



Warszawa, 03-01-2024 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.574.3.2023.JJ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie**

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; dalej: ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich).

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 istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też na

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 2022 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.

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. nieletni, personel, osoby odwiedzające) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek 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 jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek 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 działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 17–20 lipca 2023 r. przeprowadzono wizytację Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie, al. Legionów 11 (dalej: KOPSN, Ośrodek, placówka). W skład delegacji KMPT wchodził: Przemysław Kazimirski – dyrektor KMPT (prawnik), Paulina Wróbel (psycholog), Łukasz Bębenista (prawnik) oraz Justyna Józwiak (dr nauk społecznych w zakresie socjologii).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania nieletnich przebywających w KOPSN, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawienie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków zapewnionych osobom pozbawionym wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę na temat funkcjonowania placówki z Sylwią Górską – dyrektorką KOPSN oraz Marcinem Wałęckim – zastępcą dyrektora ds. lecznictwa;
- dokonano oglądu pomieszczeń, w tym m.in.: pokoi pacjentów, sanitariatów, świetlic, boisk;
- przeprowadzono indywidualne i poufne rozmowy z wybranymi pacjentami;
- przeprowadzono indywidualne i poufne rozmowy z wybranymi pracownikami KOPSN;

- poddano analizie wybraną dokumentację, w tym m.in. akta nieletnich, rejestr przymusu bezpośredniego, rejestr zdarzeń nadzwyczajnych, zeszyty pielęgniarskie, zeszyty lekarskie, procedury i regulaminy;
- zapoznano się z wybranymi przez delegację KMPT nagraniami monitoringu wizyjnego;
- wykonano dokumentację fotograficzną.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem placówki oraz przeanalizowano nagrania monitoringu z zastosowania przymusu bezpośredniego.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: legalność pobytu, traktowanie, prawo do informacji, prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym, dostęp do opieki medycznej, dostęp do obrońcy, możliwość powiadomienia osoby bliskiej o umieszczeniu w placówce, możliwość złożenia skargi, warunki bytowe, oddziaływania edukacyjne, terapeutyczne i kulturalne oraz kwalifikacje personelu. W raporcie wyszczególniono te zagadnienia, które w ocenie przedstawicieli KMPT wymagają poprawy. Podkreślono także obszary, które sprzyjają prawidłowemu funkcjonowaniu Ośrodka. Raport omawia również problemy o charakterze systemowym, związane z koniecznością zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania.

4. Charakterystyka placówki

Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie przeznaczony jest do wykonywania środka leczniczego w warunkach maksymalnego zabezpieczenia dla nieletnich chłopców i dziewcząt (40 miejsc). W dniu rozpoczęcia wizytacji przebywało w nim 29 pacjentów, w tym 10 dziewcząt.

KOPSN jest także siedzibą działającej od kilkunastu miesięcy Komisji psychiatrycznej ds. środka leczniczego dla nieletnich, o której mowa w art. 216 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (dalej: ustawa o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich lub u.w.i.r.n.)¹⁰ oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2022 r. w sprawie komisji do spraw środka leczniczego dla nieletnich, trybu wykonywania środka leczniczego oraz warunków zabezpieczenia zakładów leczniczych¹¹ (dalej: rozporządzenie w sprawie komisji do spraw środka leczniczego dla nieletnich). W skład komisji wchodzi 8 osób będących przedstawicielami instytucji określonych w § 2 ww. rozporządzenia.

¹⁰ Dz.U. poz. 1700.

¹¹ Dz.U. poz. 2389.

Zgodnie z § 10 rozporządzenia w sprawie komisji do spraw środka leczniczego dla nieletnich, zakład leczniczy dysponujący warunkami maksymalnego zabezpieczenia spełnia następujące wymagania:

- zapewnia stały nadzór nad nieletnimi przebywającymi w tym zakładzie;
- posiada drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające nieletnim samowolne opuszczenie tego zakładu;
- jest wyposażony w:
 - a) wewnętrzny system urządzeń rejestrujących obraz lub dźwięk, umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek oraz korytarzy,
 - b) elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien;
- posiada bezpośredni dostęp do ogrodzonego terenu rekreacyjnego;
- dysponuje systemem osobistych elektronicznych urządzeń alarmowych sygnalizujących zagrożenie, w które jest wyposażony personel tego zakładu;
- jest otoczony oświetlonym, nadzorowanym za pośrednictwem wewnętrznego systemu urządzeń rejestrujących obraz lub dźwięk, gładkim murem o wysokości co najmniej 5,5 metra lub dysponuje innymi zabezpieczeniami o porównywalnej skuteczności, uniemożliwiającymi samowolne oddalenie się nieletniego;
- zatrudnia personel pracujący z nieletnimi w liczbie co najmniej trzykrotnie większej niż liczba łóżek przeznaczonych do wykonywania środka leczniczego w tym zakładzie, w tym personel sprawujący ochronę nad nieletnimi w liczbie nie mniejszej niż dwie trzecie liczby tych łóżek.

W zakładach leczniczych dla nieletnich o wzmocnionym i maksymalnym zabezpieczeniu dopuszcza się ponadto przeprowadzanie kontroli pobieżnej, osobistej, pomieszczeń i przedmiotów (art. 119 u.w.i.r.n.).

W myśl art. 215 u.w.i.r.n. zakład leczniczy dysponujący warunkami maksymalnego zabezpieczenia jest przeznaczony dla nieletnich:

1) których powtarzające się zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu własnemu lub innych osób lub powodujące niszczenie mienia nie będą mogły być opanowane w zakładzie leczniczym dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia;

2) jeżeli nie jest możliwe zapobieżenie ich samowolnemu oddaleniu się z zakładu leczniczego dysponującego warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, a mogą oni stwarzać znaczne zagrożenie poza tym zakładem.

Co roku placówka kontrolowana jest przez sędziego Sądu Rejonowego w Garwolinie. Sprawozdanie z ostatniej kontroli z dnia 6 czerwca 2023 r. nie zawiera żadnych zaleceń pokontrolnych. Zakres kontroli obejmował m.in. prawidłowość

prowadzenia dokumentacji stanowiącej podstawę przyjęcia do szpitala oraz przebywania w nim, prawidłowość dokumentacji dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego, sposób załatwiania skarg i wniosków, realizację kontaktów nieletnich z rodzinami lub opiekunami prawnymi. Sędzia zwrócił uwagę, że zgodnie z art. 223 ust. 1 pkt 2 u.w.i.r.n. po przyjęciu do zakładu leczniczego nieletniego niezwłocznie m.in.: zapoznaje się z prawami i obowiązkami, zasadami pobytu w zakładzie oraz poucza o terminie i sposobie składania zażalenia, o którym mowa w art. 107 ust. 1 pkt 21 u.w.i.r.n. Wskazał też na zasadność pisemnego potwierdzenia przez pacjentów o zapoznaniu się z tą treścią. W związku z powyższym KMPT zwraca się do dyrektorki KOPSN o udzielenie informacji, czy i w jaki sposób zalecenie sędziego wizytatora zostało zrealizowane.

Ostatnia wizyta KMPT w Ośrodku miała miejsce w 2019 r. Wydano wówczas kilkanaście rekomendacji, dotyczących m.in.: zmiany praktyki stosowania przymusu bezpośredniego, w szczególności unieruchamiania pacjentów na jak najkrótszy czas, poza obecnością innych pacjentów, z chwilowymi przerwami na czynności fizjologiczne i spożycie posiłku i napoju, wyposażenia Ośrodka w urządzenia, stosowane przy środkach przymusu bezpośredniego, zaprojektowane w celu ograniczania szkodliwych skutków w celu zminimalizowania ryzyka urazu i/lub bólu u pacjenta (wyściełane pasy), zaprzestanie stosowania chwytów za szyję (w przypadku przytrzymania) i technik, które mogą blokować drogi oddechowe pacjentów lub powodować ból (nie odnotowano podczas aktualnej wizytacji), wyeliminowania praktyki zakładania kaftana bezpieczeństwa wobec pacjentów korzystających ze spaceru (praktyka została wyeliminowana)¹².

Warunki bytowe delegacja KMPT oceniła jako bardzo dobre. Pokoje pacjentów są wyposażone w łóżka oraz szafki do przechowywania rzeczy osobistych. Pracownie, w których prowadzone są terapie lub inne oddziaływania, wyposażone są w sposób adekwatny do zajęć oraz dostarczający pozytywnych bodźców wzrokowych. Teren rekreacyjny, na którym odbywają się zajęcia na świeżym powietrzu, również wyposażony jest w liczne urządzenia dające nieletnim realną szansę uprawiania wysiłku fizycznego (np. siłownia zewnętrzna, boiska).

Na uwagę zasługuje także bogata oferta zajęć dla nieletnich. Pracownicy tworzą wyspecjalizowane zespoły, których zadaniem jest opracowywanie i przeprowadzanie poszczególnych zajęć. Przykładowo, od stycznia 2023 r. zespół terapii behawioralnej zrealizował następujące zadania tematyczne: Trening Umiejętności Społecznych (TUS),

¹² Zob. Raport KMPT z wizytacji Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie w 2019 r., KMP.574.5.2019.JJ. Dostęp: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/kmpt/krajowy-mechanizm-prewencji-tortur-przeprowadzil-wizytacje-w-krajowym-osrodku-psychiatrii>.

Trening Zastępowania Agresji (TZA), zajęcia językowe dla pacjentów z zaburzeniami mowy (pacjenci zostali skierowani na zajęcia na podstawie diagnozy logopedycznej wykonanej przez wykwalifikowanego logopedę), zajęcia z zakresu umiejętności komunikowania się (dla osób młodszych, nadpobudliwych, autystycznych), zajęcia dla dziewcząt (w związku z konfliktami między dziewczętami, zajęcia zawierały także wątki edukacyjne dotyczące okresu dojrzewania, seksualności, poczucia własnej wartości), zajęcia integracyjne.

Dodatkowo w ramach terapii zajęciowej prowadzone były oddziaływania z zakresu arteterapii i ergoterapii, m.in.: zajęcia plastyczne, filmoterapia, muzykoterapia, ogrodnictwo, krawiectwo, zajęcia kulinarne. Z kolei zespół terapii sportem i rozwoju ruchowego organizował liczne aktywności sportowe, gry zespołowe, turnieje, ćwiczenia z lekkoatletyki.

W Ośrodku regularnie prowadzona jest społeczność terapeutyczna, której celem jest rozwijanie szczerości i otwartości, kształtowania różnych umiejętności, np. aktywnego słuchania, bycia częścią grupy. Podczas społeczności przydzielane są także wzmocnienia i konsekwencje, zgodnie z zasadami behawioralnymi oraz indywidualnym programem terapii każdego pacjenta.

5. Problemy systemowe

5.1. Brak miejsc w zakładach leczniczych o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich oraz oddziałach ogólnopsychiatrycznych dla dzieci i młodzieży

Analizując dokumentację pacjentów, przedstawiciele KMPT natrafili na przypadek pacjentki przyjętej do KOPSN w styczniu 2023 r. Mimo że w jej dokumentacji znajdowało się postanowienie sądu z dnia 18 kwietnia 2023 r. o przeniesieniu jej z KOPSN do zakładu leczniczego o podstawowym zabezpieczeniu (sąd wskazał konkretny szpital), pacjentka w dniu wizytacji nadal przebywała w Ośrodku. O zmianę zabezpieczenia wnioskował także KOPSN w opinii z dnia 4 kwietnia 2023 r. oraz 13 lipca 2023 r. W tej ostatniej wskazano: „Ponownie składamy wniosek o kontynuowanie leczenia i terapii w Oddziale Nerwic Młodzieżowych w Garwolinie, choć aktualnie jest to jedynie formalność – Sąd wydał już postanowienie o umieszczeniu pacjentki w Oddziale Nerwic, jednak zgodnie z obowiązującymi przepisami musi być ona umieszczona w kolejce – termin przyjęcia wyznaczono na październik, już po uzyskaniu przez nią pełnoletności”. Do tego momentu pacjentka miała przebywać w KOPSN (tak wynikało z kolejnego postanowienia sądu z dnia 5 maja 2023 r.). A zatem mimo ustania konieczności przebywania pacjentki w

warunkach maksymalnego zabezpieczenia (największego reżimu) nadal w nim pozostawała, z uwagi na brak miejsc w wyznaczonym przez sąd oddziale, gdzie miała realizować środek leczniczy w warunkach podstawowego zabezpieczenia.

Takich przypadków w ocenie przedstawicieli KMPT jest więcej. Dlatego też w rozdziale 6.1 niniejszego raportu zwrócono się do dyrektorki KOPSN z prośbą o przesłanie dodatkowych wyjaśnień w sprawach kilku pacjentów.

Rzecznik Praw Obywatelskich już od wielu lat zwraca Ministrowi Zdrowia uwagę na problemy związane z zapaścią systemu psychiatrycznej opieki szpitalnej dla najmłodszych pacjentów, m.in. zamykaniu kolejnych oddziałów i braku miejsc. Powoduje to umieszczanie dzieci na dostawkach czy łózkach polowych (w korytarzach), a niekiedy odsyłanie potrzebujących pacjentów do domu. Zważywszy na powyższe, RPO w 2018 r. zwrócił się do Ministra Zdrowia o podjęcie pilnych działań zaradczych na rzecz zapewnienia najmłodszym pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży¹³.

Brak miejsc w zakładach leczniczych o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich oraz oddziałach ogólnopsychiatrycznych dla dzieci i młodzieży prowadzi także do ograniczenia swobód obywatelskich pacjenta, który przebywa w najsurowszym reżimie (maksymalnym), mimo ustania przyczyn. Sytuacja taka opóźnia opuszczenie przez niego szpitala, wydłuża detencję, uniemożliwia skorzystanie z przepustek, które są możliwe na oddziale o podstawowym zabezpieczeniu, i powoduje przerwę w terapii. Nie jest wskazane, aby pacjent, wobec którego wydano decyzję/zgodę na internację w warunkach podstawowego lub wzmocnionego zabezpieczenia, przebywał w dalszym ciągu w rygorze maksymalnego zabezpieczenia. Konieczne jest w takim przypadku jak najszybsze umieszczenie pacjentów na oddziałach o mniejszym stopniu zabezpieczenia, by zapewnić ich dalsze leczenie w odpowiedniej, ze względu na stan ich zdrowia, placówce.

5.2. Zwalnianie z Ośrodka pacjentów, którzy ukończyli 18 rok życia, ale nadal wymagają hospitalizacji psychiatrycznej

Zgodnie z ustawą o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich, środek leczniczy w postaci pobytu w szpitalu psychiatrycznym ustaje z mocy prawa, gdy nieletni pacjent skończy 18 lat. Problem pojawia się wtedy, gdy po ukończeniu 18 lat pacjent – w ocenie lekarzy – nadal wymaga leczenia w warunkach szpitalnych i stanowi zagrożenie

¹³ Wystąpienie generalne Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 21 grudnia 2018 r. do Ministra Zdrowia (V.7016.84.2018.JK). Dostęp na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-brak-miejsc-w-szpitalach-dla-dzieci-chorujacych-psychicznie>.

dla siebie lub otoczenia. Sąd nie może wówczas przedłużyć hospitalizacji – pacjent opuszcza szpital.

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT w KOPSN personel przedstawił przypadek pacjenta, który opuścił Ośrodek z powodu uzyskania pełnoletniości. W placówce pacjent przebywał łącznie prawie 3 lata, lecz pomimo działań podjętych przez personel jego zachowanie nie uległo takiej poprawie, która mogłaby świadczyć o jego zresocjalizowaniu. Pacjent w trakcie pobytu w KOPSN prezentował zachowania podkulturowe, negował zasady panujące w placówce. W ocenie pracowników Ośrodka stanowił niebezpieczeństwo dla otoczenia. Po ukończeniu 18 roku życia został zwolniony.

W dniu 11 lipca 2023 r. dyrektorka KOPSN skierowała wystąpienie do Ministra Zdrowia w sprawie konieczności podjęcia natychmiastowych działań celem wprowadzenia systemowych rozwiązań, które pozwolą z jednej strony zabezpieczyć zdrowie psychofizyczne pełnoletnich pacjentów KOPSN, z drugiej zaś umożliwią kontrolę ich stanu zdrowia celem stwierdzenia, czy osoby te, w sposób niezagrażający życiu i zdrowiu innych, mogą funkcjonować samodzielnie w społeczeństwie.

W ocenie RPO jest to słuszny postulat. W przypadku osób nieletnich o zwolnieniu ze szpitala decyduje cezurą wieku, a nie stan zdrowia pacjenta. W wielu przypadkach powoduje to bardzo trudną sytuację młodego, niezbyt gotowego do samodzielności i nie do końca zdrowego psychicznie człowieka, bez wsparcia najbliższych, który w ocenie lekarzy wymaga dalszego leczenia w warunkach hospitalizacji. Rzecznik Praw Obywatelskich skierował wystąpienie generalne do Ministra Zdrowia (w dniu 31 stycznia 2019 r.), sygnalizując problem braku systemowych rozwiązań odnośnie do zakresu oraz form wsparcia dla dzieci i młodzieży dotkniętych kryzysem psychicznym, które po uzyskaniu pełnoletniości i opuszczeniu placówki leczniczej dla nieletnich nadal wymagają kompleksowego i specjalistycznego wsparcia, a rodzina nie jest w stanie zapewnić im stosownej opieki i terapii. RPO podkreślił, że: „Z chwilą osiągnięcia pełnoletniości system traci z pola widzenia dorosłe niepełnosprawne dziecko niezależnie od faktycznej jego sytuacji, szczególnie psychofizycznej. Prawo nie przewiduje bowiem współdziałania szpitala, sądu, organów pomocy społecznej i rodziców/opiekunów na rzecz zintegrowania działań zmierzających do zapewnienia osobie potrzebującej specjalistycznego leczenia, wsparcia i terapii. Zwolnienie pełnoletniego dziecka z placówki zajmującej się dzieckiem w kryzysie psychicznym nie wiąże się ze skierowaniem do chorującego, bądź jego opiekuna/rodzica oferty kontynuacji zapoczątkowanego leczenia. Brak jest bowiem w systemie jednostki, która w sytuacji osiągnięcia przez nieletniego 18 lat i automatycznego zwolnienia z Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich,

przejęłaby leczenie w sytuacjach kryzysowych i nadzwyczajnych, potwierdzonych np. opinią medyczną o konieczności dalszego leczenia i terapii nieletniego”¹⁴.

Warty rozważenia jest zatem postulat stworzenia narzędzi prawnych i kompleksowego systemu pomocy psychiatrycznej dla młodych osób, które nadal wymagają hospitalizacji, a mimo tego są zwalniane ze szpitali psychiatrycznych ze względu na ukończenie 18 roku życia.

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

Do 30 marca 2017 r. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹⁵ (rozporządzenie już nieobowiązujące) znajdowały się załączniki zawierające wykaz (dane adresowe) szpitali dysponujących oddziałami o maksymalnym i wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich z określeniem ich pojemności oraz obszaru działania.

Wraz ze zmianą rozporządzenia w marcu 2017 r. załączniki zostały uchylone i od tej pory nie istnieje żaden oficjalny wykaz szpitali, w których można realizować środek leczniczy dla nieletnich. Oczywiście nadal jest on wykonywany w tych samych szpitalach, w których był wcześniej, przed uchyceniem załączników z wykazami. W praktyce powoduje to jednak trudności i opóźnia wykonanie środka leczniczego, co związane jest z poszukiwaniem miejsca w odpowiedniej placówce. Brak takiego wykazu oraz określenia pojemności zakładów leczniczych dla nieletnich może także utrudniać Komisji do spraw środka leczniczego analizę informacji o liczbie dostępnych miejsc w tych zakładach, co należy do jej obowiązków wynikających z art. 216 u.w.i.r.n.

Przepisy ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich oraz rozporządzenia w sprawie komisji do spraw środka leczniczego dla nieletnich nie określają ponadto, gdzie realizowany winien być środek leczniczy o podstawowym zabezpieczeniu (w przypadku wzmocnionego zabezpieczenia środek ten realizowany był w kilku oddziałach w Polsce). Art. 213 u.w.i.r.n. określa jedynie, że zakład leczniczy dysponujący warunkami podstawowego zabezpieczenia jest przeznaczony dla nieletnich, wobec których nie stwierdza się potrzeby zastosowania zabezpieczeń, o

¹⁴ Wystąpienie generalnie Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 31 stycznia 2019 r. do Ministra Zdrowia (III.502.4.2018.JA). Dostęp na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/panstwo-nie-wspiera-rodzicow-dziecka-z-niepelnosprawnoscia-w-kryzysie-psychicznym-gdy-skonczy-18-lat>.

¹⁵ Dz.U. z 2018 r., poz. 1928. Akt prawny uchylono ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich, Dz. U. poz. 1700.

których mowa w art. 214 (wzmocnione zabezpieczenie) i art. 215 (maksymalnie zabezpieczenie).

W praktyce, co potwierdzają wizytacje KMPT, funkcję podstawowego zabezpieczenia pełnią oddziały ogólnopsychiatryczne dla dzieci i młodzieży. Nie jest określone także, jakie podmioty lecznicze (lub inne) realizują środek leczniczy o podstawowym zabezpieczeniu dla nieletnich uzależnionych od alkoholu lub środków psychoaktywnych.

Doświadczenie KMPT, który od wielu lat obserwuje tę kwestię, pokazuje, że sytuacja ta przysparza wiele problemów. Brak wymienionych wprost podmiotów leczniczych, w których może być realizowany środek leczniczy o podstawowym zabezpieczeniu, powoduje, że dyrektorzy/ordynatorzy oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży funkcjonujących w psychiatrii ogólnej nie chcą przyjmować nieletnich kierowanych przez sąd na mocy przepisów ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich lub często nie wiedzą, że jest taka możliwość, i w przypadku skierowań sądowych (co i tak się rzadko zdarza) odmawiają przyjęć. To z kolei może stwarzać ryzyko, iż wobec braku jasno określonych zasad realizowania środka leczniczego o podstawowym zabezpieczeniu i odmów przyjmowania takich pacjentów do szpitali ogólnopsychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, nieletni rozpoczynają swoją internację od wzmocnionego lub maksymalnego zabezpieczenia, z czym delegacje KMPT wielokrotnie się spotykały kilka lat temu, przeprowadzając wizytacje tematyczne w oddziałach sądowych dla nieletnich oraz oddziałach psychiatrii ogólnej dla dzieci i młodzieży¹⁶.

W ocenie KMPT konieczne jest stworzenie wykazu szpitali do wykonywania podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia oraz określenie ich pojemności, co znacznie ułatwi sądom i Komisji do spraw środka leczniczego dla nieletnich pracę w zakresie wyznaczania właściwego szpitala¹⁷.

5.4. Umieszczenie nieletniego w trybie tymczasowym

¹⁶ Zob. Nieletni z niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną w miejscach izolacji. Raport KMPT. Warszawa 2020 r. (dostęp: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/nieletni-z-niepelnosprawnoscia-psychiczna-i-intelektualna-w-miejscach-izolacji-raport-kmpt>).

¹⁷ W przypadku dorosłych, wobec których stosowany jest środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym, na podstawie art. 201 § 5 Kodeksu karnego wykonawczego (Dz.U. z 2023 r., poz. 127) wydano obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2015 r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c w pkt 1-3 Kodeksu karny oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karny w zakresie działalności stacjonarnej (Dz.Urz. MZ poz. 28).

Personel wizytowanych oddziałów psychiatrycznych wielokrotnie wskazywał delegacjom KMPT na problem umieszczania w zakładach leczniczych nieletnich w trybie tymczasowym, czyli na podstawie art. 42 i art. 44 pkt 7 u.w.i.r.n.

Sąd rodzinny może stosować środek tymczasowy w celu przeciwdziałania dalszej demoralizacji nieletniego lub dopuszczeniu się przez niego czynu karalnego w toku postępowania lub w celu zapewnienia prawidłowego toku postępowania.

Sędziowie stosują również taką praktykę w przypadku, gdy toczy się postępowanie o zmianę środka wychowawczego (art. 146 u.w.i.r.n.) lub poprawczego (art. 236 u.w.i.r.n.) na leczniczy. Są to sytuacje, w których nieletni w trakcie wykonywania środka wychowawczego (pobyt w młodzieżowym ośrodku wychowawczym) lub poprawczego (pobyt w zakładzie poprawczym) wymagają bardziej oddziaływań leczniczych aniżeli wychowawczych (w praktyce najczęściej są to wychowankowie, którzy nie stosują się do regulaminów i zasad panujących w ośrodkach resocjalizacyjnych). Wówczas sąd – najczęściej na wniosek dyrektora placówki – postanawia przenieść nieletniego na czas toczącego się postępowania o zmianę środka wychowawczego/poprawczego na leczniczy z placówki do szpitala.

Aktualne przepisy dają zatem możliwość przebywania na tym samym oddziale sprawców groźnych czynów karalnych od 13 roku życia (np. kradzieże, rozboje, zabójstwa), nieletnich przejawiających demoralizację od 10 roku życia (np. wagary, ucieczki z domu, palenie papierosów) oraz takich, wobec których dopiero toczy się postępowanie mające ustalić, czy nieletni był sprawcą czynu karalnego lub czy przejawia demoralizację. Na tym etapie nie ma również pewności co do tego, czy nieletni wymaga hospitalizacji psychiatrycznej, ponieważ przed umieszczeniem w oddziale psychiatrycznym w trybie tymczasowym nie ma konieczności zasięgnięcia opinii biegłych. Dodatkowo oddziały ogólnopsychiatryczne dla dzieci i młodzieży nie chcą przyjmować dzieci skierowanych przez sąd. Z tego powodu najczęściej tacy nieletni są umieszczani bezpośrednio w reżimie wzmocnionego lub maksymalnego zabezpieczenia.

W ocenie KMPT konieczne jest stworzenie rozwiązań systemowych dotyczących sytuacji nieletnich umieszczanych w oddziałach psychiatrycznych na czas toczącego się postępowania, tak aby w pełni zabezpieczyć ich potrzeby oraz zapewnić im ochronę i bezpieczeństwo przed wszelkimi ewentualnymi formami przemocy.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Legalność pobytu

W dniu wizytacji w Ośrodku przebywało 29 pacjentów. W trybie tymczasowym (art. 42 i art. 44 pkt 7 u.w.i.r.n.) umieszczonych było 11 nieletnich, pozostali przebywali w ramach wykonywania środka leczniczego (art. 17 u.w.i.r.n.).

Większość nieletnich przebywała przed umieszczeniem w KOPSN w placówkach wychowawczych (MOW), terapeutycznych (MOS), opiekuńczych (domy dziecka, rodziny zastępcze), szpitalach psychiatrycznych (ogólnych lub w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia), a także w schroniskach dla nieletnich. Pacjenci najczęściej przejawiali demoralizację (nierealizowanie obowiązku szkolnego, nadużywanie alkoholu, środków psychoaktywnych, agresywne zachowanie wobec członków rodziny, rówieśników, nauczycieli itp.) lub dokonali czynu karalnego (np. kradzieże, czyny na tle seksualnym, zabójstwa).

Przedstawiciele KMPT przeanalizowali prawne podstawy pobytu w KOPSN 17 pacjentów (losowo wybranych). W dokumentacji każdego z nich znajdowała się aktualna opinia o stanie zdrowia nieletniego w przedmiocie umieszczenia go w warunkach maksymalnego zabezpieczenia lub przedłużenia środka leczniczego w warunkach zabezpieczenia w zależności od stanu zdrowia pacjenta (wzmocnione/maksymalne/inny podmiot leczniczy oferujący adekwatne do potrzeb nieletniego oddziaływanie) – zgodnie z art. 220 u.w.i.r.n. W ocenie przedstawicieli KMPT opinie te sporządzane są rzetelnie, w sposób szczegółowy opisują aktualny stan pacjenta, uwzględniają jego postępy lub ich brak w trakcie wykonywania środka leczniczego, zawierają opisy zmian, modyfikacji oddziaływań farmakologicznych i terapeutycznych w przypadku braku efektów w dotychczasowym leczeniu.

W związku z potrzebą uzupełnienia informacji na temat realizacji przez sądy zaleceń zawartych w opiniach niektórych pacjentów, przedstawiciele KMPT zwracają się do dyrektorki KOPSN o udzielenie następujących wyjaśnień:

1. W opinii dot. jednego z pacjentów z dnia 14 lipca 2023 r. KOPSN zawnioskował o kontynuowanie leczenia i terapii w oddziale psychiatrycznym młodzieżowym, w pobliżu miejsca zamieszkania („leczenie stacjonarne w ośrodkach dysponujących zabezpieczeniem jest nadmiarowe w obecnym stanie zdrowia pacjenta” – cytata z opinii). Wskazano także w opinii, że do czasu uzyskania stosownego postanowienia sądu oraz miejsca w ww. oddziale nieletni powinien pozostawać w KOPSN. W związku z powyższym KMPT zwraca się z prośbą do dyrektorki KOPSN o udzielenie informacji o: dacie wydania postanowienia sądu i treści decyzji w tej sprawie, a także ewentualnym czasie oczekiwania pacjenta na miejsce w wyznaczonym szpitalu (z uwagi np. na możliwe kolejki).
2. W opinii dot. kolejnego pacjenta z dnia 5 października 2022 r. KOPSN zawnioskował o zastosowanie wobec nieletniego środka leczniczego w postaci

pobytu w szpitalu psychiatrycznym bez zabezpieczeń – w Oddziale Terapii Całościowych Zaburzeń Rozwojowych Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie. Jak wskazano w opinii, do czasu stosownego postanowienia sądu oraz miejsca w ww. oddziale nieletni powinien pozostawać w KOPSN. Wskazano także, że gdyby terapia w ww. oddziale okazała się nieskuteczna, zasadne wówczas będzie umieszczenie go w zakładzie leczniczym dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu. W następnej opinii, z dnia 5 kwietnia 2023 r., KOPSN zawnioskował o konieczność pobytu w szpitalu o maksymalnym zabezpieczeniu (w związku ze znaczącą destabilizacją stanu zdrowia psychicznego pacjenta). Wobec powyższego Krajowy Mechanizm prosi o udzielenie informacji o dacie i treści postanowienia sądu w związku z zaleceniami zawartymi w opinii z dnia 5 października 2022 r. oraz odpowiedzi na następujące pytania: Czy nieletni został przeniesiony do wskazanego wówczas oddziału? Jeśli tak, to jak długo tam przebywał? KMPT zwraca się również o wskazanie daty postanowienia sądu w przedmiocie ponownego umieszczenia nieletniego w KOPSN, w związku z zaleceniami zawartymi w opinii z dnia 5 kwietnia 2023 r.

3. W opinii dot. kolejnego pacjenta z dnia 11 lipca 2023 r. zawarto informację, że w ocenie KOPSN istnieje minimalne ryzyko, iż w warunkach wolnościowych czy też podstawowego zabezpieczenia nieletni będzie powielał zachowania o charakterze przemocy, bezpośredniej agresji fizycznej do innych osób: „pacjent jest mniej niebezpieczny jeśli chodzi o zachowanie, nie stanowi w chwili obecnej bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia i życia innych i życia własnego. Pacjent nie musi bezwzględnie kontynuować stosowania środków leczniczo-wychowawczych w warunkach maksymalnego zabezpieczenia – ryzyko wystąpienia zachowań niebezpiecznych jest zredukowane”. Mimo tego, w dalszej części opinii, KOPSN wskazał, że w związku z tym, iż pacjent za 3 miesiące kończy 18 lat i z mocy prawa wygasa stosowanie u niego środka leczniczego, do tego momentu pozostanie w KOPSN. We wnioskach do sądu znalazł się natomiast fragment w brzmieniu: „W aktualnym stanie zdrowia psychicznego nieletni wymaga dalszego stosowania środków leczniczo-wychowawczych w ośrodku psychiatrii sądowej dla nieletnich dysponującym maksymalnym zabezpieczeniem – do ukończenia 18 roku życia”. W związku z powyższym KMPT zwraca się z prośbą o udzielenie informacji o dacie i treści postanowienia sądu w tej sprawie.
4. W opinii dot. kolejnego pacjenta z dnia 25 lutego 2023 r. KOPSN zawnioskował o kontynuowanie środka leczniczego w ośrodku psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu, wskazując konkretny szpital, znajdujący się w pobliżu miejsca zamieszkania nieletniego, co umożliwiłoby mu częstszy kontakt z matką. W dniu

wizytacji (lipiec 2023 r.) nieletni przebywał w KOPSN. W związku z powyższym Krajowy Mechanizm prosi o wskazanie powodu dalszego pobytu nieletniego w KOPSN oraz udzielenie odpowiedzi na pytanie, jaka była treść postanowienia sądu w przedmiocie dalszego leczenia tego pacjenta.

5. W opiniach dot. kolejnego pacjenta z dnia: 14 lipca 2022 r., 14 stycznia 2023 r. oraz 14 lipca 2023 r. KOPSN stwierdził, iż: „W aktualnym stanie zdrowia psychicznego nieletni wymaga zastosowania środka wychowawczo-leczniczego pod postacią umieszczenia w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży dysponującym wzmocnionym stopniem zabezpieczenia (...). Aktualnie nie ma wskazań do kontynuacji stosowania stacjonarnego środka wychowawczo-leczniczego w warunkach maksymalnego zabezpieczenia w KOPSN w Garwolinie. Chłopiec powinien wyłącznie oczekiwać tu na miejsce w oddziale”. Dodatkowo, postanowienie sądu z dnia 19 sierpnia 2022 r. (oraz kolejne z dnia 17 lutego 2023 r. o zasadności dalszego pobytu nieletniego w oddziale) stanowi o umieszczeniu nieletniego w oddziale psychiatrycznym o wzmocnionym zabezpieczeniu. W związku z powyższym KMPT zwraca się z prośbą o udzielenie informacji, z jakiego powodu nieletni w dalszym ciągu przebywał w KOPSN.
6. W opinii z dnia 11 lipca 2023 r. dot. chłopca, który od 11 stycznia 2022 r. przebywa w KOPSN, a do Ośrodka trafił jako 11-latek, KOPSN zawniósł o kontynuację wykonywania środka leczniczego w oddziale psychiatrycznym dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu: „Aktualnie nie ma wskazań do kontynuacji leczenia szpitalnego w warunkach maksymalnego zabezpieczenia – przede wszystkim pacjent nie popełnił poważnych czynów karalnych, nie jest ciężko chory psychicznie, cierpi jedynie na patologię organiczną CUN powikłaną zaburzonymi zachowaniami”. W związku z powyższym Krajowy Mechanizm prosi o udzielenie informacji, czy nieletni został przeniesiony do oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu, a jeśli tak, jaki był czas oczekiwania na miejsce w ww. oddziale.
7. W opiniach z dnia: 14 stycznia 2022 r., 17 lipca 2022 r. oraz 17 lipca 2023 r. dot. pacjenta przebywającego w KOPSN od 17 lipca 2019 r. KOPSN wniosł o dalsze stosowanie środka leczniczego w oddziale psychiatrii sądowej dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu. Dodatkowo postanowienie sądu z dnia 5 września 2022 r. wskazuje, że nieletni powinien być umieszczony na oddziale psychiatrii sądowej dla młodzieży o podstawowym zabezpieczeniu. Tymczasem pacjent w dalszym ciągu przebywał w KOPSN. W związku z powyższym Krajowy Mechanizm zwraca się z prośbą o wyjaśnienie tej sytuacji oraz o udzielenie informacji, czy pomiędzy styczniem 2021 r. a styczniem 2022 r. oraz lipcem 2022 r. a lipcem 2023

r. były sporządzone opinie dot. nieletniego (w udostępnionych materiałach była luka w tym zakresie).

8. Z dokumentacji otrzymanej w czasie wizytacji dot. jednej z pacjentek wynika, że w postanowieniu Sądu Rejonowego w Garwolinie z dnia 3 stycznia 2023 r. sąd polecił umieszczenie nieletniej w zakładzie leczniczym w warunkach podstawowego zabezpieczenia w miejsce stosowanego dotychczas KOPSN. W związku z powyższym KMPT prosi o wyjaśnienie, dlaczego nieletnia nadal przebywała w KOPSN; czy było kolejne postanowienie sądu zmieniające to z dnia 3 stycznia 2023 r., czy być może zaszły inne okoliczności, w wyniku których pacjentka nie została przeniesiona na podstawowe zabezpieczenie.
9. W opiniach dot. jednego z pacjentów z dnia: 13 lutego oraz 17 lipca 2023 r. KOPSN uznał, że ustały przesłanki do realizacji środka leczniczego w warunkach maksymalnego zabezpieczenia i wnioskował o zmianę na zakład leczniczy o wzmocnionym zabezpieczeniu. W związku z powyższym Krajowy Mechanizm prosi o udzielenie informacji, jaka była decyzja sądu w przedmiocie dalszego leczenia, czy podzielił opinię ekspertów KOPSN, czy nieletni nadal przebywa w Ośrodku.

Uzupełnienie powyższych informacji jest niezbędne w celu dokonania pełnej oceny legalności pobytu pacjentów w Ośrodku.

6.2. Przymus bezpośredni

W trakcie wizytacji delegacja KMPT ustaliła, że w Ośrodku, oprócz środków przymusu bezpośredniego wymienionych w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹⁸ (dalej: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego), stosuje się szarfę oraz kask ochronny wykonany z miękkiego tworzywa. Użycie szarfy oraz kasku jest odnotowywane w Ośrodku w zbiorczym rejestrze przymusu bezpośredniego oraz w indywidualnych kartach zastosowania przymusu bezpośredniego.

Zgodnie z opracowanymi w KOPSN Zasadami postępowania personelu podczas wykonywania głównych zadań w oddziale, unieruchomienie powinno być dokonywane za pomocą pasów magnetycznych lub innych mających wyściełanie, chroniące przed otarciami na nadgarstkach i kostkach, w pozycji z kończynami górnymi przypiętymi wzdłuż tułowia. Unieruchomienie za pomocą pasów bezpieczeństwa stosowane jest na zasadach intensywnej opieki medycznej. Do osoby przebywającej w unieruchomieniu nie powinni mieć dostępu inni pacjenci.

¹⁸ Dz.U. z 2022 r., poz. 2123.

W Ośrodku prowadzony jest Rejestr przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego. W poszczególnych miesiącach 2022 r. i 2023 r. (do dnia wizytacji) liczba przypadków stosowania przymusu bezpośredniego wyglądała następująco:

Przymus bezpośredni – liczba przypadków		
Miesiąc	2022 r.	2023 r.
Styczeń	55	53
Luty	49	49
Marzec	49	35
Kwiecień	43	29
Maj	44	20
Czerwiec	52	21
Lipiec	51	21
Sierpień	54	
Wrzesień	43	
Październik	37	
Listopad	27	
Grudzień	29	
łącznie	533	228

W 2022 r. najczęstszą formą przymusu było: przytrzymanie (stosowane praktycznie w większości sytuacji, co również jest odnotowane w Rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego), czterokończynowe unieruchomienie pasami – 234 razy (nieprzekraczające 4 godzin) oraz przymusowe podanie leków – 206. Ponadto szarfę zastosowano w 24 przypadkach, kaftan bezpieczeństwa – 21 razy, salę obserwacji – 16, kask ochronny – 3, pas transportowy – 2 razy.

W wielu przypadkach stosowano więcej niż jeden środek przymusu. Najczęściej współwystępowały ze sobą przymusowe podanie leku i czterokończynowe unieruchomienie pasami, w 24 przypadkach przy czterokończynowym unieruchomieniu użyto dodatkowo szarfy. W 3 przypadkach nastąpiło jednoczesne zastosowanie czterokończynowego unieruchomienia pasami, kasku ochronnego i szarfy.

Ponadto w Rejestrze pojawia się kilka nazwisk pacjentów, wobec których przymus bezpośredni stosowany jest z większą częstotliwością w porównaniu do innych. Wobec jednego z pacjentów w 2022 r. użyto aż 170 razy przymusu bezpośredniego. Bywały sytuacje, że w ciągu jednego dnia dwukrotnie był przypinany do łóżka pasami (czas unieruchomienia trwał od 1 do 4 godzin). Wobec dwóch innych pacjentów zastosowano przymus 51 razy.

W 2023 r. sytuacja wyglądała podobnie. Najczęstszą formą przymusu było przytrzymanie (podobnie jak w poprzednim roku, było ono stosowane w większości przypadków), ponadto: czterokończynowe unieruchomienie pasami – 112 razy (nieprzekraczające 4 godzin), przymusowe podanie leków – 95, sala obserwacji – 17, szarfa – 7, kaftan bezpieczeństwa – 7, pas transportowy – 2, kask ochronny – 1 raz.

Od stycznia 2023 r. do połowy lipca 2023 r. w Rejestrze pojawiają się pacjenci, wobec których przymus jest stosowany dosyć często. Wobec jednego pacjenta w tym okresie stosowano 44 razy różne formy przymusu (jest to ten sam pacjent, wobec którego w 2022 r. użyto aż 170 razy przymusu bezpośredniego). W przypadku trzech kolejnych pacjentów przymusu użyto odpowiednio: 38, 23, 22 razy.

Rejestr przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego prowadzony jest w prawidłowy sposób, choć zdarzają się pojedyncze omyłkowe wpisy, które wynikają prawdopodobnie ze zwykłego przeoczenia, np. Rejestr z marca 2023 r., wiersz nr 10, wobec pacjenta zastosowano przytrzymanie i przymusowe podanie leków, przy długości trwania przymusu wpisano 2 godz. i 45 min., co wydaje się być zbyt długim czasem wobec tych właśnie form przymusu. Inne przykłady: Rejestr z marca 2023 r., wiersz nr 13, wobec pacjenta zastosowano przytrzymanie, przymusowe podanie leków oraz czterokończynowe zabezpieczenie pasami, w tym przypadku przy długości trwania przymusu wpisano 5 min., choć z poprzedzającego zapisu wynika, że trwało ono 2 godz.; Rejestr z lutego 2023 r., wiersz nr 23, wobec pacjenta zastosowano przymusowe podanie leków oraz czterokończynowe zabezpieczenie pasami, w tym przypadku przy długości trwania przymusu wpisano 3 min., choć z poprzedzającego zapisu wynika, że trwało ono 4 godz.

Przedstawiciele KMPT przeanalizowali dokumentację nieletniej, wobec której od czerwca 2023 r. do połowy lipca 2023 r. użyto 23 razy przymusu bezpośredniego, z czego 17 razy czterokończynowe unieruchomienie w pasach (trzykrotnie przy użyciu szarfy) oraz 10 razy przymusowo podano jej lek uspokajający. Jest to 16-letnia pacjentka, przyjęta do Ośrodka pod koniec maja 2023 r. W ocenie personelu nieletnia jest wyjątkowo wymagającą pacjentką, wobec której – oprócz przymusu bezpośredniego – stosowane są różne konsekwencje, tj. izolacja od grupy, zawieszenie w zajęciach terapeutycznych. Z dokumentacji tej nieletniej wynika, że nie stosuje się ona do zasad, „produkuje zachowania niepożądane w celu uzyskania uwagi, opieki. Przy czym, każdy rodzaj uwagi jest niewystarczający. Uderza rękoma o ścianę i ciągle domaga się rozmów z dorosłymi z Ośrodka. Kiedy pacjentka prosi o rozmowę z pracownikiem w sytuacji zwiększonej frustracji lub nasilenia innych emocji, specjaliści celowo nie przychodzą, żeby „nie nagradzać jej za niewłaściwe zachowanie”.

W procesie postępowania z pacjentką w ciągu ostatnich kilku tygodni poprzedzających wizytację dominowały oddziaływania takie jak: przymus bezpośredni, konsekwencje (odizolowanie od grupy, spożywanie posiłków w odosobnieniu od innych, zakaz udziału w zajęciach sportowych na określony czas) oraz ignorowanie jej próśb dotyczących rozmowy z pracownikami Ośrodka. Delegacja KMPT próbowała ustalić, czy ww. oddziaływania wpłynęły na poprawę zachowania nieletniej. Analiza dokumentacji oraz rozmowy z personelem wykazały, że zachowanie pacjentki nie polepszyło się, a zachowania destrukcyjne pogłębiały się. Pacjentka w dalszym ciągu wykazywała autoagresję, agresję wobec osób (kopnęła terapeutkę) i przedmiotów, nie stosowała się do zasad.

W związku z powyższym przedstawiciele KMPT zwracają się do dyrektorki KOPSN z prośbą o wskazania dalszego planu leczenia i oddziaływania wobec pacjentki, uwzględniającego ewentualną modyfikację oddziaływań w kierunku takich, które mogły doprowadzić do pozytywnej zmiany zachowania.

Delegacja KMPT zapoznała się także z nagraniami z monitoringu oraz dokumentacją ze stosowania przymusu bezpośredniego (15 nagrań wraz z Kartami zastosowania przymusu bezpośredniego oraz Ocenami stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej przeprowadzanymi w ramach kontroli).

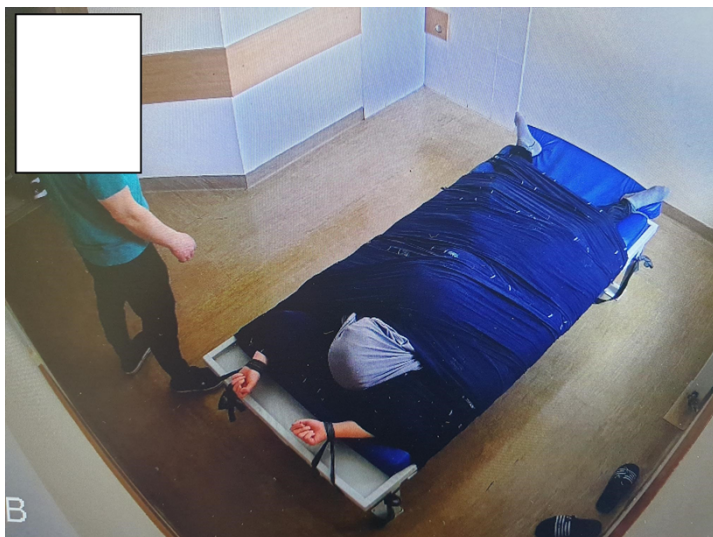
Analiza wskazanego wyżej materiału pozwala sądzić, że mimo znacznie krótszych okresów unieruchamiania pacjentów w porównaniu do przypadków opisanych w ramach poprzedniej wizytacji, w Ośrodku nadal stosowane są praktyki, które w ocenie KMPT mogą prowadzić do poniżającego lub niehumanitarnego traktowania. Są to:

- 1) Czterokończynowe unieruchamianie pasami, polegające na przywiązaniu do każdego rogu łóżka nóg oraz dwóch rąk nad głową lub jednej ręki nad głową, a drugiej wzdłuż tułowia (np. unieruchomienie z dnia 23 czerwca 2023 r. godz. 14.35, pacjentka ma przywiązane ręce ponad głową przez 3 godz. i 20 min.; unieruchomienie z dnia 22 kwietnia 2023 r., godz. 14.45, pacjent leży przywiązany pasami z rękoma nad głową przez 2 godz. i 45 min.; unieruchomienie z dnia 3 marca 2023 r., godz. 14.10, pacjent, mając jedną rękę przywiązaną nad głową, a drugą wzdłuż tułowia, leżał przywiązany w ten sposób przez 4 godziny, bez chwilowego uwolnienia).



Przymus bezpośredni, ręce przywiązane nad głową

- 2) Przykrywanie głowy koszulką (np. unieruchomienie z dnia 14 lipca 2023 r. godz. 19.35, trwające 1 godzinę i 29 min., pacjentka lat 17, w trakcie zakładania pasów szarpała się i prawdopodobnie pluła, sanitariusz naciągał jej na twarz koszulkę, którą miała na sobie, ściągnął ją po 2-3 min., gdy już była zapięta w pasy i przestała się szarpać; unieruchomienie z dnia 22 kwietnia 2023 r., godz. 14.45, pacjent lat 14, podczas unieruchamiania szarpał się i pluł na sanitariuszy, pielęgniarka zaciągnęła mu na głowę koszulkę, którą miał na sobie; twarz została odkryta po 5 min, po tym jak zakończono zakładanie pasów).



Pacjent, lat 14, przymus bezpośredni w postaci czterokończynowego unieruchomienia oraz szarfy, głowa zakryta koszulką, pasy cienkie, bez fragmentów ochronnych na nadgarstki i kostki

- 3) Stosowanie podczas unieruchomienia szarfy, która ogranicza ruchy (tułów unieruchomionego za pomocą pasów pacjenta jest dodatkowo przewiązywany szarfą). Praktyka używania szarfy została zakwestionowana przez delegację KMPT

podczas wcześniejszej wizytacji Ośrodka w 2019 r., jako dodatkowa uciążliwość dla pacjenta. Jej stosowanie polega na tym, że najpierw unieruchamia się pacjenta na łóżku za pomocą czterokończynowego pasa, a następnie owija się go (razem z łóżkiem) tzw. szarfą (pasmem z tkaniny półelastycznej o szerokości około 60 cm i długości kilku metrów). Taki „kokon” zakrywa prawie całe ciało. Jedynymi widocznymi częściami ciała pacjenta są stopy i głowa (pod „opaską” zakryte były nawet dłonie w sytuacji przywiązania ich wzdłuż tułowia). Metoda ta została zakwalifikowana przez delegację KMPT jako zła praktyka, wywołująca nieuzasadniony ból spowodowany niemalże całkowitym bezruchem. Z dokumentacji wynika, że w 2022 r. szarfa była stosowana 24 razy, zaś w 2023 r. – 7 razy. Analiza monitoringu wykazała, że długość przebywania pacjentów w szarfi wynosiła: pacjent 1 leżał owinięty szarfą przez 38 min., pacjent 2 – 50 min., pacjent 3 – 50 min., pacjent 4 – 1 godz. i 35 min., pacjent 5 – 2 godz. 45 min., pacjent 6 – 38 min.

- 4) Klęczenie na pacjencie kolanami. Podczas unieruchomienia z dnia 22 kwietnia 2023 r., godz. 14.45 (pacjent lat 14), uczestniczą sanitariusze i pielęgniarka. Jeden sanitariusz trzyma nieletniego za kostki, drugi wiąże jego ręce nad głową, pielęgniarka zakrywa mu twarz koszulką, a trzeci sanitariusz jednym kolaniem klęczy na łokciu pacjenta, drugim zaś na łóżku, przy biodrze pacjenta.



- 5) Załatwianie potrzeby fizjologicznej w trakcie zapięcia w pasy. Na nagraniu monitoringu z unieruchomienia z dnia 6 lipca 2023 r., godz. 17.50–21.05, widać, że po 1 godz. i 30 min. sanitariusz odpina pacjentowi jedną rękę, ściąga mu bieliznę, a następnie podaje męską kaczkę sanitarną, do której pacjent oddaje mocz. Nogi

i lewą rękę pacjent ma cały czas przywiązana. Pacjent nie został uwolniony z unieruchomienia na czas skorzystania z toalety, mimo że nie wykazywał agresji, leżał spokojnie na łóżku.

- 6) Stosowanie nieodpowiednich pasów, powodujących otarcia podczas ruchu, bez fragmentów ochronnych na nadgarstki i kostki. Podczas wizytacji delegacji KMPT okazano nowe pasy, których wewnętrzna część obejm pokryta była filcem, co zapewnia ochronę skóry osoby unieruchomionej przed otarciami. Natomiast analiza nagrań z monitoringu pokazała, że wobec jednego z pacjentów zastosowano podczas unieruchamiania zwykłe, materiałowe paski, niewyściełane filcem, którymi przewiązano ręce i nogi do łóżka (unieruchomienie z dnia 22 kwietnia 2023 r., godz. 14.45–17.30).
- 7) Niezapewnienie prywatności pacjentce podczas wykonywania zastrzyku. Przed zastosowaniem unieruchomienia z dnia 14 lipca 2023 r., które odbywało się w godz. 19.35–21.34, pacjentka, leżąc na brzuchu na łóżku z pasami, była przytrzymywana przez 4 sanitariuszy, mimo że na łóżko położyła się samodzielnie i nie szarpała się. Pielęgniarka zdjęła jej dolną bieliznę w obecności sanitariuszy i wykonała zastrzyk w pośladek.
- 8) Ponadto przedstawiciele KMPT zwracają się do dyrektorki KOPSN o wyjaśnienie sytuacji, która miała miejsce podczas unieruchomienia z dnia 23 czerwca 2023 r. Do leżącej i związanej w pasy pacjentki podeszła kobieta (ok. godz. 20.18) i przykładła do jej twarzy gazę opatrunkową (lub kawałek białego materiału). Pacjentka szarpała się podczas tej czynności. W karcie z zastosowania przymusu bezpośredniego wymieniono, że wobec pacjentki stosowano przytrzymanie, unieruchomienie pasami i szarfę. W związku z tym KMPT prosi o przesłanie informacji na temat tego, w jakim celu przykładano pacjentce gazę do twarzy, czy była to forma podania leku, jeśli tak, to dlaczego nie zostało to odnotowane w Karcie z zastosowania przymusu bezpośredniego jako przymusowe podanie leku (pacjentka ewidentnie nie chciała go przyjąć, wrywała się podczas tej czynności, odkręcała głowę).
- 9) W dniu 30 czerwca 2023 r. wobec pacjentki zastosowano pasy transportowe w związku z przewozem na konsultację stomatologiczną. Jako uzasadnienie w dokumentacji wpisano „ryzyko zachowań agresywnych podczas transportu do stomatologa”. W Rejestrze ze stosowania przymusu bezpośredniego czas trwania stosowania tego środka wpisano 45 min. Przedstawiciele KMPT zwracają się do dyrektorki KOPSN z prośbą o informację, czy zapięcie pacjentki w pasy transportowe miało miejsce tylko na czas transportu, czy także podczas leczenia stomatologicznego.

KMPT ponownie przypomina o standardach i zwraca szczególną uwagę na stosowanie środków przymusu bezpośredniego z powodu ich inwazyjnego charakteru oraz potencjalnej możliwości nadużycia i złego traktowania.

Podkomitet ds. zapobiegania torturom i innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (dalej: Podkomitet ONZ ds. zapobiegania torturom lub SPT) w raporcie z wizyty w Polsce w 2018 r. zalecił, aby państwo strona dokonała przeglądu mechanicznych i chemicznych środków przymusu w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie¹⁹.

Z kolei Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom (dalej: Europejski Komitet ds. zapobiegania torturom lub CPT) opracował zbiór zasad, dzięki którym przymus bezpośredni można uczynić mniej dolegliwym dla pacjenta. Niektóre z nich opisane zostały w poprzednim raporcie KMPT z wizytacji Ośrodka w 2019 r.²⁰

Warto choćby przypomnieć kilka najbardziej podstawowych zasad:

- Stosowanie przymusu wobec pacjentów powinno być traktowane, jako środek ostateczny (*ultimo ratio*), aby zapobiec nieuchronnej szkodzie dla nich samych lub innych osób, a przymus należy zawsze stosować przez możliwie najkrótszy czas. Po ustaniu sytuacji awaryjnej powodującej zastosowanie przymusu wobec pacjenta należy natychmiast zaprzestać jego stosowania;
- Środki przymusu powinny zawsze być stosowane umiejętnie i ostrożnie, w celu zminimalizowania ryzyka urazu lub spowodowania bólu u pacjenta i dla zachowania w jak największym stopniu jego/jej godności. Personel powinien być odpowiednio przeszkolony, zanim weźmie udział w praktycznym stosowaniu środków przymusu;
- W przypadku fizycznego (ręcznego) środka przymusu personel powinien być specjalnie przeszkolony w zakresie technik przytrzymania, które minimalizują ryzyko obrażeń;
- Dla celów mechanicznego środka przymusu należy stosować wyłącznie urządzenia zaprojektowane w celu zminimalizowania ryzyka urazu i/lub bólu u pacjenta (najlepiej wyściełane pasy z materiału);
- Pacjenci poddawani środkom przymusu powinni być zawsze ustawieni twarzą do góry z ramionami skierowanymi w dół. Pasy nie mogą być zbyt ciasne i powinny być stosowane w sposób, który pozwala na maksymalny bezpieczny ruch ramion i nóg. Funkcje życiowe pacjenta, takie jak oddychanie i zdolność komunikowania się, nie mogą być utrudniane. Pacjenci poddani środkom

¹⁹ Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, p. 130 i 131.

²⁰ Raport KMPT z wizytacji Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie w 2019 r., KMP.574.5.2019.JJ, s. 17-18.

przymusu powinni być odpowiednio ubrani i, w miarę możliwości, móc samodzielnie jeść i pić oraz zaspokajać swoje potrzeby fizjologiczne w miejscu do tego przeznaczonym;

- Czas stosowania środków przymusu mechanicznego i izolacji powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny) i zawsze powinien zostać zakończony, gdy ustaną przyczyny leżące u podstaw ich zastosowania²¹.

Warto w tym miejscu także wspomnieć o opublikowanym w sierpniu 2023 r. studium tematycznym Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur i innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, w którym przedstawia m.in. wstępną listę środków przymusu bezpośredniego, które określił jako z natury okrutne, nieludzkie lub poniżające i które jako takie uważane są za zabronione²². W publikacji mowa jest m.in. o tym, że zakrywanie twarzy u osoby pozbawionej wolności może prowadzić do dezorientacji, stresu, ostrego cierpienia, lęku, pobudzenia lub niepokoju, drażliwości. U osób cierpiących na klaustrofobię może wywołać inne niepożądane reakcje, w tym panikę²³. W przypadku zapobiegania opluciom lub przenoszeniu chorób zakaźnych Specjalny Sprawozdawca uważa, że to funkcjonariusze publiczni powinni zostać wyposażeni w sprzęt ochronny zapobiegający przeniesieniu krwi lub śliny, co stanowi właściwą reakcję w zakresie praw człowieka²⁴. Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur przywołuje ponadto wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, w którym stwierdzono, że zawiązanie oczu więźniowi powoduje dezorientację i oznacza, że dana osoba nie może zidentyfikować osób, które źle ją traktowały, co jest sprzeczne z podstawowymi zasadami sprawiedliwości społecznej²⁵.

Mając na uwadze powyższe, KMPT zaleca stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie z przytoczonymi w tym rozdziale standardami, w szczególności: zaprzestanie praktyki przywiązywania rąk nad głową oraz zakrywania twarzy koszulką, używanie odpowiednich pasów podczas unieruchamiania, uwalnianie pacjenta na czas skorzystania z toalety lub spożycia posiłku, zapewnianie prywatności

²¹ Więcej na ten temat w: Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), CPT/Inf (2017) 6. Dostęp na stronie: <https://rm.coe.int/1680953499>.

²² Zob. Załącznik 1 do: Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/78/324, 24 sierpnia 2023 r. Dostęp na stronie: <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/a78324-thematic-study-global-trade-weapons-equipment-and-devices-used>.

²³ Tamże, s. 6.

²⁴ Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/78/324, 24 sierpień 2023 r., p. 49. Dostęp na stronie: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N23/249/47/PDF/N2324947.pdf?OpenElement>.

²⁵ Wyrok ETPC z dnia 18 grudnia 1996 r. w sprawie Aksoy przeciwko Turcji, skarga nr 21987/93.

pacjentom podczas stosowania przymusu, stosowanie odpowiednich chwytów, wykluczających klękanie na ciele pacjenta.

6.3. Traktowanie

W dniu 2 listopada 2021 r. miało miejsce zdarzenie polegające na zadaniu ciosu w głowę pacjentowi przez sanitariusza pełniącego dyżur nocny. W dniu 3 listopada 2021 r. podczas obchodu lekarskiego pacjent zgłosił dyrektorce KOPSN, że został uderzony. Następnie został zbadany przez lekarza, ponieważ zgłaszał ból prawej strony twarzy w obrębie policzka. Zlecono wykonanie RTG czaszki oraz konsultację chirurgiczną. Przewieziono chłopca na SOR Szpitala Powiatowego w Garwolinie, gdzie zostało wykonane RTG czaszki. Badanie odbyło się 4 listopada 2021 r. Rozpoznano powierzchowny uraz głowy. Podczas konsultacji chirurgicznej zlecono wykonanie rezonansu magnetycznego oraz tomografu. W dniu 5 listopada 2021 r. pacjent był ponownie badany, gdzie stwierdzono niewielki obrzęk w okolicach oczodołu prawego. Materiał zabezpieczony przez dyrektorkę KOPSN z monitoringu wskazuje, że wspomnianego dnia, ok. godz. 22.00, sanitariusz zadał pacjentowi cios w głowę. Uderzenie było na tyle silne, że poszkodowany upadł na podłogę.

Sanitariusz nie udzielił pomocy poszkodowanemu, nie zgłosił zaistniałej sytuacji pielęgniarce obserwacyjnej, co samo w sobie stanowi ciężkie naruszenie obowiązków pracowniczych i naraża pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia. Świadkiem zdarzenia był drugi sanitariusz, który również nie powiadomił pielęgniarki i nie udzielił pomocy poszkodowanemu. Zostało w tej sprawie złożone zawiadomienie do Prokuratury Rejonowej w Garwolinie o możliwości popełnienia przestępstwa przez personel Ośrodka. Obydwaj pracownicy zostali zwolnieni z pracy.

W ocenie KMPT, dyrektorka KOPSN właściwie zareagowała na informacje o pobiciu, natychmiastowo zapewniono pacjentowi opiekę lekarską, zawiadomiono organy ścigania, pracowników podejrzanych o dopuszczenie się opisanych czynów odsunięto od pracy.

Przedstawiciele KMPT nie odebrali sygnałów o biciu czy innych brutalnych metodach traktowania przez pracowników. Pojedyncze sygnały dotyczyły wypytywania pacjentów przez sanitariuszy o czyn, który popełnili, a także o ich orientację seksualną („No kogo bardziej wolisz? Dziewczyny czy chłopaków?”). Pacjenci podkreślali, że personel jest cierpliwy wobec nich, choć zdarzają się sanitariusze, którzy czasami krzyczą. Wobec powyższego KMPT zaleca systematyczne przypominanie pracownikom o zasadzie właściwego traktowania pacjentów.

W Ośrodku przeprowadzane są: kontrole pobieżne (np. po powrocie z boiska), kontrole pomieszczeń (odnotowywane w osobnym rejestrze) oraz kontrole osobiste (każdorazowo przy przyjęciu oraz w uzasadnionych przypadkach).

Zgodnie z procedurą „Przyjęcie do placówki – instrukcja przyjęcia i wypisu pacjenta oraz sposób wykonania przeszukania osobistego”, kontrolę osobistą wykonuje osoba z personelu tej samej płci co pacjent. Odbywa się ona w wydzielonym pomieszczeniu, bez udziału osób postronnych. Pacjent zostaje poinformowany o potrzebie dokonania przeszukania oraz o sposobie jego realizacji. Zdejmowanie garderoby następuje dwuetapowo. Przeszukanie dokonywane jest w sposób jak najmniej uciążliwy dla pacjenta.

Informacja na temat dokonania kontroli osobistej zapisywana jest w raportach pielęgniarskich. Delegacja KMPT otrzymała informację, że z czynności tej nie sporządza się protokołu. Należy w tym miejscu wspomnieć, że zgodnie z art. 119 u.w.i.r.n. przeprowadzenie kontroli osobistej dokumentuje się w protokole, a następnie protokół ten przekazuje się niezwłocznie dyrektorowi ośrodka, zakładu lub schroniska albo kierownikowi zakładu leczniczego. Kopię protokołu niezwłocznie doręcza się nieletniemu. Na przeprowadzenie kontroli osobistej nieletniemu przysługuje zażalenie do sądu rodzinnego, w okręgu którego znajduje się ośrodek, zakład lub schronisko. W zażaleniu nieletni może domagać się zbadania zasadności, legalności oraz prawidłowości przeprowadzenia kontroli osobistej. Niezwłocznie po przeprowadzeniu kontroli osobistej nieletniego poucza się o prawie, terminie i sposobie złożenia zażalenia. W przypadku stwierdzenia bezzasadności, nielegalności lub nieprawidłowości przeprowadzenia kontroli osobistej sąd rodzinny zawiadamia o tym prokuratora oraz organ prowadzący młodzieżowy ośrodek wychowawczy, dyrektora okręgowego ośrodka wychowawczego, zakładu poprawczego lub schroniska dla nieletnich, albo kierownika zakładu leczniczego (ust. 9-11).

W związku z powyższym KMPT zaleca uzupełnienie odpowiednich procedur oraz wdrożenie praktyki sporządzania protokołów z przeprowadzenia kontroli osobistej stosownie do wymogów określonych w art. 119 u.w.i.r.n.

W trakcie oglądu przedstawiciele KMPT zauważyli, że niektórzy pacjenci są ubrani w odzież ośrodkową (podkoszulki z napisem „KOPSN” oraz spodnie dresowe). Z dokumentacji prowadzonej w KOPSN wynika, że pacjent przyjęty do Ośrodka podczas okresu adaptacyjnego korzysta wyłącznie z ubrań ośrodkowych. Również po zakończeniu okresu adaptacyjnego może być pozbawiony własnej odzieży w przypadku złamania zasad. Tymczasem art. 226 u.w.i.r.n. wskazuje, że nieletni umieszczony w zakładzie leczniczym korzysta z własnej odzieży, bielizny i obuwia. Prawo to może być czasowo ograniczone, jeżeli odzież, bielizna i obuwie nie nadają się

do użytku lub ich używanie jest niedopuszczalne ze względów higienicznych albo ze względów bezpieczeństwa. W takim przypadku nieletniego wyposaża się w przedmioty w niezbędnym zakresie.

Warto wspomnieć, że Europejski Komitet ds. zapobiegania torturom również zaleca, aby nieletni sprawcy mieli możliwość noszenia swoich własnych ubrań, gdy jest to stosowne. Tym, którzy nie mają własnych, odpowiednich ubrań, placówka powinna zapewnić odzież niebędącą uniformem²⁶.

KMPT zaleca, aby pacjenci Ośrodka korzystali z własnej odzieży, bielizny i obuwia. Odstąpienie od tej zasady możliwe jest jedynie w sytuacjach wymienionych w art. 226 u.w.i.r.n.

6.4. Oddziaływania stosowane wobec pacjentów

W Ośrodku stosowany jest wobec pacjentów system warunkowania, który odbywa się w ramach prowadzonej terapii behawioralnej. System ten pozwala nieletnim na uzyskanie przywilejów/wzmocnień w zamian za pozytywne zachowywanie się lub poniesienie konsekwencji za zachowanie problematyczne.

Analiza dokumentu pn. Zasady w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie pozwala na zapoznanie się z opisem tego, jakie przywileje przyznawane są nieletnim za przestrzeganie poszczególnych zasad i jakie konsekwencje ponoszone są przez nieletnich za ich złamanie. Według tego dokumentu przywilejami są:

- uczestniczenie we wszystkich planowych zajęciach z grupą, udział w zajęciach według planu, udział w zespołowych grach sportowych (przywileje takie można otrzymać w przypadku przestrzegania zasady kulturalnego mówienia oraz zasady zachowań agresywnych, czyli za nieagresywne postępowanie);
- możliwość korzystania ze sprzętów ośrodkowych (np. piłki, telewizora – w sytuacji przestrzegania zasady nieniszczenia przedmiotów i niedokonywania zachowań autoagresywnych);
- spędzanie czasu razem z drugą osobą (do której odczuwa się sympatię) na zajęciach zgodnie z obowiązującymi zasadami przyjętymi w Ośrodku (w Ośrodku obowiązuje zakaz związków fizycznych, a zatem zachowania takie jak trzymanie się za ręce, przytulanie, całowanie, przekraczanie granic seksualnych itp. są niedozwolone);
- korzystanie z czasu wolnego w określonych godzinach (w przypadku przestrzegania zasady dotyczącej wykonywania poleceń personelu).

²⁶ Zob. Nieletni pozbawieni wolności na podstawie prawa karnego, Wyciąg z 24. Raportu Ogólnego CPT, opublikowanego w 2015 r., CPT/Inf (2015) 1, p. 106. Dostęp na stronie: <https://rm.coe.int/1680953498>.

Dodatkowo delegacja KMPT otrzymała szczegółową tabelkę, w której wymienione są rodzaje wzmocnień, liczba plusów, którą należy zebrać, aby poszczególne wzmocnienie otrzymać, oraz przedział czasu, na jaki dane wzmocnienie przysługuje. Z dokumentu wynika, że wzmocnieniami są m.in. zeszyt A4 (za 12 pkt), farbowanie włosów (12 pkt), zajęcia kulinarne, np. zrobienie pizzy, rogalików (10 pkt), herbata indywidualna z pracownikiem (8 pkt), drobne zabiegi kosmetyczne, tj. regulacja brwi, prostowanie włosów (6 pkt), wydruk kolorowego zdjęcia (6 pkt), wspólny spacer z wybraną osobą (6 pkt), owoce, warzywa (5-1 pkt), gumka do włosów (3-1 pkt), koperta (2 pkt), 5 sztuk białych kartek (1 pkt).

Z kolei jako konsekwencje stosuje się:

- wykluczenie z wszelkich aktywności z grupą („poza grupą”) na okres 2 godzin zegarowych (w przypadku złamania zasady dotyczącej zachowań agresywnych). Konsekwencja wykluczenia z aktywności z grupą opisana została w następujący sposób: pacjent spędza ten czas w pokoju lub sali obserwacyjnej (jeżeli jest pobudzony), nie bierze udziału w żadnych zajęciach (lekcjach, zajęciach ośrodkowych), nie planuje czasu wolnego, pacjent nie uczestniczy w spacerze z grupą, spożywa posiłek przy oddzielnym stole lub w pokoju (jeżeli konsekwencja obejmuje czas posiłku). Jeżeli okoliczności na to pozwalają, pacjent może uczestniczyć w indywidualnym spotkaniu z psychologiem (do decyzji psychologa). Konsekwencja 2-godzinnego wykluczenia z aktywności z grupą wlicza się w czas unieruchomienia mechanicznego pacjenta (jeżeli w wyniku przejawianej przez niego agresji zachodzi taka potrzeba) lub jego przebywania w sali obserwacyjnej do zakończenia trwania przedziału zajęć;
- utratę możliwości korzystania ze sprzętów ośrodkowych na okres 2 przedziałów w grafiku (za złamanie zasady dotyczącej niszczenia przedmiotów i zachowań autoagresywnych). Utrata dostępu do sprzętów przewiduje, że pacjent przez 2 przedziały w grafiku na wszystkich zajęciach w tym czasie nie może: oglądać TV, słuchać muzyki, korzystać z artykułów piśmienniczych, korzystać z gier planszowych, korzystać ze sprzętów sportowych (piłki, rakiетки, sprzętu aerobowego itp.), korzystać z narzędzi w pracowni TZ, podczas lekcji pisze ołówkiem. W czasie trwania konsekwencji pacjent ma możliwość uczestniczenia w zajęciach według grafiku, jednak z ograniczeniem dostępu do wcześniej wymienionych sprzętów (może w tym czasie robić np. trójkąty z papieru, rwać gazety, robić pajacyki, przysiady, brzuszki). Jeżeli w czasie odbywania konsekwencji pacjent ponownie będzie niszczył rzeczy lub krzywdził siebie, doliczane są kolejne 2 przedziały zajęć, licząc od momentu zakończenia poprzedniej konsekwencji. Zaznaczono w dokumentach placówki, że w stosowaniu tej

zasady nie uwzględnia się zachowań autoagresywnych polegających na samookaleczeniu będącym objawem choroby (np. autoagresji w przebiegu depresji);

- rozdzielenie na określony czas na zajęciach z osobą, do której odczuwa się sympatię, lub przeniesienie na inny oddział (w przypadku złamania zasady dotyczącej przekraczania granic seksualnych);
- otrzymanie żółtej kartki, która odbiera przywilej w postaci 5 minut z czasu wolnego (w przypadku nieprzestrzegania zasady dotyczącej wykonywania poleceń personelu). Kolejne niewykonanie polecenia to kolejne odebranie czasu wolnego o kolejne 5 minut. Po otrzymaniu 17 żółtych kartek pacjent dostaje czerwoną kartkę, co oznacza, że zostaje wykluczony z czasu wolnego w określonych godzinach;
- wykluczenie z wszelkich aktywności z grupą („poza grupą”) na okres 30 minut (w przypadku nieprzestrzegania zasady dotyczącej kulturalnego mówienia).

W KOPSN codziennie wypełniany jest dokument „Raport terapii behawioralnej”, w którym przy każdym pacjencie wpisywane są obserwacje jego zachowania oraz wzmocnienia i konsekwencje, jeśli danego dnia takie uzyskał. Codziennie pacjenci są punktowani, otrzymują plusy lub wzmocnienia za to np., że stosowali się do uwag personelu, nie byli wulgarni, wywiązywali się z zadań, byli szczerzy podczas rozmów z personelem, dobrze się zachowywali, uprali swoje rzeczy, dostosowali się do zasad. Konsekwencje natomiast otrzymują m.in. za to, że: obrażali personel lub pacjentów, uderzali ręką o ścianę, odmawiali aktywności w ciągu dnia, trzaskali drzwiami, prowokowali, manipulowali, przekazywali sobie nielegalną korespondencję, zachowywali się kokieteryjnie wobec innego pacjenta/pacjentki, dokuczali współlokatorom.

Dodatkowo w Ośrodku można otrzymać tzw. konsekwencję nadrzędną. Zgodnie z Procedurą konsekwencji nadrzędnej stosowana jest ona wówczas, kiedy pacjent złamał zasady Ośrodka, ale nie jest wspomniane, jakie konkretnie. Polega ona na umieszczeniu pacjenta na 24 godziny samego w pokoju (izolacja pacjenta ze względu na łamanie zasad, a nie w ramach przymusu bezpośredniego, czyli procedury medycznej). Zgodnie z opisem jest to procedura, która nie wymaga współpracy pacjenta. Ma na celu zmniejszenie nasilenia zachowań niepożądanych. W pakiecie konsekwencji nadrzędnej pacjent ma wstrzymane przywileje na okres 24 godzin, czyli na czas trwania konsekwencji: przebywa w oddziale, ma oddzielny pokój, brak zajęć grupowych i indywidualnych, brak realizacji wzmocnień, czas wolny bez grupy, nie otrzymuje paczki, gazet, książek, długopisu, kredek, zeszytów, kartek, gier, nie uczestniczy w zajęciach lekcyjnych, posiłki zjada oddzielnie, nie ma możliwości połączeń wideo z bliskimi. Ma natomiast możliwość wykonania/odebrania jednego telefonu do opiekunów trwającego do 15 minut oraz pójścia na spacer w czasie

wyznaczonym przez personel do 15 minut. Konsekwencja nadrzędna jest ustalana w Zespole podczas odpraw. Realizowana jest przez cały zespół medyczny i terapeutyczny przez 24 godziny (tzn. nie można jej skrócić, ma swój początek i koniec). W niedziele konsekwencja nadrzędna nie jest przydzielana. W placówce nie prowadzi się rejestru izolowania pacjenta w ramach tej procedury. Przypadki takie są opisywane w Raportach terapii behawioralnej.

Jak wynika natomiast z analizy dokumentacji Ośrodka, izolacja może być przedłużona ponad wspomniane 24 godziny. W Raporcie terapii behawioralnej z dnia 27 czerwca 2023 r. znajduje się wpis, że wobec jednej z pacjentek zastosowano konsekwencję nadrzędną początkowo od dnia 27 czerwca 2023 r. od godz. 9.30 do 28 czerwca 2023 r. do godz. 9.30. W kolejnym Raporcie terapii behawioralnej z dnia 28 czerwca 2023 r. jest informacja, że przedłużono konsekwencję nadrzędną do godz. 22.00 w dniu 28 czerwca 2023 r., a następnie napisano, że jeśli nie będzie się stosowała do zasad, to konsekwencja zostanie przedłużona do 29 czerwca 2023 r. do godz. 14.30.

Pacjenci w rozmowach z przedstawicielami KMPT podkreślali, że najgorszą konsekwencją dla nich jest brak kontaktu z innymi, izolacja w pokoju, np. 24 godz. „bez nikogo i niczego”.

Inną praktyką budzącą wątpliwości przedstawicieli KMPT jest stosowanie sond (zgiębników nosowo-żołądkowych). W wyjątkowych sytuacjach, gdy pacjent nie chce jeść posiłków lub nie chce przyjąć leku, zakładana jest mu sonda. Czynność tę wykonują pielęgniarki po uprzednim poinformowaniu lekarza. W ciągu ostatnich 2 lat były to pojedyncze przypadki. Częściej sonda jest wykorzystywana jako „straszak” na pacjentów, którzy np. odchudzają się i nie chcą spożywać posiłków lub nie chcą przyjmować leków. Według relacji personelu tym sposobem wielokrotnie udało się „przekonać” pacjenta do zmiany decyzji.

Delegacja KMPT zwróciła także uwagę na oddziaływania stosowane wobec pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Zasady obowiązujące w Ośrodku dotyczą wszystkich pacjentów. Dostosowanie się do niektórych z nich może być szczególnie trudne np. dla osób w spektrum autyzmu. Przykładowo, w dniach wizytacji przedstawiciele KMPT spotkali chłopca w spektrum autyzmu, który miał m.in. nadwrażliwość słuchową i wybiórczość pokarmową. Miał przy sobie słuchawki akustyczne (zakupione w poprzedniej placówce), których używał w trakcie przebywania w grupie. Natomiast w trakcie pobytu w pokoju chłopiec musiał zostawiać słuchawki na stoliku w korytarzu, przy którym dyżurowali pracownicy Ośrodka. Nie mógł ich mieć przy sobie w pokoju. Przedstawiciele KMPT zastali chłopca leżącego na łóżku i zakrywającego sobie głowę poduszką, aby zminimalizować hałas.

Problematyczne było też dla niego dostosowanie się do zasady zjedzenia 75% posiłku. Pacjenci Ośrodka mogą bowiem mieć dostęp do własnych produktów spożywczych dopiero wówczas, gdy zjedzą 75% obiadu serwowanego w KOSPN. Chłopiec cierpiał na wybiórczość pokarmową i nie był w stanie zjeść wielu potraw, które znajdowały się w menu Ośrodka. Dostęp do swoich produktów mógł mieć jednak dopiero po zjedzeniu wspomnianej wyżej porcji posiłku.

W ocenie KMPT, osoby ze szczególnymi potrzebami powinny być objęte indywidualnymi oddziaływaniami. Przykładowo dla osób w spektrum istotne jest m.in. zdiagnozowanie ich profilu sensorycznego oraz dostosowanie oddziaływań i przestrzeni do ich potrzeb (np. zminimalizowanie lub całkowite wyeliminowanie elementów rozpraszających, przystosowanie pomieszczeń, w których dziecko przebywa, do jego możliwości i potrzeb sensorycznych, tj. oświetlenie, ograniczenie liczby bodźców). Niezapewnienie adekwatnych oddziaływań może prowadzić do frustracji, gniewu, które z kolei mogą przerodzić się w agresję w stosunku do rówieśników i dorosłych²⁷. Bazując na wzajemnym szacunku dla uczuć, potrzeb i pragnień dziecka, winno się rozwijać wiarę w jego możliwości i kompetencje.

Ponadto zgodnie z art. 224 u.w.i.r.n. nieletniego umieszczonego w zakładzie leczniczym obejmuje się zaplanowanym zindywidualizowanym postępowaniem, w szczególności leczniczym, psychoterapeutycznym i socjoterapeutycznym oraz rehabilitacyjnym, mającym na celu poprawę stanu zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza zakładem leczniczym.

W związku z powyższym przedstawiciele KMPT zwracają się do dyrektorki Ośrodka z prośbą o udzielenie informacji, czy w KOSPN opracowany jest program oddziaływań dla osób ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi, terapeutycznymi, w tym dla osób w spektrum autyzmu, oraz o ewentualne wysłanie jego kopii.

Kolejną praktyką stosowaną w Ośrodku i budzącą wątpliwości przedstawicieli KMPT jest postępowanie z nowo przyjętymi pacjentami. Zasadą jest, że każdy taki pacjent, po zbadaniu przez lekarza i wszystkich procedurach związanych z przyjęciem do Ośrodka, zostaje umieszczony na 3 doby w oddzielnym pokoju i nie może mieć kontaktu z innymi pacjentami oraz pracownikami. Wyjątkiem jest sanitariusz sprawujący nadzór nad pacjentem, który siedzi przed pokojem nieletniego i pilnuje go. Pacjent nie może posiadać także żadnych rzeczy oraz ubrań osobistych.

²⁷ Zob. Dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera(ZA) w wychowaniu przedszkolnym – dostosowanie wymagań edukacyjnych dla dziecka z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, A. Florek, J. Rafał-Łuniewska, Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Mimo że ustawa o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich nie obliuguje psychologów do rozmowy z pacjentem przy przyjęciu, przedstawiciele KMPT uważają, że rola tego typu specjalisty jest niezwykle istotna w pierwszych dniach pobytu pacjenta w Ośrodku. Zapewnienie właściwej opieki psychologicznej jest szczególnie istotne, gdy pacjent trafia do placówki wbrew swojej woli, w wyniku decyzji sądu. Doświadcza wtedy silnego stresu, rozłąki z bliskimi, nie potrafi pogodzić się ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Psycholog może pomóc nowo przyjmowanym pacjentom w adaptacji w nowym miejscu i pokonaniu towarzyszących im trudności i obaw.

W związku z powyższym KMPT rekomenduje, aby każdy nowo przyjęty pacjent miał możliwość kontaktu z psychologiem niezwłocznie po przyjęciu oraz w trakcie pierwszych dni pobytu w Ośrodku.

Europejski Komitet ds. zapobiegania torturom zwraca uwagę na reżimy niektórych ośrodków detencji dla nieletnich obejmujące ogólne programy „zachęcające”, które pozwalają nieletnim na uzyskanie dodatkowych przywilejów w zamian za stosowne zachowywanie się. Jak wskazał, nie jest rolą Komitetu wyrażanie poglądów na temat socjoedukacyjnej wartości takich programów. Jednakże Komitet przywiązuje szczególną uwagę do podstawowego reżimu obowiązującego osoby nieletnie poddane takim programom, a także do tego, czy sposób ich nagradzania i karania w danym systemie obejmuje odpowiednie gwarancje przeciwko arbitralnemu podejmowaniu decyzji przez personel²⁸.

W ocenie KMPT system warunkowania stosowany w placówkach dla nieletnich nie zawsze uwzględnia motywy zachowania i potrzeby poszczególnych pacjentów. Stosując konsekwencje, należy brać pod uwagę, że różne niepożądane zachowania, na pozór podobne, mogą mieć inne podłoże i wagę, w szczególności wśród tak zróżnicowanej pod względem zaburzeń, młodych pacjentów. Z kolei przywileje i wzmocnienia, na które pacjenci muszą zasłużyć poprzez zdobywanie plusów, nie mogą obejmować elementarnych oddziaływań, gwarantowanych przez prawo czy zasady życia społecznego. Przywilejami i wzmocnieniami nie powinny być zatem oddziaływania, które oferują dziecku akceptację, wsparcie i uwagę. Te powinny być udzielane niezależnie od zachowania i postępowania dziecka. Podstawowym warunkiem oddziaływania powinno być dobre rozumienie funkcji konsekwencji i przywilejów, wzmocnień jako form uczenia się przez młodego człowieka nowych pożądaných zachowań i odrzucania wcześniejszych negatywnych.

²⁸ Zob. Standardy CPT, Fragment Dziewiątego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (99) 12], s. 89. Dostęp: https://arch-bip.ms.gov.pl/Data/Files/public/bip/prawa_czl_onz/pol-standards-cpt.pdf.

Zgodnie z Zaleceniami CM/Rec(2008)11 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie europejskich reguł dla młodocianych przestępców objętych sankcjami lub środkami alternatywnymi, procedury dyscyplinarne powinny być mechanizmami stosowanymi w ostateczności. Konstrukttywne rozwiązywanie konfliktów oraz interakcja wychowawcza mająca na celu uzasadnienie norm powinny mieć pierwszeństwo względem formalnych dyscyplinarnych rozpraw i kar (Zalecenie 94.1).

W ocenie KMPT szczególnie kontrowersyjne jest izolowanie pacjentów z powodu złamania zasad w Ośrodku, w ramach tzw. konsekwencji nadrzędnej.

Przepisy prawa krajowego nie przewidują izolacji nieletnich w psychiatrycznych podmiotach leczniczych innej niż ze względów medycznych, w ramach stosowania przymusu bezpośredniego²⁹.

Co więcej, Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania torturom (SPT) w raporcie z wizyty w Polsce w 2018 r. zalecił, aby państwo-strona zapewniło, że dzieci poniżej 18 roku życia nie będą nigdy umieszczane w odosobnieniu, ponieważ stanowi to formę maltretowania³⁰. Podkomitet odwołał się w tym miejscu do 45. Reguły Nelsona Mandeli³¹ i 67. Reguły Narodów Zjednoczonych dotyczące Ochrony Nieletnich Pozbawionych Wolności³².

Z kolei w opublikowanym w 2011 r. studium tematycznym Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania dotyczącym izolacji rekomenduje, aby państwa zniosły stosowanie izolacji dla nieletnich i osób z niepełnosprawnością umysłową. Jeśli chodzi

²⁹ Zob. art. 3 pkt 6 lit. d ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

³⁰ Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, p. 126.

³¹ Kara odosobnienia nakładana jest tylko w wyjątkowych przypadkach na określony czas, który jest możliwie krótki i podlega niezależnej kontroli, oraz jest nakładana wyłącznie za zgodą właściwych organów. Nie będzie nigdy nakładana na podstawie wyroku więźnia. Nałożenie kary odosobnienia jest zakazane w przypadku więźniów z upośledzeniem psychicznym lub fizycznym w przypadku, gdy kara ta mogłaby pogorszyć ich stan. Zastosowanie ma zakaz nakładania kary odosobnienia oraz podobnych kar w przypadkach z udziałem kobiet i dzieci, o których mowa w innych standardach i normach Narodów Zjednoczonych w zakresie zapobiegania przestępstwom i wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych.

³² Wszelkie środki dyscyplinarne polegające na okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniu (w tym kary cielesne, umieszczenie w celi pozbawionej światła, przetrzymywanie w izolacji albo jakiegokolwiek inne karanie mogące powodować zagrożenie dla fizycznego lub psychicznego zdrowia nieletniego) powinny być bezwzględnie zabronione. Podobnie zakazane powinno być zmniejszanie racji żywnościowych oraz odmawianie zezwolenia na kontaktowanie się z członkami rodziny, bez względu na to, jakiemu celowi miałyby to służyć. Praca powinna być zawsze postrzegana jako środek wychowawczy i wzbudzający u nieletniego szacunek do samego siebie na drodze przygotowywania go do powrotu do społeczeństwa; nie może ona stanowić kary dyscyplinarnej. Żaden nieletni nie powinien być karany więcej niż raz za to samo przewinienie. Sankcje zbiorowe mają być zakazane.

o środki dyscyplinarne wobec nieletnich, Specjalny Sprawozdawca zaleca, aby Państwa podjęły inne środki, które nie wiążą się ze stosowaniem izolacji. W odniesieniu do stosowania izolacji w przypadku osób z niepełnosprawnością umysłową Specjalny Sprawozdawca podkreśla, że w niektórych przypadkach fizyczne odseparowanie takich osób może być konieczne dla ich własnego bezpieczeństwa, jednak umieszczanie w izolacji powinno być surowo zabronione³³.

W związku z powyższym KMPT rekomenduje zaprzestanie stosowania izolacji wobec pacjentów Ośrodka w ramach tzw. konsekwencji nadrzędnej, za złamanie zasad panujących w placówce.

6.5. Dokumentowanie obrażeń

W KOPSN wszelkie obrażenia, obrzęki i stan somatyczny pacjenta opisywane są podczas przyjęcia w raportach lekarskich oraz pielęgniarskich. Do dokumentacji nie jest jednak dołączana karta, która w sposób graficzny pozwalałaby udokumentować miejsca obrażeń (tzw. mapa ciała). Nie są wykonywane zdjęcia zmian, co byłoby wskazane, oczywiście za zgodą pacjenta.

Jest to istotne z punktu widzenia dochodzenia przez pacjentów ewentualnych roszczeń w późniejszym czasie (warto też robić kilka kopii takiej dokumentacji, a przynajmniej jedną przekazać pacjentowi na nośniku zewnętrznym).

W kontekście prawidłowego dokumentowania obrażeń ważne jest zaznajomienie pracowników z Protokołem stambulskim, czyli Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania³⁴. Protokół wskazuje m.in., w jaki sposób należy dokumentować wszelkie urazy poprzez nanoszenie ich na tzw. mapy ciała. Skuteczna dokumentacja jest bowiem jedną z najbardziej fundamentalnych kwestii dotyczących ochrony przed torturami, a Protokół stambulski stanowi podstawowe narzędzie dostarczające informacji i wskazówek, jak identyfikować i dokumentować przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania. Przedstawiciele personelu medycznego, jako osoby dysponujące specjalistyczną wiedzą oraz w wielu wypadkach mające bezpośredni kontakt z potencjalną ofiarą przemocy, powinni wykazać szczególne zainteresowanie w zakresie występujących u pacjentów dolegliwości i śladów na ciele.

³³ Zob. Sprawozdanie Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur z 66. Posiedzenia walnego zgromadzenia, 5 sierpnia 2011r., A/66/268, p. 86. Dostęp: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/445/70/PDF/N1144570.pdf?OpenElement>.

³⁴ https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf.

Na kwestię stosowania map ciał i odpowiedniego dokumentowania wszelkich urazów zwrócił uwagę CPT podczas wizyty w Polsce, wskazując, że rejestracja badań lekarskich w przypadku obrażeń powinna być wykonywana przy pomocy specjalnego formularza przygotowanego na takie potrzeby, zawierającego zarysy sylwetki do zaznaczania umiejscowienia obrażeń, które to zarysy będą przechowywane w kartotece medycznej. Także zdjęcia, jeśli zostały zrobione, powinny zostać zamieszczone w dokumentacji medycznej³⁵.

6.6. Przepustki

Jak ustaliła delegacja KMPT, w KOPSN nie udzielono dotychczas żadnej przepustki okolicznościowej, ponieważ pacjenci ani ich rodziny nie wnioskowali o to. W Programie adaptacyjnym, przekazywanym każdemu nowemu pacjentowi w celu zapoznania się z zasadami panującymi w Ośrodku, już na początku znajduje się zdanie: „Szpital, w jakim się znalazłeś to KOPSN. Jest to szpital zamknięty, w którym nie ma możliwości otrzymywania przepustek”. Żadna procedura oraz regulaminy, które przekazane zostały do analizy delegacji KMPT, nie wspominały o możliwości uzyskania w Ośrodku przepustki okolicznościowej.

Tymczasem zgodnie z art. 228 u.w.i.r.n. w przypadku losowym kierownik zakładu leczniczego może udzielić nieletniemu umieszczonemu w zakładzie leczniczym przepustki okolicznościowej na okres do 3 dni pod opieką członka rodziny lub osoby godnej zaufania. W tym przypadku ustawa nie wskazuje stopnia zabezpieczenia, tak jak ma to miejsce w sytuacji udzielenia zezwolenia na czasowy pobyt nieletniego poza zakładem leczniczym, które możliwe jest tylko w warunkach podstawowego zabezpieczenia. Przepustki okolicznościowej udziela kierownik zakładu leczniczego po uzyskaniu opinii lekarza prowadzącego. O udzieleniu przepustki kierownik zakładu leczniczego niezwłocznie informuje sąd rodzinny oraz rodziców albo tego z rodziców, pod którego stałą pieczęć nieletni faktycznie pozostaje, albo opiekuna nieletniego. Udzielenie zezwolenia nieletniemu, wobec którego toczy się postępowanie w związku z dopuszczeniem się czynu zabronionego, wymaga zgody organu prowadzącego postępowanie.

KMPT rekomenduje, aby zawrzeć w odpowiednich procedurach i regulaminach informację o możliwości uzyskania przepustki okolicznościowej, tak aby pacjenci i ich rodziny/opiekunowie byli tego świadomi.

6.7. Personel

³⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 80.

Przedstawiciele KMPT pozytywnie oceniają zasoby kadrowe, wykształcenie personelu, doświadczenie i przygotowanie do pracy. Wielu pracowników podnosi ponadto swoje kwalifikacje w obszarach merytorycznych, które są w ich zainteresowaniu, oraz mogą je zastosować w bezpośredniej pracy w Ośrodku.

Osoby wchodzące w skład zespołu psychologicznego oraz terapeutycznego systematycznie uczestniczą w superwizji.

W skład personelu pracującego w Ośrodku wchodzi m.in.:

- Zespół lekarzy (3 osoby) – 1 etat specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży oraz 2 etaty specjalisty psychiatrii;
- Zespół pielęgniarek (26 osób) – w tym 10 etatów ze specjalizacją z psychiatrii oraz 1 etat ze specjalizacją z epidemiologii;
- Zespół psychologów (4 osoby) – w tym 1 etat ze specjalizacją z psychologii klinicznej oraz specjalizacją z psychoterapii dzieci i młodzieży;
- Zespół psychologiczno-pedagogiczny (15 osób) – w tym 1 etat specjalisty terapii uzależnień oraz 2 etaty terapeuty środowiskowego;
- Zespół sanitariuszy (47 osób) – w tym 5 etatów ratownika medycznego;
- Samodzielne stanowisko Pełnomocnika ds. praw pacjenta – 1 etat.

Łącznie w Ośrodku zatrudnionych jest ponad 140 osób.

Pracownicy KOPSN mają zapewnione profesjonalne szkolenia z przymusu bezpośredniego i praw pacjenta prowadzone przez firmę zewnętrzną. Ostatnie takie szkolenie odbyło się w październiku 2022 r., uczestniczyło w nim 78 osób, w tym kadra zarządzająca Ośrodkiem, lekarz oraz Pełnomocnik ds. praw pacjenta. Raport z realizacji szkolenia, sporządzony przez firmę szkoleniową (zewnętrzną), zawiera rekomendacje dla pracowników KOPSN co do dalszych szkoleń w zakresie: komunikacji w zespole, zarządzania stresem, presją i emocjami (techniki radzenia sobie ze stresem), pracy z pacjentem agresywnym (empatia oraz zasady postępowania i komunikacja z pacjentem przy stosowaniu siły fizycznej), talentowskazu (metoda wzmocnienia wartości pracowników i tym samym wzmocnienie potencjału organizacji), wypalenia zawodowego i metod jego zapobiegania, dalszego utrwalania wiedzy i zdobytych umiejętności poprzez kontynuowanie szkoleń ze stosowania przymusu bezpośredniego. Rekomendacje te opracowano w oparciu o ankiety wypełnione przez pracowników i obserwacje prowadzone przez trenerów podczas szkoleń.

KMPT uznaje powyższe rekomendacje za zasadne i również zaleca, by katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów wzbogacić o tematykę dotyczącą kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów oraz technik deeskalacji.

Z dokumentacji placówki wynikało, że wśród pacjentów zdarzały się osoby deklarujące różną orientację seksualną lub tożsamość płciową. W ocenie KMPT zasadne jest przeszkolenie personelu w zakresie szczególnych potrzeb i traktowania osób należących do grupy LGBT+. Zgodnie z zasadami zawartymi w Zasadach Yogyakarty³⁶ należy wdrażać programy, szkolenia dla policji, personelu więziennego i wszystkich innych funkcjonariuszy sektora publicznego i prywatnego, dotyczących podnoszenia ich świadomości, a także międzynarodowych standardów oraz zasad równości i niedyskryminacji, w tym w odniesieniu do orientacji seksualnej i tożsamości płciowej. W przygotowanie szkoleń warto zaangażować organizacje pozarządowe posiadające specjalistyczną wiedzę w tych kwestiach. Personel powinien być przeszkolony w zakresie konkretnych i praktycznych zagadnień, takich jak: przeprowadzanie kontroli osobistych, poszanowanie wizerunku nieletnich, identyfikowanie konkretnych form przemocy, zwłaszcza ze strony rówieśników i personelu. Szkoleniem powinien zostać także objęty personel medyczny. Takie szkolenia pozwolą uniknąć dyskryminacyjnych postaw, założeń opartych na stereotypach i błędnych przekonaniach o potrzebach osób deklarujących różną orientację seksualną lub tożsamość płciową.

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają dyrektorze KOPSN:

- 7.1.** stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie z przytoczonymi w rozdziale 6.3. raportu standardami, w szczególności: zaprzestanie praktyki przywiązywania rąk nad głową oraz zakrywania twarzy koszulką, używania odpowiednich pasów podczas unieruchamiania, uwolnienia pacjenta na czas skorzystania z toalety lub spożycia posiłku, zapewnienia prywatności pacjentom podczas stosowania przymusu, stosowanie odpowiednich chwytów, wykluczających klękanie na ciele pacjenta;
- 7.2.** systematyczne przypominanie pracownikom o zasadzie właściwego traktowania pacjentów;

³⁶ Zasady opracowane przez międzynarodową grupę ekspertów w zakresie praw człowieka dotyczące stosowania prawa międzynarodowego do naruszeń praw człowieka ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową, aby zapewnić większą jasność i spójność zobowiązań państw w zakresie praw człowieka. Dostęp: https://kph.org.pl/publikacje/b-y_zasady.pdf.

- 7.3.** uzupełnienie odpowiednich procedur oraz wdrożenie praktyki sporządzania protokołów z przeprowadzenia kontroli osobistej stosownie do wymogów określonych w art. 119 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich;
- 7.4.** umożliwienie korzystania pacjentom Ośrodka z własnej odzieży, bielizny i obuwia, zaś odstępowanie od tej zasady jedynie w sytuacjach wymienionych w art. 226 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich;
- 7.5.** objęcie zaplanowanym zindywidualizowanym postępowaniem, w szczególności leczniczym, psychoterapeutycznym i socjoterapeutycznym oraz rehabilitacyjnym, pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w tym osób w spektrum autyzmu;
- 7.6.** zapewnienie każdemu nowo przyjętemu pacjentowi możliwości kontaktu z psychologiem niezwłocznie po przyjęciu oraz w trakcie pierwszych dni pobytu w Ośrodku;
- 7.7.** ewaluację systemu warunkowania pacjentów pod kątem doboru odpowiednich przywilejów/wzmocnień oraz konsekwencji;
- 7.8.** zaprzestanie stosowania izolacji wobec pacjentów Ośrodka w ramach tzw. konsekwencji nadrzędnej, za złamanie zasad panujących w placówce;
- 7.9.** rejestrowanie obrażeń pacjentów przy pomocy specjalnego formularza przygotowanego na takie potrzeby, zawierającego zarysy sylwetki do zaznaczania umiejscowienia obrażeń (tzw. map ciała);
- 7.10.** zaznajomienie pracowników z Protokołem stambulskim, czyli Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania;
- 7.11.** zawarcie w odpowiednich procedurach i regulaminach Ośrodka informacji o możliwości uzyskania przepustki okolicznościowej, tak aby pacjenci i ich rodziny/opiekunowie byli tego świadomi;
- 7.12.** zapewnienie personelowi Ośrodka szkoleń i warsztatów w zakresie kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, technik deeskalacji, a także szczególnych potrzeb i traktowania osób należących do grupy LGBT+.

Ponadto przedstawiciele KMPT zwracają się do dyrektorki KOPSN o udzielenie dodatkowych informacji w następujących kwestiach:

- 7.13.** czy i w jaki sposób zostało zrealizowane zalecenie sędziego wizytatora zawarte w sprawozdaniu z ostatniej kontroli z dnia 6 czerwca 2023 r. w zakresie pisemnego potwierdzenia przez pacjentów faktu zapoznania się z prawami i obowiązkami, zasadami pobytu w zakładzie oraz potwierdzenia udzielenia pouczenia o terminie i sposobie składania zażalenia;
- 7.14.** legalności pobytu pacjentów wskazanych w pkt 6.1 raportu;

7.15. dalszego planu leczenia i oddziaływania wobec pacjentki, o której mowa w rozdziale 6.2 (str. 18, ostatni akapit) uwzględniającego ewentualną modyfikację oddziaływań w kierunku takich, które mogłyby doprowadzić do pozytywnej zmiany zachowania;

7.16. sytuacji opisanych w rozdziale 6.2 pkt 8 i 9, dotyczących przykładania pacjentce podczas stosowania przymusu bezpośredniego gazy opatrunkowej do twarzy oraz użycia pasów transportowych podczas wizyty u stomatologa;

7.17. czy w KOPSN opracowany jest program oddziaływań dla osób ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi, terapeutycznymi, w tym dla osób w spektrum autyzmu; jeśli tak, to KMPT zwraca się o przesłanie jego kopii.

Opracowała: Justyna Józwiak

Za Zespół podpisuje:

Marcin Kusy

Zastępca Dyrektora Zespołu

/-podpisano elektronicznie/