



Warszawa, 08-09-2023 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.573.4.2023.RK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Okręgowego Ośrodka Wychowawczego w Szczecinie**

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)¹. 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 wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)².

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

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

² Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2023 r., poz. 1058).

organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej⁴”.

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, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁵. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁶.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁷.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁸. 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 ONZ⁹ oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu ujawnią ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego

³ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁴ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁵ Zob. art. 20 OPCAT.

⁶ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁷ 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 2021 r., Część II – Jak pracuje KMPT?

⁸ 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 and Geneva 2018, s. 4-6.

⁹ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

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 już zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. wychowanek placówki, jej pracownik, osoba odwiedzająca) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiejkolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie od tego, 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”.

3. Uwagi wstępne na temat wizytacji

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 16-19 maja 2023 r., przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Okręgowego Ośrodka Wychowawczego w Szczecinie, ul. Modra 11 (dalej: Ośrodek, OOW, placówka). Celem wizytacji było sprawdzenie sposobu traktowania wychowanków placówki i warunków detencji oraz rekomendowanie rozwiązań, które wzmocnią ich ochronę przed ryzykiem tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.

W skład zespołu wizytującego wchodziła Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego) i Rafał Kulas (prawnik).

Przedstawicielom KMPT towarzyszyła ekspertka zewnętrzna z zakresu psychologii – Paulina Siwiec. Wnioski z przygotowanej przez nią ekspertyzy zostały włączone, w stosownym zakresie, do treści niniejszego raportu.

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT:

- przeprowadzili wstępną rozmowę z Panią Alicją Kirkiewicz – Dyrektorem Okręgowego Ośrodka Wychowawczego w Szczecinie;

- dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki, terenu zewnętrznego i dwóch pojazdów przeznaczonych do przewozu wychowanków;
- przeprowadzili poufne rozmowy z wychowankami i pracownikami OOW;
- zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją;
- wykonali dokumentację fotograficzną.

Swoje wstępne uwagi przedstawiciele KMPT przekazali Dyrektor OOW w czasie rozmowy podsumowującej wizytację. Po jej zakończeniu poddano analizie dokumentację i informacje związane z funkcjonowaniem placówki, w tym dokonano analizy nagrań z użycia wobec nieletnich środków przymusu bezpośredniego.

Podczas wizytacji w przedmiocie zainteresowania KMPT każdorazowo pozostają zagadnienia związane z: legalnością pobytu nieletnich w placówce, ich traktowaniem oraz dyscyplinowaniem przez personel, kwalifikacjami zawodowymi personelu, prawem do informacji, prawem do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawem do ochrony zdrowia, a także warunkami bytowymi.

W niniejszym raporcie nie opisywano całokształtu funkcjonowania OOW w zakresie tych zagadnień, lecz uwzględniono te obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. W punkcie 7 raportu opisano otrzymane sygnały odnoszące się do traktowania nieletnich przez funkcjonariuszy Policji.

4. Charakterystyka placówki

Okręgowy Ośrodek Wychowawczy w Szczecinie jest placówką resocjalizacyjną dla chłopców. Działa od 1 września 2022 r. i został utworzony w miejsce Schroniska dla Nieletnich w Szczecinie, na podstawie art. 343 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich¹⁰.

Pojemność placówki wynosi 53 miejsca. W czasie wizytacji przebywało w niej 20 wychowanków, podzielonych na dwie grupy wychowawcze.

W placówce funkcjonują: Szkoła Podstawowa nr 75 w Szczecinie, Branżowa Szkoła I stopnia Nr 15 w Szczecinie, która kształci podopiecznych w zawodzie ślusarza, oraz warsztaty szkolne. Ośrodek realizuje trzy systemy wychowawcze: resocjalizacyjny, resocjalizacyjno-rewalidacyjny oraz resocjalizacyjno-terapeutyczny.

¹⁰ Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. poz. 1700).

Nadzór nad jego funkcjonowaniem sprawuje Departament Spraw Rodzinnych i Nieletnich w Ministerstwie Sprawiedliwości oraz Sąd Rejonowy Szczecin – Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie, VIII Wydziału Rodzinnego i Nieletnich.

5. Dobra praktyka

Każdy nowo przyjmowany wychowanek jest konsultowany profilaktycznie przez lekarza psychiatrę, co należy ocenić pozytywnie zarówno w kontekście ochrony zdrowia psychicznego, jak i wykrycia i udokumentowania oznak tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania, albo karania, w tym ich psychicznych objawów.

Ośrodek współpracuje z lekarzem psychiatrą dzieci i młodzieży, który obecny jest w nim średnio raz na dwa tygodnie. Pozostaje również w kontakcie telefonicznym, a uwzględniając fakt, że mieszka niedaleko placówki, może szybko się w niej pojawić w razie potrzeby. Ośrodek jest również w kontakcie z innym lekarzem psychiatrą, na wypadek gdyby istniała potrzeba konsultacji, a kontakt z pierwszym lekarzem nie był możliwy.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Traktowanie wychowanków

Przedstawiciele KMPT nie uzyskali sygnałów wskazujących na umyślne niewłaściwe traktowanie wychowanków przez personel Ośrodka. Jednakże po zakończeniu wizytacji Dyrektor placówki przesłała KMPT kopię księgi wydarzeń nadzwyczajnych, z której wynikało, że 22 maja 2023 r. na boisku doszło do uderzenia wychowanka przez pracownika ochrony. **W związku z powyższym KMPT prosi o przekazanie szczegółowych informacji na temat zaistniałego zdarzenia i wymierzonych sankcji służbowych wobec pracownika. Prosi też o przekazanie informacji, czy o zdarzeniu została powiadomiona Policja lub Prokuratura w celu dokonania oceny prawnokarnej.**

KMPT rekomenduje systematyczne przypominanie pracownikom Ośrodka o konieczności traktowania wychowanków z szacunkiem i godnością. Cały personel powinien otrzymać od Dyrektora stanowczy sygnał, że wszelkie formy niewłaściwego traktowania (w tym słowne znieważanie podopiecznych) są zabronione i będą surowo karane. Zachowania te są nieprofesjonalne, rzucają na wizerunek całego Ośrodka i jego pracowników, stymulują stres i agresję, co w dalszej

perspektywie ma wpływ na poziom wzajemnych interakcji oraz skuteczność oddziaływań.

Należy podjąć systemową pracę w kierunku budowy odpowiedniej kultury instytucjonalnej, która przemoc wobec wychowanków będzie traktowała jako niedopuszczalny brak profesjonalizmu i zachęcała personel do aktywnego zgłaszania przełożonym takich przypadków. Pracownicy powinni mieć również możliwość wsparcia psychologicznego (w tym superwizji) i szkoleń, które zapewnią kadrze skuteczne narzędzia do zarządzania konfliktem bez potrzeby sięgania po rozwiązania siłowe (zob. pkt 6.11 raportu).

W czasie wizytacji i po jej zakończeniu Dyrektor Ośrodka przekazała Krajowemu Mechanizmowi kopię nagrań dokumentujących użycie wobec nieletnich siły fizycznej w dniach 16 stycznia i 24 lutego 2023 r. Nagrania te dokumentują moment interwencji w sypialniach i kończą się w chwili opuszczenia pomieszczenia przez podopiecznych i personel. Nie obrazują całego przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego od jego rozpoczęcia do zakończenia stosowania siły fizycznej. W ocenie KMPT uniemożliwia to obiektywną, pełną ocenę prawidłowości działań pracowników (a tym samym sposobu traktowania nieletnich po opuszczeniu sypialni) i weryfikację prawdziwości wpisów w dokumentacji. Stwarza też lukę, która umożliwia zaistnienie nadużyć związanych ze stosowaniem przymusu.

Na nagraniu z dnia 16 stycznia 2023 r. widać, jak trzech pracowników wyprowadza wychowanka z sypialni na korytarz, używając siły fizycznej i stosując chwyt transportowy. Podopieczny zostaje siłowo wyniesiony z głową pochyloną do podłogi i nogami uniesionymi do góry. W momencie wyprowadzenia z pomieszczenia na korytarz środek przymusu bezpośredniego wciąż trwa i nie został zapisany na nagraniu. Kamera w sypialni umiejscowiona była w taki sposób, że nie widać było korytarza. Nie wiadomo więc, jak wyglądało stosowanie przymusu bezpośredniego po opuszczeniu pomieszczenia i czy wówczas działania pracowników placówki były właściwe i proporcjonalne do sytuacji. Z wyjaśnień Dyrektora udzielonych po zakończeniu wizytacji wynika, że chłopiec został zaprowadzony do drugiej sypialni, w której kierownik internatu przeprowadził z chłopcem rozmowę¹¹.

Na nagraniu z dnia 24 lutego 2023 r. widać, jak pracownicy placówki próbują rozdzielić dwóch podopiecznych, używając do tego celu siły fizycznej. Jeden z nieletnich zostaje siłowo wyprowadzony z pomieszczenia przez dwóch pracowników,

¹¹ Zob. Pismo z dnia 15 czerwca 2023 r., L.dz. 1815/23.

stosujących chwytów transportowe. Wychodzą oni z sypialni i kierują się w lewą stronę korytarza. Od tego momentu nie widać, co dzieje się z chłopcem, mimo iż środek przymusu bezpośredniego wciąż trwa (nie zakończono stosowania siły fizycznej). Kamera umiejscowiona jest w sypialni w taki sposób, że widać fragment korytarza. Po upływie 30 kilku sekund pracownicy stosujący przymus pojawiają się w zasięgu kamery (czas nieobecności na nagraniu: od godz. 15:08:13 do 15:08:47). Wychowanek pojawia się w jej obrębie o godz. 15:09:02, co świadczy o zakończeniu stosowania wobec niego siły fizycznej. Do tego jednak momentu nie wiadomo, co się z nim działo i czy zachowanie pracowników było właściwe. Z wyjaśnień Dyrektor Ośrodka wynika, że po zakończeniu stosowania przymusu wychowanek stał na korytarzu z wychowawcą pełniącym wówczas dyżur i wraz z nim udał się do swojego pokoju¹².

KMPT rekomenduje, by w przypadku użycia środków przymusu bezpośredniego zapisywać nagrania z monitoringu wizyjnego od chwili rozpoczęcia stosowania środków do czasu ich zakończenia. Należy zabezpieczać nagrania ze wszystkich kamer, które pokazują przebieg zdarzenia.

Taka praktyka jest możliwa, gdyż teren placówki (w tym sypialnie nieletnich i korytarze) są monitorowane. Rekomendowane przez KMPT rozwiązanie posłuży przejrzystości działań personelu, wyeliminowaniu możliwości nadużyć i umożliwi instytucjom nadzorczym, kontrolnym oraz Dyrektorowi placówki pełny wgląd w działania pracowników. Pełna rejestracja stosowania środków przymusu bezpośredniego stanowi więc ważny środek zapobiegawczy.

Z przeprowadzonych rozmów wynikało, że kontrole osobiste przeprowadzane wobec podopiecznych mają czasami formę jednoetapową, tj. wychowanek zdejmuje jednocześnie całą odzież i bieliznę, po czym musi wykonać przysiad.

Zgodnie z ustawą taka kontrola powinna mieć formę etapową, a nieletni powinien być w jej trakcie częściowo ubrany. Kontrolujący powinien wpierw dokonać oględzin i sprawdzenia części odzieży i bielizny, a przed dokonaniem kontroli kolejnej części nieletni powinien mieć możliwość ubrania się¹³.

Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) podkreśla, że kontrola osobista jest środkiem bardzo inwazyjnym i potencjalnie poniżającym. Z tego też względu należy

¹² Tamże.

¹³ Zob. art. 87 pkt 3 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.

podjąć wszystkie rozsądne wysiłki w celu zminimalizowania poczucia zażenowania osoby kontrolowanej. W opinii CPT taka kontrola powinna mieć formę etapową, a osoby jej poddane nie powinny być zobowiązane do zdjęcia całego ubrania w tym samym czasie¹⁴.

KMPT rekomenduje realizację kontroli osobistej w sposób etapowy.

W protokole kontroli osobistej wychowanka przeprowadzonej w dniu 10 lutego 2023 r. jako miejsce realizacji czynności wpisano klasę. Taka praktyka budzi niepokój przedstawicieli KMPT, albowiem klasy szkolne są monitorowane. Z informacji udzielonej wizytującym przez Dyrektora placówki wynikało, że na czas kontroli kamera monitoringu została zasłonięta. Przedstawiciele KMPT nie mieli możliwości weryfikacji tej praktyki, albowiem zapis z nagrań z tego dnia został skasowany. Zgodnie bowiem z ustawą zapis z monitoringu w okręgowym ośrodku wychowawczym jest przechowywany na informatycznym nośniku danych, przez okres co najmniej 60 dni od dokonania zapisu, nie dłużej jednak niż przez 90 dni¹⁵.

KMPT podkreśla, że kontrola osobista, zgodnie z wymogami ustawy, powinna być przeprowadzana w niemonitorowanym pomieszczeniu, podczas nieobecności osób postronnych¹⁶. Jej realizacja w pomieszczeniu do tego nieprzeznaczonym i co do zasady monitorowanym stoi w sprzeczności z wymogami ustawy. Ponadto taka praktyka rodzi ryzyko naruszenia godności nieletniego i dodatkowo potęguje dyskomfort spowodowany samą specyfiką realizowanej czynności.

KMPT rekomenduje przeprowadzanie kontroli osobistej w niemonitorowanym pomieszczeniu.

Z rozmów z wychowankami i personelem wynikało, że izba chorych była dwukrotnie wykorzystywana jako izba adaptacyjna. Pobyt w niej podopiecznych odnotowywany był w dokumentacji jako pobyt w izbie adaptacyjnej.

Pierwsza sytuacja miała mieć miejsce 16-18 stycznia 2023 r. Nieletni miał zostać w niej umieszczony po zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego w postaci siły fizycznej. Druga sytuacja miała mieć miejsce w dniach 5-10 stycznia 2023 r. po ponownym przyjęciu nieletniego do Ośrodka, po wcześniejszej ucieczce. Po tych dwóch wydarzeniach wychowankowie utożsamiają izbę chorych jako miejsce, do

¹⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2013 r., CPT/Inf (2014) 21, p. 106.

¹⁵ Zob. art. 121 ust. 9 pkt 2 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.

¹⁶ Zob. art. 87 pkt 3 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.

którego trafia się za karę, zwłaszcza po ucieczkach i niepowrotach. Nieletni sygnalizowali także, że przebywając w izbie chorych, nie można wychodzić na spacer ani korzystać z telefonu, co stanowiłoby naruszenie ich podstawowych praw¹⁷.

W obu tych przypadkach wizytujący nie mieli możliwości weryfikacji tych sygnałów, albowiem zgodnie z ustawą nagrania z pobytu w izbie adaptacyjnej i izbie chorych za ten okres nie były już archiwizowane (zapis z monitoringu jest przechowywany w tym przypadku przez co najmniej 90 dni od dokonania zapisu, nie dłużej jednak niż przez 120 dni)¹⁸.

Mając na względzie swój prewencyjny mandat, KMPT rekomenduje wykorzystywanie izby chorych wyłącznie w celach medycznych. Sygnalizowana praktyka stoi bowiem w sprzeczności z celem tego pomieszczenia, ma zastraszający charakter i nie znajduje podstaw prawnych. **Krajowy Mechanizm rekomenduje również zapewnienie wychowankom przebywającym w izbie adaptacyjnej, niezależnie od przyczyn ich umieszczenia (w tym umieszczonym w celu indywidualnej pracy z nieletnim), codziennego dostępu do świeżego powietrza i możliwości odbierania telefonów.**

W czasie swojej wizyty przedstawiciele KMPT zastali w pomieszczeniu warsztatowym (pracownia stolarska) łóżko z pasami, służącymi do stosowania unieruchomienia. Sprzęt ten był na wyposażeniu placówki, gdy funkcjonowała ona jako schronisko dla nieletnich. Zgodnie z przepisami prawa personel okręgowego ośrodka wychowawczego nie ma prawa stosowania tego typu sprzętu¹⁹. Z wyjaśnień Dyrektora Ośrodka wynikało, że łóżko zostało umieszczone w nieużywanym pomieszczeniu warsztatowym, do którego nie powinni mieć dostępu wychowankowie. Docelowo planowana jest sprzedaż tego sprzętu, gdyż jest w bardzo dobrym stanie. W czasie rozmowy podsumowującej wizytację łóżko zostało przeniesione do garażu, do którego nie mają dostępu podopieczni.

W ocenie KMPT już sam widok tego typu sprzętu może być zastraszający dla wychowanków i stwarza ryzyko stosowania przez personel nielegalnych form przymusu. **Z tego też względu rekomendowane jest jego usunięcie z terenu placówki.**

¹⁷ Zob. art. 107 ust. 1 pkt 6 i 11 i ust. 2 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.

¹⁸ Zob. art. 121 ust. 9 pkt 1 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.

¹⁹ Zob. art. 122 ust. 1, 2 i 4 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.

Wychowankowie byli czasami poddawani badaniom na obecność substancji psychoaktywnej w organizmie, przy użyciu metod niewymagających badania laboratoryjnego. Od dnia 21 sierpnia 2023 r. obowiązuje w placówce specjalna procedura w tym zakresie („Procedura przeprowadzenia badań na obecność substancji psychoaktywnej w organizmie nieletniego umieszczonego w Okręgowym Ośrodku Wychowawczym w Szczecinie”). Przewiduje ona możliwość: badania wydychanego powietrza do zbadania obecności alkoholu, badania śliny i moczu wychowanka (pkt 4 procedury). W tym samym dniu Ośrodek zakupił nowy alkomat.

W czasie wizytacji placówka dysponowała testami do badania moczu, których specyfika użycia jest o wiele mniej komfortowa dla podopiecznych niż ich odpowiedniki ze śliny. **W związku z powyższych KMPT zwraca się do Dyrektora placówki z prośbą o wskazanie, czy dokonano zakupu testów narkotykowych ze śliny.**

6.2. Drugie życie Ośrodka

Z przeprowadzonych rozmów (zarówno z wychowankami, jak i pracownikami) wynikało, że część wychowanków próbuje wprowadzić w Ośrodku nieformalne zasady i hierarchię, wzorującą się na podkulturze więziennej. Tego typu wzorce funkcjonowania chłopcy mieli przejąć w ośrodkach wychowawczych, w których przebywali do tej pory, i/lub środowisku rodzinnym, w którym członkowie rodzin lub koledzy odbywali karę pozbawienia wolności. Na tym tle dochodziło do konfliktów, w tym werbalnej i fizycznej przemocy między wychowankami.

Z księgi ewidencji wydarzeń nadzwyczajnych wynika, że w 2022 r. odnotowano jedno zdarzenie nadzwyczajne w postaci uderzenia w twarz wychowanka przez innego podopiecznego. Z kolei od 1 stycznia do 27 czerwca 2023 r. odnotowano 6 przypadków naruszenia nietykalności cielesnej nieletnich przez innych wychowanków.

Personel Ośrodka nie daje przyzwolenia na funkcjonowanie nieformalnych struktur i zasad, ma dobre rozpoznanie sytuacji i, jak wyjaśniono wizytującym, próbuje pozytywnie wykorzystać przywódcze cechy podopiecznych, wzmacniając ich potencjał, eliminując jednocześnie nieakceptowalne zachowania. **Mimo tego, w ocenie KMPT, należy zachować w tej sytuacji czujność. Dlatego też warto, by pracownicy Ośrodka przechodzili regularne szkolenia w zakresie rozpoznawania przejawów „drugiego życia”, co wzmocni ich wiedzę w tym obszarze oraz pozwoli na efektywniejszą obserwację i zapobieganie przemocy (rekomendowany zestaw szkoleń dla pracowników został przedstawiony w pkt 6.11 raportu).**

6.3. Opieka medyczna

Opieka medyczna świadczona jest przez: lekarza POZ (obecny w placówce raz w tygodniu; jest też dostępny telefonicznie i deklaruje gotowość przyjazdu w momencie, gdy jest taka potrzeba), lekarza psychiatrę dzieci i młodzieży (obecny jest co dwa tygodnie, w sytuacjach awaryjnych i braku dostępności, placówka jest w kontakcie z innym lekarzem psychiatrą), lekarza stomatologa (obecny co dwa tygodnie) i pielęgniarkę (obecna raz w tygodniu).

W placówce przebywał wychowanek, który moczył się w nocy. Nie ujawniał natomiast tego typu problemu w ciągu dnia. Nie była znana przyczyna tej przypadłości. Chłopiec był wybudzany dwu- lub trzykrotnie w nocy w celu skorzystania z toalety oraz wstawał wcześniej niż inni wychowankowie, aby mógł się przebrać i pościelić łóżko. Na własną prośbę miały mu zostać również zakupione pieluchomajtki. Wychowanek został zapisany na wizytę do urologa, której termin został wyznaczony na sierpień 2023 r.

W ocenie KMPT konieczne jest poszerzenie diagnostyki (obecna praca skupia się bowiem na eliminowaniu objawów problemu), między innymi o badanie przez lekarza psychiatrę i neurologa, ponieważ problem ten występuje wyłącznie w nocy. Pozwala to domniemywać, iż u źródła mogą leżeć czynnościowe trudności pracy mózgu. Obraz taki mogą dać badania typu EEG (zapis aktywności fal mózgowych w poszczególnych porach doby oraz fazach snu), a gdyby okazało się to rzeczywistym źródłem problemu, pomoc mogłaby terapia EEG Biofeedback – nieinwazyjna metoda stymulowania pracy mózgu w celu poprawy funkcjonowania poznawczego (lepszą pamięć, koncentracja, uwaga, poprawa wyników w nauce), leczenia padaczki, ADHD, nadpobudliwości psychoruchowej, zaburzeń lękowo-nerwicowych, problemów ze snem i redukcji stresu. W lipcu 2023 r. psycholog i pedagog miały odbyć szkolenia w zakresie diagnozy i stosowania terapii tą metodą. Środki na ten cel placówka pozyskała z UNICEF. W planach był zakup aparatury do jej realizacji, co należy ocenić pozytywnie. Metoda ta stanowi bowiem alternatywę dla stosowania leków psychotropowych w przedmiocie poprawy funkcjonowania jakościowego czynności mózgu.

KMPT rekomenduje zakup aparatury do diagnozy i terapii metodą EEG Biofeedback i przeszkolenie personelu w zakresie jej stosowania.

Ponadto Krajowy Mechanizm zwraca się do Dyrektora placówki o informacje o podjętych wobec podopiecznego dalszych działaniach podjętych w celu diagnostyki i eliminacji problemu z moczeniem nocnym.

W dokumentacji nieletnich znajdowały się oświadczenia o wyrażeniu zgody przez rodziców/opiekunów prawnych na wykonanie badań i zabiegów (w tym chirurgicznych w warunkach szpitalnych) w przypadku konieczności ratowania zdrowia i życia podopiecznego podczas pobytu w Ośrodku. Oświadczenie zawierało również zgodę na leczenie stomatologiczne i wszelkie zabiegi z nim związane.

W dokumentacji znajdowały się również oświadczenia o wyrażeniu zgody opiekuna na udzielenie świadczenia zdrowotnego polegającego na: badaniu lekarskim, udzielaniu porady lekarskiej, leczeniu stomatologicznym zęba, wykonaniu znieczulenia, badania diagnostyczne (RTG punktowy, pantomogram), odebranie recepty (zaordynowane w czasie wizyty), czynności techniczne w zakresie protetyki i ortodoncji.

Powyższe oświadczenia mają charakter zgód blankietowych i nie są zgodne z obowiązującymi przepisami prawnymi. Na gruncie obecnie obowiązujących przepisów zgoda musi być udzielona w odniesieniu do konkretnego świadczenia medycznego, ponieważ wiąże się z akceptacją ewentualnych jego następstw, które są zindywidualizowane w zależności od typu interwencji medycznej. Nie może być zatem udzielona na przyszłość. Ponadto zgodę na dany zabieg czy świadczenie medyczne w przypadku nieletnich musi wyrazić rodzic albo opiekun prawny. Osób tych nie można w tej czynności zastępować, bowiem w polskim porządku prawnym nie funkcjonuje instytucja pełnomocnika ds. medycznych.

W doktrynie wskazuje się, iż z uwagi na osobisty charakter świadczeń, za jakie uznaje się m.in. świadczenia medyczne, nie powinny być w tym przypadku stosowane przepisy Kodeksu cywilnego²⁰ dot. pełnomocnictwa²¹. W przypadku pacjentów małoletnich zgoda taka może być więc wyrażona jedynie przez opiekuna prawnego, a w przypadku pacjentów, którzy ukończyli 16 rok życia, konieczna jest również ich zgoda. Warto przypomnieć, że: „Zgodę określić można jako swobodnie podjęty i wyrażony akt woli pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, podjęty na podstawie przystępnie udzielonej, rzetelnej informacji co do wszelkich czynności

²⁰ Zob. ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2022 r., poz. 1360), art. 98 i nast.

²¹ Zob. M. Syska, Pełnomocnictwo ds. zdrowotnych de lege lata, [w:] Oświadczenia medyczne pro futuro na tle prawnoporównawczym, Warszawa 2013, s. 273-276.

postępowania medycznego. Brak zgody uprzedzonej informacją, na co jest wyrażona, znosi legalność przeprowadzonej czynności medycznej²².

W praktyce zgody blankietowe często nie są uznawane, co w przypadku niezagrażającym bezpośrednio życiu nieletniego powoduje odmowę wykonania badań lub podjęcia leczenia. Brak odpowiednich regulacji w tym zakresie negatywnie wpływa na zdrowie nieletnich przebywających w placówkach resocjalizacyjnych.

KMPT rekomenduje odstąpienie od pobierania od rodziców lub opiekunów prawnych zgód blankietowych dotyczących badań, zabiegów i świadczeń zdrowotnych.

Z przeprowadzonych rozmów wynikało, że leki (w tym leki psychotropowe) podają chłopcom wychowawcy. Są one czasami kruszone w celu przeciwdziałania ich gromadzeniu i późniejszemu wykorzystywaniu niezgodnie z przeznaczeniem. O praktyce tej podobno wie lekarz psychiatra i wyraża na nią zgodę. W udostępnionej wizytującym dokumentacji medycznej brak jednak było zaleceń lekarskich na podawanie medykamentów w postaci pokruszonej.

Warto wskazać, że w 2017 r. KMPT pozyskał opinię prof. dr. hab. Jacka Wciórki z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w której podkreślono, że podanie leku w formie rozkruszonej powinno być traktowane jako ostateczność. Rozkruszanie lekarstw nie daje bowiem nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku.

Także Polskie Towarzystwo Psychiatryczne pismem z dnia 1 lutego 2017 r. poinformowało, że rozdrabnianie leków stanowić może działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować.

KMPT zaleca podawanie wychowankom leków w formie rozkruszonej tylko, gdy wynika to z zaleceń lekarskich, i odnotowywanie takiej formy podawania leków w dokumentacji medycznej.

6.4. Dokumentowanie obrażeń

²² Zob. D. Karkowska, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, wyd. III, LEX/el. 2016.

Każdy nowo przyjmowany wychowanek jest badany przez lekarza (najczęściej w dniu przyjęcia lub w dniu następnym), lekarza psychiatrę, pielęgniarkę i psychologa. Tak zorganizowany system przyjęcia zapewnia możliwość oceny ogólnego stanu zdrowia oraz wykrycia i udokumentowania fizycznych i psychologicznych oznak tortur i innych form okrutnego traktowania. Badanie medyczne ma miejsce również po każdej dłuższej nieobecności podopiecznego, np. po doprowadzeniu przez Policję po ucieczce, nieusprawiedliwionym niepowrocie z pobytu poza OOW, czy po zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego.

Jednocześnie wizytujący ustalili, że Protokół stambulski²³ nie jest znany, a zawarte w nim wytyczne nie są stosowane w praktyce. **KMPT rekomenduje przeszkolenie personelu medycznego, psychologów, terapeutów i wychowawców z praktycznego stosowania tego dokumentu, celem wzmocnienia ich potencjału zawodowego i zwiększenia efektywności wykrywania i dokumentowania oznak tortur i poniżającego traktowania.**

Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT) podkreśla, że Protokół stambulski stanowi niezbędne narzędzie wykrywania, dokumentowania, zgłaszania i jako takiego powstrzymywania tortur i złego traktowania²⁴. Nie tylko pomaga we wczesnej identyfikacji ofiar i dokumentowaniu traumy, ale również w ocenie potrzeb i dostosowaniu do nich odpowiedniej opieki²⁵.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują również Komitet Przeciwko Torturom (CAT)²⁶, Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz

²³ Podręcznik dotyczący skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (wydanie z 2022 r.), dostępny na stronie: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0> [dostęp: 24 sierpień 2023 r.].

²⁴ Zob. Uwagi i zalecenia SPT przedstawione w raportach z wizyt w: Polsce [CAT/OP/POL/ROSP/1, p. 55], Wielkiej Brytanii [CAT/OP/GBR/ROSP/1, p. 69 i 71], Portugalii [CAT/OP/PRT/1, p. 34, 89, 93], Hiszpanii [CAT/OP/ESP/1, p. 46, 63-64, 70].

²⁵ 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: 24 sierpień 2023 r.].

²⁶ Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, p. 27 i 28.

Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)²⁷ i Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur²⁸.

Ewentualne obrażenia, otarcia, blizny, ślady po samookaleczeniach i inne zmiany na ciele są odnotowywane w dokumentacji medycznej – karcie badania wstępnego i formularzu z rysunkami anatomicznymi do zaznaczenia umiejscowienia zmian na ciele (sylwetka człowieka widziana z przodu lub z tyłu).

Jednocześnie wizytujący zwrócili uwagę, że lekarz lub pielęgniarka zaznaczają na rysunku jedynie rodzaj zmiany na ciele (np. „otarcie naskórka”, „otarcia”, „zadrapanie”) bez szczegółowego opisu, w tym ich wielkości. Ponadto nie odnotowuje się oświadczenia nieletniego co do ich pochodzenia i nie wykonuje się zdjęć obrażeń.

KMPT rekomenduje bardziej szczegółową rejestrację obrażeń zaobserwowanych u wychowanków, w tym odnotowywanie ich wielkości, oświadczenia nieletniego o ich pochodzeniu, wniosku lekarza o spójności tych dwóch elementów. KMPT rekomenduje również robienie zdjęć obrażeń i włączanie ich do dokumentacji medycznej.

SPT podkreśla, że badania lekarskie osób przyjmowanych do ośrodków detencyjnych oraz właściwe zgłaszanie obrażeń stwierdzonych podczas tych badań stanowią ważne aspekty procesu zapobiegania torturom i złemu traktowaniu oraz zwalczania bezkarności. Takie badania i rejestry mogą również chronić personel przed fałszywymi zarzutami. Z tego też względu wszystkie osoby przyjmowane do ośrodka detencyjnego powinny być tak szybko jak to możliwe, i nie później niż w ciągu 24 godzin, poddane dokładnemu badaniu medycznemu, w tym badaniu całego ciała. Wyniki takich badań powinny być odpowiednio i wyczerpująco rejestrowane w specjalnie wyznaczonym i poufnym rejestrze, a w przypadkach podejrzenia o stosowanie tortur i złego traktowania – odpowiednio zgłaszane²⁹.

SPT wskazuje również, że lekarz powinien: ocenić możliwe obrażenia (nawet w przypadku braku konkretnych zarzutów), udokumentować fizyczne i psychiczne

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

²⁸ Zob. Raporty Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur: z dnia 16 lipca 2021 r. [A/76/168, p. 22, 25, 34, 66 pkt g)], z dnia 20 marca 2020 r. [A/HRC/43/49, p. 13, 21] oraz z dnia 20 lipca 2018 r. [A/73/207, p. 77 pkt e)].

²⁹ Zob. Raport SPT z wizyty w Portugalii, CAT/OP/PRT/1, p. 90 i 91.

dowody obrażeń oraz skorelować stopień spójności między wynikami badań a konkretnymi zarzutami ze strony pacjenta lub za jego wyraźną zgodą lub współpracą³⁰.

Z kolei CPT wskazuje, że protokół z badania medycznego po przyjęciu do miejsca detencji powinien zawierać: oświadczenia pacjenta, które mają znaczenie dla badania (wraz z opisem stanu zdrowia i ewentualnych zarzutów złego traktowania), pełny opis obiektywnych ustaleń medycznych, obserwacje pracownika służby zdrowia między złożonymi oświadczeniami a ustaleniami medycznymi, wyniki przeprowadzonych badań dodatkowych, szczegółowe wnioski z konsultacji specjalistycznych, opis zastosowanego leczenia urazów i wykonanych dalszych zabiegów. CPT wskazuje również na konieczność rejestracji urazów za pomocą specjalnego formularza do oznaczenia umiejscowienia obrażeń (mapy ciała), zdjęć i specjalnego rejestru obrażeń³¹.

6.5. Warunki materialne

Ośrodek stosuje zabezpieczenia ochronne, charakterystyczne dla jednostki penitencjarnej:

- obszar należący do Ośrodka ogrodzony jest trzymetrowym, betonowym murem, zabezpieczonym drutem kolczastym i ostrzowym (tzw. koncertiną);
- w oknach wszystkich pomieszczeń budynków znajdują się kraty oraz siatki metalowe zamontowane na zewnątrz;
- ciągi komunikacyjne są wyposażone w kraty oddzielające grupy wychowawcze;
- sypialnie wychowanków są w godzinach nocnych zamykane (o tej praktyce będzie też mowa w dalszej części raportu).

Stosowanie powyższych zabezpieczeń ochronnych jest zgodne z obowiązującymi przepisami prawa³². W ocenie KMPT infrastruktura obiektu robi jednak przygnębiające wrażenie wizualne oraz wzmaga poczucie restrykcyjności placówki. Ponadto kraty w oknach, zabezpieczone dodatkowo siatką, ograniczają dostęp światła naturalnego. Przedstawiciele KMPT mieli okazję przedyskutować te rozwiązania również z pracownikami Ośrodka i wielu z nich wyrażało swoją

³⁰ Zob. Raport SPT z wizyty w Hiszpanii, CAT/OP/ESP/1, p. 64.

³¹ Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2013) 29, p. 74.

³² Zob. rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 sierpnia 2022 r. w sprawie funkcjonowania okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich (Dz. U. poz. 1897), § 51, 52 i 67 pkt 1.

dezaprobatę dla takiej formy zabezpieczeń ochronnych, uznając je za nieproporcjonalne.

Reguły ONZ dotyczące ochrony nieletnich pozbawionych wolności³³ wskazują, że: detencja powinna odbywać się w warunkach uwzględniających szczególne potrzeby i wymagania nieletnich³⁴, placówki detencyjne powinny mieć charakter otwarty, a środki bezpieczeństwa powinny być minimalizowane³⁵, obiekty i usługi powinny spełniać wszelkie wymogi godności ludzkiej³⁶, zaś sam projekt ośrodków detencyjnych dla nieletnich i ich środowiska fizycznego powinien być zgodny z celem resocjalizacyjnym i uwzględniać potrzeby wychowanków do prywatności, bodźców sensorycznych, możliwości obcowania z rówieśnikami i udziału w zajęciach sportowych, ćwiczeniach fizycznych i zajęciach w czasie wolnym³⁷.

Zgodnie z zaleceniami Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie europejskich reguł dotyczących nieletnich przestępców podlegających sankcjom lub środkom, instytucje, w których przebywają nieletni, powinny zapewnić warunki z możliwie najmniej restrykcyjnymi rozwiązaniami w zakresie bezpieczeństwa i kontroli, niezbędnymi do ochrony nieletnich przed wyrządzeniem krzywdy sobie, personelowi, innym osobom lub szerszej społeczności³⁸. Ponadto życie w takiej instytucji powinno możliwie najbardziej przybliżać pozytywne aspekty życia we wspólnocie³⁹.

CPT wskazuje, że dobrze zaprojektowana placówka detencyjna dla nieletnich powinna zapewniać pozytywne i spersonalizowane warunki osadzenia dla młodych osób, szanujące ich godność i prywatność⁴⁰.

Problem wyposażenia ośrodków detencyjnych dla nieletnich poruszany był przez CPT w raportach z wizyt w Hiszpanii⁴¹ i Macedonii Północnej⁴². Komitet zwracał

³³ Zob. Reguły Narodów Zjednoczonych dotyczące ochrony osób nieletnich pozbawionych wolności (Reguły z Hawany). Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 45/113 z 14 grudnia 1990 r.

³⁴ Tamże, p. 28.

³⁵ Tamże, p. 30.

³⁶ Tamże, p. 31.

³⁷ Tamże, p. 32.

³⁸ Zob. Recommendation CM/Rec (2008) 11 of the Committee of Ministers to member states on the European Rules for juvenile offenders subject to sanctions or measures (Adopted by the Committee of Ministers on 5 November 2008 at the 1040th meeting of the Ministers' Deputies), p. 53.2.

³⁹ Tamże, p. 53.3.

⁴⁰ Zob. Dwudziesty Czwarty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2015) 1, p. 104.

⁴¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Hiszpanii w 2020 r., CPT/Inf (2021) 27, p. 180 oraz z wizyty w 2016 r., CPT/Inf (2017) 34, p. 106.

⁴² Zob. Raport CPT z wizyty w Macedonii Północnej w 2019 r. [CPT/Inf (2021) 8], p. 108-109.

uwagę na surowy wygląd tych miejsc (m.in. obecność krat w pomieszczeniach, zakratowane okna i metalowe drzwi) i rekomendował podjęcie działań zmierzających do zmiany wyposażenia tych miejsc, w celu stworzenia mniej opresyjnego środowiska (w tym m.in. poprzez demontaż krat).

CPT podkreślił, że nieletni powinni być przetrzymywani w ośrodkach specjalnie zaprojektowanych dla ich wieku, oferujących środowisko nieprzypominające jednostki penitencjarnej. Umożliwi to stworzenie bezpiecznego środowiska wychowawczego i socjoterapeutycznego, które ułatwi proces reintegracji społecznej nieletnich, zgodnie z zasadą najlepszego interesu dziecka⁴³.

KMPT zaleca rozważenie zmiany zabezpieczeń ochronnych w celu stworzenia w Ośrodku mniej opresyjnego środowiska, nieprzypołużającego skojarzeń z systemem penitencjarnym.

Sypialnie wychowanków są w godzinach nocnych zamykane elektronicznym systemem. W pomieszczeniach znajduje się dzwonek, którym nieletni może zasygnalizować potrzebę wyjścia z pomieszczenia (np. do toalety). Pracownik ochrony ma możliwość zdalnego otwarcia drzwi sypialni.

W ocenie KMPT zamykanie na noc sypialni wychowanków jest praktyką zbyt restrykcyjną, co w połączeniu z innymi obecnymi na terenie placówki zabezpieczeniami ochronnymi tylko pogłębia jej rygorizm. Ponadto praktyka ta uzależnia możliwość załatwienia przez wychowanka potrzeby fizjologicznej od reakcji strażnika, co tworzy pole do nadużyć (np. umyślnego nieotwierania drzwi i opóźnień w dostępie do toalety). Krajowy Mechanizm stoi na stanowisku, że wychowankowie powinni mieć zapewniony swobodny dostęp do sanitariatów. Tym bardziej, że sypialnie i korytarze internatu są monitorowane, co umożliwia odpowiedni nadzór nad ich zachowaniem. Obecna praktyka nie wyklucza bowiem konieczności obserwacji, a tworzy obszar ryzyka, który należy wyeliminować. **KMPT zaleca odstąpienie od zamykania sypialni wychowanków na noc.**

Wizytujący zwrócili też uwagę, że nieletni umieszczeni w izbie adaptacyjnej są wyprowadzani do altany, przypominającej swoim wyglądem klatkę – dach pokryty był blachą, zaś z czterech stron altana otoczona była siatką. W czasie wizytacji znajdował się w niej sprzęt sportowy – piłki, bramka oraz krzeselko. Z rozmów wizytujących wynikało, że praktyka ta ma miejsce, aby uniemożliwić nieletnim ucieczkę i

⁴³ Zob. Raport CPT z wizyty w Hiszpanii w 2016 r., CPT/Inf (2017) 34, p. 106.

komunikację z innymi wychowankami w czasie, gdy przebywają oni w izbie adaptacyjnej.

W ocenie KMPT praktyka ta jest poniżająca dla wychowanków, uniemożliwia im spacer w godnych warunkach z widokiem na horyzont, co pozytywnie oddziaływałoby również na ich psychikę. Ponadto może mieć zastraszający charakter i niepotrzebnie potęgować stres wynikający z pobytu w nowym miejscu i skutki izolacji, wynikające z pobytu w izbie adaptacyjnej. Personel placówki jest z pewnością w stanie zrealizować i nadzorować spacer wychowanka przebywającego w izbie adaptacyjnej, by wszelkie szkodliwe zachowania nie miały miejsca. **KMPT rekomenduje wyeliminowanie sygnalizowanej praktyki i realizację spacerów podopiecznych przebywających w izbie adaptacyjnej w godnych warunkach.**

W rozmowach nieletni podnosili, że część z nich trenuje piłkę nożną, a mimo to mają jednakowe racje żywnościowe co koledzy nieuprawiający sportu. W efekcie, po kolacji, część wychowanków chodzi spać nie w pełni najedzona. Dyrektor OOW w czasie rozmowy podsumowującej wizytację wyraziła pogląd, że kanapki dla podopiecznych są wyliczone i nie ma możliwości zwiększenia ich ilości, bo przekroczony zostałby limit finansowy placówki. **KMPT rekomenduje zapewnienie podopiecznym zaangażowanym w aktywność sportową wyżywienia odpowiedniego do ich zapotrzebowania kalorycznego.**

Z rozmów z wychowankami wynikało również, że między posiłkami nie mają dostępnej wody mineralnej lub napojów i muszą pić wodę z kranu. Dyrektor OOW wskazała wizytującym, że w przeszłości był na stanie placówki dyspozytor z wodą, jednak wychowankowie po powrocie z boiska pili tylko zimną wodę i później bolało ich gardło. Ponieważ chłopcy mają aneksy kuchenne i dostęp do czajnika, to mogą przygotować sobie herbatę. W ocenie KMPT wychowankowie powinni mieć dostęp również do zimnych napojów, w szczególności świeżej i przefiltrowanej wody. **Krajowy Mechanizm rekomenduje zapewnienie wychowankom dostępu do wody źródlanej.**

Zgodnie z normami ONZ⁴⁴: „Każdy ośrodek detencyjny powinien zapewnić, że każdy nieletni otrzymuje żywność, która jest odpowiednio przygotowana i podawana w normalnych porach posiłków, a jej jakość i ilość spełnia standardy diety, higieny i zdrowia oraz, w miarę możliwości, wymogi religijne i kulturowe. Czysta woda pitna powinna być dostępna dla każdego nieletniego w dowolnym czasie”.

⁴⁴ Zob. Reguły z Hawany, p. 37.

6.6. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową

Ośrodek nie jest dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową, w związku z czym samodzielne funkcjonowanie wychowanków poruszających się na wózkach ortopedycznych lub o obniżonej sprawności fizycznej byłoby mocno utrudnione. Na terenie placówki znajdują się schody (brak jest windy) i progi w drzwiach, w toaletach brak jest odpowiedniej przestrzeni manewrowej i ułatwień, np. w postaci poręczy.

W opinii KMPT osobom z niepełnosprawnościami przebywającym w okręgowym ośrodku wychowawczym należy stworzyć warunki do pełnego udziału w środowisku wolnym od barier architektonicznych⁴⁵. Prawa tych osób są bowiem chronione zarówno na płaszczyźnie krajowej, jak i międzynarodowej⁴⁶, a brak odpowiednich rozwiązań może narażać te osoby na poniżające traktowanie. **KMPT rekomenduje Dyrektorowi OOW uwzględnienie kwestii dostosowań pomieszczeń do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową i o obniżonej sprawności fizycznej podczas planowanych remontów i modernizacji placówki. Ponadto zaleca Dyrektorowi Departamentu Spraw Rodzinnych i Nieletnich w Ministerstwie Sprawiedliwości niekierowanie do Ośrodka nieletnich z niepełnosprawnością ruchową, do czasu przystosowania obiektu do potrzeb takich osób.**

6.7. Prawo do informacji

W czasie wizytacji w placówce przebywał chłopiec urodzony w Ukrainie. Komunikował się w podstawowym zakresie w języku polskim. Miał trudności z czytaniem w języku polskim i ukraińskim.

W dokumentacji wychowanka znajdowała się opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej z 2022 r. z której wynikało, że nie zna on polskich liter, prezentuje niską znajomość języka polskiego w czytaniu i pisaniu. Popełniane w czytaniu błędy miały mieć niekorzystny wpływ na poziom rozumienia treści, które miało być niepełne,

⁴⁵ Wytyczne dotyczące dostępności środowiska dla osób z niepełnosprawnościami, opracowane przez eksperta Fundacji Integracja, można znaleźć w raporcie tematycznym KMPT pt. „Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną” z 2019 r., s. 52-78. Raport dostępny na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnoscia-fizyczna-i-sensoryczna-raport-z> [dostęp: 24 sierpień 2023 r.].

⁴⁶ Zob. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169); Karta Praw Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Sejm RP w dniu 1 sierpnia 1997 r. (M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475).

chwilami niewystarczające. Z kolei z notatki psychologa sporządzonej po przyjęciu do placówki wynikało, że chłopiec sprawnie komunikuje się w języku polskim, popełnia jednak liczne błędy językowe, gramatyczne; dużo słabiej radzi sobie w piśmie. Z informacji udzielonej wizytującym wynikało, że Dyrektor wystąpiła dla niego o dodatkowe godziny nauczania języka polskiego.

Wizytujący zwrócili uwagę, że wszystkie dokumenty i oświadczenia o kluczowym z punktu widzenia praw i obowiązków wychowanka sporządzone były w języku polskim. Dotyczyło to m.in. takich dokumentów jak: broszura informacyjna zawierająca najważniejsze zasady, prawa i obowiązki wychowanka, oświadczenie o zapoznaniu się z prawami i obowiązkami oraz pouczeniem o terminie i sposobie składania zażaleń na czynności naruszające prawa, zgoda na wykorzystanie wizerunku na stronie internetowej Ośrodka. Placówka nie korzystała z usług tłumacza. Nie ma więc pewności, czy chłopiec w pełni zrozumiał treść dokumentów, z którymi się zapoznawał i/lub które podpisywał.

Placówka nie posiadała wersji tych dokumentów przetłumaczonych na języki obce ani translatorów językowych, które mogłyby ułatwić komunikację w obcych językach. Powyższe braki mogą stanowić problem, gdy do Ośrodka trafią podopieczni nieposługujący się płynnie (lub wcale) językiem polskim. Obawa ta jest uzasadniona w kontekście wojny w Ukrainie i migracji do Polski obywateli tego kraju.

Prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur i innych form okrutnego traktowania. CPT w swoich standardach podkreśla, że: „przy przyjmowaniu do placówki wszyscy nieletni powinni otrzymywać kopię obowiązujących zasad dotyczących dnia codziennego w instytucji oraz opis ich praw i obowiązków na piśmie przedstawionych w języku i w sposób, jaki są w stanie zrozumieć. Nieletni powinni również otrzymywać informację na temat tego, w jaki sposób można złożyć skargę, w tym dane kontaktowe właściwych organów przyjmujących skargi, jak również dane adresowe podmiotów udzielających pomocy prawnej. Nieletnim, którzy nie potrafią czytać i pisać, bądź też nie są w stanie zrozumieć języka pisanego, powyższa informacja powinna zostać przekazana w sposób umożliwiający im pełne zrozumienie”⁴⁷.

KMPT rekomenduje zapewnienie, by wszelkie podpisywane przez wychowanków oświadczenia i kluczowe z punktu widzenia ich praw i obowiązków dokumenty były tłumaczone na język dla nich zrozumiały.

⁴⁷ Zob. Dwudziesty Czwarty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2015) 1, p. 130.

W przypadku problemów z komunikacją należy korzystać z pomocy tłumacza. Tłumaczenie dokumentów przez tłumacza powinno być odnotowywane na dokumencie (z podpisem i pieczętą). KMPT rekomenduje też odnotowywanie w dokumentacji ewentualnych trudności w komunikacji z podopiecznym, jak również informacji, w jakim języku komunikuje się wychowanek oraz czy i w jaki sposób nastąpiło tłumaczenie.

6.8. Mechanizmy skargowe

W placówce brak było wyeksponowanych informacji o instytucjach zewnętrznych sprawujących nadzór i kontrolę nad Ośrodkiem oraz takich, do których mogliby się zwrócić nieletni w sytuacji naruszenia ich praw.

KMPT rekomenduje wyeksponowanie na terenie placówki, w miejscach do których dostęp mają wychowankowie i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji nadzoru i ochrony praw człowieka, w tym Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz numerem infolinii – 800 676 676), Rzecznika Praw Dziecka (wraz z numerem Dziecięcego Telefonu Zaufania – 800 12 12 12), sądu sprawującego nadzór nad placówką, Departamentu Spraw Rodzinnych i Nieletnich w Ministerstwie Sprawiedliwości, organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka).

Krajowy Mechanizm rekomenduje także stworzenie skrzynek na skargi, z których wychowankowie i inne osoby (pracownicy, osoby odwiedzające) będą mogli, w warunkach poufności, informować o ewentualnych problemach i nieprawidłowościach. Dostępu do takiej skrzynki nie powinni mieć wszyscy pracownicy, a jedynie Dyrektor, ewentualnie wyznaczony przez niego pracownik. Skargi i inne sygnały zgłaszane tą drogą (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze skarg.

CPT podkreśla, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności. Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między nieletnimi a personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też wychowankowie powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi. Informacja o prawie i sposobie

składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika⁴⁸.

CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego, np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych⁴⁹. Wskazuje również, że należy zapewnić bezpośredni i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi, np. poprzez instalowanie zamkniętych skrzyń skarg dostępnych dla skarżących w odpowiednich lokalizacjach, otwieranych wyłącznie przez osoby specjalnie wyznaczone do zapewnienia poufności skarg. Pracownicy, którzy sprawują bezpośredni nadzór nad osobami pozbawionymi wolności, nie powinni mieć możliwości filtrowania skarg⁵⁰.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: nieletnich, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczącymi się, osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców⁵¹.

Komitet podkreśla również, że brak skarg niekoniecznie powinien być uznawany za pozytywne zjawisko. Przeciwnie, może on świadczyć o niebezpiecznej sytuacji w placówce lub braku zaufania do systemu skarg⁵².

6.9. Dokumentacja

Przedstawiciele KMPT widzą potrzebę udoskonalenia sposobu prowadzenia księgi ewidencji nieletnich umieszczonych w izbie adaptacyjnej. Jej analiza wykazała bowiem, że wpisy w niej dokonywane nie zawsze były kompletne, bywały niedokładne oraz nie dawały pełnego obrazu samopoczucia nieletniego i postępowania z nim.

Przykładowo w przypadku nieletniego wpisanego do księgi pod pozycją (l.p.) nr 9, przebywającego w izbie w okresie od 4 do 14 listopada 2022 r., w części „uwagi i spostrzeżenia osób sprawujących opiekę nad nieletnim” nie odnotowano wpisów obejmujących 5, 7, 11 i 12 listopada 2022 r. (strona 44-45 księgi ewidencji).

⁴⁸ Standardy CPT dotyczące mechanizmów skargowych można znaleźć w Dwudziestym Siódmym Raporcie Generalnym, CPT/Inf (2018) 4, p. 68-91.

⁴⁹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, p. 68-91.

⁵⁰ Tamże, p. 84.

⁵¹ Tamże, p. 83.

⁵² Tamże, p. 91.

W przypadku wychowanka wpisanego do księgi pod pozycją nr 10, przebywającego w izbie adaptacyjnej w okresie od 21 listopada do 2 grudnia 2022 r., nie dokonano wpisów obejmujących większość dni pobytu – w księdze figurują jedynie zapiski obejmujące 21, 23 listopada i 2 grudnia 2022 r. (strona 46-47).

Z kolei w przypadku wychowanka wpisanego do księgi pod pozycją nr 24, przebywającego w izbie adaptacyjnej w okresie od 7 do 14 marca 2023 r., wpisy obejmują jedynie dni: 7, 8, 10 i 14 marca 2023 r. (strona 79-80).

Ponadto zdarzały się sytuacje, że nawet, gdy dokonano wpisu za dany dzień, ograniczał się on jedynie do informacji o przejęciu zmiany przez pracownika. Nie wiadomo więc przykładowo, o której godzinie wydano chłopcu posiłek, umożliwiono skorzystanie z toalety i wyjście na spacer, czy chłopiec miał z kimś kontakt, czy dokonano kontroli pomieszczenia, jak wychowanek się czuł i znosił trudy izolacji (zob. l.p. nr 9 – wpisy za dni: 4, 8, 9, 10, 13 listopada 2022 r.; strona 44-45).

Wizytujący zwrócili też uwagę na błędy we wpisywaniu dat umieszczenia w izbie adaptacyjnej. Przykładowo w przypadku wychowanka wpisanego do księgi pod pozycją nr 6, z tabeli ewidencyjnej znajdującej się na początku księgi wynika, że wychowanek został zwolniony z izby w dniu 25 października 2022 r. Z kolei w karcie, gdzie dokumentuje się pobyt nieletniego w poszczególnych dniach, jako datę zwolnienia wpisano 24 październik 2023 r., godz. 15:00 (strona 33). Analogiczna sytuacja miała miejsce w przypadku podopiecznego wychowanka wpisanego do księgi pod pozycją l.p. nr 8 – z tabeli ewidencyjnej wynika, że wychowanek został zwolniony z izby w dniu 14 listopada 2022 r., zaś w dalszej karcie wpisano czas zwolnienia 13 lutego 2023 r., godz. 14:40 (strona 43).

Ujawniono również przypadek wychowanka, który czas zwolnienia z izby miał wpisany na dwóch odrębnych kartach. Na obu wpisano tę samą datę 25 października 2022 r., różniła się tylko godzina zwolnienia – godz. 16:00 w pierwszym przypadku (strona 30), godz. 15:40 w drugim (strona 39).

KMPT podkreśla, że rejestry i dokumentacja stanowią dodatkowe zabezpieczenie przed niewłaściwym traktowaniem wychowanków i naruszaniem ich podstawowych praw. Z tego też względu zapisy w nich prowadzone powinny być na tyle precyzyjne i dokładne, aby można było prześledzić zarówno samopoczucie podopiecznego podczas pobytu, jak i sposób nadzoru przez pracowników i reakcji na zaistniałe zdarzenia. Jest to o tyle istotne, że pobyt w izbie adaptacyjnej jest formą

izolacji, a ta może mieć potencjalnie szkodliwy wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne wychowanka.

KMPT rekomenduje szczegółowe wpisywanie w księdze ewidencji nieletnich umieszczonych w izbie adaptacyjnej informacji o pobycie nieletniego w pomieszczeniu, w każdym dniu jego pobytu. Wpisy powinny obejmować istotne informacje o funkcjonowaniu nieletniego, w szczególności informacje o samopoczuciu, zgłaszanych prośbach i problemach, kontaktach z innymi osobami, kontaktach telefonicznych, wyjściach poza teren izby adaptacyjnej, skorzystaniu z toalety, wydanych posiłkach i przyjmowaniu leków, autoagresji, ujawnionych obrażeniach.

KMPT rekomenduje również dokładne wypełnianie księgi ewidencji nieletnich umieszczonych w izbie adaptacyjnej, w świetle przedstawionych wyżej uwag.

Wizytujący mieli też zastrzeżenia do sposobu wypełniania protokołów z przeprowadzenia badań na obecność substancji psychoaktywnej w organizmie wychowanków przy użyciu metod niewymagających badania laboratoryjnego oraz protokołów z przeprowadzania wobec nieletnich kontroli osobistej.

W przypadku tych pierwszych dokumentów do protokołów nie załączano zdjęć z wynikami przeprowadzanych testów, a jedynie wpisywano rodzaj badania, numer urządzenia i wynik badania. Zdjęcia z wynikami testów były archiwizowane na komputerze jednego z pracowników i w razie potrzeby miały być drukowane.

Krajowy Mechanizm rekomenduje, by przy pozytywnym wyniku testu jego zdjęcie było załączane do protokołu z badania. Zdjęcie powinno zawierać datę jego wykonania. Pozwoli to na większą transparentność realizowanych czynności i wyeliminuje wątpliwości na wypadek utraty zdjęcia. Warto podkreślić, że przyjęta w placówce procedura przewiduje taką możliwość. Zgodnie bowiem z pkt 12: „Do protokołu dołącza się wynik badania, jeżeli urządzenie posiada taką możliwość lub istnieje inna możliwość udokumentowania tego wyniku (np. zdjęcie z testu)”.

Ponadto w protokołach brakowało adnotacji o:

- rodzaju badania i typie urządzenia (przykładowo w protokole z dnia 12 kwietnia 2023 r. wpisano jedynie numer; nie wiadomo więc, jakiego rodzaju testu użyto – czy był to test z moczu, czy ze śliny);

- numeru testu (przykładowo w protokołach z 30 września i 8 listopada 2022 r. wpisano ogólnie, że przeprowadzono badanie na obecność narkotyków w ślinie);
- miejscu badania (przykładowo protokoły z 12 kwietnia 2023 r., 16 lutego 2023 r. i 17 października 2022 r.);
- wyniku badania (przykładowo protokoły z 8 listopada 2022 r. i 19 października 2023 r.).

Obowiązująca procedura zmieniała wzór protokołu z badania. Niemniej jednak protokół będzie zawierał wszystkie kluczowe elementy, o których mowa wyżej: datę, godzinę i miejsca badania, rodzaj typ i numer urządzenia do badania, wynik badania.

W przypadku protokołów z realizacji kontroli osobistych brakowało szczegółowych informacji, w którym pomieszczeniu przeprowadzono kontrolę osobistą. Pracownicy wpisywali jedynie ogólną informację, że jest to pomieszczenie niemonitorowane (przykładowo protokoły z 4 maja, 18 kwietnia i 13 marca 2023 r.). W jednym przypadku brakowało podpisu pracownika przy spisie i opisie rzeczy (wpisano jedynie datę – 10 lutego 2023 r.). W jednym z protokołów wpisano jedynie godzinę rozpoczęcia kontroli bez wpisania daty realizacji czynności; pracownik wpisał jednak datę i godzinę zakończenia kontroli osobistej – 12 kwietnia 2023 r., godz. 15:30.

KMPT rekomenduje szczegółowe wypełnianie powyższych protokołów.

6.10. Poufność informacji

W procesie wykrywania i dokumentowania oznak tortur i innych form złego traktowania kluczowe znaczenie ma poufność relacji z psychologiem i lekarzem oraz odpowiednie zabezpieczenie przekazanych przez nieletniego informacji. Brak poufności informacji, a tym samym możliwość wglądu w nie osób nieuprawnionych, tworzy klimat niesprzyjający szczerości i zgłaszaniu przypadków złego traktowania. Zwiększa też ryzyko odwetu wobec nieletniego za przekazane informacje. W tym kontekście KMPT chciałby zwrócić uwagę na potrzebę lepszego zabezpieczenia dokumentacji znajdującej się w gabinetach psychologa i lekarza.

Dokumentacja i narzędzia pracy psychologa, znajdujące się w jego gabinecie, przechowywane były w szafie, która nie była zamykana na klucz. Na biurku znajdował się dziennik pracy psychologa i spis kontaktów telefonicznych do osób bliskich podopiecznych. Ponadto nad biurkiem wisiły wydruki zawierające dane osobowe i informacje wrażliwe dotyczące wychowanków, między innymi wskazania w zakresie

kształcenia specjalnego. Z uzyskanych informacji wynikało, że klucze do gabinetu ma Dyrektor placówki i Dyrektor szkoły, którzy nie są psychologami. Istnieje więc ryzyko wglądu osób nieuprawnionych w dokumentację i narzędzia pracy psychologa, w tym informacje pozyskane w czasie rozmów indywidualnych z nieletnimi.

Warto wyeksponować, że jednym z kluczowych elementów pracy psychologa jest poufność, a ujawnienie tajemnicy zawodowej takiego specjalisty może się odbyć tylko w określonych prawem warunkach i okolicznościach (może to uczynić tylko sąd, samodzielnie lub na wniosek lub prokuratora, w przypadku zagrożenia lub po wystąpieniu niebezpieczeństwa dla zdrowia lub życia bądź ich utraty, także w wyniku podejrzenia udziału osób trzecich albo gdy istnieje ryzyko lub zostało popełnione przestępstwo) lub gdy pacjent albo jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie określonych treści konkretnym osobom. Ponadto zgodnie ze standardami Polskiego Towarzystwa Psychologicznego dostęp do jakichkolwiek narzędzi diagnozy psychologicznej (podręczników lub ich części, arkuszy testowych, wykresów, treści pytań itd.) może mieć tylko osoba legitymująca się wykształceniem wyższym w dziedzinie psychologii (w stopniu co najmniej magistra – aby kupić jakikolwiek test, najpierw trzeba przesać do Pracowni skan dyplomu, a na jej stronie internetowej widnieją oznaczenia literowe wskazujące, kto może test stosować, zliczać wyniki surowe i dokonywać ich interpretacji).

Niedopuszczalne jest więc, aby narzędzia do diagnozy psychologicznej (podręczniki, tzw. baterie, testy, kwestionariusze wypełnione przez poszczególne osoby, a nawet puste druki, chronione prawem autorskim) pozostawały w obrębie dostępu jakichkolwiek osób niebędących psychologami.

Krajowy Mechanizm rekomenduje zapewnienie psychologowi szafki zamykanej na klucz i przechowywanie w niej narzędzi pracy i dokumentacji. Dostęp do klucza powinien mieć wyłącznie psycholog. Dotyczy to w szczególności dokumentacji wychowanków, której kopie nie trafiają do akt (czyli nie są to opinie sporządzone po rozmowach i badaniach diagnostycznych, które mogłyby, a wręcz powinny się tam znaleźć), zwłaszcza służących diagnozie ich stanu, deficytów i potrzeb, lecz także treści rozmów indywidualnych.

KMPT rekomenduje również usunięcie z tablicy nad biurkiem psychologa informacji zawierających dane osobowe lub pozwalających na ujawnienie personaliów, np. wykaz wychowanków ujawniających określone deficyty i z tego powodu objętych indywidualnymi oddziaływaniami.

Wizytujący zwrócili też uwagę na potrzebę odpowiedniego zabezpieczenia dokumentacji medycznej nieletnich w gabinecie lekarskim. Historie choroby wychowanków przechowywane były bowiem na biurku, co umożliwia wgląd w ich treść osobom niewykonującym zawodu medycznego. Umożliwia to pozyskanie informacji o stanie zdrowia nieletniego i przypadkach złego traktowania, przekazanych wyłącznie lekarzowi. Ponadto, jak wskazał Sąd Apelacyjny w Krakowie, ochrona danych osobowych, włącznie z informacjami medycznymi i tajemnicą lekarską, ma podstawowe znaczenie dla korzystania przez pacjenta z konstytucyjnego prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, gwarantowanego także przez art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności⁵³.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami należy zapewnić odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację medyczną przed jej zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki⁵⁴. Dokumentację uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych w przepisach prawa powszechnie obowiązującego oraz są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana⁵⁵.

KMPT rekomenduje przechowywanie dokumentacji medycznej w odpowiednio do tego celu przeznaczonych, zamykanych na klucz szafach, do których klucz powinien mieć wyłącznie personel medyczny.

6.11. Szkolenie personelu

W latach 2021-2023 personel placówki uczestniczył w szkoleniach dotyczących między innymi: stosowania środków przymusu bezpośredniego, użycia kajdanek, kontrolowania złości, agresji i trudnych emocji. Ponadto jeden z nauczycieli uczestniczył w maju 2021 r. w szkoleniu pt. „nieletni w konflikcie z prawem – karać, izolować, wychowywać czy leczyć”.

⁵³ Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie, Wydział I Cywilny z dnia 3 września 2015 r., sygn. akt I ACa 679/15.

⁵⁴ Zob. ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545), art. 24 ust. 1. Zob. również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 ze zm.), § 1 pkt 7.

⁵⁵ Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, § 1 pkt 4.

KMPT rekomenduje zapewnienie pracownikom regularnych szkoleń z zakresu: pierwszej pomocy przedmedycznej, rozpoznawania przejawów „drugiego życia”, komunikacji interpersonalnej, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych (w tym deeskalacji napięć i konfliktów), przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu, międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka i praw dziecka (w tym Reguł z Hawany), Protokołu stambulskiego.

KMPT rekomenduje również zorganizowanie personelowi superwizji.

Pozwoli ona na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych.

Szkolenie personelu jest bowiem mechanizmem zapobiegania torturom i budowania odpowiedniej kultury organizacyjnej. Z kolei brak merytorycznego wsparcia pracowników może sprzyjać niewłaściwym zachowaniom i wypaleniu zawodowemu.

Zgodnie z regułami ONZ: „Personel powinien przejść takie szkolenie, które umożliwi mu skuteczne wykonywanie swoich obowiązków, w szczególności szkolenie z zakresu psychologii dziecka, dobrostanu dziecka oraz międzynarodowych standardów i norm praw człowieka i praw dziecka, w tym niniejszych Zasad. Personel powinien utrzymywać i doskonalić swoją wiedzę i umiejętności zawodowe poprzez uczestnictwo w kursach doskonalenia zawodowego, które będą organizowane w odpowiednich odstępach czasu przez cały okres ich kariery⁵⁶”.

Z kolei CPT podkreśla, że: „Cały personel, w tym osoby pełniące obowiązki opiekuńcze, które są w bezpośrednim kontakcie z nieletnimi, powinny odbywać szkolenia zawodowe, zarówno przy rozpoczęciu pracy jak i szkolenia ustawiczne. Powinni też korzystać z odpowiedniego zewnętrznego wsparcia i nadzoru nad wykonywaniem przez nich obowiązków. Należy zwrócić szczególną uwagę na szkolenie personelu w zakresie radzenia sobie z incydentami z użyciem przemocy, szczególnie w zakresie werbalnej deeskalacji w celu zredukowania napięcia oraz w zakresie profesjonalnych technik obezwładniających⁵⁷”.

Przedstawiciele KMPT podczas wizytacji zostali poinformowani o planach zatrudnienia od sierpnia 2023 r. terapeutów uzależnień. **KMPT zwraca się o**

⁵⁶ Zob. Reguły z Hawany, p. 85.

⁵⁷ Zob. Dwudziesty Czwarty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2015) 1, p. 120.

poinformowanie, czy plany te zostały zrealizowane, a jeśli tak, to jaki jest wymiar czasu pracy terapeuty, w jakie dni i godziny terapeuta jest dostępny w placówce oraz ilu podopiecznych uczestniczy w spotkaniach z nim.

7. Traktowanie nieletnich przez funkcjonariuszy Policji

Z rozmów z wychowankami i pracownikami Ośrodka wynikało, że funkcjonariusze Policji zawsze stosują prewencyjnie kajdanki w czasie transportu nieletnich, niezależnie od ich postawy i braku agresji. Zazwyczaj chłopcy mają skuwane ręce z przodu. Sporadycznie policjanci mają skuwać im ręce z tyłu lub używać kajdanek zespolonych.

Jeden z nieletnich opowiedział, że miał założone kajdanki na ręce z tyłu oraz skute nogi. Inny opowiadał, że skuto mu ręce z przodu i w kajdankach musiał skorzystać z toalety.

Jeden z pracowników ośrodka opowiedział o przypadku chłopca niewielkiego wzrostu (ok. 150 cm), po którego przyjechało do Ośrodka trzech rosyjskich funkcjonariuszy. Chłopcu zakuto kajdanki na ręce trzymane z tyłu. W ocenie tego pracownika policjanci nadużywali kajdanek, albowiem ani postura wychowanka, ani jego zachowanie nie uzasadniało użycia tego środka przymusu bezpośredniego. Ponadto nieletni pozostawał pod eskortą trzech, wysokich funkcjonariuszy. Nieproporcjonalność użytych środków bezpieczeństwa miała być w tym wypadku mocno widoczna.

Jeden z pracowników opowiadał o przypadku, gdy nieletni musiał iść do toalety w kajdankach zespolonych.

Powyższe relacje – jeżeli były zgodne z rzeczywistym stanem faktycznym, czego KMPT nie jest w stanie zweryfikować – wskazują, że systemowy problem prewencyjnego nadużywania kajdanek przez funkcjonariuszy Policji jest nadal aktualny i konieczne są skuteczne działania w celu jego wyeliminowania⁵⁸. Stosowanie kajdanek nie zawsze jest bowiem konieczne, często ich użycie jest środkiem nadmiernym i nieproporcjonalnym do sytuacji, a w połączeniu z długim okresem ich stosowania (co wiąże się z ograniczeniem ruchu kończyn i przebywaniem w niewygodnej pozycji) i stresem towarzyszącym zatrzymaniu może stanowić poniżające traktowanie.

⁵⁸ Zob. Wystąpienie generalne RPO do MSWiA z dnia 20 stycznia 2020 r., znak KMP.570.29.2019.AN.

Ponadto uwzględniając fakt, że część policyjnych samochodów nie posiada pasów bezpieczeństwa dla osób zatrzymanych, stosowanie kajdanek ogranicza zdolność do ochrony przed upadkiem w przypadku gwałtownego hamowania lub wypadku, co stanowi ryzyko dla zdrowia tych osób. Kajdanki mogą też stygmatyzować społecznie, gdy zatrzymanie i transport odbywa się na oczach osób postronnych.

W ocenie KMPT kajdanki nie powinny być profilaktycznie stosowane wobec wszystkich osób zatrzymanych, a tylko wtedy, gdy wyraźnie uzasadnia to ocena ryzyka w indywidualnym przypadku. Wobec nieletnich, mając na względzie ich psychikę i rozwój fizyczny, policjanci powinni stosować bardziej restrykcyjne kryteria, uzasadniające ich użycie. Zatrzymani powinni być przewożeni w bezpiecznych pojazdach, co ograniczy konieczność stosowania tego środka przymusu bezpośredniego. Policjanci powinni wypracować odpowiednie rozwiązania taktyczne i zasady wzajemnej asekuracji na wypadek agresji lub próby ucieczki, tak by profilaktyczne stosowanie kajdanek nie było co do zasady konieczne, a ich użycie miało charakter wyjątkowy.

Problem ich nadużywania przez funkcjonariuszy Policji w Polsce był sygnalizowany w raportach SPT⁵⁹ i CPT⁶⁰.

8. Zalecenia

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

8.1. Dyrektorowi Okręgowego Ośrodka Wychowawczego w Szczecinie:

1. Systematyczne przypominanie pracownikom o konieczności traktowania wychowanków z szacunkiem i godnością;
2. Realizację kontroli osobistej wychowanków w niemonitorowanym pomieszczeniu i w sposób etapowy;
3. Zapewnienie wychowankom dostępu do wody źródlanej;
4. Zapewnienie podopiecznym zaangażowanym w aktywność sportową wyżywienia odpowiedniego do ich zapotrzebowania kalorycznego;
5. Rozważenie zmiany zabezpieczeń ochronnych w celu stworzenia w Ośrodku mniej opresyjnego środowiska, nieprzywołującego skojarzeń z systemem penitencjarnym;

⁵⁹ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, p. 68 i 69.

⁶⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2019 r., CPT/Inf (2020) 31, p. 17 i przypis 17.

6. Odstąpienie od zamykania sypialni wychowanków na noc;
7. Wykorzystywanie izby chorych wyłącznie w celach medycznych;
8. Zapewnienie wychowankom przebywającym z izbie adaptacyjnej (niezależnie od przyczyn ich umieszczenia), codziennego dostępu do świeżego powietrza i możliwości odbierania telefonów;
9. Realizację spacerów wychowanków przebywających w izbie adaptacyjnej w godnych warunkach;
10. Pełną rejestrację zapisów monitoringu z użycia środka przymusu bezpośredniego, od chwili jego rozpoczęcia do czasu zakończenia jego stosowania; należy zabezpieczyć nagrania ze wszystkich kamer, które obrazują przebieg zdarzenia;
11. Przeszkolenie personelu medycznego, psychologów, terapeutów i wychowawców z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego;
12. Szczegółową rejestrację obrażeń zaobserwowanych u wychowanków, w tym odnotowywanie ich wielkości, oświadczenia pacjenta o ich pochodzeniu, wniosku lekarza o spójności tych dwóch elementów oraz robienie zdjęć obrażeń, które powinny zostać włączane do dokumentacji medycznej;
13. Zapewnienie, by wszelkie podpisywane przez wychowanków oświadczenia i kluczowe z punktu widzenia ich praw i obowiązków dokumenty były tłumaczone na język dla nich zrozumiały. W przypadku problemów z komunikacją należy korzystać z pomocy tłumacza. Tłumaczenie dokumentów przez tłumacza powinno być odnotowywane na dokumencie (z podpisem i pieczętką);
14. Odnotowywanie w dokumentacji ewentualnych trudności w komunikacji z podopiecznym oraz informacji, w jakim języku komunikuje się wychowanek oraz czy i w jaki sposób nastąpiło tłumaczenie;
15. Dokładne wypełnianie księgi ewidencji nieletnich umieszczonych w izbie adaptacyjnej, w tym szczegółowe wpisywanie informacji o pobycie nieletniego w pomieszczeniu, w każdym dniu jego pobytu (wpisy powinny obejmować istotne informacje o funkcjonowaniu nieletniego, w szczególności informacje o samopoczuciu, zgłaszanych prośbach i problemach, kontaktach z innymi osobami, kontaktach telefonicznych, wyjściach poza teren izby adaptacyjnej, skorzystaniu z toalety, wydanych posiłkach i przyjmowaniu leków, autoagresji, ujawnionych obrażeniach);
16. Szczegółowe wypełnianie protokołów z przeprowadzenia wobec nieletnich kontroli osobistej i protokołów z badań na obecność substancji

- psychoaktywnej w organizmie wychowanków przy użyciu metod niewymagających badania laboratoryjnego (w tym załączanie do protokołów zdjęć pozytywnych wyników testów; zdjęcie powinno zawierać datę jego wykonania);
17. Odstąpienie od pobierania od rodziców lub opiekunów prawnych zgód blankietowych dotyczących badań, zabiegów i świadczeń zdrowotnych;
 18. Podawanie wychowankom leków w formie rozkruszonej tylko, gdy wynika to z zaleceń lekarskich, i odnotowywanie takiej formy podawania leków w dokumentacji medycznej;
 19. Przechowywanie dokumentacji medycznej w odpowiednio do tego celu przeznaczonych, zamykanych na klucz szafach, do których klucz powinien mieć wyłącznie personel medyczny;
 20. Przechowywanie dokumentacji psychologa w szafie zamykanej na klucz, do którego dostęp powinien mieć wyłącznie psycholog;
 21. Usunięcie z tablicy nad biurkiem psychologa informacji zawierających dane osobowe lub pozwalających na ujawnienie personaliów, np. wykaz wychowanków ujawniających określone deficyty i z tego powodu objętych indywidualnymi oddziaływaniami;
 22. Wyeksponowanie na terenie placówki, w miejscach do których dostęp mają wychowankowie i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji nadzoru i ochrony praw człowieka, w tym Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem infolinii – 800 676 676), Rzecznika Praw Dziecka (wraz z numerem Dziecięcego Telefonu Zaufania – 800 12 12 12), sądu sprawującego nadzór nad placówką, Departamentu Spraw Rodzinnych i Nieletnich w Ministerstwie Sprawiedliwości, organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka);
 23. Stworzenie skrzynek na skargi, z których wychowankowie i inne osoby (pracownicy, osoby odwiedzające) będą mogli, w warunkach poufności, informować o ewentualnych problemach i nieprawidłowościach. Dostępu do takiej skrzynki nie powinni mieć wszyscy pracownicy, a jedynie Dyrektor, ewentualnie wyznaczony przez niego pracownik. Skargi i inne sygnały zgłaszane tą drogą (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze skarg;
 24. Zapewnienie pracownikom regularnych szkoleń z obszarów tematycznych wskazanych w pkt 6.11 raportu;
 25. Zapewnienie pracownikom regularnej superwizji;

26. Zakup aparatury do diagnozy i terapii metodą EEG Biofeedback i przeszkolenie personelu w zakresie jej stosowania;
27. Usunięcie łóżka z pasami z terenu Ośrodka;
28. Uwzględnienie kwestii dostosowań pomieszczeń do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową i o obniżonej sprawności fizycznej podczas planowanych remontów i modernizacji placówki.

Ponadto KMPT zwraca się do Dyrektora placówki o:

- przekazanie szczegółowych informacji na temat uderzenia wychowanka przez pracownika ochrony w dniu 22 maja 2023 r., w tym o informację, czy wobec pracownika zostały wyciągnięte konsekwencje służbowe i czy o sprawie została powiadomiona Policja lub Prokuratura;
- informacje o podjętych wobec podopiecznego działaniach w celu diagnostyki i eliminacji problemu z moczeniem nocnym;
- wskazanie, czy dokonano zakupu testów narkotykowych ze śliny;
- wskazanie, czy w placówce zatrudniony został terapeuta uzależnień, a jeśli tak, to jaki jest wymiar czasu pracy terapeuty, w jakie dni i godziny jest dostępny w placówce oraz ilu podopiecznych uczestniczy w spotkaniach z nim.

8.2. Dyrektorowi Departamentu Spraw Rodzinnych i Nieletnich w Ministerstwie Sprawiedliwości:

1. Niekierowanie do Okręgowego Ośrodka Wychowawczego w Szczecinie nieletnich z niepełnosprawnością ruchową, do czasu przystosowania placówki do potrzeb takich osób.

Opracował: Rafał Kulas

Za Zespół podpisuje:

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/