

Warszawa, dnia 7 czerwca 2021 r.

KMP.573.3.2021.MD

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Młodzieżowego Ośrodka
Wychowawczego w Debrznie
(wyciąg)**

1. Wstęp

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192, dalej jako: OPCAT) oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 23-26 marca 2021 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT) przeprowadzili wizytację Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Debrznie, mieszczącego się przy ul. Królewskiej 5, 77-310 Debrzno (dalej jako: MOW, Ośrodek, placówka). Z uwagi na pandemię COVID-19, wizytacja przeprowadzona została zdalnie, za pośrednictwem komunikatora internetowego *Skype*. W skład zespołu wizytującego wchodziła: Magdalena Dziedzic i Michał Żłobek (prawnicy).

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

W trakcie wizytacji wykonano następujące czynności:

- 1) przeprowadzono rozmowę telefoniczną z Dyrektorem placówki Andrzejem Ginterem;

- 2) przeprowadzono na osobności indywidualne rozmowy online z 22 wychowankami;
- 3) przeprowadzono rozmowy online z personelem placówki, w tym: wychowawcą, dwiema psychologkami oraz pedagogką;

Przedstawicielka KMPT poinformowała Dyrektora placówki o ustaleniach dokonanych w trakcie wizytacji, a także wysłuchała jego uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji poddano analizie dokumentację i informacje związane z funkcjonowaniem placówki. Na podstawie dokumentacji medycznej udostępnionej przez wizytowaną placówkę, specjalistka z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży Jolanta Paruszkiewicz, sporządziła ekspertyzę dotyczącą leczenia psychiatrycznego wychowanków. Wyniki ekspertyzy w niezbędnym zakresie włączone zostały w treść niniejszego Raportu.

Podczas wizytacji w przedmiocie zainteresowania KMPT każdorazowo pozostają zagadnienia związane z: legalnością pobytu nieletnich w placówce, ich traktowaniem oraz dyscyplinowaniem przez personel, prawem do informacji, możliwością utrzymywania kontaktu z osobami spoza placówki, ochroną zdrowia, a także warunkami bytowymi. W związku z pandemią COVID-19, KMPT weryfikował dodatkowo środki przedsięwzięte w placówce w zakresie zapobiegania rozprzestrzenianiu się koronawirusa. W raporcie wskazano obszary pozytywnie wyróżniające placówkę na tle innych, dotychczas wizytowanych przez KMPT (mocne strony) oraz obszary stwarzające ryzyko wystąpienia tortur, nieludzkiego i poniżającego traktowania lub karania. Ponadto wskazano również problemy systemowe wymagające zmiany obowiązującego prawa.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. nieletni, pracownik placówki, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania 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. Ogólna charakterystyka placówki

Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Debrznie jest placówką resocjalizacyjno-wychowawczą i resocjalizacyjno - rewalidacyjną dla chłopców w wieku do 18 lat.

Pojemność jednostki wynosi 135 miejsc. W czasie wizytacji wychowankami Ośrodka było 108 chłopców, w tym 10 z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

W okresie prowadzenia wizytacji KMPT w placówce funkcjonowało 9 grup wychowawczych, natomiast przy maksymalnym wypełnieniu ośrodka, może być utworzonych 11 grup wychowawczych. Trzy spośród dziewięciu grup to tzw. grupy adaptacyjne, przeznaczone dla wychowanków, którzy z uwagi na właściwości osobiste mogliby doświadczać trudności w funkcjonowaniu w innych grupach wychowawczych.

W Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Debrznie funkcjonuje Szkoła Podstawowa oraz Branżowa Szkoła I Stopnia.

Organem prowadzącym Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Debrznie jest powiat Człuchowski. Nadzór pedagogiczny nad Ośrodkiem sprawuje Pomorski Kurator Oświaty.

4. Mocne strony placówki

Przedstawiciele KMPT dostrzegli również kilka pozytywnych rozwiązań i mocnych stron wizytowanej placówki, które w szczególny sposób zasługują na podkreślenie.

4.1. Badanie przy przyjęciu do placówki oraz dokumentowanie obrażeń

Wychowankowie Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Debrznie znajdują się pod opieką pielęgniarki, która dostępna jest w placówce od poniedziałku do piątku. Każdy nieletni przy przyjęciu do Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Debrznie poddawany jest badaniu wstępnemu, przeprowadzanemu co do zasady w ciągu 24 godzin od przyjęcia do placówki. Obrażenia, z którymi nieletni przybywają do placówki dokumentowane są przez pielęgniarkę w karcie przyjęcia wychowanka, w której zawarto tzw. mapę ciała.

Uwzględnienie dwóch obrysów ludzkiego ciała (z przodu oraz z tyłu), umożliwia precyzyjne odnotowanie, wszelkich znaków szczególnych oraz obrażeń, zaobserwowanych na ciele nieletniego.

Właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania, uważane jest za podstawową gwarancję prewencji tortur. Pozwala bowiem na ujawnienie obrażeń powstałych przed przybyciem do MOW, udokumentowanie śladów przemocy na potrzeby procesu karnego oraz podjęcie skutecznych działań w przypadku stwierdzenia tortur lub innych form złego traktowania. Pozwala również na wykrycie ewentualnych innych, istotnych z medycznego

punktu widzenia nieprawidłowości. Badanie lekarskie chroni również personel ośrodka dla nieletnich i funkcjonariuszy innych służb przed bezpodstawnymi zarzutami.

Praktyka przyjęta w placówce odpowiada rekomendacjom Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom (CPT) wskazującym, że *badanie medyczne służące ujawnieniu ewentualnych śladów tortur powinno spełniać dwa podstawowe kryteria – być przeprowadzone w najkrótszym możliwym czasie po zaistnieniu zdarzenia i z uwzględnieniem zasad dotyczących skutecznego dokumentowania tortur.*

CPT wskazuje, że wszelkie zauważone urazy powinny być nanoszone na specjalny formularz przewidziany do tego celu, z wykresami ciała do oznakowania urazów. Dodatkowo Komitet zaleca również **fotografowanie ran i dołączenie zdjęć do akt medycznych** oraz prowadzenie odrębnego rejestru urazów¹.

CPT podczas ostatniej wizyty w Polsce w 2017 r. zalecił, aby każdy nowoprzybyły nieletni był zbadany przez lekarza tak szybko jak to możliwe i nie później niż 24 godziny po przyjeździe do placówki. W przypadku, gdy nieletni wskaże, że był ofiarą przemocy lub istnieje takie podejrzenie, powinien zostać poddany badaniu i opiece psychologa².

4.2. Grupy adaptacyjne

Jak wskazano powyżej, w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Debrnie, od września 2015 roku funkcjonują trzy grupy o charakterze adaptacyjnym. Są to grupy przeznaczone dla wychowanków, którzy z uwagi na ich właściwości osobiste doświadczali lub mogliby doświadczać trudności w przebywaniu w tradycyjnie funkcjonujących grupach wychowawczych.

Inicjatywa stworzenia grup o charakterze adaptacyjnym zasługuje na pochwałę, w szczególności biorąc pod uwagę liczne problemy systemowe (zob. pkt 5.1 oraz 5.1.1 niniejszego raportu) na skutek których, do jednej placówki trafiają wychowankowie w bardzo różnym wieku, z różnymi problemami etc. Tak indywidualne podejście do potrzeb wychowanków pomaga zniwelować negatywne skutki błędów systemowych oraz zapewnić nieletnim optymalne warunki do pobytu w placówce.

Kwalifikowanie do grupy adaptacyjnej odbywa się po przeanalizowaniu indywidualnej sytuacji wychowanka, nie jest to procedura automatyczna. Nie każdy nowoprzyjęty wychowanek trafia do takiej grupy. Jeżeli brak jest przesłanek do umieszczenia podopiecznego

¹ Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf(2013), § 71-84; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf(2016) 21, § 22, 27, 50, 81; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf(2014) 21, § 78.

² Raport z wizyty w Polsce, 25 lipiec 2018 r., CPT/Inf(2018) 39, § 101.

placówki w grupie adaptacyjnej lub sam nieletni wskazuje, że chciałby zostać umieszczony w zwykłej grupie wychowawczej, może trafić do niej bezpośrednio po przyjęciu.

Do grupy adaptacyjnej trafiają nie tylko nowopryjęci wychowankowie, ale również ci, którzy z jakichkolwiek względów doświadczają trudności w funkcjonowaniu w innych grupach.

Pozytywnym aspektem jest również brak określenia granic czasowych przebywania wychowanka w grupie adaptacyjnej. Czas ten, dostosowywany jest indywidualnie do potrzeb każdego wychowanka. Jeden z wychowanków Ośrodka, przebywa w grupie adaptacyjnej od ok. trzech lat.

W grupie adaptacyjnej wyodrębniono również pokoje mniejsze niż w pozostałych grupach. Większość grup w ośrodku posiada pokoje cztero-, pięcio- oraz sześćosobowe (wg oświadczenia Dyrektora placówki w czasie wizytacji w każdym z pokoi mieszkało maksymalnie czterech wychowanków), natomiast w grupie adaptacyjnej wydzielono również dwu- oraz trzyosobowe pokoje.

4.3. Bogata oferta zajęć dodatkowych (wolontariat, kółka zainteresowań etc.)

Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Debrznie zapewnia wychowankom szeroką ofertę zajęć dodatkowych. W trakcie rozmów prowadzonych w ośrodku, nieletni wskazywali, że w placówce często organizowane są dodatkowe aktywności (np. kółko wędkarskie, mecze piłki nożnej, imprezy kulturalne). Takie zajęcia łączone są również z działalnością charytatywną, bowiem placówka cyklicznie podejmuje współpracę z różnymi instytucjami, które organizują lub współorganizują akcje pomocowe. Przykładem takiej inicjatywy może być współpraca z Centrum Kultury Sportu i Turystyki w Debrznie, w ramach której organizowano zbiórki charytatywne dla Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy oraz zbiórkę funduszy na leczenie osoby chorej.

Organizowanie nieletnim czasu wolnego poprzez angażowanie ich w działalność charytatywną nie tylko w oczywisty sposób przyczynia się do kształtowania pozytywnych nawyków oraz wskazuje alternatywy dla destrukcyjnych zachowań, które podejmowali dotychczas, ale buduje u nich również poczucie sprawczości oraz kształtuje postawy prospołeczne.

Nieletni przejawiający postawy rezygnacyjne, kwestionujący własne możliwości, niepotrafiący odnaleźć celu i sensu życia, mogą w ten sposób otrzymać pozytywną informację zwrotną odnośnie do podjętych przez siebie działań. Poza pomocą niesioną drugiemu człowiekowi, taka aktywność daje również natychmiastową gratyfikację w postaci widocznego

rezultatu dobrze wykonanego zadania. Poprzez organizowane przez placówkę aktywności, poza uwrażliwianiem na sytuację osób chorych lub potrzebujących wspierane są również działania proekologiczne. Wychowankowie Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Debrznie w ramach współpracy z pobliskim Nadleśnictwem uczestniczyli w sadzeniu lasu oraz porządkowaniu terenu.

Ponadto, Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Debrznie współpracował również m.in. z Hospicjum w Złotowie (nieletni prowadzili prace porządkowe oraz zorganizowano przedstawienia teatralne dla pensjonariuszy), Bankiem Żywności w Chojnicach (wychowankowie brali udział w zbiórce żywności), Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej czy Miejskim Przedszkolem w Debrznie, gdzie wychowankowie czytali dzieciom i przygotowywali krótkie formy teatralne.

5. Problemy systemowe

W trakcie wizytacji Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Debrznie zidentyfikowano szereg problemów systemowych, które istotnie utrudniają prowadzenie działań wychowawczych względem nieletnich przebywających w tego typu placówkach. Należy podkreślić starania Dyrekcji skierowane na zniwelowanie skutków tych problemów (m.in. utworzenie grup adaptacyjnych – zob. pkt. 4.2. raportu).

Z uwagi na złożony charakter problemów systemowych dotyczących Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych, w ramach niniejszego raportu zostały one jedynie zasygnalizowane. Problemy systemowe obserwowane w obszarze działania młodzieżowych ośrodków wychowawczych zostaną przedstawione szerzej w ramach wystąpienia generalnego RPO skierowanego do odpowiednich resortów.

5.1. Brak specjalizacji Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych oraz niewłaściwe zasady kierowania do placówek

Obecny system funkcjonowania Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych nie gwarantuje nieletnim odpowiedniej opieki oraz uniemożliwia optymalne działanie tych placówek. W obowiązującym systemie prawnym placówki typu MOW dzielą się na jedynie na resocjalizacyjne i rewalidacyjne dla nieletnich z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Spektrum problemów oraz szczególnych potrzeb nieletnich jest jednak bardzo szerokie. Brak wyodrębnienia różnych rodzajów MOW, prowadzi do sytuacji, w której w jednej placówce znajdują się wychowankowie, którzy negatywnie mogą wpływać na proces wychowawczy i terapeutyczny prowadzony względem innych podopiecznych.

Opisane problemy były sygnalizowane w trakcie wizytacji również przez kadre pedagogiczną wizytowanej placówki. Rozmówcy wskazywali, że część wychowanków nie powinna ich zdaniem trafić do Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego ze względu na zaburzenia psychiczne, które powinny być leczone w innych placówkach.

Ich zdaniem, część wychowanków w ogóle nie powinna być skierowana do placówki wychowawczej, ponieważ ich sytuacja nie wskazywała na konieczność zastosowania takiego środka wychowawczego. W tym kontekście pojawiły się również sygnały, że wychowankowie kierowani do MOW z placówki opiekuńczo-wychowawczej, po przybyciu do ośrodka nie przejawiali trudnych zachowań, które miały być powodem umieszczenia w MOW.

5.1.1. Brak dolnej granicy wieku

Przepisy ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich nie określają dolnej granicy wieku nieletnich, którzy mogą być kierowani do Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych ze względu na zagrożenie demoralizacją³. Górną granicą wiekową jest natomiast 18 lat.

Umieszczenie 10-letniego dziecka w placówce, w której mogą przebywać również 17-latkowie, wydaje się stwarzać więcej zagrożeń, niż szansa na kształtowanie pozytywnych wzorców zachowań. Przede wszystkim, nawet w przypadku występowania zachowań mogących świadczyć o zagrożeniu demoralizacją, istnieje wiele możliwości kształtowania tak młodego dziecka, a szansa powodzenia działań wychowawczych jest dużo większa, niż w przypadku nastolatków.

Jeśli bowiem dziecko jest na tyle podatne na demoralizację, że jej objawy uwidaczniają się już na tak wczesnym etapie, kierowanie go do środowiska starszych osób, z których część weszła już w konflikt z prawem powoduje wystawienie go na zdecydowanie więcej negatywnych bodźców, niż potencjalnie występowałyby w środowisku z którego pochodzi.

W części Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych nadal można zaobserwować przenoszenie zachowań charakterystycznych dla podkultury więziennej. Wychowankowie starają się wówczas budować swoją pozycję w grupie poprzez chwalenie się popełnionymi przez siebie wykroczeniami, przestępstwami lub innymi zachowaniami świadczącymi o demoralizacji (palenie papierosów, przyjmowanie narkotyków). Zdarzają się również sytuacje, w których wychowankowie chwalą się między sobą liczbą (często nieprawdziwą) partnerów seksualnych lub wczesnym wiekiem inicjacji seksualnej.

³ Zob. art. 1 ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 969).

Dodatkowo, jak pokazuje doświadczenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, dzieci te są szczególnie narażone na przemoc ze strony starszych wychowanków, którzy próbują w ten sposób ich sobie podporządkować. Wskazane zagrożenia w tak dużej intensyfikacji, finalnie mogą potencjalnie rodzić więcej zagrożeń niż korzyści dla rozwoju dzieci umieszczanych w Młodzieżowych Ośrodkach Wychowawczych.

5.1.2. Zbyt późne kierowanie lub doprowadzanie do Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych

W obecnym stanie prawnym brak jest przepisów regulujących minimalny okres na jaki nieletni może być umieszczony w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym, w którym możliwa byłaby realizacja celu, w jakim nieletni jest do niego kierowany. Ustalenie minimalnego okresu, który jest niezbędny dla przeprowadzenia skutecznego procesu resocjalizacyjnego lub osiągnięcia choć częściowej poprawy w funkcjonowaniu, pozwoliłoby uniknąć sytuacji, w których nieletni trafiają do MOW tak późno, że niemożliwym jest prowadzenie z nimi jakiegokolwiek pracy.

Problem zbyt późnego kierowania może mieć podłoże w dwóch różnych etapach postępowania. Po pierwsze, na etapie sądowym postępowanie może trwać tak długo, że w konsekwencji okres pozostały do osiągnięcia pełnoletności, nie jest wystarczający do przeprowadzenia skutecznego procesu resocjalizacyjnego. Na gruncie art. 21 § 2 u.p.n. *Sąd rodzinny nie wszczyna postępowania, a wszczęte umarza w całości lub w części, jeżeli nie ma podstaw do jego wszczęcia lub prowadzenia w określonym zakresie albo gdy orzeczenie środków wychowawczych lub poprawczych jest niecelowe, w szczególności ze względu na orzeczone już środki w innej sprawie, które w ocenie sądu są wystarczające.*

Ustawodawca przewidział zatem możliwość umorzenia postępowania, jednak poza przesłanką dotyczącą wcześniejszego orzeczenia innych środków, nie wskazał okoliczności uzasadniających umorzenia. W konsekwencji, to do decyzji sądu pozostawiono uznanie czy w realiach danej sprawy zachodzi potrzeba umorzenia postępowania. Podjęcie takiej decyzji, może wymagać zasięgnięcia opinii biegłego psychologa, co paradoksalnie może jeszcze wydłużyć prowadzone postępowanie.

Nieletni może trafić do placówki zbyt późno również w sytuacji, gdy pomimo wydanego przez sąd postanowienia o zastosowaniu środka wychowawczego, nieletni ukrywa się lub z innych przyczyn nie został doprowadzony do placówki. Przepisy u.p.n. w części dotyczącej postępowania wykonawczego, również nie regulują tej kwestii.

Tymczasem, pomimo iż okres konieczny do przeprowadzenia procesu resocjalizacyjnego może różnić się w zależności od poziomu demoralizacji, wieku, warunków osobistych nieletniego etc., z całą stanowczością należy stwierdzić, że możliwe jest określenie dolnej granicy czasowej, poniżej której podjęcie jakichkolwiek kroków nie jest możliwe. Niezależnie od okoliczności i warunków osobistych nieletniego, nie można uznać, że celowe jest umieszczanie go w placówce na okres kilku dni lub tygodni (do osiągnięcia pełnoletności).

Brak regulacji omawianej kwestii, może w teorii prowadzić do absurdalnej sytuacji, w której Policja ma obowiązek doprowadzić nieletniego do Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego, nawet w dniu poprzedzającym ukończenie przez nieletniego 18. roku życia.

W trakcie wizytacji prowadzonej w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Debrznie ustalono, że miały miejsce przypadki doprowadzenia do placówki nieletnich na okres tak krótki, że nie było możliwe nawet rozpoczęcie jakichkolwiek działań terapeutycznych.

W okresie od 1 stycznia 2020 do 30 kwietnia 2021 r. w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Debrznie przebywało jedenastu wychowanków, którzy do placówki trafili na mniej niż trzy miesiące oraz jeden, którego pobyt trwał trzy miesiące i 7 dni.

W wykazie przedstawionym przez placówkę, wskazano daty urodzenia wychowanków oraz datę opuszczenia ośrodka, które jednoznacznie wskazywały, że powodem jego opuszczenia było osiągnięcie pełnoletności.

Jeden z wychowanków trafił do placówki w lutym 2021, **na 12 dni przed 18 urodzinami**, zatem okres jego pobytu tam nie przekroczył dwóch tygodni.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur stoi na stanowisku, że konieczna jest nowelizacja ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, w zakresie omówionym powyżej. Minimalny okres pobytu w placówce, powinien być ustalony w drodze panelu eksperckiego z udziałem specjalistów z zakresu psychologii, psychoterapii i resocjalizacji.

5.2. Opieka psychiatryczna oraz farmakoterapia

W trakcie wizytacji Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Debrznie ustalono, że w placówce przebywa kilkunastu wychowanków, znajdujących się pod opieką lekarza psychiatry, wobec których stosowana jest farmakoterapia.

Po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną wychowanków oraz rozmowach zarówno z nieletnimi, jak i personelem placówki zidentyfikowano szereg zagadnień, które wymagają kompleksowej analizy. Dokumentacja medyczna przeanalizowana została również przez

ekspertkę KMPT (specjalistkę w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży), która następnie sformułowała pisemną opinię.

Na wstępie należy zaznaczyć, że analiza dokumentacji medycznej była utrudniona z uwagi na fakt, że w opisie wszystkich pacjentów brakowało informacji o podejmowaniu prób pracy z psychoterapeutą w celu wyeliminowania trudnych zachowań oraz zniwelowaniu deficytów emocjonalnych.

Kluczowe znaczenie współpracy specjalistów z różnych dziedzin z obszaru zdrowia psychicznego, zostało podkreślone również przez ekspertkę KMPT, która wskazała, że *leczenie zaburzeń i chorób psychicznych podlega wielu specjalistom – od psychiatri, psychologa, po zespoły leczenia środowiskowego, psychoterapeutów, pedagogów, pracowników socjalnych i innych specjalistów.*

W wielu analizowanych przypadkach, rozpoznanie również było niepełne, powierzchowne, ponieważ ograniczało się jedynie do opisu objawów, bez analizy możliwych przyczyn ich wystąpienia. Tymczasem, jak wskazuje ekspertka KMPT z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży, *zwłaszcza w przypadku dzieci, na bardzo wczesnym etapie rozwoju niezbędne jest wnikliwe przeprowadzenie diagnozy, zaproponowanie terapii i monitorowanie efektów wdrożonego leczenia. Bardzo ważne jest określenie, czy opisywane objawy są następstwem nieprawidłowości wynikających z przyczyn biologicznych, czy też mają swoje źródło w czynnikach środowiskowych, np. przemocy domowej, rówieśniczej, różnych formach krzywdzenia, porzucenia, czy w następstwie innych schorzeń, np. niepełnosprawności intelektualnej, chorób somatycznych.*

Identyfikacja źródeł wskazanych wyżej problemów ma szczególne znaczenie w przypadku wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych czy resocjalizacyjnych ponieważ najczęściej są to dzieci z rodzin niewydolnych wychowawczo, nierzadko po trudnych, traumatycznych doświadczeniach (potwierdzają to opisy zawarte w analizowanej dokumentacji). Istotnym problemem w tym zakresie jest również fakt, że informacji o pacjencie w trakcie wizyty u lekarza psychiatry, trwającej często kilkanaście minut, udziela w dużej mierze pracownik placówki, w której nieletni sprawiał problemy. W takiej sytuacji rzetelna diagnoza dziecka, może być zaburzona poprzez dominującą relację przedstawiciela placówki. Ograniczenie się do krótkiego wywiadu i ustalenia objawów (np. zaburzeń zachowania), może w takiej sytuacji skutkować wdrożeniem jedynie leczenia farmakologicznego, objawowego, które nie działa na przyczyny tego zachowania.

W dokumentacji jednego z wychowanków, który w czasie diagnozy znajdował się pod opieką placówki opiekuńczo-wychowawczej, znalazł się następujący opis: *z wywiadu chłopiec*

niepodporządkowany, narzucający własne zdanie, dyskutujący, impulsywny w zachowaniu. Sformułowanie to wskazuje, że informacje zostały przekazane przez opiekuna z placówki – w tym przypadku, opiekuńczo-wychowawczej, z której nieletni trafił następnie do MOW w Debrznie. Określenia takie jak *narzucający własne zdanie, dyskutujący, impulsywny w zachowaniu*, może wskazywać na problem komunikacyjny pomiędzy wychowankiem a personelem placówki, który powinien być rozwiązany na poziomie wychowawczym, nie zaś medycznym.

Z dokumentacji medycznej wynika ponadto, że po leczeniu w szpitalu psychiatrycznym, wychowankowie przyjmowali kilka do kilkunastu tabletek dziennie. W trakcie wizytacji, członkowie zespołu wizytującego rozmawiali z wychowankiem, który kilka dni wcześniej powrócił ze szpitala psychiatrycznego. Z uwagi na przyjmowanie przez niego silnych leków, rzeczowa rozmowa z wychowankiem była istotnie utrudniona. W takiej sytuacji konieczne było zadawanie krótkich pytań, na które wychowanek był w stanie odpowiedzieć jednym słowem, co w konsekwencji uniemożliwiało dokładne zapoznanie się z sytuacją oraz rzeczywistymi problemami wychowanka. Nieletni sygnalizował jedynie pewne kwestie, potwierdzał lub zaprzeczał słowom pracownika KMPT, ale nie był w stanie sam logicznie się wypowiedzieć.

W kontekście stosowanych leków oraz ich dawkowania, ekspertka wskazała, że *polifarmakoterapia jest niewskazana u dzieci i młodzieży z powodu możliwych objawów ubocznych, jak również zaburzeń poznawczych i wynikających z tego dodatkowo trudności w nauce.*

Również kadra placówki potwierdzała w rozmowach z przedstawicielami KMPT, że wychowankowie, którzy trafiają do placówki z zaleceniem przyjmowania tak znacznej ilości leków psychotropowych, mają trudności w prawidłowym funkcjonowaniu w środowisku szkolnym, a praca wychowawcza również jest utrudniona.

Po analizie informacji zawartych w dokumentacji, ekspertka podniosła szereg wątpliwości co do celowości i skuteczności leczenia farmakologicznego wobec jednoczesnego braku rozpoznania przyczyn konkretnych zaburzeń. W przeważającej większości przypadków, w wywiadzie znajdowały się informacje wskazujące na trudne doświadczenia nieletnich, które mogły być przyczyną zaburzeń zachowania. W takiej sytuacji próba ich rozwiązania powinna w pierwszej kolejności nastąpić za pomocą psychoterapii.

W odniesieniu do jednego z pacjentów ekspertka wskazała, że *wymienione objawy wskazują na głębsze przyczyny problemów dziecka niż tylko hiperkinetyczne zaburzenia zachowania. Stosowane leki mogą wpływać na wyciszenie dziecka, nadmierną sedację (na co zwrócił uwagę psycholog) i znacząco ograniczać funkcje poznawcze, a tym samym pogłębiać*

deficyty wiedzy. Opisany przypadek jednoznacznie wskazuje, że błędnie stosowana farmakoterapia może być nie tylko nieskuteczna, ale również szkodliwa dla prawidłowego rozwoju dziecka.

Innym przykładem nieodpowiedniego leczenia psychiatrycznego był dziewięcioletni pacjent, wobec którego zastosowano leczenie w dawkach, które zdaniem ekspertki *mogą wpłynąć na ograniczenie procesów poznawczych.* W odniesieniu do tego nieletniego, ponownie problemem okazała się również diagnoza, bowiem jak zauważyła ekspertka, *chłopiec od 3 roku życia pozostaje pod opieką instytucjonalną. Psycholog zwraca uwagę, że reakcje chłopca w placówce opiekuńczej związane były z dokuczaniem mu przez kolegów. Jego zachowanie – pozytywne oceniane w szpitalu – w placówce może być następstwem konfliktów i braku rozwiązywania ich pomiędzy dziećmi.* Ekspertka zwróciła uwagę, że zastosowano leki uspokajające (w zbyt dużej dawce), natomiast źródło problemu jest inne, zatem zasadne byłoby wdrożenie profilaktyki zachowań przemocowych w placówce opiekuńczej, nie zaś stosowanie farmakoterapii.

Kolejnym przykładem jest nieletni, w którego przypadku ekspertka uznała za konieczne *wdrożenie stałej, profesjonalnej opieki, zapewnienie psychoterapii w tym terapii motywacyjnej, wsparcia terapeutycznego dla rodziny oraz pomocy w edukacji.* Ponownie, jako jedyną formę leczenia zastosowano farmakoterapię, które jak wskazała ekspertka *może być pomocna, ale zasadniczo nie wpływa na modyfikację rozwoju emocjonalnego dziecka, jedynie redukuje poziom negatywnych emocji, dając pozorny spokój.*

Wskazane powyżej przypadki, to kolejne przykłady stosowania farmakoterapii wobec podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych, którzy stwarzają problemy wychowawcze, bez wcześniejszego oddziaływania psychoterapeutycznego.

Na nieskuteczność stosowanego leczenia, wskazuje również dokumentacja chłopca, który był hospitalizowany wielokrotnie – bez istotnej poprawy pomimo wdrożonej farmakoterapii. W czasie ostatniej hospitalizacji, 11-letni wówczas chłopiec otrzymywał wysokie dawki leków, których stosowanie nie znajdowało uzasadnienia w rozpoznaniu oraz opisie przypadku.

Ekspertyza specjalistki z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży sporządzona na podstawie analizy dokumentacji medycznej wychowanków potwierdziła wątpliwości formułowane w trakcie wizytacji przez kadrę placówki: *Przedstawione przypadki podopiecznych ujawniają brak systemowych rozwiązań w postępowaniu z dziećmi z rodzin dysfunkcyjnych, które po kilku latach trafiają do MOW-ów po nieskutecznej farmakoterapii i prawdopodobnie braku psychoterapii.*

Stosowana farmakoterapia nie może być skuteczna jeżeli rozpoznanie jest niepełne, nie uwzględnia innych możliwości rozpoznania.

W kontekście stosowania farmakoterapii względem nieletnich istotnym jest fakt, że Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Debrznie współpracuje z lekarką z zakresu psychiatrii, która często decyduje się na stopniowe zmniejszanie dawek, a w konsekwencji odstawienie części leków. Z rozmów przeprowadzonych w trakcie wizytacji wynika, że jest to działanie korzystne dla wychowanków, którzy dzięki temu mogą być bardziej aktywni, kontaktowi, efektywni w nauce oraz procesie wychowawczym. Taki stan rzeczy potwierdza również fakt, że w placówce nie obserwuje się z tego powodu aktów agresji czy przemocy. Według dyrekcji ośrodka oraz kadry pedagogicznej nie występuje również większość problemów, zgłaszanych przez pracowników placówek opiekuńczo-wychowawczych, w których wychowankowie MOW przebywali wcześniej.

Podsumowując, dokumentacja medyczna wychowanków Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Debrznie wskazuje, że nieletni w większości nie otrzymują adekwatnej opieki psychiatrycznej. Ekspertka KMPT w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży wskazała, że w przeważającej części dokumentacji rozpoznanie nie jest poprzedzone wnikliwą analizą sytuacji dziecka lub jest ono zbyt ogólne, co uniemożliwia ocenę prawidłowości zastosowanego leczenia. Dokumentacja medyczna potwierdza ponadto brak jakiegokolwiek współpracy lekarza psychiatry z psychoterapeutą, psychologiem lub innymi specjalistami pracującymi w środowisku nieletniego.

Ekspertka podkreśliła jednoznacznie, że sama farmakoterapia, bez wsparcia psychoterapeutycznego *nie jest w stanie ani zapobiegać, ani „leczyć” procesów demoralizacji dzieci i młodzieży*, a z tą najczęściej mierzą się Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze.

Jak wynika z ekspertyzy, *w większości analizowanych przypadków, u dzieci rozpoznawano zaburzenia aktywności i uwagi z zaburzeniami zachowania, pomimo że pochodziły ze środowisk dysfunkcyjnych, przemocowych, zaniedbujących dzieci. Dane te wskazują raczej na obecność zaburzeń stresowych pourazowych, zaburzeń nastroju wynikających ze złego traktowania, zaburzeń adaptacyjnych, zaburzeń więzi, o powinno wpływać na decyzje dotyczące form działania – przede wszystkim różnych form psychoterapii i dedykowanej farmakoterapii.*

Wobec tak istotnych wątpliwości w zakresie leczenia psychiatrycznego nieletnich, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur będzie monitorował ten problem.

5.3. Brak wsparcia psychoterapeutycznego

Jednym z obszarów działania Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych jest udzielanie wsparcia terapeutycznego nieletnich, którzy go wymagają. Zarówno doświadczenia zgromadzone w trakcie wizytacji⁴ prowadzonych przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur⁵, jak i wyniki kontroli prowadzonej w 2017 roku przez Najwyższą Izbę Kontroli⁶ wskazują, że to zadanie jest w zasadzie nierealizowane.

Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze zatrudniają psychologów, często w liczbie niewystarczającej do zapewnienia adekwatnego wsparcia każdemu nieletniemu, którzy wspomagają jedynie proces wychowawczy. Część wychowanków Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych ma jednak za sobą traumatyczne przeżycia lub poważne deficyty emocjonalne, których rozwiązanie wymaga wsparcia psychoterapeutycznego.

Na konieczność odbywania terapii przez część wychowanków Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Debrznie, wskazywali również lekarze psychiatrzy diagnozujący wychowanków, w związku z występującymi u nich zaburzeniami zachowania lub zaburzeniami psychicznymi.

Dostęp do psychoterapeutów dzieci i młodzieży poza Młodzieżowymi Ośrodkami Wychowawczymi również jest utrudniony. Placówki zlokalizowane poza większymi miastami są nimi dotknięte w największym stopniu, w związku z czym zalecenia formułowane przez lekarzy psychiatrów często pozostają nierealizowane (zob. pkt 6.1. niniejszego raportu).

Konieczne jest zatem poczynienie kroków w celu zwiększenia dostępności psychoterapeutów specjalizujących się w pracy z dziećmi i młodzieżą. Poprzez zwiększenie dostępności należy rozumieć nie tylko finansowanie pomocy psychoterapeutycznej, ale również równomierne objęcie całego kraju systemem opieki psychoterapeutycznej

5.3.1. Brak systemu pracy terapeutycznej z rodziną

Z wieloletniego doświadczenia Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur wynikającego z przeprowadzonych wizytacji Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych wynika, że tego typu placówki nie oferują zwykle systemowego wsparcia w środowisku, z którego pochodzi nieletni. Praca z wychowankiem ogranicza się do działań wychowawczych

⁴ Zob. Raport KMPT z wizytacji w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Józwikowie (KMP.573.4.2019) oraz

⁵ Zob. 4.3. Nieletni z zaburzeniami psychicznymi i intelektualnymi w placówkach resocjalizacyjnych [w:] Nieletni z niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną w miejscach izolacji, Raport Krajowego Mechanizmu Tortur, 2017

⁶ Zob. Informację o wynikach kontroli NIK, Działalność resocjalizacyjna Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych, LSZ.410.004.00.2017

i wsparcia psychologicznego względem jego samego, nie obejmuje natomiast rodziny i najbliższego otoczenia.

Wychowankowie Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych pochodzą nierzadko z rodzin niewydolnych wychowawczo. Nieletni trafiający do placówki, nie jest całkowicie odseparowywany od rodziny, bowiem większości wychowanków przysługuje prawo do urlopów. Nieletni mogą być także odwiedzani w placówce przez swoich bliskich. Utrzymywanie kontaktu z rodziną jest w większości przypadków zjawiskiem pozytywnym, które powinno być wspierane, natomiast w sytuacji, gdy rodzina nie jest w stanie zapewnić odpowiedniego środowiska wychowawczego, może jedynie spowolnić proces wychowawczy prowadzony w placówce.

Prowadzenie oddziaływań wychowawczych i terapeutycznych jedynie wobec nieletniego, w oderwaniu od środowiska z którego pochodzi jest nieefektywne. Wychowanek Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego, po opuszczeniu placówki powróci bowiem do rodziny, w której funkcjonują schematy i wzorce zachowań, które spowodowały, że znalazł się w ośrodku. Niejednokrotnie mogą to być również sytuacje budzące traumatyczne wspomnienia lub urazy, powodujące nawrót problemów, które w warunkach placówki wydawały się być rozwiązane.

Nierzadko, rodzina nieletniego ma pod opieką również inne dzieci, zatem oddziaływania terapeutyczne mogłyby również wspomóc proces wychowawczy kolejnych dzieci, zapobiegając tym samym kształtowaniu się negatywnych zachowań i wzorców u nich.

W trakcie wizytacji Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Debrznie, kadra pedagogiczna podkreślała, że brak systemu pracy z rodziną wychowanków czyni pracę z nieletnimi mniej efektywną. Również jeden z wychowanków przyznał, że chciałby aby w MOW odbywały się spotkania z psychologiem, w których mógłby uczestniczyć wspólnie z mamą, ponieważ ich samodzielne próby komunikacji i rozwiązywania konfliktów kończą się niepowodzeniem.

5.4. Traktowanie nieletnich przez Policję

W trakcie rozmów z nieletnimi, przedstawiciele KMPT pytali również o ich doświadczenia w kontakcie z Policją. Niemal wszyscy nieletni wskazywali, że od momentu zatrzymania do momentu doprowadzenia do jednostki Policji lub Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego mieli na ręce założone kajdanki. Szczególnie niepokojącym był fakt, że nieletni taką praktykę uznawali za normę. Pytani o przyczynę zastosowania wobec nich tego środka przymusu bezpośredniego, nieletni wskazywali, że funkcjonariusz miał poinformować

ich, że ma taki obowiązek. Jeden z wychowanków wskazał, że jego zdaniem musiał być w kajdankach ponieważ ma już skończone 16 lat.

Taka sytuacja, jasno obrazuje nie tylko brak wiedzy wśród samych nieletnich, ale przede wszystkim problem nadużywania środków przymusu bezpośredniego przez funkcjonariuszy Policji.

Doświadczenia Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur wskazują, że kajdanki często stosowane są prewencyjnie, w oderwaniu od ryzyka występującego w konkretnym przypadku. Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w trakcie wizytacji prowadzonych w placówkach dla nieletnich pytają nie tylko o sposób doprowadzenia do MOW, jeśli realizowany był przez funkcjonariuszy Policji, ale wszelkie doświadczenia w kontaktach z Policją. Jeden z wychowanków Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Debrznie przekazał, że funkcjonariusze użyli wobec niego kajdanek gdy miał ok. 10 lat. Niezależnie od przebiegu interwencji o której mowa, trudno wyobrazić sobie, aby dwóch (lub więcej) funkcjonariuszy, nie było w stanie zabezpieczyć prawidłowego toku interwencji przeprowadzanej wobec 10-letniego dziecka, bez użycia kajdanek. Przewaga fizyczna, liczebna oraz fakt przeszkolenia funkcjonariuszy, nie pozwala na przyjęcie, że dziecko w ich obecności mogło stwarzać jakiegokolwiek zagrożenie nich samych lub dla siebie, ani że istniało realne ryzyko ucieczki.

W opinii KMPT profilaktyczne stosowanie kajdanek stwarza ryzyko nadużyć i złego traktowania nieletnich oraz jest (w świetle obowiązujących przepisów) niedopuszczalne. W przypadku prewencyjnego zastosowania środków przymusu bezpośredniego, decyzja o ich użyciu musi każdorazowo opierać się na rzeczywistej i zaktualizowanej ocenie ryzyka.

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego, szczególnie wobec dzieci, może pozostawić trwałe urazy psychiczne. W sytuacjach skrajnych, gdy zatrzymany znajduje się w niewygodnej pozycji przez wiele godzin, taka praktyka może być uznana za poniżające traktowanie. Dlatego też konieczne są systemowe działania ze strony kierownictwa Policji, ukierunkowane na poszanowanie praw człowieka i respektowanie przez funkcjonariuszy zasad konieczności i proporcjonalności. Otrzymywane w całej Polsce sygnały uzasadniają bowiem podejrzenie, że może dochodzić w tym obszarze do nadużyć.

Zgodnie z ustawą o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej, kajdanek można użyć m.in. w celu zapewnienia bezpieczeństwa konwoju lub doprowadzenia oraz prewencyjnie, w celu zapobieżenia ucieczce i objawom agresji lub autoagresji⁷. Niezależnie jednak od

⁷ Zob. art. 11 pkt. 9, 1-11, 13 i 14; art. 13 ust. 1, art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 2418).

powodów stosowania, ich użycie powinno mieć charakter indywidualny, być proporcjonalne do stopnia zagrożenia i niezbędne, dla osiągnięcia celu określonego w ustawie. Wybierając środek przymusu bezpośredniego funkcjonariusz powinien wybrać ten, który wywołuje jak najmniejszy poziom dolegliwości u zatrzymanego⁸.

Art. 9 ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej, ogranicza co do zasady możliwość użycia środków przymusu bezpośredniego w stosunku do kobiet w ciąży, dzieci poniżej 13 roku życia oraz osób z niepełnosprawnością. Na gruncie tego przepisu, użycie innego niż siła fizyczna środka przymusu bezpośredniego, dopuszczalne jest jedynie *gdy zachodzi konieczność odparcia bezpośredniego, bezprawnego zamachu na życie lub zdrowie uprawnionego lub innej osoby, a użycie siły fizycznej wobec osoby, o której mowa w ust. 1, jest niewystarczające lub niemożliwe*⁹. Ustawodawca wykluczył zatem możliwość prewencyjnego stosowania środków przymusu bezpośredniego innych niż siła fizyczna, wobec nieletnich.

KMPT chciałby przywołać w tym miejscu również standardy międzynarodowe dotyczące analizowanej problematyki. Zgodnie z zaleceniami SPT stosowanie wszelkich środków bezpieczeństwa (w tym kajdanek) powinno być oparte na indywidualnej ocenie ryzyka, realizowanej na podstawie jasnych i określonych proceduralnie kryteriów. Kajdanki i inne instrumenty przymusu powinny być stosowane tylko wtedy, gdy nie jest dostępna lżejsza forma kontroli rzeczywistego ryzyka i usuwane tak szybko, jak to możliwe. Kajdanki nie powinny być stosowane z uwagi na status osoby pozbawionej wolności, ani też jako środek dyscyplinujący¹⁰.

Profilaktyczne stosowanie kajdanek w czasie transportu zatrzymanych krytykuje również CPT¹¹. W jego ocenie kajdanki nie powinny być stosowane jako zasada w czasie transportu (najlepiej, by konwojowani byli przewożeni w bezpiecznych furgonetkach, co eliminuje konieczność zakładania kajdanek podczas podróży)¹². Ich użycie powinno być

⁸ Zob. art. 6 ust. 1 w zw. z art. 12 ust. 1 pkt 2 lit. a) ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej.

⁹ Zob. art. 9 ust. 2 ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej.

¹⁰ Zob. Raport SPT z wizyty w Chile, CAT/OP/CHL/1, § 44-46; Raport SPT z wizyty w Rumunii, CAT/OP/ROU/1, § 104-105; Raporty SPT z wizyt na Ukrainie: CAT/OP/UKR/3, § 84; CAT/OP/UKR/1, § 12 i 132; Raport SPT z wizyty w Nowej Zelandii, CAT/OP/NZL/1, § 110-112; Raport SPT z wizyty w Brazylii, CAT/OP/BRA/3, § 16.

¹¹ Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 13; Raport CPT z wizyty na Cyprze, CPT/Inf (2018) 16, § 15; Raport CPT z wizyty w Holandii, CPT/Inf (2017) 1, § 13; Raport CPT z wizyty w Belgii, CPT/Inf (2018) 8, § 18; Raport CPT z wizyty w Hiszpanii, CPT/Inf (2017) 34, § 8; Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii, CPT/Inf (2017) 9, § 14; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 53; Raport CPT z wizyty na Gibraltarze, CPT/Inf (2015) 40, § 11; Raport CPT z wizyty w Rosji, CPT/Inf (2013) 41, § 28; Raport SPT z wizyty w Chile, CAT/OP/CHL/1, § 45-46.

¹² Zob. Transport of detainee, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24, pkt. 3. Security measures; Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2007) 40, § 101; Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii, CPT/Inf (2006) 28,

uzasadnione oceną ryzyka w konkretnym przypadku, kiedy ich zastosowanie wydaje się absolutnie konieczne. Powinny być wówczas stosowane w sposób, który eliminuje ryzyko zranienia osoby konwojowanej¹³.

O tym, że kajdanki nie powinny być stosowane automatycznie podczas każdego transferu zatrzymanych, mówią też eksperci z Uniwersytetu w Essex. Zwracają oni uwagę na konieczność przeciwdziałania ewentualnym fizycznym uszczerbkom pasażerów, które mogą wystąpić, gdy są oni skuci, a pojazd hamuje lub ulegnie wypadkowi. Stosowanie kajdanek ogranicza bowiem zdolność zatrzymanych do ochrony przed upadkiem¹⁴.

Problem nadużywania kajdanek w stosunku do nieletnich doprowadzanych do Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych był sygnalizowany w styczniu 2020 r. w Wystąpieniu Generalnym Skierowanym do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji¹⁵.

W odpowiedzi na Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji wskazał m.in. że *każdorazowo dokonanie oceny stopnia zagrożenia i podjęcie decyzji w przedmiocie zastosowania kajdanek wobec określonych kategorii osób spoczywa na policjancie i pozostaje w sferze jego uznaniowości. (...) Należy mieć na uwadze, iż niewłaściwa ocena ryzyka i w jej efekcie odstąpienie od zastosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci kajdanek, może przyczynić się do ucieczki osoby zatrzymanej, zagrażając bezpieczeństwu jej samej i osób postronnych, a tym samym narażając funkcjonariusza Policji na zarzut niedopełnienia obowiązków służbowych.*

Argumentacja przytoczona przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, wskazuje na błędną identyfikację problemu w obszarze stosowania środków przymusu bezpośredniego. Uzasadnienie stosowania środków przymusu bezpośredniego, obawą funkcjonariusza przed ponoszeniem odpowiedzialności z tytułu niedopełnienia obowiązków służbowych, mogłoby w zasadzie prowadzić do przyjęcia, że środki przymusu bezpośredniego mogą być stosowane bez ograniczeń. Potencjalnie, ryzyko ucieczki istnieć może niemal w każdym przypadku, co samo w sobie nie uzasadnia jednak zastosowania środków przymusu bezpośredniego.

§ 23; Raport CPT z wizyty na Węgrzech, CPT/Inf (2006) 20, § 126; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 53.

¹³ Zob. Transport of detainee, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24, pkt. 3. Security measures; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 53.

¹⁴ Zob. Essex paper 3 Initial guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules, Penal Reform International Head Office i Human Rights Centre University of Essex, February 2017, Use of restraints, s. 57.

¹⁵ Wystąpienie Generalne RPO do MSWiA ws. nadużywania kajdanek przez policję (KMP.570.29.2019).

Doświadczenia Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur niezbicie dowodzą, że środek przymusu bezpośredniego w postaci kajdanek jest stosowany nadmiernie. Świadczyć może o tym między innymi przywołany wcześniej przypadek zastosowania kajdanek wobec dziecka. W trakcie wizytacji Komisariatów oraz Komend Policji, przedstawiciele KMPT niejednokrotnie zmuszeni byli prosić funkcjonariuszy o zdjęcie osobom zatrzymanym kajdanek przed rozpoczęciem indywidualnych rozmów. Przedstawiciele KMPT byli świadkami sytuacji, w których kajdanki stosowane były wobec zatrzymanych w trakcie ich pobytu w budynku Komisariatu lub Komendy. Warto wskazać, że w znacznej części jednostek poruszanie się pomiędzy kolejnymi częściami budynku wymagało użycia karty magnetycznej, którą posiadają jedynie funkcjonariusze. Ponadto, funkcjonariusze wskazywali na ryzyko ucieczki również w sytuacji, gdy rozmowy z zatrzymanymi odbywały się w pomieszczeniu zlokalizowanym na drugim piętrze budynku lub pomieszczeniu, którego okna zabezpieczone były kratami.

W opinii Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, tak powszechne stosowanie środków przymusu bezpośredniego, może wskazywać na niewystarczający poziom szkolenia funkcjonariuszy. Oczywistym jest, że ocena konieczności zastosowania środków przymusu bezpośredniego w konkretnej sytuacji powinna być każdorazowo dokonywana przez funkcjonariusza prowadzącego czynności. Środki przymusu bezpośredniego, nie mogą być jednak stosowane rutynowo. To wysoki poziom wyszkolenia funkcjonariuszy, ich kompetencje oraz doświadczenie, nie zaś środki przymusu bezpośredniego, winny być głównym czynnikiem zabezpieczającym prawidłowy tok interwencji.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Opieka psychologiczna i terapeutyczna

W Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Debrznie zatrudnione są dwie psycholożki, co biorąc pod uwagę pojemność placówki, tj. 135 miejsc, jest liczbą niewystarczającą. W czasie wizytacji, każda z psycholożek miała pod swoją opieką ponad 50 wychowanków; potencjalnie może być ich niemal 70.

W tym miejscu należy wskazać, że wymiar czasu pracy z wychowankami wynosi 22 godziny tygodniowo. Takie obciążenie obowiązkami uniemożliwia w praktyce efektywną pracę indywidualną ze wszystkimi wychowankami, którzy mogą potrzebować wsparcia psychologicznego. Należy również pamiętać, że dużą część pracy psychologa stanowią spotkania grupowe lub warsztaty, które także angażują go czasowo niezależnie od indywidualnych potrzeb konkretnych osób.

Dodatkowo, jedna z psychologek wykonuje również zadania związane z koniecznością uzyskania dla wychowanków niezbędnych orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego. Problem ich braku, w sposób nieuzasadniony obciąża ośrodek, do którego wychowankowie powinni przybywać posiadając już niezbędną dokumentację. Niemniej, uzyskanie wspomnianych orzeczeń wymaga jedynie czynności czysto formalnych. Psycholog nie wykorzystuje w tym celu posiadanej przez siebie specjalistycznej wiedzy. Szczególnie w przypadku nadmiernej ilości obowiązków związanej ze zbyt dużą w stosunku do liczby psychologów liczbą wychowanków, warto rozważyć przekazanie wykonywania obowiązków, które nie wymagają specjalistycznej wiedzy pracownikom administracyjnym. Dzięki temu możliwe będzie pełne wykorzystanie kompetencji psychologów zatrudnionych w placówce oraz zagwarantowane szerzej pomocy wychowankom placówki.

Kontakt z psychologiem, poza wsparciem emocjonalnym, może ujawnić tortury i nieludzkie traktowanie i przyczynić się do ich właściwego udokumentowania. O kluczowej roli odpowiedniego wsparcia psychologicznego i prawidłowej diagnozy mówi *Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania* nazywany również Protokołem Stambulskim. Zawiera on praktyczne wskazówki przydatne w pracy m.in. psychologa, odnoszące się zarówno do możliwych objawów występujących u osób które doświadczyły tortur czy innych traumatycznych przeżyć w przeszłości, jak i wytyczne dot. diagnozowania oraz pracy z taką osobą.

Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Debrznie nie zatrudnia psychoterapeutów. Jak wskazano w części poświęconej problemom systemowym, jednym z kluczowych problemów w kwestii ochrony zdrowia psychicznego jest często brak jakichkolwiek oddziaływań terapeutycznych względem nieletnich przed zastosowaniem farmakoterapii. Próby regulacji zachowania nieletniego ograniczają się często do rozmowy z psychologiem, która nie wyjaśnia przyczyn danego zachowania, ale polega na poinformowaniu wychowanka o konsekwencjach dalszego postępowania wbrew zasadom. Warto dodać, że trwała zmiana zachowania nie może ponadto nastąpić u nieletniego w wyniku odbycia doraźnej rozmowy z psychologiem.

W przeważającej części dokumentacji medycznej wychowanków wizytowanej placówki, którzy byli hospitalizowani na oddziałach psychiatrycznych znajdowało się zalecenie wskazujące na konieczność korzystania przez wychowanka z określonej formy psychoterapii. W tych przypadkach, taka potrzeba została zidentyfikowana w związku z poważnymi oraz widocznymi zaburzeniami zachowania. W placówce przebywają także inni wychowankowie

nie wymagający hospitalizacji, w stosunku do których konieczna byłaby pogłębiona praca terapeutyczna. Co więcej, warto podkreślić, że konieczność hospitalizacji może być pokłosiem niezapewnienia adekwatnej opieki terapeutycznej na wcześniejszym etapie zaburzeń obserwowanych u wychowanka.

Potrzebę objęcia części wychowanków zindywidualizowaną opieką terapeutyczną potwierdziła również psycholog pracująca w placówce. Należy jednak przypomnieć, że żadna z psycholożek nie posiada uprawnień do prowadzenia terapii, zatem spotkania realizowane w ośrodku nie mają charakteru psychoterapii.

Sformułowane w dokumentacji z leczenia szpitalnego zalecenia o konieczności objęcia wychowanków indywidualną bądź grupową psychoterapią nie są realizowane.

W związku z brakiem psychoterapeuty w samym ośrodku, konieczne jest skorzystanie z usług placówki zewnętrznej w celu zapewnienia wychowankom odpowiedniej, regularnej psychoterapii. W przypadku braku możliwości realizowania spotkań w najbliższej okolicy z uwagi na brak specjalistów w zakresie psychoterapii dzieci i młodzieży, koniecznym jest stworzenie w ośrodku przestrzeni do odbywania indywidualnych, poufnych rozmów z psychoterapeutą w formie zdalnej, poprzez komunikator internetowy (wideokonferencje).

6.2. Zabezpieczenie okien kratami

W trakcie wizytacji ustalono, że w oknach budynku zamontowane są kraty.

Ze względu na wychowawczy, a nie penitencjarny charakter Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych, montaż krat w oknach nie znajduje uzasadnienia. Pogłębiają one jedynie rygorizm takiej placówki oraz mogą budzić skojarzenia z systemem więziennym, niwecząc tym samym starania kadry o zapewnienie wychowankom bezpiecznej atmosfery wspierającej proces wychowawczy.

Krytyczne uwagi dotyczące obecności krat w jednym z MOW zgłaszał Rzecznik Praw Dziecka, którego przedstawiciele wizytowali Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Ostrowcu Św., w dniach 18-19 września 2017 r. Rzecznik podkreślił m.in., że kraty w oknach *stwarzają zagrożenie dla zdrowia młodzieży w szczególności w sytuacjach wystąpienia niekontrolowanych zdarzeń, takich jak np. pożar*¹⁶. Zalecił wówczas Dyrektorowi placówki ich usunięcie¹⁷.

¹⁶ Zob. Informacja o wynikach badania stanu przestrzegania praw dziecka przeprowadzonej w dniach 18-19 września 2017 r., z dnia 11 grudnia 2017 r., s. 4.

¹⁷ Tamże, zalecenie nr 14, s. 59.

Warto w tym miejscu odwołać się też do standardów CPT, który wskazał, że dobrze zaprojektowany ośrodek detencyjny dla nieletnich powinien zapewniać pozytywne i spersonalizowane warunki detencji młodych osób pozbawionych wolności. *Miejsca, w których młode osoby śpią i prowadzą aktywność życiową powinny być – oprócz odpowiedniej wielkości, oświetlenia i wentylacji – właściwie umeblowane, dobrze urządzone i dostarczać odpowiednich wrażeń wzrokowych. Młodym ludziom powinno się pozwolić na przechowywanie rozsądnej ilości rzeczy osobistych, jeśli przeciwko temu nie przemawiają przeważające względy bezpieczeństwa*¹⁸.

Odnosząc się do względów bezpieczeństwa należy wskazać, że w okresie przed pandemią COVID-19 wychowankowie mogli korzystać z czasu na świeżym powietrzu poza placówką bez nadzoru wychowawców, a część wychowanków uczestniczy w praktykach, na które docierają samodzielnie, również transportem publicznym. Ta pozytywna praktyka, wskazująca na dużą dozę zaufania jaką personel placówki obdarza wychowanków, jednocześnie dowodzi bezcelowości utrzymywania okratowania w oknach.

W związku z powyższych KMPT zaleca demontaż krat w całej placówce.

6.3. System szkolenia kadry, superwizja

Z informacji uzyskanych w trakcie wizytacji wynika, że pracownicy placówki co do zasady mają możliwość uczestniczenia w szkoleniach i podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych.

KMPT rekomenduje, by z uwagi na specyfikę pracy w placówce, zwrócić dodatkowo uwagę na konieczność zapoznania całego personelu pedagogicznego z opisanym powyżej rekomendowanym przez ONZ - *Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół Stambulski)*. Zawiera on praktyczne informacje, adresowane między innymi do personelu medycznego i psychologów, w zakresie metod tortur, ich objawów, sposobów identyfikacji, realizacji badania medycznego i dokumentowania śladów przemocy. Skupia się również na barierach psychologicznych mogących pojawić się w relacjach z ofiarami oraz kwestiach etycznych (w tym etyce lekarskiej). To opracowanie może być przydatne w pracy nie tylko pielęgniarek czy psychologów ale również wychowawców.

¹⁸ Zob. Dziewiąty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (99) 12, § 29-30.

Stosowanie powyższego dokumentu rekomenduje SPT, podkreślając, że jest on niezbędnym narzędziem w wykrywaniu, dokumentowaniu i zgłaszaniu tortur i jako taki zniechęca do ich stosowania¹⁹.

Z uwagi na częste występowanie sytuacji trudnych w relacjach z nieletnimi oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, większy nacisk należy położyć również na regularne szkolenia z zakresu: międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka (w tym praw dziecka) i prewencji tortur, komunikacji interpersonalnej, sposobów rozwiązywania sytuacji konfliktowych bez użycia siły, sposobów radzenia sobie ze stresem, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Koniecznym jest również zapewnienie pracownikom regularnej superwizji prowadzonej przez psychoterapeutę posiadającego odpowiednie uprawnienia.

Odpowiednio prowadzona superwizja daje pracownikom możliwość przeanalizowania i wypowiedzenia swoich lęków, wątpliwości czy frustracji przez kadrę jest warunkiem koniecznym do długoterminowego poprawnego świadczenia pracy w placówce jaką jest Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy. Przede wszystkim psychologowie pracujący w Ośrodku powinni regularnie korzystać z superwizji indywidualnych. Inni pracownicy (w tym nauczyciele) mogą korzystać regularnie z superwizji grupowej, a w razie potrzeby – indywidualnej. Specyfika pracy w takim ośrodku powoduje, że osoby sprawujące opiekę nad nieletnimi narażone są na silne emocje i trudne sytuacje, które w perspektywie czasu mogą eskalować i powodować obniżenie efektywności pracy. Brak objęcia pracowników wsparciem psychologa, szczególnie w formie superwizji indywidualnych oraz grupowych, może spowodować szybsze wypalenie zawodowe, a w konsekwencji negatywnie wpłynąć na funkcjonowanie ośrodka. Stworzenie w ramach spotkań z terapeutą przestrzeni dla wymiany myśli, poglądów oraz wątpliwości, przyczynia się istotnie do rozładowania napięć powstałych w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych oraz wzmacnia samych pracowników. Takie spotkania mogłyby przyczynić się również do polepszenia relacji pomiędzy personelem, co w rezultacie może mieć bezpośrednie przełożenie na jakość jego pracy i poziom sprawowanej opieki nad wychowankami.

Należy podkreślić, że opisanego powyżej celu nie realizują spotkania rady pedagogicznej, czy zebrania pracowników, ponieważ do osiągnięcia pożądanego efektu konieczna jest moderacja spotkania przez psychoterapeutę posiadającego odpowiednie kwalifikacje.

¹⁹ Tamże, § 63.

W związku z powyższym Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rekomenduje zapewnienie pracownikom regularnych szkoleń z zakresu komunikacji interpersonalnej, sposobów rozwiązywania konfliktów, zarządzania stresem, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz zapoznanie pracowników z *Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół Stambulski)*. Ponadto, KMPT zaleca objęcie pracowników regularną superwizją grupową oraz indywidualną, prowadzoną przez certyfikowanego psychoterapeutę.

Zalecenia

Na podstawie art. 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania* Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

I. Dyrektorowi Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Debrznie:

1. Zatrudnienie dodatkowego psychologa.
2. Rozważenie przeniesienia wykonywania obowiązków związanych z uzyskaniem zaświadczenia o potrzebie kształcenia specjalnego z psychologów na pracowników administracyjnych, w celu umożliwienia psychologom zatrudnionym w ośrodku intensywniejszej pracy z wychowankami, w zgodzie z ich kwalifikacjami.
3. Zatrudnienie psychoterapeuty bądź nawiązanie współpracy zewnętrznym ośrodkiem psychoterapii dzieci i młodzieży, celem objęcia opieką psychoterapeutyczną wychowanków, wobec których lekarze psychiatry skierowali takie zalecenia oraz innych nieletnich, którzy będą w przyszłości wymagali odbycia terapii indywidualnej bądź grupowej.
4. Przygotowanie stanowiska komputerowego, w miejscu umożliwiającym odbywanie spotkań z psychoterapeutą w formie zdalnej w warunkach intymności i poufności.
5. Demontaż krat okiennych.
6. Zapoznanie personelu placówki z *Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół Stambulski)* i wykorzystywanie zawartych tam wskazań w codziennej pracy.

7. W przypadku ujawnienia śladów przemocy fotografowanie ich w sposób uwidaczniający twarz wychowanka oraz umieszczanie fotografii w jego dokumentacji medycznej.
8. Zapewnienie personelowi, w szczególności psychologom, regularnej superwizji indywidualnych oraz grupowych prowadzonej przez certyfikowanego psychoterapeutę.
9. Rozszerzenie oferty szkoleniowej o szkolenia z zakresu komunikacji interpersonalnej, sposobów rozwiązywania sytuacji konfliktowych bez użycia siły, sposobów radzenia sobie ze stresem, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

II. Staroście Człuchowskiemu:

1. Udzielenie dyrekcji MOW finansowego wsparcia w realizacji powyższych zaleceń, wymagających nakładów pieniężnych.