmowy podsumowującej wizytę kierownictwo KOZZD poinformowało wizytujących o planach zatrudniania w oddziale, na stałe lekarza psychiatry.

KMPT pozytywnie ocenia te plany. Z pewnością zwiększy to dostęp pacjentów do specjalistycznej opieki, podniesie jakość usług i umożliwi szybką reakcję, przykładowo w przypadku potrzeby zmiany sposobu leczenia.

Na potrzebę obecności w placówce lekarza dyżurnego (dostępnego faktycznie, a nie tylko pod telefonem) zwracał uwagę CPT w przypadku ośrodka w Gostyninie<sup>69</sup>.

Udoskonalenia wymaga sposób rejestracji obrażeń pacjentów. Kluczowym elementem jest tutaj przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego, który pozwoli na wykrycie ewentualnych przypadków złego traktowania i odpowiednie zebranie medycznych i psychologicznych dowodów takich czynów (zob. też pkt. 5.1. raportu).

KMPT rekomenduje również, by poza opisem obrażeń w dokumentacji medycznej personel medyczny stosował specjalny formularz do oznaczenia umiejscowienia obrażeń z wizerunkiem sylwetki człowieka (tzw. mapę ciała) oraz wykonywał zdjęcia obrażeń. Dokumentacja ta powinna stanowić część dokumentacji medycznej pacjenta.

---

<sup>68</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 121.

<sup>69</sup> Tamże, par. 126.

Z udzielonej bowiem wizytującym informacji oraz dokumentacji pacjentów wynikało, że elementy te nie są stosowane.

Standardy badania medycznego i wymogi CPT dotyczące wypełniania dokumentacji medycznej, Komitet przedstawił między innymi w paragrafie 80, sprawozdania z wizyty w Polsce w 2017 r.

### **6.5. Mechanizm skargowy**

Na tablicy informacyjnej znajdującej się na korytarzu oddziału, wywieszono były dane teleadresowe Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjenta. Informacje o dostępności tych danych były zapisane również w wewnętrznym regulaminie pobytu w oddziale zamiejscowym z dnia 21 stycznia 2022 r., w paragrafie 15, pkt. 3.

W celu zwiększenia dostępności pacjentów do zewnętrznych mechanizmów skargowych KMPT rekomenduje uzupełnienie wykazu instytucji, do których pacjenci mogą zwrócić się w przypadku naruszenia ich praw. Tymi instytucjami mogłyby być: sąd sprawujący nadzór nad ośrodkiem zamiejscowym, organizacje pozarządowe zajmujące się świadczeniem pomocy prawnej i ochroną praw człowieka (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka) i Ministerstwo Zdrowia, sprawujące nadzór nad KOZZD.

Na oddziale nie było zorganizowanego stanowiska z dostępem pacjentów do Biuletynu Informacji Publicznej, jednak jak poinformowano wizytujących, planowane jest w przyszłości uruchomienie stanowiska infokiosku.

KMPT mając świadomość, że nie wszyscy pacjenci mogą posiadać lub użytkować urządzenia elektroniczne umożliwiające wyszukiwanie informacji w BIP, rekomendują zorganizowanie odpowiedniego stanowiska komputerowego z takim dostępem lub infokiosku. Takie rozwiązanie ułatwiłoby podopiecznym placówki dostęp do wszelkich informacji istotnych dla podniesienia świadomości prawnej i ochrony własnych praw, w tym kompetencji i aktywności organów władzy publicznej, osób odpowiedzialnych



za załatwianie spraw i sposobów składania wniosków, orzecznictwa sądów i trybunałów, informacji o nieodpłatnej pomocy prawnej i innych ważnych informacji.

Pacjenci mogą zgłaszać swoje uwagi bezpośrednio do Dyrektora KOZZD w czasie odwiedzin ośrodka lub pisemnie. O prawie pacjenta do składania pisemnych skarg, wniosków i odwołań mówi również wewnętrzny regulamin pobytu w oddziale zamiejscowym (paragraf 2, pkt 2, litera f). Jak wyjaśniono wizytującym w czasie rozmowy kończącej wizytę, placówka nie prowadzi rejestru skarg, jest jednak prowadzona statystyka dotycząca wniesionych skarg.

KMPT rekomenduje wprowadzenie rejestru skarg. Rejestr taki powinien być prowadzony odrębnie dla oddziału zamiejscowego i mieć charakter poufny, tj. być dostępny wyłącznie dla Dyrektora KOZZD, osoby kierującej oddziałem zamiejscowym (jeśli taka odrębna osoba zostałaby wyznaczona), ewentualnie innego, wyznaczonego pracownika. Brak poufności rodzi ryzyko represji wobec osób składających skargi i może wywołać „efekt mrożący”, zniechęcający pacjentów do informowania o nieprawidłowościach. Dałoby to mylący obraz sytuacji w placówce i nie sprzyjałoby wyeliminowaniu niewłaściwych zachowań i innych pojawiających się problemów, już na wstępnym ich etapie.

Warto mieć bowiem świadomość, że brak skarg niekoniecznie świadczy o pozytywnym zjawisku. Wręcz przeciwnie, często może wskazywać na brak stworzenia odpowiednich warunków do składania skarg lub o braku zaufania pacjentów do systemu skargowego<sup>70</sup>.

Rejestr ten umożliwiłby bardziej transparentny przegląd zgłaszanych problemów i mógłby być pomocny jako narzędzie zarządzania i opracowania odpowiednich polityk i strategii, w odniesieniu do pracy personelu i sprawowanej opieki. Miałyby też istotne

---

<sup>70</sup> Zob. Uwagi CPT przedstawione w dokumencie pt. „Complaints mechanisms”, Dwudziesty Siódme Sprawozdanie Ogólne, CPT/Inf (2018) 4-part, par. 91. W dokumencie tym Komitet przedstawił zbiór standardów dotyczących mechanizmu skargowego, których wdrożenie jest niezbędne dla skutecznego zapobiegania torturom i innemu okrutnemu, nieludzkiemu, poniżającemu traktowaniu albo karaniu.

znaczenie dla zewnętrznych organów kontrolnych, co zwiększy potencjał i efektywność takich kontroli.

W opinii CPT mechanizmy skargowe stanowią podstawowe zabezpieczenie przeciwko torturom i nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu osób pozbawionych wolności, niezależnie od miejsca detencji. Takie mechanizmy mogą nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji<sup>71</sup>.

CPT wskazuje, że każda placówka detencyjna powinna prowadzić ewidencję skarg w specjalnym rejestrze, zwracając należytą uwagę zasady poufności i bezpieczeństwa. Rejestr taki powinien zawierać nazwiska skarżących, rodzaj i przedmiot skarg, wynik procedury składania skarg i procedury odwoławczej, działania następcze podjęte w celu naprawienia zarzucanej sytuacji oraz wszelkie rekompensaty przyznane skarżącym. Zapisy te powinny służyć jako narzędzie zarządzania. Przykładowo może się zdarzyć, że wiele skarg odnosi się do tych samych pracowników lub że niektóre kategorie osób pozbawionych wolności rzadko składają formalne skargi<sup>72</sup>.

## **6.6. Szkolenie personelu**

Z przeprowadzonych rozmów wynikało, że pracownicy biura ochrony (zarówno cywilni pracownicy ochrony, jak i delegowani funkcjonariusze Służby Więziennej) przed przystąpieniem do pracy są instruowani przez swoich przełożonych w zakresie miejsca ich pracy, uprawnień i oczekiwań przełożonych. Taki instruktaż ma miejsce w czasie spotkania po przyjęciu do pracy (lub delegowaniu) i ma charakter jednorazowego spotkania roboczego. Dotychczas nie opracowano systemu szkoleń dla tej grupy zawodowej. Z rozmów z personelem wynikało też, że większość z nich nie miała

---

<sup>71</sup> Tamże, par. 68.

<sup>72</sup> Tamże, par. 90.

doświadczenia w pracy w KOZZD lub innym podmiocie leczniczym (w tym instytucji opieki psychiatrycznej), co zwiększa ryzyko niewłaściwych zachowań.

W ocenie KMPT konieczna jest większa profesjonalizacja systemu kształcenia pracowników ochrony mająca charakter zarówno wstępnego instruktażu przed podjęciem pracy w ośrodku, jak i w okresie późniejszym, pozwalająca na rozwój zawodowy i doskonalenie swoich umiejętności. Szkolenie i edukacja personelu jest bowiem ważnym mechanizmem zapobiegania torturom<sup>73</sup>. Z kolei brak przemyślanego, spójnego i ciągłego systemu szkoleniowego, może mieć wpływ na metody pracy i interakcje z pacjentami.

Zdaniem KMPT w trakcie sesji szkoleniowych należy położyć szczególny nacisk na podkreślenie terapeutycznej roli placówki, wypracować zasady taktycznej współpracy pomiędzy służbą ochronną, a personelem medycznym i terapeutycznym oraz położyć nacisk na umiejętności odpowiedniego zarządzania konfliktem i deeskalację pobudzenia pacjentów, co może pozwolić na uniknięcie konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego.

Po zakończeniu wizytacji, KMPT został poinformowany pisemnie o zaplanowanym w czerwcu 2022 r. szkoleniu pod nazwą „Kontakt z trudnym pacjentem – sposób radzenia sobie z agresją i rozwiązywaniem konfliktów”, które realizowane ma być przez psychologów zatrudnionych w KOZZD. W pierwszej kolejności w szkoleniu mają wziąć udział pracownicy ochrony, a następnie sukcesywnie pozostały personel.

KMPT pozytywnie ocenia ten pomysł. Zachęca też kierownictwo placówki do rozważenia potrzeby organizacji skoordynowanych sesji szkoleniowych lub spotkań, z udziałem personelu medycznego (zarówno lekarskiego, jak i pielęgniarskiego), terapeutycznego i ochronnego w celu wypracowania optymalnych metod współpracy i

---

<sup>73</sup> Zob. Komentarz Podkomitetu ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) wyrażony w raporcie z wizyty w Meksyku w 2008 r., CAT/OP/MEX/1, par. 95.

działania poszczególnych grup, w szczególności w sytuacjach pobudzenia i konfliktu pacjentów.

KMPT rekomenduje, by do programów szkoleniowych personelu włączyć zagadnienia związane z międzynarodowymi standardami praw człowieka, w tym omówić art. 1 i 16 Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur. Pracownicy powinni być bowiem świadomi, czym są tortury, jakie zachowania mogą wypełnić ich znamiona oraz mieć świadomość ich absolutnego zakazu. To ważne zagadnienie, szczególnie w kontekście przysługujących uprawnień do stosowania przymusu bezpośredniego i możliwości nadużyć w tym zakresie.

Konwencja wymaga bowiem, by materiały szkoleniowe dotyczące zakazu stosowania tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania zostały włączone do programów szkoleniowych personelu cywilnego, medycznego, funkcjonariuszy państwowych i innych osób, które mogą brać udział w nadzorowaniu, przesłuchiowaniu lub postępowaniu z osobami poddanymi jakiegokolwiek formie zatrzymania, aresztowania lub pozbawienia wolności (art. 10 i 16).

KMPT rekomenduje również włączenie do programów szkoleniowych zagadnień związanych z: komunikacją interpersonalną, deeskalacją napięcia w sytuacjach konfliktowych, sposobami radzenia sobie ze stresem, przeciwdziałaniem wypaleniu zawodowemu, praktycznym wykorzystywaniem Protokołu stambulskiego, pracy z traumą i ofiarami przemocy oraz w przypadku służby ochrony - specjalistycznego szkolenia w zakresie stosowania gazu pieprzowego. O części z tych zagadnień była już mowa w poprzednich częściach niniejszego raportu (zob. pkt. 5.1. i 5.2.).

Z rozmów z personelem wynikało, że ich praca jest bardzo obciążająca psychicznie. Pracownicy wszystkich grup zawodowych sygnalizowali, że spotykali się z przejawami agresji i lekceważącego stosunku do swojej osoby i wykonywanej pracy. Ma to prawdopodobnie związek z postrzeganiem KOZZD jako instytucji wyłącznie izolującej, a nie leczniczej oraz stosunkiem społeczeństwa do pacjentów. Swoją bezsilność i

frustrację pacjenci odreagowują na personelu. Dodatkowy, negatywny wpływ na tę sytuację ma reżim obowiązujący w ośrodku, upodabniający go do więzienia. W obliczu takich postaw pacjentów trudno będzie personelowi zachować profesjonalizm.

Wzrasta też ryzyko wypalenia zawodowego.

W ocenie KMPT personel powinien mieć zapewnione profesjonalne wsparcie w postaci superwizji, prowadzonej przez zewnętrznego, niezależnego superwizora. Ta forma doskonalenia zawodowego pozwoli pracownikom na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych. Może również przyczynić się do zapobieżenia wypaleniu zawodowemu i podniesienia jakości pracy personelu.

Warto w tym miejscu odwołać się również do zaleceń CPT dotyczących personelu KOZZD, przedstawionych polskiemu rządowi po wizycie delegacji Komitetu w 2017 r.

W raporcie z tej wizyty CPT podkreślił potrzebę zapewnienia kadrze większego wsparcia zewnętrznego i nadzoru w celu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu<sup>74</sup>.

Ponadto zdaniem CPT, strażnicy w KOZZD skorzystaliby z większej liczby szkoleń na temat postępowania z pacjentami przebywającymi w placówce, aby móc rozładowywać sytuacje konfliktowe bez uciekania się do specjalnych środków<sup>75</sup>.

## **6.7. Zarządzanie oddziałem zamiejscowym**

Oddział zamiejscowy KOZZD w Czersku jest zarządzany bezpośrednio przez Dyrektora KOZZD w Gostyninie, który odwiedza ośrodek co jakiś czas. Na miejscu nie ma innej osoby uprawnionej do podejmowania decyzji w zakresie zarządzania całym obiektem. W pierwszym dniu wizyty przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z zastępcą kierownika biura ochrony i pielęgniarzką koordynującą, ale jak wynikało z jej treści każde z nich odpowiada za swój zakres aktywności zawodowej. Nie ma zaś uprawnień do nadzorowania wszystkich pracowników i podejmowania kluczowych decyzji dotyczących funkcjonowania oddziału zamiejscowego.

---

<sup>74</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 126.

<sup>75</sup> Tamże, par. 128.

Przedstawiciele KMPT nie uzyskali jednoznacznej odpowiedzi jak często Dyrektor KOZZD odwiedza ośrodek. Relacje osób z którymi przeprowadzono rozmowy (zarówno personelu, jak i pacjentów) różniły się znacząco od siebie. Przykładowo według jednej z nich Dyrektor pojawiał się z placówce raz na tydzień, czasem dwa. Według innej, nawet co trzy tygodnie. W czasie swoich wizyt Dyrektor KOZZD umożliwiał pacjentom odbycie z nim bezpośredniej rozmowy, zgłoszenie uwag i skarg co do pobytu w placówce, zajmował się sprawami administracyjnymi i jako lekarz psychiatra, medycznymi.

Mając na względzie sporą odległość Czerska (województwo pomorskie) od Gostynina (województwo mazowieckie) należałoby rozważyć stałą obecność osoby uprawnionej do kierowania oddziałem i nadzorowania wszystkich pracowników (np. kierownika oddziału zewnętrznego). Nie oznacza to jednak konieczności przeniesienia całego pionu administracyjnego i księgowego (który nadal mógłby funkcjonować w Gostyninie), lecz wyznaczeniu na miejscu osoby kierującej oddziałem zamiejscowym i wyposażeniu jej w odpowiednie uprawnienia.

W opinii KMPT stała obecność przełożonego służy pracownikom, którzy wiedzą, że w sytuacjach nagłych mogą liczyć na rozmowę z przełożonym oraz podjęcie przez niego właściwej decyzji. Pozwala także na wypracowanie optymalnych metod pracy, usprawniających zarządzanie oddziałem; zwiększenie skuteczności nadzoru nad wykonywaniem obowiązków zawodowych przez personel oraz usprawnienie wewnętrznego systemu składania skarg przez pacjentów. Ma więc ważny wymiar zapobiegawczy w kontekście prewencji ewentualnych nadużyć wobec pacjentów. Ponadto może mieć też pozytywny wpływ na zarządzanie oddziałem w Gostyninie. Zaproponowane rozwiązanie wykluczy bowiem konieczność odbywania częstych, systematycznych podróży służbowych do Czerska, co jest aktualnie niezbędne dla skutecznego nadzoru nad funkcjonowaniem oddziału zamiejscowego, a co za tym idzie zapewni stałą obecność Dyrektora w Gostyninie.

W opinii KMPT aktualnie przyjęty model centralnego zarządzania oddziałem zamiejscowym może mieć wpływ na praktyki personelu i stwarza ryzyko, że instytucja nie będzie w stanie funkcjonować profesjonalnie, realizować swoich ustawowych zadań i dbać o potrzeby i prawa pacjentów.

Warto w tym miejscu podkreślić, że na ryzyko tortur, niehumanitarnego i poniżającego traktowania ma wpływ szereg czynników, między innymi instytucjonalne ramy funkcjonowania ośrodka detencyjnego i sposób jego zarządzania. Skuteczna prewencja tego typu zachowań wymaga więc szerokiego, holistycznego podejścia, które nie skupia się wyłącznie na tym, czy funkcjonowanie instytucji w określonym kontekście jest zgodne z prawem<sup>76</sup>.

CPT podkreśla, że odpowiednia kontrola całego personelu ze strony przełożonych może w znacznym stopniu przyczynić się do zapobiegania złemu traktowaniu osób pozbawionych wolności<sup>77</sup>.

## **6.8. Nadzór sędziowski**

Do czasu zakończenia wizytacji przez KMPT, ośrodek zamiejscowy nie był kontrolowany przez sędziego. W czasie rozmowy podsumowującej wizytację przedstawiciele KMPT zostali poinformowani, że nadzór nad ośrodkiem zamiejscowym ma sprawować sędzia Sądu Okręgowego w Płocku, właściwy dla kontroli KOZZD w Gostyninie.

---

<sup>76</sup> Zob. Opinię Podkomitetu ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) dotyczącą koncepcji zapobiegania torturom, zawartą w dokumencie pt. „The approach of the Subcommittee on Prevention of Torture to the concept of prevention of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment under the Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment” z 30 grudnia 2010 r., CAT/OP/12/6, dostępną na stronie: <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt/approaches-prevention> [dostęp: 06.06.2022 r.]

<sup>77</sup> Zob. Dokument pt. „Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych”, wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego opublikowanego w 1998 r., CPT/Inf(98)12-part.

Zgodnie z art. 32 ust. 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, do ochrony praw osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w ośrodku stosuje się odpowiednio m.in. art. 43 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r., poz. 685). Z kolei art. 43 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wskazuje, że kontrolę placówki sprawuje sędzia wykazujący się szczególną znajomością problematyki ochrony zdrowia psychicznego wyznaczony przez prezesa sądu okręgowego, **w którego okręgu znajduje się szpital psychiatryczny lub dom pomocy społecznej.**

Na gruncie wskazanych wyżej przepisów można wnioskować, że **sądem właściwym do kontroli oddziału zamiejscowego KOZZD w Czersku jest sędzia wyznaczony przez prezesa sądu okręgowego właściwego miejscowo dla lokalizacji oddziału zamiejscowego (decydująca byłaby w tym przypadku faktyczna lokalizacja obiektu)**, nie zaś sędzia wizytator właściwy dla jednostki centralnej KOZZD zlokalizowanej w Gostyninie.

Odmienna interpretacja tego przepisu mogłaby w sposób znaczący utrudnić realizację sądowego nadzoru nad przestrzeganiem praw pacjentów zakwaterowanych oddziale KOZZD w Czersku. Spora odległość Płocka i Czerska mogłaby bowiem mieć wpływ na częstotliwość wizyt kontrolnych sędziego w ośrodku zamiejscowym, w tym na praktykę przeprowadzania doraźnych kontroli.

W ocenie KMPT możliwość stałego monitorowania przez sędziego sytuacji w placówce, w tym możliwość wstępu o każdej porze w celu kontroli legalności przyjęcia, przestrzegania respektowania praw i warunków pobytu, stanowi ważny instrument zapobiegania nadużyciom wobec pacjentów, w tym prewencji tortur i niehumanitarnego



traktowania<sup>78</sup>. Ponadto w przypadku powstawania dalszych oddziałów zamiejscowych KOZZD, możliwość faktycznej kontroli przez sędziego Sądu Okręgowego w Płocku obiektów zlokalizowanych w całej Polsce, byłaby przedsięwzięciem trudnym logistycznie, co budzi niepokój z punktu widzenia organizacji pracy i efektywności kontroli.

Z uwagi na powyższe wątpliwości i wagę sprawy, Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich Hanna Machińska wystąpiła do Prezesa Sądu Okręgowego w Płocku o przedstawienie stanowiska w zakresie właściwości miejscowej sądu uprawnionego do kontroli oddziału zamiejscowego<sup>79</sup>.

Z otrzymanej odpowiedzi wynika, że Prezes Sądu Okręgowego w Płocku oraz wizytator KOZZD w Gostyninie SSO Janina Jankowska podzielają pogląd KMPT w zakresie właściwości miejscowej sądu<sup>80</sup>.

Pani sędzia SSO Janina Jankowska wskazała w swoim piśmie, że wyznaczanie sędziów wizytujących w obszarze, w którym położony jest oddział zamiejscowy ułatwiłoby realizację wizytacji stałej oraz wizyt doraźnych, nie zmniejszając tym samym czynności orzeczniczych sędziego. Z kolei konieczność wizytowania oddziału przez sędziego Sądu Okręgowego w Płocku wymagałby odciążenia sędziego od obowiązków orzeczniczych w wydziale sądu, w którym orzeka i zdecydowanie innej organizacji pracy. Z uwagi na odległość, sędzia musiałaby korzystać z delegacji dwudniowej w celu kontroli, a częstotliwość kontroli doraźnych przeprowadzanych zazwyczaj na skutek pism i wniosków pacjentów jest nieprzewidywalna. Ponadto zdaniem sędzi niemożliwym do wykonania jest, aby sędzia Sądu Okręgowego w Płocku lub Sądu Rejonowego w

---

<sup>78</sup> Zob. również uwagi CPT dotyczące regularnego wizytowania instytucji opieki psychiatrycznej przez niezależny organ zewnętrzny, zawarte w dokumencie pt. „Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych”, wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego opublikowanego w 1998 r., CPT/Inf(98)12-part, par. 55.

<sup>79</sup> Zob. Pismo z dnia 24 maja 2022 r., znak KMP.574.2.2022.RK.

<sup>80</sup> Zob. Pismo Wiceprezesa Sądu Okręgowego w Płocku z dnia 30 maja 2022 r., nr rej. OA-443-103/22 wraz z pismem sędzi Janiny Jankowskiej z dnia 30 maja 2022 r., OA-443-103/18.

Gostyninie realizowała zadania określone w art. 43 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w kilku innych oddziałach zamiejscowych, utworzonych w przyszłości na terenie całego kraju, oddalonych zapewne od Płocka lub Gostynina.

Z uwagi na powyższe, racjonalnym rozwiązaniem jest, aby kontrolę oddziału zamiejscowego przeprowadzał sędzia wyznaczony przez Prezesa Sądu Okręgowego właściwego dla siedziby określonego oddziału zamiejscowego KOZZD, tak jak ma to miejsce w przypadku wyznaczania sędziów do wizytacji oddziałów psychiatrycznych, czy domów pomocy społecznej. W przypadku oddziału zamiejscowego w Czersku właściwym miejscowo jest Prezes Sądu Okręgowego w Słupsku<sup>81</sup>.

KMPT rekomenduje Prezesowi Sądu Okręgowego w Słupsku wyznaczenie sędziego do wizytacji oddziału zamiejscowego i zapewnienie w nim regularnych wizyt kontrolnych na podstawie art. 32 ust. 3 ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

## **7. Zalecenia**

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

### **7.1. Dyrektorowi KOZZD w Gostyninie:**

1. Zwrócenie uwagi podległym pracownikom i funkcjonariuszom Służby Więziennej delegowanym do pełnienia służby na oddziale, że należy traktować pacjentów KOZZD z szacunkiem i godnością;
2. Obligatoryjne informowanie Prokuratora o przypadkach przemocy wobec pacjentów oraz w przypadku niewłaściwych zachowań ze strony funkcjonariuszy

---

<sup>81</sup> Zob. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie ustalenia siedzib i obszarów właściwości sądów apelacyjnych, sądów okręgowych i sądów rejonowych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1269).

- Służby Więziennej – także Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, celem rozważenia podjęcia odpowiednich działań dyscyplinarnych;
3. Przekazanie personelowi oddziału jednoznacznego komunikatu o zakazie stosowania unieruchomienia na prośbę pacjenta i przypomnienie o zasadach stosowania przymusu bezpośredniego określonych w ustawie;
  4. Zapewnienie, że gaz pieprzowy nie jest używany w zamkniętych pomieszczeniach oddziału (w tym salach pacjentów) i wobec osób poddawanych już kontroli;
  5. Zapewnienie, że osoba wobec której zostanie użyty gaz pieprzowy, zostanie obligatoryjnie zbadana przez personel medyczny, niezależnie od tego, czy posiada widoczne obrażenia ciała, czy też nie; ujawnione obrażenia powinny zostać udokumentowane na podstawie wytycznych Protokołu stambulskiego;
  6. Ulepszenie sposobu rejestracji obrażeń pacjentów poprzez stosowanie formularza do oznaczenia umiejscowienia obrażeń z wizerunkiem sylwetki człowieka (mapy ciała) oraz wykonywanie zdjęć obrażeń;
  7. Precyzyjne określenie czasu trwania nakładanych na pacjentów ograniczeń;
  8. Wyeliminowanie praktyki pozbawiania pacjentów możliwości otrzymywania paczek;
  9. Zaprzestanie noszenia przez personel ochronny w widoczny sposób sprzętu służącego do stosowania przymusu bezpośredniego; sprzęt ten powinien być przechowywany w wyznaczonych do tego celu miejscach i pobierany na wypadek konieczności interwencji;
  10. Zmianę ubioru pracowników ochrony. Ubiór personelu ochronnego powinien mieć charakter neutralny, stosownie do terapeutycznych celów ośrodka; oddelegowani do służby w KOZZD funkcjonariusze Służby Więziennej nie powinni korzystać ze swojego służbowego umundurowania;
  11. Zmianę praktyki dozoru pacjentów przez personel ochronny na rzecz ich dyskretnej obserwacji (m.in. za pośrednictwem systemu monitoringu);

12. Wyeliminowanie praktyki zaglądania strażników pod zasłony prysznicowe, chyba że z nadzoru wideo wynika, że dochodzi do niejednoznacznej i/lub niepokojącej sytuacji, wymagającej osobistej kontroli;
13. Odstąpienie od zasady obowiązkowego opuszczania sali przez pacjentów w czasie sprzątnięcia i przyjęcie bardziej elastycznego podejścia; pacjenci powinni mieć możliwość pozostania w swoich pokojach w czasie sprzątnięcia, np. w sytuacjach, gdy źle się czują lub potrzebują wyciszenia;
14. Zapewnienie, że personel ochronny informuje lekarzy i inny personel medyczny realizujący świadczenia zdrowotne poza ośrodkiem o możliwości zdjęcia kajdanek i realizacji świadczenia bez asysty personelu ochronnego. Należy też wypracować z udziałem personelu medycznego odpowiednie rozwiązania ochronne, które umożliwią realizację świadczeń bez potrzeby rutynowego stosowania kajdanek i asysty ze strony pracowników ochrony;
15. Zapewnienie pacjentom wygodnych łóżek;
16. Częstszą wymianę pościeli, ręczników, pidżam i szlafroków będących w użytkowaniu przez pacjentów, stanowiących własność ośrodka;
17. Zapewnienie pacjentom dodatkowej szafki na rzeczy osobiste i dodatkowego wieszaka ściennego;
18. Wyposażenie kabin prysznicowych w zasłony zapewniające poczucie intymności kąpiącym się pacjentom;
19. Udostępnienie pacjentom dodatkowego czajnika;
20. Kontynuowanie zaplanowanych remontów i modernizacji terenu rekreacyjnego i budynku przeznaczonego do prowadzenia terapii dla pacjentów;
21. Zainstalowanie na placu spacerowym osłony dla pacjentów na wypadek niekorzystnych warunków atmosferycznych;

22. Demontaż metalowej siatki z drutem ostrzowym oddzielającej dwie części terenu rekreacyjnego;
23. Umożliwienie pacjentom częstszego korzystania ze spacerów;
24. Uzupełnienie wykazu instytucji, do których pacjenci mogą zwrócić się w przypadku naruszenia ich praw;
25. Zorganizowanie na potrzeby pacjentów stanowiska komputerowego lub infokiosku z dostępem do Biuletynu Informacji Publicznej;
26. Założenie rejestru skarg dotyczących oddziału zamiejscowego w Czersku;
27. Założenie rejestru przymusu bezpośredniego stosowanego wobec pacjentów oddziału zamiejscowego KOZZD; rejestr ten powinien być przechowywany w oddziale zamiejscowym KOZZD w Czersku;
28. Zatrudnienie lekarza psychiatry;
29. Zorganizowanie personelowi regularnych szkoleń, w tym dotyczących: międzynarodowych standardów praw człowieka, Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur, kontaktu z trudnym pacjentem, komunikacji interpersonalnej, deeskalacji napięcia w sytuacjach konfliktowych, sposobów radzenia sobie ze stresem, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, praktycznego wykorzystania Protokołu stambulskiego, pracy z traumą i ofiarami przemocy, stosowania gazu pieprzowego.
30. Zapewnienie pracownikom regularnej superwizji;
31. Zapewnienie pacjentom dostępu do praktyk religijnych, w tym możliwość zorganizowania na terenie oddziału mszy św. lub innych ceremonii religijnych i przyjmowanie sakramentów;
32. Rozważenie zmiany sposobu zarządzania oddziałem zamiejscowym i ustanowienie na miejscu osoby uprawnionej do podejmowania kluczowych decyzji i zarządzania oddziałem w imieniu Dyrektora oraz nadzorowania pracy całego personelu oddziału zewnętrznego.

## **7.2. Prezesowi Sądu Okręgowego w Słupsku:**

1. Wyznaczenie sędziego do wizytacji oddziału zamiejscowego i zapewnienie w nim regularnych wizyt kontrolnych, na podstawie art. 32 ust. 3 ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

## **7.3. Ministrowi Zdrowia:**

1. Zmianę rozporządzenia z dnia 24 stycznia 2022 r. w sprawie KOZZD (Dz. U. z 2022 r., poz. 192) i wykreślenie obowiązku montowania blend w oknach oddziału zamiejscowego KOZZD. W sytuacjach indywidualnych, gdy konieczne będzie użycie w określonym pomieszczeniu szczególnych środków bezpieczeństwa, należy stosować rozwiązania zgodne z zaleceniami CPT, które zapewnią pacjentom odpowiednią ilość światła naturalnego i świeżego powietrza.

Opracował: Rafał Kulas

Za Zespół:

Marcin Wiącek  
Rzecznik Praw Obywatelskich  
/-podpisano elektronicznie/