

KMP.574.5.2019.JJ

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej Nieletnich w Garwolinie
(wyciąg)**

1. Wstęp

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku z dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej: OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 16-18.09.2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (zwany dalej: KMPT) przeprowadził wizytację Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej Nieletnich w Garwolinie (zwanego dalej: KOPSN, placówką, Ośrodkiem).

W skład zespołu wizytującego wchodził: Przemysław Kazimirski (dyrektor KMPT, prawnik), dr Justyna Józwiak (socjolog), Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa). W wizytacji uczestniczył również ekspert zewnętrzny dr n. med. Paweł Gosek (psychiatra). Wyniki jego ekspertyzy zostały włączone w treść Raportu.

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

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- a) przeprowadzono rozmowy z Sylwią Górską – dyrektorką KOPSN oraz Marcinem Wałęckim – zastępcą dyrektora ds. leczenia;
- b) przeprowadzono rozmowy z wybranymi pracownikami oraz pacjentami Ośrodka;
- c) dokonano oglądu wybranych oddziałów Ośrodka;

- d) dokonano analizy dokumentacji oraz zapisów z monitoringu;
- e) wykonano dokumentację fotograficzną.

Podczas wizytacji w przedmiocie zainteresowania KMPT każdorazowo pozostają zagadnienia związane m.in. z: legalnością pobytu pacjentów w placówce, ich traktowaniem oraz dyscyplinowaniem przez personel, prawem do informacji, mechanizmem skargowym, możliwością utrzymywania kontaktu z osobami spoza placówki, ochroną zdrowia, a także warunkami bytowymi. W niniejszym Raporcie nie opisywano całokształtu funkcjonowania Ośrodka w zakresie tych zagadnień, lecz uwzględniono jedynie te obszary, które w ocenie przedstawicieli KMPT wymagają poprawy. Raport zawiera również problemy o charakterze systemowym związane z koniecznością zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania.

2. Zakaz represji

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

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

3. Ogólna charakterystyka placówki

Ośrodek został utworzony na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2004 r. w sprawie utworzenia Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sadowej 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. 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).

Umieszczenie nieletniego w KOPSN może nastąpić:

1) w ramach środka leczniczego na podstawie art. 12 ustawy z dnia 26 października 1982 r. *o postępowaniu w sprawach nieletnich* (Dz. U. z 2018 r., poz. 969, t.j.), dalej: 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;

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 stawiają. 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.

3) umieszczenie w trybie tymczasowym w trakcie trwania postępowania (art. 26 u.p.n.).

Według § 4 rozporządzenia *w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* (Dz. U. z 2018 r., poz. 1928) do KOPSN 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.

W dniu wizytacji w KOPSN przebywało 35 pacjentów, w tym 12 dziewcząt. Najmłodszy pacjent miał 12 lat. Średni czas pobytu pacjenta w 2018 r. wynosił 316 dni. Natomiast najdłuższy pobyt wśród pacjentów obecnych podczas wizytacji wynosił ok. dwóch i pół roku. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do Ośrodka w 2018 r. wynosił 70 dni, przy czym w przypadkach pilnych, pacjentów przyjmowano niezwłocznie. Ponadto priorytetowo udostępniane były miejsca dla pacjentów umieszczanych w celu przeprowadzania obserwacji sądowych.

4. Problemy systemowe

4.1. Brak 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 psychiatrycznym¹.

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 ucieczkowych 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

¹ 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 członków komisji oraz zwrot poniesionych przez nich niezbędnych wydatków.

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 zgromadzoną w sprawie dokumentacją lekarską. Wskazując właściwy zakład, Instytut winien brać w szczególności pod uwagę okoliczności, o których mowa we wspomnianym akapit wyżej § 5 rozporządzenia w *sprawie szczegółowych zasad kierowania* (§ 6. 1-2). Taką samą rolę przypisano Instytutowi w przypadku przenoszenia nieletniego z jednego szpitala do drugiego. W sytuacji przeniesienia nieletniego, sąd może zatem zwrócić się do Instytutu o wskazanie odpowiedniego zakładu (§ 12).

W praktyce komisja psychiatryczna orzekająca w sprawach nieletnich nie istnieje. Z dotychczasowych ustaleń Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wynika, że działalność tej komisji została zawieszona niedługo po jej utworzeniu, co było przedmiotem interwencji RPO w 2008 r.². Brak takiej komisji powoduje, że sądy samodzielnie, w oparciu o własną wiedzę i doświadczenie, wyznaczają miejsce dla nieletnich, nie mając żadnego specjalistycznego „ciała” doradczego.

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

Personel wizytowanych przez KMPT 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 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

² 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.

oddziaływań leczniczych, aniżeli wychowawczych (w praktyce najczęściej są to wychowankowie, którzy nie stosują się do regulaminów i zasad panujących w ośrodkach resocjalizacyjnych). Wówczas sąd – najczęściej na wniosek dyrektora placówki – postanawia przenieść nieletniego na czas toczącego się postępowania o zmianę środka z placówki do szpitala.

Aktualne przepisy dają zatem możliwość przebywania na tym samym oddziale sprawców groźnych czynów karalnych (np. zabójstwo), nieletnich przejawiających demoralizację (np. wagary) 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.

4.3. Prawne ramy określające wiek nieletniego pacjenta

a) 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). Jak wspomniano na początku raportu, najmłodszy pacjent Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie w dniu wizytacji miał 12 lat. W przeszłości bywali młodsi pacjenci, nawet 9-letni. Obecny stan prawny daje możliwość umieszczania 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 KOPSN nie ma określonej dolnej granicy wieku.

b) 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.

W przypadku osób niepełnoletnich o zwolnieniu ze szpitala decyduje cezurą 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 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 terapii³.

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

Stałą praktyką na oddziałach psychiatrycznych dla nieletnich jest przeprowadzanie rewizji osobistych, kontroli pomieszczeń i przeszukań rzeczy osobistych nieletnich. Jak ustaliła delegacja KMPT w KOPSN wykonywane są przeszukania pokoi, kontrole pobieżne (np. wykrywaczem metali) oraz kontrole osobiste przy przyjęciu do oddziału. Te ostatnie polegają na rozebraniu się do naga w obecności pracownika tej samej płci i zrobieniu przysiadu. Kontrolę osobistą przeprowadza się w sposób jednoetapowy (pacjent jednocześnie zdejmując wszystkie ubrania), a nie dwuetapowy (najpierw zdejmowane jest ubranie z górnej części ciała, po sprawdzeniu osoba się ubiera i zdejmuje ubrania z dolnych partii ciała), który obowiązuje w stosunku do osób pozbawionych wolności. Pacjent nie może także wnieść zażalenia na zasadność i sposób przeprowadzenia powyższych czynności. Nie chronią go w tej sytuacji żadne przepisy prawa, ponieważ czynności związane z kontrolą osobistą i przeszukaniem nie zostały unormowane w żadnym akcie prawnym rangi ustawowej.

Możliwość przeprowadzania wszelkich kontroli, w tym rewizji osobistych, określa się w regulaminach oddziałów (tak samo jak w przypadku dorosłych pacjentów oddziałów

³<https://www.rpo.gov.pl/pl/content/panstwo-nie-wspiera-rodzicow-dziecka-z-niepelnosprawnoscia-w-kryzysie-psychicznym-gdy-skonczy-18-lat>.

sądowych), pomimo że żaden przepis rangi ustawy nie upoważnia pracowników tych placówek do ich dokonywania.

W treści Regulaminu Organizacyjnego KOPSN czytamy m.in.:

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 (§ 17).

Ponadto Regulamin Ośrodka zastrzega, że obowiązkiem pacjenta jest poddanie się czynnościom kontrolnym na każdorazowe wezwanie uprawnionych pracowników (§ 16).

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

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 ustawie⁴.

W ocenie 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 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.

4.5. 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 – podobnie jak w przypadku przeszukań i kontroli osobistych – wprowadzają takie regulacje w regulaminach oddziałów lub wewnętrznych procedurach.

W Regulaminie Organizacyjnym KOPSN zostało to uregulowane w następujący sposób:

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;

⁴ Argumentacja przedstawiona przez RPO we wniosku do Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29.08.2014 r. w sprawie przepisów regulujących kontrole osobistą (sygn. II.519.344.2014.ST).

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.

W opinii 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.

4.6. Monitoring wizyjny w szpitalach psychiatrycznych

Praktyka instalowania kamer telewizji 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 detencji⁵. 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.

⁵ Zob. *Monitoring wizyjny w miejscach pozbawienia wolności*. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji. Biuletyn RPO. Źródła 2012, nr 12.

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 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 materię⁶. Taką samą rekomendacją do Ministra

⁶ 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>.

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 wzrosła⁷.

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

4.7. Stosowanie kajdanek w trakcie transportu. Delegacja KMPT ustaliła, że pacjenci są transportowani karetką ZRM 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 ucieczce. Dodatkowo, delegacja KMPT odnotowała przypadek nieletniej pacjentki, która była konwojowana przez policję do sądu, również w kajdankach, mimo że jechała na przesłuchanie jako pokrzywdzona oraz nie była pobudzona i nie zagrażała bezpieczeństwu swojemu ani osób trzecich. Zastosowany środek przymusu bezpośredniego wywołał u niej dodatkowy stres oraz dyskomfort.

Praktyka stosowania kajdanek wobec pacjentów budzi wiele wątpliwości przedstawicieli 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. Są to: przytrzymanie (doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej), przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie (obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa) oraz izolacja.

⁷ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/poszanowanie-intymnosci-i-godnosci-pacjenta.html>

Nie ma wśród nich kajdanek. Standardy CPT zabraniają wręcz stosowania kajdanek przy unieruchamianiu pacjentów psychiatrycznych⁸. Domniemywać 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 istnieje 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 zachowania⁹.

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

⁸ 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].

⁹ Zob.: L. Dyduch, K. Świerczewski, W. Biedrzycki, *Użycie lub wykorzystanie środków przymusu bezpośredniego przez policjantów*, str. 15-16.

stosowanie przymusu bezpośredniego w trybie ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* jest bezskuteczne albo niecelowe.

5. Obszary wymagające poprawy

5.1. Przymus bezpośredni

W Ośrodku prowadzony jest *Rejestr przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego*. Analiza 3 losowo wybranych miesięcy pozwoliła ustalić, że:

- 1) we wrześniu 2019 r. przymus bezpośredni stosowany był 29 razy wobec 8 pacjentów. Najczęstszą formą było założenie kaftana bezpieczeństwa (14 razy), przytrzymanie i przymusowe podanie leku (7 razy), unieruchomienie (4 razy). Wobec jednego pacjenta stosowano przymus aż 16 razy. Maksymalny czas użycia kaftana wynosił ok. 2 godzin, natomiast unieruchomienia – 9 godzin i 45 min.
- 2) w sierpniu 2019 r. przymus bezpośredni stosowany był 26 razy wobec 9 pacjentów. Najczęstszą formą było przytrzymanie i doprowadzenie do sali obserwacyjnej (8 razy), unieruchomienie pasami (7 razy), przytrzymanie i przymusowe podanie leku (5 razy). Wobec jednego pacjenta stosowano przymus aż 10 razy w ciągu miesiąca. Maksymalny czas użycia kaftana wynosił 1 godzinę i 15 minut, natomiast unieruchomienia – 2 godziny i 45 min.
- 3) w lipcu 2019 r. przymus bezpośredni stosowany był 64 razy wobec 20 pacjentów (czyli połowy pacjentów). Najczęstszą formą było założenie kaftana bezpieczeństwa (32 razy), przytrzymanie i doprowadzenie do sali obserwacyjnej (9 razy), przytrzymanie i przymusowe podanie leku (9 razy), unieruchomienie pasami (9 razy). Kaftan bezpieczeństwa najczęściej zakładany był na 30-40 min., ale bywały też kilkugodzinne unieruchomienia (np. 3 godzinne), najdłuższe trwało 11 godzin i 10 min, natomiast najdłuższe unieruchomienie pasami – 4 godziny. W Rejestrze odnotowano także przypadek przytrzymania w celu założenia zgłębnika żołądkowego (pacjentka prezentowała nasilone zachowania autoagresywne, odmawiała przyjmowania pokarmów).
- 4) W pozostałych miesiącach liczba przypadków stosowania przymusu bezpośredniego wyglądała następująco:
Czerwiec 2019 – 55 razy
Maj 2019 – 55 razy
Kwiecień 2019 – 54 razy

Marzec 2019 – 85 razy

Luty 2019 – 118 razy

Styczeń 2019 – 83 razy

Delegacja KMPT zapoznała się także z nagraniami z monitoringu oraz dokumentacją ze stosowania przymusu bezpośredniego wobec 3 pacjentów:

- 23/24.12.2018 r. czteroosobowe zapięcie pasami trwające 22 godziny, po których pacjent jest zwalniany na 40 min (wg Rejestru stosowania przymusu bezpośredniego), a następnie ponownie zapięty w pasy na 9 godz. i 45 min. Z zapisu monitoringu wynika natomiast, że pacjent był zwolniony jedynie na 10 min (8.45-8.55). Na nagraniu widać, że początkowo nieletni chodzi po pokoju, wali pięściami w drzwi, przywołuje pracownika (drzwi do pokoju prawdopodobnie zamknięte są na klucz). W reakcji na to do pokoju wchodzi pracownicy i przywiązują go do łóżka, a po kilku minutach robią zastrzyk w pośladek. Pacjentowi został założony pampers, który średnio co 3 godziny był potem zmieniany pod okiem kamery i przy otwartych drzwiach. Godzinę później pracownik przyniósł mu talerz z jedzeniem. Pacjentowi rozwiązano ręce, usiadł na łóżku ze związanymi nogami, rzucił talerzem o ścianę i ponownie został związany. Po 1 godz. i 20 min. zmieniono pozycję, ręce przywiązano mu wzdłuż tułowia (wcześniej były ponad głową). Podczas kolacji pacjentowi poluzowano ręce w ten sposób, że strażnik siedział na sąsiednim łóżku, trzymał pasek, do którego cały czas była przywiązana ręka pacjenta siedzącego na łóżku z przywiązanymi nogami. Dopiero po 10 godzinach zwolniono mu nogi. Z zapisu monitoringu wynika, że w podkoszulku i pampersie jest wyprowadzony przez strażników na korytarz, na którym byli również inni pacjenci. W *Karcie zastosowania unieruchomienia* w części *Obserwacje* zapisywane oznaczenia nie zawsze odpowiadały temu, jak naprawdę pacjent się zachowywał (np. wtedy gdy spał wpisywano, że śmieje się albo śpiewa, również wtedy gdy spał wpisano, że miało miejsce chwilowe zwolnienie).

- 5.09.2019 r. – pacjent wyszedł na plac spacerowy w kaftanie bezpieczeństwa, następnie jego zachowanie spowodowało interwencję pracowników (w dokumentacji napisano, że „dopuszczał się zamachu przeciwko życiu i zdrowiu innych osób, agresja fizyczna wobec personelu”), którzy przytrzymali go, zanieśli do sali obserwacyjnej i zapięli w pasy na 9 godz. i 45 min. Fakt przebywania pacjenta na spacerze w kaftanie, skutkowało trudnościami w jego przytrzymaniu i doprowadzeniu do sali. Pacjent został schwyty za nogi, ręce i głowę (na każdą kończynę jeden pracownik) i zanieiony do sali obserwacyjnej. Przy unieruchomieniu brało udział 10 osób. W *Karcie zastosowania unieruchomienia* w części *Obserwacje* są

oznaczenia niezgodne ze stanem faktycznym (np. 13.30 – zmiana pozycji, której nie było, podobnie wpis z godz. 15.15). Zamiana pozycji nastąpiła w innych godzinach, najpierw 12.15, kiedy to jedną rękę przewiązano z górnej części łóżka wzdłuż tułowia, druga ręka pozostała na górze. Kolejna zmiana była o godz. 16.45 i polegała na zamianie rąk i przewiązaniu ich odwrotnie. Oprócz pasów nieletni został opasany szarfą, która po godzinie została zdjęta. Przez cały czas unieruchomienia (8.45 – 18.30, tj. 9 godz. 45 min.) pacjent nie otrzymał jedzenia i picia oprócz łyka wody przy podaniu leków przez pielęgniarkę, pacjent ani razu nie był zwolniony z pasów, nawet do WC. Reasumując, wobec pacjenta zastosowano 4-kończynowe unieruchomienie, szarfę, iniekcję.

- 16.07.2019 r. unieruchomienie kaftanem bezpieczeństwa na czas 11 godz. i 20 min. (powód: „autoagresja, pacjentka usiłowała wkładać gąbkę do nosa, sytuacja zagrażająca życiu i zdrowiu pacjentki, tendencje autodestrukcyjne”). Na czas obiadu pacjentce zdjęto kaftan. Obiad skonsumowała siedząc na łóżku przy parapecie w sali obserwacyjnej. Po obiedzie, mimo że była spokojna, znów założono jej kaftan.

Po wizytacji, analizie dokumentów oraz nagrań z monitoringu delegacja KMPT negatywnie oceniła sposób używania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów KOPSN. Praktyki stosowane w wizytowanym Ośrodku są w ocenie KMPT nieludzkie i poniżające. Największe zastrzeżenia budzą:

- sam sposób czterokończynowego unieruchomienia polegający na przywiązaniu rąk i nóg do każdego rogu łóżka – pozycja rozgwiadzy;
- stosowanie podczas unieruchomienia szarfy, która ogranicza ruchy (tułów unieruchomionego za pomocą pasów pacjenta jest dodatkowo przewiązywany szarfą, by uniemożliwić wyswobodzenie się z pasów);
- zakładanie pampersa pacjentom unieruchamianym pasami („pod okiem” kamery, a także często przy otwartych drzwiach, gdzie odbywa się ruch innych pacjentów);
- stosowanie nieodpowiednich pasów, powodujących otarcia podczas ruchu, bez fragmentów ochronnych na nadgarstki i kostki;
- brak chwilowego zwalniania podczas kilkogodzinnych unieruchomień;
- zbyt długie (ponad 20 godzin) unieruchomienia pasami;
- kontynuowanie unieruchomienia w sytuacji, gdy stan pacjenta opisywany jest kilkakrotnie, jako spokojny (zgodnie z zapisami ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* zaleca się, aby stosowanie środków przymusu bezpośredniego było

ograniczone czasowo jedynie do czasu ustania przyczyn jego zastosowania, zgodnie z zapisami ustawy);

- unieruchamianie pacjentów w salach ogólnych w towarzystwie innych pacjentów, zakładanie pampersa (lub załatwianie potrzeb fizjologicznych do tzw. „kaczkę”) bez osłonięcia parawanem;

- stosowanie podczas przytrzymania chwytów za szyję z tyłu;

- spacery niektórych pacjentów w kaftanach bezpieczeństwa. W Ośrodku praktykowane jest stosowanie środków przymusu w postaci częściowego unieruchomienia kaftanem bezpieczeństwa pacjentów przejawiających zachowania agresywne w trakcie spacerów na terenie zewnętrznym Ośrodka. Jak wynika z relacji personelu, dotyczy to pojedynczych pacjentów. W ocenie KMPT stosowanie środków przymusu w formie unieruchomienia kaftanem bezpieczeństwa u pacjentów chodzących, ze względu na ograniczenie ruchomości kończyn górnych, może skutkować poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi w tym ryzykiem upadku i urazów. Ponadto, biorąc pod uwagę dostępność personelu Ośrodka, możliwym jest objęcie indywidualną opieką podczas spacerów pacjentów wymagających szczególnego nadzoru lub wyznaczenia odrębnych godzin spacerów - o ile stan zdrowia pacjentów pozwala na uczestniczenie w spacerze lub innych zajęciach.

KMPT zwraca szczególną uwagę na stosowanie środków przymusu bezpośredniego z powodu ich inwazyjnego charakteru oraz potencjalnej możliwości nadużycia i złego traktowania. Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom (CPT) opracował zbiór zasad, dzięki którym przymus bezpośredni można uczynić mniej dolegliwym dla pacjenta.

Zgodnie z nimi, stosowanie przymusu powinno być traktowane, jako środek ostateczny. Po ustaniu sytuacji powodującej zastosowanie przymusu wobec pacjenta należy natychmiast zaprzestać jego stosowania.

W przypadku fizycznego (ręcznego) środka przymusu, personel powinien być specjalnie przeszkolony w zakresie technik trzymania, które minimalizują ryzyko obrażeń. Chwyty za szyję i techniki, które mogą blokować drogi oddechowe pacjentów lub powodować ból, powinny być zabronione.

Dla celów mechanicznego środka przymusu należy stosować wyłącznie urządzenia zaprojektowane w celu ograniczania szkodliwych skutków (najlepiej wyściełane pasy z materiału) w celu zminimalizowania ryzyka urazu i / lub bólu u pacjenta. Pacjenci poddawani środkom przymusu powinni być zawsze ustawieni twarzą do góry z ramionami skierowanymi w dół. Pasy nie mogą być zbyt ciasne i powinny być stosowane w sposób, który pozwala na

maksymalny bezpieczny ruch ramion i nóg. Funkcje życiowe pacjenta, takie jak oddychanie i zdolność komunikowania się, nie mogą być utrudniane. Pacjenci poddani środkom przymusu powinni być odpowiednio ubrani i, w miarę możliwości, móc samodzielnie jeść i pić oraz zaspokajać swoje potrzeby fizjologiczne w miejscu do tego przeznaczonym.

Pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że pacjent wyraźnie wyraża chęć pozostania w towarzystwie innego pacjenta); wizyty innych pacjentów powinny odbywać się wyłącznie za wyraźną zgodą pacjenta poddanego środkowi przymusu. Czas stosowania środków przymusu mechanicznego i izolacji powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny) i zawsze powinien zostać zakończony, gdy ustaną przyczyny leżące u podstaw ich zastosowania. Utrzymywanie środków przymusu mechanicznego przez kilka dni nie może mieć żadnego uzasadnienia i mogłoby, zdaniem CPT, być równoznaczne ze złym traktowaniem. Po zaprzestaniu stosowania środków przymusu ważne jest udzielenie pacjentowi informacji, wyjaśnienie powodów zastosowania środka przymusu wobec niego, zmniejszenie urazu psychologicznego, jakiego doznał i przywrócenie relacji lekarz-pacjent. Daje to również szansę pacjentowi, wraz z personelem, na znalezienie alternatywnych sposobów utrzymania kontroli nad samym sobą, co może zapobiec przyszłym wybuchom przemocy i kolejnemu zastosowaniu środków przymusu¹⁰.

5.2. Traktowanie

Delegacja nie odebrała sygnałów o złym traktowaniu, oprócz kilku przypadków używania przez sanitariuszy wulgaryzmów wobec pacjentów.

W związku z tym KMPT zaleca władzom Ośrodka bezwzględne traktowanie pacjentów z szacunkiem.

Ponadto delegacja KMPT zwróciła uwagę na następujące zagadnienia:

a) Odpowiedzialność zbiorowa. Delegacja KMPT zaobserwowała, że w Ośrodku (sporadycznie, lecz jednak) praktykuje się stosowanie odpowiedzialności zbiorowej. Przykładowo, za ujawnienie na podłodze w łazience ekskrementu wszyscy pacjenci przez

¹⁰ Zob.: *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].

3 dni nie otrzymali dokładki na stołówce, za kradzież pieczętki - cały oddział nie mógł uczestniczyć w dyskotece.

W ocenie KMPT stosowanie odpowiedzialności zbiorowej, w tym przypadku obciążenie całego oddziału konsekwencjami za niewłaściwe zachowanie jednego pacjenta, nie jest dobrą praktyką. Takie karanie nie spełnia swojej funkcji, albowiem pacjent, który dopuścił się przewinienia nie poniesie indywidualnej konsekwencji, a u pozostałych pacjentów wywoła to poczucie krzywdy i niesprawiedliwości. Taka praktyka może stwarzać bariery terapeutyczne, może budzić w pacjentach opór i postawy negatywistyczne, konfrontacyjne utrudniające prowadzenie skutecznej terapii. Poza tym, żaden dokument prawny ani regulujący zasady funkcjonowania w oddziale, nie przewiduje stosowania kar wobec pacjentów.

b) Sprzątanie pomieszczeń oddziału przez pacjentów. Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Ośrodka pacjent zobowiązany jest do dbania o czystość w swoim najbliższym otoczeniu.

Z ustaleń delegacji KMPT wynika, że pacjenci wykonują obowiązkowe dyżury w różnych pomieszczeniach, polegające na np. nakrywaniu stołów na stołówce, myciu podłóg, sprzątaniu pokoi, łazienek.

W ocenie KMPT pozytywnie należy ocenić angażowanie pacjentów do codziennych czynności, ale pod pewnymi warunkami oraz w oparciu o jasno ustalone zasady. Nie należy kwestionować tego, że obowiązkiem pacjenta jest dbanie o własną przestrzeń życiową (np. ścielenie łóżka, utrzymanie porządku w swojej szafce, dbanie o higienę osobistą i otoczenia). Inaczej jest w przypadku wykonywania przez pacjentów prac na rzecz oddziału (np. sprzątanie), do których Ośrodek zatrudnia odrębny personel. W takiej sytuacji konieczne jest przestrzeganie pewnych zasad. Po pierwsze, prace takie powinny być dobrowolne, a pacjent który nie chce ich wykonywać, nie powinien być z tego powodu karany. Po drugie, w przypadku traktowania prac porządkowych na rzecz oddziału jako elementu zajęć rehabilitacyjnych powinno uwzględniać wszelkie wymogi opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w *sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych* (Dz. U. z 2014 r., poz. 522). A zatem czynności te powinny być prowadzone zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacji, opracowanym przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii i psychologa lub terapeutę zajęciowego, we współdziałaniu z pacjentem. Konieczne jest także określenie rodzaju oraz wymiaru czasu trwania takich zajęć oraz dobranie ich w taki sposób, aby stanowiły system skoordynowanych oddziaływań, które umożliwią pacjentowi w przyszłości samodzielną

egzystencję, integrację społeczną, podjęcie aktywności zawodowej i nabycia umiejętności zapewniających możliwie największą niezależność. Dobór zajęć powinien także uwzględniać przebieg choroby, nasilenie jej objawów oraz oczekiwania i możliwości pacjenta. Po trzecie, wszystkie aktywności wchodzące w „pakiet” zajęć rehabilitacyjnych powinny być udokumentowane w historii choroby. W innym przypadku, wykonywanie przez pacjenta prac porządkowych na rzecz Szpitala może nieść ryzyko przymusowej pracy, wyręczenia personelu do tego przeznaczonego, dyskryminowania pacjenta psychiatrycznego na tle innych pacjentów (praktyka sprzątanania oddziałów przez pacjentów nie jest bowiem spotykana w oddziałach o innej specjalności).

Wobec powyższego KMPT zaleca Dyrektorowi Ośrodka zrewidowanie praktyki polegającej na sprzątananiu przez pacjentów pomieszczeń wspólnych w oddziałach, sposobu dokumentowania tych czynności oraz określenie w regulaminach przejrzystych zasad wykonywania tych czynności.

5.3. Warunki materialne

a) stan techniczny sali gimnastycznej. Jak ustaliła delegacja KMPT, sala gimnastyczna wymaga kompleksowego remontu. Już w kwietniu 2019 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Garwolinie nakazał zapewnić prawidłowy stan techniczny ścian w sali gimnastycznej, gdyż obecny nie odpowiada warunkom sanitarnym i stwarza zagrożenie dla zdrowia pracowników i pacjentów. Biorąc pod uwagę, że pacjenci Ośrodka nie wychodzą na przepustki, ich przestrzeń życiowa jest mocno ograniczona. Wyłączenie z użytku sali gimnastycznej odbiera im jedną z niewielu przestrzeni na terenie Ośrodka, w której mogą spędzać czas.

b) wyposażenie pokoi. Pokoje charakteryzowały się dość surowym wystrojem. W niektórych salach nie było szafek do przechowywania osobistych rzeczy, tylko same łóżka (nieletni przechowywali swoje rzeczy w tekturowych pudełkach, reklamówkach lub na parapetach), nie było miejsca na powieszenie ręcznika.



c) **Sygnalizacja alarmowa.** W ocenie KMPT konieczne jest doposażenie Ośrodka w przyciski sygnalizacji alarmowej, zarówno w pomieszczeniach dla pacjentów, co pozwoli przywołać personel w razie potrzeby (z nagrań monitoringu wynika, że pacjenci w zamkniętych salach uderzają w drzwi chcąc przywołać pracownika), jak również w osobiste przyciski alarmowe dla pracowników, co z kolei przyczyni się do wzrostu poczucia bezpieczeństwa. Obecnie sprawnych jest jedynie 6 osobistych przycisków alarmowych.

Biorąc pod uwagę powyższe, KMPT wskazuje na potrzebę zorganizowania pacjentom odpowiedniej przestrzeni życiowej zapewniającej prywatność, a przede wszystkim zapewnienie otoczenia, które będzie sprzyjało terapii, leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjenta. Ma to duże znaczenie nie tylko dla pacjentów, lecz także dla personelu pracującego w Ośrodku.

Według Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom (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. 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 terapeutycznego¹¹.

5.4. Leczenie

5.4.1. Wg eksperta KMPT, kwalifikacje personelu medycznego pracującego w Ośrodku są adekwatne do potrzeb oddziału. Liczba pracujących w oddziale lekarzy, psychologów i sanitariuszy wydaje się wystarczająca dla optymalnego realizowania zadań wynikających ze specyfiki pracy w oddziale psychiatrii sądowej. Zasadne byłoby zatrudnienie drugiego lekarza specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży lub rozpoczęcie szkolenia specjalistycznego przez obecny personel. Zajęcia terapii zajęciowej prowadzone są regularnie, w niewielkich pod względem liczebności grupach, 6 osobowych. W oddziale zatrudniona jest wystarczająca liczba terapeutów zajęciowych, behawioralnych i sportowych. Dodatkowo prowadzone są zajęcia z terapii uzależnień. Poza indywidualnymi oddziaływaniami psychologicznymi, w Ośrodku nie jest prowadzona ustrukturyzowana terapia ukierunkowana na pracę ze sprawcami czynów o charakterze seksualnym. Z uwagi na specyfikę grupy pacjentów, zasadne jest zatrudnienie specjalisty seksuologa, rozpoczęcie procesu kształcenia personelu w tym zakresie lub nawiązanie współpracy ze świadczeniodawcą zewnętrznym.

Podobnie z psychoterapią indywidualną dzieci po traumach. W zasadzie każdy z pacjentów doświadczył w dzieciństwie tragicznych wydarzeń związanych z: przemocą domową, alkoholizmem rodziców, przestępczością, chorobą psychiczną rodzica, odrzuceniem przez rodziców, wykorzystywaniem najbliższych, samobójstwem rodzica, etc. W Ośrodku są zatrudnieni psycholodzy, którzy systematycznie spotykają się z pacjentami, lecz nie prowadzą terapii indywidualnej.

W ocenie KMPT w wizytowanym Ośrodku prowadzonych jest wiele zajęć resocjalizacyjnych, kół zainteresowań, warsztatów terapii zajęciowej jednakże nie są to specjalistyczne oddziaływania ukierunkowane na zminimalizowanie cierpienia i uporanie się z traumą w formie specjalistycznej terapii indywidualnej lub grupowej. KMPT rekomenduje,

¹¹ Zob. Standardy CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2011

aby każdy pacjent, który ma za sobą traumatyczne doświadczenia (np. przemoc w rodzinie, samobójstwo rodzica, przemoc ze strony rówieśników w innej placówce, alkoholizm rodziców, etc.) miał dostęp – za swoją zgodą - do fachowej pomocy, która doprowadziłaby do zredukowania cierpienia, nawiązywanie poprawnych relacji w życiu dorosłym, pomagania w rozwijaniu potencjału dziecka (terapia leczenia uzależnień, DDA, DDD, etc.). Pomocne w tej sytuacji byłoby nawiązanie współpracy z organizacjami pozarządowymi, podmiotami zewnętrznymi, których przedstawiciele mogliby odwiedzać w razie potrzeby pacjentów i oferować odpowiednie oddziaływania.

5.4.2. Zgoda na leczenie za pomocą leków przeznaczonych dla dorosłych.

Jak ustaliła delegacja KMPT, w przypadku dwóch pacjentów nie odnaleziono w dokumentacji medycznej zgód opiekunów prawnych na prowadzenie leczenia lekami nie objętymi wskazaniami rejestracyjnymi w tej grupie wiekowej (jest to tzw. zastosowanie leku poza rejestracją *off-label*).

W takim przypadku konieczne jest pozyskanie pisemnej zgody pacjenta lub opiekuna prawnego. Zgodnie z ustawą *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (tekst jedn.: Dz.U. z 2018 r., poz. 617) 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 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 dyskusyjne¹². Problem ma charakter globalny i wynika z niewielkiej dostępności nowoczesnych leków psychotropowych przeznaczonych dla dzieci. Z tego powodu wielu lekarzy decyduje się na wdrożenie leczenia (nowocześniejszymi) lekami dla dorosłych. Zawsze w takiej sytuacji powinna być jednak pozyskana pisemna zgoda pacjenta lub opiekuna prawnego.

5.5. Przepustki

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.).

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”¹³.

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

¹² P. Niwiński, *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.

¹³ K. Bobińska, P. Gałecki, *Komentarz do art.14 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* w: Bobińska K., Eichstaedt K.Z., Gałecki P. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, LEX 2016.

wydał *Zalecenia w sprawie udzielania przepustek na okresowe przebywanie pacjentów szpitala psychiatrycznego poza szpitalem*¹⁴.

W KOPSN nie ma możliwości uzyskania przepustki. 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”.

W związku z powyższym, KMPT wnosi do dyrektora KOPSN o udzielenie informacji o przyczynach i ewentualnym uzasadnieniu przyjęcia praktyki nieudzielania przepustek/urlopów/czasowego pobytu poza szpitalem pod opieką członka rodziny, mimo że Ośrodek wykonuje swoją działalność poprzez zakład leczniczy w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, a zatem wypełnia definicję „szpitala psychiatrycznego” zawartą w art. 3 pkt. 2 lit d ustawy o *ochronie zdrowia psychicznego*. Ponadto, KMPT wnosi o udzielenie informacji, ile przepustek losowych (z powodu np. pogrzebu bliskiej osoby lub innych ważnych wydarzeń) zostało udzielonych w latach 2018-2019.

5.6. Personel

W KOPSN zatrudnionych jest 3 lekarzy psychiatrów (w tym jeden ze specjalizacją psychiatrii dzieci i młodzieży), dodatkowo jeden lekarz psychiatra zatrudniony na umowę zlecenie i dwóch lekarzy pełniących dyżury na podstawie umów kontraktowych. Ponadto w Ośrodku zatrudnionych jest 4 psychologów, 9 terapeutów behawioralnych, 3 terapeutów zajęciowych, 4 instruktorów sportu w tym rehabilitant, 45 sanitariuszek i sanitariuszy, 4 ratowników medycznych, 25 pielęgniarek i pielęgniarzy, 28 pracowników ochrony. Sytuacja w tej placówce jest znacznie lepsza od innych oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, dla których przepisy określają niższe standardy. Pozostali lekarze, jak wynika z opinii Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, posiadają wieloletnie doświadczenie w pracy z tą grupą wiekową. Liczba zatrudnionych specjalistów psychiatrów jest wystarczająca dla zapewnienia prawidłowej opieki nad pacjentami oddziału. Niemniej jednak, zasadne wydaje się uzupełnienie personelu o przynajmniej jednego lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży. Może to stanowić zabezpieczenie oddziału w sytuacji urlopów specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży lub sytuacji losowych. Dodatkowo trzech lekarzy, w tym jedna

¹⁴*Zalecenia w sprawie udzielania przepustek na okresowe przebywanie pacjentów szpitala psychiatrycznego poza szpitalem*, Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii Prof. dr hab. med. Piotr Gałęcki, Łódź, 18.11.2018 r. dostępne pod adresem: http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_6_2018/1127List_PsychiatrPol2018v52i6.pdf

osoba będąca w trakcie szkolenia specjalistycznego, pełni w KOPSN dyżury medyczne na zasadach umów cywilno-prawnych. Wśród psychologów jedna osoba posiada certyfikat terapeuty CBT, dwie osoby są w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej.

Praca zespołu terapeutów poddawana jest superwizji doświadczonego terapeuty - certyfikowanego dydaktyka terapii behawioralno - poznawczej. Dodatkowo zajęcia grupowe prowadzi zespół terapeutów. Zajęcia grupowe obejmują m. in. terapię uzależnień, trening zastępowania agresji, trening umiejętności społecznych, zajęcia terapii zajęciowej. Terapia zajęciowa realizowana jest w grupach 6 osobowych i obejmuje m. in. zajęcia plastyczne, zajęcia kulinarne, zajęcia multimedialne. W KOPSN zatrudnionych jest 25 pielęgniarek i pielęgniarzy w tym, jak wynika z relacji koordynatora zespołu pielęgniarskiego, 4 osoby ukończyły studia podyplomowe w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego, 13 osób po kursach doszkalających. Dostępność odpowiedniej liczby personelu, w opinii personelu, istotnie poprawia bezpieczeństwo pracy w oddziale.

W Ośrodku prowadzone są szkolenia z przymusu bezpośredniego prowadzone przez prywatną firmę zewnętrzną (ostatnie szkolenie odbyło się w 2019 r.). Liczba szkoleń specjalistycznych, przeznaczonych dla lekarzy i psychologów, odbywających się w szpitalu jest jednak niewystarczająca. Ale Dyrekcja umożliwia szkolenia zewnętrzne, nie ogranicza do nich dostępu, co pozwala lekarzom i psychologom na doksztalcanie się w wybranych kierunkach.

Z uwagi na specyfikę pracy, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca, by katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów wzbogacić o tematykę dotyczącą: kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, technik deeskalacji, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją. Ważne jest także zaznajomienie pracowników z *Protokołem stambulskim*, czyli *Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*.

6. Rekomendacje

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

6.1. Dyrektorowi Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej Nieletnich w Garwolinie:

- 6.1.1.** zmianę praktyki stosowania przymusu bezpośredniego, wdrożenie standardów zawartych w pkt 5.1. raportu, w szczególności unieruchamiania pacjentów na jak najkrótszy czas, poza obecnością innych pacjentów, z chwilowymi przerwami na czynności fizjologiczne i zjedzenie posiłku, napicie wody;
- 6.1.2.** wyposażenie Ośrodka w urządzenia stosowane przy środkach przymusu bezpośredniego zaprojektowane w celu ograniczania szkodliwych skutków (najlepiej wyściełane pasy z materiału) w celu zminimalizowania ryzyka urazu i / lub bólu u pacjenta;
- 6.1.3.** zaprzestanie stosowania chwytów za szyję (w przypadku przytrzymania) i technik, które mogą blokować drogi oddechowe pacjentów lub powodować ból;
- 6.1.4.** wyeliminowanie praktyki zakładania kaftana bezpieczeństwa wobec pacjentów korzystających ze spaceru;
- 6.1.5.** bezwzględne traktowanie pacjentów z szacunkiem;
- 6.1.6.** zaprzestanie przeprowadzania jednoetapowej kontroli osobistej polegającej na rozebraniu się do naga i zrobieniu przysiadu;
- 6.1.7.** zaprzestanie karania pacjentów oraz stosowania wobec nich odpowiedzialności zbiorowej;
- 6.1.8.** uzupełnienie dokumentacji medycznej pacjentów o zgodę pacjentów oraz ich opiekunów prawnych na prowadzenie leczenia lekami nie objętymi wskazaniami rejestracyjnymi w tej grupie wiekowej (czyli na tzw. zastosowanie leku poza rejestracją *off-label*);
- 6.1.9.** zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla personelu poprzez rozbudowanie oferty szkoleń z zakresu kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, zaznajomieniem pracowników z *Protokołem stambulskim*, czyli *Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*;
- 6.1.10.** zapewnienie ustrukturyzowanej terapii ukierunkowanej na pracę ze sprawcami czynów o charakterze seksualnym oraz pozyskanie specjalisty seksuologa poprzez jego zatrudnienie lub rozpoczęcie procesu kształcenia personelu w tym zakresie bądź nawiązanie współpracy ze świadczeniodawcą zewnętrznym;

- 6.1.11.** zaoferowanie pacjentom z trudnymi doświadczeniami specjalistycznych oddziaływań ukierunkowanych na zminimalizowanie cierpienia i uporanie się z traumą w formie specjalistycznej terapii indywidualnej lub grupowej oraz ewentualne nawiązanie współpracy z organizacjami pozarządowymi, podmiotami zewnętrznym, których przedstawiciele mogliby odwiedzać w razie potrzeby pacjentów i oferować odpowiednie oddziaływania;
- 6.1.12.** pozyskanie przynajmniej jednego lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży, który stanowiłby zabezpieczenie oddziału w sytuacji urlopów specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży lub sytuacji losowych;
- 6.1.13.** zapewnienie odpowiednich warunków bytowych w salach pacjentów poprzez zorganizowanie im w miarę możliwości właściwego środowiska terapeutycznego i przestrzeni życiowej, wyremontowanie sali gimnastycznej;
- 6.1.14.** doposażenie Ośrodka w przyciski sygnalizacji alarmowej, zarówno w pomieszczeniach dla pacjentów, jak również w osobiste przyciski alarmowe dla pracowników;
- 6.1.15.** zrewidowanie praktyki polegającej na sprzątaniu przez pacjentów pomieszczeń wspólnych w oddziałach, sposobu dokumentowania tych czynności oraz określenia w regulaminach przejrzystych zasad wykonywania tych czynności;
- 6.1.16.** udzielenie informacji o przyczynach i ewentualnym uzasadnieniu przyjęcia praktyki w KOPSN nieudzielania przepustek/urlopów/czasowego pobytu poza szpitalem pod opieką członka rodziny;
- 6.1.17.** udzielenie informacji, ile przepustek losowych (z powodu np. pogrzebu bliskiej osoby lub innych ważnych wydarzeń) zostało udzielonych w latach 2018-2019.