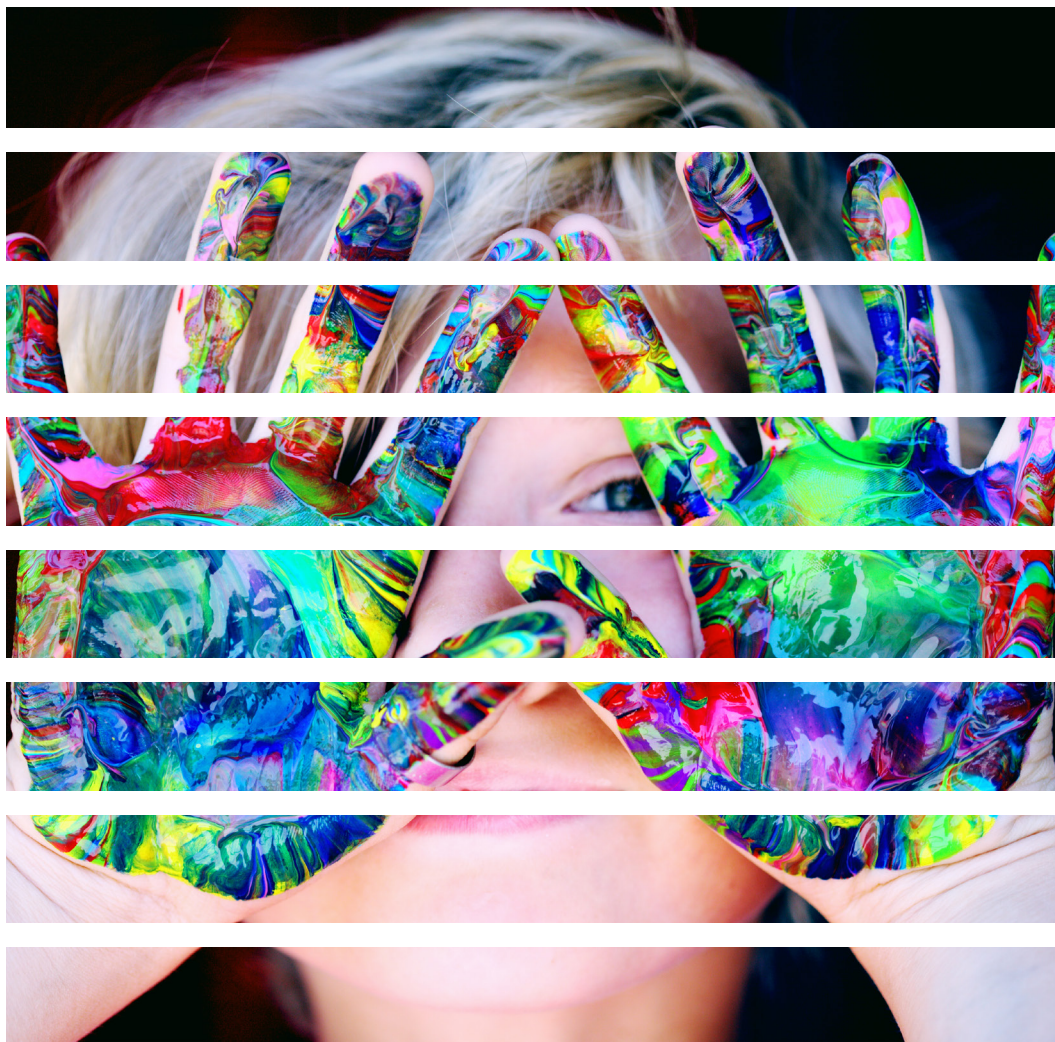




RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH



Nieletni z niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną w miejscach izolacji

RAPORT KMPT

Nieletni z niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną w miejscach izolacji

**RAPORT KRAJOWEGO MECHANIZMU PREWENCJI TORTUR,
NIELUDZKIEGO, PONIŻAJĄCEGO TRAKTOWANIA LUB KARANIA**



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Nieletni z niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną w miejscach izolacji
Raport z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur,
Nieludzkiego, Poniżającego Traktowania lub Karania

Opracowanie:

Justyna Józwiak
Jolanta Paruszkiewicz
Marek Konopczyński

Redakcja:

Justyna Józwiak
Przemysław Kazimirski
Hanna Machińska

Wydawca:

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa
www.rpo.gov.pl

Infolinia obywatelska: 800 676 676

ISBN 978-83-65029-47-8

Oddano do składu w lipcu 2020 r.

Podpisano do druku w sierpniu 2020 r.

Nakład: 200 egz.

*Publikacja jest dostępna na licencji Creative Commons:
Uznanie autorstwa - Na tych samych warunkach (CC BY-SA)
foto: Sharon McCutcheo, Pexels*

Projekt, opracowanie DTP, korekta, druk i oprawa:
Pracownia C&C sp. z o.o.
www.ccp.com.pl

Wprowadzenie	5
1. Aktywność Rzecznika Praw Obywatelskich w zakresie poprawy sytuacji psychiatrii dzieci i młodzieży	6
2. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, Nieludzkiego, Poniżającego Traktowania lub Karania	14
3. Dylematy psychiatrii dzieci i młodzieży. Z własnego doświadczenia	17
3.1. Personel oddziałów psychiatrii dzieci i młodzieży.....	18
3.2. Profilaktyka zaburzeń i chorób psychicznych u dzieci i młodzieży.....	20
3.3. Dostępność usług psychiatrycznych.....	22
3.4. Warunki badania.....	22
3.5. Diagnoza.....	23
3.6. Dyktat ekonomiczny.....	23
3.7. Co może pomóc?.....	25
4. Nieletni z niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną w miejscach izolacji – monitoring Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur	27
4.1. Oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w psychiatrii ogólnej.....	31
4.1.1. Ramy prawne.....	32
4.2. Oddziały psychiatryczne dla nieletnich w psychiatrii sądowej.....	43
4.3. Nieletni z zaburzeniami psychicznymi i intelektualnymi w placówkach resocjalizacyjnych.....	89
4.4. Rekomendacje.....	117
5. Wyzwania i zagrożenia w pracy resocjalizacyjnej z nieletnimi. Rozważania teoretyczne	121
Załączniki	132
Zdjęcia	140

Rzecznik Praw Obywatelskich i Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur wyrażają głębokie zaniepokojenie sytuacją dzieci i młodzieży chorych i zaburzonych psychicznie. Opieka psychiatryczna dzieci przebywających w oddziałach psychiatrycznych, szczególnie sądowych jest bardzo zła. Specjalnej troski wymagają dzieci przebywające w placówkach opiekuńczych i resocjalizacyjnych, często pozbawione opieki najbliższych. Wizytacje KMPT ujawniły, że w oddziałach psychiatrycznych duży odsetek (nawet 50%) stanowią pacjenci, którzy wcześniej byli w wychowankami domów dziecka lub placówek wychowawczych. Doświadczyli oni w swym życiu wiele krzywd i w związku z tym wymagają w pełni zindywidualizowanej opieki leczniczo-terapeutycznej. Podobnie trudna sytuacja jest w placówkach resocjalizacyjnych, w których z roku na rok rośnie liczba wychowanków wymagających opieki psychiatrycznej i farmakoterapii psychiatrycznej.

Detencja dzieci na oddziałach psychiatrycznych jest nadużywana. Domy dziecka i placówki resocjalizacyjne, które nie radzą sobie z nieletnimi wymagającymi szczególnej uwagi starają się znaleźć im inne miejsce. Jednym ze sposobów jest wnioskowanie do sądu o umieszczenie na oddziale psychiatrycznym, ponieważ sami nie mają warunków i personelu odpowiednio wykwalifikowanego do pracy z wychowankami z zaburzeniami. Zarówno personel szpitali, jak i placówek dla nieletnich nie ma odpowiednich narzędzi do pracy, w tym utrzymywania dyscypliny. Prawo nie chroni bezpieczeństwa i prywatności nieletnich w sposób wystarczający. W szpitalach i placówkach dochodzi do nadmiernych kontroli osobistych, wyprowadzania na spacer dzieci w kaftanach bezpieczeństwa, stosowania poniżających kar, stosowania środków przymusu bezpośredniego w sposób nieludzki i poniżający. Brak odpowiedniego finansowania powoduje, że nieletni przebywają w trudnych warunkach materialnych, na wszystko brakuje pieniędzy. Nie zapewnia im się odpowiedniego finansowania na realizację obowiązku szkolnego. Nie ma miejsc na oddziałach psychiatrii dziecięcej, nie ma specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, nie ma też nowoczesnych leków psychiatrycznych dedykowanych pacjentom tej grupy wiekowej.

W ocenie RPO oraz KMPT taki stan prowadzi do nieludzkiego i poniżającego traktowania dzieci umieszczanych na oddziałach psychiatrycznych, w szczególności wśród populacji pacjentów sądowych oddziałów psychiatrycznych.

1. Aktywność Rzecznika Praw Obywatelskich w zakresie poprawy sytuacji psychiatrii dzieci i młodzieży.

Kryzys systemu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży od dłuższego czasu jest problemem w skali kraju. Niewydolność państwa w kreowaniu i koordynowaniu polityki zdrowotnej prowadzi do zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego tej grupy pacjentów. Czas oczekiwania na planową wizytę dziecka u psychiatry lub psychologa wynosi kilka miesięcy. Na planowe przyjęcie do oddziału całodobowego trzeba czekać od kilku miesięcy do ponad roku, podobnie jak na przyjęcie do oddziału dziennego lub oddziału nerwic. Przykładowo obłożenie oddziałów psychiatrii dzieci i młodzieży w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym wynosi 180%, a w Instytucie Psychiatrii i Neurologii – 150%¹. Trudności występują nie tylko w województwie mazowieckim, lecz także w wielu innych. W podlaskim w Specjalistycznym Psychiatrycznym Samodzielnym Publicznym ZOZ w Suwałkach jest tylko jeden lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, a najbliższy podmiot leczniczy dysponujący stacjonarnym oddziałem dzieci i młodzieży znajduje się w oddalonym o 200 km Olsztynie. Brak miejsc i lekarzy specjalistów to jednak nie jedyny problem.

Rzecznik Praw Obywatelskich wiele razy podejmował interwencje w zakresie poprawy sytuacji psychiatrii dzieci i młodzieży, nagłaśniał sprawę podczas wielu publicznych wystąpień i wydażeń, a także kierował wystąpienia do organów państwa.

Pod koniec 2018 r. RPO zwrócił się do Ministra Zdrowia o podjęcie pilnych działań zaradczych na rzecz zapewnienia najmłodszym pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży. Jednocześnie RPO przyłączył się do apelu dr hab. n. med. Barbary Remberek – Konsultantki Krajowej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, która w dniu 17 grudnia 2018 r. wystosowała do Ministra Zdrowia apel, o pilne podjęcie działań zmierzających do zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w stanie zagrożenia życia oraz o zwiększenie poziomu finansowania szpitalnej i ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży. Konieczne jest bowiem bezzwłoczne wdrożenie działań, które w krótkim czasie wpłyną na poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii dla dzieci i młodzieży².

W odpowiedzi Minister Zdrowia poinformował, że w celu wprowadzenia zmian w opiece psychiatrycznej skierowanej do dzieci i młodzieży, powołał *Zespół do spraw zdrowia psychicznego*

¹ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rpo-najmlodsi-moga-stracic-w-gdansk-prawo-do-szpitalnej-opieki-psychiatrycznej>

² Wystąpienie generalne do Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2018r.: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyst%C4%85pienie%20do%20Ministra%20Zdrowia%20w%20sprawie%20psychiatrii%20dzieciej.pdf>

dzieci i młodzieży, w skład którego wchodzi najlepsi eksperci i praktycy w tej dziedzinie. Zadaniem zespołu jest przygotowanie koncepcji nowego modelu opieki psychiatrycznej, który powinien opierać się o nowe zdefiniowanie ról poradni psychologiczno-pedagogicznych w systemie oświaty oraz stopniową zmianę systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego. Podstawą planowanego modelu powinny być poradnie psychologiczno-pedagogiczne, które w razie potrzeby mogłyby zasięgać pomocy ze strony specjalistów. Wspomniał ponadto, że obecnie trwają prace nad przygotowaniem projektu zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1386, z późn. zm.)³.

RPO zwrócił także uwagę na brak systemowych rozwiązań odnośnie zakresu oraz form wsparcia dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością dotkniętych kryzysem psychicznym, które po uzyskaniu pełnoletności i opuszczeniu placówki leczniczej dla nieletnich nadal wymagają kompleksowego i specjalistycznego wsparcia, a rodzina nie jest w stanie zapewnić im stosownej opieki i terapii. Wystąpienie generalne w tej sprawie zostało skierowane do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej⁴ oraz Ministra Zdrowia⁵.

Każdy z resortów przedstawił oddzielne, lecz zbieżne odpowiedzi. Wskazano w nich, że w zależności od stanu zdrowia osoby te mają możliwość korzystania z instytucji pomocy społecznej (takich jak domy pomocy społecznej, środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, mieszkania chronione) lub podmiotów systemu ochrony zdrowia, realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych.

Minister Zdrowia podkreślił, że wśród zadań wymienionych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, za szczególnie istotne uznaje się upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej m.in. poprzez tworzenie warunków do rozwoju Centrów Zdrowia Psychicznego. Stopniowe przechodzenie z modelu „azyłowego”, opierającego się na izolowaniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w dużych szpitalach psychiatrycznych na model środowiskowy, jest zgodne z kierunkami reform psychiatrii dokonywanymi się w państwach rozwiniętych⁶.

Innym problemem, na który zwrócił uwagę RPO, jest brak odpowiedniej regulacji prawnej warunków transportowania nieletnich do szpitali psychiatrycznych i innych zakładów leczniczych, skierowanych tam na podstawie orzeczeń sądu. W dniu 5.11.2018 r. RPO przedstawił

³ Odpowiedź Ministra Zdrowia z dnia 11.01.2019 r.: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Odpowiedz%20C5%BA%20Ministra%20Zdrowia%2011.01.2019.pdf>

⁴ Wystąpienie generalne do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6.11.2018 r.: https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wystapienie_RPO_do_MRPiPS_ws_braku_wsparcia_dla_dzieci_w_kryzysie_psychicznym_po_uzyskaniu_pelnoletnosci_06.11.2018.pdf

⁵ Wystąpienie generalne do Ministra Zdrowia z dnia 31.01.2019 r.: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyst%20C4%85pie-nie%20do%20Ministra%20Zdrowia%20ws.%20braku%20wsparcia%20dla%20dzieci%20w%20kryzysie%20psychicznym%20po%20osi%20C4%85gni%20C4%99ciu%20pe%20C5%82noletno%20C5%9Bci.pdf>

⁶ <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Odpowiedz%20C5%BA%20MZ%2018.02.2019.pdf>

problem Ministrowi Zdrowia⁷, który wskazał, że właściwym do zajęcia się tym tematem jest Minister Sprawiedliwości⁸. W związku z powyższym 2.01.2019 r. RPO przekazał analogiczne pismo do Ministra Sprawiedliwości⁹, które do chwili obecnej pozostaje bez odpowiedzi¹⁰.

W marcu 2019 r. podczas konferencji „Rzecznik Praw Pacjenta rzecznikiem polskiej psychiatrii” zorganizowanej z inicjatywy Bartłomieja Chmielowca, rzecznika praw pacjenta, RPO podkreślił, że priorytetem w dyskusji w obszarze psychiatrii winien być stan psychiatrii dziecięcej. Zdaniem RPO, należy podjąć wszystkie możliwe działania, aby ten problem rozwiązać, gdyż najmłodszy pacjenci, którzy nie mają dostępu do fachowej porady i są pozostawieni sami sobie w wielu sytuacjach, wymagają aktywnego wsparcia ze strony państwa. Jak podkreślił RPO, psychiatria dziecięca to tylko część problemów. Konieczne jest także zwiększenie dostępu do pedagogów i psychologów szkolnych. Jest to ważne szczególnie w obecnej sytuacji. Statystyki dotyczące samobójstw nastolatków w Polsce są bowiem bardzo niepokojące, co jest konsekwencją zaniedbywania pomocy psychicznej najmłodszym¹¹.

W kwietniu 2019 r. RPO zasygnalizował Ministrowi Zdrowia problem radykalnego obniżania przez Narodowy Fundusz Zdrowia wartości kontraktów (często nawet o 65% w porównaniu do roku poprzedniego) z placówkami udzielającymi świadczeń w warunkach środowiskowych i ambulatoryjnych w wielu województwach (problem dotyczył m.in. poradni psychologicznych, zespołów leczenia środowiskowego, dziennych oddziałów psychiatrycznych). Niektóre decyzje Narodowego Funduszu Zdrowia, np. zmniejszenia finansowania na realizację świadczeń w rodzaju *opieka psychiatryczna leczenie uzależnień*, pozbawiło możliwości świadczenia usług z zakresu leczenia środowiskowego (domowego). Tymczasem lekarze specjaliści podkreślają, że w pracy nad zdrowiem psychicznym w środowisku, najważniejsza jest ciągłość i indywidualizowanie usług w stosunku do potrzeb pacjenta, jak również koordynacja działań w jednolitym procesie zdrowienia, zaufanie oraz więź pomiędzy pacjentem, a prowadzącym go lekarzem psychiatrą. Tak radykalne obniżenie wysokości kontraktów może doprowadzić do zapaści realizacji świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień dla najbardziej potrzebujących i najstarszych pacjentów, którzy dodatkowo niejednokrotnie borykają się z niesamodzielnością, współistniejącą z określonego rodzaju schorzeniami psychicznymi lub uzależnieniem. Jak podkreśla RPO, zaistniała sytuacja stwarza

⁷ <https://www.rpo.gov.pl/content/transport-nieletnich-do-szpitali-psychiatrycznych-rzecznik-prosi-ministra-zdrowia-o-zaj%C4%99cie>

⁸ Odpowiedź Ministra Zdrowia z dnia 27.11.2018 r.: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Odp.%20MZ%20ws%20transportu%20nieletnich%20do%20szpitali%20psychiatrycznych%2027%20listopada%202018.pdf>

⁹ Wystąpienie generalne do Ministra Sprawiedliwości z dnia 2.01.2019 r.: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyst%C4%85pienie%20do%20MS%20w%20sprawie%20transportu%20nieletnich%20do%20szpitali%20psychiatrycznych.pdf>

¹⁰ Szerzej na ten temat w dalszej części raportu.

¹¹ <https://www.rpo.gov.pl/content/%E2%80%9Epowinni%C5%9Bmy-krzywe%C4%87-o-stanie-psychiatrii-dzieci%C4%99cej%E2%80%9D-%E2%80%93-rpo-na-konferencji-rzecznika-praw-pacjenta>

zagrożenie dla zdrowia pacjentów ze względu na ograniczenie dostępności do świadczeń, zaś w przypadku leczenia farmakologicznego, rodzi ryzyko jego przerwania i gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia¹².

W kolejnym wystąpieniu do Ministra Zdrowia (maj 2019 r.) RPO wskazał, że w systemie opieki zdrowotnej brak jest wypracowanych procedur postępowania w przypadku zagrożenia próbą samobójczą, agresją, autoagresją lub innymi zaburzeniami psychicznymi w wieku rozwojowym. Mimo że liczba dzieci i młodzieży z trudnościami psychicznymi wzrasta, to nie przybywa ośrodków oferujących kompetentną pomoc terapeutyczną, psychologiczną i psychoterapeutyczną. Ponieważ sieć opieki innej niż szpitalna jest głęboko niewydolna, obecnie jedyną formą pomocy względnie dostępnej, która jest w stanie szybko i realnie zaopiekować się pacjentem, są oddziały całodobowe. W związku z powyższym na tych oddziałach permanentnie brakuje miejsc. Takie przeludnienie powoduje umieszczanie dzieci na dostawkach z materacy leżących na korytarzach. Stanowi to naruszenie godności pacjentów oraz powoduje frustrację personelu odpowiedzialnego za ich bezpieczeństwo i wyniki leczenia. Poważny problem stanowi także brak kadry pielęgniarskiej oraz sanitariuszy. Wynika on z niskich wynagrodzeń i związanym z tym brakiem chętnych do podjęcia zatrudnienia w tym charakterze.

RPO podkreśla, że w uzasadnieniu do projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień koncepcja nowego modelu opieki psychiatrycznej powinna opierać się o zredefiniowanie ról poradni psychologiczno – pedagogicznych w systemie oświaty oraz stopniową zmianę systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego. Podstawą planowanego modelu powinny być poradnie psychologiczno – pedagogiczne, które w razie potrzeby mogłyby zasięgać pomocy ze strony specjalistów. Jak zauważył RPO, ustalając źródła finansowania nowych rozwiązań projektu rozporządzenia uznano, że nie będą one miały wpływu na budżet państwa, budżety jednostek samorządu terytorialnego oraz innych jednostek sektora finansów publicznych, w tym planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia. Pozostaje zatem wątpliwość, kto sfinansuje zwiększenie liczby terapeutów środowiskowych i nowy zakres zadań poradni psychologiczno – pedagogicznych zajmujących się obecnie głównie diagnozą problemów edukacyjnych dzieci, których potencjał nie zapewnia dostępności i szybkiej interwencji w zakresie właściwej opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ich miejscu zamieszkania. W związku z powyższym RPO poprosił Ministra Zdrowia o przekazanie szczegółowych informacji o działaniach mających poprawić dramatyczną sytuację oddziałów psychiatrii dziecięcej

¹² Wystąpienie generalne RPO z dnia 04.04.2019 r. do Ministra Zdrowia: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyst%C4%85pienie%20do%20Ministra%20Zdrowia%20w%20sprawie%20C5%9Bwiadcz%C5%84%20psychiatrycznych%20i%20leczenia%20uzale%C5%BCnie%C5%84.pdf>

i młodzieżowej oraz aktualnym etapie prac nad reformą psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży¹³.

W odpowiedzi z dnia 8 maja 2019 r. Minister Zdrowia wskazał, że jedną z możliwych interwencji w trudnej sytuacji psychiatrii dziecięcej, jest umożliwienie pacjentom w wieku powyżej 17 lat, w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia (np. po próbie zamachu samobójczego), korzystania z hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych dla osób dorosłych. W opinii Ministerstwa Zdrowia takie tymczasowe rozwiązanie byłoby korzystne dla młodych pacjentów. Umożliwienie hospitalizacji na oddziale dla dorosłych będzie ograniczać sytuacje, kiedy pacjenci niepełnoletni doświadczający kryzysu psychicznego wysyłani są do ośrodków w odległych niekiedy województwach. Jak wspomniał Minister, możliwość hospitalizacji pacjentów niepełnoletnich na oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych funkcjonuje także w wielu innych europejskich państwach. Należy jednocześnie podkreślić, że takie rozwiązanie powinno być traktowane jako wyjątkowe i przejściowe. Odnosząc się natomiast do etapu prac nad reformą systemową, Minister Zdrowia wskazał, że obecnie kończone są prace nad przygotowaniem ostatecznej wersji zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2013 poz. 1386), które będzie wprowadzało realizację świadczeń dla dzieci i młodzieży na trzech poziomach referencyjnych. Niezbędnym elementem planowanych zmian jest także rozwój kadr specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, w tym wprowadzenie regulacji dotyczących poszczególnych zawodów. Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2018 r. do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji została włączona kwalifikacja rynkowa „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” (Dz. U. 2018, poz. 1279). Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. 2019, poz. 226) wprowadzono nową specjalizację – psychoterapia dzieci i młodzieży¹⁴.

Z kolei w czerwcu 2019 r. po doniesieniach medialnych Rzecznik podjął z urzędu dwie sprawy dotyczące nadużyć seksualnych wobec małoletnich pacjentów Szpitala Psychiatrycznego im prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku i skierował wystąpienia do Prokuratury Okręgowej w Gdańsku oraz do Dyrektora Szpitala. Pierwsza sprawa dotyczyła zarzutu zgwałcenia 15-letniej pacjentki tego szpitala, przez innego pacjenta placówki; druga natomiast – molestowania dwóch 13-letnich pacjentek przez innego 37-letniego pacjenta. W obu sprawach małoletnie były hospitalizowane na oddziałach dla dorosłych, ponieważ nie było miejsc na oddziale dziecięcym. RPO po raz kolejny wskazał, że problemy te wynikają z braku możliwości zapewnienia małoletnim

¹³ Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 18.04.2019 r.: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/WG%20do%20MZ%20ws%20zdrowia%20psychicznego%20dzieci%2C%2018%20kwietnia%202019.pdf>

¹⁴ Odpowiedź Ministra Zdrowia z dnia 8.05.2019 r.: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Odpowiedz%C5%BA%20Ministra%20Zdrowia%208%20maja%202019%20.pdf>

pacjentom nie tylko odpowiednich warunków hospitalizacji, lecz także braku fizycznej możliwości zapewnienia im bezpieczeństwa osobistego z powodu niedostatecznej liczby personelu¹⁵.

W listopadzie 2019 r. RPO podjął kolejną interwencję w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku. W dniu 15 listopada 2019 r. wszyscy lekarze obu oddziałów złożyli bowiem wypowiedzenia umów o pracę, co mogło spowodować konieczność likwidacji tych oddziałów. Sprawę zbadał na miejscu Krzysztof Olkowicz, pełnomocnik RPO ds. ochrony zdrowia psychicznego, który uznał, że warunki hospitalizacji małoletnich są w tym szpitalu bardzo trudne. Nadmierna liczba przyjętych pacjentów spowodowała konieczność tzw. „dostawek” (materacy bezpośrednio na podłodze) i zagęszczenie pacjentów w salach. Problemem jest także zbyt mała liczba lekarzy przewidziana w strukturze etatowej wobec potrzeb prawidłowego leczenia psychiatrycznego¹⁶.

W obliczu trudnej sytuacji personel oddziału w Gdańsku napisał list do Zarządu Województwa Pomorskiego informując o braku możliwości zapewnienia bezpieczeństwa hospitalizowanych dzieci i młodzieży oraz konieczności ich leczenia w warunkach urągających godności ludzkiej. Pracowników oddziału wsparł RPO doceniając ich determinację w dążeniu do poprawy kryzysowej sytuacji i w dniu 16.01.2020 r. zwrócił się do Marszałka Województwa Pomorskiego z pytaniem, czy prośby personelu w zakresie zapewnienia ciągłości funkcjonowania oddziału zostały podjęte i czy tym samym zapewniona została stacjonarna opieka psychiatryczna dzieci i młodzieży.

Odpowiedź Zarządu Województwa na pismo RPO przyniosła wiele nadziei. W piśmie z dnia 7.02.2020 r. Agnieszka Kapała-Sokalska, członkini Zarządu Województwa, wskazała m.in., że Województwo Pomorskie zapewni na 2020 r. finansowanie dodatkowej pomocy psychologiczno-pedagogicznej w godzinach popołudniowych, w dni świąteczne i w weekendy. Samorząd Województwa zapewni także superwizję zespołu terapeutycznego prowadzącego procesy leczenia pacjentów w oddziale. Projekt ten zostanie włączony do „Programu doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie”. Ponadto Samorząd Województwa Pomorskiego planuje kolejne przedsięwzięcia, które mają ograniczyć problemy występujące w tej dziedzinie medycyny. Jednym z nich jest modernizacja Pawilonu nr XII w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim, w którym mieści się oddział psychiatryczny dla młodzieży. W związku z tą inwestycją planowane jest między innymi zwiększenie pojemności oddziału i liczby pacjentów, co powinno dodatkowo wesprzeć sytuację w psychiatrii dzieci i młodzieży do czasu wdrożenia przez Ministerstwo Zdrowia wyczekiwanej od wielu lat reformy¹⁷.

¹⁵ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rzecznik-monitoruje-post%C4%99powania-w-sprawie-nadu%C5%BCy%C4%87-seksualnych-w-szpitalu-psychiatrycznym-na>

¹⁶ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rpo-najmlodsi-moga-stracic-w-gdanskuprawo-do-szpitalnej-opieki-psychiatrycznej>

¹⁷ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/zarzad-wojewodztwa-szpital-w-gdanskupapewnia-opieke-psychiatryczna-dzieci-i-mlodziezy>

Problem słabej kondycji psychiatrii dzieci i młodzieży był też jednym z tematów III Kongresu Praw Obywatelskich w grudniu 2019 r. W panelu moderowanym przez Krzysztofa Olkowicza, pełnomocnika RPO ds. ochrony zdrowia psychicznego, pod nazwą: *Opieka psychiatryczna dla dzieci w Polsce – wołanie o pomoc* udział wzięli:

- prof. Barbara Remberk – psychiatra dziecięca, kierowniczka Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, konsultantka krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży
- dr Joanna Paruszkiewicz – specjalistka psychiatrii dzieci i młodzieży, psychoterapeutka EMDR, wieloletnia kierowniczka oddziału psychiatrii dziecięcej. Zaangażowana w działania na rzecz praw człowieka, praw pacjenta. Współpracuje z wieloma organizacjami pozarządowymi i BRPO
- Agnieszka Sikora – założycielka „Fundacji po DRUGIE”, która pracuje z młodzieżą zagrożoną wykluczeniem społecznym, patologią, bezradnością, w szczególności wychowankami i byłymi wychowankami placówek resocjalizacyjnych dla nieletnich. Z zawodu i wykształcenia dziennikarka specjalizująca się w tematyce społecznej.
- dr Tomasz Rowiński – psycholog, zastępca dyrektora Instytutu Psychologii UKSW, dyrektor Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży Warszawa – Bielany, członek zespołu ds. zdrowia psychicznego w MZ przygotowującego reformę psychiatrii oraz członek zespołu MEN m.in. opracowującego zmianę w opiece psychologicznej dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnym.

Specjaliści zwrócili uwagę m.in. na fakt, że dramatyczna sytuacja szpitali psychiatrycznych dla dzieci, ich przeludnienie jest także efektem przyjmowania do szpitali psychiatrycznych nieletnich z tzw. doświadczeniami traumatycznymi (ofiary przemocy w rodzinie, przemocy na tle seksualnym). Te dzieci nie powinny tam trafiać – powinny mieć dostęp do terapii w specjalnie przeznaczonych do tego celu miejscach. Ale takich miejsc w praktyce nie ma. Problemem jest także umieszczanie w tych samych placówkach zarówno dzieci poniżej 15. roku życia jak i starszej młodzieży. Niezbędnym jest też, zdaniem uczestników dyskusji, stworzenie w szpitalach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży sprofilowanych oddziałów, które odpowiadałyby potrzebom pacjenta, tak jak ma to miejsce w psychiatrii dorosłych. Nie można także zapominać o niedoborze wykwalifikowanej kadry: medycznej, psychologicznej, psychoterapeutycznej, jak również personelu pielęgniarskiego i sanitariuszy. Problemem jest także niewydolna oraz trudnodostępna sieć opieki innej niż szpitalna (poradnie psychologiczno-pedagogiczne, leczenie ambulatoryjne, profilaktyka zdrowia psychicznego)¹⁸.

W dniu 7.10.2020 r. o reformie psychiatrii dziecięcej dyskutowali w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich członkowie Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego. O tym jak (nie

¹⁸ Więcej na ten temat: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/panel/sesja-10KPO-pomoc-psychiaryczna-dla-dzieci>

funkcjonuje system opowiadała m.in. doktor Izabela Łucka ze Szpitala Wojewódzkiego w Gdańsku, ordynatorka oddziału psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej, któremu pod koniec 2019 r. groziła likwidacja. Aby zażegnać kryzys i zagrożenie zamknięciem oddziału pracownicy podjęli rokowania z samorządem. Nie przyniosło to jednak oczekiwanych efektów. Dr Łucka podkreśliła, że nie wprowadzono procedur bezpieczeństwa, o które prosili lekarze. Oddział dalej nie jest odciążany przez SOR ani pediatrię, nie ma wystarczająco dużo łóżek, brak jest specjalistów, którzy byliby w stanie poradzić sobie z agresją lub autoagresją małych pacjentów. Oddział obłożony jest nieustannie ponad limit, nawet po 150% normy. Sytuacja na oddziale jest tak stresująca, że większość kadry zubożyła na agresję, która na co dzień ich spotyka. O tym jak niebezpieczna może stać się sytuacja pokazał opisywany w mediach incydent pobicia pielęgniarek z Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu pod koniec grudnia 2019 r.¹⁹.

Posiedzenie Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego koncentrowało się wokół problemu psychiatrii dziecięcej i wprowadzeniu reformy w tym obszarze. Podkreślano konieczność koordynacji działań – dyskutowano nad możliwością powołania pełnomocnika rządu, sejmowej komisji lub innego organu kolegialnego, który miałby za zadanie ukierunkować działania podejmowane w różnych resortach. Obecnie są one rozproszone między 6 ministerstw (główne prace są prowadzone w Ministerstwie Edukacji Narodowej, Ministerstwie Zdrowia oraz Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej). Debatowano również nad podejmowaniem kroków legislacyjnych: czy lepiej tworzyć nową ustawę dotyczącą zdrowia psychicznego czy usprawniać obecnie funkcjonujące rozwiązania.

W Polsce system leczenia psychiatrycznego jest przestarzały i opiera się na hospitalizacji (leczeniu szpitalnym). Tymczasem istnieje potrzeba stworzenia siatki opieki pierwszego i drugiego stopnia: w domu, opieki środowiskowej, w poradniach, na oddziałach dziennych. Takie działania obiecało Ministerstwo Zdrowia i wprowadzana przez nie reforma. Z kolei MEN zapowiadał szkolenia pracowników pod kątem pracy z dziećmi i młodzieżą ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i psychicznymi. Kwestią, która blokuje reformę są na pewno ograniczenia finansowania. Uczestnicy wielokrotnie podkreślili, że oszczędzanie na psychiatrii jest działaniem krótkowzrocznym, które niedługo doprowadzi do odwrotnych efektów. Koszty zaniechania wynikające z braku profilaktyki zdrowia psychicznego, dostępności innych metod leczenia niż szpitalne, edukacji odbiją się finansowo na budżecie państwa, gdyż pacjenci będą musieli korzystać z leczenia w zastrzeżonych stanach chorobowych. Będzie to leczenie długotrwałe, kosztowne i skomplikowane.

Zapaść systemu ochrony zdrowia psychicznego wynika jednak nie tylko z decentralizacji i braków finansowania, ale i z potrzeby zmiany społecznego postrzegania „problemu” zdrowia psychicznego. Członkowie Komisji zastanawiali się także jak budować skuteczne i dostępne

¹⁹ <https://pomorska.pl/pobicie-pielegniarek-w-szpitalu-w-swieciu-obawy-wsrod-personelu-dyrektor-reakuje/ar/c1-14687857>

kampanie społeczne dotyczące zdrowia psychicznego skierowane do młodzieży oraz czy w przyszłości będziemy mogli skutecznie korzystać z nowych technologii w ramach działań profilaktycznych i prewencyjnych. Aby walczyć ze społeczną stygmatyzacją osób mierzących się z kryzysem zdrowia psychicznego powinniśmy jako społeczeństwo dać im przestrzeń do dzielenia się swoimi doświadczeniami i potrzebami²⁰.

Podsumowując niniejszy rozdział warto także dodać, że pod koniec 2019 r. w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich opublikowany został raport pod nazwą *Ochrona Zdrowia Psychicznego w działaniach Rzecznika Praw Obywatelskich*²¹, przedstawiający tematy, którymi RPO zajmował się w ciągu ostatnich lat. Jeden z głównych rozdziałów poświęcony został psychiatrii dzieci i młodzieży.

2. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, Nieludzkiego, Poniżającego Traktowania lub Karania

Na skutek ratyfikowania przez Polskę Protokołu Fakultatywnego do Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur oraz niehumanitarnego i poniżającego traktowania (dalej OPCAT)²² Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymał w 2008 r. specjalny mandat do tego, by zapobiegać torturom i innemu okrutnemu, niehumanitarnemu, poniżającemu traktowaniu lub karaniu w miejscach pozbawienia wolności (jest to dodatkowa funkcja RPO, który w głównej mierze zajmuje się rozpatrywaniem skarg obywateli).

Powołany do tego celu przez RPO Zespół Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT) przeprowadza regularne i niezapowiedziane wizyty we wszystkich w Polsce miejscach detencji. Są nimi zdefiniowane w art. 4 OPCAT miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą naszego państwa, w których przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem. Wizyty te przeprowadza się w celu wzmocnienia, o ile to konieczne, ochrony tych osób przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem. Pozbawienie wolności oznacza – w myśl OPCAT – jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej (np. zakłady

²⁰ Więcej szczegółów na temat obrad Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego: <https://www.rpo.gov.pl/content/niezb%20C4%99dna-jest-reforma-psychiatrii-dzieci%20C4%99cej-posiedzenie-komisji-ekspert%C3%B3w-ds-ochrony-zdrowia>

²¹ Dostępny pod linkiem: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Zdrowie%20psychiczne%20raport%20dla%20RPO%20z%20ok%20C5%82adk%20C4%85.pdf>

²² Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192

karne i areszty śledcze, placówki resocjalizacyjne dla nieletnich, domy pomocy społecznej, szpitale psychiatryczne, policyjne izby dziecka, strzeżone ośrodki dla cudzoziemców, etc.).

Podczas wizyt KMPT każdorazowo sprawdza warunki materialne, jakie zapewniane są osobom w miejscach detencji, przeprowadza indywidualne rozmowy (bez obecności pracowników) z osobami pozbawionymi wolności, przeprowadza rozmowy z dyrekcją i personelem placówki oraz analizuje dokumentację prowadzoną w placówce, jak również nagrania z monitoringu zainstalowanego w wizytowanym miejscu detencji (np. ze stosowania środków przymusu bezpośredniego).

Z wizyt KMPT sporządzane są raporty przedstawiające kondycję poszczególnych miejsc oraz zidentyfikowane obszary ryzyka, które prowadzą lub mogą prowadzić do tortur lub innych form złego traktowania. Każdego roku opracowywany jest także raport roczny z rekomendacjami, który przekazany zostaje odpowiednim władzom. Dodatkowo KMPT publikuje raporty tematyczne poświęcone konkretnym zagadnieniom wymagającym – w ocenie KMPT – wsparcia ze strony władz Polski. Wszystkie raporty KMPT są upubliczniane i dostępne na stronie internetowej RPO.

Zapobieganie torturom i innym formom złego traktowania powinno być przedsięwzięciem wielowymiarowym i interdyscyplinarnym. Istotne jest zaangażowanie osób z różnych dyscyplin naukowych i środowisk zawodowych, np. lekarzy i pielęgniarek, prawników, pracowników naukowych, funkcjonariuszy państwowych, przedstawicieli władz kościoła i innych grup wyznaniowych, samorządów, przedstawicieli organizacji pozarządowych.

Między innymi z tego powodu w 2016 r. RPO powołał Komisję Ekspertów KMPT, w skład której wchodzi przedstawiciele różnych grup zawodowych oraz przedstawiciele świata nauki. Zadaniem Komisji jest wspieranie RPO w realizacji jego ustawowych zadań, w szczególności w zakresie monitoringu ochrony wolności i praw człowieka i obywatela w procesie stosowania prawa, przygotowywanie wniosków *de lege ferenda*, zgłaszanie uwag i rekomendacji dotyczących obowiązujących lub projektowanych zmian aktów prawnych, propozycje zmian systemowych. Celem Komisji Ekspertów jest także budowanie społecznej kultury braku akceptacji dla tortur i niehumanitarnego traktowania lub innych form przemocy wobec osób przebywających w detencji. Eksperti, dzięki swemu autorytetowi, są dużym wsparciem dla propagowania idei KMPT i prewencji tortur (poprzez m.in. udział ekspertów w debatach, konferencjach, szerzenie wiedzy na temat prewencji tortur i KMPT wśród studentów oraz poszczególnych grup zawodowych, etc.). Niektórzy eksperci (np. psychiatry, lekarze, psycholodzy) biorą udział w wizytacjach, podczas których wspierają pracowników KMPT swoją fachową wiedzą.

Tortury, niehumanitarnie i poniżające traktowanie są absolutnie zakazane. Zachowania takie są wyrazem skrajnego nadużycia władzy państwowej i powinny być zwalczane wszelkimi dostępnymi środkami. Z doświadczenia krajowych mechanizmów prewencji – działających już w 71 państwach – wynika, że tortury i inne formy złego traktowania występują w różnych regionach świata, także w Polsce, w miejscach zamkniętych, pozostawionych poza nawiasem społecznego wglądu i często

pomijanych milczeniem. Wśród osób przebywających w miejscach detencji można wyróżnić grupy szczególnie podatne i narażone na formy złego traktowania. Są to: dzieci, osoby w zaawansowanym wieku, kobiety, osoby z niepełnosprawnościami, z chorobami psychicznymi, członkowie mniejszości seksualnych, etnicznych, cudzoziemcy, etc.

Dlatego, niezależnie od skali problemu, istnieje permanentna potrzeba zachowania czujności i monitorowanie sytuacji tych osób. Obowiązkiem władz oraz całego społeczeństwa jest dbanie o to, aby minimalizować ryzyko występowania tortur, nieludzkiego i poniżającego traktowania.

W 2019 r. Rzecznik Praw Obywatelskich wspólnie z Krajowym Mechanizmem Prewencji Tortur oraz z partnerami: Naczelną Radą Adwokacką, Krajową Izbą Radców Prawnych, Radą Europy, ODIHR OBWE, Stowarzyszeniem Zapobiegania Torturom (Association for the Prevention of Torture) oraz Kantar Millward Brown, rozpoczął kampanię społeczną pod hasłem „Państwo bez tortur”.

Głównym założeniem kampanii jest pogłębienie świadomości społecznej na temat tego, czym są tortury i kto może stać się ich ofiarą. Z doświadczenia KMPT wynika bowiem, że najczęściej ofiarami tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania są osoby o niewielkiej świadomości społecznej, bardzo często niepełnoletni, osoby z niepełnosprawnościami, w tym także osoby z zaburzeniami psychicznymi. (Zdjęcia – fot. 1)

Kampania adresowana jest do władz państwa, osób przebywających w miejscach detencji oraz ich rodzin, a także do przedstawicieli zawodów zaufania publicznego oraz funkcjonariuszy służb mundurowych. KMPT już od kilku lat apeluje do rządu polskiego o wprowadzenie regulacji prawnych stanowiących skuteczne gwarancje ochrony przed torturami i innymi formami złego traktowania. Ważne jest także, aby osoby przebywające w miejscach detencji i ich bliscy mieli świadomość o tym, czym są tortury i jak na nie reagować. Osoby bliskie często jako pierwsze mają szansę otrzymać informację od zatrzymanego, że został potraktowany w niewłaściwy sposób, a następnie zgłosić tę sprawę organom ścigania. Przedstawiciele zawodów zaufania publicznego (adwokaci, radcowie prawni, lekarze, psychologowie itd.), którzy w swojej pracy mogą się zetknąć z potencjalnymi ofiarami tortur powinni wiedzieć, jak zareagować w takiej sytuacji i jak ochronić osobę przed kolejnymi aktami przemocy. Rolą lekarza i psychologa jest także identyfikacja ofiary tortur oraz odpowiednie udokumentowanie jej obrażeń. Niezbędne jest także stałe doskonalenie zawodowe funkcjonariuszy służb mundurowych i pracowników miejsc detencji w kierunku poszanowania praw człowieka i zapobiegania torturom.

Więcej informacji na temat Kampanii „Państwo bez tortur” dostępnych jest na stronie internetowej: <https://www.rpo.gov.pl/content/panstwo-bez-tortur-kampania>. (Zdjęcia – fot. 2)

3. Dylematy psychiatrii dzieci i młodzieży. Z własnego doświadczenia.

Jolanta Paruszkiewicz²³

Kondycja psychiatrii dziecięcej (specjalizacja psychiatrii dzieci i młodzieży) jest dramatycznie słaba, głównie z powodu niedoboru specjalistycznej kadry medycznej, psychologicznej i psycho-terapeutycznej, słabej dostępności do świadczeń specjalistycznych, a przede wszystkim braku – adekwatnych do potrzeb – nakładów finansowych na diagnozę oraz leczenie psychiatryczne i psychoterapeutyczne. Po 27 latach prowadzenia oddziału psychiatrycznego dla dzieci z całą pewnością mogę stwierdzić, że obecnie nie tak powinna wyglądać psychiatria dziecięca w wydaniu stacjonarnego lecznictwa, oferowana w tzw. usługowej medycynie.

Młodzi pacjenci oddziałów psychiatrii dziecięcej to osoby chore, często krzywdzone, prawie zawsze agresywne w stosunku do innych lub do siebie (samookaleczenia, próby samobójcze), których poziom lęku, smutku i bezradności jest ogromny. Za większością z tych dzieci stoją ciężkie doświadczenia przemocy, wykorzystania seksualnego, porzucenia już w bardzo wczesnym okresie życia. Doświadczenie podpowiada, że większość z tych dzieci powinna być leczona lub zaopiekowana w środowisku lokalnym. W szpitalach powinny przebywać dzieci chore, których rodzaj schorzenia rzeczywiście wymaga stacjonarnego leczenia (ostre psychozy, jadłowstręt, zaburzenia nastroju z tendencjami samobójczymi), a tacy stanowią niewielki odsetek wśród pacjentów oddziałów psychiatrii dziecięcej. Wobec pozostałych dzieci, u których zdiagnozowano np. zaburzenia adaptacyjne, stresowe pourazowe, zaburzenia zachowania, niezbędne są działania profilaktyczne i leczenie w środowisku. Część z pacjentów mogłaby być leczona w trybie ambulatoryjnym, gdyby była dobra dostępność do leczenia.

Sytuacja nieletnich z chorobami psychicznymi jest znacznie trudniejsza niż dorosłych pacjentów. W systemie opieki psychiatrycznej dorosłych istnieją sprofilowane oddziały psychiatrii, można zatem dostosować rodzaj oddziału do potrzeb pacjenta. Przykładowo pacjent dorosły chorujący na depresję trafia do oddziału, gdzie przebywają pacjenci z depresją. Podobnie osoby z zaburzeniami psychotycznymi leczą się w sprofilowanym oddziale. W psychiatrii dzieci i młodzieży wszyscy pacjenci najczęściej przebywają w jednym miejscu. W zasadzie nie istnieją sprofilowane oddziały dla dzieci dostosowane do ich potrzeb.

²³ Specjalistka psychiatrii dzieci i młodzieży, psychoterapeutka EMDR (metoda leczenia traumy), wieloletni kierownik oddziału psychiatrii dziecięcej. Współpracowniczka Fundacji Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna Polskiego Ośrodka Rehabilitacji Ofiar Tortur. W 2011 r. otrzymała nagrodę za pomoc dzieciom krzywdzonym im Aliny Margolis Edelman przyznaną przez Fundację „Dzieci Niczyje”. Aktywnie zaangażowana w działania na rzecz praw człowieka, praw pacjenta.

Tymczasem praktyka pokazuje, zwłaszcza w dziedzinie psychiatrii dziecięcej, że istnieje potrzeba utworzenia miejsca terapii zaburzeń stresowych pourazowych dla dzieci po różnego rodzaju traumatycznych doświadczeniach. W związku z tym, że najczęściej do przemocy dochodzi w najbliższym środowisku dziecka niezbędne jest odizolowanie go od szkodliwego środowiska. Niezbędna jest specjalistyczna wiedza medyczna i psychologiczna do postawienia diagnozy i wdrożenia stosownej terapii, psychoterapii. Dziecko maltretowane w domu trafia zazwyczaj do pogotowia opiekuńczego lub domu dziecka, rodziny zastępczej. Niezapewnienie natychmiastowej opieki specjalistycznej w związku z przeżytą traumą u dziecka może prowadzić do rozwoju objawów zaburzeń stresowych pourazowych lub zaburzeń zachowania i emocji w następstwie urazu. Dziecko takie doznaje co najmniej dwóch urazów mających znamiona poważnej traumy: dramatyczne zdarzenie (np. przemoc domowa) i zabranie z domu do placówki. Specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży może u takiego pacjenta postawić hipotezy diagnostyczne (na podstawie wywiadu): zaburzenia więzi, zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia stresowe pourazowe. W praktyce dziecko, u którego rozwijają się objawy w/w zaburzeń (agresja, myśli i tendencje samobójcze, zaburzenia zachowania) trafia do szpitala psychiatrycznego tylko dlatego, że opiekunowie czują się bezradni wobec zachowania dziecka, a dostępność do specjalistycznych świadczeń psychiatrycznych jest ograniczona i odległa. Do innych problemów należy leczenie dzieci (poniżej 15 roku życia) na jednym oddziale z młodzieżą, co jest dość częstą praktyką.

3.1. Personel oddziałów psychiatrii dzieci i młodzieży

Przebywanie na jednej przestrzeni tak dużej liczby młodych pacjentów chorych psychicznie, z doświadczeniem traumy, wymaga ogromnego wyzwania ze strony personelu. Muszą to być specjaliści bardzo dobrze wykwalifikowani, gotowi na dźwignięcie zaskakujących zdarzeń (próby samobójcze na terenie oddziału, nasilona agresja wzajemna i do personelu, ucieczki). Osoby pracujące w tak trudnym pod względem emocjonalnym otoczeniu, od których się wymaga profesjonalizmu, odpowiedzialności, uwagi powinny mieć nie tylko adekwatne do wykonywanej pracy wyposażenie, ale też możliwość odpoczynku. Praktyka jednak pokazuje, że nie tylko tak nie jest, ale większość osób z personelu zatrudnia się w kilku miejscach na raz ze względu na drastycznie niskie płace, szkoli się za własne pieniądze, a gdy nabędzie doświadczenia i wiedzy, odchodzi do prywatnej praktyki.

Dzieciom, zgodnie z przepisami prawa, należy się opieka, leczenie adekwatne do potrzeb, zapewnienie przebywania w bezpiecznym środowisku, zapewnienie specjalistycznych usług. Młodsze dzieci wymagają zindywidualizowanej opieki i pracy w mniejszej grupie. Osoby bezpośrednio pracujące z pacjentem powinny mieć pod swoją opieką nie więcej niż 4-5 dzieci. Z kolei na jednego lekarza

powinno przypadać mniej niż 10 pacjentów (minimum 3 lekarzy na pełnym etacie przy 20-30 łóżkowym oddziale). Ordynator powinien prowadzić najtrudniejszych pacjentów i mieć przestrzeń do konsultowania pacjentów innymi lekarzami, nadzoru merytorycznego i kreatywnego prowadzenia oddziału. W oddziale zawsze powinna być na tyle wystarczająca liczba osób (pielęgniarki, ratownicy medyczni, pedagodzy, terapeuci zajęciowi), aby nie tylko zabezpieczyć pacjenta, zapobiec przemocy, autoagresji, samobójstwom, naruszeniu intymności, ale też móc przeprowadzić interwencję kryzysową np. w dni wolne od pracy, wieczory, noce, kiedy nie ma większości pracowników.

Rzeczywistość wygląda inaczej. Niedobór kadry występuje na każdym poziomie opieki, diagnozy, leczenia. Wywołuje to u personelu symptomy zespołu wypalenia zawodowego, drażliwość, przemęczenie, trudności w podejmowaniu decyzji, przedmiotowe traktowanie pacjentów. Biorąc pod uwagę większość działań kontrolnych, nie ma informacji, aby płatnik usług, wizytując placówkę medyczną, pytał pacjentów o zadowolenie ze świadczonych usług i ewentualnie przeanalizował przyczyny braku zadowolenia. Dość często przy tym, oceniana jest zgodność procedur z ich rejestracją, i „poszukiwanie” błędów, co w efekcie prowadzi do kar finansowych nakładanych na placówkę. Kierownictwo placówki medycznej siłą rzeczy bardziej zwraca uwagę na błędy w procedurze rejestracji usługi, niż na jej merytoryczną wartość, podnoszenie kwalifikacji medycznych pracowników, zadowolenie pacjentów – przez 27 lat pracy w psychiatrii dziecięcej nigdy nie byłam oceniana na podstawie zadowolenia pacjenta, jedynie z procedur jakie zarejestrowałam.

Przepracowanie, zmęczenie, poczucie, że pozostawia się pacjentów bez odpowiedniej opieki psychologicznej, lekarskiej lub innej powoduje, że osoby z personelu żyją w nieustającym stresie. Często wiele z tych osób pracuje w innych placówkach, aby „dorobić” do skromnej pensji. Wykształcenie profesjonalisty psychologa (psycholog kliniczny, certyfikowany psychoterapeuta) to koszt całkiem dobrego samochodu 30 tys. – 40 tys. zł, nie wliczając superwizji, konieczności dalszego systematycznego kształcenia oraz poświęconego czasu (kilka lat poza godzinami pracy). W żaden sposób nie przekłada się to na pozycję i warunki pracy w tzw. medycynie usługowej. Zarobki psychologów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek kształtują się od 1600 zł do 2700 zł netto. Skutkiem takiego systemu jest odpływ wyspecjalizowanych pracowników, a zatrudnianie tańszych, ale słabo przygotowanych.

Kształcenie specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży jest długotrwałe, a nawet ukończenie z powodzeniem specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży nie gwarantuje sukcesu w diagnostyce i leczeniu, gdyż nadal niezbędna jest praktyka i doświadczenie we współpracy ze starszymi kolegami, mogącymi się dzielić swoją wiedzą. Obecnie, jak się wydaje, istnieje duża, niezagospodarowana przestrzeń między specjalistami, którzy mają doświadczenie, pracując w publicznej opiece zdrowotnej, mogliby przekazać wiedzę, a młodymi lekarzami zaczynającymi specjalizację, którzy pracują w sektorze prywatnym. Dzieje się tak dlatego, że w praktyce nie istnieje ścieżka rozwoju zawodowego ani finansowego w tej dziedzinie medycyny w publicznej

opiece zdrowotnej. Można stwierdzić, że obecnie coraz mniej jest osób, które mogłyby w praktyce tą wiedzą się podzielić, ucząc zarówno ps ychiatrów, jak i pediatrów, neurologów. Przekazywanie wiedzy bez praktyki i własnego doświadczenia jest obciążone słabą wiarygodnością i brakiem możliwości plastycznego dostosowania procesu kształcenia kadr do bieżących potrzeb.

3.2. Profilaktyka zaburzeń i chorób psychicznych u dzieci i młodzieży

Niezwykle ważne jest, aby już na etapie wczesnej opieki nad dzieckiem i matką miała miejsce planowa, gwarantowana przez państwo, profilaktyka zdrowia psychicznego. Jest ona niezbędna, wymaga utworzenia grup dyspanseryjnych również w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży, dotyczy bowiem różnego rodzaju zaburzeń począwszy od okresu wczesnodziecięcego (rola pediatry, neurologa dziecięcego, psychologa dziecięcego).

W działaniach profilaktycznych na rzecz zdrowia psychicznego istotne jest wzajemnie przenikanie się kilku specjalizacji: psychiatrii dzieci i młodzieży, pediatrii i neurologii dziecięcej. Problemy neurologiczne i psychiatryczne u dzieci często współistnieją, wymagają różnicowania diagnostycznego. Lekarzem, który jako pierwszy ma kontakt z dzieckiem i jego najbliższymi jest pediatra. Zatem wstępna diagnoza powinna odbywać się w gabinetach pediatrycznych, przy współpracy z psychiatrą i neurologiem dziecięcym.

Znajomość fizjologii dziecka, procesów rozwojowych oraz wpływu środowiska rodzinnego na rozwój dziecka są konieczne do rozpoznania potrzeb w celach wdrożenia adekwatnej profilaktyki we wczesnym dzieciństwie. Niezbędne jest wielodyscyplinarne podejście do tematu. Dobrze przygotowany pediatra, psycholog, pracownik socjalny, pielęgniarka środowiskowa (położna wizytująca matkę z noworodkiem) powinni mieć narzędzia (standardy), którymi mogliby posłużyć się w celu zakwalifikowania matki z niemowlęciem do wczesnej interwencji psychiatrycznej, psychologicznej.

Profilaktyka zaburzeń psychicznych, którymi później zajmuje się psychiatria dziecięca i młodzieżowa (także dorosłych), dotyczy nie tylko chorób psychicznych, ale też różnych dysfunkcji emocjonalnych, zaburzeń funkcjonowania społecznego, zaburzeń w rozwoju osobowości i innych problemów mających wpływ na kondycję psychiczną.

Między innymi do niezbędnej wczesnej diagnostyki należą problemy takie jak: płodowy zespół alkoholowy, zaburzenia więzi mogące się rozwijać już w okresie noworodkowym, np. w przypadku, gdy dziecko poczęło się w następstwie przemocy, lub kobiecie towarzyszą wydarzenia traumatyczne (śmierć bliskiej osoby, utrata pracy, etc.). Następstwem takiej sytuacji może być depresja poporodowa matki, co ma znaczący wpływ na rozwój więzi, a tym samym kondycję emocjonalną rozwijającego się dziecka.

Do innych, również znaczących problemów w rozwoju zaburzeń funkcjonowania i stanu psychicznego, należą różne formy sprawowania nad dzieckiem opieki, gdzie poczucie bezpieczeństwa jest we wczesnym okresie najistotniejszą komponentą dobrostanu psychicznego i prawidłowego rozwoju. Kondycja rodziny, warunki opieki instytucjonalnej (żłobek, przedszkole, niania) powinny być monitorowane i brane pod uwagę przez pediatrę każdorazowo podczas badania dziecka. W razie powzięcia wątpliwości co do złego traktowania dziecka lekarz winien mieć możliwość zgłoszenia problemu do zespołu specjalistów (psycholog, pracownik socjalny, psychiatra, psychoterapeuta rodzinny, indywidualny, inne), którzy określiliby niezbędną pomoc dziecku i jego rodzinie. Równie ważne jest monitorowanie rozwoju psychicznego dziecka w późniejszych okresach rozwoju, objęcie go programem edukacyjnym, profilaktyką medyczną w innych dziedzinach niż psychiatria, przeciwdziałanie zagrożeniom (trudności w nauce, cyberprzemoc, przemoc środowiskowa, rodzinna, inne zagrożenia), wzmacnianie „mocnych stron” i wrodzonych umiejętności.

Do zadań specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży w dziedzinie profilaktyki zaburzeń psychicznych należałaby konsultacja w przypadku zdefiniowania zagrożenia, leczenie, gdy jest niezbędne oraz udział w doborze programów profilaktycznych. Specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, psycholog, psychoterapeuta dziecięcy powinien być umocowany w zespole, w kompleksowej opiece nad dziećmi i młodzieżą, co ułatwiłoby tworzenie wspólnych projektów profilaktycznych i przyczyniłoby się do współpracy, lepszej znajomości u wszystkich stron (pediatra, neurolog, psycholog, psychiatra) poszczególnych dziedzin medycyny, psychologii, pedagogiki. W takim zespole nie może zabraknąć do współpracy opiekuna socjalnego, trenera społecznego, terapeuty rodzinnego, pedagoga (pion opieki społecznej i środowiskowej, poradni pedagogiczno – psychologicznej).

Odpowiednio zaplanowane działania profilaktyczne od wczesnego okresu życia dziecka mogą w przyszłości zredukować liczbę dzieci i młodzieży trafiających do szpitali psychiatrycznych. Zintegrowane zespoły diagnostyczno – lecznicze, profilaktyka szeroko pojętych zaburzeń psychicznych w poradniach dziecięcych mogłyby w znaczący sposób zredukować w przyszłości klientów specjalistycznych usług w psychiatrii. Co istotne, profilaktyczne programy nie muszą być usytuowane jedynie w instytucjach medycznych, ale „towarzyszyć” dzieciom w miarę w naturalnym środowisku np. w żłobku, przedszkolu, szkole, w innych formach dziennej opieki jak w świetlicach środowiskowych itp.

Reasumując, dobrze funkcjonuje profilaktyka chorób w zakresie neurologii dziecięcej, schorzeń genetycznie uwarunkowanych, chorób w dziedzinie interny, ortopedii, laryngologii. W ogóle natomiast nie funkcjonuje profilaktyka zaburzeń i chorób psychicznych we wczesnym i w późniejszych okresach życia dziecka i młodego człowieka.

3.3. Dostępność usług psychiatrycznych

Problem dla pacjentów tkwi między innymi w trudności dostaniu się do specjalisty (kilka tygodni oczekiwania), krótkim czasie wizyty (im młodsze dziecko tym niezbędny jest dłuższy czas do obserwacji funkcjonowania dziecka podczas wizyty dłuższy) i zbyt odległym czasie kolejnej wizyty. Cała procedura diagnostyczna w przypadku dziecka w obecnym stanie psychiatrii dzieci i młodzieży, jest bardzo długa, więc w warunkach ambulatoryjnych prawie niemożliwa. U dzieci i młodzieży proces powstawania problemów w zdrowiu psychicznym jest bardzo dynamiczny, zmienny, wymaga szybkiej interwencji, zaangażowania osób z wielu specjalności (lekarz, pedagog, psycholog, pracownik socjalny inne).

Obecnie dostępność świadczeń lekarskich, psychologicznych i psychoterapeutycznych wydłuża się do kilku lub kilkunastu tygodni. Dla przykładu jeżeli dziś dziecko jest w poważnym streśu psychicznym, a umówienie wizyty jest możliwe za kilka tygodni a nawet miesięcy, to jedynym wyjściem jest zgłoszenie się do szpitala lub porada w komercyjnej placówce. Niezadowoleni są pacjenci i personel, a dodatkowo sposób kontraktowania usług uniemożliwia rzetelne i staranne wykonanie pracy, naruszając bezpieczeństwo pacjentów i personelu.

3.4. Warunki badania

Poradnictwo ambulatoryjne wymaga dofinansowania zarówno pod względem płac dla profesjonalistów, jak również stworzenia warunków do badania pacjenta. W poradniach zdrowia psychicznego powinny być sale z zabawkami, materiały do zajęć plastycznych, pokój badania psychologicznego, sale z lustrem weneckim (obserwacja zabawy dziecka, relacji matka – dziecko, terapii rodziny). Gabinety lekarskie – biurowe służą głównie do dokumentowania badań, nie sprzyjają obserwacji, rozmowie z dzieckiem, z rodziną, nawiązania kontaktu.

Istnieje również potrzeba zaplanowania przestrzeni do realizacji usług specjalistycznych w tej dziedzinie, zmodyfikowania przestrzeni w poradniach stosownie do wieku pacjentów. Stworzenie przyjaznych warunków poczynawszy od poczekalni do gabinetów.

W niektórych państwach UE spotkania z psychoterapeutą odbywają się poza poradniami psychiatrycznym z szyldelem ze względu na potrzebę anonimowości. Psychoterapeuta może wychodzić na spacer do parku lub spotkać się w kawiarni z pacjentem. Jest na to zaplanowany czas i budżet. Terapeuta, w przypadku niektórych pacjentów np. z autyzmem wręcz powinien wyjść poza gabinet w miejsca publiczne: sklep, park, teatr gdyż jest to rodzaj treningu umiejętności społecznych.

3.5. Diagnoza

Innym problemem jest zaplanowanie standardu diagnozy psychiatrycznej. Należałoby zastanowić się nad rolą zespołu diagnostycznego (psycholog, pedagog, lekarz, pracownik socjalny). Tu również niezbędna jest zmiana podejścia. W poradnictwie psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży należałoby postawić na profesjonalistów zarówno w dziedzinie psychologii, psychoterapii jak i medycyny.

Obecne standardy zatrudnienia ujawniły złą praktykę. Zatrudnianie na część etatu lekarzy, psychologów, psychoterapeutów jedynie do realizacji określonej procedury psychologicznej/medycznej, bez możliwości stworzenia zespołu diagnostyczno-leczniczego, bez planu rozwoju własnego, ekonomicznego, bez uwzględnienia potrzeby omówienia procesów diagnostycznych, efektów terapeutycznych, monitorowania tych efektów powoduje brak spójności w diagnostyce, terapii, słabą więź zespołu, słabą współpracę, a w praktyce złe efekty leczenia. Powinny być utworzone standardy obowiązujące również płatnika usług np. spotkania kliniczne zespołu, supervision zespołu, indywidualne itp.

Dzieci prezentują swoje dysfunkcje psychiczne poprzez nieodpowiednie zachowanie; bardzo podobne objawy występują w kilku różnych zaburzeniach np. w zespole nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami zachowania, jak i w zaburzeniach maniakalno – depresyjnych, również w zaburzeniach stresowych pourazowych. Zaburzenia jedzenia u młodszych pacjentów mogą być wyrazem zarówno jadłowstrętu psychicznego, ale i przemocy, zaburzeń lękowych indukowanych i innych przyczyn, w tym również z kręgu zainteresowań pediatrii.

Diagnostyka zaburzeń psychicznych u dzieci wymaga bardzo szerokich umiejętności i dużej wiedzy zarówno od psychiatry jak i od psychologa. Wymagana powinna być znajomość fizjologii okresów rozwojowych u dzieci, symptomów chorób internistycznych u dzieci, objawów chorób genetycznie uwarunkowanych, zaburzeń z kręgu pedagogiki (specyficzne zaburzenia w rozwoju umiejętności szkolnych), zaburzeń neurologicznych.

Tak szeroki zakres potrzebnej podstawowej wiedzy dotyczącej rozwoju dziecka i symptomatyki różnych schorzeń, wpływa na niechęć do zajmowania się tą grupą pacjentów (wysokie wymagania, brak satysfakcji ekonomicznej, złe warunki pracy).

3.6. Dyktat ekonomiczny

W Zarządzeniu Nr 59/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. *zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień*, niepokojące jest sformułowanie „opieka”. Psychiatria to nie

tylko opieka, to przede wszystkim bardzo trudny proces diagnostyczny i leczenie. Diagnozowanie i leczenie jest zasadniczym działaniem tej dziedziny medycyny. Specjalistyczna kadra medyczna rozumie co pacjent ma na myśli, jednakże pozostawienie tego typu narracji wobec specjalistycznych usług medycznych w dziedzinie psychiatrii powoduje określone, często mało uświadomione, konsekwencje. Do opieki można bowiem przygotować prawie każdą osobę, ale do diagnostyki, leczenia specjalistycznego, specjalistycznych usług pielęgniarских, psychoterapii już nie. Takie podejście, nieuzasadnione, implikuje skłonność do zaniżania świadczeń na „opiekę” pomijając diagnozę i leczenie. To również pozycjonuje społeczeństwo wobec problematyki osób chorych psychicznie i potrzebujących leczenia. Dewaluacja tej dziedziny medycyny w świadomości społecznej przyczynia się do braku rozumienia wpływu procesów środowiskowych i rozwojowych człowieka na kondycję całego społeczeństwa. Oczywiście, że nie chodzi tu o jedyne słówko „opieka” zamiast „specjalistyczne usługi psychiatryczne”, lecz pokazanie pewnego rodzaju traktowania i myślenia o potrzebach tej dziedziny medycyny. Taka postawa generuje kolejne działania, a te mają wpływ bezpośrednio na pacjentów.

Ze względów ekonomicznych każdy zarządzający instytucją będzie dążył do zmniejszenia kosztów wytworzenia produktu. Produktem jest usługa medyczna (psychiatryczna, pielęgniarська, psychoterapeutyczna, inna). Tym lepsza usługa im bardziej profesjonalna kadra, co oznacza zatrudnianie specjalistów. Specjalistami są psychoterapeuci, specjaliści lekarze, pielęgniarki, psychologowie. Im więcej specjalistycznej kadry tym drożej. Zatem albo jak najwięcej pacjentów i jak najmniej specjalistów, albo jedynie bezwzględna wymagana liczba specjalistów i jak najwięcej pacjentów. Wymagania płatnika wskazują na „co najmniej liczba x osób na y pacjentów”. Jednak w praktyce powoduje to znaczne ograniczanie profesjonalnej opieki dla pacjentów. Ma to dodatkowe znaczenie w diagnozie i leczeniu w dziecięcych oddziałach psychiatrycznych.

Dzieckiem nie można zajmować się przez 1 – 3 godziny, a potem pozostawić je samemu sobie lub postawić opiekuna medycznego czy pielęgniarkę do pilnowania. Przez cały dzień pobytu dziecka, z małymi przerwami, odbywa się proces diagnostyczny i terapeutyczny. Z jednej strony bada lekarz, zleca procedury diagnostyczne, przeprowadza wywiad medyczny, ordynuje farmakoterapie monitorując efekty. Jednakże zasadniczy proces terapeutyczny odbywa się często w grupach rówieśniczych z udziałem profesjonalnych terapeutów zajęciowych, pedagogów, psychoterapeutów grupowych i w psychoterapii indywidualnej. Działania medyczne to jak przygotowanie ziemi do uprawy, a działania psychoterapeutyczne to jak sianie ziarna do tej ziemi. Zespół pracowników oddziałów psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej powinien być gronem specjalistów, ściśle współpracujących ze sobą, znających kierunek działań i mogących zapewnić bezpieczeństwo i należyte działania wobec pacjentów. Niedobór kadry powoduje natomiast pojawianie się przemocy instytucjonalnej, która z konieczności może być stosowana przez personel. Przemocą,

wprawdzie uprawnioną, jest izolacja, unieruchomienia za pomocą pasów lub kaftana, nadużywanie uspakajających farmaceutyków, czyli przymus bezpośredni. Obecny system „opieki psychiatrycznej” dla dzieci i młodzieży zmusza do nadużywania form przymusu bezpośredniego, co powoduje, że jest to system opresyjny, agresywny i niesprzyjający leczeniu.

Z dotychczasowego doświadczenia wynika, że znaczna liczba lekarzy i psychologów pracuje w państwowych placówkach służby zdrowia jedynie na część etatu ze względów ekonomicznych. Zatem dyktat ekonomiczny ogranicza także dostępność do świadczeń specjalistycznych, nie sprzyja integracji środowiska, zaplanowaniu stosownych działań, współpracy. To dyktat ekonomiczny powoduje odpływ kadry do sektora prywatnego, który nie gwarantuje planowej, długoterminowej strategii rozwoju działań profilaktycznych i specjalistycznej opieki w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. W zasadzie dyktat ten dotyczy wielu stron: pracodawcy, płatnika, pracowników i pacjentów.

Tworząc standardy zatrudnienia minimum przy niskich nakładach finansowych otrzymujemy minimalną, fikcyjną pomoc dla osób potrzebujących. Zatrudniani są (często w niepełnym wymiarze godzin) niedoświadczeni psychologowie, psychoterapeuci, lekarze, którzy dopiero co wchodzi na rynek pracy, są w trakcie robienia specjalizacji.

3.7. Co może pomóc?

- ustalenie standardów pomieszczeń, zwłaszcza poradni zdrowia psychicznego, poradni pedagogicznych-psychologicznych, innych, w których odbywają się spotkania, psychoterapia, rozmowa z dzieckiem, młodzieżą, zarówno na poziomie leczenia ambulatoryjnego jak i szpitalnego;
- określenie potrzeb leczenia stacjonarnego w zależności od rozpoznania;
- dzieci powinny być dzielone na małe, kilkuosobowe grupy terapeutyczne realizujące określone zadania terapeutyczne lub zajęcia (kulinarne, plastyczne, sportowe, teatralne, inne) w oddzielanych pomieszczeniach. Na 20 – 30 pacjentów powinny przypadać w ciągu dnia co najmniej 4 profesjonalnie przygotowane osoby pracujące terapeutycznie przez cały dzień (od 9.00 do 20.00), dodatkowo pielęgniarki, opiekunowie medyczni, psychologowie/psychoterapeuci;
- na 20 – 30 pacjentów powinno przypadać minimum 3 lekarzy specjalistów + ordynator, 4 etaty psychologów/psychoterapeutów, minimum 4 terapeutów zajęciowych, minimum 2 pielęgniarki na dyżurze + sanitariusz (modelowy oddział)

Obecnie dzieci z nasilonymi stanami lękowymi, obniżeniem nastroju, jadłowstrętem muszą przebywać w grupie dzieci agresywnych, pobudzonych, z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną, zanieczyszczającymi się, agresywnymi, z objawami zaburzeń psychotycznych i z innymi. Dodatkowo zatrudniony w minimalnym wymiarze personel siłą rzeczy zajmuje się dziećmi stwarzającymi problemy wychowawcze, zagrażającymi innym niż dziećmi „spokojnymi” nie domagającymi się uwagi. Narusza to ich prawo do leczenia, opieki, bezpieczeństwa. Warto zastanowić się nad innymi rozwiązaniami w planowaniu oddziałów psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej. Trudno tak niejednorodnej grupie dzieci zapewnić kompleksową psychoterapię (terapia grupowa, społeczność terapeutyczna, nauczanie, opieka pedagogiczna, organizowanie zajęć w ciągu dnia i inne).

Praktyka tworzenia sal lub pododdziałów „przejściowych” – obserwacyjnych, aby po pewnym okresie obserwacji pacjent mógł zmienić miejsce hospitalizacji jest zasadna pod warunkiem, że liczba miejsc w takim oddziale jest niewielka lub zatrudniona jest dodatkowa kadra do sprawowania opieki i wdrożenia adekwatnych do potrzeb programów diagnostycznych i terapeutycznych. Nieetyczne jest pozostawienie pacjentów na wiele godzin na tzw. „obserwacji”, bez zajęć z ograniczoną możliwością kontaktów z terapeutami, co jest nierzadką praktyką.

Rozwiązaniem mogłoby być takie zaplanowanie przestrzeni i dobór odpowiedniej liczby profesjonalnej kadry, aby poszczególne grupy dzieci, w zależności od wieku i potrzeb diagnostyczno-terapeutycznych mogły odbywać zajęcia, terapię, naukę oddzielnie – stosownie do tych potrzeb. Obecnie próby te są podejmowane przez kierowników oddziałów w miarę możliwości lokalowych, kadrowych i własnej inwencji. Nie należy to do reguły i standardów specjalistycznego postępowania w lecznictwie stacjonarnym. Istnieje konieczność ustanowienia nowych standardów, biorąc pod uwagę specjalistyczne przygotowanie pracowników, rodzaj świadczonych usług specjalistycznych w zależności od wieku pacjentów, długości hospitalizacji.

Podsumowując, te i inne problemy ujawniają się między innymi w tym, że jedyną metodą leczenia psychiatrycznego dzieci, głównie z domów dziecka, placówek opiekuńczo- oświatowych jest często umieszczenie dziecka w szpitalu psychiatrycznym, a zalecenia lekarskie (kontynuowanie psychoterapii i farmakoterapii) w leczeniu ambulatoryjnym nie jest realizowane, gdyż jest to niemożliwe.

Ważne jest stworzenia długofalowego planu w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, a także powołanie zespołów roboczych, które obejmowałyby profesjonalistów różnych specjalności (pediatrów, psychiatrów dzieci i młodzieży, neurologów dziecięcych, psychologów, psychoterapeutów, pedagogów, pracowników socjalnych, ekonomistów). Istotne jest określenie przedziałów wiekowych i częstotliwości występowania objawów zaburzeń i czynników ryzyka w danej grupie wiekowej w celu ustalenia późniejszych działań profilaktycznych (np. dzieci najmłodsze: diada matka + niemowlę – profilaktyka zaburzeń więzi, wczesne rozpoznawanie alkoholowego zespołu płodowego, wczesne rozpoznawanie autyzmu; dzieci do 4 roku

życia – zaburzenia ze spektrum autyzmu, zespoły nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi; dzieci od 4 roku życia do 15 roku życia – zaburzenia adaptacyjne, samookaleczenia, ryzyko samobójstwa, zaburzenia nastroju, lękowe; młodzież powyżej 15 roku życia – zaburzenia nastroju, choroby psychiczne). Praktyka wskazuje, że dzieciom również należy się profilowanie usług w leczeniu stacjonarnym.

Niezbędne jest ustanowienie standardów zatrudnienia profesjonalistów na każdym etapie profilaktyki, diagnostyki i leczenia dzieci i młodzieży. Bezwzględnie trzeba do tego dążyć zapewniając godne warunki pracy, ścieżkę rozwoju zawodowego i finansowego. Profesjonaliści z w/w grup zawodowych najczęściej muszą bardzo dużo czasu i własnych środków inwestować w zdobycie wiedzy, muszą mieć wieloletnią praktykę, aby plan się powiódł. W przeciwnym razie każdy, kto się wyszkoli odejdzie, nie będzie wiązał się z projektem, ani nie weźmie odpowiedzialności za efekt końcowy.

Istotą leczenia psychiatrycznego, pracy pedagogicznej, pracownika socjalnego, nauczyciela, psychoterapeuty nie jest wysoce specjalistyczny, drogi sprzęt. Istotą tej pracy jest wiedza, stałe podnoszenie kwalifikacji, doświadczenie, umiejętność bezpośredniej pracy z drugim człowiekiem, któremu pomaga. Zatem należy zainwestować w profesjonalną kadrę.

4. Nieletni z niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną w miejscach izolacji – monitoring Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Justyna Józwiak

W 2016 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, rozpoczął monitoring sytuacji nieletnich z zaburzeniami psychicznymi i intelektualnymi przebywających w zakładach poprawczych i młodzieżowych ośrodkach wychowawczych (dalej: placówki resocjalizacyjne). W drugiej połowie roku rozpoczęły się wizytacje tematyczne mające na celu zbadanie tego zagadnienia. Początkowo odbywały się one jedynie w placówkach resocjalizacyjnych. Szybko jednak eksperci KMPT dostrzegli, że problem jest szerszy i w głównej mierze wynika ze złej kondycji psychiatrii dzieci i młodzieży, w tym psychiatrii sądowej. Z tego powodu przeprowadzono dodatkowe wizyty oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

Sytuację dzieci wymagających opieki psychiatrycznej, w tym także tych, którzy jednocześnie są wychowankami placówek resocjalizacyjnych, przedstawił kilka lat temu Rzecznik Praw Dziecka

(RPD) oraz Rzecznik Praw Pacjenta (RPP). Ten ostatni w piśmie do Minister Edukacji Narodowej, przesłanym w 2014 r., zdefiniował podstawowe problemy w zakresie opieki psychiatrycznej podopiecznych ośrodków wychowawczych. RPP wskazywał m.in. na problem częstych hospitalizacji nieletnich w szpitalach psychiatrycznych. W jego ocenie, może być on spowodowany wieloma czynnikami, wśród których wymienił: brak lub ograniczony dostęp nieletnich do ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej (w tym konsultacji), brak realizacji poszpitalnych zaleceń lekarskich, oddalenie ośrodków od placówek zdrowia psychicznego, brak własnych środków finansowych w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, które umożliwiałyby zatrudnienie przez te placówki lekarza psychiatry i psychoterapeuty na podstawie umowy cywilno-prawnej, jak również brak możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej na terenie ww. placówek w ramach umów zawieranych z NFZ, z uwagi na obowiązujący stan prawny²⁴.

W odpowiedzi Joanna Kluzik-Rostkowska, ówczesna Minister Edukacji Narodowej, w piśmie z dnia 9.02.2015 r. wskazała²⁵, że wychowankowie młodzieżowych ośrodków wychowawczych nie posiadają innego dostępu do opieki zdrowotnej niż w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej. Oznacza to, że w ośrodku mają jedynie możliwość dostępu do opieki pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania (w ograniczonym wymiarze), nie mają natomiast dostępu do opieki lekarskiej, a tym bardziej nie mają bezpośredniego dostępu do lekarzy specjalistów, w tym psychiatrów dziecięcych. W ramach Międzyresortowego Zespołu, Ministerstwo Zdrowia (MZ) w 2012 r. przedstawiło możliwość rozwiązania problemu dostępności do ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej dla wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych (MOW) i młodzieżowych ośrodków socjoterapii (MOS), poprzez dokonanie zmiany przepisów rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386, ze zm.), która była przewidziana na 2014 r. Projektowane nowe świadczenie gwarantowane, zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami i pismem MZ, powinno umożliwić objęcie aktywną opieką ambulatoryjną psychiatryczną i psychoterapeutyczną wychowanków placówek resocjalizacyjnych przez świadczeniodawców, którzy zawrą umowę z NFZ na udzielanie takich świadczeń ze środków publicznych (na zasadach ogólnych kontraktowania świadczeń). Pomimo ustaleń Międzyresortowego Zespołu oraz sformułowania propozycji takiego rozwiązania przez Ministerstwo Zdrowia deklaracja ta nie została zrealizowana.

Przedstawiciele Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka w raporcie zatytułowanym „Dzieci po drugiej stronie muru”²⁶ także zaznaczyli, że poważnym problemem jest brak specjalistycznej opieki psychiatrycznej dla wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych.

²⁴ Pismo Rzecznika Praw Pacjenta do Minister Edukacji Narodowej z dnia 19.11.2014 r. (RzPP-RRzPP.41.15.2014.BW).

²⁵ Odpowiedź MEN do RPP z dnia 9.02.2015 r. (DZSE.WSPE.6001.50.2014.EM/KT)

²⁶ K. Wiśniewska, M. Szwast, M. Wolny, Dzieci po drugiej stronie muru. Raport z monitoringu placówek dla nieletnich, Warszawa 2014.

Na zagadnienie to wskazywali dyrektorzy placówek akcentując, że stale rośnie liczba wychowanków z zaburzeniami psychicznymi, którzy wymagają natychmiastowej wizyty u lekarza psychiatry.

W 2017 r. Fundacja Dajmy Dzieciom Siłę opublikowała *Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, z którego wynika, że w ostatnich latach rośnie liczba dzieci i młodzieży objętych pomocą specjalistyczną ze względu na zaburzenia psychiczne. Autorzy Raportu wskazywali, że czynnikiem, który może przyczyniać się do pogarszania zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, jest m.in. odczuwany stres, w tym stres szkolny. Fundacja podkreśla, że jednym ze wskaźników świadczącym o kondycji psychicznej dzieci i młodzieży jest liczba prób samobójczych, która utrzymuje się w Polsce na wysokim poziomie. W 2015 r. osiągnęła najwyższy wskaźnik od lat – 481 prób, w tym 12 podjętych przez dzieci do 12 r.ż. W roku 2016 wskaźnik ten był niewiele niższy – 475 prób. Jak czytamy w Raporcie: „W 2015 r. samobójstwa były drugą pod względem liczebności przyczyną zgonów dzieci i nastolatków w grupie wiekowej 10–19 lat – co piąty przypadek śmierci w tej grupie nastąpił w wyniku samobójstwa. Ponad 4-krotnie częściej próby samobójcze zakończone zgonem podejmowali chłopcy. Pod względem liczby prób samobójczych podejmowanych przez dzieci i młodzież poniżej 19 r.ż. zakończonych zgonem Polska w 2014 r. zajmowała drugie miejsce w Europie, za Niemcami”²⁷.

W kolejnym Raporcie Fundacja Dajmy Dzieciom Siłę podkreśliła, że dzieci, które doświadczyły przemocy rówieśniczej, oraz te, które doznały przemocy ze strony bliskich dorosłych, trzykrotnie częściej okaleczały się. Natomiast te, które były zaniedbywane fizycznie lub miały obciążające doświadczenia seksualne, podejmowały takie zachowania dwa razy częściej. Z kolei dzieci, które doznały przemocy rówieśniczej, ponad siedem razy częściej podejmowały próby samobójcze, zaś te, które doświadczyły wykorzystania seksualnego lub bycia świadkiem przemocy domowej – trzy razy częściej²⁸.

W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022²⁹ jako jedno z zadań dla Ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania, wyznaczono zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb poprzez udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom. Zadanie ma polegać na przygotowaniu, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, instytucjonalnych ram i zasad współdziałania jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej z jednostkami systemu oświaty, w szczególności młodzieżowymi ośrodkami wychowawczymi. Podobne zadanie powierzono Ministrowi Sprawiedliwości w zakresie zapewnienia osobom przebywającym

²⁷ Dzieci się liczą 2017, *Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, Fundacja Dajmy Dzieciom Siłę, Vol 16, No 1 (2017), str. 117.

²⁸ Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. *Raport z badań*. Fundacja Dajmy Dzieciom Siłę, Warszawa 2018 r., str. 8.

²⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. 2017, poz. 458)

w placówkach penitencjarnych, w szczególności w ośrodkach dla młodocianych, dostępu do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego.

Badając zagadnienie psychiatrii dzieci i młodzieży, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził w latach 2016-2018 łącznie 20 wizytacji w placówkach resocjalizacyjnych (8 w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i 4 w zakładach poprawczych) oraz w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży (8)³⁰. W trakcie wizyt przeprowadzano rozmowy z personelem, który wskazywał na obszary szczególnie problematyczne w związku z zapewnieniem opieki psychiatrycznej dzieciom. Analizowano także akta pacjentów, w szczególności tych, którzy byli podopiecznymi placówek opiekuńczo-wychowawczych i jednocześnie wymagali leczenia psychiatrycznego. Z wybranymi dziećmi przeprowadzano rozmowy na osobności.

W tej części raportu przedstawione zostały wnioski i rekomendacje wypracowane w wyniku wizyt Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.

Pierwszy podrozdział poświęcony został ogólnym zagadnieniom w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży. Dotyczy on pacjentów do 18 r. ż. umieszczanych bez zgody w trybie ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o zdrowiu psychicznym* (Dz. U. z 2020 r. poz. 685 tekst jedn., dalej zwana u.o.z.p.) wówczas, gdy zagrażają bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób;

Drugi podrozdział dotyczy mocno zaniedbanej psychiatrii sądowej. W oddziałach sądowych o wzmocnionym i maksymalnym zabezpieczeniu mogą przebywać nieletni, którzy popełnili czyn karalny lub wykazują demoralizację i wymagają umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym w ramach środka leczniczego na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. *o postępowaniu w sprawach nieletnich* (Dz. U. z 2018 r. 969, tekst. jedn., dalej zwana u.p.n. lub ustawą *o postępowaniu w sprawach nieletnich*).

Łącznie w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz w oddziałach dla nieletnich może przebywać ok. 1500 pacjentów. Ze szczegółowych zestawień wynika, że w 2018 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł kontrakty z 65 oddziałami dla dzieci i młodzieży w 34 szpitalach (łącznie 1541 łóżek). Struktura oddziałów psychiatrycznych dla dzieci wygląda następująca:

- oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w psychiatrii ogólnej, w których najczęściej umieszczani są pacjenci na podstawie przepisów u.o.z.p. (1305 łóżek w 29 szpitalach);
- oddziały o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci i młodzieży, w których przebywają nieletni skierowani przez sąd na mocy przepisów u.p.n. (łącznie 236 łóżek w 5 szpitalach);
- ośrodek o maksymalnym zabezpieczeniu – Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej Nieletnich w Garwolinie, w którym również przebywają nieletni skierowani przez sąd na mocy przepisów u.p.n. (40 łóżek). Ośrodek jest bezpośrednio finansowany przez Ministerstwo Sprawiedliwości, poza NFZ.

³⁰ Listę placówek wizytowanych przez KMPT zawiera Załącznik nr 1.

W ostatnim zaś podrozdziale, trzecim, przedstawiono obszary ryzyka zidentyfikowane przez KMPT, które prowadzą lub mogą prowadzić do niehumanizującego i poniżającego traktowania albo karania nieletnich z zaburzeniami psychicznymi i intelektualnymi, którzy przebywają w placówkach resocjalizacyjnych.

To szczególnie grupa dzieci, która często nie ma wsparcia ze strony rodziny i od najmłodszych lat przebywa w placówkach opiekuńczo – wychowawczych. Zaniedbania ze strony rodziców lub opiekunów, a przede wszystkim **brak miłości i uwagi** osób dorosłych stanowią najczęstszą przyczynę trudności, z którymi nie mogą sobie poradzić w okresie wchodzenia w dorosłość.

4.1. Oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w psychiatrii ogólnej

W ostatnim czasie naukowcy wskazują na ciekawy paradoks w obszarze stanu zdrowia dzieci. Na początku XXI wieku zaobserwować można, że wskaźniki zdrowia fizycznego dzieci poprawiają się, podczas gdy pogorszeniu zdecydowanie ulega ich kondycja psychiczna. Wg I. Namysłowskiej, skala występowania zaburzeń i chorób psychicznych młodzieży w ostatnich latach faktycznie rosła i nie wynika to jedynie z większej popularności psychologii i lepszego dostępu do opieki psychiatrycznej. Wśród potencjalnych przyczyn wymienia się czynniki cywilizacyjne, wpływające na zaburzenia dzieci i młodzieży, w tym: bezrobocie, większa liczba rodzin z jednym rodzicem (głównie matką), więcej czasu poświęcanego przez rodziców pracy (brak dostępności emocjonalnej rodziców), migracja za „chlebem” jednego, a czasami obojga rodziców, rola internetu jako środka komunikacji w rodzinie (komunikacja wirtualna). Nowe konfiguracje rodzinne i wzorce relacyjne mogą nieść – zdaniem I. Namysłowskiej – bardzo istotne zmiany dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w związku z ich należnością do systemu rodziny³¹.

Niezwykle ważne jest, aby każde dziecko potrzebujące opieki psychiatrycznej i psychologicznej otrzymało ją najwcześniej jak to możliwe, by zapobiec pogorszeniu stanu zdrowia w życiu dorosłym. Jak wskazuje I. Tabak, powołując się na dane WHO, *nawet 50% wszystkich zaburzeń zdrowia psychicznego, prowadzących do nadużywania środków psychoaktywnych, agresji i przemocy oraz innych zachowań antyspołecznych, ma swój początek w okresie dojrzewania, a u 10-20% dorastających identyfikuje się problemy ze zdrowiem psychicznym. Z tego względu WHO uznała ochronę zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży za priorytet w polityce zdrowotnej*³².

³¹ I. Namysłowska, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość; Postępy Nauk Medycznych*, t. XXVI, nr 1, 2013 r., dostępne pod adresem: <http://www.czytelniamedyczna.pl/4302,zdrowie-psychiczne-dzieci-i-mlodziezy-w-polsce-stan-rozwoju-opieki-psychiatrycz.html#>

³² I. Tabak, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów*, *Studia BAS*, Nr 2 (38), 2014, s. 113-138.

Mapa 1. Przestrzenne rozmieszczenie oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży



Opracowanie: Justyna Zarecka, KMPT, na podstawie danych z NFZ.

4.1.1. Ramy prawne

Zasady przyjęcia i zwalniania pacjentów, stosowania przymusu bezpośredniego oraz badania, leczenia i rehabilitacji określa ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

W oddziałach dla dzieci i młodzieży mogą przebywać pacjenci do 18 r. ż. (lub starsi jeśli kontynuują naukę). Są oni przyjmowani na podstawie przepisów u.o.z.p., a zatem mogą być przyjęci za zgodą (swoją lub opiekuna prawnego³³) lub wbrew niej.

Przyjęcie dobrowolne.

Zgodnie z art. 22 u.o.z.p. przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego.

³³ Pacjent w wieku 16-18 lat ma prawo do współdecydowania o swoim zdrowiu. Podjęcie leczenia takiego pacjenta wymaga uzyskania zgody podwójnej: pacjenta i jego przedstawiciela (art. 17 ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz.1318)

Zgoda – wg u.o.z.p. – oznacza swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania (art. 3 pkt 4 u.o.z.p.).

Jeżeli przyjęcie do szpitala dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia wymagane jest uzyskanie zgody na przyjęcie zarówno od tej osoby jak i od jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Przedstawiciel ustawowy osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, wyraża zgodę na przyjęcie do szpitala, za zgodą sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Jedynie w wypadkach nagłych nie jest konieczne uzyskanie zgody sądu opiekuńczego. Jednakże o każdorazowym takim przyjęciu kierownik szpitala psychiatrycznego powinien zawiadomić bezzwłocznie sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala wskazując okoliczności uzasadniające przyjęcie. Przyjęcie do szpitala następuje na podstawie skierowania wydanego po uprzednim osobistym zbadaniu osoby przez lekarza.

Przyjęcie bez zgody.

Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. O przyjęciu do szpitala osoby postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Lekarz jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach. Przyjęcie bez zgody wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Następnie kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia (art. 23 u.o.z.p.).

Na maksymalnie 10 – dniową obserwację psychiatryczną może zostać przyjęta osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie. Pobyt na oddziale psychiatrycznym ma na celu wyjaśnienia tych wątpliwości (art. 24 u.o.z.p.).

Do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta bez zgody osoba chora psychicznie:

1. której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź

2. która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

O potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego takiej osoby bez jej zgody orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby – na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę. W stosunku do osoby objętej oparciem społecznym, wniosek może zgłosić również organ do spraw pomocy społecznej (art. 29 u.o.z.p.).

Postępowanie przed sądem opiekuńczym.

Sąd opiekuńczy wszczyna postępowanie dotyczące przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta na podstawie otrzymanego zawiadomienia ze szpitala. Sędzia wizytujący szpital ma obowiązek wysłuchania osoby przyjętej bez zgody w ciągu 48 godzin od otrzymania zawiadomienia. W razie stwierdzenia, że pobyt tej osoby w szpitalu psychiatrycznym jest bezzasadny, sędzia zarządza natychmiastowe jej wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania. W pozostałych przypadkach, w ciągu 14 dni od wpływu wniosku lub otrzymania zawiadomienia, powinna odbyć się rozprawa, na której sąd wydaje orzeczenie o zwolnieniu lub przyjęciu bez zgody. W przypadkach uzasadnionych interesem osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, sąd zarządza przeprowadzenie rozprawy w szpitalu (art. 45 u.o.z.p.).

Przed wydaniem postanowienia, sąd jest obowiązany uzyskać opinię jednego lub kilku lekarzy psychiatrów. Biegłym nie może być osoba, która uczestniczyła w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala lub odmowie wypisania osoby chorej psychicznie ze szpitala psychiatrycznego (w przypadku odmowy stawienia się na takie badanie lub przyjęcie do szpitala możliwe jest zarządzenie przez sąd o zatrzymaniu i przymusowym doprowadzeniu takiej osoby przez Policję do wskazanego miejsca). W sprawach dotyczących przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego oraz wypisania jej z takiego szpitala uczestnikami postępowania z mocy prawa, oprócz wnioskodawcy, jest także osoba przyjmowana oraz jej przedstawiciel ustawowy. W miarę potrzeby sąd zawiadamia o rozprawie małżonka osoby, której postępowanie dotyczy, oraz osobę sprawującą nad nią faktyczną opiekę. Mogą oni wziąć w niej udział na każdym jej etapie, stając się uczestnikami postępowania. W sprawach dotyczących wypisania osoby chorej psychicznie ze szpitala psychiatrycznego uczestnikiem postępowania z mocy prawa jest również szpital psychiatryczny (art. 46 u.o.z.p.).

Od 1.01.2018 r. (po zmianie u.o.z.p.) sąd ma obowiązek ustanowić adwokata lub radcę prawnego z urzędu, jeżeli postępowanie dotyczy bezpośrednio osoby przyjmowanej do szpitala psychiatrycznego, do domu pomocy społecznej, albo przebywającej w danym podmiocie, bez jej zgody (art. 48 ust. 2 u.o.z.p.).

Wypisanie ze szpitala.

O wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w tym szpitalu bez jej zgody postanawia ordynator (lekarz kierujący oddziałem), jeżeli uzna, że ustały przyczyny przyjęcia i pobytu. Jeżeli w ocenie lekarza dalszy pobyt pacjenta w szpitalu jest celowy, pacjent może za swoją później wyrażoną zgodą pozostać w placówce. Kierownik szpitala psychiatrycznego zaawizuje sąd opiekuńczy o wypisaniu ze szpitala i jego okolicznościach (art. 35 u.o.z.p.).

Również w przypadku, gdy sąd opiekuńczy wyda postanowienie o braku podstaw do przyjęcia pacjenta, szpital psychiatryczny jest obowiązany wypisać tę osobę niezwłocznie po doręczeniu mu postanowienia sądu (art. 27 u.o.z.p.).

Osoba przebywająca w szpitalu psychiatrycznym, w tym również osoba ubezwłasnowolniona, może złożyć w szpitalu, wniosek o nakazanie wypisania jej ze szpitala. Wypisania ze szpitala mogą żądać również: przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej oraz osoba sprawująca faktyczną nad nią opiekę. Żądanie takie może być zgłoszone w dowolnej formie i odnotowuje się je w dokumentacji medycznej. W razie odmowy wypisania, osoba przebywająca w szpitalu oraz odpowiednio inne osoby wymienione wcześniej mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się ten szpital, o nakazanie wypisania. Wniosek składa się w terminie 7 dni od powiadomienia tej osoby o odmowie wypisania oraz o terminie i sposobie złożenia wniosku (art. 36 u.o.z.p.).

Uprawnienia pacjentów szpitali psychiatrycznych.

Katalog praw pacjentów określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r., poz. 1127.). Zgodnie z treścią ustawy, pacjenci mają prawo do:

- **świadczeń zdrowotnych** odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, które oparte są na przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Prawo to gwarantuje również natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Świadczenia zdrowotne winny być udzielane z należytą starannością w warunkach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym przez osoby wykonujące zawód medyczny kierujące się zasadami etyki zawodowej (art. 6-8);
- **do informacji** o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (dotyczy pacjentów powyżej 16 r. ż.). Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (art. 9-12);
- **do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych** (art. 12a);

- do tajemnicy informacji z nim związanych (art. 13-14);
- do poszanowania intymności i godności pacjenta w tym obecności osoby bliskiej oraz wyrażenia zgody na uczestnictwo innych osób przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (w przypadku pacjenta małoletniego zgodę wyraża jego przedstawiciel ustawowy) art. 20-22;
- do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych, a także udostępnienia tej dokumentacji osobie wskazanej przez pacjenta;
- do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza (art. 31);
- do opieki duszpasterskiej (art. 36);
- do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (art. 39);
- do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego poprzez umożliwienie kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami (art. 33);
- do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

W myśl u.o.z.p. osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw. Prawo to przysługuje również jej przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu. Ustawa wymienia, że osoby te mają prawo w szczególności do:

- przekazania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia praw (art. 10a ust. 4 pkt 1 u.o.z.p.);
- spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby (art. 10a ust. 4 pkt 2 u.o.z.p.);
- uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy (art. 10a ust. 4 pkt 2 u.o.z.p.);
- prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami; korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli (art. 13 u.o.z.p.);
- prawo do okresowego przebywania poza szpitalem – za zgodą ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) – bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (art. 14. u.o.z.p.);

Wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody można stosować niezbędne czynności lecznicze, mające na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody. Lekarz wyznaczony do tych czynności zapoznaje osobę z planowanym postępowaniem leczniczym. Są jednak świadczenia zdrowotne, na które pacjent musi wyrazić zgodę nawet

jeśli przebywa w szpitalu wbrew własnej woli. Są to tzw. **świadczenia zdrowotne stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta i należą do nich:**

1. punkcja podpotyliczna lub lędźwiowa przeprowadzana w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego lub podania leków;
2. leczenie elektrowstrząsami³⁴.

4.1.2. Główne problemy w oddziałach ogólnej psychiatrii dziecięcej

Większość obszarów problematycznych została przedstawiona w rozdziale 1 (*Aktywność Rzecznika Praw Obywatelskich w zakresie poprawy sytuacji psychiatrii dzieci i młodzieży*) oraz w rozdziale 3 autorstwa J. Paruszkiewicz (*Dylematy psychiatrii dzieci i młodzieży*). Poniżej przedstawiono kwestie, które personel dziecięcych oddziałów psychiatrycznych najczęściej poruszał podczas wizytacji KMPT:

Niedofinansowanie, przeludnienie, brak miejsc.

Oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży funkcjonujące w strukturach psychiatrii ogólnej od wielu lat borykają się z problemami związanymi z finansowaniem, brakiem wykwalifikowanej kadry, brakiem miejsc i innymi, które wymieniał Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie w swoich wystąpieniach (o czym szczegółowo mowa w pierwszym rozdziale). Na złą organizację całego systemu opieki psychiatrycznej nad małoletnimi pacjentami zwracają także kontrolerzy Najwyższej Izby Kontroli (NIK). W swoich wystąpieniach pokontrolnych wskazywali m.in. na niewystarczającą dostępność do stacjonarnych i ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, brak wystarczającej liczby oddziałów detoksykacyjnych oraz oddziałów dla pacjentów z podwójną diagnozą, brak zorganizowanego systemu leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży z zaburzeniami zachowania wychowujących się w niekorzystnych warunkach środowiskowych, nieprawidłowo działający system psychiatrii sądowej³⁵. Kontrolerzy NIK podkreślili, że:

„Taki stan powodował, że oddział bywał często przepełniony, co w połączeniu z koniecznością hospitalizacji w jednej przestrzeni pacjentów z krańcowo różnymi potrzebami i wymagających różnych oddziaływań (pacjenci agresywni lub po użyciu środków psychoaktywnych, z uwagi na swój stan, muszą być objęci wzmocnionym nadzorem), utrudniało sprawowanie skutecznej opieki nad wszystkimi pacjentami. Prowadzone przez personel medyczny wielokierunkowe działania (m.in. terapie, rozmowy, edukacja, przeszkolenia), mające zapobiegać zjawiskom niepożądanym (szczególnie samookaleczeniom), nie

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2012 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody (Dz. U. z 2012 r. Nr 494)

³⁵ Sprawowanie opieki nad pacjentami Oddziału Psychiatrii Młodzieżowej SP ZOZ Centralnego Szpitala Klinicznego Instytutu Stomatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu – Centrum Psychiatryczne w Warcie. Wystąpienie pokontrolne NIK, 2017 r. (LLO.411.005.01.2015.)

były w pełni skuteczne. Słabość systemu powodowała bowiem często, że do Oddziału obok pacjentów z chorobami psychicznymi (np. z depresją czy schizofrenią) przyjmowani byli pacjenci zdemoralizowani, a także z ostrymi zaburzeniami psychotycznymi po użyciu substancji psychoaktywnych, często agresywnych i nieprzewidywalnych. W konsekwencji stanowiło to narażenie innych pacjentów (zwłaszcza z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi) na dodatkowy stres i niejednokrotnie na demoralizację. Dodatkowo, biorąc pod uwagę tzw. „społeczny efekt zarażania”, stan taki sprzyjał naśladowaniu zachowań niepożądanych³⁶.

KMPT: konieczne jest przeprowadzenie pilnej i kompleksowej reformy opieki psychiatrycznej przy współpracy i zaangażowaniu w tym względzie m.in. Ministra Zdrowia, Ministra Sprawiedliwości, Ministra Edukacji Narodowej oraz zapewnienie odpowiedniego finansowania oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

Niedostatek personelu.

Problem niedostatecznej liczby psychiatrów dziecięcych Rzecznik Praw Dziecka sygnalizował już w 2010 r. twierdząc, że taki stan rzeczy prowadzi to do niedostatecznego zabezpieczenia potrzeb dzieci wymagających opieki psychiatrycznej, a w oddziałach psychiatrii dziecięcej zatrudniani są psychiatry, którzy nie są specjalistami z zakresu psychiatrii dziecięcej (potwierdziły to również wizyty KMPT). Jak wskazywał RPO sytuacja w Polsce jest szczególnie niekorzystna, gdyż na 1 psychiatrę dzieci i młodzieży przypada ok. 30 tys. dzieci (w Szwecji 1 psychiatra dziecięcy opiekuje się 6 tys. dzieci). Minister Zdrowia, zgodnie z sugestią Rzecznika Praw Dziecka uznał psychiatrię dzieci i młodzieży za jedną z priorytetowych dziedzin medycyny i umieścił w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. z 2018 r., poz. 1738). W niewielkim stopniu poprawiło to sytuację. W 2018 r. liczba psychiatrów dzieci i młodzieży wykonujących zawód wynosiła 415 (375 specjalistów i 40 specjalistów I stopnia), co i tak w przeliczeniu na osoby do 18 r.ż. **wynosi 1 psychiatrę dzieci i młodzieży na ok. 17 tys. dzieci.**

Ordynator Oddziału Klinicznego VI Psychiatrii Młodzieży Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. L. Rydygiera w Toruniu podczas spotkania z delegacją KMPT tak określił sytuację:

„Mała liczba specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wiąże się z tym, że ta specjalizacja mocno odbiega od psychiatrii ogólnej, tu należy uwzględnić kontekst rodziny i środowiska dziecka, obrać spojrzenie bardziej humanistyczne aniżeli medyczne. Takie podejście niestety nie stanowi zachęty dla absolwentów medycyny. Warto byłoby od wczesnych lat studiów wprowadzić ten przedmiot tak, aby studenci byli oswojeni i zaciekawieni tym tematem. Tymczasem jest to niewielka liczba zajęć w toku studiów³⁷.

³⁶ Tamże, s. 2.

³⁷ Analizując programy studiów medycznych uczelni wyższych wydziałów lekarskich zwraca uwagę brak lub niewielka liczba godzin

Dodatkowo brakuje młodych lekarzy, średnia wieku w tej specjalizacji to 60 lat. Młodzi lekarze wyjeżdżają do pracy za granicę, gdzie otrzymują znacznie większe wynagrodzenie, a i warunki pracy są lepsze”.

W listopadzie 2018 r. Dziennik Gazeta Prawna alarmował, że sytuacja w dziedzinie psychiatrii dziecięcej jest zatrważająca. W grudniu 2018 r. doszło do zagrożenia zamknięcia Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie:

„Na niemal pięćdziesiątkę dzieci przypadało 2,8 lekarza. W takiej sytuacji nie tylko leczenie jest niemożliwe, ale nawet zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego. Dlatego wszyscy lekarze złożyli wypowiedzenia z pracy, wkrótce na wszystkich pacjentów została tylko jedna specjalistka, której termin wypowiedzenia upływał z końcem stycznia. Do pomocy miała tylko rezydentkę”³⁸.

Minister Zdrowia w piśmie skierowanym do RPO w dniu 11.01.2019 r. zaznaczył, że podejmuje działania dążące do wzrostu liczby tych specjalistów m.in. poprzez stwarzanie warunków ułatwiających uzyskiwanie przez jednostki uprawnień do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego oraz zwiększania liczby posiadanych przez nie miejsc szkoleniowych. Corocznie zwiększany jest także limit liczby osób studiujących na kierunku lekarskim oraz wprowadzane są zmiany w systemie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy. Dodatkowo Ministerstwo złożyło propozycję projektu kształcenia specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży (psychologów klinicznych, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych), który będzie mógł zostać sfinansowany ze środków unijnych³⁹.

KMPT: konieczne jest czynienie starań o pozyskanie większej liczby specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Umieszczanie małych pacjentów wspólnie z dorosłymi.

Jak ustalili eksperci KMPT, w dniu 12.02.2018 r. Zbigniew S. Król – ówczesny Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia – wystosował pismo do Prezesa NFZ, w którym informował, że ze względu na rosnącą liczbę pacjentów poniżej 18 r. ż. wymagających hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym oraz niewystarczającą liczbę miejsc w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży należy umożliwić realizowanie świadczeń gwarantowanych dedykowanych dzieciom w oddziałach dla dorosłych.

W dalszej kolejności, pisma ze strony Ministerstwa Zdrowia oraz Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w sprawie umożliwienia pacjentom niepełnoletnim (w wieku 17 lat) hospitalizacji na oddziałach dla dorosłych zostały przekazane placówkom prowadzącym takie oddziały.

z przedmiotu psychiatrii dziecięcej w przeciwieństwie do innych specjalizacji dziecięcych tj. chirurgia, hematologia, ortopedia, gastrologia, laryngologia, kardiologia, reumatologia, choroby zakaźne.

³⁸ Oddział dziecięcy w Józefowie zamknięty. Psychiatrizy pilnie poszukiwani, Dziennik Gazeta Prawna, 13.12.2018 r.

³⁹ <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/OdpowiedzC5%BA%20Ministra%20Zdrowia%2011.01.2019.pdf>

Narodowy Fundusz Zdrowia potwierdził formalną możliwość udzielania takich świadczeń, ponadto – jak wskazał – są one korzystniej finansowane dla placówek medycznych. Mimo tego kierujący oddziałami psychiatrycznymi dla dorosłych nie byli przychylni takim rozwiązaniom. W związku z tym Minister Zdrowia poprosił Marszałka Województwa Mazowieckiego o pomoc w motywowaniu szpitali psychiatrycznych prowadzących oddziały dla osób dorosłych do umożliwienia przyjmowania na te oddziały pacjentów w wieku 17 lat⁴⁰.

Większość szpitali przedstawiła swoje stanowisko w tej sprawie, w którym podkreślono że umieszczanie dzieci, a nawet młodzieży po 16 roku życia, na oddziałach dla dorosłych nie jest dobrym rozwiązaniem. Co więcej jest niebezpieczne. Szpitale dla dorosłych nie mają zasobów kadrowych ani bytowych (brak miejsc, pacjenci leżą na dostawkach), aby zapewnić małym pacjentom odpowiednie warunki oraz bezpieczeństwo.

Stosowanie wobec dzieci leków psychotropowych przeznaczonych dla dorosłych.

Podczas wizytacji oddziałów psychiatrycznych dla dzieci delegacja KMPT ustaliła, że w farmakoterapii stosowanej wobec pacjentów dominują leki psychotropowe przeznaczone dla dorosłych (jest to tzw. zastosowanie leku poza rejestracją *off-label*). Jolanta Paszko, lekarz psychiatra, ekspertka KMPT, ustaliła podczas jednej z wizyt skoncentrowanie na leczeniu farmakologicznym zamiast wdrażanie innych oddziaływań – terapeutycznych, wychowawczych. Część leków podawanych pacjentom nie miała rejestracji do stosowania u dzieci i młodzieży (Trittico, Mianseryna, ParoGen, Clopixol, Fluaxol, Tisercin, Zolaxa, Lorafen, Cloranxen, Imovane). W zaburzeniach zachowania leki były podawane w celu „wyciszenia” emocji, niepożądanych zachowań. Jej uwagę zwróciło także stosowanie leków o potencjale uzależniającym – benzodiazepin, Imovane.

Z relacji lekarzy wynika, że stosowanie wobec dzieci leków przeznaczonych dla dorosłych jest stałą praktyką wynikającą z braku nowoczesnych leków psychotropowych dla dzieci. Jest to problem ogólnoswiatowy, brak jest bowiem badań medycznych pozwalających na rejestrację nowych leków dla dzieci.

W takim przypadku konieczne jest pozyskanie pisemnej zgody pacjenta lub opiekuna prawnego. Niektóre szpitale posiadały opracowaną procedurę uzyskiwania zgody na leczenie lekami nie zarejestrowanymi dla dzieci i młodzieży zgodnie z zasadami określonymi dla eksperymentu leczniczego. Zgodnie bowiem z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 tekst jedn.) jeżeli dotychczas stosowane metody medyczne nie są skuteczne lub jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca lekarz może wprowadzić nowe lub tylko częściowo wypróbowane metody diagnostyczne, lecznicze lub profilaktyczne w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej, co zostało określone jako eksperyment leczniczy (art. 21 ustawy

⁴⁰ Więcej na ten temat: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Odpowied%C5%BA%20Ministra%20Zdrowia%208%20maja%202019%20.pdf>

o lekarzach). Każda osoba powinna być informowana o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium.

Udział małoletniego w eksperymencie badawczym jest dopuszczalny, jeżeli spodziewane korzyści mają bezpośrednie znaczenie dla zdrowia małoletniego, a ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów. Eksperyment badawczy z udziałem małoletniego nie jest dopuszczalny, gdy istnieje możliwość przeprowadzenia takiego eksperymentu o porównywalnej efektywności z udziałem osoby posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych (art. 21 ustawy o lekarzach).

Praktyki zastosowania wobec dziecka leku poza rejestracją dla wielu praktyków i naukowców są mocno dyskusyjne:

„Jednym z najważniejszych problemów prawnych i etycznych w psychiatrii dzieci i młodzieży jest brak spójności między wytycznymi polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych oraz konsultanta krajowego a zakresem rejestracji leków w danych grupach wiekowych. Taka sytuacja wymusza na lekarzach stosowanie leków off-label, co może budzić wątpliwości prawne i etyczne, a także niepokój rodziców. Jakkolwiek system prawny przewiduje daleko posuniętą odpowiedzialność producenta leku za szkodliwe skutki jego zastosowania, odpowiedzialność ta zostaje zniesiona, jeżeli lek zastosowano niezgodnie z ChPL. Wówczas odpowiedzialność za ewentualną szkodę ponosi lekarz, nawet jeśli zapis o stosowaniu danego leku znajduje się w wytycznych organów urzędowych”⁴¹.

Słabo rozwinięte środowiskowe formy pomocy psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży

Jak ustalili przedstawiciele KMPT podczas wizytacji, najczęstszą formą opieki psychiatrycznej stosowaną w wobec dzieci i młodzieży, w tym wychowanków placówek resocjalizacyjnych, są konsultacje w poradni zdrowia psychicznego raz na miesiąc lub kilka miesięcy (najczęściej dotyczy to osób, którzy zażywają leki psychotropowe) oraz hospitalizacja psychiatryczna. Pomoc zatem koncertuje się na leczeniu szpitalnym, nie zaś środowiskowym.

Możliwości i dostępność do środowiskowej opieki psychiatrycznej, np. w ramach zespołów leczenia środowiskowego, gdzie podstawową formą kontaktu są wizyty domowe, jest znikoma. Żaden przebywający w placówce nieletni wymagający opieki psychiatrycznej, z którym rozmawiali przedstawiciele KMPT, nie był poddany takiej formie opieki. Systematyczne wizyty domowe mogłyby być dobrym rozwiązaniem, szczególnie dla nieletnich przebywających w placówkach, choćby z racji uniknięcia problemu dowiezienia do lekarza lub terapeuty. Tymczasem statystyki gromadzone przez Instytut Psychiatrii i Neurologii pokazują, że największa liczba małoletnich

⁴¹ P. Niviński, Leki przeciwdepresyjne i przeciwpsychotyczne zarejestrowane u dzieci i młodzieży. Trudności prawne i etyczne związane z zakresem rejestracji leków, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2017, 17 (4), p. 274–278.

pacjentów w 2017 r. leczona była w warunkach całodobowych szpitali, następnie na oddziałach dziennych, zaś w warunkach środowiskowych leczęto się zaledwie 1400 dzieci.

Tabela 1. Całodobowe, dzienne i środowiskowe oferty pomocy dla dzieci i młodzieży: Liczba miejsc i leczonych w 2017 r.

	Liczba miejsc/łóżek	Liczba leczonych
Opieka całodobowa w oddziałach dziecięcych	1368	12 090
Oddziały dzienne dla dzieci i młodzieży	36 oddziałów/905 miejsc	3918
Zespół/oddział leczenia środowiskowego/ domowego	Brak danych	1394

Opracowanie: J. Józwiak, na podstawie danych z Instytutu Psychiatrii i Neurologii

Od wielu lat trwa dyskusja nad deinstytucjonalizacją opieki psychiatrycznej, czyli przejściem od opieki instytucjonalnej do opieki lokalnej, środowiskowej. Powszechnie wiadomo, że wieloletnia izolacja pacjentów w szpitalach nie sprzyja ich samodzielnemu funkcjonowaniu, a instytucje te nie są w stanie zapewnić im godnych warunków. W ostatnim czasie na ten temat wypowiedział się również Specjalny sprawozdawca ONZ ds. praw osób z niepełnosprawnościami podkreślając, że Państwa muszą wykorzystać wszelkie formy instytucjonalizacji osób niepełnosprawnych i ustanowić jasne procesy deinstytucjonalizacji. Inicjatywy deinstytucjonalizacji powinny obejmować wszelkiego rodzaju instytucje, w tym obiekty psychiatryczne. Konieczne jest przygotowanie strategii, która pozwoli zakończyć proces instytucjonalizacji dzieci z niepełnosprawnościami. Winna ona uwzględniać: budowanie wsparcia dla rodziny, świadczenie usług dla dzieci w ramach społeczności, ochronę dzieci oraz ich edukację. Ważny jest także rozwój alternatywnej opieki opartej na rodzinie, w tym rozszerzonej opieki krewnych, opieki zastępczej i adopcji. Wszystkie te formy alternatywnej opieki muszą być wyposażone w odpowiednie szkolenia, wsparcie i monitorowanie, aby zapewnić trwałość takich praktyk. Państwa powinny przyjąć natychmiastowe moratorium na instytucjonalne umieszczanie dzieci w wieku poniżej 3 lat. Według Sprawozdawcy, Państwa muszą podjąć natychmiastowe działania, aby położyć kres pozbawieniu wolności w prywatnych i publicznych instytucjach. Państwa mają obowiązek chronić osoby niepełnosprawne przed bezprawnym pozbawieniem wolności⁴².

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458) jako niezbędny kierunek zmian w ochronie zdrowia psychicznego obrał właśnie wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego, tj. zapewnienie osobom z zaburzeniami

⁴² *Rights of persons with disabilities, Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, 11 January 2019 r., str. 15.*

psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej blisko miejsca ich zamieszkania opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Jednym z głównych zadań jest przygotowywanie – we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach zdrowia psychicznego oraz podmiotami uczestniczącymi w ochronie zdrowia psychicznego – standardów lub rekomendacji postępowania medycznego w ramach Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP). Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zakłada m. in. wspieranie i monitorowanie procesu tworzenia sieci CZP; ustalenie kompetencji niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz rozważenie w porozumieniu z właściwymi władzami uczelni możliwości dostosowania programów kształcenia uwzględniających potrzeby środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej; wdrażanie na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym szkolenia kadr o kompetencjach niezbędnych w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej; określenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej; poinformowanie władz właściwych uczelni o konieczności wprowadzenia do programów kształcenia przeddyplomowego lekarzy i pielęgniarek oraz do szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy pediatrów zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej⁴³.

KMPT: konieczne jest dążenie do deinstytucjonalizacji oraz stworzenie większych możliwości środowiskowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

4.2. Oddziały psychiatryczne dla nieletnich w psychiatrii sądowej

Wzmocnione zabezpieczenie dla nieletnich dziewcząt i chłopców realizowane jest w 5 szpitalach:

- Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu (2 oddziały w tym oddział – jedyny w Polsce – dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i od alkoholu);
- Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr Józefa Bednarza w Świeciu (1 oddział);
- Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu (3 oddziały);
- Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim (2 oddziały);
- Szpital psychiatryczny w Toszku (2 oddziały)

⁴³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458)

Delegacja KMPT przeprowadziła wizyty w 3 oddziałach dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu, w: Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr Józefa Bednarza w Świeciu, Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim.

4.2.1. Ramy prawne – wzmocnione zabezpieczenie

Zasady umieszczania nieletnich w oddziałach psychiatrii sądowej dla nieletnich reguluje ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich, która stosowana jest wobec:

1. osób do 18 r. ż. w zakresie zapobiegania i zwalczania demoralizacji;
2. osób w wieku 13 – 17 lat w zakresie postępowania w sprawach o czyny karalne⁴⁴.

Oznacza to, że w jednym oddziale psychiatrycznym o wzmocnionym zabezpieczeniu lub w ośrodku o maksymalnym zabezpieczeniu (KOPSN) mogą jednocześnie przebywać pacjenci, których powodem izolacji jest demoralizacja (np. wagary, nadużywanie alkoholu) oraz ci, którzy są sprawcami czynów karalnych (rozbój, kradzież, zabójstwo).

Umieszczenie nieletniego w oddziale psychiatrycznym o wzmocnionym zabezpieczeniu lub w ośrodku o maksymalnym zabezpieczeniu (KOPSN) może nastąpić:

1. w ramach środka leczniczego na podstawie art. 12 u.p.n., który wskazuje, że w razie stwierdzenia u nieletniego upośledzenia umysłowego, choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych bądź nałogowego używania alkoholu albo innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, sąd rodzinny może orzec umieszczenie go w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym. Jeżeli zachodzi potrzeba zapewnienia nieletniemu jedynie opieki wychowawczej, sąd może orzec umieszczenie go w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, a w przypadku gdy nieletni jest upośledzony umysłowo w stopniu głębokim i wymaga jedynie opieki – w domu pomocy społecznej. O umieszczeniu nieletniego w szpitalu psychiatrycznym, jak również o każdej zmianie tej placówki dyrektor szpitala zawiadamia sąd rodzinny, który wykonuje orzeczenie (art. 72 u.p.n.). Wykonywanie środków leczniczych ustaje z mocy prawa z chwilą ukończenia przez nieletniego 18 lat (art. 73. § 1 u.p.n.). Umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym w ramach środka leczniczego możliwe jest także w trakcie wykonywania już wcześniej orzeczonych środków wychowawczych lub środka poprawczego. Jeżeli w toku wykonywania środka wychowawczego lub poprawczego okaże się, że wobec nieletniego należy zastosować środki o charakterze leczniczo-wychowawczym (np. ze względu na zaburzenia psychiczne), sąd rodzinny może orzec umieszczenie nieletniego w odpowiednim zakładzie (art. 79 § 4 u.p.n.). Przed

⁴⁴ Wyjątki od ustalania wieku odpowiedzialności za czyn karalny opisane zostały w art. 10 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, tekst jedn.).

wydaniem orzeczenia o umieszczeniu nieletniego w szpitalu psychiatrycznym (a także w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, zakładzie poprawczym i domu pomocy społecznej) sąd zwraca się o wydanie przez biegłych opinii (organami opiniującymi w przypadku młodzieżowych ośrodków wychowawczych i zakładów poprawczych są najczęściej zespoły sądowych specjalistów, zaś w przypadku umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym – psycholodzy i psychiatrzy dziecięcy i młodzieżowi). Opinia powinna pomóc uzyskać kompleksową diagnozę osobowości nieletniego oraz określić właściwe kierunki oddziaływania na nieletniego (art. 25 u.p.n.). Po zakończeniu postępowania sąd przesyła odpis prawomocnego postanowienia wraz z opinią wydaną w trybie art. 25 lub art. 25a u.p.n. do szpitala lub placówki, w której zostaje umieszczony nieletni. Dyrektor szpitala ma obowiązek zawiadomiać sąd, który wykonuje orzeczenie, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, o stanie zdrowia nieletniego przebywającego w szpitalu i o postępach w leczeniu. Na podstawie tejże opinii lekarskiej sąd rozstrzyga o potrzebie dalszego pobytu nieletniego w szpitalu. W przypadku, gdy dyrektor uzna, że w związku ze zmianą stanu zdrowia nieletniego jego dalsze pozostawanie w szpitalu nie jest konieczne, niezwłocznie zawiadomią o tym sąd, który decyduje w sprawie dalszej hospitalizacji lub jej przerwania. Wobec nieletniego zwalnianego ze szpitala sąd rodzinny może zastosować w razie potrzeby środki wychowawcze (art. 80 u.p.n.).

2. umieszczenie w ramach **obserwacji lekarskiej** (art. 25a u.p.n.) w sytuacji, gdy istnieje potrzeba uzyskania opinii o stanie zdrowia psychicznego nieletniego. Wówczas sąd rodzinny zarządza badanie przez co najmniej 2 biegłych lekarzy psychiatrów, którzy mogą zgłosić konieczność przeprowadzenia obserwacji w szpitalu psychiatrycznym. Może się to odbyć tylko wtedy, gdy zebrane dowody wskazują na duże prawdopodobieństwo, że nieletni wykazuje wysoki stopień demoralizacji lub popełnił czyn karalny, o którym mowa w art. 1 § 2 pkt 2 lit. a u.p.n. (przestępstwo lub przestępstwo skarbowe). O potrzebie obserwacji w podmiocie leczniczym orzeka sąd rodzinny po wysłuchaniu nieletniego, określając miejsce i czas trwania obserwacji. Do udziału w wysłuchaniu należy dopuścić pozostałe strony i obrońcę nieletniego, jeżeli się stawią. Obserwacja w szpitalu psychiatrycznym nie powinna trwać dłużej niż 4 tygodnie. Na wniosek podmiotu leczniczego sąd rodzinny może przedłużyć ten termin na czas określony, niezbędny do zakończenia obserwacji. Łączny czas trwania obserwacji w danej sprawie nie może jednak przekroczyć 6 tygodni. O zakończeniu obserwacji należy zawiadomić sąd rodzinny (art. 25a u.p.n.). Na postanowienie o umieszczeniu w szpitalu przysługuje zażalenie, którego rozpoznanie w tym przypadku powinno nastąpić niezwłocznie (art. 29 u.p.n.).
3. umieszczenie w **trybie tymczasowym** w trakcie trwania postępowania (art. 26 u.p.n.) Zgodnie z u.p.n. wobec nieletniego można tymczasowo zastosować nadzór organizacji

młodzieżowej lub innej organizacji społecznej albo zakładu pracy, a także nadzór kuratora lub innej osoby godnej zaufania, a jeżeli byłoby to niewystarczające – umieszczenie w młodzieżowym ośrodku wychowawczym albo w rodzinie zastępczej zawodowej, która ukończyła szkolenie przygotowujące do sprawowania opieki nad nieletnim lub zastosować środki leczniczo-wychowawcze, o których mowa w art. 12. Środek tymczasowy w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym trwa do momentu rozpoczęcia wykonywania orzeczenia, chyba że sąd rodzinny postanowi inaczej (art. 74 § 1 u.p.n.). Na postanowienie w przedmiocie zastosowania tych środków przysługuje zażalenie (art. 29 u.p.n.).

W przypadku umieszczenia nieletniego w szpitalu psychiatrycznym w trybie tymczasowym nie jest wymagana opinia biegłych.

Dyrektor szpitala po przyjęciu nieletniego jest obowiązany do niezwłocznego powiadomienia sądu, rodziców lub opiekuna nieletniego oraz prokuratora o przyjęciu nieletniego, a także zapoznania nieletniego z zakresem jego praw i obowiązków, które określone zostały 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 przedsiębiorcami* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1928, ze zm.).

Nieletni umieszczony w szpitalu psychiatrycznym w ramach środka leczniczego ma prawo do:

- a) właściwej opieki i warunków pobytu i leczenia zapewniających higienę, bezpieczeństwo, ochronę przed wszelkimi formami przemocy fizycznej bądź psychicznej oraz ochronę i poszanowanie jego godności osobistej;
- b) świadczeń zdrowotnych, opieki psychologicznej i socjalnej;
- c) wykonywania praktyk i korzystania z usług religijnych;
- d) ochrony i utrzymania więzi rodzinnych;
- e) wysyłania i otrzymywania korespondencji oraz niekontrolowanych rozmów telefonicznych;
- f) poszanowania prywatności z ograniczeniami wynikającymi ze specyfiki zakładu;
- g) uczestniczenia w życiu zakładu;
- h) składania próśb, skarg, wniosków i odwołań do organu właściwego do ich rozpatrywania.

Korzystanie przez nieletnich z przysługujących im praw nie może naruszać praw innych osób i zakłócać ustalonego w zakładzie porządku.

Wśród obowiązków wymienić należy: przestrzeganie regulaminu, zasad współżycia społecznego i zasad bezpieczeństwa na terenie zakładu, stosowanie się do poleceń personelu, poprawne traktowanie innych osób, dbanie o stan zdrowia i higienę osobistą, dbanie o kulturę osobistą i kulturę słowa, sprzątanie pomieszczeń, w których przebywa, i utrzymywanie porządku, chyba że aktualny stan zdrowia to uniemożliwia (§ 20-21 rozporządzenia w *sprawie szczegółowych zasad kierowania*).

Prawo stanowi także, by w szpitalach o wzmocnionym zabezpieczeniu zapewnić:

- a) stały nadzór nad nieletnimi przebywającymi w zakładzie;
- b) drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające nieletnim samowolne oddalenie się z zakładu;
- c) wyposażenie w:
 - 1) system telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek oraz korytarzy,
 - 2) elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien;
- d) bezpośredni dostęp do ogrodzonego terenu rekreacyjnego;
- e) zatrudnienie personelu pracującego z nieletnimi w liczbie co najmniej dwukrotnie większej niż pojemność zakładu (liczba łóżek w zakładzie);
- f) odpowiednie warunki do realizacji obowiązku szkolnego⁴⁵.

4.2.2. Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich – maksymalne zabezpieczenie

Ośrodek został utworzony na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2004 r. w sprawie utworzenia Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie (Dz. U. z 2004 r, Nr 84 poz. 792), który został uchylony z dniem 1.07.2011 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 t.j. (art. uchylający 220 pkt 1)].

Ośrodek – jako jedyny w Polsce – przeznaczony jest do wykonywania orzeczeń sądu o umieszczeniu osoby nieletniej w szpitalu psychiatrycznym w warunkach maksymalnego zabezpieczenia. Ośrodek dysponuje 40 miejscami dla pacjentów (dziewcząt i chłopców).

Prawa i obowiązki, a także prawne podstawy umieszczenia w Ośrodku są takie same jak w przypadku oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu. Nieletni mogą być tu zatem skierowani zarówno na obserwację psychiatryczną, jak i umieszczeni w trybie tymczasowym lub w ramach środka leczniczego, o którym mowa w art. 12 u.p.n.

Według § 4 rozporządzenia w sprawie szczegółowych zasad kierowania do szpitala psychiatrycznego dysponującego warunkami maksymalnego zabezpieczenia kieruje się nieletniego z zaburzeniami psychicznymi, jeżeli:

1. powtarzające się zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie mienia nie będą mogły być opanowane w zakładzie dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia;
2. niemożliwe jest zapobieżenie samowolnemu oddaleniu nieletniego z zakładu dysponującego warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, a nieletni może stwarzać znaczne zagrożenie poza zakładem.

⁴⁵ § 16 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2018 r. poz. 1928, ze zm.).

Zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie szczegółowych zasad kierowania bezpieczeństwem i właściwe warunki pobytu nieletnich w zakładzie dysponującym warunkami maksymalnego zabezpieczenia są zapewnione poprzez spełnienie wymogów dedykowanych wzmocnionemu zabezpieczeniu⁴⁶, a ponadto:

1. wyposażenie personelu w system elektronicznych urządzeń alarmowych sygnalizujących zagrożenie ze strony pacjentów;
2. otoczenie zakładu oświetlonym, nadzorowanym za pośrednictwem telewizji wewnętrznej gładkim murem o wysokości co najmniej 5,5 m lub innymi zabezpieczeniami o porównywalnej skuteczności, uniemożliwiającymi samowolne oddalenie umieszczonego nieletniego;
3. zatrudnienie personelu pracującego z nieletnimi w liczbie co najmniej trzykrotnie większej niż pojemność zakładu (liczba łóżek w zakładzie), w tym personelu sprawującego ochronę nad nieletnimi w liczbie nie mniejszej niż dwie trzecie pojemności zakładu.

Zarówno w KOPNS, jak i na oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu panuje reżim objawiający się m.in. ciągłymi kontrolami osobistymi, inspekcją pomieszczeń, nadzorowaniem kontaktów pacjentów z osobami z zewnątrz, stosowaniem przymusu bezpośredniego (np. kaftanów bezpieczeństwa w trakcie konwoju lub podczas spaceru), pokojami wyposażonymi tylko w łóżka oraz podporządkowaniem się systemowi wzmocnień i kar. (Zdjęcia – fot. 4)

4.2.3. Obszary ryzyka w psychiatrii sądowej

Celem tej części raportu jest przeanalizowanie systemu prawnego oraz zidentyfikowanie obszarów ryzyka, które prowadzą lub mogą prowadzić do nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania nieletnich w sądowych oddziałach psychiatrycznych.

Obecny system prawny w zakresie psychiatrii sądowej dla nieletnich pozostawia wiele do życzenia. W ocenie KMPT przepisy prawne, funkcjonujące już od wielu lat, są niewystarczające i nie zapewniają właściwej ochrony nieletnim przebywającym w szpitalach psychiatrycznych. Największe ryzyko wystąpienia sytuacji, w których dobro dziecka może zostać narażone, spowodowane jest zarówno złymi praktykami spotykanymi w wielu szpitalach, jak i problemami systemowymi wynikającymi z niedostatecznej ochrony prawnej najmłodszych pacjentów.

⁴⁶ Staty nadzór nad nieletnimi przebywającymi w zakładzie, posiadanie drzwi i okien wyposażonych w urządzenia uniemożliwiające nieletnim samowolne oddalenie się z zakładu, wyposażenie w system telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek oraz korytarzy, wyposażenie w elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien; bezpośredni dostęp do ogrodzonego terenu rekreacyjnego; odpowiednie warunki do realizacji obowiązku szkolnego.

1. Brak precyzyjnego określenie poziomów i warunków zabezpieczenia w przepisach prawa (podstawowy, wzmocniony, maksymalny).

Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich nie wymienia ani nie określa stopni zabezpieczenia szpitali, w których ma być wykonywany środek leczniczy dla nieletnich, tak jak jest to w przypadku psychiatrii sądowej dorosłych⁴⁷. Jedynie w § 2 rozporządzenia w sprawie szczegółowych zasad kierowania wskazano, że sąd kieruje nieletnich do:

1. publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej dysponujących warunkami:
2. maksymalnego zabezpieczenia,
3. wzmocnionego zabezpieczenia,
4. publicznych zakładów leczenia odwykowego dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia,
5. innych podmiotów leczniczych sprawujących opiekę medyczną nad osobami z upośledzeniem umysłowym, chorobą psychiczną bądź z innymi zakłóceniami czynności psychicznych, w tym uzależnionych od alkoholu albo substancji psychoaktywnych,
6. innych podmiotów leczniczych dla chorych przewlekłe, zakaźnie albo na chorobę wymagającą specjalistycznych zabiegów lub procedur.

Rozporządzenie nie wymienia wprost podstawowego zabezpieczenia. Można się domyślać, że taką funkcję pełnią placówki wymienione w punkcie 3, czyli podmioty lecznicze sprawujące opiekę medyczną nad osobami z upośledzeniem umysłowym, chorobą psychiczną, etc.

W dalszej części, w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych zasad kierowania określono, kogo można umieścić w warunkach **wzmocnionego zabezpieczenia** (nieletnich z zaburzeniami psychicznym – § 3. 1.), w **zakładzie odwykowym w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia** (nieletnich uzależnionych od alkoholu lub substancji psychoaktywnych – § 3. 2) oraz w **ośrodku dysponującym warunkami maksymalnego zabezpieczenia** (nieletnich, którzy nie mogą przebywać we wzmocnionym zabezpieczeniu z uwagi na ich zachowanie zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie mienia, a także z uwagi na zapobieżenie samowolnemu oddaleniu nieletniego). Nie wymieniono zaś przesłanek do umieszczenia nieletniego w podstawowym zabezpieczeniu.

Sytuacja ta w praktyce powoduje wiele problemów. Brak wymienionego wprost podstawowego zabezpieczenia oraz wskazania, którzy nieletni mogą być tam kierowani powoduje, że nieletni rozpoczynają swoją internację od wzmocnionego lub maksymalnego zabezpieczenia. Oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży funkcjonujące w psychiatrii ogólnej nie chcą bowiem przyjmować nieletnich kierowanych przez sąd na mocy przepisów ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich. Dyrektorzy szpitali oraz ordynatorzy oddziałów często nie słyszeli o takiej możliwości i w przypadku skierowań sądowych (co i tak się rzadko zdarza) odmawiali przyjęć („W naszym

⁴⁷ Art. 200 Kodeksu karnego wykonawczego wymienia wprost 3 rodzaje zabezpieczeń w psychiatrii sądowej dla dorosłych: podstawowe, wzmocnione, maksymalne.

oddziale nie przyjmujemy nieletnich skierowanych sędownie”, „Nie spotkałam się, aby sąd skierował do nas takiego nieletnich. Zazwyczaj są dzieci i młodzież umieszczona na wniosek rodzica/opiekuna prawnego, lub w trybie ustawy o zdrowiu psychicznym bez zgody” – ordynator jednego z wizytowanych oddziałów ogólnopsychiatrycznych dla dzieci).

KMPT rekomenduje precyzyjne określenie w przepisach prawa poziomów i warunków zabezpieczenia sądowych oddziałów dla nieletnich (poziomu podstawowego, wzmocnionego, maksymalnego);

2. Brak wykazu szpitali, w których ma być wykonywany środek leczniczy

Do 31.03.2017 r. rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad kierowania zawierało załączniki zawierające dane adresowe szpitali dysponujące oddziałami o maksymalnym i wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich wraz z określeniem ich pojemności oraz obszaru działania⁴⁸.

Wraz ze zmianą rozporządzenia w marcu 2017 r. załączniki zostały uchylone i obecnie nie istnieje żaden legalny wykaz szpitali, w których można realizować środek leczniczy.

Oczywiście nadal jest on wykonywany w tych samych szpitalach, w których był wcześniej, przed uchyceniem załączników z wykazami. Wątpliwa jest jednakże podstawa prawna do realizacji takich zadań, wobec braku wspomnianego wykazu.

KMPT: stworzenie listy szpitali do wykonywania podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia znacznie ułatwi sądom pracę w zakresie wyznaczania właściwego szpitala. Z analizy akt nieletnich wynika bowiem, że nierzadko zdarzały się sytuacje,

⁴⁸ Zgodnie z nieobowiązującym już załącznikiem do rozporządzenia środek leczniczy w postaci umieszczenia nieletniego w szpitalu o maksymalnym zabezpieczeniu jest realizowany w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie (40 łóżek), gdzie umieszczaniu są nieletni z całego kraju. Z kolei jedyny w kraju oddział lecznictwa odwykowego dysponujący warunkami wzmocnionego zabezpieczenia utworzono w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu (30 miejsc). Natomiast wzmocnione zabezpieczenie – zgodnie z ówczesnym załącznikiem do rozporządzenia – powinno być realizowane w następujących placówkach:

- 1) Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Choroszczy (20 łóżek);
- 2) Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji Neuropsychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży w Zagórzku koło Warszawy (25 łóżek);
- 3) Samodzielnym Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach (25 miejsc);
- 4) Samodzielnym Publicznym Psychiatryczno-Wielospecjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Gorzowie Wielkopolskim (30 miejsc);
- 5) Wojewódzkim Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Profesora Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie (20 miejsc);
- 6) Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu (30 miejsc);
- 7) Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu (30 miejsc);
- 8) Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogard Gdański (35 miejsc);
- 9) Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku (25 miejsc).

Rozporządzenie przewidywało zatem 240 miejsc w szpitalach rozmieszczonych głównie z centralnej i zachodniej części kraju. Jednakże w rzeczywistości oddziały o wzmocnionym zabezpieczeniu istniały tylko w 5 szpitalach (Lubiąż – 30 miejsc, Międzyrzec – 50 miejsc, Starogard Gdański – 27 miejsc, Toszek – 25 miejsc) oraz w Szpitalu dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Świeciu (25 miejsc), który nie był ujęty w rozporządzeniu.

w których sąd wskazywał w postanowieniu szpital, w którym nie było takiego oddziału. W praktyce powodowało to trudności i opóźniało wykonanie środka leczniczego do czasu znalezienia miejsca w odpowiedniej placówce⁴⁹.

3. Powołanie komisji wskazującej właściwe miejsce wykonania środka leczniczego i określenie w ustawie jej uprawnień, zasad funkcjonowania i finansowania

W sytuacji orzekania środka leczniczego dla nieletnich sąd nie ma obowiązku zasięgnięcia opinii komisji psychiatrycznej, tak jak jest to w przypadku dorosłych, wobec których orzeka się zastosowanie środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym⁵⁰.

Wybór rodzaju zakładu, w którym realizowane będą środki leczniczo-wychowawcze pozostaje w gestii sądu. W myśl § 5 rozporządzenia w *sprawie szczegółowych zasad kierowania*: Kierując nieletniego do zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, sąd w szczególności bierze pod uwagę:

1. rodzaj czynów zabronionych, których dopuścił się nieletni w przeszłości;
2. rodzaj, częstość i skutki zachowań agresywnych lub uciezkowych w przeszłości;
3. aktualny stan zdrowia, w tym stan psychiczny i somatyczny;
4. uzależnienie od alkoholu lub substancji psychoaktywnych;
5. związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a zachowaniami niebezpiecznymi;
6. ogólną sprawność fizyczną;
7. szczególne wskazania do postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego;
8. przebieg i wyniki dotychczasowego leczenia i rehabilitacji.

W rozporządzeniu w *sprawie szczegółowych zasad kierowania* jest również mowa o tym, że przed umieszczeniem nieletniego w oddziale o wzmocnionym lub maksymalnym zabezpieczeniu, sąd może zwrócić się do Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie o wskazanie właściwego zakładu. Zgodnie z dalszymi przepisami, w tym celu sąd zobowiązany jest przesyłać Instytutowi orzeczenie o zastosowaniu środka leczniczego wraz ze zgrupowaną w sprawie dokumentacją lekarską. Wskazując właściwy zakład, Instytut winien brać w szczególności pod uwagę okoliczności, o których mowa we wspomnianym akapicie wyżej § 5 rozporządzenia w *sprawie szczegółowych zasad kierowania* (§ 6. 1-2). Taką samą rolę przypisano Instytutowi w przypadku przenoszenia

⁴⁹ W przypadku dorosłych art. 201 § 5. Kodeksu karnego wykonawczego określa, że Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” wykazy zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego wraz z podaniem liczby łóżek. Wykaz ten wymienia szpitale, w których realizowany jest środek zabezpieczający w warunkach podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia.

⁵⁰ Art. 201 kkw. jasno określa, że minister właściwy do spraw zdrowia powołuje komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających. W kodeksie określone zostały zadania komisji m.in. wydawanie opinii dla właściwych sądów lub innych uprawnionych instytucji w sprawie przyjmowania, wypisywania lub przenoszenia sprawców, wobec których orzeczono wykonywanie środka zabezpieczającego w zakładach psychiatrycznych, analiza informacji o liczbie dostępnych miejsc w zakładach psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających; Kodeks określa ponadto zasady wynagrodzenia członkom komisji oraz zwrot poniesionych przez nich niezbędnych wydatków.

nieletniego z jednego szpitala do drugiego. W sytuacji przeniesienia nieletniego, sąd może zatem zwrócić się do Instytutu o wskazanie odpowiedniego zakładu (§ 12).

Problem jednakże jest taki, że komisja psychiatrycznych orzekająca w sprawach nieletnich *de facto* nie istnieje, a zatem sądy opierają się wyłącznie na swoim przekonaniu. Z dokumentacji prowadzonej w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich wynika, że działalność tej komisji została zawieszona niedługo po jej utworzeniu, co było przedmiotem interwencji RPO w 2008 r. W wystąpieniu generalnym z dnia 29.04.2008 r. RPO napisał do Ministra Sprawiedliwości:

„Skuteczna kwalifikacja pacjentów opiniowanych do odpowiednich zakładów jest możliwa pod warunkiem znajomości wskazań do umieszczenia nieletniego w zakładzie dysponującym warunkami maksymalnego zabezpieczenia i w zakładach dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, a także posiadania wiedzy o możliwościach oddziaływań leczniczo-terapeutycznych w danym zakładzie. To z kolei narzuca potrzebę stworzenia standardów dotyczących kwalifikacji opiniowanych nieletnich do odpowiednich ośrodków, zarówno jeśli chodzi o miejsce przeprowadzania obserwacji sądowo-psychiatrycznych jak i odbywania środków leczniczo-wychowawczych. Istotne jest przede wszystkim, aby nieletni szczególnie niebezpieczni, którzy dopuścili się ciężkich czynów karalnych byli obserwowani lub leczeni w zakładach zapewniających wysoki stopień bezpieczeństwa innym pacjentom, personelowi oraz im samym, czyli w ośrodkach dysponujących warunkami wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia”⁵¹.

Dalsza korespondencja w tej sprawie wyjaśnia, że zaprzestanie działalności komisji wynikało z zakwestionowania przez Najwyższą Izbę Kontroli finansowania jej prac z budżetu będącego w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w ramach programu Psychiatryczna Opieka Zdrowotna. W 2007 r., w toku prac prowadzonych przez Ministerstwo Sprawiedliwości nad projektem ustawy – Kodeks nieletnich, Ministerstwo Zdrowia zgłosiło propozycję wprowadzenia do projektu przepisów dających podstawę do powołania Komisji Psychiatrycznej do Spraw Nieletnich, jako organu, do którego mogłyby się zwracać sądy w sprawie wskazania odpowiedniego dla nieletniego zakładu opieki zdrowotnej⁵². Komisja ta nie powstała, a problem ten podnosili ponownie Rzecznik Praw Pacjenta i Rzecznik Praw Dziecka⁵³. W sierpniu 2017 r. ponownie rozpoczęto w Ministerstwie Sprawiedliwości prace nad nowelizacją u.p.n. w zakresie stosowania środka leczniczego, lecz do tej pory nie wprowadzono zmian⁵⁴.

KMPT: ważne jest utworzenie komisji psychiatrycznej do spraw nieletnich, która wspierałaby merytorycznie sądy poprzez kwalifikowanie pacjentów do odpowiednich szpitali, dając należyłą gwarancję jakości opiniowania sądowo-psychiatrycznego nieletnich.

⁵¹ RPO-587722-VJI-110.1-08/JS

⁵² Biała Księga. Raport o korespondencji i kontaktach między Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Ministrem Zdrowia w sprawie przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009. Warszawa 2009. Str. 254.

⁵³ http://brpd.gov.pl/sites/default/files/wyst_2016_08_03_minister_sprawiedliwosci.pdf

⁵⁴ http://brpd.gov.pl/sites/default/files/ms_odpowiedz_na_wystapienie_zsr_422_24_2016_mk_ms.pdf

4. Umieszczenie nieletniego w trybie tymczasowym, na podst. art. 26 u.p.n.

Personel wizytowanych oddziałów psychiatrycznych wielokrotnie wskazywał na problem umieszczania nieletnich w trybie tymczasowym, czyli na podstawie art. 26 u.p.n. Dzieje się tak w przypadku, gdy sąd uzna to za konieczne hospitalizowanie nieletniego ze względów wychowawczych oraz zapobieżenia demoralizacji. Środki przewidziane w tym przepisie stosuje się w trakcie postępowania (po jego wszczęciu). Sąd może od razu umieścić nieletniego w szpitalu psychiatrycznym na czas toczącego się postępowania. Może to również uczynić na wniosek dyrektora placówki resocjalizacyjnej lub opiekuńczej (schronisko dla nieletnich, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, dom dziecka), w której przebywa nieletni umieszczony tam również w trybie tymczasowym:

Sędziowie stosują również taką praktykę w przypadku, gdy toczy się postępowanie o zmianę środka wychowawczego, poprawczego 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 oddziaływać 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 z placówki do szpitala.

„Proces demoralizacji nieletniego, mimo zastosowanego wcześniej środka w postaci MOW, nie uległ zahamowaniu. Istnieje uzasadniona obawa, że jego demoralizacja będzie się pogłębiała i może on ponownie wejść w konflikt z prawem. Umieszczenie nieletniego w szpitalu psychiatrycznym pozwoli przede wszystkim na wdrożenie leczenia farmakologicznego a także terapeutycznego. Z powyższego wynika, że zachodzą przesłanki do zastosowania środka tymczasowego z art. 26 poprzez umieszczenie w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu”(z uzasadnienia postanowienia sądu o zastosowaniu art. 26 u.p.n.).

Aktualne przepisy dają zatem możliwość przebywania na tym samym oddziale sprawcom groźnych czynów karalnych (np. zabójstwo), nieletnich przejawiających demoralizację (np. wargary) oraz takich, wobec których dopiero toczy się postępowanie mające ustalić, czy nieletni był sprawcą czynu 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.

Z relacji personelu oraz analizy akt wynika, że czas hospitalizacji nieletnich umieszczonych w trybie tymczasowym może trwać nawet kilka lat („Zdarzały się nawet 4-letnie tymczasowe pobyty nieletnich w oddziale” – relacja pracownika jednego z wizytowanych oddziałów).

KMPT: konieczne jest stworzenie regulacji prawnej 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.

5. Prawne ramy określające wiek nieletniego pacjenta

Dolna granica wieku.

Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich określa dolną granicę wieku na 13 lat jedynie dla nieletnich, których sąd uznał za sprawców czynów karalnych. Natomiast w przypadku nieletnich przejawiających demoralizację nie ma dolnej granicy wieku. Oznacza to, że w szpitalach psychiatrycznych mogą przebywać nieletni sprawcy czynów karalnych powyżej 13 r. ż. wraz z nieletnimi zdemoralizowanymi w wieku poniżej 13 r. ż. (wagary, używanie wulgaryzmów, nadużywanie alkoholu, narkotyków).

Sytuację taką przedstawiciele KMPT zastali podczas wizytacji Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie (luty 2017 r.), w którym realizowany jest środek leczniczy o maksymalnym zabezpieczeniu. Dwóch najmłodszych wówczas pacjentów miało 11 lat i 12 lat (imiona zostały zmienione):

Przypadek Antoniego, 11 lat. *Sytuacja rodzinna chłopca wiąże się z niestabilną opieką. Do 3 r.ż. wychowywał się z rodzicami, potem opiekę nad nim przejęła babcia (ojciec został umieszczony w więzieniu, matka porzuciła chłopca). Gdy miał 4 lata babcia oddała go do domu dziecka, gdyż nie radziła sobie z jego zachowaniem. Od I klasy był objęty opieką psychiatry ze względu na zachowanie (nadruchliwość, kompulsywność, zaburzenia koncentracji). W domu dziecka prezentował zachowania agresywne, ucieczki. W III klasie został skierowany do szpitala psychiatrycznego w Świeciu (był tam 1 miesiąc), gdzie postawiono rozpoznanie schizofrenii niezróżnicowanej. Niedługo po wyjściu trafił tam ponownie. Przebywał również w szpitalu psychiatrycznym w Gnieźnie z rozpoznaniem hiperkinetycznych zaburzeń zachowania. Po wyjściu do domu dziecka sprawiał problemy wychowawcze. Do sądu wpływały pisma z policji: raz był pod wpływem marihuany, kłamał i dokonywał kradzieży. Następnie trafił do KOPSN dysponującym maksymalnym zabezpieczeniem. Z opinii psychologicznej wynika, że nieletni był*

najmłodszym pacjentem, trudno odnajdywał się w placówce w sytuacji nakładanych na niego ograniczeń. U pacjenta nasilały się zaburzenia więzi, impulsywność i agresja. Psycholog wskazał ponadto, że „ze względu na młody wiek chłopca, brak adekwatnej grupy odniesienia w KOPSN, jak również brak przesłanek do przebywania chłopca w Ośrodku zalecane jest umieszczenie go Mazowieckim Szpitalu w Oddziale Całościowych Zaburzeń Rozwoju w Garwolinie (szpital ogólny), a następnie zapewnienie chłopcu stabilnych warunków protekcyjnych, takich jak stabilna sieć wsparcia (np. rodzina zastępcza), jasne granice w środowisku, w którym przebywa i objęcie go terapią”. Sąd przychylił się do opinii pracowników, jednakże do przeniesienia nie doszło. Mimo upływu 3 miesięcy od wydania postanowienia sądu w przedmiocie przeniesienia, nieletni nadal przebywał w KOPSN. Powodem było pogorszenie stanu zdrowia nieletniego. Ówczesny dyrektor KOPSN przekazał delegacji KMPT, że nie dysponuje postanowieniem sądu w przedmiocie pozostanie w Ośrodku, gdyż zgodę taką sąd wyraził podczas rozmowy telefonicznej, nie wydał jednak formalnego postanowienia.

Przypadek Tomka, 12 lat. Chłopiec pochodzi z rodziny dysfunkcyjnej, rodzice mają ograniczone prawa rodzicielskie, ojciec utrzymuje kontakt z dzieckiem, matka nie wykazuje zainteresowania. Od 5 r.ż. przebywa w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. W 2014 r. sąd zastosował wobec nieletniego nadzór kuratora ze względu na przejawy demoralizacji (agresja, znęcanie się nad zwierzętami, demolowanie). Nie przyniosło to rezultatów, więc zmieniono środek najpierw na zawodową rodzinę zastępczą, potem dom dziecka. Chłopiec wielokrotnie był hospitalizowany psychiatrycznie z powodu zaburzeń zachowania (zachowań impulsywnych, podczas których wybił szybę, usiłował się okaleczyć), napadów agresji słownej, zachowań niszczyielskich, dusił kury. Lekarze wskazywali na: konieczność zastosowania wobec nieletniego środków leczniczych w postaci opieki psychoterapeutycznej przy wsparciu farmakologicznym w ramach Poradni Zdrowia Psychicznego oraz stabilnych jasnych oddziaływań wychowawczych. Wymagane byłoby ustabilizowanie sytuacji życiowej badanego. (...) Wskazana byłaby kompleksowa terapia w szpitalu ogólnym w Garwolinie, do którego został przywieziony, jednakże tego samego dnia wypisano go z powodu zachowań agresywnych i przeniesiono do kolejnego szpitala, gdzie spędził 9 miesięcy. W międzyczasie sąd wydał postanowienie, w którym zalecił zastosować wobec nieletniego środek leczniczy w postaci umieszczenia w KOPSN.

W trakcie rozmów indywidualnych z pracownikami KMPT chłopcy opisywali, że po raz pierwszy znaleźli się w takim miejscu, w którym są ciągle kontrolowani, muszą się rozbiierać, by pracownicy mogli ich przeszukać, nie mają szafek w pokojach do przechowywania swoich rzeczy, na drzwi mogą wychodzić tylko „na chwilę”. Wobec jednego z nich stosowano także przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia pasem rąk i nóg trwający 2 godziny.

Ówczesny dyrektor KOPSN, M. Ignaczak, w rozmowie z przedstawicielami KMPT wskazał, że:

„Jeszcze poważniejszym problemem jest fakt, że obecny system prawny daje możliwość umieszczenia nieletnich od razu w systemie maksymalnego zabezpieczenia, szczególnie tych najmłodszych poniżej 13 r. ż. Dzieje się tak, ponieważ, po pierwsze w praktyce sądy nie orzekają o podstawowym zabezpieczeniu, po drugie szpitale, które realizują zabezpieczenie wzmocnione funkcjonują na zasadach określonych w kontrakcie z NFZ, w którym określona jest dolna granica wieku 13 r. ż. Z kolei w przypadku maksymalnego zabezpieczenia, które wykonywane jest w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie nie ma określonej dolnej granicy wieku. Najmłodszym pacjentem, jakiego pamiętam w KOPSN był 9-latek, dzieje się tak ponieważ sądy nie wiedzą, gdzie ich umieścić”.

Niektóre oddziały o wzmocnionym zabezpieczeniu nie przyjmują dzieci poniżej 13 r.ż. Przykładowo w Regulaminie Oddziału XVII sądowego o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich w Toszku znajduje się zapis: „Zgodnie z umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia Oddział XVII przyjmuje nieletnich w wieku od 13 do 18 r.ż. (kod 4733 – Oddział Psychiatrii Sądowej dla Młodzieży)”. Inna sytuacja jest w oddziałach wzmocnionych dla nieletnich w szpitalu w Lubiążu, gdzie przyjmowane są dzieci poniżej 13 r.ż. Z informacji uzyskanej z tego szpitala wynika, że aktualnie ich najmłodszy pacjent w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu ma 8 lat.

KMPT: umieszczanie tak młodych pacjentów w oddziałach dysponujących największym reżimem (kraty w oknach, kontrole osobiste, przeszukiwania rzeczy osobistych, sztywny porządek dnia, limitowane kontakty z osobami spoza szpitala, etc.) wpływają negatywnie na psychikę dziecka. Konieczne jest stworzenie dla nieletnich poniżej 13 r. ż. prawnych możliwości oraz oddziałów szpitalnych dysponujących warunkami sprzyjającymi dla bezpieczeństwa i właściwego rozwoju dziecka.

Górna granica wieku.

Zgodnie z ustawą o postępowaniu w sprawach nieletnich pobyt 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. Sąd nie może wówczas przedłużyć hospitalizacji – pacjent opuszcza mury szpitala.

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT w Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie, personel nakreślił przykład przebywającego tam wówczas pacjenta, który

w ciągu najbliższych miesięcy miał opuścić Ośrodek z uwagi na osiągnięcie pełnoletniości, mimo że wymagał w dalszym ciągu leczenia w warunkach hospitalizacji. Nietelni w wieku 15 lat dokonali zabójstwa swojej babci oraz usiłował dokonać zabójstwa siostry. Początkowo został umieszczony w schronisku dla nieletnich. Jednakże w trakcie postępowania sąd skierował nieletniego do KOP-SN na obserwację psychiatryczną, a następnie orzekł środek leczniczy w postaci maksymalnego zabezpieczenia. Po 2,5 latach izolacji w KOPSN chłopiec uzyskał pełnoletniość i wyszedł na wolność, mimo że w ocenie lekarzy nadal wymagał leczenia w warunkach hospitalizacji⁵⁵.

W przypadku osób niepełnoletnich o zwolnieniu ze szpitala decyduje cezura wiekowa a nie stan zdrowia pacjenta. W wielu wypadkach powoduje to dramatyczną sytuację młodego, niezbyt gotowego do samodzielności, nie do końca zdrowego psychicznie człowieka, bez wsparcia najbliższych, który w ocenie lekarzy wymaga dalszego leczenia w warunkach hospitalizacji. Rzecznik Praw Obywatelskich skierował w dniu 31.01.2019 r. do Ministra Zdrowia wystąpienie generalne nakreślając problem braku systemowych rozwiązań odnośnie zakresu oraz form wsparcia dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością dotkniętą 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 Nietelnych, przejęłaby leczenie w sytuacjach kryzysowych i nadzwyczajnych, potwierdzonych np. opinią medyczną o konieczności dalszego leczenia i terapii nieletniego⁵⁶”.

KMPT: trzeba stworzyć narzędzia prawne i kompleksowy system pomocy psychiatrycznej dla młodych osób, które nadal wymagają hospitalizacji, a mimo tego są zwalniane ze szpitali psychiatrycznych ze względu na ukończenie 18 r. ż.

⁵⁵ Z uwagi na fakt, że sąd potraktował chłopca jako nieletniego oraz orzekł wobec niego stosowanie środków leczniczych w ramach maksymalnego zabezpieczenia, chłopiec opuścił placówkę w chwili ukończenia 18 lat. W sytuacji, gdyby sąd zamiast środka leczniczego orzekł środek poprawczy, nietelni przebywałby w zakładzie poprawczym znacznie dłużej, do ukończenia 21 lat.

⁵⁶ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/panstwo-nie-wspiera-rodzicow-dziecka-z-niepelnosprawnoscia-w-kryzysie-psychicznym-gdy-skoczy-18-lat>.

6. Realizacja obowiązku szkolnego na oddziałach psychiatrycznych

Zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. *prawo oświatowe* (Dz. U. z 2019 r. Nr 1148 teks jedn.) w podmiotach leczniczych organizuje się edukację dla małoletnich pacjentów. Warunki korzystania z pomieszczeń dla prowadzenia zajęć edukacyjnych i wychowawczych oraz ponoszenia kosztów ich utrzymania określa umowa zawarta pomiędzy podmiotem, w którym zorganizowana jest szkoła, a organem prowadzącym szkołę, np. powiatem lub gminą (art. 128 ustawy *prawo oświatowe*).

Szczegółowe wytyczne zawiera rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w *sprawie organizacji kształcenia oraz warunków i form realizowania specjalnych działań opiekuńczo-wychowawczych w przedszkolach i szkołach specjalnych, zorganizowanych w podmiotach leczniczych i jednostkach pomocy społecznej* (Dz. U. z 2017 r. Nr 1654). Jak wskazano w tytule rozporządzenia oraz w **§ 1**, w podmiotach leczniczych tworzy się przedszkola specjalne, oddziały przedszkolne w szkołach podstawowych specjalnych, szkoły podstawowe specjalne oraz szkoły ponadpodstawowe specjalne zorganizowane w podmiotach leczniczych, które zapewniają dzieciom i młodzieży kształcenie oraz specjalne działania opiekuńczo-wychowawcze, organizowane w czasie uzgodnionym z kierownikiem podmiotu lub ordynatorem oddziału szpitalnego. Naukę organizuje się odpowiednio do wskazań lekarza prowadzącego leczenie. W przypadku ucznia przebywającego w placówce krócej niż 9 dni, odpowiednio dyrektor przedszkola lub szkoły zorganizowanych w podmiocie może odstąpić od organizowania zajęć edukacyjnych, z tym że dla ucznia przewlekle chorego, którego leczenie wymaga częstej hospitalizacji, organizuje się zajęcia edukacyjne niezależnie od okresu pobytu w podmiocie (**§ 2 pkt 1-2 rozporządzenia**).

Powyższe przepisy dotyczą małoletnich pacjentów hospitalizowanych z różnych powodów, czyli zarówno na oddziałach np. chirurgii, ortopedii, pediatrii, jak również na oddziałach psychiatrycznych sądowych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w *sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* (Dz.U.2018 r. Nr 1928 tekst jedn.) podkreśla w **§ 19 pkt 3**, że wobec nieletnich realizowany jest obowiązek szkolny zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, 1560 i 1669).

Z kolei ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz.U. z 2018 r. Nr 1878 tekst jedn.) zaznacza, że dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo, bez względu na stopień upośledzenia organizuje się naukę i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, w szczególności w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, w domach pomocy społecznej i podmiotach leczniczych. Dla tych osób organizuje się również rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną. Rehabilitacja i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze są bezpłatne. Opieka niezbędna do prowadzenia rehabilitacji i zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wchodzi w zakres tych czynności (art. 7). Odrębnym

rozporządzeniem określone zostały warunki i sposób organizacji zajęć rewalidacyjno – wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim⁵⁷.

W oddziałach psychiatrii sądowej obowiązek szkolny realizowany jest przez nauczycieli z lokalnych zespołów szkół oraz indywidualnie. Przykładowo w Szpitalu Psychiatrycznym w Świeciu obowiązek szkolny jest realizowany w klasach I – VIII (oraz ostatnie klasy gimnazjalne), zajęcia odbywają się w salach terapeutycznych, a nauczanie sprawują nauczyciele filii Zespołu Szkół Specjalnych w Świeciu. Klasy ponadpodstawowe nie mają zajęć lekcyjnych, jednakże istnieje możliwość wprowadzenia indywidualnego toku nauczania przy dłuższym pobycie pacjenta.

W ocenie KMPT edukacja w wizytowanych oddziałach nie należała do mocnych stron szpitala. Pacjenci w czasie rozmów indywidualnych wskazywali, że nudzą się na zajęciach, nie realizują obowiązku szkolnego, ponieważ szpital nie oferuje poziomu, który był realizowany w warunkach wolnościowych, poziom pacjentów jest mocno zróżnicowany i bardzo trudno jest dopasować ofertę do potrzeb każdego z nich. W jednym z oddziałów w czasie jego wizytacji, większość pacjentów przebywała w swoich salach, pomimo że piętro wyżej odbywały się zajęcia lekcyjne.

Jedyna w Polsce szkoła, która powstała na terenie szpitala psychiatrycznego znajduje się w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu. W jej skład wchodzi Szkoła Podstawowa Specjalna nr 2, Gimnazjum Specjalne nr 2, Liceum Ogólnokształcące Specjalne oraz w chwili obecnej 8 grup wychowawczych działających w ramach Zespołu Zajęć Pozalekcyjnych.

Zdaniem Henryki Rewak, Dyrektorki Zespołu Szkół Specjalnych, jest to bardzo specyficzna placówka oświatowa, jedyna w Polsce, o tak różnorodnej strukturze organizacyjnej. Nie jest typową szkołą przyszpitalną, mimo że świadczy usługi dla pacjentów szpitala. Łączy w sobie placówki: leczniczą, resocjalizacyjną, socjoterapeutyczną i rewalidacyjną. Specyfika placówki narzuciła zarówno dyrektorowi, jak i kadrze innowacyjne działania dydaktyczno – wychowawcze dostosowane do potrzeb nieletnich pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej. Wychowankami placówki są dzieci i młodzież o szerokim spektrum problemów zarówno zdrowotnych, jak i pod względem funkcjonowania w społeczeństwie. Do najczęściej występujących u uczniów deficytów zaliczyć należy: uzależnienie od substancji psychoaktywnych, zaburzenia zachowania, zaburzenia psychiczne, choroby psychiczne, agresję, depresję, deficyt umiejętności społecznych, minimalizm celów życiowych, porzucenie nauki, niepełnosprawności umysłowe, autyzm, niepełnosprawności sprzężone itp. Szkoła spełnia zatem funkcje: terapeutyczną, dydaktyczną i pedagogiczną, przy czym funkcja pedagogiczna jest podporządkowana funkcji terapeutycznej.

Od 6 lat uczniowie mają możliwość uczestniczenia w zajęciach dodatkowych, finansowanych ze środków pozabudżetowych, które cieszą się ogromnym zainteresowaniem. Wśród zajęć wyrównawczych i terapeutycznych oraz zajęć rozwijających zainteresowania wyróżnić można:

⁵⁷ Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim (Dz. U. z 2013 r. Nr 529).

matematyczno – fizyczne, biologiczno – chemiczne, rozwijające z języka angielskiego, rozwijające z ICT, sportowe, teatralne, muzyczne, zajęcia kreatywne, EEG Biofeedback, doradztwo zawodowe i planowanie kariery zawodowej. Przy szkole istnieje Uczniowski Ludowy Klub Sportowy „Vulcan” oraz zespół muzyczny o takiej samej nazwie. Uczniowie szkoły korzystają z wielu projektów dydaktyczno – wychowawczych poza murami szpitala (wyjazdy na konkursy, występy artystyczne, wycieczki edukacyjne, teatr, kino, basen itp.). Wszystko odbywa się przy akceptacji sądów, do których szkoła na bieżąco występuje z prośbami o udzielenie zgód na takie formy działania.

Niestety przepisy prawne w zakresie funkcjonowania szkół specjalnych na terenie podmiotu leczniczego przeznaczonych dla psychiatrii sądowej dla nieletnich nie zapewniają tej grupie pacjentów odpowiednich warunków do realizowania obowiązku szkolnego. Sytuacji nieletnich przebywających na sądowych oddziałach psychiatrycznych nie można przyrównać do sytuacji innych dzieci będących pacjentami oddziałów np. chirurgicznych, ortopedycznych, etc. Dlatego też system prawny powinien być dostosowany do tej wyjątkowej grupy pacjentów, którzy wymagają bardzo zindywidualizowanego podejścia. Organizując naukę nieletniemu przebywającemu na terenie oddziału psychiatrycznego sądowego należy uwzględnić jego szczególną sytuację:

- zdrowotną (zaburzenia psychiczne, obniżony nastrój, obniżone możliwości poznawcze, skutki uboczne zażywanych leków, etc.);
- życiową (traumatyczne doświadczenia, brak wsparcia ze strony bliskich, zaniedbanie fizyczne i emocjonalne ze strony bliskich, sieroctwo);
- sądową (każdy z nieletnich przebywa w oddziale sądowym z powodu demoralizacji lub popełnienia czynów karalnych).

Dostosowanie planu nauki do potrzeb nieletniego, a następnie zrealizowanie go stanowi nie lada wyzwanie dla nauczycieli i pedagogów. W przypadku tego typu uczniów należy dodatkowo brać pod uwagę wiek, zaniedbania w sferze edukacyjnej, a także zapewnienie bezpieczeństwa i środków ostrożności podczas realizacji zajęć szkolnych lub edukacyjnych, w tym zajęć organizowanych poza szpitalem, a także odpowiednie wynagrodzenie dla personelu pracującego w trudnych jednak warunkach.

Realizacja powyższego nie jest możliwa bez odpowiedniego zaplecza finansowego. Niestety przepisy dotyczące przyznawania subwencji oświatowej⁵⁸ nie uwzględniają takiego podmiotu jak „podmiot leczniczy sądowy”, traktując sądowe oddziały psychiatryczne dla nieletnich na równi z innymi oddziałami dla dzieci i młodzieży. W praktyce powoduje to otrzymanie mniejszej subwencji oświatowej na ucznia w oddziale psychiatrycznym sądowym niż np. w młodzieżowym ośrodku wychowawczym. Uczeń MOW otrzymuje 10 – krotnie większe finansowanie (waga P58 – 10,00) aniżeli uczeń oddziału sądowego o wzmocnionym zabezpieczeniu (waga P36 – 1,00),

⁵⁸ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 grudnia 2018 r. w sprawie sposobu podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego w roku 2019 (Dz.U. z 2018 r. Nr 2446).

mimo że pacjentami oddziałów psychiatrycznych są bardzo często wychowankowie MOW. Ponadto nie wszystkie dzieci, które trafiają na oddziały psychiatryczne posiadają orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, pomimo że w opiniach psychologicznych i w opiniach biegłych stwierdzono u nieletniego zaburzenia, niepełnosprawność intelektualną i konieczność zapewnienia odpowiedniego leczenia i rewalidacji. Choroba psychiczna, czy też zaburzenie psychiczne nie są bowiem przesłanką do wydawania orzeczeń. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, kształceniem specjalnym obejmuje się dzieci i młodzież niepełnosprawne⁵⁹, niedostosowane społecznie i zagrożone niedostosowaniem społecznym, wymagające stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy. Oferta zajęć dla dzieci posiadających takie orzeczenie jest znacznie większa, szczególnie określona w przepisach prawa⁶⁰. Wiąże się również z większym finansowaniem takich uczniów.

Kolejnym problemem jest brak możliwości wykazywania w Systemie Informacji Oświatowej (SIO) uczniów, którzy są w oddziale krócej niż rok, co również wiąże się z nieotrzymywaniem dodatkowego finansowania. Wymóg taki określony został w Instrukcji wprowadzania i przekazywania danych w systemie informacji oświatowej przy użyciu programu SIO wersja 3.25 z dnia 30 września 2018 r. opracowanej przez MEN. Nie uwzględnia on jednak specyfiki sądowych oddziałów psychiatrycznych. W każdym innym oddziale szpitalnym dzieci na czas hospitalizacji są urlopowane ze szkoły, ale w dalszym ciągu są ich uczniami. W szpitalu otrzymują tymczasową ofertę edukacyjną według potrzeb. Natomiast w przypadku, gdy sąd postanowi umieścić nieletniego w sądowym oddziale psychiatrycznym cała dokumentacja z dotychczasowej szkoły przekazywana jest do zespołu szkół realizujących obowiązki w ramach wykonywania środka leczniczego. Wykonywanie tego środka może trwać nawet kilka lat, dlatego zdarzają się nieletni, którzy realizują obowiązek szkolny w szpitalu przez kilka etapów edukacyjnych (otrzymują świadectwa szkolne, przystępują do egzaminów, itp). Nawet jeśli dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, ale przebywa w oddziale krócej niż rok szkolny, nie otrzymuje stosownego finansowania. Znacznie lepszą sytuację w tym zakresie ponownie mają młodzieżowe ośrodki wychowawcze, które otrzymują subwencję na uczniów, którzy otrzymali wskazanie o umieszczeniu w MOW, ale jeszcze nie zostali do niego doprowadzeni (waga P57 – 5,00). Finansowanie niedoprowadzonego do placówki ucznia MOW, jest 5-krotnie wyższe aniżeli uczenia sądowego oddziału psychiatrycznego.

⁵⁹ Niesłyszące, słabosłyszące, niewidome, słabowidzące, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym, z autyzmem, w tym zespołem Aspergera, i z niepełnosprawnościami sprzężonymi – § 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. z 2017 r. Nr 1578).

⁶⁰ Art. 127 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. prawo oświatowe (Dz.U. z 2018 r. Nr 996 teks jedn.).

W 2016 r. Henryka Rewak, Dyrektorka Zespołu Szkół Specjalnych, zorganizowała debatę na temat statusu prawnego szkół specjalnych przy oddziałach psychiatrii sądowej, podczas której wypracowano rekomendacje. Następnie – w imieniu uczestników debaty – H. Rewak wystosowała apel do Anny Zalewskiej, Minister Edukacji Narodowej:

„Funkcjonowanie szkół w oddziałach psychiatrii sądowej nastęrcza organowi prowadzącemu szereg problemów związanych z brakiem jasnych rozwiązań prawnych. Samo założenie szkoły nie okazało się końcem problemów, ale raczej było początkiem pojawienia się nowych. Organ prowadzący tego typu placówkę oświatową, samodzielnie nie jest w stanie ich rozwiązać. Konieczna jest współpraca nie tylko pomiędzy szkołą i szpitalem, ale niezbędne są uregulowania prawne. (...) Wszyscy uczestnicy debaty jednogłośnie stwierdzili, że czują się osamotnieni w działaniach dążących do uregulowań prawnych związanych z funkcjonowaniem szkół przy szpitalach psychiatrycznych”.

Wraz z pismem przekazano Pani Minister rekomendacje i prośbę o spotkanie. Pismo pozostało bez odpowiedzi.

KMPT: konieczne jest zapewnienie odpowiedniego finansowania uczniów sądowych oddziałów psychiatrycznych w celu zaspokajania ich potrzeb edukacyjnych i rozwojowych, wspomaganie ich procesu terapeutycznego oraz zagospodarowania czasu wolnego. Obecne rozwiązania prawne są niewystarczające, co powoduje, że uczniowie oddziałów sądowych są w znacznie gorszej sytuacji aniżeli uczniowie innych placówek (np. młodzieżowych ośrodków wychowawczych). Nieletni mogą przebywać na takich oddziałach nawet kilka lat, co zobowiązuje szpital i szkołę do zorganizowania długofalowego procesu edukacyjno-terapeutycznego w szczególnie zindywidualizowany sposób, uwzględniający potrzeby każdego z osobna dziecka.

7. Ustalenie zasad przewozu nieletnich, w tym pokrywania kosztów odpowiedniego transportu

Lekarze oraz pracownicy placówek resocjalizacyjnych wskazywali na istotny problem związany z zapewnieniem odpowiedniego transportu nieletnich do szpitali psychiatrycznych lub innych. Do RPO zwrócił się także z prośbą o interwencję opiekun prawny nieletniej, wobec której orzeczono na podstawie art. 26 u.p.n. środek tymczasowy umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym. Nieletnia, cierpiąca na zaburzenia psychiczne i niepełnosprawna intelektualnie, została dowieziona do odległego od swego miejsca pobytu o 400 km szpitala radiowozem policyjnym,

w asyście trzech umundurowanych funkcjonariuszy, bez obecności opiekuna, co było dla niej traumatycznym przeżyciem.

Sprawa ta stała się asumptem do wystąpienia generalnego RPO do Ministra Zdrowia, a następnie do Ministra Sprawiedliwości⁶¹, w którym wskazano, że obowiązujące przepisy nie regulują dostatecznie sposobu transportowania nieletnich do szpitali psychiatrycznych. Jedyną konkretną normą dotyczącą tej problematyki to § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie *szczegółowych zasad kierowania*, zgodnie z którym do zakładu, do którego sąd skierował nieletniego z powodu zaburzeń psychicznych, upośledzenia umysłowego, choroby psychicznej, uzależnienia od alkoholu lub substancji psychoaktywnych, przewóz zapewnia na polecenie sądu właściwy zakład, w którym ma być wykonywany środek leczniczy.

RPO podkreślił, że należy zwrócić uwagę na dwie kwestie. Po pierwsze, § 7 wskazuje jedynie podmioty odpowiedzialne za zorganizowanie transportu (sąd i zakład leczniczy). Nie określa natomiast w ogóle warunków transportowania, w szczególności rodzaju środka transportu, konieczności dostosowania go do stanu zdrowia nieletniego, nie gwarantuje także nieletniemu obecności jego opiekuna prawnego lub personelu medycznego. Wyłącznie od woli i możliwości osób organizujących transport zależy więc, w jakich warunkach nieletni zostanie przewieziony do zakładu leczniczego. Po drugie, przepis ten odnosi się *expressis verbis* jedynie do pierwszego z ww. opisanych przypadków, tj. wykonania prawomocnie orzeczonego środka leczniczego (art. 12 u.p.n.). Brak jest analogicznej regulacji dotyczącej pobytów tymczasowych. Odnośnie do tej grupy transportów (której przykładem może być wspomniana sprawa indywidualna), brak jest zatem nie tylko regulacji ich warunków, ale także wskazania podmiotu za nie odpowiedzialnego.

Informacje statystyczne, uzyskane w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia na prośbę RPO, obrazują różnorodność praktyk stosowanych w placówkach leczniczych w tym zakresie. Informacje te dotyczą jedynie zakładów psychiatrycznych, ale należy podkreślić, że przedstawiane braki w regulacji prawnej obejmują także inne zakłady lecznicze, do których nieletni może zostać przewieziony w sytuacjach uregulowanych w u.p.n. Przesłane przez Departament dane za 2017 r. odnosiły się do 18 podmiotów leczniczych posiadających kontrakt na realizację świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Zwracają uwagę znaczące różnice pomiędzy poszczególnymi placówkami w rodzaju wybranego środka transportu. Tylko w przypadku czterech placówek nieletni zostali dowiezieni do nich transportem sanitarnym (karetka, transport sanitarny typu S, T lub N). Były takie, w których dominował transport własny (rodzina, ośrodek wychowawczy itp.). W siedmiu placówkach transport odbył się pojazdem policyjnym. W jednym ze szpitali, na 119 dowiezionych do niego nieletnich, aż 50 przybyło tym właśnie środkiem transportu.

⁶¹ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/transport-nieletnich-do-szpitali-psychiatrycznych-kolejna-interwencja-RPO>

RPO zwrócił uwagę, że nieletni, których sąd skierował do szpitala psychiatrycznego lub innego zakładu leczniczego, znajdują się w sytuacji, w której potrzebna jest im szczególna opieka, nie tylko ze względu na ich wiek, lecz także stan zdrowia, zwłaszcza psychicznego. Mogą być osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, znajdować się w stanie ciężkiej depresji, cierpieć na inne zaburzenia psychiczne, być po próbie samobójczej lub zażyciu środków odurzających. Osoby w takich stanach, zwłaszcza osoby młode, potrzebują wsparcia osoby bliskiej, jak również odpowiedniej opieki medycznej. Przewiezienie ich do właściwej placówki może trwać, jak we wspomnianej na wstępie sprawie indywidualnej, wiele godzin. Pozostawienie ich w tym czasie bez tej opieki stwarza zagrożenie dla ich bezpieczeństwa, zdrowia, a być może i życia, nie wspominając o skutkach, jakie wywołać może u nieletniego traumatyczne doświadczenie długiej podróży w otoczeniu wyłącznie obcych osób. W tym kontekście konwojowanie nieletniego przez umundurowanych funkcjonariuszy Policji, bez obecności opiekuna i personelu medycznego, jest sytuacją zdecydowanie niepożądaną. Rozważyć trzeba, czy przewożenie nieletnich, o których tu mowa, transportem policyjnym, można w ogóle uznać za rozwiązanie właściwe, za wyjątkiem przypadków, gdy wymaga tego bezpieczeństwo konwojujących lub nieletniego.

Zapewnienie nieletnim właściwych warunków transportu to kwestia nie tylko poprawy komfortu ich podróży, lecz także odpowiedzialności władz publicznych za nieletniego. Transport do placówki leczniczej w sytuacjach uregulowanych w u.p.n. nie ma charakteru dobrowolnego, lecz następuje w wykonaniu orzeczenia sądu. W takim zaś przypadku to organy Państwa przejmują odpowiedzialność za nieletniego w czasie transportu i to na tych organach ciąży obowiązek zapewnienia właściwych warunków transportu.

KMPT: konieczne jest wprowadzenie przepisów prawnych ustalających jasne zasady zabezpieczenia przewozu nieletnich, w tym pokrywania kosztów odpowiedniego transportu.

8. Brak podstaw prawnych do przeprowadzania kontroli osobistych, przeszukań pomieszczeń, paczek oraz rzeczy pacjentów

Stalą praktyką na oddziałach psychiatrycznych dla nieletnich (w szczególności w tych o wzmocnionym i maksymalnym zabezpieczeniu) jest przeprowadzanie rewizji osobistych, kontroli pomieszczeń i przeszukań rzeczy osobistych nieletnich. Z relacji pacjentów wynikało, że czasami kontrole takie polegają na rozebraniu się, mogą być przeprowadzane za każdym razem, gdy nieletni powraca na oddział np. ze spaceru, mogą odbywać się w obecności innych pacjentów („przeszukania odbywają się w przedsiönku, przed każdym wyjściem na spacer i po powrocie z niego, jesteśmy brani wyrywkowo, dwójkami idziemy do przedsiönka, gdzie musimy się rozebrać” – relacja jednego z pacjentów oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu).

Możliwość przeprowadzania wszelkich kontroli, w tym rewizji osobistych określono w regulaminach oddziałów, pomimo że żaden przepis rangi ustawy nie upoważnia pracowników tych placówek do ich dokonywania.

Treść regulaminów oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu w Toszku i Międzyrzeczu:

Pacjent jest poddawany czynnościom kontrolnym na obecność przedmiotów, których posiadanie może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia własnego i innych osób oraz rzeczy i przedmiotów, których posiadanie jest zakazane na terenie oddziału. Kontrola osobista jest przeprowadzana przez personel tej samej płci co pacjent.

Ze względu na możliwość zaistnienia zagrożenia zdrowia i życia pacjenta dopuszcza się przeprowadzenie kontroli osobistej i rzeczy pacjenta. Kontrolę powyższą przeprowadza się wyłącznie w sytuacjach uzasadnionych i uprawdopodobniających zaistnienie zagrożenia. Przy kontroli osobistej obecny jest lekarz, pielęgniarka oraz pracownik ochrony tej samej płci co pacjent. Kontrola rzeczy przeprowadzana jest w obecności pacjenta.

Przesyłki z zewnątrz oraz przedmioty wnoszone przez osoby odwiedzające pacjenta są poddawane sprawdzeniu pod kątem zawartości niebezpiecznych przedmiotów. Odbywa się to w obecności zainteresowanego.

Treść regulaminu oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu w Toszku:

Ze względów bezpieczeństwa przy przyjęciu pacjenta na Oddział XVII są przeglądane jego rzeczy osobiste. Odbywa się to w obecności pacjenta. Wykorzystuje się w tym celu m.in. wyposażenie techniczne Oddziału XVII. Po zakończeniu odwiedzin pacjent jest poddawany sprawdzeniu pod kątem posiadania przedmiotów niebezpiecznych.

Treść regulaminu oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu w Międzyrzeczu:

Ze względów bezpieczeństwa personel ma prawo kontrolować zawartość szaf i szafek pacjentów.

Treść regulaminu oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu w Lubiążu:

Personel Oddziału ma prawo do kontroli rzeczy osobistych, łóżka, szafek, innych mebli i przedmiotów. Kontroli dokonują dwie osoby spośród personelu w obecności pacjenta. O przeprowadzonej kontroli umieszcza się zapis w raporcie pielęgniarstwie. W przypadku znalezienia przedmiotów zabronionych niezwłocznie informuje się lekarza dyżurnego, a przedmioty te przekazuje się do depozytu.

Treść regulaminu KOPSN:

Przy przyjęciu pacjenta do Ośrodka są przeglądane jego rzeczy osobiste. Odbywa się to w obecności pacjenta;

Ze względów bezpieczeństwa personel ma prawo kontrolować zawartość szaf i szafek pacjentów. Czynności kontrolne odbywają się w obecności zainteresowanego. Kontroli dokonują co najmniej dwie osoby spośród personelu; W przypadku znalezienia przedmiotów zabronionych niezwłocznie informuje się o tym fakcie lekarza, a przedmioty te przekazuje się do depozytu lub ulegają przypadkowi;

Przesyłki z zewnątrz oraz przedmioty wnoszone przez osoby odwiedzające pacjenta są poddawane sprawdzeniu pod kątem zawartości niebezpiecznych przedmiotów. Odbywa się to w obecności zainteresowanego. Przedmioty uznane przez personel za niebezpieczne są odbierane pacjentowi i przekazywane do depozytu lub ulegają przypadkowi.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur jest świadomy konieczności zapewnienia bezpieczeństwa w placówce. Mimo tego, tak niezwykle inwazyjne oraz potencjalnie poniżające środki jak przeszukanie osobiste połączone z rozebraniem się, wymagają odpowiedniego umocowania prawnego oraz uzasadnienia. Dokonywanie kontroli osobistych jest ingerencją władzy publicznej w sferę prawa do prywatności i w sferę nietykalności i wolności osobistej.

Samodzielne uregulowanie możliwości przeprowadzania kontroli osobistych w regulaminie oddziałów, bez upoważnienia ustawowego narusza konstytucyjne prawa i wolności człowieka, a także art. 8 Europejskiej Konwencji Podstawowych Praw i Wolności.

W pierwszej kolejności odnieść się tu należy do art. 41 ust. 1 Konstytucji RP. Zgodnie z jego treścią każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonym w ustawie.

Kontrola osobista (przeszukanie osoby) stanowi również daleko posuniętą ingerencję w sferę intymności jednostki. Może ona zazwyczaj – jak wskazuje praktyka – polegać na oględzinach ciała, sprawdzeniu odzieży, obuwia. Intymność jednostki doznaje więc w tym przypadku istotnych ograniczeń, skoro jej ciało może stać się przedmiotem oględzin innych osób. Z art. 47 Konstytucji RP wynika zaś, że każdy ma prawo do ochrony życia prywatnego. Zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP ograniczenie tego prawa może zostać ustanowione tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy jest konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ingerencja w prawo do prywatności powinna więc mieć swoją precyzyjną podstawę w ustawie⁶².

KMPT: Materia kontroli osobistej i przeszukań powinna w sposób precyzyjny i kompletny zostać uregulowana na poziomie ustawy. Przepisy ustawy powinny obejmować zarówno wprowadzenie możliwości dokonywania kontroli osobistych w szpitalach psychiatrycznych, precyzyjne zdefiniowanie pojęcia „kontrola osobista” czy też pojęcia „przeszukanie

⁶² Argumentacja przedstawiona przez RPO we wniosku do Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29.08.2014 r. w sprawie przepisów regulujących kontrolę osobistą (sygn. II.519.344.2014.ST).

osoby”, jak również regulację sposobu przeprowadzenia owej kontroli (przeszukania) oraz adekwatnych środków zaskarżenia tej czynności. Regulacji ustawowej wymagają także kwestie przeszukań pomieszczeń, paczek oraz innych osobistych rzeczy pacjentów.

9. Brak przepisów prawnych regulujących zasady kontaktów nieletnich pacjentów z osobami spoza szpitala (odwiedziny, wykonywanie połączeń telefonicznych, korespondencja)

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. Nr 1318, tekst jedn.) wskazuje w art. 5, że kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

Nie istnieją inne przepisy regulujące zasady odwiedzin lub ich ograniczenia. Dyrektorzy szpitali w sposób arbitralny wprowadzają takie regulacje w regulaminach oddziałów lub wewnętrznych procedurach. Z ich analizy wynika, że pewne obszary związane z bezpośrednim kontaktem dziecka z osobą odwiedzającą, które winny być uregulowane w aktach prawnych, pozostawione zostają w decyzji personelu szpitala. Treść regulaminów wybranych oddziałów wskazuje, że personel może w niektórych przypadkach zabronić odwiedzin nieletniego, kontrolować zawartość toreb, opakowań, reklamówek wnoszonych przez odwiedzających, wprowadzić wymóg odwiedzin tylko przez rodzinę, przeprowadzać widzenia tylko w sali monitorowanej. Z kolei Regulamin III Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży w Wojewódzkim Szpitalu Dla Nerwowo i Psychicznie w Lubiążu wskazuje, że nieletni może otrzymywać korespondencję jedynie od opiekuna prawnego i najbliższej rodziny. Korespondencja od pozostałych osób jest przekazywana nieletnim dopiero po uzyskaniu zgody opiekuna prawnego. W przypadku uzasadnionego podejrzenia, iż w/w korespondencja może wpływać niekorzystnie na przebieg leczenia nieletniego, pozostawia się ją w historii choroby i wydaje się przy wypisie opiekunowi prawnemu lub pełnoletniemu pacjentowi.

Regulamin Wewnętrzny Całodobowego Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży w Międzyrzeczu:

Pacjent przebywający na oddziale ma prawo do odwiedzin ze strony rodziny i opiekunów prawnych, chyba że sąd lub inny uprawniony organ postanowi inaczej. Ze względu na bezpieczeństwo odwiedziny odbywają się na terenie oddziału w sali monitorowanej zgodnie z procedurami. W przypadku otrzymania żywności jest ona przekazana do kuchni i wydawana zgodnie z zaleceniami zdrowotnymi i procedurami. Po zakończeniu odwiedzin oraz w momencie opuszczenia przez

pacjenta sali odwiedzin jest on poddany kontroli pod kątem posiadania przedmiotów niebezpiecznych, używek itp.

Regulamin Oddziału XVII Sądowego o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich w Szpitalu w Toszku:

W trakcie odwiedzin u jednego pacjenta mogą przebywać nie więcej niż dwie osoby jednocześnie. Inne godziny odwiedzin lub większa ilość osób odwiedzających mogą być ustalone tylko za zgodą Kierownika Medycznego Oddziału lub lekarza dyżurnego. (...) Na Oddziale obowiązuje całkowity zakaz odwiedzin na salach pacjentów. Odwiedziny odbywają się tylko i wyłącznie w pomieszczeniu do tego przeznaczonym. (...) Zakaz spożywania posiłków podczas odwiedzin.

Regulamin III Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży w Wojewódzkim Szpitalu Dla Nerwowo i Psychicznie w Lubiążu:

Prawo do odwiedzania nieletniego mają przede wszystkim: rodzice (opiekunowie prawni) i krewni nieletniego. Za zgodą opiekuna prawnego (pisemną w historii choroby), prawo do odwiedzin mają również inne osoby z zastrzeżeniem, że osoby odwiedzające, które są nieletnie, muszą respektować ograniczenia wynikające z braku pełnej zdolności do czynności prawnych.

Przekazywanie przedmiotów, żywności przez osoby odwiedzające, może nastąpić tylko w obecności personelu. Pieniądze zaś są przekazywane do depozytu szpitalnego w Izbie Przyjęć, osobiście przez opiekunów nieletnich, w dni robocze w recepcji Szpitala.

Personel Oddziału jest upoważniony do kontroli przedmiotów, zawartości reklamówek, toreb, opakowań, itp. W razie, gdy odwiedzający nie zezwolą na taką kontrolę, zabrania się wówczas odwiedzin nieletniego.

Odwiedzający nie mogą dostarczać nieletniemu następujących produktów: kawy naturalnej, kawy Cappuccino, napojów typu „...Cola”, herbaty czarnej oraz napojów, słodyczy i ciast z zawartością, alkoholu, kosmetyków na bazie alkoholu, papierosów, produktów pakowanych w słoiki, puszki o ostrych krawędziach, przedmiotów, których posiadanie w Oddziale jest zabronione, produktów łatwo psujących się oraz wymagających długiego procesu obróbki do spożycia.

Jeżeli nieprawidłowości w przebiegu odwiedzin będą się powtarzać lub będą utrudniały tok pracy w Oddziale, ordynator może zdecydować o ograniczeniu odwiedzin lub całkowitym ich wstrzymaniu. O zaistniałym fakcie zostanie powiadomiony właściwy sąd.

Wyznaczony pracownik do opieki podczas odwiedzin znajduje się poza pomieszczeniem gdzie odbywają się odwiedziny.

Regulamin organizacyjno – porządkowy wykonywania środków zabezpieczających dla Oddziału II Odwykowego dla Młodzieży o Wzmocnionym Zabezpieczeniu w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu:

Pacjent może mieć odwiedziny przez najwyżej dwie osoby dorosłe. Gdy przyjedzie więcej niż dwie osoby, wchodzą kolejno do oddziału.

Osoby odwiedzające pacjenta zobowiązane są do okazania dowodu tożsamości, zapoznania się z regulaminem odwiedzin i podpisu w zeszytce odwiedzin. Odwiedzający są proszeni o pozostawienie u pielęgniarki dowodu osobistego, telefonu komórkowego, papierosów lub innych substancji chemicznych, np. dezodorantów, kosmetyków lub przedmiotów ostrych.

Przekazywanie nieletniemu przedmiotów, żywności, odzieży przez osoby odwiedzające może nastąpić tylko w obecności personelu. Produkty żywnościowe, przygotowane i przywiezione przez odwiedzających, mogą być wniesione przez nieletniego do oddziału i przechowywane w lodówce. Pieniądze przywożone przez odwiedzających dla nieletniego nie mogą być pozostawiane w oddziale a jedynie wpłacane na konto szpitala z adnotacją dla jakiego oddziału z podaniem imienia i nazwiska konkretnego nieletniego.

Regulamin KOPSN:

Ze względów bezpieczeństwa odwiedziny pacjentów odbywają się w wyznaczonym pomieszczeniu na terenie w obecności pracowników Ośrodka. Paczki, produkty żywnościowe i inne przedmioty doręczane pacjentom podlegają sprawdzeniu przez wyznaczony personel Ośrodka. Po zakończeniu odwiedzin pacjent jest poddawany sprawdzeniu pod kątem posiadania przedmiotów niebezpiecznych;

Pacjent otrzymujący korespondencję z zewnątrz, zobowiązany jest do otwarcia listu w obecności personelu w związku z realizacją programu bezpieczeństwa. Personel ma bezwzględny zakaz czytania korespondencji pacjenta. W przypadku korespondencji wychodzącej od pacjenta, jest ona przekazywana w zaklejonej kopercie na ręce personelu. Koszty korespondencji prywatnej pokrywa pacjent;

Rozmowy telefoniczne, o których mowa w pkt 1 pkt e odbywają się za pomocą aparatów wydzielonych do użytku pacjentów w ustalonych porach.

KMPT: konieczne jest prawne uregulowanie zasad kontaktów nieletnich pacjentów z osobami spoza szpitala (odwiedziny, wykonywanie połączeń telefonicznych, korespondencja). Każde ograniczenie kontaktów z osobami spoza ośrodka powinno podlegać kontroli sądowej, co jest ważne z punktu widzenia ochrony przed arbitralnym i nieuzasadnionym postępowaniem kierujących placówką i zapobiegania nadużyciom w tym obszarze. Konieczne

jest wskazanie przesłanek, na podstawie których mogą zostać wprowadzone ograniczenia oraz trybu postępowania, który powinien być stosowany w takich sytuacjach.

REGUŁY NARODÓW ZJEDNOCZONYCH

dotyczące Ochrony Nieletnich Pozbawionych Wolności

Reguła 59. Integralną częścią prawa do sprawiedliwego i humanitarnego postępowania oraz istotnym elementem przygotowania nieletniego do powrotu do społeczeństwa jest zapewnienie mu odpowiedniego kontaktu ze światem zewnętrznym. Nieletniemu należy pozwalać na utrzymanie łączności z rodziną, przyjaciółmi i innymi osobami lub przedstawicielami godnych zaufania organizacji, otrzymywanie przepustki w celu odwiedzania domu i rodziny, a nadto dostawać specjalne pozwolenie na opuszczenie zakładu w celu pobierania nauki, w sprawach zawodowych i z innych ważnych powodów. Jeśli nieletni odbywa karę, czas spędzony poza zakładem należy wliczyć do okresu kary.

10. System kar i nagród (konsekwencji i wzmocnień)

Oprócz regulaminów w oddziałach funkcjonują systemy motywacyjne, zwane też systemami wzmocnień i konsekwencji, określające – najogólniej mówiąc – kary i nagrody. Systemy te pozwalają nieletnim na uzyskanie dodatkowych przywilejów w zamian za stosowne zachowywanie się lub poniesienie konsekwencji za niewłaściwe zachowanie.

W oddziale dla nieletnich mieszczącym się w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku każdego dnia dziecko zbiera punkty, określone w regulaminie. I tak np. za: kulturalne przyjęcie leku można uzyskać 1 plus (1 punkt), przestrzeganie ustalonej przez personel kolejki do kąpieli – 1 pkt, sprawne i dokładne wykonanie czynności higienicznych – 1 pkt, niezakłócanie ciszy nocnej poprzez głośne rozmowy, chodzenie po pokoju, wychodzenie na korytarz – 4 pkt, wykonanie gimnastyki porannej – 3 pkt, samodzielne przyjęcie i kulturalne spożycie posiłku – 1 pkt, za przyjęcie i siedzenie na krześle (nie leżenie na materacu) na społeczności – 1 pkt, za określenie swojego samopoczucia z uzasadnieniem – 2 pkt, przygotowanie ubrań do prania, posegregowanie, włożenie do pralki, wyciągnięcie prania, powieszenie i pościąganie suchego prania – 2 pkt, etc.

Z kolei punkty ujemne można zdobyć m.in. za: niesłuchanie poleceń personelu, huśtanie się na krzesłach (-2 pkt), grypsowanie (-2 pkt), fizyczny atak na personel (-20 pkt), agresję słowną wobec personelu (-10 pkt), groźby skierowane do personelu np. „zabije Cię” (-20 pkt), ostrą agresję czynną wobec innego pacjenta, poważne uszkodzenie ciała (-5 – -20 pkt), chodzenie bez

skarpetek w zakrytych butach (-5 pkt), rozmowy z pacjentami odbywającymi karę (-5 pkt), i także za samookaleczenie (-15 pkt).

Każdego dnia następuje podsumowanie punktów. Aby mieć dostęp do nagród pacjent musi uzyskać w ciągu dnia pewne minimum punktów dodatnich. Odczytywanie punktów zdobytych w ciągu dnia odbywa się w jadalni w obecności lekarza dyżurnego. Pacjenci, którzy nie zdobyli pakietu minimum udają się do swojego pokoju. Wychowawca przy odczytaniu punktów sporządza listę osób, które mają przebywać w swoich pokojach (lista dla ochrony), a także listę osób z wyszczególnieniem odebranych nagród.

W zależności od liczby uzbieranych punktów system obowiązujący w oddziale przewiduje 3 poziomy nagradzania. Są to:

1. **Pakiet STANDARD**, w którym pacjent może: słuchać muzyki wybranej przez siebie, o ile wychowawca nie zakwestionuje z powodu ilości wulgaryzmów, grać w karty, gry planszowe, uczestniczyć w dodatkowym indywidualnym treningu (np. piłka nożna, gry zespołowe itp.), korzystać z siłowni, kąpaka urody, klubu czytelniczego, oglądać film, telewizję;
2. **Pakiet MASTER**, w którym pacjent może: słuchać muzyki wybranej przez siebie, grać w karty, gry planszowe, uczestniczyć w dodatkowych zajęciach zorganizowanych przez wychowawcę (np. piłka nożna, gry zespołowe itp.), oglądać film, telewizję, korzystać Game Boy'a, grać w ping ponga, słuchać odtwarzacza MP3;
3. **Pakiet PLAY STATION, Tablet, PSP** – osoba uzyskująca największą liczbę punktów w danym dniu może korzystać z laptopa.

Wśród dodatkowych nagród można wymienić: imprezy okolicznościowe, np. dyskoteki, zabawa karnawałowa po uzyskaniu odpowiedniej liczby punktów, herbatka z personelem dla pacjenta, który w danym tygodniu uzbierał największą ilość punktów (dopuszcza się możliwość zaproszenia drugiego pacjenta, jeżeli personel wyrazi zgodę), zajęcia z wychowawcami: sekcja sportowa, siłownia, kąpik urody, zajęcia komputerowe etc.

Osoby, które nie zdobyły wystarczającej liczby punktów, nie otrzymały nagród, spędzają czas w pokoju. System motywacyjny analizowanego oddziału zakłada, że:

Podczas odbywania kary w pokoju można czytać książkę lub gazetę – jedną. Wydawanie książek odbywa się zaraz po odczytaniu punktów. Pacjenci na sali obserwacyjnej oraz na rewersie + kara – nic nie mogą mieć w pokoju. Cała kara odbywa się w jednym miejscu. Pacjenci odbywający karę nie mogą opuszczać swoich pokoi, ani stać w progu i rozmawiać z innymi dziećmi.

W Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży w Międzyrzeczu funkcjonuje *System wzmocnień i konsekwencji*. Ma on formę tabeli określającej rodzaje

wzmocnień (nagród), tzw. standard (to co przysługuje wychowankowi bez względu na liczbę zdobytych punktów) oraz konsekwencje (kary). Wśród tych ostatnich wymienić można m.in.

posiłek przy osobnym stole, wykluczenie z gier sportowych podczas spaceru, wykluczenie z udziału w imprezie oddziałowych, wykluczenie z wybranych zajęć na 15 minut (pacjent stoi na korytarzu), odebranie możliwości korzystania z radia/TV w czasie wolnym, odebranie odzieży prywatnej, odebranie możliwości korzystania z prywatnych produktów żywnościowych na 7 dni (w przypadku udostępniania innym pacjentom produktów żywnościowych w sposób nieregulaminowy).

Wątpliwość budzi także lista wzmoceń (nagród) wśród których znalazły się m.in.: możliwość wypicia *cappuccino*, dodatkowej herbaty (w standardzie są tylko napoje szpitalne), informacja zwrotna o uzyskanych osiągnięciach (w standardzie: realizowanie obowiązku szkolnego i przygotowywanie się do lekcji), wydłużony dostęp do tv/radia, korzystanie z mp3.

W innym dokumencie o nazwie *Granice i zachowania niedozwolone i ich konsekwencje* (dokument obowiązujący w Międzyzreczu) wskazano niewłaściwe zachowania oraz konkretne konsekwencje, jakie się z nimi wiążą. Dokument przewiduje, że w Oddziale za stosowanie **agresji słownej, gróźb, nawiązywanie kontaktów seksualnych (bliskość fizyczna o charakterze erotycznym), stosowanie przemocy seksualnej, zawłaszczanie, niszczenie mienia, handel, wymianę, pożyczanie, pacjenci mogą ponieść m.in. następujące konsekwencje:**

utrata przywilejów (odzież oznaczona), zmiana pokoju, wyłączenie ze społeczności, notatka w dokumentach, rozmowa wyjaśniająca, rewizja, możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego – decyzja lekarza, wzmożona obserwacja (w przypadku gróźb).

W systemie punktowym obowiązującym w Oddziale II Odwykowym dla Młodzieży o Wzmocnionym Zabezpieczeniu w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu punkty rozlicza się tygodniowo. Według ustaleń maksymalna tygodniowa liczba punktów za zachowanie w oddziale wynosi 850, a za zachowanie w szkole – 270. Do uzyskania nagrody potrzebna jest pula punktów liczona z połowy punktów z oddziału i od wychowawców, wzrastająca wraz z atrakcyjnością nagrody. Minimalny limit punktów do nagrody: oddział – 400 punktów, szkoła/wychowawcy – 135 punktów. Przekroczenie tego limitu upoważnia do następujących przywilejów:

Tabela 2. Przywileje i punktacja

Przywilej	Liczba punktów
Spacer po terenie szpitala	535
Osobiste dokonanie zakupów w piekarni/sklepie/kiosku na terenie szpitala z personelem/ dodatkowy czas na rozmowę tel. (10 min.)	550
Możliwość osobistego dokonania zakupów w hipermarkecie poza szpitalem z wychowawcą	600
Rozmowa telefoniczna (jednorazowo) z wybraną przez siebie osobą, po uzgodnieniu z terapeutą	650
Możliwość zakupu „szamponetki” do włosów (nie farb do włosów)	670
Udział w zajęciach kulinarnych w Klubie Szpitala – możliwość przygotowania potraw z własnych produktów, wg. ustaleń z terapeutą zajęciowym	720
Herbatka + ciastko z terapeutą	770
Herbatka + pączek z ordynatorem	800
Sesja filmowa w oddziale 1x w miesiącu	min. 850 p. przez 4 tygodnie
Wyjazd do kina lub na basen dla 4-ch osób, które uzyskają największą liczbę punktów w miesiącu (punkty z oddziałów + punkty wychowawców)	maksymalna liczna

Na podstawie materiałów uzyskanych z Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu

Z kolei w KOPSN obowiązuje System warunkowania, który podobnie jak w Szpitalu w Międzyrzeczu, ma formę tabeli określającej rodzaje wzmocnień, standard i konsekwencje (Załącznik 2).

Nie jest rolą KMPT wyrażanie poglądów na temat socjo-edukacyjnej wartości takich programów. Jednakże KMPT 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 personel⁶³.

W trakcie analizy dokumentacji przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę, iż wśród przesłanek wymierzania środków dyscyplinarnych znajduje się samookaleczenie. W jednym z oddziałów dziecięcych ogólnopsychiatrycznych osoby, które się okaleczyły miały zakaz wyjść na spacer przez tydzień. W ocenie KMPT, karanie za samookaleczanie jest praktyką, która nie powinna mieć miejsca. Akty samookaleczania są zazwyczaj reakcją związaną z odreagowaniem trudnych doświadczeń z przeszłości, narastającym stresem i napięciem emocjonalnym, zaburzonym poczuciem własnej wartości, trudnymi relacjami z bliskimi osobami, zwróceniem uwagi dorosłych, etc. Sytuacje takie winny stanowić sygnał dla personelu placówki, że ich podopieczny wymaga

⁶³ Analogiczne podejście prezentuje Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom i Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu [zob. Wyciąg z Dziesiątego Sprawozdania Ogólnego, opublikowany w 1999, CPT/Inf(99)12].

szczególnej opieki i zapewnienia profesjonalnego wsparcia, nie zaś stosowania środków dyscyplinarnych.

KMPT: oddziaływania dyscyplinarne powinny opierać się na pewnych zasadach, uwzględniających podstawowe wskazania nauki i doświadczenia pedagogiczne, zgodnie z którymi: stosując karę nie wolno odbierać wychowankowi godności ludzkiej; kara nie powinna być wyrazem przewagi wychowawcy nad wychowankiem, a nagroda nie powinna stanowić dowodu łaski i dominowania nad wychowankiem; kara nie powinna być zemstą; kara nie powinna zawierać elementów szyderstwa, ironii, czy złośliwości. Bez poszanowania powyższych zasad dyscyplinowania można doprowadzić do tego, że kara przybierze formę ataku na wychowanka ze strony wychowawcy (lub będzie tak przez nieletniego odczuwana). Podstawowym warunkiem dyscyplinowania powinno być dobre rozumienie funkcji kar i nagród jako form uczenia się przez człowieka nowych zachowań i odrzucania wcześniejszych. W związku z tym karanie powinno usuwać niepożądane zachowania, a nie zaś powodować dodatkowe, negatywne skutki⁶⁴.

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).*

REGUŁY NARODÓW ZJEDNOCZONYCH dotyczące Ochrony Nieletnich Pozbawionych Wolności

Reguła 66. Wszystkie postępowania dyscyplinarne i związane z nimi środki powinny mieć na celu zapewnienie bezpieczeństwa i ładu w życiu społecznym zakładu; nie powinny uwłaczać godności nieletnich ani sprzeciwiać się głównym celom postępowania z nieletnimi w zakładzie, tj. pogłębieniu ich poczucia sprawiedliwości, szacunku do siebie samych i do podstawowych praw przysługujących każdej jednostce.

Reguła 67. Wszelkie środki dyscyplinarne, polegające na okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniu (w tym kary cielesne, umieszczenie w celi pozbawionej światła, przetrzymywanie w izolatce albo jakiegokolwiek inne karanie mogące powodować zagrożenie dla fizycznego lub psychicznego zdrowia nieletniego), powinny być bezwzględnie zabronione. Podobnie zakazane powinno być zmniejszanie racji

⁶⁴ Zob. Raport KMPT z wizytacji Zakładu poprawczego w Białymstoku w 2010 r.

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.

Reguła 68. Przepisy wydawane przez właściwą władzę administracyjną z uwzględnieniem podstawowych cech, potrzeb i praw nieletniego, powinny określać:

- a) zachowania stanowiące przekroczenia dyscyplinarne;
- b) rodzaj i czas trwania wymierzonych kar dyscyplinarnych;
- c) władzę właściwą do wymierzania kar;
- d) władzę właściwą do rozpoznania odwołań.

Reguła 69. Zawiadomienie o przekroczeniu powinno być szybko przedstawione właściwej władzy, która powinna wydawać orzeczenie bez zbędnej zwłoki. Władza to powinna zbadać sprawę starannie.

Reguła 70. Dyscyplinarne karanie nieletniego powinno być dozwolone wyłącznie w ściśle wytyczonych granicach obowiązującego prawa i regulaminów. Przed wymierzeniem kary dyscyplinarnej należy w wyraźny i zrozumiały dla nieletniego sposób poinformować go o tym, jakie przekroczenie mu się zarzuca i stworzyć mu wszelkie możliwości przedstawienia swojej obrony; powinien on mieć prawo odwołania się do właściwej, bezstronnej władzy. Wszystko co dotyczy postępowania dyscyplinarnego powinno być protokołowane.

Reguła 71. Nie należy nieletniemu powierzać jakichkolwiek funkcji dyscyplinarnych, z wyjątkiem przynależnych do nadzorowania ściśle określonej działalności społecznej, edukacyjnej lub sportowej, prowadzonej w ramach samorządu wychowanków.

11. Przymus bezpośredni

Wobec dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (w tym wobec nieletnich, którym sąd orzekł środek leczniczy) stosuje się takie same zasady i formy przymusu bezpośredniego jak wobec osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi⁶⁵.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wymienia następujące formy przymusu bezpośredniego:

- a) przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,

⁶⁵ Inaczej jest w przypadku nieletnich, wobec których sąd orzekł środek wychowawczy lub poprawczy. Zgodnie z art. 95 a u.p.n. wobec nieletnich w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych można użyć tylko siły fizycznej, natomiast wobec podopiecznych zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich można użyć dodatkowo kaftana bezpieczeństwa lub pasa obezwładniającego lub umieścić w izbie izolacyjnej. W przypadku stosowania tego ostatniego środka należy mieć na uwadze, że nieletni nie może być umieszczony w izbie izolacyjnej na okres dłuższy niż 48 godzin, a nieletni, który nie ukończył 14 lat, na okres dłuższy niż 12 godzin [art. 27 pkt 2 ustawa z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1834 tekst jedn., ze zm.)].

- b) przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody,
- c) unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa,
- d) izolację – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Przymus bezpośredni stosuje się wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, które:

1. dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu,
2. w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu,
3. poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego;
4. zostają przymusowo przywiezieni na badanie psychiatryczne w sytuacji, gdy zagrażają bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie są zdolne do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych (art. 21 u.o.z.p.);
5. w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala psychiatrycznego (art. 34 u.o.z.p.).

Ustawa określa ponadto, jaki rodzaj przymusu bezpośredniego może być użyty w powyższych sytuacjach. I tak – odnosząc się do akapitu powyżej – wobec pacjentów, którzy dopuszczają się zachowań opisanych w pkt 1 i 2 można zastosować przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie lub izolację. Natomiast wobec pacjenta, który zachowuje się w sposób opisany w pkt 3 można stosować przymus bezpośredni w postaci przytrzymania lub przymusowego podania leków.

Zgodnie z art. 18 a ust. 4 u.o.z.p. przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania. Przepisy bardzo dokładnie określają granice czasowe, w których lekarz ma obowiązek kontrolować dalsze zlecenie przymusu. Zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz zleca na czas nie dłuższy niż 4 godziny (w wyjątkowych sytuacjach może to zrobić pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza). Następnie lekarz może przedłużać stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na kolejne okresy 6 godzinne, ale musi każdorazowo zbadać pacjenta. Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz powiadamia o jego stosowaniu ordynatora (lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni). Przepisy nie określają maksymalnego czasu stosowania przymusu bezpośredniego.

W większości wizytowanych przez KMPT oddziałach używanie przymusu bezpośredniego było stałą praktyką. W KOPSN niektórzy wychowankowie wychodzili nawet w kaftanie bezpieczeństwa na spacer. Personel tłumaczył taką praktykę koniecznością zapobiegania samouszkodzeniom lub agresji.

W innym szpitalu dokumentacja wskazywała na to, że jedna z nieletnich przez 40 godzin była unieruchomiona w pasach (powód: „zamiary samobójcze”), a następnie kolejne 76 godzin spędziła w izolatce (powód: „ryzyko zachowań samobójczych). Z opinii sądowo – psychiatrycznej nieletniej wynika, że:

„Powodem próby samobójczej był brak kontaktu z rodziną. Pacjentka samookaleczała się wypowiadając myśli samobójcze, kiedy dowiedziała się, że nie może jechać na święta do domu rodzinnego. Samookalecza się odkąd matka opuściła dom i rodzinę. Autoagresja przynosi jej ulgę na chwilę”.

Analizując akta młodocianych pacjentów szpitali psychiatrycznych nie da się przejść obojętnie wobec wielu dramatycznych historii, których doświadczyli w swoim życiu. Agresja i samooagresja jest niewątpliwie formą wyrażania bólu i cierpienia, z którym pacjenci nie mogą sobie poradzić.

W przypadku wyżej wspomnianej pacjentki było podobnie. Zanim została umieszczona na oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu była wychowanką domu dziecka i młodzieżowego ośrodka wychowawczego. Już wcześniej w placówkach podejmowała próby samobójcze poprzez zażycie leków. Biegli w swojej opinii uznali, że:

„Deficyty w funkcjonowaniu społecznym i emocjonalnym opiniowanej są wynikiem rażącego zaniedbań rodziców nienależycie spełniających swoją rolę rodzicielską. Bardzo trudne doświadczenia rodzinne stanowią przyczyną długotrwałej deprywacji podstawowych potrzeb emocjonalnych dziewczyny (potrzeby miłości, więzi, bezpieczeństwa, przynależności, akceptacji, opieki, wsparcia). I skutkują zubożeniem uczuciowości dziewczynki. Z wywiadu wynika, że okresy obniżonego nastroju, apatii, zniechęcenia, jak również myśli rezygnacyjne i samobójcze są reakcją na trudną sytuację życiową, przede wszystkim porzucenie przez matkę”. (...) Opiniowana nie jest psychicznie chora, ani upośledzona umysłowo. Nie rozpoznajemy uzależnienia od alkoholu i środków psychoaktywnych. Nieletnia wymaga leczenia z elementami psychoedukacji w zakresie używania substancji psychoaktywnych i alkoholu w warunkach stacjonarnych w Oddziale Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich o Wzmocnionym Zabezpieczeniu ponieważ jej powrót do placówki lub środowiska rodzinnego, które jest całkowicie niewydolne wychowawczo, będzie skutkowało kolejnymi zachowaniami agresywnymi i auto agresywnymi oraz powrotem do ryzykownego picia alkoholu”.

Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec dzieci, szczególnie w postaci unieruchamiania i izolacji, winno być środkiem ostatecznym. W ocenie KMPT każde użycie przymusu wobec dzieci powinno być uzasadnione i jak najkrótsze. Eksperci prawa medycznego podkreślają: „Stosowanie środków przymusu bezpośredniego musi następować z poszanowaniem godności osoby ludzkiej i z wyjątkowo starannie wyważonym dawkowaniem przemocy. Decydując o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego, nie można także pomijać objawów ubocznych lub powikłań fizycznych i psychicznych, które mogą być następstwem zastosowania środka przymusu bezpośredniego. Ponadto stosowanie tych środków nie może budzić żadnych wątpliwości co do legalności podejmowanych działań. Stosowanie przymusu bezpośredniego ma charakter wyjątkowy i dopuszczalne jest w przypadkach wskazanych w ustawach. Jakikolwiek próby wykładni rozszerzającej należy ocenić negatywnie. Dlatego też należy postulować stosowane zmiany legislacyjne, tak aby podstawy prawne stosowania środków przymusu bezpośredniego nie budziły wątpliwości⁶⁶”. Przymus bezpośredni w oddziałach psychiatrycznych dla nieletnich – przykładowe wpisy w dokumentacji nieletnich ujawnione przez KMPT podczas wizytacji:

Ze względu na ryzyko autoagresji pacjentka zabezpieczona kaftanem w czasie spaceru w godzinach 12.45 - 13.10.

Pacjentka w dniu dzisiejszym przyjęta na oddział. (...) na czas transportu do placówki medycznej zabezpieczona kaftanem bezpieczeństwa w godzinach 16.40-17.15.

Pacjent napięty, agresywny fizycznie wobec innych pacjentów, został przytrzymany i odprowadzony do sali obserwacyjnej. W godzinach popołudniowych ponownie drażliwy, pobudzony psychoruchowo, wyciszał się w sali obserwacyjnej, gdzie uderzał pięścią w ścianę, zlecono domięśniowo 1 amp. (10 mg) Relanium.

Na czas spaceru z uwagi na ryzyko zachowań agresywnych został unieruchomiony kaftanem w godz. 13.50-14.20, na prowokację ze strony innego pacjenta zareagował agresją słowną i fizyczną, został doprowadzony na oddział. W czasie odprowadzenia był agresywny wobec sanitariuszy, wyciszał się w sali obserwacyjnej.

Pacjent w pokoju prowokował innego, uderzył go pięścią w twarz. Na czas spaceru został unieruchomiony kaftanem w godz.: 13.50-14.25 z powodu tendencji do zachowań agresywnych.

W trakcie wieczornych zajęć sportowych napięty, dysforyczny, wulgarny, zaczepny w stosunku do innych pacjentów. Wyprowadzony do sali obserwacyjnej, tu w dalszym ciągu napięty i agresywny fizycznie (uderzał ręką w szybę i kopał w ścianę). Został unieruchomiony od godz. 20:00-21.45., podano 10 mg Relanium. Po wyciszeniu pacjent wrócił do swojej sali.

⁶⁶ A. Augustynowicz, I. Wrześniewska – Wal, Stosowanie przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnozowania i terapii małoletnich pacjentów, *Pediatrica Polska* 88 (2013).

Agresywna fizycznie wobec innej pacjentki. Umieszczona w sali obserwacyjnej, gdzie przebywała do rana. W obniżonym nastroju. Dodatkowo dostała miarkę hydroksyzyny p.o.

Pacjent napięty po społeczności, prosił o wsparcie farmakologiczne, otrzymał doustnie miarkę Hydroksyzinum. Na uwagę zareagował agresją, groził użyciem przemocy, zamierzał się do uderzenia sanitariusza. Został przytrzymany i odprowadzony do sali obserwacyjnej otwartej (godz. 18.40). Agresja narastała, pacjent uderzał pięścią w ścianę, mówił, że rozbije sobie głowę, zabezpieczony pasami w łóżku (18:45-19:15), w iniekcji domięśniowej otrzymał 10 mg Relanium, 5 mg Haloperidol, wyciszył się.

Pacjent lat 11. Zaczepny do innych pacjentów, konfliktowy, wulgarny. Podczas zajęć szkolnych przyjął postawę opozycyjno-buntowniczą, wulgarny, odmówił udania się do sali obserwacyjnej otwartej, został przytrzymany i odprowadzony o godz. 15.40 dodatkowo podano do iniekcji domięśniowej 2,5 mg Haloperidol oraz 10 mg Relanium. Pacjent nie chciał pozostać w sali obserwacyjnej, usiłował ją opuścić, agresja narastała, uderzał w przedmioty, pluł w personel, został zabezpieczony pasami za 4 koniczyny (15.45-17.45). Stopniowo wyciszył się.

Pacjentka od rana niedostosowana w zachowaniu, pobudzona, opozycyjna, głośna, wulgarna, odmawiała przyjmowania pokarmów i leków, po przyjęciu wymiotowała je, autoagresywna, agresywna słownie i fizycznie. Otrzymała tonizująco amp. Relanium i amp. Haloperidolu. W godz. 12.40-13.00 zabezpieczona kaftanem w czasie spaceru, ze względu na zachowania autoagresywne. Po południu agresywna fizycznie, szarpała pracowników, uderzała głową z pięściami w ściany, przytrzymana i unieruchomiona przy pomocy pasów bezpieczeństwa w godz. 15.50-18.30. Nasennie otrzymała 50 mg chlorprothixenu p.o., spała w sali obserwacyjnej, pod obserwacją.

W badaniu b.z. Na czas przejazdu i pobytu w szpitalu pacjentka zabezpieczona kaftanem bezpieczeństwa z powodu ryzyka ucieczki i zachowań agresywnych. Unieruchomienie 13.10-16.15. Po przyjeździe pacjentkę poinformowano, że będzie przebywała w sali obserwacyjnej, na te wiadomość u pacjentki wystąpiło beładne pobudzenie, stała się agresywna, rzuciła w pielęgniarkę zeszytem, została przytrzymana, odprowadzona do sali obserwacyjnej i unieruchomiona pasami bezpieczeństwa za 4 koniczyny. W trakcie unieruchomienia agresja eskalowała. Dodatkowo otrzymała w iniekcji domięśniowej 1 amp. Relanium + 1 amp. Haloperidol. Unieruchomienie 16:20.19:00. Bez powikłań. W dalszej części dyżuru zgłosiła problemy z mikcją (zatrzymanie moczu). Zalecono cewnikowanie, którego nie wykonano z powodu braku cewnika.

W ciągu całego dnia w niestabilnym stanie psychicznym, w niepokoju, głośny, wulgarny, prezentował niebezpieczne zachowania autoagresywne, z powodu których był unieruchamiany mechanicznie w godzinach 11:35-13:20 i 18:00-20:00, dodatkowo trunkwilizująco podano domięśniowo ampułkę lewomepromazyny i diazepam.

W ciągu dnia spokojniejszy, wieczorem w gorszym stanie psychicznym w niepokoju głośny wulgarny, prezentował niebezpieczne zachowania autoagresywne z powodu których był unieruchamiany

mechanicznie w godzinach 21.20-22.50 oraz 23.00-07.25 dodatkowo trankwilizująco podano domięśniowo ampułkę diazepam.

CPT wypowiedział się także co do praktyki angażowania pracowników ochrony do różnych czynności z pacjentami. Podczas wizyt w szpitalach psychiatrycznych CPT odnotował, że zatrudniani są w nich ochroniarze (w tym także z prywatnych firm ochroniarskich), którzy okazjonalnie byli proszeni przez personel medyczny (zwłaszcza po godzinie 14.00) o pomoc przy krępowaniu pacjentów. Komitet przywołał w raporcie swój pogląd, iż co do zasady środki przymusu bezpośredniego powinny być stosowane wyłącznie przez odpowiednio przeszkolony personel medyczny (paragraf 128 raportu)⁶⁷.

REGUŁY NARODÓW ZJEDNOCZONYCH dotyczące Ochrony Nieletnich Pozbawionych Wolności

Reguła 63. Uciekanie się w jakimkolwiek celu do środków przymusu lub użycia siły powinno być zakazane, chyba że chodzi o sytuacje opisane w zasadzie 64.

Reguła 64. Ograniczenie wolności i użycie siły może nastąpić tylko wyjątkowo, gdy wszystkie inne sposoby rozwiązania sytuacji zostały wyczerpane i okazały się bezskuteczne, i tylko wówczas, gdy użycie takich środków znajduje wyraźną podstawę w przepisach prawa. Środki te nie powinny powodować poniżenia lub upokorzenia nieletniego, a ich stosowanie ma trwać możliwie jak najkrócej. Na polecenie kierownika zakładu można posłużyć się tymi środkami w celu zapobieżenia samouszkodzeniom nieletnich, ranieniu innych oraz dokonaniu poważnych zniszczeń mienia. W takich wypadkach kierownik zakładu powinien niezwłocznie porozumieć się z personelem służby zdrowia i innymi właściwymi pracownikami oraz powiadomić o zdarzeniu wyższą władzę administracyjną.

Reguła 65. W zakładzie, w którym przebywają nieletni, personelowi należy bezwzględnie zakazać noszenia i używania broni.

12. System przepustek, urlopów, czasowego pobytu poza szpitalem pod opieką członka rodziny

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wskazuje, że osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać zgodę ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (art. 14 u.o.z.p.).

⁶⁷ Całość raportu dostępna: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rekomendacje-europejskiego-komitetu-ds-tortur-cpt-zbiezne-z-ustaleniami-rpo>

W literaturze podkreśla się, że: „Najczęściej przepustka ma cel terapeutyczny; jest rodzajem sprawdzianu funkcjonowania pacjenta po zastosowanym leczeniu w warunkach środowiska domowego. Hospitalizacja jest rodzajem parasola ochronnego dla pacjenta, który jednak pozbawia go oddziaływania wielu bodźców codziennego życia. Z jednej strony sprzyja to powrotowi do zdrowia, stabilizacji stanu psychicznego, pozwala na odzyskanie sprawnego funkcjonowania, z drugiej jednak stwarza rodzaj sztucznie bezpiecznych warunków życia. Przepustka będąca krótkotrwałym powrotem do naturalnego środowiska życia pacjenta pozwala na powolne, powrotne zaadaptowanie się w środowisku domowym i weryfikuje uzyskaną poprawę. Nieprzyznanie przepustki pacjentowi nie może być rodzajem kary dla pacjenta ani też formą represji wobec pacjenta, a jedynie dyktowane jest stanem zdrowia psychicznego i względami bezpieczeństwa pacjenta”⁶⁸.

Ważne jest również, aby pacjenci mieli możliwość ubiegania się o tzw. przepustki losowe na wypadek udziału w ważnych ceremoniach rodzinnych (pogrzeb bliskiej rodziny, wesele, chrzciny, komunie, etc.).

Zbyt ogólne sformułowanie zasad udzielania przepustek w u.o.z.p. przysparza lekarzom wielu praktycznych problemów. Z tego powodu Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii wydał *Zalecenia w sprawie udzielania przepustek na okresowe przebywanie pacjentów szpitala psychiatrycznego poza szpitalem*⁶⁹. Zgodnie z ich treścią przepustkę wydaje się na okres do 3 dni. W uzasadnionych przypadkach i w związku z wydarzeniami losowymi przepustkę można wydać na okres do 7 dni. Stan psychiczny pacjenta, któremu ma być udzielona przepustka, nie może budzić wątpliwości co do zagrożenia jego bezpieczeństwa i bezpieczeństwa jego otoczenia. W szczególności lekarz musi ocenić ryzyko występowania myśli lub tendencji samobójczych, zachowań autoagresywnych i agresywnych wobec otoczenia u chorych z potencjalnym ryzykiem samobójstwa (zespoły depresyjne, psychotyczne, reakcje sytuacyjne itp.) lub u chorych, u których występowały myśli lub próby samobójcze. W uzasadnionych przypadkach przed wystawieniem przepustki ordynator, lekarz kierujący oddziałem lub lekarz przez niego upoważniony, po uzyskaniu zgody pacjenta, informuje osobę faktycznie sprawującą opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi o jej stanie zdrowia i zakresie wymaganej opieki w czasie trwania przepustki. Osoba, której udzielono przepustki, otrzymuje na czas jej trwania leki ze szpitala. Nie przysługuje jej w okresie ważności przepustki wyżywienie szpitalne lub ekwiwalent za to wyżywienie.

W Zaleceniach jest mowa również o tym, że pacjent skierowany do szpitala psychiatrycznego przez sąd w ramach środka zabezpieczającego w warunkach podstawowego zabezpieczenia może otrzymać zezwolenie na czasowy pobyt poza szpitalem pod opieką członka rodziny

⁶⁸ K. Bobińska, P. Gatecki, Komentarz do art. 14 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w: Bobińska K., Eichstaedt K.Z., Gatecki P. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, LEX 2016.

⁶⁹ *Zalecenia w sprawie udzielania przepustek na okresowe przebywanie pacjentów szpitala psychiatrycznego poza szpitalem*, Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii Prof. dr hab. med. Piotr Gatecki, Łódź, 18.11.2018 r. dostępne pod adresem: http://www.psychiatriapol-ska.pl/uploads/images/PP_6_2018/1127List_PsychiatrPol2018v52i6.pdf

lub osoby godnej zaufania, jeżeli jest to uzasadnione względami terapeutycznymi lub ważnymi względami rodzinnymi, niebezpieczeństwo zaś, że sprawca przebywający poza szpitalem dopuści się czynu zabronionego lub zagrozi własnemu życiu lub zdrowiu, jest nieznaczne. Osobie przebywającej w szpitalu psychiatrycznym w celu realizacji orzeczonego przez sąd środka zabezpieczającego w oddziale o wzmocnionym lub maksymalnym stopniu zabezpieczenia, lub przebywającej w szpitalu psychiatrycznym na obserwacji sądowo-psychiatrycznej, przepustkę można wydać tylko za zgodą właściwego sądu.

W niektórych wizytowanych oddziałach ogólnopsychiatrycznych oraz oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu funkcjonował system przepustek, ale mogli z niego korzystać tylko ci nieletni, których opiekun prawny zapewnił o sprawowaniu nad nim nadzoru. W przypadku wychowanków domów dziecka zdarzały się odmowy przyjęcia pacjenta z przepustki. Z kolei w KOPSN przepustki w ogólne nie były udzielane. W „Programie adaptacyjnym” przekazywanym każdemu nowemu pacjentowi w celu zapoznania się z zasadami panującymi w Ośrodku, już w pierwszym punkcie zaznaczono: „(...) Jest to szpital zamknięty, w którym nie ma możliwości otrzymywania przepustki”.

KMPT: konieczne jest uregulowanie zasad przyznawania przepustek, urlopów, zezwoleń na czasowy pobyt poza szpitalem nieletnich przebywających w sądowych oddziałach psychiatrycznych dla nieletnich.

13. Warunki materialne

Wizytowane oddziały dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu oraz KOPSN charakteryzowały się dość surowym wystrojem sal mieszkalnych. W niektórych salach nie było szafek do przechowywania osobistych rzeczy, tylko same łóżka (nieletni przechowywali swoje rzeczy w tekturowych pudełkach lub reklamówkach). Ściany i sprzęt kwaterunkowy wymagały odnowienia, brakowało też odpowiednio wyposażonych świetlic, w których możliwe byłoby spędzanie czasu w inny sposób aniżeli tylko oglądanie TV. Większość dnia nieletni spędzali w swoich pokojach lub na korytarzu. KMPT zauważyło także, że na niektórych oddziałach nieletni chodzili przez całą dobę w piżamach (za karę).

Według Europejskiego Komitetu CPT stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje, w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom, a także odpowiednie oświetlenie, ogrzewanie i wentylację, utrzymywanie ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych. Należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądane jest wyposażenie pomieszczeń w stoliki i szafki stojące obok łóżek; ponadto pacjentom powinno się pozwolić na przechowywanie określonych rzeczy osobistych (fotografie, książki, itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia

pacjentom określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii u pacjenta. Warunki sanitarne powinny pozwalać pacjentom na pewną prywatność. Podobnie, należy zadbać o podstawowy sprzęt szpitalny umożliwiający personelowi sprawowanie właściwej opieki (włącznie ze środkami higieny osobistej) nad osobami niewstającymi z łóżek; brak takiego sprzętu może znacznie pogorszyć warunki. Należy ponadto zauważyć, że obserwowana w niektórych ośrodkach psychiatrycznych praktyka polegająca na stałym ubieraniu pacjentów w piżamy/koszule nocne nie sprzyja wzmocnieniu tożsamości osobistej i poczuciu wartości u pacjentów; indywidualizacja w zakresie garderoby powinna być częścią procesu terapeutycznego⁷⁰.

(Zdjęcia – fot. 5, fot. 6, fot. 7a, 7b, fot. 8, fot. 9a, 9b, fot. 10)

Podczas ostatniej wizyty w Polsce CPT po wizytacji oddziału dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu w Toszku zwrócił uwagę, że „pokoje były bardzo surowe i więzienne w charakterze, a nieletni musieli trzymać swoje rzeczy osobiste w kartonach lub w szafkach ogólnych”. Zalecił by polskie władze rozważyły przebudowę oddziału sądowego dla nieletnich w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku, tak aby możliwe było podzielenie go na mniejsze sale mieszkalne, dzięki czemu personel łatwiej mógłby je kontrolować; umożliwiłoby to również zmniejszenie więziennego charakteru i promowanie terapeutycznego charakteru miejsca, zwłaszcza w salach dla nieletnich (par. 120-127)⁷¹.

KMPT: konieczna jest poprawa warunków materialnych na oddziałach dla nieletnich w zakresie odnowienia pomieszczeń, odpowiedniego wyposażenia pokoi, zapewnienia warunków sanitarno – higienicznych gwarantujących prywatność, a przede wszystkim zapewnienie otoczenia, które będzie sprzyjało terapii, leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjenta.

REGUŁY NARODÓW ZJEDNOCZONYCH dotyczące Ochrony Nieletnich Pozbawionych Wolności

Reguła 31. Nieletnim pozbawionym wolności przysługuje prawo do takich warunków i wyposażenia w zakładzie, które zapewniają im zaspokojenie potrzeb zdrowotnych i godności ludzkiej.

Reguła 32. Rozplanowanie zakładu dla nieletnich oraz warunki fizyczne i wyposażenie powinny odpowiadać resocjalizacyjnym zadaniom postępowania stacjonarnego, uwzględniającym potrzebę

⁷⁰ Zob. Standardy CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2011

⁷¹ Całość raportu dostępna: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rekomendacje-europejskiego-komitetu-ds-tortur-cpt-zbieznie-z-ustaleniami-rpo>

zachowania przez nieletniego prywatności, dostarczenia mu bodźców do działania, możliwości współdziałania z rówieśnikami i uczestniczenia w grach sportowych, ćwiczeniach gimnastycznych i zajęciach rozrywkowo-wypoczynkowych. Rozplanowanie zakładu i jego zabudowania powinny być takie, aby zminimalizować ryzyko pożaru i zapewnić możliwie bezpieczną ewakuację pomieszczeń. Zakład powinien być wyposażony w sprawnie działający system alarmowy na wypadek pożaru, a także mieć wypróbowany plan zapewnienia bezpieczeństwa nieletnich. Zakładu nie należy umieszczać w regionach znanych zagrożeń zdrowotnych lub innego rodzaju niebezpieczeństw.

Reguła 32. W zależności od miejscowych warunków, nieletni powinni mieć niewielkie wspólne sypialnie lub pojedyncze pokoje. Dla zapewnienia każdemu nieletniemu ochrony, w godzinach nocnego wypoczynku wszystkie sypialnie i pojedyncze pokoje powinny być pod nieprzeszkadzającą we śnie obserwacją. Zgodnie ze standardami lokalnymi lub krajowymi, każdy nieletni powinien mieć swoje pościelnie, wydawaną, należycie utrzymaną i odpowiednio często zmienianą bieliznę pościelową.

Reguła 34. Sanitariaty powinny mieć właściwy standard i być tak umieszczone, aby każdy nieletni mógł z nich korzystać stosownie do swoich potrzeb, w odosobnieniu, w czystości i w przyzwoity sposób.

Reguła 35. Posiadanie przedmiotów osobistych jest podstawowym elementem praw do prywatności i ma istotne znaczenie dla dobrego samopoczucia nieletniego. Należy uszanować prawo każdego małoletniego do posiadania takich przedmiotów i zapewnić odpowiednie miejsce dla ich przechowywania. Przedmioty, których nieletni nie chcą zatrzymać lub które zostały skonfiskowane, należy przechować w zabezpieczonym miejscu. Ich spis powinien być podpisany przez nieletniego. Należy dołożyć starań, aby pozostawały w dobrym stanie. Wszystkie te przedmioty oraz pieniądze należy zwrócić nieletniemu w momencie zwolnienia, chyba że miał zezwolenie na wydanie pieniędzy lub wystanie z zakładu pieniędzy albo innych przedmiotów. Jeśli nieletni otrzyma albo okaże się, że jest w posiadaniu jakichś lekarstw, personel sprawujący opiekę zdrowotną powinien zdecydować o ich przeznaczeniu.

Reguła 36. W miarę możliwości należy zezwalać nieletniemu na używanie własnej odzieży. Zakład ma troszczyć się o to, aby każdy nieletni miał ubranie odpowiednie ze względu na klimat i wystarczające do zapewnienia dobrego stanu zdrowia; w żadnym wypadku nie może ono być źródłem upokorzenia lub poniżenia. Nieletniemu opuszczającemu zakład albo wychodzącemu z niego w jakimkolwiek celu, należy pozwalać na skorzystanie z własnego ubrania. 37. Zakład powinien zapewnić nieletniemu należycie przygotowane pożywienie podawane w zwykłej porze posiłków, odpowiadające pod względem rodzaju i ilości standardom diety, higieny i zdrowia oraz, w miarę możliwości, zgodnie z wymaganiami religijnymi i kulturowymi. Czysta woda do picia powinna być stale dostępna.

14. Monitoring wizyjny w szpitalach psychiatrycznych

Praktyka instalowania kamer telewizyj przemysłowej (monitoringu) w tego typu placówkach jest powszechna. W wizytowanej placówce kamery znajdowały się salach pacjentów, salach obserwacyjnych, korytarzach, jadalniach, spacerniakach, etc.

KMPT już od wielu lat zwraca uwagę na stosowanie kamer w miejscach detencji⁷². Jak wynika z dotychczasowego doświadczenia KMPT, kamery telewizji przemysłowej instalowane są w pomieszczeniach silnie utożsamionych z przestrzenią prywatną każdego człowieka, tj.: w salach chorych, sanitariatach, salach widzeń, przebieralniach, etc. Osoby pozbawione wolności monitorowane są w różnych intymnych sytuacjach, np.: podczas załatwiania swoich potrzeb fizjologicznych, kąpieli, badania lekarskiego. Stosowanie takiej metody nadzoru niesie ryzyko potencjalnych i rzeczywistych nadużyć, np. nieproporcjonalnego wykorzystywania jej w codziennej pracy (np. kontrolowania wszystkich aspektów życia człowieka, nawet jeśli nie mają one wpływu na bezpieczeństwo), zastępowanie monitoringiem bezpośredniego kontaktu z człowiekiem, udostępnianie obrazu z kamer osobom nieposiadającym kompetencji, niewłaściwego zabezpieczenia danych z monitoringu, etc.

KMPT jest świadomy tego, że monitoring w miejscach detencji przyczynia się do sprawniejszego nadzorowania osób pozbawionych wolności, rozwiązywania wielu spraw dotyczących bezpieczeństwa i lepszego zorganizowania pracy personelu. Niemniej jednak taka forma kontroli wiąże się niewątpliwie z ograniczeniem konstytucyjnie chronionego prawa do życia prywatnego określonego w art. 47 Konstytucji RP oraz w art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Wprowadzenie takiego ograniczenia jest możliwe wówczas, gdy spełnione zostaną przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, czyli może być ono ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy jest konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. A zatem restrykcje nałożone na osoby pozbawione wolności powinny być ograniczone do koniecznego minimum i proporcjonalne do uzasadnionego celu, dla którego zostały nałożone.

Tymczasem możliwość instalowania kamer przemysłowych w oddziałach psychiatrycznych dla nieletnich uregulowana została jedynie na poziomie rozporządzenia, tj. § 16 rozporządzenia w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, który wskazuje, że bezpieczeństwo i właściwe warunki pobytu nieletnich w zakładach dysponujących warunkami wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia zapewnia się m.in. przez: system telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek oraz korytarzy.

Z kolei ustawa o ochronie zdrowia psychicznego reguluje kwestię monitoringu jedynie w przypadku pomieszczeń przeznaczonych do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji. Ustawa wskazuje m.in., że obraz z monitoringu pomieszczeń lub ich części przeznaczonych

⁷² Zob. Monitoring wizyjny w miejscach pozbawienia wolności. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji. Biuletyn RPO. Źródła 2012, nr 12.

do celów sanitarnohigienicznych jest przekazywany w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych.

W żadnej innej ustawie regulującej pobyt pacjenta w szpitalu psychiatrycznym nie został zawarty przepis normujący kwestię stosowania monitoringu w tych placówkach, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu.

Rzecznik Praw Obywatelskich już dwukrotnie apelował do Ministra Zdrowia o przygotowanie przepisów regulujących tą materię⁷³. Taką samą rekomendację do Ministra skierowała Najwyższa Izba Kontroli, która w 2017 r. skontrolowała, czy warunki, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w szpitalach zapewniają ochronę prawa pacjenta do prywatności. W ocenie NIK brak kompleksowych uregulowań dotyczących funkcjonowania monitoringu w podmiotach leczniczych stwarza wysokie ryzyko nadmiernej ingerencji w prywatność pacjentów i niedostatecznej ochrony ich danych osobowych. Zdaniem NIK, dyrektorzy szpitali przed zainstalowaniem monitoringu wizyjnego, kierując się zasadą gospodarności, powinni przeanalizować celowość jego wprowadzenia, określić koszty wdrożenia i funkcjonowania systemu. W żadnym ze skontrolowanych szpitali nie zrobiono tego. Nie analizowano także rozmieszczenia kamer pod kątem ingerencji monitoringu w prawo pacjentów do prywatności. W większości szpitali zamontowanie kamer nie przełożyło się na poprawę bezpieczeństwa w szpitalach. W czterech szpitalach, pomimo zainstalowania monitoringu, liczba niebezpiecznych zdarzeń wręcz wzrosła⁷⁴.

KMPT: konieczne jest uregulowanie zasad i warunków prowadzenia obserwacji i rejestracji wizerunku osób i obrazu zdarzeń w szpitalach psychiatrycznych.

15. Stosowanie kajdanek w trakcie transportu.

Delegacja KMPT ustaliła, że często pacjenci są transportowani karetką Zespołu Ratownictwa Medycznego w asyście policji, tzn. policjanci zakładają pacjentom kajdanki na ręce (czasami kajdanki zespolone) i oddają pod opiekę ZRM, sami zaś jadą za karetką. Kajdanki zdejmowane są dopiero w izbie przyjęć. Jak ustalono, jest to praktyka rutynowa (spotykana w wielu szpitalach), stosowana wobec wszystkich pacjentów oddziałów sądowych w celu zapobieżenia ucieczki. Dodatkowo, delegacja KMPT odnotowała przypadek nieletniej pacjentki, która była konwojowana przez policję do sądu, również zapięta w kajdankach, mimo że jechała na przesłuchanie jako pokrzywdzona, nie była pobudzona, nie zagrażała bezpieczeństwu. Wywołało to u niej dodatkowy stres oraz dyskomfort.

⁷³ Wystąpienie generalne z dnia 5.01.2016 r. oraz 5.10.2018 r. (sygn. KMP.574.8.2015.KK) dostępne na stronie: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/wyst%C4%85pienie-generalne-z-dnia-5012016-r-do-ministra-zdrowia-w-sprawie-stosowania-monitoringu>.

⁷⁴ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/poszanowanie-intymnosci-i-godnosci-pacjenta.html>

Praktyka stosowania kajdanek wobec pacjentów budzi wiele wątpliwości przedstawiciele KMPT. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878, t.j.) wymienia środki za pomocą których dozwolone jest stosowanie przymusu bezpośredniego. Nie ma wśród nich kajdanek. Standardy CPT zabraniają wręcz stosowania kajdanek przy unieruchamianiu pacjentów psychiatrycznych⁷⁵. Domniemać zatem można, że w tych przypadkach kajdanki stosowane są przez funkcjonariuszy Policji w trybie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz.U. z 2018 poz. 1834, t.j.), która określa, w jakich sytuacjach można użyć środków przymusu bezpośredniego (art. 11 ustawy). Zgodnie z przepisami ustawy, aby funkcjonariusz policji mógł użyć środka przymusu bezpośredniego musi zdarzyć się konkretna sytuacja zagrażająca bezpieczeństwu, życiu lub zdrowiu lub jest duże prawdopodobieństwo wystąpienia takiej sytuacji. Jednakże funkcjonariusz Policji, zanim sięgnie po środki przymusu bezpośredniego, powinien użyć lub wykorzystać w pierwszej kolejności inne, łagodniejsze środki w celu uzyskania zamierzonego celu lub określonego zachowania⁷⁶.

Zakładanie kajdanek każdemu pacjentowi (tylko dlatego, że jest pacjentem psychiatrycznym) konwojowanemu do szpitala lub poza szpital jest nadużyciem, nieznanym odzwierciedlenia w przepisach prawa. Ustawa o środkach przymusu bezpośredniego – jako pierwszą zasadę posługiwania się nimi – wskazuje, aby używać ich lub wykorzystywać w sposób niezbędny do osiągnięcia celów tego użycia lub wykorzystania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości (art. 6 ustawy). Dodatkowo w ustawie o środkach przymusu bezpośredniego jest wyraźne wyłączenie stosowania przepisów w niej zawartych do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (art. 3 ust. 4: Ustawy nie stosuje się do przymusu bezpośredniego lub zasad użycia lub wykorzystania broni palnej, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego [Dz. U. z 2017 r. poz. 882, 2245 i 2439 oraz z 2018 r. poz. 138]).

Z kolei art. 46a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wskazuje, że przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego stosuje się przymus bezpośredni na zasadach opisanych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. W wyjątkowych sytuacjach przewidziane w innych przepisach środki przymusu bezpośredniego mogą być stosowane jedynie po uprzednim bezskutecznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w niniejszej ustawie albo gdy jego zastosowanie byłoby niecelowe. A zatem kajdanek można użyć tylko wobec pacjentów sądowych przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do szpitala, wobec których stosowanie przymusu bezpośredniego w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest bezskuteczne albo niecelowe.

⁷⁵ Zob. pkt 3.3. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu [CPT/Inf(2017)6].

⁷⁶ Zob.: L. Dyduch, K. Świerczewski, W. Biedrzycki, Użycie lub wykorzystanie środków przymusu bezpośredniego przez policjantów, str. 15-16.

16. Niedostateczne finansowanie oddziałów psychiatrycznych

Według danych przedstawionych KMPT przez oddziały dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu, stawka za tzw. osobodzień w 2018 r. wynosiła od 257 zł do 337 zł. Świadczenie to – w ocenie dyrektorów szpitali – jest niedoszacowane (m.in. nie uwzględniają konieczności leczenia schorzeń somatycznych). Wiąże się to chociażby z problemami w zakresie pozyskania większej liczby odpowiednio wykwalifikowanego personelu. W obecnym stanie prawnym obowiązują następujące wymogi co do zatrudnienia personelu **świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich:**

1. lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek;
2. lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek;
3. osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek;
4. psycholog kliniczny lub psycholog – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek;
5. osoba prowadząca terapię zajęciową – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek;
6. pielęgniarki⁷⁷.

Oddziały o wzmocnionym zabezpieczeniu spełniają w większości powyższe wymogi w zakresie zatrudnienia psychologów i terapeutów zajęciowych. Największym problemem jest brak lekarzy oraz pielęgniarek. W stosunku do tych ostatnich nie został oznaczony współczynnik minimalny co do liczby pielęgniarek przypadających na liczbę łóżek. Z odpowiedzi zastępcy dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ z dnia 25.01.2019 r.⁷⁸ nadesłanej do BRPO wynika m.in., że w oddziałach liczących przeważnie do 40 osób, zatrudnia się ok. 9-13 pielęgniarek. Wyższe finansowanie otrzymuje natomiast KOPSN. W 2018 r. stawka osobodzień na pacjenta wynosiła 769,56 zł. (sfinansowanie poza NFZ), co umożliwia zatrudnienie większej liczby personelu. W 2018 r. w Ośrodku (maksymalne zabezpieczenie o pojemności 40 miejsc) zatrudnionych było: 1 lekarz psychiatra ze specjalizacją psychiatrii dzieci i młodzieży, 5 lekarzy psychiatrów (w tym 2 na umowach kontraktowych i 1 na umowę – zlecenie), 9 terapeutów behawioralnych, 4 instruktorów sportu i rehabilitacji 25 pielęgniarek.

⁷⁷ Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) oraz warunki realizacji tych świadczeń określony został w Załączniku Nr 6 do Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. Nr 1386).

⁷⁸ Sygn. pisma DSOZ.401.144.2019.2019.5326.ANKR

Brak odpowiedniej liczby lekarzy i pielęgniarek przekłada się na zapewnienie odpowiednich warunków leczenia. W rozmowie z przedstawicielami KMPT koordynator jednego z oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu wyznał, że zmuszony jest czasem przekazać dziecko do KOPSN, nie dlatego, że wymaga ono pobytu w warunkach maksymalnego zabezpieczenia, ale dlatego że będzie miało tam lepszą opiekę lekarską. W jego oddziale jest bowiem tylko 3 lekarzy psychiatrów (w tym lekarz w trakcie specjalizacji), a powinno ich być przynajmniej 5. Standardem – zdaniem koordynatora (o czym wspominał również dyrektor szpitala i jego zastępca ds. medycznych) – jest bowiem liczba 5 pacjentów na jednego lekarza psychiatrę. Cytując koordynatora oddziału: *My tu tylko pilnujemy, nie leczymy.*

4.3. Nieletni z zaburzeniami psychicznymi i intelektualnymi w placówkach resocjalizacyjnych

REGUŁY NARODÓW ZJEDNOCZONYCH dotyczące Ochrony Nieletnich Pozbawionych Wolności⁷⁹

(...)

49. Każdy nieletni powinien być objęty należyłą opieką lekarską, zapobiegawczą oraz leczniczą, w tym dentystyczną, okulistyczną i w zakresie zdrowia psychicznego, a także ma otrzymywać przepisane mu leki i specjalną dietę. Jeśli to możliwe, nieletni opiekę zdrowotną powinien otrzymywać z odpowiednich placówek społeczności lokalnej ternu, na którym znajduje się zakład; miałyby to zmierzać do zapobiegania stygmatyzacji nieletniego, służyć zdobywaniu przez niego szacunku do siebie i integracji ze wspomnianą społecznością.

50. Każdy nieletni ma prawo do tego, aby być zbadany przez lekarza niezwłocznie po przyjęciu do zakładu w celu odnotowania ewentualnych śladów złego traktowania oraz stwierdzenie, czy znajduje się on w fizycznym lub psychicznym stanie wymagającym interwencji lekarskiej.

51. Zadaniem służby zdrowia w zakładzie powinno być dążenie do wykrycia i leczenia wszelkich chorób fizycznych i psychicznych nieletnich, nadużywania określonych substancji oraz innych stanów mogących utrudnić nieletniemu integrację ze społeczeństwem. Każdy zakład dla nieletnich powinien mieć bezpośredni dostęp do odpowiedniej wielkości, należycie wyposażonej placówki leczniczej dysponującej personelem kwalifikowanym w zapobieganiu powstawania schorzeń i udzielaniu natychmiastowej pomocy medycznej. Każdy nieletni, który jest chory, skarży się na dolegliwości lub wykazuje objawy chorobowe, fizyczne lub psychiczne, powinien być niezwłocznie zbadany przez pracownika służby zdrowia.

⁷⁹ Przyjęte na mocy rezolucji 45/113 Zgromadzenia Ogólnego, 14 grudnia 1990 r.

52. Każdy pracownik służby zdrowia ma obowiązek niezwłocznego powiadomienia kierownika zakładu oraz niezależnego organu, do którego zadań należy dbanie o dobro nieletniego, o wypadkach zagrożenia jego zdrowia fizycznego lub psychicznego stanowiącego następstwo długotrwałego pozbawienia wolności, głodówki albo powstałego z innych przyczyn związanych z przebywaniem w zakładzie.

53. Nieletniego chorego psychicznie powinno się leczyć w specjalistycznym zakładzie kierowanym przez niezależną administrację służby zdrowia. Droga odpowiednich umów z właściwymi placówkami służby zdrowia należy zapewnić kontynuowanie świadczenia niezbędnej pomocy zdrowotnej również po zwolnieniu nieletniego.

54. Zakłady dla nieletnich powinny mieć opracowane specjalistyczne programy zapobiegania i leczenia uzależnień od środków odurzających, realizowane przez odpowiednio przeszkolony personel. Programy tego powinny być dostosowane do wieku, płci i potrzeb nieletnich; nieletni uzależnieni od narkotyków lub alkoholu powinni mieć dostęp do specjalistycznej placówki detoksykacyjnej i być objęci fachowym leczeniem odwykowym.

55. Leki należy podawać tylko wtedy, gdy jest to potrzebne ze względów zdrowotnych i, jeśli to możliwe, po uzyskaniu świadomie wyrażonej zgody nieletniego. W szczególności nie wolno ich stosować w celu otrzymania informacji lub przyznania się, jako kary i jako środka obezwładniającego. Nigdy nie powinno się wypróbowywać na nieletnim nowych leków. Każdy lek powinien być przepisany i stosowany przez osobę należącą do personelu służby zdrowia, mającą odpowiednie kwalifikacje.

4.3.1. Odpowiedzialność Państwa za zdrowie psychiczne dzieci w placówkach resocjalizacyjnych

Szczególnie istotna jest odpowiedzialność państwa za zapewnienie właściwej opieki dzieciom, które nie mogą liczyć na swoich najbliższych i które z różnych powodów przebywają w szpitalach psychiatrycznych, placówkach opiekuńczych, wychowawczych lub innych ośrodkach zamkniętych. W 2016 r. po raz pierwszy wypowiedział się na ten temat Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie *Blokhin przeciwko Rosji* (skarga nr 47152/06, wyrok z dnia 23 marca 2016 r.). Sprawa dotyczyła 12-letniego chłopca, który został umieszczony na 30 dni w areszcie dla nieletnich, mimo że jego opiekun prawny sygnalizował o poważnych zaburzeniach psychicznych chłopca. ETPC ustalił, że nieletni niedługo przed umieszczeniem w ośrodku był badany przez neurologa i psychiatrę. Przepisano mu wtedy leki i regularny nadzór neurologa i psychiatry oraz regularne porady psychologiczne z powodu ADHD. Dzień po zwolnieniu z ośrodka znalazł się w szpitalu i był leczony na zaburzenia nerwicowe i ADHD. Przebywał w nim przez około trzy tygodnie.

Zdaniem ETPC istniały wystarczające dowody na to, że władze zdawały sobie sprawę ze stanu zdrowia nieletniego przy jego przyjmowaniu do ośrodka i z tego, że potrzebował leczenia. Fakt jego hospitalizacji nazajutrz po zwolnieniu i pobyt w szpitalu psychiatrycznym przez prawie trzy tygodnie wskazywały, że w ośrodku nie był leczony. Rząd rosyjski nie wykazał, że skarżący otrzymał opiekę medyczną wymaganą ze względu na stan jego zdrowia w okresie pobytu w ośrodku,

którego nie mógł opuścić i pozostawał całkowicie pod kontrolą personelu ośrodka, który za niego odpowiadał. W tych okolicznościach władze miały obowiązek zabezpieczenia jego godności i dobra oraz były odpowiedzialne za sposób, w jaki był traktowany.

Powyższe względy wystarczały do uznania przez Trybunał, że nastąpiło naruszenie praw nieletniego na podstawie art. 3 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (*Nikt nie może być poddany torturom ani niehumanicznemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu*) w zakresie niehumanicznego, poniżającego traktowania z powodu braku odpowiedniego leczenia w ośrodku, biorąc pod uwagę jego młody wiek i szczególne cierpienie (z powodu ADHD).

W przypadku osób dorosłych pozbawionych wolności i jednocześnie wymagających specjalnej opieki medycznej Trybunał wypowiadał się wielokrotnie wskazując, że areszt osoby chorej może stanowić przedmiot badania z punktu widzenia artykułu 3 Konwencji oraz że brak odpowiedniej opieki lekarskiej może być równoznaczny ze złamaniem tej regulacji. W szczególności, weryfikacja zgodności poszczególnych warunków izolacji osób psychicznie chorych z artykułem 3 Konwencji, musi uwzględniać bezbronność i niezdolność takich osób (w pewnych wypadkach) do złożenia skargi na sposób ich potraktowania. Trybunał zauważa, że istnieją trzy konkretne elementy, które należy wziąć pod uwagę ustalając, czy stan zdrowia skarżącego umożliwił jego pobyt w areszcie: (a) status medyczny więźnia, (b) adekwatność pomocy medycznej i opieki przewidzianej w areszcie, oraz (c) celowość utrzymywania aresztu w świetle stanu zdrowotnego skarżącego⁸⁰.

4.3.2. Placówki resocjalizacyjne w polskim systemie prawnym

Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich zawiera katalog środków wychowawczych (art. 6 u.p.n.), które sąd może stosować wobec nieletnich zdemoralizowanych lub popełniających czyny karane. Rozpoczyna się on od środków najłagodniejszych tj. udzielnie upomnienia lub różnych zobowiązań nakładanych na nieletniego, a kończy się na środkach izolacyjnych tj. umieszczenie w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub rodzinie zastępczej. Dla sprawców najpoważniejszych czynów przewidziany jest środek poprawczy w postaci umieszczenia w zakładzie poprawczym.

Art. 6. Ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich:

Wobec nieletnich sąd rodzinny może:

1. udzielić upomnienia;
2. zobowiązać do określonego postępowania, a zwłaszcza do naprawienia wyrządzonej szkody, do wykonania określonych prac lub świadczeń na rzecz pokrzywdzonego lub społeczności lokalnej, do przeproszenia pokrzywdzonego, do podjęcia nauki lub pracy,

⁸⁰ Zob. *Sprawa Sławomir Musiał przeciwko Polsce*, Wyrok z dnia 20.01.2009 r. (Skarga nr 28300/06).

do uczestniczenia w odpowiednich zajęciach o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym, do powstrzymania się od przebywania w określonych środowiskach lub miejscach albo do zaniechania używania alkoholu lub innego środka w celu wprowadzania się w stan odurzenia;

3. ustanowić nadzór odpowiedzialny rodziców lub opiekuna;
4. ustanowić nadzór organizacji młodzieżowej lub innej organizacji społecznej, zakładu pracy albo osoby godnej zaufania – udzielających poręczenia za nieletniego;
5. zastosować nadzór kuratora;
6. skierować do ośrodka kuratorskiego, a także do organizacji społecznej lub instytucji zajmujących się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym, po uprzednim porozumieniu się z tą organizacją lub instytucją;
7. orzec zakaz prowadzenia pojazdów;
8. orzec przepadek rzeczy uzyskanych w związku z popełnieniem czynu karalnego;
9. orzec umieszczenie w młodzieżowym ośrodku wychowawczym albo w rodzinie zastępczej zawodowej, która ukończyła szkolenie przygotowujące do sprawowania opieki nad nieletnim;
10. orzec umieszczenie w zakładzie poprawczym;
11. zastosować inne środki zastrzeżone w niniejszej ustawie do właściwości sądu rodzinnego, jak również zastosować środki przewidziane w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym, z wyłączeniem umieszczenia w rodzinie zastępczej spokrewnionej, rodzinie zastępczej niezawodowej, rodzinnym domu dziecka, placówce wsparcia dziennego, placówce opiekuńczo-wychowawczej i regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej.

Wszystkie środki, o których mowa w u.p.n. (wychowawcze, poprawcze, lecznicze) stosowane są wobec:

1. osób do 18 r. ż. w zakresie zapobiegania i zwalczania demoralizacji;
2. osób w wieku 13 – 17 lat w zakresie postępowania w sprawach o czyny karalne⁸¹.

⁸¹ Wyjątki od ustalania wieku odpowiedzialności za czyn karalny opisane zostały w art. 10 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, tekst jedn.).

Tabela 3. Najczęściej stosowane środki wychowawcze orzeczone wobec nieletnich w 2016 r.⁸²

Środki opiekuńczo-wychowawcze i poprawcze orzeczone wobec nieletnich w 2016 r.		
	w związku z czynami karalnymi	w związku z demoralizacją
Liczba nieletnich	11 355	1 5189
Liczba środków	13 295	18 717
upomnienie	3886	4 335
nadzór kuratora	3297	6 680
nadzór rodziców	1024	1 143
zobowiązanie do prac na rzecz społeczności	923	371
umieszczenie w młodzieżowym ośrodku wychowawczym	615	699
zob. do podjęcia nauki	613	1 630
zob. do przeproszenia poszkodowanego	602	217
zob. do uczestniczenia w zajęciach o charakterze terapeutycznym	475	836
umieszczenie w kuratorskim ośrodku pracy z młodzieżą	188	376
zob. do naprawienia szkody	171	32
zaniechania używania środków odurzających	126	111
zaniechania używania alkoholu	100	327
Liczba nieletnich wobec których orzeczono zakład poprawczy	302	

Opracowanie: J. Józwiak, Na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości. Statystyka sądowa. Sprawy nieletnich. Prawomocne orzeczenia w latach 2010-2016.

Sytuacja jest trudniejsza w przypadku nieletnich, którzy wykazują demoralizację lub popełnili czyn karalny i jednocześnie wymagają opieki psychiatrycznej lub terapeutycznej. Wymieniony powyżej katalog środków wychowawczych jest skromny jeśli chodzi o potrzeby tej populacji nieletnich. Sąd rodzinny może zobowiązać nieletniego **do uczestniczenia w odpowiednich zajęciach o charakterze terapeutycznym** lub skierować nieletniego do **organizacji społecznej lub instytucji zajmujących się pracą z nieletnimi o charakterze terapeutycznym** (art. 6 pkt. 2 i 6 u.p.n.). Środki te są jednak rzadko wykorzystywane. Przykładowo w 2016 r. wobec nieletnich zdemoralizowanych, sąd 836 razy zobowiązywał nieletnich do uczestniczenia w zajęciach terapeutycznych, co stanowiło

⁸² Na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości

4,5 % wszystkich orzeczonych środków opiekuńczo – wychowawczych, natomiast w stosunku do nieletnich sprawców czynów karalnych – 475 razy (3,6% wszystkich orzeczonych środków)⁸³.

W przypadku stwierdzenia u nieletniego upośledzenia umysłowego, choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych bądź nałogowego używania środków psychoaktywnych, sąd może umieścić nieletniego w „szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym” (art. 12 u.p.n.), czemu zostały poświęcone wcześniejsze podrozdziały.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur systematycznie wizytuje młodzieżowe ośrodki wychowawcze (dalej MOW) oraz schroniska dla nieletnich (SDN) i zakłady poprawcze (ZP). W ciągu ostatnich 12 lat działalności, KMPT przeprowadził 114 wizyty w placówkach typu MOW oraz 65 wizyty w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich.

Młodzieżowe ośrodki wychowawcze

Placówki typu MOW przeznaczone są dla dzieci i młodzieży niedostosowanych społecznie wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy, wychowania i resocjalizacji (placówki o profilu resocjalizacyjno-wychowawczym), a także dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim (placówki o profilu resocjalizacyjno-rewalidacyjnym).

Zgodnie z danymi Ośrodka Rozwoju Edukacji według stanu na dzień 1.09.2018 r. w Polsce funkcjonuje 95 takich placówek, w tym 28 dla dziewcząt, 54 dla chłopców oraz 10 koedukacyjnych. W ramach tych placówek 31 ośrodków jest o profilu resocjalizacyjno – rewalidacyjnym, w których mogą być umieszczone dzieci i młodzież niedostosowane społecznie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Szczegółowy sposób ich funkcjonowania określa rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie *publicznych placówek oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz placówek zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania* (Dz.U. z 2017 r. Nr 1606, dalej zwane rozporządzeniem w sprawie *publicznych placówek oświatowo-wychowawczych*).

Podstawowym zadaniem realizowanym w MOW jest:

1. rozpoznawanie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych, możliwości psychofizycznych i zainteresowań wychowanków;
2. udział wychowanków w zajęciach:

⁸³ Na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości. Statystyka sądowa. Sprawy nieletnich. Prawomocne orzeczenia w latach 2010-2016.

- a) umożliwiających nabywanie umiejętności życiowych i społecznych ułatwiających prawidłowe funkcjonowanie w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności po opuszczeniu ośrodka:
- resocjalizacyjnych – w przypadku wychowanków niedostosowanych społecznie,
 - socjoterapeutycznych – w przypadku wychowanków zagrożonych niedostosowaniem społecznym,
 - profilaktyczno-wychowawczych,
 - rewalidacyjnych – w przypadku wychowanków niepełnosprawnych,
 - innych o charakterze terapeutycznym,
- b) sportowych, turystycznych i rekreacyjnych, w tym zajęciach organizowanych na świeżym powietrzu, o ile pozwalają na to warunki atmosferyczne,
- c) kulturalno-oświatowych,
- d) rozwijających zainteresowania;
3. zapewnienie wsparcia wychowankom w okresie poprzedzającym opuszczenie ośrodka;
4. organizowanie i udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Zajęcia resocjalizacyjne, socjoterapeutyczne i profilaktyczno-wychowawcze są ukierunkowane w szczególności na:

- 1) wspieranie wychowanków nowo przyjętych;
- 2) rozwijanie mocnych stron i zainteresowań wychowanków odpowiednio do ich możliwości psychofizycznych;
- 3) kształtowanie kompetencji indywidualnych i społecznych wychowanków oraz przygotowanie ich do samodzielnego funkcjonowania w życiu dorosłym i aktywności zawodowej.

Zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich

Sąd rodzinny może orzec umieszczenie w zakładzie poprawczym nieletniego, który dopuścił się czynu karalnego, jeżeli przemawiają za tym wysoki stopień demoralizacji nieletniego oraz okoliczności i charakter czynu, zwłaszcza gdy inne środki wychowawcze okazały się nieskuteczne lub nie rokują resocjalizacji nieletniego. Umieszczenie nieletniego w zakładzie poprawczym można warunkowo zawiesić, jeżeli właściwości i warunki osobiste oraz środowiskowe sprawcy, jak również okoliczności i charakter jego czynu uzasadniają przypuszczenie, że pomimo niewykonania środka poprawczego cele wychowawcze zostaną osiągnięte. Warunkowe zawieszenie następuje na okres próby, który wynosi od roku do lat 3. W okresie próby sąd stosuje do nieletniego środki wychowawcze (art. 10-11 u.p.n.).

Nieletniego można umieścić w schronisku dla nieletnich, jeżeli zostaną ujawnione okoliczności przemawiające za umieszczeniem go w zakładzie poprawczym, a zachodzi uzasadniona obawa ukrycia się nieletniego lub zatarcia śladów czynu karalnego, albo jeżeli nie można ustalić tożsamości nieletniego⁸⁴.

Szczegółowy sposób funkcjonowania schronisk dla nieletnich oraz zakładów poprawczych określa rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2001 r. w sprawie *zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich* (Dz.U. z 2017 r. Nr 487, tekst jedn.).

Zakłady poprawcze dzielą się na:

1. resocjalizacyjne:

- otwarte – młodzieżowe ośrodki adaptacji społecznej,
- półotwarte,
- zamknięte,
- o wzmożonym nadzorze wychowawczym;

2. resocjalizacyjno-rewalidacyjne;

3. resocjalizacyjno-terapeutyczne;

Zakłady resocjalizacyjno-rewalidacyjne są przeznaczone dla nieletnich z niepełnosprawnością intelektualną. Pracę resocjalizacyjną prowadzi się na terenie zakładu lub poza zakładem, z zastosowaniem środków, form, metod wychowania i nauczania przewidzianych dla młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną.

Zakłady resocjalizacyjno-terapeutyczne są przeznaczone dla nieletnich:

1. z zaburzeniami rozwoju osobowości na tle organicznego uszkodzenia centralnego układu nerwowego;
2. z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi;
3. z zaburzeniami zachowania wymagającymi stałej opieki psychiatrycznej;
4. uzależnionych od środków psychoaktywnych.

W zakładach tych pracę resocjalizacyjną prowadzi się ze szczególnym uwzględnieniem zajęć terapeutyczno-korekcyjnych. Kształcenie ogólne oraz zawodowe odbywa się na terenie zakładu, a zajęcia w czasie wolnym od nauki i pracy mogą być prowadzone się na terenie zakładu lub poza zakładem.

Zgodnie danymi Ministerstwa Sprawiedliwości w 2018 r. funkcjonowały 32 zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich, w tym:

1. 1 zakład o profilu resocjalizacyjno – terapeutycznym dla chłopców uzależnionych od środków psychoaktywnych (Zakład Poprawczy w Białymstoku);
2. 1 zakład o profilu resocjalizacyjno – terapeutycznym w Świeciu dla chłopców;

⁸⁴ Umieszczenie nieletniego w schronisku dla nieletnich może nastąpić wyjątkowo także wtedy, gdy zostaną ujawnione okoliczności przemawiające za umieszczeniem go w zakładzie poprawczym, a nieletniemu zarzucono popełnienie czynu karalnego określonego w art. 134, art. 148 § 1, 2 lub 3, art. 156 § 1 lub 3, art. 163 § 1 lub 3, art. 166, art. 173 § 1 lub 3, art. 189, art. 189a, art. 197 § 3 lub 4, art. 198, art. 200, art. 202 § 3, 4, 4a, 4b lub 4c, art. 204 § 3, art. 252 § 1 lub 2 i w art. 280 Kodeksu karnego.

- z zaburzeniami rozwoju osobowości na tle organicznego uszkodzenia centralnego układu nerwowego;
 - z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi;
 - z zaburzeniami zachowania wymagającymi stałej opieki psychiatrycznej
3. 3 zakłady o profilu resocjalizacyjno-rewalidacyjnym dla chłopców z niepełnosprawnością intelektualną (ZP w Tarnowie, ZP w Witkowie, ZP w Sadowicach).

Tabela 4. Liczba placówek resocjalizacyjnych i ich wychowanków

	Zakłady poprawcze		Schroniska dla nieletnich		Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze	
	Liczba placówek	Liczba wychowanków	Liczba placówek	Liczba wychowanków	Liczba placówek	Liczba wychowanków
2005	26	1475	18	542	51	3195
2010	27	1219	18	422	73	4433
2015	27	753	15	183	95	4754
2016	27	618	15	149	94	4492
2017	27	561	15	142	94	4615
2018	27	495	15	121	94	4520

Opracowanie: J. Józwiak, na podstawie Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej 2019, GUS.

W ramach wizytacji tematycznych delegacja KMPT przeprowadzała rozmowy z dyrektorami placówek, personelem, a także z nieletnimi oraz przeanalizowała dokumentację ok. 52 nieletnich, którzy w trakcie pobytu w ośrodku wymagali specjalistycznej opieki psychiatrycznej. W ramach czynności przeprowadzono także rozmowy indywidualne z nieletnimi wcześniej hospitalizowanymi, którzy w dniu wizytacji przebywali w ośrodku.

4.3.3. Wnioski z monitoringu

1. Utrudniony dostęp do psychiatrów dzieci i młodzieży

Problem ten zgłaszany był przez wszystkich dyrektorów wizytowanych placówek resocjalizacyjnych. Podkreślali oni, że średni czas oczekiwania na wizytę wynosi od 1,5 do 2,5 miesiąca, co stanowi dosyć długi okres w przypadku specjalistycznego leczenia. Sytuacja jest szczególnie trudna w małych miejscowościach, gdzie liczba specjalistów jest jeszcze mniejsza. W trakcie wizytacji MOW w Gostchorzy psycholog placówki zaznaczyła, że w oddalonych o 14 km Siedlcach jest tylko 1 specjalista z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży i czas oczekiwania na wizytę wynosi nawet 8 miesięcy. Z tego powodu placówka nawiązała współpracę ze specjalistą z Lublina oddalonego od ośrodka o ponad 100 km. W tym przypadku odległość nie jest jednak jedynym

ograniczeniem. Lekarz zobowiązany jest bowiem w pierwszej kolejności przyjąć pacjentów ze swojego regionu, następnie wychowanków Ośrodka. W związku z tym, każda wizyta ustalana jest co dwa lub trzy miesiące. Liczba miejsc jest zazwyczaj ograniczona (najczęściej od 2 do 4 miejsc). Jeśli jest więcej wychowanków wymagających konsultacji, to terminy wizyty są bardzo długie (ok. 5 miesięcy). Z kolei potrzeby w tym zakresie są bardzo duże.

Dyrektorzy MOW nieustannie szukają nowych i lepszych rozwiązań. Przykładowo, w jednej z wizytowanych placówek zapewniono stałe wizyty lekarza psychiatry dziecięcego. Przyjeżdża on do Ośrodka raz w miesiącu i konsultuje chłopców, którzy są nowoprzyjęci, a z ich dokumentacji wynika, że byli wcześniej leczeni lub wymagają takiego leczenia. Ponadto psychiatra przeprowadza badania chłopców, którzy wymagają stałego nadzoru specjalistycznego. Ośrodek zatrudnia lekarza na zasadzie odpłatnych wizyt lekarskich (100 zł/godzina). Takie rozwiązanie zostało ocenione przez KMPT jako bardzo dobre, niestety niemożliwe do zrealizowania w każdej placówce.

2. Długie oczekiwanie na decyzję sądu w przypadku złożenia przez dyrektora MOW wniosku o zmianę środka z wychowawczego na leczniczy

Z informacji uzyskanych od dyrektorów ośrodków, a także na podstawie analizy akt nieletnich, wynika że procedura o zmianę środka z wychowawczego na leczniczy trwa niekiedy bardzo długo. Jeden z dyrektorów wskazywał, że przyczyną są trudności w szybkim uzyskaniu opinii biegłych. Z kolei inny dyrektor sygnalizował, że zdarzały się przypadki, gdy dopiero po 6 miesiącach od dnia złożenia wniosku, sąd wyznaczał biegłego lekarza psychiatrę na tę okoliczność. W tym czasie placówka pozostawała z problemem sama.

Szczególnie ciekawy wydaje się przypadek nieletniego, który przebywał w jednej z wizytowanych placówek. Z jego dokumentacji wynikało, że nieletni przed przyjęciem do MOW był wielokrotnie hospitalizowany psychiatrycznie, m.in. z powodu: trudności wychowawczych, agresji wobec siostry, próby samobójczej przez powieszenie. W trakcie pobytu w Ośrodku nieletni został umieszczony na kilkudniową obserwację w oddziale psychiatrycznym dla młodzieży, gdzie przebywał z rozpoznaniem: obserwacja w kierunku podejrzanym zaburzeń umysłowych i osobowości (Z03.2). Do szpitala został przyjęty w trybie nagłym z powodu zgłaszanych myśli samobójczych. W tym czasie samowolnie opuścił szpital i został odnaleziony w godzinach nocnych w Warszawie przez policję i ponownie umieszczony w oddziale psychiatrycznym. Jednakże po kilku dniach został z niego wypisany „wobec braku wskazań do zatrzymania pacjenta bez jego zgody (aktualnie zaprzecza myślom i tendencjom samobójczym, bez cech depresji i zaburzeń psychotycznych)”. W trakcie pobytu w MOW nieletni wielokrotnie zgłaszał, że popełni samobójstwo oraz samoookaleczenie, w związku z tym lekarz rodzinny wydał skierowanie do szpitala psychiatrycznego. W tym samym czasie dyrektor MOW wniósł do sądu wniosek o wydanie postanowienia o umieszczeniu chłopca w szpitalu psychiatrycznym na oddziale psychiatrycznym ze wzmocnionym nadzorem opiekuńczym.

Podopieczny został skonsultowany przez lekarza psychiatrę, który potwierdził spostrzeżenia i uwagi psychologa oraz zespołu pracującego w MOW z nieletnim. Procedura nie została zakończona, ponieważ wychowanek ukończył 18 lat i z mocy prawa opuścił MOW. W tym przypadku przez prawie rok czasu od złożenia wniosku przez dyrektora o zastosowanie wobec nieletniego środka leczniczego (28.11.2013 r. – 20.10.2014 r.), sąd nie wydał żadnego postanowienia w tej sprawie. Przez cały ten czas pomoc psychologiczno-psychiatryczna organizowana była jedynie przez Ośrodek. Zapewniono mu stałą opiekę i wsparcie psychologa, pedagoga, konsultacje z lekarzem (rodzinnym), monitorowano zachowania przez zespół wychowawczy, angażowano w zajęcia pozwalające na rozwój zainteresowań, w zajęcia sportowe, socjoterapię.

3. Długie terminy oczekiwania na umieszczenie w szpitalu po wydaniu postanowienia sądu o zastosowaniu środka leczniczego

Z informacji uzyskanych od dyrektorów placówek wynika, że w przypadku zmiany przez sąd środka wychowawczego na leczniczy, czas oczekiwania na wolne miejsce w szpitalu o wzmocnionym zabezpieczeniu wynosi nawet kilka miesięcy. W tym czasie wychowankowie pozostają w Ośrodku, mimo że wymagają specjalistycznej opieki psychiatrycznej.

W jednej z wizytowanych placówek przedstawiciele KMPT analizowali przypadek nieletniej, która od 2012 r. objęta była opieką psychiatryczną, w tym wielokrotnymi hospitalizacjami psychiatrycznymi (do MOW przyjęta została w 2015 r., po wcześniejszym pobycie w MOS oraz domu dziecka). Podczas pobytu w MOW, z uwagi na dokonywanie licznych samookaleczeń oraz prób samobójczych, wychowanka poddawana była stałym konsultacjom psychiatrycznym oraz hospitalizacjom psychiatrycznym. Z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień oraz stosowania przemocy wobec innych podopiecznych dyrektor MOW zawniósł do sądu o zmianę środka wychowawczego na leczniczy. Sąd przychylił się do wniosku, lecz nieletnia dopiero po 4 miesiąca oczekiwania została umieszczona w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu. W międzyczasie, z uwagi na potrzebę hospitalizacji, przez blisko 1,5 miesiąca przebywała w zamkniętym oddziale psychiatrycznym w Garwolinie, z którego uciekła. Po odnalezieniu przez policję i zatrzymaniu nieletnia została w trybie pilnym, ze względu na zły stan zdrowia, przywieziona do szpitala psychiatrycznego przy ul. Sobieskiego w Warszawie (umieszczenie w trybie bez zgody). Po kilku dniach została z niego jednak zwolniona – ze względu na naruszenie regulaminu – m.in. palenie papierosów oraz zachowania seksualne – mimo że dzień wcześniej przejawiała zachowania świadczące o tendencjach samobójczych.

Przyczyną długiego oczekiwania na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym może być też fakt, że w obecnym stanie prawnym nie przewidziano utworzenia komisji psychiatrycznej do spraw środków leczniczych (o czym pisano wcześniej). Z relacji jednego z dyrektorów wynika, że w przypadku otrzymania postanowienia sądu o zmianie środka wychowawczego na leczniczy,

on sam lub wyznaczony przez niego pracownik wykonuje telefony do poszczególnych szpitali i ustala, gdzie są wolne miejsca oraz jaki jest czas oczekiwania na przyjęcie.

4. Umieszczenie w szpitalu oddalonym od miejsca zamieszkania/pobytu nieletniego nawet o kilkaset kilometrów

Dyrektorzy placówek resocjalizacyjnych, a także lekarze z wizytowanych oddziałów zgłaszali trudności w utrzymywaniu kontaktów i dbaniu o potrzeby wychowanków, którzy podczas pobytu w ośrodkach zostali umieszczeni w szpitalu psychiatrycznym znacznie oddalonym zarówno od ośrodków, jak i rodzin (jeden z najdłuższych dystansów, jaki dostrzegli przedstawiciele KMPT wynosił ponad 600 km).

Przyczyną takiej sytuacji jest nierównomierne rozmieszczenie oddziałów psychiatrii dziecięcej oraz niewystarczająca liczba miejsc.

Mapa rozmieszczenia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży pokazuje, że są regiony w Polsce, w których liczba takich oddziałów jest mniejsza (szczególnie ściana wschodnia). W województwie podlaskim nie ma ani jednego takiego oddziału, w kilku innych natomiast występuje tylko jeden oddział psychiatryczny dla dzieci (świętokrzyskie, podkarpackie, opolskie, lubuskie, zachodnio-pomorskie).

W takich warunkach trudno jest respektować zasadę wyrażoną w § 2 pkt. 3 rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. *w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych*, zgodnie z którą *nieletniego umieszcza się w zakładzie właściwym ze względu na jego miejsce zamieszkania lub pobytu, a jeśli to jest niemożliwe, w zakładzie położonym najbliżej miejsca jego zamieszkania lub pobytu, zgodnie z ustalonymi obszarami działania tych zakładów.*

5. Brak wyspecjalizowanych podmiotów leczniczych dla dzieci i młodzieży uzależnionych od alkoholu i innych środków psychoaktywnych

Jak wspomniano wcześniej jedyny w kraju oddział leczenia odwykowego dysponujący warunkami wzmocnionego zabezpieczenia znajduje się w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu (30 miejsc). Jednakże nieletni uzależnieni od alkoholu lub środków psychoaktywnych przebywali także w pozostałych sądowych oddziałach psychiatrycznych niesprofilowanych na tą grupę pacjentów.

Jak wynika z wizytacji KMPT w zakładach poprawczych i ośrodkach wychowawczych znaczna część nieletnich boryka się z problemem uzależnienia. Trudnością zgłaszaną podczas wizytacji jest brak możliwości podjęcia terapii leczenia uzależnień w specjalistycznym ośrodku nawet w przypadku, gdy nieletni sam deklaruje taką chęć. Jest to spowodowane brakiem sprofilowanych w tym obszarze oddziałów psychiatrii dziecięcej. Podjęcie takiej terapii jest możliwe w ośrodkach

prowadzonych przez np. organizacje pozarządowe t.j. KARAN lub MONAR. Problem polega jednak na tym, że takie ośrodki nie przewidują realizacji obowiązku szkolnego. Zatem pobyt nieletniego w placówce tego typu, wiązałby się z kilkumiesięczną absencją szkolną.

Ponadto jest też wiele ośrodków o profilu katolickim, które oferują pomoc osobom uzależnionym. Dyrektorzy ośrodków często współpracują z takimi placówkami, problem pojawia się wtedy, gdy nieletni wyznają inną – niż katolicka – wiarę.

Taką sytuację badali przedstawiciele KMPT w ramach wizytacji tematycznych analizując dokumentację nieletniego pochodzącego z Czaczeni (muzułmanina) uzależnionego od heroiny. Nieletni od ok. 9 lat razem z matką przebywa w Polsce (uciekli przed wojną, której ojciec nieletniego nie przeżył). Od jakiegoś czasu chłopiec zaczął sprawiać problemy wychowawcze. Zanieczywał obowiązek szkolny, związał się z dziewczyną, z którą dokonywał drobnych kradzieży oraz zażywał heroinę. Na początku 2016 r. został zatrzymany przez Policję (uciekał z domu, nie realizował obowiązku szkolnego, dokonywał kradzieży).

Postanowieniem sądu, nieletni został skierowany do młodzieżowego ośrodka wychowawczego, do którego został doprowadzony przez policję. W wyniku silnych objawów abstynencyjnych, które pojawiły się na drugi dzień po przyjęciu nieletniego do placówki, personel doprowadził nieletniego na oddział ratunkowy do Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego. Po konsultacji z lekarzem ustalono u nieletniego zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane zażywaniem opiatów (F11.3.). Otrzymał skierowanie do szpitala psychiatrycznego z rozpoznaniem zespołu abstynencyjnego, myśli samobójczych oraz uzależnienia od heroiny (informacje zawarte w karcie informacyjnej). Następnie Pogotowie Ratunkowe przetransportowało nieletniego do szpitala psychiatrycznego dzieci i młodzieży. Jednakże lekarz zaproponował umieszczenie w ośrodku leczenia uzależnień, przepisał lek Ketrel (25mg/noc) oraz zaznaczył brak wskazań do hospitalizacji psychiatrycznej. Nieletni tego samego dnia powrócił do placówki.

Personel MOW niezwłocznie podjął próbę umieszczenia chłopca w ośrodku dla uzależnionej młodzieży. Wychowanek również wyraził chęć uczestnictwa w terapii. Ośrodek zwrócił się z prośbą o pomoc do organizacji pozarządowej działającej w pobliżu placówki, gdyż w MOW nie ma terapeutów uzależnień. Stowarzyszenie wskazało 3 placówki adekwatne do potrzeb wychowanka. Jednakże do żadnej z nich nie został przyjęty. W jednej placówce nie było miejsc, z kolei dwie pozostałe wskazały, że terapia prowadzona przez nich oparta jest na wierze chrześcijańskiej, pacjenci mają obowiązek uczęszczać na msze święte, co wyklucza pobyt osoby o innym wyznaniu.

Wychowanek pozostał w placówce będąc pod stałą opieką psychologa i pedagoga w zakresie oddziaływań profilaktycznych. Angażowano chłopca w zajęcia pozwalające na rozwój jego zainteresowań. Wymienione czynności nie były jednak długoterminowymi działaniami ukierunkowanymi na określoną zmianę. W indywidualnym Programie Edukacyjno-Terapeutycznym,

opracowanym w MOW, nie znalazły się konkretne zalecenia co do oddziaływań ukierunkowanych na terapię uzależnień. Można sądzić, że w przypadku opisywanego nieletniego został on w placówce odtruty z powodu zaprzestania przyjmowania heroiny, pokonał on zatem pierwszy etap, którym jest uzależnienie fizyczne. Jednakże ten najbardziej problemowy aspekt uzależnienia od heroiny, jakim jest uzależnienie psychiczne, pozostał nierozwiązany. Po odtruciu powinno podjąć się zatem kolejne kroki zmierzające do leczenia uzależnienia psychologicznego, do którego konieczna jest profesjonalna terapia. W innym przypadku podopieczny może być narażony na uzależnienie społeczne i po wyjściu z MOW wrócić do uzależnienia. W terapii uzależnień ważną jest motywacja do leczenia. W opisanym przypadku nieletni chciał podjąć taką terapię i źle się stało, że nie otrzymał specjalistycznej pomocy.

6. Brak sprofilowanych placówek resocjalizacyjnych typu młodzieżowy ośrodek wychowawczy

Jak wskazano na początku niniejszego rozdziału placówki typu MOW dzielą się na resocjalizacyjne i rewalidacyjne dla nieletnich z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Brakuje placówek sprofilowanych, przeznaczonych dla nieletnich z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu lub środków psychoaktywnych (tak jak jest to w przypadku zakładów poprawczych). Brak wyspecjalizowanych ośrodków – w ocenie KMPT – stanowi duży problem, gdyż osoby uzależnione lub z zaburzeniami psychicznymi wymagają szczególnej uwagi oraz opieki. Często personel tych ośrodków nie jest przygotowany do pracy z takimi nieletnimi i zamiast ukierunkować nieletniego na oddziaływania ściśle terapeutyczne w jego indywidualnym planie przeważają zajęcia terapii zajęciowej.

Jak wskazywał kilka lat temu T. Wolan: „Sądy często wydają postanowienia bez dostatecznego rozeznania sytuacji dzieci i młodzieży, nie współpracując w tym zakresie ze służbami socjalnymi samorządu terytorialnego. Bywa, iż podejmują decyzje bez opinii o stanie zdrowia dziecka. Pomimo braku badań lekarskich i psychologicznych decydują o umieszczeniu dziecka w placówce resocjalizacyjnej, nieprzygotowanej do opieki nad dziećmi chorymi psychicznie, wymagającymi leczenia. Po wydaniu orzeczenia sądy często nie troszczą się o przebieg procesu wychowawczego nieletnich, nie kontrolują i nie nadzorują przebiegu resocjalizacji. Ponadto czynią to na ogół w sposób formalistyczny, zadowolając się okresowymi opiniami kadry placówek o wychowankach, wkładanymi w sądzie do przysłowiowej szuflady”⁸⁵.

⁸⁵ Tadeusz Wolan, *Placówki resocjalizacyjne w reformowanym systemie profilaktyki, opieki i wychowania w Polsce*, Chowanna 2, 2006 r., str. 43-74.

KMPT: stworzenie odrębnych MOW dedykowanych nieletnim z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od środków psychoaktywnych lub alkoholu, przyczyniłoby się do lepszej opieki nad tą populacją wychowanków. Z doświadczeń KMPT wynika, że położenie placówki na terenach wiejskich w dużej odległości od większości głównych instytucji i organizacji pozarządowych, stanowi często przeszkodę w zapewnieniu odpowiednich oddziaływań. Dlatego też, tworząc profilowane ośrodki należałoby wcześniej zdiagnozować deficyty i potrzeby wśród nieletnich, stworzyć odpowiednie ramy prawne oraz zastanowić się nad rozplanowaniem ośrodków na mapie Polski, tak by nieletni mógł przebywać jak najbliżej rodziny.

7. Wypisywanie nieletnich z ogólnych oddziałów psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży z powodu złamania regulaminu, nie zaś z powodu polepszenia stanu zdrowia i ustania przyczyny do hospitalizacji

Dyrektorzy niektórych placówek wskazywali na przypadki *karnego wypisania* podopiecznych z ogólnych oddziałów psychiatrycznych za naruszenie regulaminu oddziału (przeklinanie, nawiązywanie relacji towarzyskich, opuszczenie placówki – np. w celu zrobienia zakupów, kradzieże słodyczy, palenie papierosów). Faktyczny powód opuszczania oddziału nie jest odnotowywany w karcie wypisu ze szpitala, informacje o tym personel przekazuje w rozmowie telefonicznej z dyrektorem ośrodka, prosząc jednocześnie o zabranie nieletniego ze szpitala.

Skutkuje to koniecznością ponownego przyjęcia podopiecznego do placówki resocjalizacyjnej mimo złego stanu psychicznego i umówieniem kolejnego terminu wizyty na oddziale, na którym czas oczekiwania wynosi kilka miesięcy. W jednym z badanych przypadków nieletnia została zwolniona ze szpitala – ze względu na naruszenie regulaminu - m. in. za palenie papierosów oraz zachowania seksualne – mimo że dzień wcześniej przejawiała zachowania świadczące o tendencjach samobójczych.

Powyższą praktykę potwierdzili nieletni, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMPT, i którzy również zostali usunięci z oddziału za złamanie regulaminu.

8. Wielokrotne przenoszenie pomiędzy ośrodkami wychowanków sprawiających problemy i wymagających opieki psychiatrycznej

Z analizy dokumentacji nieletnich wymagających opieki psychiatrycznej wynika, że często stosowaną praktyką jest przekazywanie wychowanka z problemami psychicznymi, i tym samym sprawiającego problemy wychowawcze, do innej placówki na podstawie porozumienia między dyrektorami ośrodków. Kartoteka tych nieletnich często jest zatem bardzo bogata, przebywali oni w różnych placówkach począwszy od domów dziecka, rodzin zastępczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, aż do młodzieżowych ośrodków wychowawczych. Dyrektorzy tych ostatnich placówek

w wielu przypadkach występują do sądu z wnioskiem o zmianę środka wychowawczego na leczniczy, a w przypadku odmowy umieszczenia nieletniego w szpitalu psychiatrycznym, przekazują do innego ośrodka wychowawczego („być może tam się odnajdzie” – słowa jednego z dyrektorów).

Przykładowo jedna z dziewcząt, która powinna pozostawać pod stałą opieką psychiatryczną, w ciągu 2 lat była przenoszona pomiędzy 5 młodzieżowymi ośrodkami wychowawczymi. Wcześniej przebywała w domu dziecka, a także w niespokrewnionej rodzinie zastępczej, która po kilku miesiącach zwróciła się do sądu o zwolnienie jej z tej funkcji. Nieletnia została umieszczona w ośrodku wychowawczym. W trakcie pobytów w placówkach podopieczna była wielokrotnie hospitalizowana psychiatrycznie z powodu prób samobójczych, samookaleczania się oraz agresji wobec innych wychowanków.

W ocenie KMPT częsta zmiana miejsca pobytu, wynikająca z przenoszenia wychowanków wymagających opieki psychiatrycznej pomiędzy placówkami, nie sprzyja procesowi leczenia biorąc pod uwagę, że poczucie przynależności, nawiązywanie silnych więzi, wzmocnienie ze strony bliskich osób, pozytywny klimat wychowawczy to główne czynniki chroniące zdrowie psychiczne. Brak ciągłości i stabilizacji w oddziaływaniach terapeutycznych i resocjalizacyjnych nie rokuje polepszenia sytuacji. W większości przypadków oddziaływania te polegają na konsultowaniu nieletnich co kilka miesięcy w poradniach zdrowia psychicznego i przepisaniu recepty na leki.

9. Niewystarczające lub nieadekwatne do potrzeb oddziaływania terapeutyczne wobec nieletnich w warunkach pobytu w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych

Analiza przypadków nieletnich wymagających opieki psychiatrycznej pokazuje, że przede wszystkim są to osoby z rodzin mocno dysfunkcyjnych, o niskim statusie społecznym. W zasadzie każde z tych dzieci doświadczyło w dzieciństwie tragicznych wydarzeń związanych z: przemocą domową, alkoholizmem rodziców, przestępczością, chorobą psychiczną rodzica, odrzuceniem przez rodziców, wykorzystywaniem seksualnym przez najbliższych, zgwałceniem, maltretowaniem fizycznym, zaniedbywaniem podstawowych fizycznych i psychicznych potrzeb dziecka.

W opiniach biegłych oraz innych specjalistów wielokrotnie podkreślano, że podłożem zachowań nieletniego jest dramatyczna sytuacja rodzinna, brak podstaw procesu socjalizacji i indywidualizacji oraz nieumiejętność nawiązania bliskości z powodu braku więzi z rodzicami, zaś przyczyn zaburzeń można upatrywać przede wszystkim w deprywacji podstawowych potrzeb bytowych i psychicznych od samego dzieciństwa.

Po wielu latach wizytowania młodzieżowych ośrodków wychowawczych, KMPT ma wątpliwości, czy oddziaływania prowadzone w tych placówkach są wystarczające i odpowiednie, by nieletni uporał się z trudnościami wynikającymi z jego dramatycznych doświadczeń. W ocenie KMPT w ośrodkach prowadzonych jest wiele zajęć resocjalizacyjnych, kół zainteresowań, warsztatów oraz socjoterapia, jednakże nie są to specjalistyczne oddziaływania

ukierunkowane na rozwiązanie konkretnego problemu. W zaleceniach i opiniach dotyczących nieletnich, których dokumentację badali przedstawiciele KMPT (np. o potrzebie kształcenia specjalnego, opiniach biegłych lub zespołów sądowych specjalistów) często wskazywano na konieczność podjęcia specjalistycznej terapii indywidualnej lub grupowej. Zalecenia te w zasadzie nie były realizowane, z powodu ich ignorowania przez personel ośrodka lub trudności wynikających z zapewnieniem kontaktu ze specjalistą (z relacji dyrektorów wynika, że albo trudno jest znaleźć dobrego specjalistę w pobliżu placówki, albo wychowanek po kilku spotkaniach odmawia dalszego udziału w terapii, zdarzały się także opinie, że ośrodek nie jest w stanie zabezpieczyć podróży nieletniego do poradni ze względu na brak kadry lub środka transportu).

Zdaniem KMPT każdy nieletni, który ma za sobą traumatyczne doświadczenia (przemocy w rodzinie, molestowania seksualnego, zgwałcenia, alkoholizmu rodziców, etc.) powinien otrzymać fachową pomoc, która doprowadziłaby do zredukowania cierpienia, nawiązywanie poprawnych relacji w życiu dorosłym, pomagania w rozwijaniu potencjału dziecka (terapia leczenia uzależnień, DDA, DDD, etc.).

10. Zgoda na leczenie, w tym leczenie za pomocą leków przeznaczonych dla dorosłych

W dokumentacji nieletnich, prowadzonej w ośrodkach, znajdują się oświadczenia, w których podpisujący potwierdza, iż jest rodzicem/opiekunem prawnym nieletniego i wyraża zgodę na badania specjalistyczne oraz w warunkach szpitalnych dziecka/podopiecznego, wykonywane na prośbę młodzieżowego ośrodka wychowawczego, oraz, że wyraża zgodę na przeprowadzenie badań w poradni psychologiczno-pedagogicznej oraz poradni zdrowia psychicznego, w celach opiniotwórczych. Są to zgody o charakterze blankietowym, gdyż nie dotyczą konkretnej hospitalizacji, lecz ewentualnej, która może się wydarzyć w przyszłości podczas pobytu dziecka w placówce. Dyrektorzy podkreślają, że jest to ich zabezpieczenie w przypadku nagłego wystąpienia potrzeby umieszczenia nieletniego w szpitalu, przy jednoczesnych trudnościach występujących w uzyskaniu każdorazowej zgody od rodzica.

Z relacji dyrektorów wynika, że problemy pojawiają się wówczas, gdy szpitale nie uznają tejże zgody na zabiegi medyczne i hospitalizację nieletnich. Mają jednak różne wymagania formalne dotyczące wyrażenia zgody na umieszczenie w oddziale. Wymagają też różnych dokumentów: zgody od opiekuna faktycznego, opiekuna prawnego, sądu. Czasami to szpital występuje o zgodę, kontaktując się z sądem lub opiekunami, bez wiedzy MOW.

Zasady wyrażania zgody określone zostały w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty. Zgodnie z art. 32-33 ustawy o zawodach lekarza i lekarza

dentysty oraz na podstawie komentarza Ł. Caban, M. Urbańska⁸⁶ w przypadku czynności polegających **jedynie na badaniu** pacjenta lekarz powinien uzyskać następujące zgody:

1. w przypadku pacjenta pełnoletniego i zdolnego do świadomego wyrażenia zgody – zgodę tej osoby;
2. w przypadku pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat i zdolny jest do świadomego wyrażenia zgody – zgodę tej osoby oraz dodatkowo zgodę przedstawiciela ustawowego⁸⁷ lub opiekuna faktycznego⁸⁸; w sytuacji gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz może przeprowadzić samo badanie bez uzyskiwania zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego;
3. w przypadku pacjenta małoletniego, który nie ukończył 16 lat lub osoby niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody (niezależnie od jej wieku) – zgodę przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego; w sytuacji gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz może przeprowadzić samo badanie bez uzyskiwania zgody;
4. w przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, która jednak jest w stanie z rozeznananiem wypowiedzieć opinię w sprawie badania – zgodę przedstawiciela ustawowego oraz zgodę tej osoby.

W przypadku czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych innych aniżeli badanie lekarz powinien uzyskać następujące zgody:

1. w przypadku pacjenta pełnoletniego i zdolnego do świadomego wyrażenia zgody – zgodę tej osoby;
2. w przypadku pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat – zgodę tej osoby oraz dodatkowo zgodę przedstawiciela ustawowego; w sytuacji gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe, konieczna jest zgoda sądu opiekuńczego;
3. w przypadku pacjenta małoletniego, który nie ukończył 16 lat, lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody (niezależnie od wieku) – zgodę przedstawiciela ustawowego. W sytuacji gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe, konieczna jest zgoda sądu opiekuńczego;
4. w przypadku pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego – zgodę przedstawiciela ustawowego.

⁸⁶ Zob. Kopeć M. (red.), Buczek E., Caban Ł., Dziamski Ł., Grecki W., Plichta A., Retkowska-Mika L., Urbańska M. *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry*. Komentarz, WK, 2016 r.

⁸⁷ Przedstawicielem prawnym jest rodzic, kurator, przysposabiający oraz opiekun (art. 148 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego).

⁸⁸ Opiekunem faktycznym jest osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga (art. 3 ust. 1 pkt. ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz. 1318 tekst jedn.).

W przypadku konieczności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego albo zastosowania metod leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko konieczne jest uzyskanie pisemnej zgody pacjenta lub przedstawiciela ustawowego. Jeżeli pacjent małoletni nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.

Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem oraz odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta.

Wedle powyższych przepisów oświadczenie, które rodzice składają podczas przyjęcia nieletniego do placówki dla lekarzy nie jest wiążące. Nie stanowi ono zgody na leczenie w rozumieniu prawnym. Lekarze zobowiązani są przepisami ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* i wedle nich pozyskują zgody na leczenie.

4.3.4. Środki przymusu bezpośredniego wobec nieletnich z niepełnosprawnością intelektualną w zakładzie poprawczym

Podczas wizytacji tematycznej w Zakładzie Poprawczym w Sadowicach (placówka o charakterze resocjalizacyjno – rewalidacyjnym przeznaczonym dla chłopców z niepełnosprawnością intelektualną), delegacja KMPT ujawniła szereg nieprawidłowości w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego, prawidłowości jego wykonania i dokumentowania. W trakcie wizytacji zapoznano się z zapisem monitoringu, dokumentującym stosowanie wobec wychowanków środków przymusu bezpośredniego. W okresie 8 miesięcy poprzedzających wizytację KMPT, czyli od listopada 2016 r., środki stosowane były 7-krotnie, przy czym w 6 przypadkach dotyczyły one nieletnich objętych opieką psychiatryczną.

Stan faktyczny został ustalony na podstawie nagrań monitoringu, notatek personelu ze stosowania środków przymusu bezpośredniego i pism kierowanych przez dyrektora Zakładu do Ministerstwa Sprawiedliwości.

W przypadku pierwszego wychowanka (z niepełnosprawnością intelektualną) środki przymusu bezpośredniego były stosowane 4-krotnie:

- 1) umieszczenie w izbie izolacyjnej. Z dokumentacji wynika, że powodem była *agresja słowna wobec pracowników i eskalacja tejże agresji mogącej przerodzić się w agresję fizyczną*. Nieletniemu

odebrano odtwarzacz plików mp3 i z tego powodu zaczął używać wulgaryzmów. Notatka z zastosowania środka przymusu bezpośredniego jest niepełna, nie zawiera informacji o dacie i godzinie zakończenia stosowania środka. Z informacji dyrektora ZP wynika, że nieletni przebywał w izbie do dnia 8.11.2016 r. godz. 9.00 – tj. 25 godzin. Został zbadany przez lekarza rodzinnego po opuszczeniu izby ok. godz. 13.00. Dokumentacja nie zawiera nagrania z monitoringu. Dyrektor nie potrafił wyjaśnić wizytującym powodów braku nagrań;

- 2) zastosowanie pasa obezwładniającego i umieszczenie w celi izolacyjnej. Z notatki wynika, że *wychowanek agresywnie wypowiada groźby pod adresem wszystkich pracowników, groził zamachem na zdrowie i życie pracowników, niszczył mienie zakładu kopiąc w drzwi izby przejściowej*. W dalszej części notatki jest wspomniane, że nieletniemu założono kask, natomiast nie zostało to ujęte w informacji do Ministra Sprawiedliwości. Pas został zdjęty po półtorej godziny, natomiast w notatce jest zawarta informacja, że *pozostał w izbie izolacyjnej kolejną dobę*. W notatce z zastosowania środka przymusu bezpośredniego błędnie wpisano datę i godzinę zakończenia stosowania środka, czyli czas, gdy zdjęto nieletniemu pas, nie zaś czas opuszczenia przez niego izby izolacyjnej. Wychowanek był wcześniej w izbie chorych. Na nagraniu z monitoringu widać, jak uderzał rękami o drzwi. Wówczas interweniowało 3 pracowników – przewracając nieletniego na ziemię i zakładając pas oraz kask ochronny. Po kilku minutach weszli ponownie do izby i założyli mu kajdanki na nogi (chłopak kopał w drzwi). Nagranie trwa 9 minut i rejestruje jedynie fragment postępowania z chłopcem. W zawiadomieniu do MS jest mowa, że po założeniu nieletniemu pasa obezwładniającego przeniesiono go do izby izolacyjnej, choć na nagraniu tego nie widać. Nagranie nie obejmuje całego pobytu nieletniego w izbie izolacyjnej. Nieletni nie był zbadany przez lekarza. Notatka ze stosowania środka przymusu bezpośredniego nie zawiera też podpisu nieletniego, świadczącego, że został on pouczone o możliwości złożenia skargi na zastosowanie wobec niego środka przymusu bezpośredniego. Można zatem przypuszczać, że takie pouczenie nie miało miejsca. [\(Zdjęcia – fot. 11\)](#)
- 3) kolejne zastosowanie pasa obezwładniającego i umieszczenie w izbie izolacyjnej. Z notatki wynika, że nieletni zaczął wypowiadać wulgaryzmy wobec pracowników zakładu. Potem zaczął grozić samookaleczeniem. Badanie lekarskie ujawniło ślady po kajdankach na rękach i nogach, ślady na ramionach, zasinienie ok. 0,5 cm na małym palcu dłoni, krew na małżowinie usznej. W dokumentacji brak jest nagrań monitoringu;
- 4) kolejne zastosowanie pasa obezwładniającego. Z notatki wynika że bezpośrednią przyczyną był czynny *opór wychowanek i napad na pracownika*. Nieletni odmówił pójścia do szkoły, zachowywał się *wulgarnie i agresywnie*. *Groził pracownikom, a nawet pozwalał sobie na gesty pozorujące atak z pięściami*. Nieletniego sprowadzono do izby chorych ze względu na *pobudzenie emocjonalne*. Poproszono go o oddanie odtwarzacza plików mp3 oraz papiero-

sów, nieletni nie chciał tego zrobić. Ponieważ nie podporządkował się poleceniom, zastosowano wobec niego pas. Z notatki wynika, że był badany przez lekarza. Na nagraniu z monitoringu widać, jak w wyniku dyskusji z pracownikami ZP nieletni stawał się coraz bardziej poirytowany, wymachiwał rękami i uderzył jednego z pracowników. Wówczas do izby chorych wkroczyło 6-7 pracowników, którzy próbowali, w sposób bardzo nieudolny, unieruchomić nieletniego i założyć mu pas. Ostatecznie rozebrano chłopca do naga, założono mu pas z rękoma spiętymi do tyłu, przeprowadzono przez korytarz do innej izby, położono na materacu. Nieletni otrzymał również zastrzyk uspokajający zlecony przez lekarza. Zapis z monitoringu jest niepełny, kończy się tym, jak nieletni otrzymuje zastrzyk i leży na materacu.

W przypadku drugiego wychowanka zastosowano środek przymusu bezpośredniego w postaci pasa obezwładniającego. Jako powód wskazano *czynny opór wychowanka* – rozbił on lampę w izbie chorych i chciał dokonać samookaleczenia. Z notatki ze stosowania środka przymusu bezpośredniego wynika, że dzwoniono na pogotowie ratunkowe, ale dyspozytor odmówił przyjazdu lekarza. Rana została opatrzona przez wychowawcę.

Na nagraniu z monitoringu widać, że nieletni miał założony pas, kask i kajdanki na nogi, siedział na posadzce w spodniach od piżamy. Był z nim cały czas obecny wychowawca. Na nagraniu widać też, jak strażnicy wnoszą drabinę i wymieniają stłuczoną wcześniej przez nieletniego lampę. Zamiatają i wnoszą drabinę, po jakimś czasie wnoszą również materac. Nieletni położył się na posadzce, strażnicy ciągle podchodzili i go podnosili, każąc siedzieć, ale chłopak w końcu położył się i leżał. Po ok. 2 godzinach, nieletniemu zdjęto pas, kajdanki i kask, włożono materac, chłopiec poszedł spać. Nagranie trwa ok. 3 godzin.

Wobec trzeciego wychowanka został zastosowany środek przymusu bezpośredniego w postaci umieszczenia w izbie izolacyjnej (24 godz.). Jako powód zastosowania przymusu napisano *agresja wobec innego wychowanka, agresja słowna wobec pracownika, groźenie pracownikom*. Notatka ze stosowania przymusu zawiera też zapis *nie wzywano lekarza, konsultacja odbyła się telefonicznie*. Na nagraniu z monitoringu widać, jak nieletni uderzył na holu innego wychowanka, następnie 2 strażników wykręciło mu ręce i sprowadziło go do izby izolacyjnej. W notatce ze stosowania ś.p.b., nie wspomniano o tym, że zastosowano siłę fizyczną podczas sprowadzania nieletniego do izby izolacyjnej. Nagranie z izby izolacyjnej jest niepełne, obejmuje jedynie 3 pierwsze minuty pobytu w niej wychowanka.

W ocenie RPO oraz KMPT na bazie ujawnionych wyżej przypadków należy zwrócić uwagę na następujące zagadnienia:

1. Nieludzkie i poniżające traktowanie nieletnich podczas stosowania środków przymusu bezpośredniego

Zakaz tortur i niehumanitarnego, poniżającego traktowania albo karania, określony w art. 40 Konstytucji i art. 3 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 r., ma charakter bezwzględny i nie może być zniesiony w żadnej sytuacji, co podkreślał w swoich orzeczeniach Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu⁸⁹. Oznacza to, że niezależnie od okoliczności i postawy osób pozostających pod opieką państwa, nie można wobec nich dopuszczać się powyższych zachowań. We współczesnym orzecznictwie Trybunał określa tortury wyłącznie jako umyślne traktowanie powodujące bardzo poważne i okrutne cierpienie. Za *niehumanitarne* uznaje zachowanie, jeżeli, między innymi, było ono stosowane z premedytacją przez wiele godzin i spowodowało albo faktyczne uszkodzenie ciała, albo intensywne fizyczne i psychiczne cierpienie⁹⁰. Natomiast traktowanie można określić jako *poniżające*, jeżeli miało ono na celu wywołanie w ofierze uczucia strachu, udręczenia i niższości będącego w stanie poniżyć i upokorzyć. Jednocześnie, Trybunał stale podkreślał, że wchodzące w grę cierpienie i poniżenie musi w każdym razie wykraczać poza nieunikniony element cierpienia lub poniżenia związany z daną formą zgodnego z prawem traktowania lub karania⁹¹.

Analizując sposób postępowania personelu placówki ze wskazanymi wyżej wychowankami nie ma wątpliwości, że dopuszczono się wobec nich zachowań, które można określić jako niehumanitarne i poniżające.

Zachowań dopuszczano się umyślnie, przez okres kilku godzin, powodując zarówno intensywne fizyczne i psychiczne cierpienie, jak i wywołując w chłopcach uczucie strachu, udręczenia i niższości, bez uwzględnia ich stanu psychicznego i umysłowego. Zastosowane środki były nieproporcjonalne do zachowania nieletnich i miały na celu poniżenie ich. Ponadto stosowanie kajdanek na nogi i kasku ochronnego przez personel zakładu poprawczego jest działaniem bezprawnym, wykraczającym poza nieunikniony element cierpienia lub poniżenia, związany z pobytom nieletniego w zakładzie poprawczym lub stosowaniem zgodnych z prawem środków przymusu bezpośredniego.

Trudno bowiem znaleźć uzasadnienie dla rozebrania do naga wychowanek i przeprowadzenie go nago przez korytarz, po uprzednim skuciu mu rąk z tytu i założeniu pasa obezwładniającego. Nie ma też podstaw do pozostawienia nieletniego w pomieszczeniu bez łóżka, bez możliwości odpoczynku i zmuszanie go do siedzenia, podczas gdy był on jedynie w spodniach od piżamy, nogi miał skute kajdankami, miał też założony kask ochronny oraz pas obezwładniający.

(Zdjęcia – fot. 12)

⁸⁹ Wyrok z dnia 24.07.2014 r., w sprawie *Al-Nashiri przeciwko Polsce*, skarga nr 28761/11, § 505.

⁹⁰ *Tamże*, § 508.

⁹¹ Wyrok z dnia 17.04.2012 r., w sprawie *Piechowicz przeciwko Polsce*, skarga nr 20071/07.

2. Kask ochronny i kajdanki: środki przymusu bezpośredniego, których nie można używać wobec wychowanków zakładu poprawczego

W przypadku stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec dwóch pierwszych nieletnich użyto jednocześnie pasa obezwładniającego, kajdanek na nogi oraz kasku ochronnego. Należy wskazać, że zgodnie z art. 95a ustawy r. o *postępowaniu w sprawach nieletnich* w razie bezskuteczności środków oddziaływania psychologiczno-pedagogicznego, w przypadkach, o których mowa w art. 11 pkt 1-3, 6, 8, 10 i 12-14 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o *środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej* (Dz. U. poz. 628 i 1165, z 2014 r. poz. 24 i 1199 oraz z 2016 r. poz. 904), dalej u.ś.p.b., wobec nieletniego umieszczonego w zakładzie poprawczym, schronisku dla nieletnich lub młodzieżowym ośrodku wychowawczym można użyć środka przymusu bezpośredniego w postaci siły fizycznej.

Wobec nieletniego umieszczonego w zakładzie poprawczym lub schronisku dla nieletnich, gdy użycie siły fizycznej jest niewystarczające, w przypadku usiłowania targnięcia się tego nieletniego na życie lub zdrowie własne albo innej osoby, można użyć środków przymusu bezpośredniego, o których mowa w art. 12 ust. 1 pkt 3, 4 lub 15 u.ś.p.b. (kaftana bezpieczeństwa, pasa obezwładniającego lub izby izolacyjnej).

Używanie wobec wychowanków zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich kasku ochronnego oraz kajdanek na nogi jest na gruncie obowiązującego prawa niedopuszczalne.

Należy też uwypuklić, że informacji o zastosowaniu tego typu środków nie odnotowywano w notatce ze stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz zawiadomieniu skierowanym do Ministra Sprawiedliwości, co mogło uniemożliwić nadzór nad prawidłowością stosowania środków przymusu, podjęcie stosownej interwencji i zapobiegnięcie nieprawidłowościom w przyszłości.

Podkreślenia wymaga również, że zgodnie z zasadą proporcjonalności, wyrażoną w art. 6 ust. 1 u.ś.p.b., personel zakładu poprawczego powinien stosować środki przymusu proporcjonalne do stopnia zagrożenia oraz wybierać te, które stwarzają jak najmniejsze dolegliwości, wynikające z ich użycia. Ustawa wskazuje bowiem, że środki przymusu bezpośredniego wykorzystuje się, w sposób niezbędny do osiągnięcia celów tego użycia lub wykorzystania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości.

3. Brak zapisów monitoringu lub jego niewłaściwe utrwalenie

W 2 przypadkach użycia środków przymusu bezpośredniego nie utrwalono zapisów nagrań monitoringu, które pozwoliłyby na ocenę prawidłowości stosowania środka.

W pozostałych przypadkach nagrania są fragmentaryczne i nie obrazują stosowania środków przymusu przez cały okres ich użycia (w większości zawierają jedynie kilka początkowych minut, nie zaś cały pobyt nieletniego w izbie izolacyjnej).

Stwarza to ryzyko zaistnienia przemocy wobec wychowanka podczas nierejestrowanego fragmentu pobytu w izbie i braku możliwości obiektywnej oceny ewentualnych zarzutów ze strony pokrzywdzonego. Z notatki ze stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pierwszego wynika, że nieletni był o godz. 17.00 badany przez lekarza, który stwierdził ślady po kajdankach na rękach i nogach, ślady na ramionach, zasinienie ok. 0,5 cm na małym palcu dłoni, krew na małżowinie usznej. Mimo to, zapis monitoringu nie został zabezpieczony.

Należy podkreślić, że § 1055 ust. 3-6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie *zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich* wskazuje, że: zapis z monitoringu jest przechowywany na informatycznym nośniku danych przez 90 dni od dokonania zapisu – w przypadku monitoringu izb mieszkalnych, przejściowych, izolacyjnych i izb chorych oraz przez 60 dni od dokonania zapisu – w przypadku innych pomieszczeń. W przypadku zarejestrowania przez monitoring wydarzenia nadzwyczajnego lub użycia wobec wychowanka środka przymusu bezpośredniego zapis jest utrwalany i przechowywany na zewnętrznym informatycznym nośniku danych w aktach wychowanka do ukończenia przez niego 23 roku życia. Zapis przechowuje się w sposób zapobiegający jego utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu, w szczególności w wyniku oddziaływania środków chemicznych, czynników mechanicznych, temperatury, światła i pola magnetycznego. Dyrektor zakładu lub schroniska odpowiada za właściwe przechowywanie i zabezpieczenie zapisu przed dostępem do niego osób nieuprawnionych. Ponadto, zgodnie z § 10 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 czerwca 2013 r. w sprawie *celi zabezpieczającej i izby izolacyjnej* (Dz. U. z 2013 r. poz. 638) dokumentację dotyczącą umieszczenia nieletniego oraz jego pobytu w izbie izolacyjnej stanowią notatka oraz nośnik zawierający zapis z urządzeń rejestrujących, które dołącza się do akt osobowych nieletniego

4. Niespełnianie wymogów dotyczących właściwego wyposażenia izb izolacyjnych

Zapis nagrań zabezpieczonego monitoringu dowodzi, że żadne z pomieszczeń, w którym wykonywano środki przymusu bezpośredniego w postaci umieszczenia w izbie izolacyjnej, nie spełniało wymogów dotyczących właściwego wyposażenia tych pomieszczeń. Znajdowały się w nich krzesło i stół przymocowane do podłogi, nie było natomiast łóżka, jedynie materac.

Dodatkowo na jednym z nagrań widać, jak nieletni wybija lampę i próbuje się okaleczyć, następnie nieletniemu został założony pas obezwładniający, kask ochronny i kajdanki na nogi. Chłopic w dalszym ciągu pozostawał w tej samej izbie, siedział lub kładł się na podłodze, gdyż wcześniej wyniesiono z niej materac.

Jednocześnie, w trakcie pobytu nieletniego w izbie, strażnicy wnieśli drabinę i wymienili stłuczoną wcześniej przez nieletniego lampę. Tymczasem, nieletni winien być umieszczony w izbie izolacyjnej, która zgodnie z § 6 rozporządzenia w sprawie *celi zabezpieczającej i izby izolacyjnej* jest pomieszczeniem wentylowanym, ogrzewanym i oświetlonym, o powierzchni co najmniej 4 m²,

znajdującym się na terenie zakładu poprawczego lub schroniska dla nieletnich. Izba izolacyjna jest wyposażona w trwale przymocowane do podłogi: stół, krzesło i łóżko. Izba izolacyjna powinna być urządzona w sposób uniemożliwiający dokonanie przez nieletniego samouszkodzenia. Izba izolacyjna jest objęta monitorowaniem przez wewnętrzny system urządzeń rejestrujących. Sprzęt służący do monitorowania i oświetlenia izby izolacyjnej jest zabezpieczony przed dostępem nieletniego umieszczonego w tej izbie.

5. Niekompletne notatki ze stosowania środków przymusu bezpośredniego

W przypadku stosowania przymusu wobec pierwszego nieletniego notatka z tego zastosowania jest niepełna, nie zawiera informacji o dacie i godzinie zakończenia stosowania środka. W notatce ze stosowania środka przymusu wobec ww. nieletniego w dniu 26.01.2017 r. wskazano błędny czas jego zakończenia (wpisano, że stosowanie zakończyło się w dniu 26.01.2017 r., o godz. 17.45, czyli w momencie, gdy nieletniemu zdjęto pas obezwładniający po upływie 1,5 godziny, a nie kiedy wyszedł on z izby izolacyjnej). Ponadto w zawiadomieniu do Ministerstwa Sprawiedliwości jest mowa o tym, że po założeniu wychowankowi pasa obezwładniającego, przeniesiono go do izby izolacyjnej. Stosowano zatem środek przymusu w postaci izby izolacyjnej.

W notatce brakuje też podpisu nieletniego w zakresie pouczenia o możliwości złożenia skargi na zastosowanie wobec niego środka przymusu bezpośredniego (w niektórych notatkach znajdowała się adnotacja *odmówił złożenia podpisu*).

6. Brak badań lekarskich w związku ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego

Przeprowadzona analiza pokazuje, że nie wszyscy wychowankowie, wobec których stosowano środki przymusu bezpośredniego, byli badani przez lekarza. Sytuacje takie dotyczą dwóch pierwszych nieletnich, wobec których użyto pasa obezwładniającego, kasku ochronnego, kajdank na nogi.

Zgodnie z 16 ust. 5 u.ś.p.b. wychowankowi należało zapewnić pomoc medyczną i dalsze stosowanie środków przymusu bezpośredniego uzależnić od opinii personelu medycznego. Powyższy przepis ustawy wskazuje bowiem, że w przypadku użycia kaftana bezpieczeństwa lub pasa obezwładniającego w stosunku do nieletniego lub kobiety o widocznej ciąży, osobie tej należy niezwłocznie zapewnić pomoc medyczną, a dalsze użycie tych środków uzależnia się od opinii osoby udzielającej tej pomocy. Z kolei w notatce dotyczącej umieszczenia w izbie izolacyjnej trzeciego nieletniego, znalazł się zapis *nie wzywano lekarza, konsultacja odbyła się telefonicznie*.

Warto w tym miejscu podkreślić, że rzetelne badanie lekarskie jest jedną z podstawowych gwarancji zapobiegających torturom i nieludzkiemu traktowaniu. Pozwala na ujawnienie przypadków przemocy, zabezpieczenie dowodów na potrzeby postępowania karnego i poinformowanie przez lekarza organów ścigania. Sama zaś świadomość możliwości pojawienia się niezależnego personelu

medycznego może zadziałać odstrasżająco na osoby chcące dopuścić się przemocy. Badanie może też ujawnić lub ułatwić wykrycie innych istotnych z medycznego punktu widzenia nieprawidłowości.

Dlatego jeżeli istnieje konieczność konsultacji lekarskiej, powinna umożliwiać ona lekarzowi dokładne obejrzenie nieletniego i odbycie z nim rozmowy, w warunkach zapewniających poufność rozmowy (chyba, że ze względów bezpieczeństwa uzna on, że udział personelu jest konieczny). Tylko bowiem w takich okolicznościach możemy mówić o efektywnym mechanizmie chroniącym nieletniego przed torturami. Inne rozwiązanie nie gwarantuje, że nieletni będzie czuł się na tyle swobodnie i bezpiecznie, by szczerze opowiedzieć o tym, jak jest traktowany. Nie wszystkie ślady obrażeń, przy pobieżnym badaniu lekarskim, mogą być widoczne. Tym bardziej w sytuacji zaobserwowanej tu konsultacji telefonicznej.

7. Wątpliwości w zakresie przesłanki do użycia środków przymusu w postaci izby izolacyjnej

Zgodnie z art. 27 u.ś.p.b. w izbie izolacyjnej można umieścić nieletniego w celu jego czasowego odosobnienia, w przypadkach odparcia bezpośredniego, bezprawnego zamachu na życie, zdrowie lub wolność uprawnionego lub innej osoby lub przeciwdziałania czynnościom zmierzającym do autoagresji.

Tymczasem w notatce z zastosowania środka przymusu bezpośredniego wobec pierwszego nieletniego jako przyczyny zastosowania ś.p.b. podano: *Nieletni nie reagował na próby wyegzekwowania wymaganego prawem zachowania, zgodnie z wydanym przez pracowników ochrony poleceniem uspokojenia się, ponownie sytuacja powtórzyła się, gdy w tej samej sprawie interweniował wychowawca dyżurny, wychowanek agresywnie wypowiadał groźby pod adresem innych pracowników zakładu, groził zamachem na zdrowie i życie pracowników, agresywnie próbował niszczyć mienie zakładu kopiąc w drzwi izby przejściowej próbując je wyważyć. Dodatkowo namawiał do podobnego zachowania się innych wychowanków przebywających w izbie chorych. Jego zachowanie negatywnie wpłynęło na zachowanie innego wychowanka.*

Z kolei w notatce z dnia 7.11.2016 r. jako przyczynę umieszczenia w izbie izolacyjnej podano: *Agresja słowna wobec pracowników i eskalacja agresji mogącej przerodzić się ze słownej w fizyczną.* Zgodnie z art. 11 pkt 3 oraz 16 u.ś.p.b., w sytuacji przeciwdziałania czynnościom zmierzającym bezpośrednio do zamachu na życie, zdrowie lub wolność uprawnionego lub innej osoby można w przypadku nieletnich użyć jedynie kaftana bezpieczeństwa lub pasa obojędnego, nie zaś izby izolacyjnej, jak miało to miejsce w powyższych przypadkach

8. Brak szkoleń pracowników w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego

Z informacji udzielonej przez dyrektora placówki podczas wizytacji wynika, że tylko jedna osoba była przeszkolona w zakresie prawidłowego stosowania środków przymusu bezpośredniego. Biorąc pod uwagę ujawnione nieprawidłowości dotyczące zarówno legalności stosowania,

prawidłowości wykonania i dokumentowania ich użycia, istnieje potrzeba objęcia szkoleniem wszystkich osób biorących udział w stosowaniu i dokumentowaniu użycia środków przymusu bezpośredniego.

9. Stosowanie zastrzyku uspokajającego, prewencyjnie zleconego wcześniej przez lekarza do stosowania w razie silnego pobudzenia wychowanka

Pierwszy nieletni otrzymał zastrzyk podczas stosowania wobec niego ś.p.b. w dniu 28.04.2017 r. Z historii choroby PZP nieletniego wynika, że tego samego dnia lekarz psychiatra zawarł wpis – w razie *silnego pobudzenia pacjenta Haloperidol 1 amp plus Clonazepam 1 amp*. Analizując powyższy stan faktyczny warto przytoczyć słowa prof. dr hab. n. med. Aleksandra Araszkiwicza – byłego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii województwa kujawsko-pomorskiego, który w piśmie z dnia 16.12.2013 r., skierowanym do Rzecznika Praw Obywatelskich wskazał, że zalecenie lekarza o przymusowym podaniu leków skazanemu, w przypadku pojawienia się w przyszłości zachowań zagrażających życiu/zdrowiu pacjenta lub innych osób, nie jest dopuszczalne. W ocenie profesora zalecenie powyższe stanowi *obejście* zasady bezpośredniego kontaktu lekarza z pacjentem jest zbyt daleko idącą antycypacją zachowań pacjenta.

10. Nadzór sędziowski

Z przekazanych przez sąd kopii sprawozdań sędziego wizytującego placówkę wynika, że w latach 2016–2017 była ona lustrwana przez sędziego dwukrotnie. W sprawozdaniach sędziego wskazywał m.in. na stosowanie wobec nieletnich środków przymusu bezpośredniego. Nie poddawał ich jednak analizie, nie ocenił prawidłowości ich stosowania i dokumentowania. Z treści protokołu nie wynika też, czy sędzia zapoznał się z zapisem monitoringu ze stosowania ś.p.b. W części ogólnej oceny placówki, sędzia pozytywnie oceniła jej funkcjonowanie.

W okresie objętym kontrolą sędziego doszło do dwukrotnego zastosowania wobec wychowanków środków przymusu bezpośredniego, które budziły wątpliwości KMPT i które zostały opisane powyżej. Sędzia nie zwrócił też uwagi na brak nagrania monitoringu, dokumentującego pobyt nieletniego pierwszego nieletniego oraz niepełny zapis stosowania środka w przypadku trzeciego nieletniego.

Warto w tym miejscu podkreślić znaczenie inspekcji sędziowskich dla eliminowania i zapobiegania zaistnieniu wobec nieletnich tortur i innych form niehumanitarnego traktowania. Jak bowiem wskazuje działający przy Radzie Europy – Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT): Skuteczne zażalenia i procedury inspekcyjne są podstawowymi gwarancjami przeciwko złemu traktowaniu w ośrodkach dla nieletnich. (...) Komitet przywiązuje także szczególne znaczenie do regularnych wizytacji ośrodków dla nieletnich przez niezależne organy (na przykład komitet wizytacyjny lub sędziego) uprawnione do przyjmowania – i ewentualnego podejmowania dalszych kroków – zażaleń osób nieletnich, a także dokonywania inspekcji warunków zakwaterowania i pomieszczeń [§

36 Fragment Dziewiątego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (99) 12]. Dlatego też obszary nieodłącznie związane z ryzykiem naruszenia praw nieletnich (jak stosowanie środków przymusu bezpośredniego) powinny być poddane wnikliwej uwadze i analizie sędziego wizytatora.

Z kolei podczas ostatniej wizyty w Polsce w 2017 r. Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom zwrócił uwagę na praktykę unieruchamiania nieletnich w placówkach resocjalizacyjnych. W paragrafie 105 i 106 raportu CPT czytamy:

Komitet pragnie podkreślić, iż jego zdaniem krępowanie agresywnych i/lub nerwowych nieletnich na łóżku w izbie izolacyjnej aż się uspokoją stanowi nieproporcjonalne użycie siły i środek, który jest sprzeczny z filozofią wychowania i integracji społecznej nieletnich; należy więc tych praktyk zaprzestać. W zamian należy stosować metody radzenia sobie ze zdarzeniami przemocowymi, takie jak techniki rozładowywania zdarzeń oraz kontrola manualna; wymaga to stosownego przeszkolenia i certyfikowania personelu w tym zakresie. Dodatkowo, należy opracować alternatywne środki zapobiegające nerwowości oraz uspokajania nieletnich. Oczywistym jest, że wszelka siła użyta do przywrócenia kontroli nad nieletnimi powinna być zredukowana do minimum wymaganego w danej sytuacji i w żadnym wypadku nie powinno to być okazją do zadawania bólu. W przypadku gdy nieletni zachowuje się w sposób wysoce nerwowy lub agresywny, dana osoba powinna być trzymana pod ścisłym nadzorem i w stosownym pomieszczeniu (np. w pokoju izolacyjnym).

CPT zaleca, by polskie władze zakazały stosowania wiązania nieletnich agresywnych i/lub nerwowych w zakładach poprawczych; należy stosownie zmienić właściwe przepisy. Dodatkowo, Komitet zaleca, by usunięto metalowe łóżka z uchwyty do wiązania z izb izolacyjnych i wprowadzono alternatywne metody rozładowywania zdarzeń przemocowych oraz alternatywne środki przymusu bezpośredniego, w tym indywidualne alternatywne metody uspokajania i przeciwdziałania nerwowości u nieletnich, z uwzględnieniem powyższych uwag. W odniesieniu do kaftanów bezpieczeństwa, CPT uważa, że nigdy nie powinny być używane w miejscach detencji, między innymi ze względu na ich poniżający i stygmatyzujący wpływ na wszystkie strony. Kaftany bezpieczeństwa należy usunąć z katalogu „środków przymusu bezpośredniego” wymienionych w art. 12 ustawy o środkach przymusu bezpośredniego.

Co więcej, Komitet pragnie podkreślić, iż wszelka forma izolacji nieletnich, w tym umieszczenie agresywnych i/lub nerwowych nieletnich w pokoju do czasu uspokojenia, jest środkiem, który może mieć negatywny wpływ na ich fizyczny i/lub psychiczny dobrostan, a zatem należy po ten środek sięgać wyłącznie w ostateczności. Wszelki taki środek nie powinien być stosowany na czas dłuższy niż kilka godzin i nigdy nie powinien być stosowany jako nieformalna kara. Każde umieszczenie nieletniego na czas uspokojenia się powinno być niezwłocznie zgłaszane lekarzowi, aby umożliwić mu opiekę zdrowotną nad danym nieletnim. Dodatkowo, każde takie umieszczenie należy odnotować w centralnym rejestrze a także w aktach danego nieletniego.

Z uwagi na stwierdzone naruszenia Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Sprawiedliwości o analizę sygnalizowanych nieprawidłowości oraz podjęcie działań zmierzających

do wyeliminowania ich w przyszłości. Wraz z analizą sprawy przekazano kopie zabezpieczonych nagrań monitoringu placówki⁹².

4.4. Rekomendacje

Rzecznik Praw Obywatelskich oraz Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, na podstawie art. 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania*, apeluje do rządu polskiego o wdrożenie poniższych rekomendacji.

- Przeprowadzenie pilnej i kompleksowej reformy opieki psychiatrycznej przy współpracy i zaangażowaniu w tym względzie przede wszystkim: Ministra Zdrowia, Ministra Sprawiedliwości, Ministra Edukacji Narodowej;
- Stworzenie długofalowego planu w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, uwzględniającego kompleksową opiekę poprzez zaangażowanie profesjonalistów różnych specjalności (pediatrów, psychiatrów dzieci i młodzieży, neurologów dziecięcych, psychologów, psychoterapeutów, pedagogów, pracowników socjalnych, ekonomistów);
- Dążenie do realizowania standardów w zakresie zatrudnienia profesjonalistów w oparciu o współczynnik oddziały modelowego, czyli: na 20 – 30 pacjentów powinno przypadać minimum 3 lekarzy specjalistów + ordynator, 4 etaty psychologów/psychoterapeutów, minimum 4 terapeutów zajęciowych, minimum 2 pielęgniarki na dyżurze + sanitariusz (modelowy oddział);
- Ustalenie standardów wyposażenia pomieszczeń, zwłaszcza poradni zdrowia psychicznego, poradni pedagogicznych – psychologicznych, innych, w których odbywają się spotkania, psychoterapia, rozmowa z dzieckiem, młodzieżą, zarówno na poziomie leczenia ambulatoryjnego jak i szpitalnego;
- Utworzenie miejsc terapii zaburzeń stresowych pourazowych dla dzieci po różnego rodzaju traumatycznych doświadczeniach;
- Dążenie do deinstytucjonalizacji oraz stworzenie większych możliwości środowiskowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży;
- Zapewnienie odpowiedniego finansowania oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, w tym oddziałów sądowych;
- Czynienie starań o pozyskanie większej liczby specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży;
- Zapewnienie personelowi sprawującemu opiekę medyczną, terapeutyczną, wychowawczą,

⁹² <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/nieludzkie-traktowanie-podopiecznych-zakladu-poprawczego-w-sadowicach-rzecznik-interwenuje>

a także dozór nad nieletnimi, odpowiedniego wsparcia w postaci profesjonalnych szkoleń, w tym: w obszarze rozwiązywania konfliktów, stosowania strategii i technik deeskalacyjnych konfliktu na różnych poziomach komunikacji, radzenia sobie ze stresem, przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu;

- Zagwarantowanie odpowiedniej do potrzeb liczby łóżek dla małoletnich pacjentów;
- Precyzyjne określenie w przepisach prawa poziomów i warunków zabezpieczenia sądowych oddziałów dla nieletnich (poziomu podstawowego, wzmocnionego, maksymalnego);
- Wskazanie szpitali, w których może być wykonywany środek leczniczy;
- Powołanie komisji wskazującej właściwe miejsce wykonania środka leczniczego, a także określenie w ustawie jej uprawnień, zasad funkcjonowania i finansowania;
- Ograniczenie stosowania wobec dzieci środków przymusu bezpośredniego, szczególnie w postaci unieruchamiania i izolacji, jako środka ostatecznego, po wykorzystaniu innych możliwości. Każde użycie przymusu wobec dzieci powinno być uzasadnione i trwać jak najkrócej. Prawo powinno określać maksymalny czas unieruchomienia i izolacji wobec dzieci, a także wskazywać dolną granicę wieku osób, wobec których takie środki mogą być stosowane;
- Zapewnienie bezpieczeństwa, odpowiednich warunków oraz ochrony przed demoralizacją nieletnim umieszczanym w sądowych oddziałach psychiatrycznych w trybie tymczasowym, w trakcie toczącego się postępowania;
- stworzenie dla nieletnich poniżej 13 r. ż. prawnych możliwości oraz oddziałów szpitalnych sądowych dysponujących warunkami sprzyjającymi dla bezpieczeństwa i właściwego rozwoju dziecka;
- Stworzenie narzędzi prawnych i kompleksowego systemu pomocy psychiatrycznej dla młodych osób, które są zwalniane ze szpitali psychiatrycznych ze względu na ukończenie 18 r. ż. a nadal wymagają hospitalizacji;
- Uregulowanie ustawowe czynności takich jak przeprowadzanie kontroli osobistych, przeszukań pomieszczeń oraz prywatnych rzeczy pacjentów. Przepisy ustawy powinny obejmować zarówno wprowadzenie możliwości dokonywania kontroli osobistych w szpitalach psychiatrycznych, precyzyjne zdefiniowanie pojęcia „kontrola osobista” czy też pojęcia „przeszukanie osoby”, jak również regulację sposobu przeprowadzenia owej kontroli (przeszukania) oraz adekwatnych środków zaskarżenia tej czynności;
- Uregulowanie na poziomie ustawy zasad kontaktów nieletnich pacjentów z osobami spoza szpitala (odwiedziny, wykonywanie połączeń telefonicznych, korespondencja). Każde ograniczenie kontaktów z osobami spoza ośrodka powinno podlegać kontroli sądowej, co jest ważne z punktu widzenia ochrony przed arbitralnym i nieuzasadnionym postępowaniem personelu i zapobiegania nadużyciom w tym

obszarze. Konieczne jest wskazanie przesłanek, na podstawie których mogą zostać wprowadzone ograniczenia oraz tryb postępowania, który powinien być stosowany w takich sytuacjach;

- Uregulowanie ustawowe systemu udzielania przepustek, urlopów, czasowego pobytu poza szpitalem;
- Zapewnienie odpowiedniego finansowania uczniów sądowych oddziałów psychiatrycznych w celu realizowania przez nich obowiązku szkolnego, zaspokajania potrzeb edukacyjnych i rozwojowych, wspomagania ich procesu terapeutycznego oraz zagospodarowania czasu wolnego;
- Wyeliminowanie z systemów dyscyplinujących poniżających kar. Stosowanie procedur dyscyplinujących jako środka ostatecznego oraz w sytuacjach wyjątkowych, wówczas gdy inne oddziaływania okazały się nieskuteczne. Konstrukttywne rozwiązywanie konfliktów oraz wzmocnienie oddziaływań wychowawczych powinny mieć pierwszeństwo względem formalnych kar;
- Zaprzestanie stosowania kar za samookaleczenia. Zachowania autodestrukcyjne są zazwyczaj reakcją na trudne doświadczenia, narastający stres, próbą zwrócenia uwagi dorosłych. Zamiast dyscyplinowania, nieletni powinien mieć zapewnione profesjonalne wsparcie terapeutyczne i szczególną opiekę;
- Zapewnienie odpowiednich warunków materialnych na oddziałach dziecięcych oraz stworzenie otoczenia sprzyjającego leczeniu, dobremu samopoczuciu pacjentów oraz tworzenia odpowiedniego środowiska terapeutycznego;
- Ustalenie zasad zabezpieczenia przewozu nieletnich do podmiotów leczniczych, w tym pokrywania kosztów odpowiedniego transportu;
- Uregulowanie ustawowe zasad i warunków prowadzenia obserwacji i rejestracji wizerunku osób i obrazu zdarzeń w szpitalach psychiatrycznych za pomocą monitoringu wizyjnego (kamer telewizji przemysłowej);
- Respektowanie zasady, zgodnie z którą dziecko należy umieścić w szpitalu położonym jak najbliżej miejsca jego zamieszkania/pobytu tak, by zagwarantować mu jak najczęstszy kontakt z bliskimi;
- Współpraca pomiędzy sądami a placówkami resocjalizacyjnymi w zakresie sprawnego procedowania w sprawach dotyczących zmiany środka wychowawczego lub poprawczego na leczniczy;
- Utworzenie większej liczby wyspecjalizowanych podmiotów leczniczych przeznaczonych dla dzieci i młodzieży uzależnionych od alkoholu i innych środków psychoaktywnych;
- Stworzenie młodzieżowych ośrodków wychowawczych sprofilowanych i przeznaczonych dla nieletnich z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu lub środków psychoaktywnych;
- Zapewnienie nieletnim z zaburzeniami, którzy przebywają w placówkach resocjaliza-

cyjnych, ciągłości i stabilizacji w oddziaływaniach terapeutycznych i resocjalizacyjnych, zamiast wielokrotnego przenoszenia ich do innych placówek;

- Objęcie profesjonalną i dostosowaną do indywidualnych potrzeb terapią dziecka, które doświadczyło traumatycznych wydarzeń;
- Zaplanowanie wobec każdego pacjenta indywidualnego planu leczenia, który powinien obejmować nie tylko farmakoterapię, lecz także szeroki zakres oddziaływań rehabilitacyjnych i terapeutycznych, kontakt ze sztuką, teatrem, muzyką i sportem. Pacjenci powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokoi rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu;
- Uzyskiwanie zgody na badanie lub inne świadczenia zdrowotne zgodnie z przepisami prawa w tym zakresie;
- Sprawowanie nadzoru sędziowskiego ukierunkowanego na sytuację nieletnich wymagających szczególnej opieki lekarskiej;

5. Wyzwania i zagrożenia w pracy resocjalizacyjnej z nieletnimi. Rozważania teoretyczne

Prof. zw. dr hab. Marek Konopczyński⁹³

Refleksję dotyczącą współczesnych zagrożeń w instytucjonalnej resocjalizacji nieletnich, których przykładem jest obecne funkcjonowanie młodzieżowych ośrodków wychowawczych, chciałbym rozpocząć od krótkiego przedstawienia głównych uwarunkowań owych zagrożeń, pod postacią funkcjonujących w świadomości Polaków oczekiwań społecznych wynikających z uwarunkowań aksjologicznych, a dotyczących postrzegania funkcji regulacji systemowych powodujących określone skutki indywidualne i społeczne dla nieletnich, a także będących „w obiegu” akademickim i praktycznym, przestarzałych i nieadekwatnych do dzisiejszych czasów koncepcji i teorii resocjalizacyjnych.

To właśnie wymienione przesłanki stanowią mniej lub bardziej identyfikowaną bazę podejmowanych decyzji politycznych, formalno-prawnych i metodyczno-organizacyjnych, związanych z funkcjonowaniem instytucjonalnego systemu resocjalizacji nieletnich. To również od nich zależą ewentualne merytoryczne i formalno-prawne zmiany systemowe lub stabilizacja „starego systemu”, w jakim dotychczas funkcjonują młodzieżowe ośrodki wychowawcze.

Termin „resocjalizacja” pojmowany *Ex definitione* oznacza ponowną *socializację* a więc powtórne *uspołecznienie*, jednostki nieprzystosowanej społecznie w celu poprawnego funkcjonowania w powszechnie przyjętych rolach życiowych i społecznych. Przyjeliśmy, że proces resocjalizacji ma przebiegać w specjalnie do tego celu powołanych instytucjach o charakterze izolacyjnym. W jakim zakresie jest możliwe (czy w ogóle jest możliwe?), aby instytucje i placówki dla nieletnich, które mają za zadanie spełniać rolę resocjalizacyjną, a które jak powszechnie wiadomo są instytucjami charakteryzującymi się brakiem szerszego i pozytywnego kontekstu socjalizacyjnego („mocy uspołeczniania”), wywiązywały się skutecznie z ustawowo nałożonych obowiązków?

Nie istnieją żadne wątpliwości, iż skuteczność placówek resocjalizacyjnych mierzona współczynnikiem powrotności do poprzedniego sposobu funkcjonowania społecznego nieletnich, pozostawia wiele do życzenia, pomimo szeregu jak powinno się wydawać pozytywnych, nowych kierunków oddziaływań, które jednak nie zawsze spełniają pokładane w nich oczekiwania. Z badań przeprowadzonych przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK) wynika, że aż 60% wychowanków, po około pięciu latach samodzielnego życia po opuszczeniu MOW, weszło w konflikt z prawem. Co ciekawe, NIK zauważa, że mniej osób wchodzi na drogę przestępczą po opuszczeniu zakładów

⁹³ Profesor nauk społecznych, obecnie wykładowca w Katedrze Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu w Białymstoku, wiceprzewodniczący Komitetu Nauk Pedagogicznych Polskiej Akademii Nauk, członek Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.

karnych niż ośrodków wychowawczych (38% więźniów weszło w konflikt z prawem w ciągu 5 lat po opuszczeniu zakładów karnych i aresztów śledczych). Według NIK system, w którym funkcjonują młodzieżowe ośrodki wychowawcze nie gwarantuje skutecznej resocjalizacji⁹⁴. Ten stan rzeczy powoduje z jednej strony pilną potrzebę zastanowienia się nad przyczynami, z drugiej zaś nad możliwościami rozwiązania tego problemu.

Mija prawie trzydzieści lat od początków gruntownej zmiany polskiego systemu cywilizacyjno-społecznego. Potrzeba jego modyfikacji wiązała się z przebudową polskiego państwa w zakresie politycznym i gospodarczym i co za tym idzie również społecznym, w wyniku załamania się starego systemu, a przede wszystkim „rewolucji solidarnościowej” kreującej nowy ład społeczno-polityczny oparty na zasadach państwa demokratycznego i obywatelskiego, wkomponowanego w krąg „dojrzałych” demokracji europejskich.

Efekty przemian w zakresie instytucjonalnej działalności resocjalizacyjnej ostatniego ćwierćwiecza można analizować z rozmaitych perspektyw i punktów widzenia. Niewątpliwie skutki kryzysu zmiany pojawiły się w sferze aksjologii i teorii polskich nauk prawnych i pedagogicznych a szerzej nauk społecznych w ogóle, ale przede wszystkim w przestrzeni działalności praktycznej. Być może jego przyczyną jest historycznie uwarunkowana praktyczna działalność sądownicza i penitencjarna wynikająca z jednej strony z doświadczeń poprzedniego ustroju z drugiej zaś, z narzucanych odgórnie reguł postępowania i oczekiwań społecznych a wpisana w określony klimat polityczno-administracyjny. Tak czy inaczej rzecz sprowadza się do istoty rozumienia zarówno pojęcia funkcji kary izolacyjnej jak i samego identyfikowania procesu resocjalizacji i jego konsekwencji życiowych i społecznych dla osób instytucjonalnie odizolowanych od reszty społeczeństwa.

Niewątpliwym mitem społecznym jest przekonanie, że odizolowanie nieletniego od reszty społeczeństwa jest najlepszym sposobem na wywołanie u niego trwałej, pozytywnej zmiany. Trudno rozstrzygnąć, na ile te poglądy mają charakter kamuflażu oczywistych intencji jakimi są: prewencyjna potrzeba odizolowania kogoś, kto zagraża innym członkom społeczności, a także chęci zadośćuczynienia krzywdzie i spełnienie oczekiwań osób pokrzywdzonych, a na ile jest to rzeczywiste przekonanie, że w warunkach izolacji instytucjonalnej można uzyskać pozytywne rezultaty resocjalizacyjne.

Jeśli, zgodnie ze wskazaniami nauk społecznych, traktujemy proces resocjalizacji nieletnich jako proces inicjowania i doskonalenia umiejętności funkcjonowania w rolach społecznych i życiowych, to zarówno sama formuła izolacji, jak i jej aktualne warunki, w zasadzie niweczą przyjęte a priori założenia. Jeśli do tego dodamy, że Polska zajmuje czołowe miejsce wśród państw europejskich jeśli chodzi o ilość orzekanych środków izolacyjnych i paraizolacyjnych a część młodych

⁹⁴ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-resocjalizacji-w-mlodziezowych-osrodkach-wychowawczych.html>

osób przebywających w instytucjach resocjalizacyjnych w Polsce, w innych europejskich krajach nigdy by nie przekroczyła progu tego typu instytucji (35%-45%), to ukazuje nam się obraz nieadekwatnego i przestarzałego systemu prawa ukierunkowanego na karanie a nie na wywołanie pozytywnej zmiany osobowej i społecznej u nieletnich.

Problem polega na tym, że wcześniej czy później odizolowany nieletni wróci do środowiska otwartego i do mniej lub bardziej aktywnego życia społecznego. Większość znanych badań naukowych dość jednoznacznie stwierdza, że istnieje niktą szansa, aby młode osoby przebywające w instytucjach zamkniętych (Zakłady Poprawcze, Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze a nawet Młodzieżowe Ośrodki Socjoterapii), miały szansę poprawnego funkcjonowania z ludźmi i wśród ludzi w środowisku pozainstytucjonalnym. Dzieje się tak między innymi dlatego, że powszechnie rozumie się instytucjonalną działalność resocjalizacyjną jako środek do bezwzględnej adaptacji nieletnich do warunków izolacyjnych, wywołując tym samym u nich tzw. syndrom niewolnika, oraz stygmatyzując ich w ten sposób społecznie.

Można stwierdzić, iż koncepcje i teorie naukowe stanowiące dominującą bazę teoretyczną i metodyczną resocjalizacji nieletnich w Polsce, oraz wynikające z tych podejść konkretne formy i sposoby oddziaływań, są zdecydowanie przestarzałe i nie odpowiadają już wyzwaniom obecnych czasów.

Dlatego też należy w jak najszybciej doprowadzić do redefinicji podstawowych pojęć z tego zakresu i poprzez to zmieniać założenia instytucjonalnego systemu resocjalizacji, oraz poszerzać i pogłębiać wśród kadry wychowawczej i zarządzającej w placówkach dla nieletnich, wiedzę dotyczącą współczesnych koncepcji i teorii resocjalizacyjnych, które proces „zmiany” definiują i interpretują w odmienny niż dotychczas sposób. Nie posiadają one również szeregu wad, którymi obciążone były wspomniane „historyczne” teorie resocjalizacji, na czele z tzw. eklektyzmem teoretycznym i metodycznym oraz „chwilowością” i pozornością efektów osobowych i społecznych.

W założeniach współczesnych teorii resocjalizacji nieletnich zjawisko powstawania zachowań dewiacyjnych i możliwości im przeciwdziałania jest w mniejszym niż dotychczas stopniu przedmiotem analiz wynikających z klasycznego już ujęcia behawioralnego, psychodynamicznego czy opartego na psychologii humanistycznej.

Obecnie coraz większego znaczenia nabierają dwa nurty teoretyczne charakteryzujące się wprawdzie odmiennymi podejściami metodologicznymi, lecz zbliżoną refleksją pedagogiczną. Chodzi tu o koncepcje interakcyjne, ściśle powiązane z interakcjonizmem symbolicznym, oraz koncepcje kognitywne ze szczególnym uwzględnieniem poznawczej teorii osobowości Geoga Kelley'ego, (Kelly, 1955).

Koncepcje interakcyjne mające swoje źródła w interakcjonizmie symbolicznym (George Herbert Mead, 1975, Erving Goffman, 2005 Anthony Giddens, 2006), który zakłada istotną rolę znaczeń symboli w ludzkich działaniach. Kontakty międzyludzkie interpretowane są jako wymiana

i współtworzenie symbolicznych znaczeń wywoływanych interakcjami, stymulujących i modyfikujących interakcje. Konsekwencją tych procesów jest kształtowanie osobowości partnerów interakcji i tworzenie możliwości funkcjonowania w grupach społecznych.

Koncepcje Kognitywne mają swoje źródła w psychologii poznawczej, a szczególnie poznawczych teoria osobowości (George Kelly, 1955, Janusz Reykowski, 1992). Teorie te zakładają, że ludzka aktywność psychiczna i społeczna jest tworzeniem reprezentacji i konstruowaniem rzeczywistości, to zaś pozwala nam na przekształcanie siebie poprzez konstrukty (zasoby informacyjne) tworzone poprzez porównania, polegające na dostrzeganiu podobieństw i różnic między zdarzeniami. Właśnie te różnice w systemach konstruktów są przyczyną problemów w interakcjach społecznych i komunikacji międzyludzkiej. Osobowość jest indywidualnym systemem ustrukturalizowanych informacji, a więc niepowtarzalnych, osobistych doświadczeń a wejście z inną osobą w pogłębioną interakcję wymaga poznania i zaakceptowania systemu jej konstruktów (skryptów poznawczych i atrybucji). System skryptów i atrybucji nie wymusza bezradnego podlegania presji zdarzeń, lecz pozwala na rozstrzygnięcie o ich znaczeniu, ponieważ w żaden sposób nie można dokonywać wyborów poza światem alternatyw, które samemu się zbudowało” (G. Kelly, 1955).

Zarówno koncepcje interakcyjne jak i poznawcze eksponują pojęcie ludzkiej tożsamości i nadają jej wyraźny regulacyjny charakter. Oznacza to, że kategoria tożsamości może być interesującym przedmiotem rozważań na gruncie działalności resocjalizacyjnej.

Wysoki poziom zróżnicowania obrazów własnej osoby prowadzi do utworzenia wielu wyspecjalizowanych tożsamości. Zapewniają one elastyczne przystosowanie człowieka do wielu okoliczności i kontekstów związanych z pełnieniem ról społecznych, a więc pozwalają na wypełnienie tych ról poprawnymi i akceptowanymi społecznie treściami tożsamościowymi. Dzięki temu zwiększa się jakościowy poziom przystosowywania się społecznego jednostki do wymagań środowiskowych i kulturowych.

Mówimy wówczas o jakościowo prawidłowym poziomie przystosowania społecznego danego człowieka i o prawidłowej realizacji przez niego ról społecznych. Z kolei mały stopień zróżnicowania wiąże się z niską elastycznością i wysokim poziomem kompulsywności przystosowawczej, co z kolei prowadzi do trudności tożsamościowych w wypełnianiu ról społecznych (Goffman, 2000).

Osoby nieprzystosowane społecznie w toku swojego społecznego rozwoju mają do czynienia ze zjawiskiem dysonansu poznawczego, polegającym na występujących rozbieżnościach poznawczych wytwarzających u nich stan psychicznego dyskomfortu (Festinger, 1957, Jones, 1990). Rozbieżności poznawcze występujące u wymienionej kategorii osób uwarunkowane są z jednej strony ich zubożałą i na ogół jednostronną socjalizacją, z drugiej zaś wynikającymi z konieczności

i jednocześnie potrzeby próbami funkcjonowania w rolach społecznych, a więc w konsekwencji tworzeniem realizowaniem i wypełnianiem nowymi treściami tożsamościowymi tych ról. Dyskomfort ten jest redukowany poprzez działania mające na celu zmianę elementów poznawczych wchodzących w skład ich wiedzy takich jak: przekonania, uczucia względem własnej osoby, uczucia względem innych osób, postawy.

Cechujący młode osoby wykluczone społecznie niski poziom zróżnicowania obrazu własnej osoby powoduje, że próby redukcji dyskomfortu psychicznego powstałego w wyniku działania mechanizmu dysonansu poznawczego ograniczają się do nikłego repertuaru środków umożliwiających wspomnianą redukcję, a więc nieelastycznych, usztywnionych i ubogich sposobów wypełniania podejmowanych ról, co z kolei skutkuje ich zubożałymi i na ogół społecznie nie akceptowanymi, fragmentarycznymi tożsamościami.

Można stwierdzić, że efekty dysonansu poznawczego występują przede wszystkim w sytuacjach zagrożenia potrzeby postrzegania siebie jako osoby kompetentnej, moralnej i racjonalnej (Aronson, Wilson T.D. Akert R.M 1997). Takimi sytuacjami w przypadku nieletnich będzie wielkość ich relacji interpersonalnych związanych ze szkolną edukacją, oraz kontaktami z osobami reprezentującymi szersze kręgi społeczne.

Młodzież nieprzystosowana społecznie, w toku swojej negatywnej socjalizacji zostaje wyposażona w kompetencje, określony system wartości i sposoby rozwiązywania sytuacji problemowych. Dlatego też trudno mówić w środowiskach i kręgach społecznych tych osób o powstających efektach dysonansu poznawczego i wynikających z niego zaburzeń adekwatnego obrazu własnej osoby. Te wszystkie wymienione kategorie pozostają na ogół w opozycji do kompetencji, wartości i sposobów rozwiązywania problemów przez osoby poddane poprawnej socjalizacji. Dlatego mechanizm dysonansu poznawczego może jedynie zafunkcjonować w momencie przemieszania obu środowisk, a mówiąc inaczej w momencie, gdy opisywane osoby wejdą w bliższe i głębsze relacje osobowe z osobami odmiennie i poprawnie zsocjalizowanymi. Wówczas istnieje szansa podwyższenia u nich poziomu różnicowania własnego Ja i w ten sposób doprowadzenia do kreowania bardziej wyspecjalizowanych parametrów tożsamości, mogących wypełniać treścią aprobowane społecznie role.

Autoprezentacje młodzieży nieprzystosowanej społecznie mają na ogół nieadekwatny sytuacyjny charakter oraz są ubogie w treści wyrażania własnego Ja. Ich podstawowym wyznacznikiem są cele wyznaczone z jednej strony przez kierunki realizacji potrzeb, z drugiej zaś sposoby realizacji zakładanych celów uwarunkowane cechami doświadczeń socjalizacyjnych. Osiąganie celów odbywa się dzięki skryptom i planom. Są one reprezentacjami poznawczymi mającymi za zadanie doprowadzić do realizacji działania celowego, przy czym skrypty są zawczasu sformułowane, a plany dotyczą rozwiązania bardziej skomplikowanych sytuacji problemowych.

Kontakty międzyludzkie wymagają podtrzymywania i prezentowania względnie spójnej tożsamości. Społeczne interakcje, w których bierze udział również młodzież wymagają od niej zachowań zgodnych z rolami społecznymi. Młodzież wykazująca syndrom nieprzystosowana społecznie posiada skrypty, które są ściśle powiązane z ich wizerunkiem tożsamości. Stąd też nie potrafi lub nie ma możliwości wypełniać akceptowaną treścią wymagane od niej role. Modelowanie zarówno celów, dążeń, skryptów i planów tej kategorii młodzieży w ramach metod stosowanych w procesie resocjalizacji jest jednym z zasadniczych motywów podejmowanych oddziaływań.

Erving Goffman zauważył, że warunkiem istnienia interakcji społecznych jest konstruowanie przez ludzi publicznych wymiarów ich tożsamości. Tak więc społeczne parametry tożsamości umożliwiają kontakty interpersonalne i tworzą ramy kreowanych ról życiowych. Dotyczy to w takim samym stopniu osób tak zwanych „normalnych” jak i wykazujących daleko idące zaburzenia w zachowaniach i postawach społecznych. Krańcowo odmienne będą tylko wewnętrzne i zewnętrzne czynniki i mechanizmy uruchamiające schematy strukturalne parametrów tożsamościowych obu kategorii ludzi. Osoby nieprzystosowane społecznie podejmują swoje autoprezentacje z kilku powodów: w celu ochrony poczucia własnej wartości lub podwyższenia własnej wartości, ukształtowania wartościowych z ich punktów widzenia relacji interpersonalnych, zaspakajających ich potrzeby psychologiczne, w celu wywierania manipulacyjnego wpływu na otoczenie, potwierdzające ich domniemane znaczenie społeczne, w celu podtrzymywania i tworzenia własnej tożsamości lub niektórych ich cech (por. Leary i Kowalski, 1990, Goffman, 2005, Szmajke, 1999).

Można przyjąć, że forma i treści ról pełnionych przez młodzież nieprzystosowaną społecznie jest wypadkową sytuacji społecznych w których oni uczestniczą, oraz sposobów i form ich autoprezentacji. W ten sposób parametry tożsamościowe (zbiory charakterystycznych cech Ja indywidualnego i społecznego) uniemożliwiają im poprawne i akceptowane funkcjonowanie w rolach i doprowadzają do zawężenia kręgu ich kontaktów, oraz zminimalizowania poziomu jakościowego relacji interpersonalnych.

Analizując zjawisko kreowania parametrów tożsamości osób nieprzystosowanych społecznie, powinniśmy to zagadnienie uwzględnić w kategoriach norm autoprezentacyjnych. Mogą mieć one charakter preskryptywny czyli nakazujący jakiego rodzaju wrażenie należy wywierać na otoczeniu społecznym i charakter restrykcyjny, ograniczający zakres i treści autoprezentacji (Leary, 2004). Istotną rolę w kształtowaniu się zarówno umiejętności identyfikowania społecznych kontekstów funkcjonowania norm autoprezentacyjnych jak i stosunku do nich, odgrywiają procesy socjalizacyjne. Można przyjąć, że osoby stosujące się do norm autoprezentacyjnych przeszły prawidłowy proces socjalizowania i osiągają efekty w postaci postrzegania ich wizerunku zgodnie z ich intencjami. Natomiast jednostki wadliwie socjalizowane mają problemy z identyfikacją tej kategorii norm a ich wizerunek jest nieintencjonalny.

Normy autoprezentacyjne, czyli *kontekstowe wzory sposobów wywierania wrażenia społecznego* uzależnione są od wielu czynników. Do najważniejszych z nich możemy zaliczyć kulturę dominującą w danym typie środowiska, warunki cywilizacyjne i społeczne, obowiązujące normy prawne, wpływy religijne i światopoglądowe, oraz aktualną ideologię polityczną. Są to więc te kategorie, które należą do tradycyjnych sfer zainteresowania pedagogiki. Kształtowanie i wizualizacja parametrów tożsamości wynika w dużej mierze z tych ograniczeń i uwarunkowań. Stąd proces ten ma charakter działań kontekstowych, biorących pod uwagę zależności kulturowo – społeczne i wynikające z nich konsekwencje.

W środowiskach podkulturowych i patologicznych występuje zjawisko agresji zwrotnej. Polega ono na przywoływaniu przez daną osobę reakcji agresywnych będących konsekwencją sposobu wywierania na nią wrażenia przez inną osobę. Tego rodzaju wzajemność relacji uwarunkowana jest socjalizacyjnymi wzorcami zachowań i ma na celu odwrócenie wywieranego wrażenia, jest więc pewnego rodzaju manipulacją autoprezentacyjną (ty chcesz mnie zdominować to ja zdominuję ciebie). Jak wynika z badań opisywane reakcje prezentacyjne występują częściej w środowiskach akceptujących posługiwanie się agresją jako narzędziem manipulacji wrażeniami (środowiska patologiczne i przestępcze) niż w środowiskach nie akceptujących tego rodzaju technik (tak zwane normalne środowiska społeczne). Wiąże się to z uwarunkowaniami wadliwego procesu socjalizacyjnego, wyposażającego człowieka w sposoby zaspakajania potrzeb, oraz nagradzającego postępowania powszechnie uważane za naganne i patologiczne, w tym również jego taktyki atrybucyjne.

Na ogół prezentowany przez ludzi ich publiczny wizerunek nie odbiega zasadniczo od ich „prawdziwego” Ja. Każde Ja indywidualne jest przez wszystkie osoby w pewnym sensie chronione. Dotyczy to w równej mierze tak zwanych „normalnych” ludzi jak i dewiantów. Z tego powodu, być może dla realizacji zamierzonych celów, przestępcy często przyjmują pseudonimy, aby pod maską „innej” tożsamości ukryć choć trochę te swoje cechy, które nie pasują do realizowanego zadania. Zachodzący związek wzajemnego wpływu pomiędzy ich Ja indywidualnym a jego społecznym odbiorem powoduje, że mimowolnie modyfikują się parametry tożsamościowe wspomnianych osób. Od tego w sferze jakich wpływów będą pozostawali młodzi ludzie zależy nie tylko ich wizerunek publiczny ale przede wszystkim cechy ich Ja.

Wydaje się, że ta prawidłowość stanowi również niepowtarzalną szansę na modyfikację metod pracy pedagogicznej będących w rejestrze oddziaływań resocjalizacyjnych. W zależności od tego jaki repertuar technik i środków metodycznych zastosujemy, możemy uzyskać dwa rodzaje efektów. Pierwszy będzie wynikiem procesu modyfikowania istniejącej tożsamości kształtującej negatywny wizerunek społeczny osoby wychowanka, drugi zaś rezultatem procesu kreowania nowych, konstruktywnych dla jego publicznego wizerunku parametrów.

Następujący w konsekwencji proces destygmatyzacji jednostki a w dalszej konsekwencji również jej środowiska, będzie więc polegał na swoistym „nakładaniu” (przyswajaniu) przez

jednostkę nowych kostiumów tożsamościowych, a nie jak to się dotychczas często próbowało czynić wyłącznie próbami ich „zdejmovania” (dekompletowania). Na marginesie można sądzić, że owo „dekompletowanie tożsamościowe” powstające w procesie przede wszystkim resocjalizacji instytucjonalnej (zakłady karne, schroniska dla nieletnich i zakłady poprawcze) jest jedną z głównych przyczyn braku trwałości i skuteczności oddziaływań w tym zakresie.

Ta zasadnicza różnica w podejściu do opisanego problemu znajduje swoje uzasadnienie we współczesnych badaniach i stanowi podstawę teoretycznych i metodycznych poszukiwań współczesnej resocjalizacji (Urban, 2005, Konopczyński, 2006, 2014, Ambrozik, 2016). Oba procesy, a więc umiejętnego modyfikowania zastanych tożsamości i uzupełniania ich o nowe parametry (kompetencje) zazwyczaj przeplatają się i uzupełniają wzajemnie, tworząc przestrzeń rozwoju osobowego i społecznego. Treścią tej przestrzeni, a więc podstawą i podmiotem oddziaływań wychowawczych jest wspomaganie rozwoju potencjałów młodzieży pozostającej w polu zainteresowania pedagogiki resocjalizacyjnej przede wszystkim poprzez stymulowanie rozwoju jej strukturalnych czynników procesów poznawczych i twórczych.

W ramach opisanych powyżej refleksji, mieści się koncepcja twórczej resocjalizacji jako nowy kierunek rozwoju teorii i praktyki resocjalizacyjnej.

Koncepcja twórczej resocjalizacji różni się w pięciu zasadniczych kwestiach od dotychczasowych, tradycyjnych sposobów rozumienia istoty wychowania resocjalizacyjnego, wynikającego z założeń pedagogiki resocjalizacyjnej. Jej zasadniczym przesłaniem jest traktowanie procesu resocjalizacji jako procesu rozwoju osobowego i społecznego jednostki a nie jako procesu korekcyjnego, psychokorekcyjnego czy socjokorekcyjnego.

Po pierwsze więc, określa resocjalizację jako proces rozwijania i kreowania potencjałów, a nie jak to się przyjęło, korektywną zmianę parametrów społecznych i osobowych nieletnich. Po drugie, traktuje nieprzystosowanie społeczne jako problem wadliwie ukształtowanej tożsamości, a nie wadliwych postaw, nie akceptowania i przestrzegania norm społecznych, nieadekwatnych postaw, przekonań i nastawień. Po trzecie, celem resocjalizacji jest w istocie wykreowanie nowych parametrów tożsamościowych wychowanków, a nie tylko jak do tej pory korektywna zmiana przekonań, nastawień i preferencji aksjologicznych czy form reakcji, zachowań, postaw i ról społecznych. Po czwarte, środkiem do tego celu jest rozwój strukturalnych czynników i mechanizmów procesów twórczych nieletnich, a nie zamiana jednych wadliwych form funkcjonowania innymi, akceptowanymi społecznie, która odbywa się to poprzez wychowawczą korekcję, psychokorekcję, socjomodyfikację, czy inne sposoby antropotechnicznych oddziaływań wychowawczych. Po piąte wreszcie, proponowanym sposobem, a więc metodą osiągnięcia tego celu jest resocjalizowanie poprzez metodyczną działalność kulturotwórczą.

Twórcza resocjalizacja nastawiona jest na wykorzystanie tkwiących w człowieku potencjałów kreacyjnych w celu adekwatnego readaptowania go do warunków społecznych, by mógł on

w innowacyjny, ale akceptowalny społecznie sposób, rozwiązywać sytuacje problemowe. Stosowane metody twórczej resocjalizacji takie jak: teatr resocjalizacyjny, resocjalizacja poprzez aktywność sportową oraz metody wspomagające: drama, muzykoterapia, plastykoterapia itp. nie są celem samym w sobie a jedynie narzędziami metodycznymi umożliwiającymi osiągnięcie zaplanowanego celu jakim jest rozwój struktur poznawczych i twórczych osób nieprzystosowanych społecznie, a poprzez to z jednej strony zmiana treści i struktury informacyjnej skryptów poznawczych i atrybucji, z drugiej zaś rozwijanie potencjałów umożliwiających wypełnianie nową treścią i formą alternatywne role społeczne do których pełnienia przygotowuje tak rozumiana działalność resocjalizacyjna. W ten właśnie sposób powstaje i konstytuuje się proces przemiany tożsamościowej „eksdewiantów”, rozumiany jako zmiana funkcjonalnego sposobu postrzegania samego siebie i swoich priorytetów życiowych w kontekście ich społecznego odbioru.

Współczesny naukowy dorobek polskiej i światowej myśli resocjalizacyjnej wykraczający poza typowe schematy behawioralne składa się na pewną zauważalną intencjonalną wizję wychowania. W dużym uproszczeniu można określić ją wizją potencjalności, rozumianą z jednej strony jako celowo przewidywany czy zaprogramowany rozwój jednostkowy i społeczny polegający na przemianach tożsamościowych inspirowanych czy wręcz implikowanych posiadanymi potencjałami, z drugiej natomiast jako proces potencjalny a więc możliwy do realizacji czy wręcz nieodzowny wychowawczo.

Wizja ta wiąże się bezpośrednio z pojęciem determinantów rozwoju parametrów „Ja” indywidualnego i „Ja” społecznego (bądź uwarunkowań blokad w tym rozwoju), a więc kluczowymi pojęciami dla współczesnych nauk społecznych. Przede wszystkim jednak źródłem owego rozwoju wizja ta upatruje w społecznych i ludzkich potencjałach, a więc naturalnych endogennych i egzogennych siłch drzemających w człowieku i jego społecznym otoczeniu.

Możemy zatem powiedzieć, że w wymiarze teoretycznym, metodologicznym i metodycznym współczesna myśl resocjalizacyjna w miejsce eliminowania i korekty nieakceptowanych form funkcjonowania nieletniego wprowadza rozwojowe kreowanie jego tożsamości osobowej i społecznej w kontekście kreowania społecznego otoczenia.

Współczesna resocjalizacja dążąc do zrównywania szans socjalizacyjnych, edukacyjnych i środowiskowych dzieci i młodzieży pochodzących ze środowisk zagrożonych wykluczeniem społecznym, kulturowym i ekonomicznym z ich rówieśnikami ze środowisk „większych szans”, dostrzega wyraźnie potrzebę redefinicji jej podstawowych założeń koncepcyjnych.

Misją i funkcją placówek resocjalizacyjnych dla nieletnich jakimi są między innymi młodzieżowe ośrodki wychowawcze, jest przygotowanie wychowanków do samodzielnego, kreatywnego i odpowiedzialnego życia w środowisku pozainstytucjonalnym. Temu celowi powinno być podporządkowana infrastruktura placówki, jej system organizacyjny oraz stosowane metody pracy edukacyjno-wychowawczej. Sposobem uzyskania takiego efektu jest wprowadzenie instytucjonalnej

filozofii ukierunkowanej na proces permanentnego usamodzielniania wychowanka poprzez rozwój jego potencjałów (talentów, predyspozycji, uzdolnień, zainteresowań, umiejętności, kompetencji itp.) od samego początku jego pobytu w placówce, w miejsce dotychczasowego procesu wielozakresowego opiekowania się nim i regulaminowego „sterowania” jego zachowaniami.

Podstawową metodą pracy powinno być diagnozowanie potencjałów i na tej bazie ich metodyczne pogłębianie i poszerzanie w oparciu o proces pozainstytucjonalnego uspołeczniania. Wymaga to z jednej strony daleko idącego otworzenia się placówek na środowisko pozainstytucjonalne, z drugiej zaś zmiany formuły pracy metodycznej, której istotą powinno być dążenie do wspierania rozwoju poznawczego i twórczego wychowanków oraz wdrażanie ich w pozainstytucjonalne kontakty społeczne poprzez permanentne dostarczanie i organizowanie pozytywnych „sytuacji uczących” w środowisku otwartym.

Placówki resocjalizacyjne dla nieletnich powinny uwzględniać następujące podstawowe zasady pracy wychowawczej i edukacyjnej: zasada poszanowania godności wychowanka, zasada respektowania praw wychowanka, zasada prywatności wychowanka, zasada przyjaznej komunikacji z wychowankiem, zasada wspierania kreatywnej aktywności wychowanka, zasada poszanowania wysiłku wychowanka, zasada odpowiedzialności wychowanka za swoje postępowanie, zasada kooperacji i współpracy opartej na rozumieniu potrzeb rozwojowych wychowanka, zasada współodpowiedzialności wszystkich pracowników za rozwój potencjałów wychowanka, zasada kreatywność działań wychowawczych i edukacyjnych, zasada usprawniania warunków i organizacji instytucji w celu wspierania rozwoju potencjałów wychowanka, zasada jawności działań wychowawczych i edukacyjnych, zasada otwartości na środowisko pozainstytucjonalne.

Jak wynika z badań naukowych, klimatem społecznym dominującym w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych jest klimat kontrolująco-restrykcyjny (Staniaszek, 2014). Klimat ten jest najmniej korzystny dla procesu resocjalizacji nieletnich rozumianego jako podejmowanie określonych działań metodycznych wspierających rozwój wychowanków i uwzględniający posiadane przez nich potencjały oraz współkreowanie otoczenia społecznego. Młodzieżowe ośrodki wychowawcze są w obecnym kształcie przykładem instytucji totalnej. Instytucje takie wg E. Goffmana, charakteryzują się między innymi ograniczeniem przestrzeni, intymności i swobody, nadmierną kontrolą zewnętrzną, przejęciem odpowiedzialności za podopiecznych, standaryzacją i depersonalizacją podopiecznych, oraz wtórnym przystosowaniem instytucjonalnym z powodu głównie stosowania systemu kar i nagród w relacjach z podopiecznymi.

Polski instytucjonalny system resocjalizacji nieletnich oparty jest na filozofii przestarzałych koncepcji teoretycznych, organizacyjnych i metodycznych, niewątpliwie nieprzystających zarówno do współczesnych rozwiązań pedagogicznych, a przede wszystkim do dynamicznych zmian aksjologicznych i kulturowo-społecznych.

Próby „odgórnej” modyfikacji systemu instytucji resocjalizacyjnych przez ostatnie 30 lat sprostawały się w zasadzie do fragmentarycznych korekt formalno-prawnych i organizacyjnych, wymuszonych albo ogólniejszymi zmianami legislacyjnym albo nadzwyczajnymi wypadkami zauważonymi przez media i nie miały ani charakteru systemowego ani nie wprowadziły zmiany filozofii funkcjonowania placówek a więc jej misji merytorycznej a poprzez to sposobów pracy wychowawczej z podopiecznymi.

Niestety nadal istota pracy placówek resocjalizacyjnych w Polsce polega głównie na adaptowaniu i przystosowywaniu podopiecznych do życia w placówce, a „wychowawczym” narzędziem jest system kar i nagród regulaminowych. Owo „siłowe” adaptowanie i przystosowywanie do sztywnych reguł regulaminowych obowiązujących w placówce połączone z ograniczaniem społecznych kontaktów zewnętrznych niesie ze sobą dwojakie konsekwencje: uczy wychowanków konformizmu w ramach tzw. „fałszywej socjalizacji instytucjonalnej”, oraz pozbawia ich umiejętności i kompetencji funkcjonowania w środowisku otwartym.

Podopieczni placówek wychowawczych nabywają w trakcie pobytu w instytucji resocjalizacyjnej parametry tożsamościowe, które można określić jako parametry tożsamości „wychowanka” a nie tożsamości młodego człowieka (adolescenta). Z tego też powodu na ogół nie potrafią po opuszczeniu placówki funkcjonować w powszechnie akceptowanych rolach życiowych i społecznych, gdyż w trakcie pobytu w niej nie są socjalizowani do tych ról (roli chłopca lub dziewczyny, kolegi lub koleżanki, mężczyzny lub kobiety, męża lub żony, ojca lub matki, pracownika, młodego obywatela itp.).

Zauważalne są również wyraźne dysproporcje i różnice natury infrastrukturalnej, organizacyjnej i metodycznej między poszczególnymi placówkami. Dlatego też istnieje pilna potrzeba określenia ich nowej roli merytorycznej i systemowej poprzez wprowadzenie odpowiednich standardów⁹⁵.

⁹⁵ Całość ekspertyzy prof. M. Konopczyńskiego dostępna jest na stronie internetowej pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/kmp-opinie-eksperckie>

Załącznik 1. Lista placówek wizytowanych przez KMPT w latach 2017-2018 w ramach monitoringu sytuacji nieletnich z zaburzeniami psychicznymi i intelektualnymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i placówkach resocjalizacyjnych:

1. Oddział Psychiatryczny dla Dzieci w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie;
2. Oddział Psychiatryczny dla Młodzieży w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie;
3. Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. Dr Wł. Biegańskiego w Grudziądzu;
4. Oddział Kliniczny VI Psychiatrii Młodzieży Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. L. Rydygiera w Toruniu;
5. Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu (oddział dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu);
6. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. dr Józefa Bednarza w Świeciu (oddział dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu);
7. Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim (oddział dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu);
8. Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie (maksymalne zabezpieczenie);
9. Niepubliczny Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Pogroszynie;
10. Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy Księży Orionistów w Warszawie (ul. Barska);
11. Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy nr 3 w Łodzi;
12. Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Kolonii Szczerbackiej;
13. Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy dla Dziewcząt Niedostosowanych Społecznie we Wrocławiu (Pl. Grunwaldzki);
14. Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Gostchorzy;
15. Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy nr 2 w Warszawie (ul. Strażacka);
16. Salezjański Ośrodek Wychowawczy w Trzciancu;
17. Zakład Poprawczy w Świeciu;
18. Zakład Poprawczy w Sadowicach;
19. Zakład Poprawczy w Witkowie;
20. Zakład Poprawczy w Tarnowie.

Załącznik 2. System warunkowania (wzmocnień i konsekwencji) obowiązujący w KOPSN

Wzmocnienia pozytywne	Standard	Konsekwencje negatywne
oglądanie TV w czasie dodatkowo wyznaczonym	dostęp do TV w dni powszednie, w czasie wolnymi h	odebranie możliwości oglądania TV
oglądanie TV w czasie dodatkowo wyznaczonym	dostęp do TV – 2 h w czasie wolnym w sobotę i dni wolne od nauki	ograniczenie lub odebranie możliwości dostępu do TV, w sobotę i dni wolne od nauki
oglądanie filmów na DVD, z projektora bądź innego sprzętu
słuchanie muzyki w czasie dodatkowo wyznaczonym	słuchanie muzyki 1 h na czasie wolnym w jeden dzień w tygodniu – w okresie wakacji i ferii 1 h dziennie.	ograniczenie słuchania muzyki
.....	słuchanie muzyki z własnego sprzętu zgodnie z systemem wzmocnień
możliwość korzystania z książek i czasopism zakupionych zgodnie z zainteresowaniami pacjenta.	dostęp do biblioteki, czasopism	ograniczenie korzystania za zniszczenie, bądź uszkodzenie książki, czasopisma
dostęp do komputera:
nadanie funkcji: bibliotekarz, kapitan drużyny, organizator zajęć, prowadzenie społeczności.	dyżurny – funkcje wynikające z organizacji życia ośrodka	utrata, odebranie funkcji
upublicznienie: gazeta, gablotka, sesja zdjęciowa, dyplom, rozmowa z p. dyrektorem, pochwała	informacje zwrotne indywidualne i grupowe przez cały personel na bieżąco	nagana publiczna lub indywidualna
pochwała do rodziców, kuratora, opiekunów;	informacje dla rodziców, kuratora, opiekunów o zachowaniu, postępach pacjenta	informacja o negatywnych zachowaniach
uczestnictwo w dodatkowych zajęciach terapeutycznych zgodnie z zainteresowaniami – wybór tematyki zajęć	udział w zajęciach wg planu – proponowanie tematyki zajęć	wyłączenie lub ograniczenie uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych
dodatkowy spacer w czasie wolnym;	spacer zgodnie z planem dnia;
udział w zespołowych grach sportowych w czasie dodatkowo wyznaczonym a) mecze piłkarskie z personelem KOPSN (bonusy)	udział w zespołowych grach sportowych w ramach zajęć sportowych	okresowy zakaz uczestnictwa w zespołowych grach sportowych a) wykluczenie z uczestnictwa w meczach z personelem KOPSN (bonusów)
wybór zajęć w dodatkowo wyznaczonym czasie wolnym	planowanie czasu wolnego przez pacjentów	ograniczenie możliwości wyboru zajęć w czasie wolnym
wybór najlepszych prac i ekspozycja w pracowni terapii zajęciowej – przygotowanie wernisażu	ekspozycja bieżących prac w pracowni terapii zajęciowej

Wzmocnienia pozytywne	Standard	Konsekwencje negatywne
możliwość otrzymania dla siebie lub dla innej osoby, pracy wykonanej własnoręcznie w pracowni terapii zajęciowej	otrzymywanie ustalonej ilości prac okolicznościowych wykonanych własnoręcznie w pracowni terapii zajęciowej	okresowy zakaz otrzymywania prac z pracowni terapii zajęciowej
organizacja imprez dodatkowych, w tym proponowanych przez pacjentów	udział w rytuałach ośrodkowych	wykluczenie z uczestnictwa w imprezach dodatkowych
otrzymywanie dodatkowych materiałów piśmienniczych, znaczków i kopert, maskotek, materiałów z Internetu, czasopism itp. zgodnie z zainteresowaniami	korzystanie z materiałów niezbędnych do przeprowadzenia zajęć terapeutycznych	okresowy zakaz otrzymywania dodatkowych materiałów piśmienniczych, maskotek, materiałów z Internetu, czasopism itp.
korzystanie z dodatkowych kosmetyków i środków pielęgnacyjnych	korzystanie z własnych środków higieny osobistej	okresowy zakaz korzystania z dodatkowych kosmetyków i środków pielęgnacyjnych (nie będących własnością pacjenta)
wcześniejsze otrzymanie własnych ubrań przed zakończeniem okresu adaptacyjnego	chodzenie w ubraniach ośrodkowych przez pierwszy okres pobytu	okresowa utrata możliwości korzystania z własnych ubrań, na rzecz ubrań ośrodkowych
wspólne spędzenie czasu z wybraną osobą z personelu na dodatkowych zajęciach np. spacer	uczestnictwo w zajęciach i posiłkach razem z grupą	ograniczenie kontaktu z grupą: samotny posiłek, wyjście, wcześniejsza cisza nocna
otrzymywanie ośrodkowych artykułów spożywczych i odzieżowych	otrzymywanie osobistych paczek, w tym artykułów spożywczych z paczki	okresowy zakaz otrzymywania ośrodkowych artykułów spożywczych i odzieżowych
.....	korzystanie z własnych rzeczy osobistych takich jak płyty, książki zdjęcia itp., po ich sprawdzeniu
.....	korzystanie z wyposażenia ośrodka przeznaczonego dla pacjentów
pomoc przy czynnościach fachowych związanych z utrzymaniem miejsc zajęć	udział w przygotowaniu miejsca, w którym odbywają się zajęcia	okresowy zakaz udziału w czynnościach fachowych związanych z utrzymaniem miejsc zajęć
możliwość zaproponowania umów, pozwalających zdobyć wybrane wzmocnienie po określonej zmianie w zachowaniu	zawieranie umów dotyczących zmiany zachowania w ramach przygotowanego programu terapii	okresowa niemożność zawierania proponowanych umów

Załącznik 3. Dziecko – zdrowie – tortury, nieludzkie, poniżające traktowanie – wykaz wybranych standardów międzynarodowych

DEKLARACJA PRAW DZIECKA⁹⁶

Zasada 2

Dziecko korzysta ze szczególnej ochrony, a ustawodawstwo i inne środki stworzą mu wszelkie możliwości i ułatwienia dla zdrowego i normalnego rozwoju fizycznego, umysłowego, moralnego, duchowego i społecznego, w warunkach wolności i godności. Wydawane w tym celu ustawy powinny mieć na względzie przede wszystkim dobro dziecka.

Zasada 5

Dziecko upośledzone pod względem fizycznym, umysłowym lub społecznym należy traktować, wychowywać i otaczać szczególną opieką, z uwzględnieniem jego stanu zdrowia i warunków życiowych.

Zasada 6

Do harmonijnego rozwoju swej osobowości dziecko potrzebuje miłości i zrozumienia. W miarę możliwości powinno ono rosnąć pod ochroną i odpowiedzialnością rodziców, a w każdym razie w atmosferze życzliwości oraz bezpieczeństwa moralnego i materialnego; w pierwszych latach życia nie wolno dziecka oddzielać od matki, chyba że chodzi o wypadki wyjątkowe. Społeczeństwo i władze państwowe powinny otaczać szczególną opieką dzieci nie mające rodziny albo nie mające dostatecznych środków na utrzymanie. Zaleca się udzielanie pomocy finansowej, państwowej lub innej wielodzietnym rodzinom na utrzymanie dzieci.

MIĘDZYNARODOWY PAKT PRAW OBYWATELSKICH I POLITYCZNYCH⁹⁷

Artykuł 7

Nikt nie będzie poddawany torturom lub okrutnemu, nieludzkiemu albo poniżającemu traktowaniu lub karaniu. W szczególności nikt nie będzie poddawany, bez swej zgody swobodnie wyrażonej, doświadczeniom lekarskim lub naukowym.

⁹⁶ Deklaracja została uchwalona przez Zgromadzenie Ogólne ONZ dnia 20 listopada 1959 r.

⁹⁷ Pakt został uchwalony w wyniku konferencji ONZ w Nowym Jorku, na mocy rezolucji Zgromadzenia Ogólnego nr 2200A (XXI), otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. Polska ratyfikowała Pakt dnia 3 marca 1977 r. Tekst został opublikowany w Dzienniku Ustaw z 1977 r. Nr 38, poz. 167

Artykuł 24

1. Każde dziecko, bez żadnej dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, płeć, język, religię, pochodzenie narodowe lub społeczne, sytuację majątkową lub urodzenie, ma prawo do środków ochrony, jakich wymaga status małoletniego, ze strony rodziny, społeczeństwa i Państwa. (...).

KONWENCJA O PRAWACH DZIECKA z 1989 r.⁹⁸

Artykuł 19

1. Państwa–Strony będą podejmowały wszelkie właściwe kroki w dziedzinie ustawodawczej, administracyjnej, społecznej oraz wychowawczej dla ochrony dziecka przed wszelkimi formami przemocy fizycznej bądź psychicznej, krzywdy lub zaniedbania bądź złego traktowania lub wyzysku, w tym wykorzystywania w celach seksualnych, dzieci pozostających pod opieką rodzica(ów), opiekuna(ów) prawnego(ych) lub innej osoby sprawującej opiekę nad dzieckiem.

Artykuł 23

Państwa–Strony uznają, że dziecko psychicznie lub fizycznie niepełnosprawne powinno mieć zapewnioną pełnię normalnego życia w warunkach gwarantujących mu godność, umożliwiających osiągnięcie niezależności oraz ułatwiających aktywne uczestnictwo dziecka w życiu społeczeństwa.

1. Państwa–Strony uznają prawo dziecka niepełnosprawnego do szczególnej troski i będą sprzyjały oraz zapewniały, stosownie do dostępnych środków, rozszerzanie pomocy udzielanej uprawnionym do niej dzieciom oraz osobom odpowiedzialnym za opiekę nad nimi. Pomoc taka będzie udzielana na wniosek tych osób i będzie stosowna do warunków dziecka oraz sytuacji rodziców lub innych osób, które się nim opiekują.
2. Uznając szczególne potrzeby dziecka niepełnosprawnego, pomoc, o której mowa w ustępie 2 niniejszego artykułu, będzie udzielana bezpłatnie tam, gdzie jest to możliwe, z uwzględnieniem zasobów finansowych rodziców bądź innych osób opiekujących się dzieckiem, i ma zapewnić, aby niepełnosprawne dziecko posiadało skuteczny dostęp do oświaty, nauki, opieki zdrowotnej, opieki rehabilitacyjnej, przygotowania zawodowego oraz możliwości rekreacyjnych, realizowany w sposób prowadzący do osiągnięcia przez dziecko jak najwyższego stopnia zintegrowania ze społeczeństwem oraz osobistego rozwoju, w tym jego rozwoju kulturalnego i duchowego.
3. Państwa–Strony będą sprzyjać, w duchu współpracy międzynarodowej, wymianie odpowiednich informacji w zakresie profilaktyki zdrowotnej oraz leczenia medycznego, psychologicznego i funkcjonalnego dzieci niepełnosprawnych, w tym rozpowszechnianiu i umożliwianiu dostępu do informacji dotyczących metod rehabilitacji oraz kształcenia i przygotowania zawodowego, w celu umożliwienia Państwom–Stronom

⁹⁸ Konwencja została przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r., Polska ratyfikowała Konwencję 30 kwietnia 1991 r. Tekst został ogłoszony w Dzienniku Ustaw z 1991r. Nr 120, poz. 526.

poprawy ich możliwości i kwalifikacji oraz w celu wzbogacenia ich doświadczeń w tych dziedzinach. W związku z tym potrzeby krajów rozwijających się będą uwzględniane w sposób szczególny.

Artykuł 24

1. Państwa–Strony uznają prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. Państwa–Strony będą dążyły do zapewnienia, aby żadne dziecko nie było pozbawione prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej.
2. Państwa–Strony będą dążyły do pełnej realizacji tego prawa, a w szczególności podejmą niezbędne kroki w celu: (...) zapewnienia udzielania koniecznej pomocy oraz opieki zdrowotnej wszystkim dzieciom, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej; zwalczania chorób i niedożywienia, w tym – w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (...).
3. Państwa–Strony będą podejmowały wszelkie właściwe i skuteczne kroki na rzecz zniesienia tradycyjnych praktyk przynoszących szkodę zdrowiu dziecka.

Artykuł 25

Państwa–Strony uznają prawo dziecka, umieszczonego przez kompetentne władze w zakładzie w celach opieki, ochrony bądź leczenia w zakresie zdrowia fizycznego lub psychicznego, do okresowego przeglądu leczenia dziecka i wszelkich innych okoliczności odnoszących się do jego umieszczenia w zakładzie.

Artykuł 37

Państwa–Strony zapewnią, aby:

- a) żadne dziecko nie podlegało torturowaniu bądź okrutnemu, nieludzkiemu czy poniżającemu traktowaniu lub karaniu (...);
- b) żadne dziecko nie zostało pozbawione wolności w sposób bezprawny lub arbitralny. Aresztowanie, zatrzymanie lub uwięzienie dziecka powinno być zgodne z prawem i może być zastosowane jedynie jako środek ostateczny i na możliwie najkrótszy czas;
- c) każde dziecko pozbawione wolności było traktowane humanitarnie i z poszanowaniem wrodzonej godności jednostki ludzkiej, w sposób uwzględniający potrzeby osoby w danym wieku. W szczególności każde dziecko pozbawione wolności zostanie odseparowane od osób dorosłych, jeśli tylko rozwiązanie odwrotne nie będzie uznane za zgodne z najwyższym dobrem dziecka, oraz będzie miało prawo utrzymywać kontakty ze swoją rodziną poprzez korespondencję i wizyty, z wyłączeniem sytuacji wyjątkowych;
- d) każde dziecko pozbawione wolności miało prawo do uzyskania niezwłocznego dostępu do prawnej lub innej odpowiedzialnej pomocy, jak również prawo do kwestionowania legalności pozbawienia go wolności przed sądem lub inną kompetentną, niezawisłą i bezstronną władzą oraz domagania się uzyskania szybkiej decyzji w tej sprawie.

Artykuł 39

Państwa-Strony będą podejmowały wszelkie właściwe kroki dla ułatwienia przebiegu rehabilitacji fizycznej i psychicznej oraz reintegracji społecznej dziecka, które padło ofiarą jakiegokolwiek formy zaniedbania, wyzysku lub wykorzystania, torturowania lub jakiegokolwiek innej formy okrutnego, nieludzkiego czy poniżającego traktowania albo karania bądź konfliktu zbrojnego. Taka rehabilitacja czy reintegracja przebiegać będzie w środowisku, które sprzyja zdrowiu, zapewnieniu własnego szacunku i godności dziecka.

KONWENCJA O PRAWACH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH⁹⁹

Artykuł 7

1. Państwa Strony podejmą wszelkie niezbędne środki w celu zapewnienia pełnego korzystania przez niepełnosprawne dzieci ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności, na zasadzie równości z innymi dziećmi.
2. We wszystkich działaniach dotyczących dzieci niepełnosprawnych należy przede wszystkim kierować się najlepszym interesem dziecka.
3. Państwa Strony zapewnią niepełnosprawnym dzieciom prawo swobodnego wyrażania poglądów we wszystkich sprawach ich dotyczących, przyjmując je z należytą uwagą, odpowiednio do wieku i dojrzałości dzieci, na zasadzie równości z innymi dziećmi oraz zapewnią dzieciom pomoc w wykonywaniu tego prawa, dostosowaną do ich niepełnosprawności i wieku.

Artykuł 15

1. Nikt nie będzie poddany torturom lub okrutnemu, nieludzkiemu, lub poniżającemu traktowaniu, lub karaniu. W szczególności, nikt nie będzie poddany, bez swobodnie wyrażonej zgody, eksperymentom medycznym lub naukowym.
2. Państwa Strony podejmą skuteczne środki ustawodawcze, administracyjne, sądowe i inne w celu zapobiegania, na zasadzie równości z innymi osobami, poddawaniu osób niepełnosprawnych torturom lub okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu, lub karaniu.

⁹⁹ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych i protokół fakultatywny do niej zostały przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 r., na mocy rezolucji nr 61/106. Polska podpisała konwencję w dniu 30 marca 2007 r. Konwencja weszła w życie 3 maja 2008 r. Polska dokonała jej ratyfikacji 6 września 2012 r. Tekst Konwencji jest opublikowany w Dzienniku Ustaw z dnia 25 października 2012 r., poz. 1169.

Artykuł 23

1. Państwa Strony zapewnią dzieciom niepełnosprawnym jednakowe prawa do życia w rodzinie. Mając na uwadze realizację tych praw i w celu zapobiegania ukrywaniu, porzuceniu, zaniedbywaniu i segregacji dzieci niepełnosprawnych, Państwa Strony dostarczać będą odpowiednio wcześniej i wszechstronne informacje, oferować pomoc i usługi dzieciom niepełnosprawnym i ich rodzinom.
2. (...) W żadnym przypadku nie można odłączać dziecka od rodziców z powodu jego niepełnosprawności lub niepełnosprawności jednego lub obojga rodziców.
3. W przypadku, gdy najbliższa rodzina nie jest w stanie sprawować opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym, Państwa Strony podejmą wszelkie wysiłki, aby zapewnić alternatywną opiekę przez dalszą rodzinę, a jeżeli okaże się to niemożliwe, w ramach społeczności w warunkach rodzinnych.



Fot. 1 – Zespół Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, II Kongres Praw Obywatelskich, 2018 r.



Fot. 2 – Plakat autorstwa Łuki Rayskiego promujący kampanię społeczną „Państwo bez tortur”.



Fot. 3 – Sala w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży o wzmocnionym zabezpieczeniu w szpitalu w Świeciu



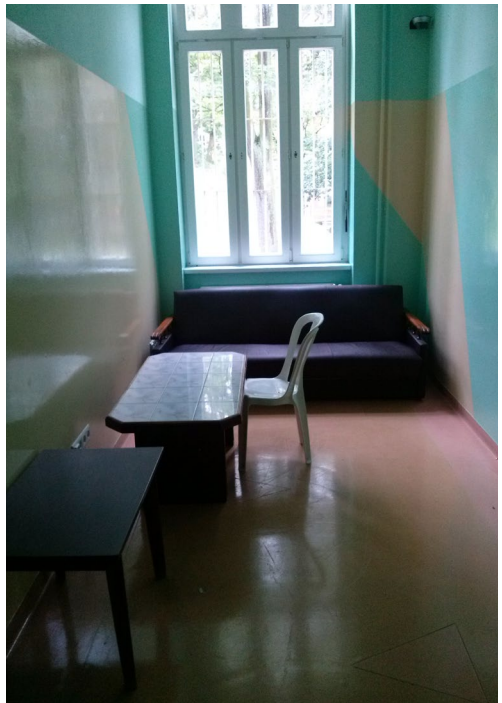
Fot. 4 – Pacjenci KOPSN na spacerunku.



Fot. 5 – Spacerniak w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich w Międzyrzeczu



Fot. 6 – Sanitariaty w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich w Starogardzie Gdańskim



Fot. 7a, 7b – Sala pacjentów i pokój odwiedzin (monitorowany) w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich w Międzyrzeczu



Fot. 8 – Sala gimnastyczna w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich w Starogardzie Gdańskim



Fot. 9a, 9b – Toaleta i jadalnia w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich w Starogardzie Gdańskim



Fot. 10 – Świetlica w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich w Starogardzie Gdańskim



Fot. 11



Fot. 12

tab. 1

Tabela przedstawia liczbę miejsc i liczbę leczonych dzieci w całodobowych, dziennych i środowiskowych oddziałach pomocy dla dzieci i młodzieży: Liczba miejsc i leczonych w 2017 r.

<powrót do treści>

tab. 2

Tabela przedstawia liczbę punktów i możliwe do uzyskania za nie przywileje, jakie są przyznawane penitencjariuszom Oddziału II Odwykowego dla Młodzieży o Wzmocnionym Zabezpieczeniu w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu.

<powrót do treści>

Tab. 3

Tabela przedstawia najczęściej stosowane środki wychowawcze orzeczone wobec nieletnich w 2016 r. z podziałem na nałożone w związku z czynem karalnym oraz w związku z demoralizacją.

<powrót do treści>

Tab. 4

Liczba placówek resocjalizacyjnych i ich wychowanków w latach 2005-2018 z podziałem na Zakłady Poprawcze, Schroniska dla nieletnich i Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze.

<powrót do treści>

Tab. Załącznik nr 2

Tabela przedstawia system warunkowania (wzmocnień i konsekwencji) obowiązujący w KOPS. Wskazany jest standard oraz jego wzmocnienie pozytywne i konsekwencje negatywne.

<powrót do treści>

Sytuacja osób nieletnich z niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną w miejscach izolacji jest bardzo zła. Momentami wręcz dramatyczna, wołająca o pomoc i interwencję. Niewydolność państwa w kreowaniu i koordynowaniu polityki zdrowotnej w tym zakresie prowadzi do zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego małych pacjentów.

Niniejszy raport Rzecznika Praw Obywatelskich i Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT) informuje zarówno o przyczynach tego kryzysu, jak i wskazuje kierunki wyjścia oraz naprawy systemu.



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

BIURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH
AL. SOLIDARNOŚCI 77, 00-090 WARSZAWA

WWW.RPO.GOV.PL

ISBN 978-83-65029-47-8