



Warszawa, 21-08-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.574.3.2025.BP

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

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

1. Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)¹.

2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)² i krajowe mechanizmy prewencji. W Polsce funkcję krajowego mechanizmu prewencji wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą funkcjonującego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)³.

3. KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa-strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia

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

² Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.

³ Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1264).

organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁵.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urzędzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁶. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁷. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁸.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁹. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności oraz przedstawienie zaleceń mających na celu ich wyeliminowanie.

6. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ¹⁰.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji¹¹.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie Krajowemu Mechanizmowi informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiegokolwiek sankcji lub

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

⁷ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁸ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2020 r., Część II – Jak pracuje KMPT?

⁹ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, p. 6. Zob. również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, Nowy Jork i Genewa 2018, s. 4-6.

¹⁰ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

II. Wprowadzenie

9. W dniach 19–23 maja 2025 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili rewizytację Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie, al. Legionów 11 (dalej: KOPSN, Ośrodek, placówka). Jej celem było zweryfikowanie stopnia realizacji zaleceń wydanych w następstwie wizytacji przeprowadzonej w dniach 17–20 lipca 2023 r.

10. W skład zespołu wizytującego wchodził: Justyna Józwiak (dr nauk społecznych w zakresie socjologii), Tomasz Żółtek (psycholog), Oliwia Rybczyńska-Gryguc (prawnik), Barbara Pauli (prawniczka, psycholożka).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z Sylwią Górską – dyrektorką KOPSN, Marcinem Wałeckim – zastępcą dyrektora ds. leczenia i dr n. med. Katarzyną Biernacką – zastępczynią dyrektora ds. psychologiczno-pedagogicznych, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z wybranymi pacjentami i pacjentkami oraz pracownikami KOPSN, zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją i nagraniami monitoringu.

12. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi dyrektorze Ośrodka – Sylwii Górskiej w czasie rozmowy podsumowującej.

13. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanej przez Ośrodek dokumentacji, informacji pisemnych i nagrań z monitoringu. W tym miejscu zaznaczyć należy, że niektóre z przesłanych KMPT nagrań zawierały wady techniczne – w tym braki fragmentów nagrań.

14. Niniejszy raport sygnalizuje problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt IV), omawia stan realizacji zaleceń wydanych w wyniku wizytacji KOPSN w dniach 17–20 lipca 2023 r. (pkt V), wskazuje nowo zidentyfikowane obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania (pkt VI) oraz inne obszary wymagające ulepszeń, niezależne od działalności KOPSN (pkt VII).

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

III. Charakterystyka placówki

15. Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie przeznaczony jest do wykonywania środka leczniczego w warunkach maksymalnego zabezpieczenia dla nieletnich chłopców i dziewcząt (40 miejsc). W dniu rozpoczęcia wizytacji przebywało w nim 36 osób. Ponadto 7 osób oczekiwało na przyjęcie do Ośrodka.

16. W myśl art. 215 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich¹³, zakład leczniczy dysponujący warunkami maksymalnego zabezpieczenia jest przeznaczony dla nieletnich, których powtarzające się zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu własnemu lub innych osób lub powodujące niszczenie mienia nie będą mogły być opanowane w zakładzie leczniczym dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, a mogą oni stwarzać znaczne zagrożenie poza tym zakładem. KOPSN jest także siedzibą Komisji psychiatrycznej ds. środka leczniczego dla nieletnich¹⁴.

17. Co roku placówka kontrolowana jest przez sędziego Sądu Rejonowego w Garwolinie. Sprawozdanie z ostatniej kontroli z dnia 24 lutego 2025 r. nie zawiera żadnych zaleceń pokontrolnych. Zakres kontroli obejmował m.in. prawidłowość prowadzenia dokumentacji stanowiącej podstawę przyjęcia do szpitala oraz przebywania w nim, prawidłowość dokumentacji dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego, prawidłowość dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń zdrowotnych, sposób załatwiania skarg i wniosków, realizację kontaktów nieletnich z rodzinami lub opiekunami prawnymi¹⁵.

18. Ostatnie wizytacje KMPT w Ośrodku miały miejsce w 2019 i 2023 r. Po każdej wydano kilkanaście rekomendacji¹⁶.

19. Od czasu ostatniej wizytacji KMPT na terenie Ośrodka miało miejsce wiele wydarzeń nadzwyczajnych (od stycznia 2025 r. do dnia wizytacji – 9 zdarzeń). Były to

¹³ Zob. art. 215 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. z 2024 r. poz. 978 ze zm.), dalej jako: ustawa o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.

¹⁴ Zob. art. 216 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2022 r. w sprawie komisji do spraw środka leczniczego dla nieletnich, trybu wykonywania środka leczniczego oraz warunków zabezpieczenia zakładów leczniczych (Dz. U. poz. 2389).

¹⁵ Sprawozdanie z kontroli szpitala przez sędziego Sądu Rejonowego w Garwolinie z dnia 6 lutego 2025 r.

¹⁶ Zob. Raport z wizytacji KMPT w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie, KMP.574.5.2019; Raport z wizytacji KMPT w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie, KMP.574.3.2023.

m.in. zgon pacjentki w dniu 27 marca 2025 r.¹⁷ i próba samobójcza w dniu 31 stycznia 2024 r. W obydwu przypadkach niezwłocznie udzielono pomocy medycznej oraz poinformowano odpowiednie służby. Ponadto po zgonie pacjentki wzmożoną opieką psychologiczną objęto pacjentów i zaangażowanych w wydarzenie pracowników.

20. Z czynności przeprowadzonych w trakcie wizytacji wynikało, że żadna z osób rozmawiających z KMPT nie poniosła negatywnych konsekwencji z powodu rozmawiania z przedstawicielami Mechanizmu. Jednakże wskazać należy, iż pojawiały się głosy dotyczące tego, że niektórzy przedstawiciele/przedstawicielki personelu kierowali do nieletnich pytania o treść rozmów.

21. Krajowy Mechanizm pragnie zaznaczyć, że kierowanie do pacjentów i pacjentek tego typu pytań nie powinno mieć miejsca. Podpytywanie, czego dotyczyły rozmowy z przedstawicielami KMPT, biorąc pod uwagę szczególną relację zależności, w jakiej pacjenci pozostają z personelem, może wskazywać, w ocenie Krajowego Mechanizmu, na wywieranie presji psychicznej i jako takie jest niedopuszczalne. Zgodnie z postanowieniami OPCAT rozmowy z przedstawicielami KMPT są poufne, a rozmówcy nie mogą ponieść żadnych konsekwencji z powodu zgody na udział w rozmowie lub z uwagi na treść przekazanej informacji (art. 20 pkt 4 i art. 21 ust. 2 OPCAT). **KMPT zwraca się do Dyrekcji KOPSN o stanowcze przypomnienie pracownikom o tych zasadach.**

IV. Problemy systemowe

22. Problemy systemowe wskazane w raporcie z 2023 r. (brak miejsc w zakładach leczniczych o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich oraz oddziałach ogólnopsychiatrycznych dla dzieci i młodzieży; zwalnianie z Ośrodka pacjentów, którzy ukończyli 18 rok życia, ale nadal wymagają hospitalizacji psychiatrycznej; brak wykazu szpitali, w których może być wykonywany środek leczniczy; umieszczenie nieletnich w trybie tymczasowym) cały czas pozostają aktualne¹⁸.

V. Stan realizacji zaleceń

23. W raporcie z wizytacji placówki w lipcu 2023 r. KMPT rekomendował Dyrektorce KOPSN:

¹⁷ Sprawa analizowana przez Prokuraturę Rejonową w Garwolinie oraz Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich (sygn. IX.550.2.2025).

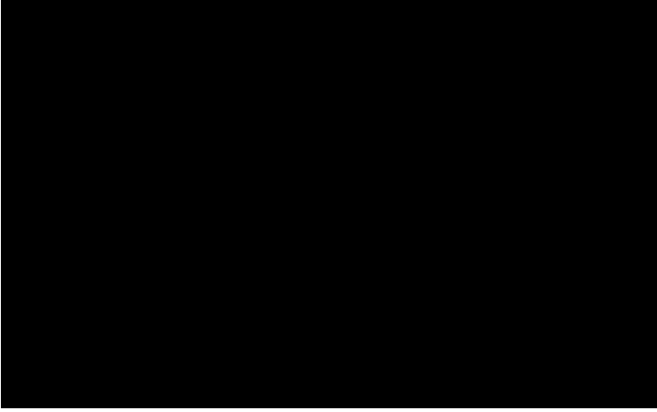
¹⁸ Zob. Raport z wizytacji KMPT w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie, KMP.574.3.2023, s. 7-12.

24. **Stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie z przytoczonymi w raporcie standardami, w szczególności: zaprzestanie praktyki przywiązywania rąk nad głową oraz zakrywania twarzy koszulką, używania odpowiednich pasów podczas unieruchamiania, uwolnienia pacjenta na czas skorzystania z toalety lub spożycia posiłku, zapewnienia prywatności pacjentom podczas stosowania przymusu, stosowanie odpowiednich chwytów, wykluczających klękanie na ciele pacjenta** – większość zaleceń nie zostało zrealizowanych. W kolejnych punktach przedstawiono szczegółową analizę i argumentację.

25. **Zaprzestanie praktyki przywiązywania rąk nad głową** – zalecenie zrealizowane. Delegacja KMPT nie odebrała sygnałów o stosowaniu takiej praktyki w ciągu ostatnich 2 lat. Na analizowanych nagraniach z monitoringu wszyscy pacjenci i pacjentki, wobec których stosowano czterokończynowe unieruchomienie, mieli przywiązywane ręce wzdłuż tułowia.

26. **Zaprzestanie praktyki zakrywania twarzy** – zalecenie niezrealizowane. Zakrywanie twarzy pacjentów i pacjentek koszulką nie jest wprawdzie powszechną praktyką, jednak nagrania z monitoringu wskazują, że sporadycznie dochodzi do takich sytuacji (np. 2 kwietnia 2025 r. oraz 28 kwietnia 2025 r.). W chwili obecnej, w ramach ochrony przed pluciem, Ośrodek zamiast zakrywania twarzy koszulką wprowadził stosowanie wielorazowej plastikowej maski na twarz pacjenta. Zgodnie z uzasadnieniem personelu Ośrodka, maska zakładana jest w celu ochrony przed ewentualnym opluciem przez pacjentów oraz transmisją chorób zakaźnych. Stosowanie tego typu sprzętu budzi jednak poważne wątpliwości przedstawicieli KMPT. Jak wynika z zapisów monitoringu, środek ten stosowany jest zazwyczaj po zapięciu pasów, w sytuacji gdy osoba nieletnia przebywa samodzielnie w sali obserwacyjnej. W związku z tym noszenie maski nie spełnia funkcji ochronnej względem personelu, który w tym czasie nie znajduje się w pomieszczeniu z pacjentem/pacjentką. Ponadto dostępne badania wskazują, że tego rodzaju środki nie zapewniają skutecznej ochrony przed chorobami zakaźnymi¹⁹.

¹⁹ Zob. Review of the use of spit hoods by the AFP, Australian Federal Police, 2023, s. 20. Raport dostępny na stronie: <https://www.afp.gov.au/sites/default/files/2023-09/LEX%201561%20-%20Documents.pdf>.



Zdj. 1. Pacjent, lat 15, przymus bezpośredni w postaci cztero kończynowego unieruchomienia, głowa zakryta koszulką.



Zdj. 2. Maska stosowana do zabezpieczenia przed pluciem.

27. Jak wskazuje Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur oraz Innego Okrutnego, Nieludzkiego lub Poniżającego Traktowania albo Karania, używanie takiego sprzętu wiąże się z ryzykiem dezorientacji, stresu oraz uduszenia, szczególnie w przypadku nieprawidłowego stosowania, zbyt długiego użycia, pozostawienia osoby zatrzymanej bez nadzoru lub użycia w połączeniu z środkami chemicznymi²⁰.

28. Osoby, wobec których stosowane są środki przymusu bezpośredniego, często znajdują się w silnym stanie emocjonalnym: płaczą, krzyczą i doświadczają hiperwentylacji. Tego rodzaju ochroniacze mogą dodatkowo powodować niepokój, pobudzenie, silną dezorientację oraz drażliwość, zwiększając poziom stresu, a także ryzyko obrażeń lub konieczność dalszego krępowania. U osób cierpiących na klaustrofobię mogą wywoływać niepożądane reakcje, w tym ataki paniki²¹.

²⁰ Zob. Annex 1 to Report of Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, A/78/324, s. 6.

²¹ Tamże.

29. Nagrania z monitoringu potwierdziły powszechne stosowanie plastikowej maski oraz wskazane wyżej ryzyka jej stosowania. Przykładowo na nagraniu z dnia 11 lutego 2025 r. widać stosowane wobec jednej z pacjentek unieruchomienie czterokończynowe wraz z maską, rękawicami i kaskiem. Maską przemieszcza się na twarzy pacjentki w sposób, który powoduje przesunięcie otworów do oddychania w inne miejsce niż naturalne ujścia dróg oddechowych. Na nagraniu widać, że dziewczynka próbuje sama poprawić maskę ramieniem oraz kieruje liczne komunikaty do niewidocznych na nagraniu przedstawicieli personelu. O godzinie 9.22, po 20 min. od założenia maski, pacjentka prawdopodobnie traci przytomność (po zdjęciu maski widać, jak nieletniej bezwładnie opada głowa i jest budzona przez pracowniczkę).

30. Stosowanie masek chroniących przed pluciem i gryzieniem nie leży w interesie dziecka. Poniżej 18 roku życia takie środki nie powinny być stosowane w żadnym przypadku²². Narażanie dzieci na traumę przez krępowanie i zakładanie środków przeciwko pluciu jest nie tylko szkodliwe, ale także potencjalnie niebezpieczne²³.

31. Dodatkowo badania z dziedziny neuronauki pokazują, że płaty czołowe mózgu rozwijają się u ludzi aż do około 20 roku życia. Ten obszar odpowiada za podejmowanie decyzji, kontrolę impulsów i radzenie sobie ze stresem. Stosowanie sprzętu do zasłaniania twarzy nie tylko potęguje reakcję walki lub ucieczki, ale może również prowadzić do długotrwałych szkód psychicznych związanych z rozwojem tego obszaru²⁴.

32. KMPT nie neguje potrzeby ochrony personelu przed zagrożeniem dla zdrowia. Zamierzony cel można osiągnąć jednak innymi metodami – na przykład przez zapewnienie alternatywnych środków ochrony osobistej, tj. przyłbic dla personelu czy szczepień²⁵. Stosowanie maseczek chirurgicznych, rękawiczek i przyłbic przez personel szpitala może zabezpieczyć pracowników przed ekspozycją na zakażenia oraz wyeliminuje praktykę siłowego nakładania maski i innych przedmiotów na twarz

²² Zob. Northern Ireland Policing Board's Human Rights Advisor, *A review of PSNI's use of spit and bite guards by the NI Policing Board's Human Rights Advisor*, 2022, s. 3. Dostępne na stronie: <https://www.nipolicingboard.org.uk/files/nipolicingboard/publications/review-of-the-psni%E2%80%99s-use-of%20spit-bite-guards-by-the-policing-board%E2%80%99s-human-rights-advisor.pdf>; Zob. Northern Ireland Human Rights Commission, *Submission to the Police Service of Northern Ireland's Consultation on its Equality Impact Assessment on the use of Spit and Bite Guards*, 2021, s. 3. Dostępne na stronie: <https://nihrc.org/assets/uploads/publications/NIHRC-Spit-and-Bite-Guards-Submission.pdf>.

²³ Zob. Children's rights and policing: Spit-hoods and children's rights, CRAE, s. 3. Dostępne na stronie: https://crae.org.uk/sites/default/files/uploads/CRAE_POLICING-SPITHOODS_PRINT.pdf.

²⁴ Tamże.

²⁵ Zob. Review of the use of spit hoods by the AFP, Australian Federal Police, 2023, s. 20. Dostępne na stronie: <https://www.afp.gov.au/sites/default/files/2023-09/LEX%201561%20-%20Documents.pdf>.

pacjentów. Zabezpieczenie przez zakażeniami przenoszonymi przez ślinę nie może odbywać się kosztem bezpieczeństwa dzieci.

33. **Używanie odpowiednich pasów podczas unieruchamiania** – zalecenie częściowo zrealizowane. Podczas unieruchamiania pasami w izolatce stosuje się odpowiednie pasy magnetyczne, posiadające wyściółkę zapobiegającą otarciom naskórka. Inaczej wygląda sytuacja w przypadku unieruchamiania w pokojach pacjentów. Przedstawiciele KMPT zauważyli na monitoringu kilkakrotnie (np. w dniu 5 maja 2025 r. oraz 2 kwietnia 2025 r.), że podczas unieruchamiania czterokończynowego personel używał np. pasów transportowych, pasów nieposiadających wyściółki chroniącej przed otarciami oraz pasków materiału.

34. W przypadku stosowania mechanicznych środków przymusu należy wykorzystywać wyłącznie urządzenia zaprojektowane w sposób ograniczający ryzyko negatywnych skutków – najlepiej wyściełane pasy wykonane z miękkiego materiału – tak aby zminimalizować ryzyko urazu i/lub bólu pacjenta²⁶.

35. **Uwolnienia pacjenta na czas skorzystania z toalety lub spożycia posiłku** – zalecenie niezrealizowane. Zapisy z monitoringu przeanalizowane przez przedstawicieli KMPT pokazały, że pacjenci podczas stosowania unieruchomienia czterokończynowego co do zasady nie są zwalniani do toalety ani dopuszczani do spożywania posiłków. Spośród 10 przeanalizowanych nagrań jedynie w dwóch przypadkach miało miejsce podanie pacjentowi napoju (w dniu 2 kwietnia 2025 r. i 28 kwietnia 2025 r.), a zaledwie w jednym przypadku umożliwiono skorzystanie z toalety (w dniu 16 grudnia 2024 r.). Należy podkreślić, że czas unieruchomienia w analizowanych przypadkach trwał średnio 4 godziny, a w jednym przypadku unieruchomienie trwało nieprzerwanie 13 godzin i 25 minut.

36. W ocenie KMPT pacjenci poddani środkom przymusu powinni móc samodzielnie jeść i pić oraz zaspokajać swoje potrzeby fizjologiczne w miejscu do tego przeznaczonym²⁷. W razie potrzeby przeszkolony członek personelu powinien zapewnić pomoc, w tym towarzyszyć pacjentowi podczas eskorty do toalety²⁸.

37. **Zapewnienia prywatności pacjentom podczas stosowania przymusu** – zalecenie niezrealizowane. Zdarza się, że unieruchamianie odbywa się w salach ogólnych, w obecności innych osób hospitalizowanych.

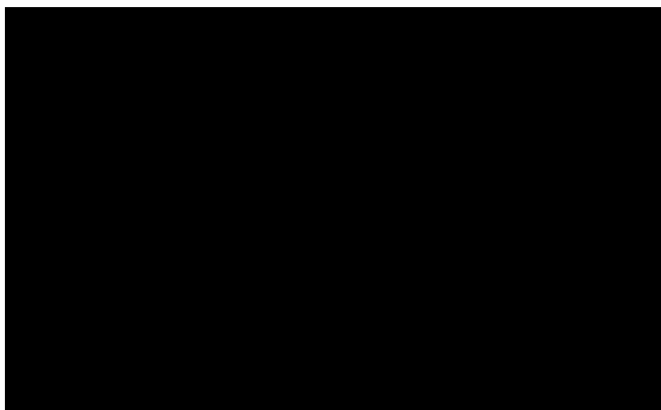
38. Praktyka ta jest niezgodna z przepisami prawa, zobowiązującymi do umieszczenia unieruchomionej osoby w pomieszczeniu jednoosobowym, a jeżeli nie

²⁶ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), [CPT/Inf (2017) 6, par. 3.3].

²⁷ Tamże.

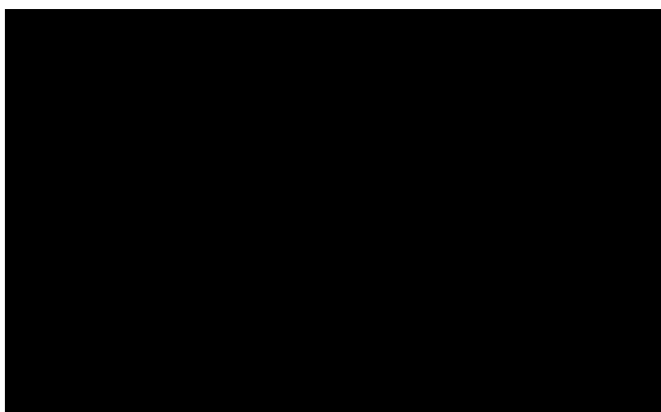
²⁸ Zob. Szesnasty Raport Generalny CPT, [CPT/Inf (2006) 35, par. 50].

jest to możliwe – osłonięcia jej od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu²⁹.



Zdj. 3. Przymus bezpośredni w postaci czterokończynowego unieruchomienia, pasy cienkie, bez fragmentów ochronnych na nadgarstki i kostki, pas transportowy, unieruchomienie w pokoju z innymi pacjentkami.

39. **Stosowanie odpowiednich chwytów, wykluczających klękanie na ciele pacjenta** – zalecenie niezrealizowane. Nagrania z monitoringu ujawniły, że tego rodzaju chwytów są nadal stosowane, np.: klękanie na ciele pacjenta (18 grudnia 2024 r., 28 kwietnia 2025 r., 16 grudnia 2024 r.); dociskanie głowy do materaca (18 grudnia 2024 r., 11 lutego 2025 r., 1 lutego 2025 r., 28 kwietnia 2025 r.); wykręcanie rąk (1 lutego 2025 r.); przenoszenie pacjenta z użyciem nieprofesjonalnych chwytów mogących sprawiać nadmierny ból i dyskomfort (4 marca 2025 r.). Taki sposób postępowania z pacjentem niejednokrotnie wywoływał u nich ból oraz pojawianie się siniaków.



Zdj. 4. Przytrzymanie do zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci czterokończynowego unieruchomienia: klękanie na ciele pacjenta, dociskanie głowy.

²⁹ Zob. art. 18d ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917), dalej jako: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

40. **KMPT ponownie rekomenduje stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie ze wskazanymi standardami, w szczególności: zaprzestanie stosowania plastikowej maski oraz wszelkich innych środków zasłaniania twarzy, zapewnienie prywatności podczas stosowania przymusu, używanie odpowiednich pasów podczas unieruchamiania, uwalnianie na czas skorzystania z toalety lub spożycia posiłku, zaprzestanie praktyki klękania na ciele osoby nieletniej i stosowanie odpowiednich chwytów minimalizujących dolegliwości bólowe.**

41. **Pozostałe rekomendacje dotyczyły:**

42. ***Systematyczne przypominanie pracownikom o zasadzie właściwego traktowania pacjentów*** – zalecenie nie zostało zrealizowane.

43. Podczas rewizytacji przedstawiciele KMPT odebrali liczne sygnały dotyczące niewłaściwego traktowania pacjentów, głównie dotyczące sposobu komunikacji, takiego jak przeklinanie, przejawy agresji słownej, podnoszenie głosu, wyśmiewanie i prowokowanie pacjentów („nie masz tu prawa do niczego”; „już nie wyjdiesz stąd, z tych pasów”, „użalasz się nad sobą”). Takie komunikaty miały na pacjentów negatywny wpływ, obniżały ich samopoczucie i motywację do leczenia.

44. Zauważyć należy, że za stosowanie powyższych sposobów komunikacji (np. przeklinanie) wobec pacjentów stosowane są kary wymienione w systemie wzmocnień.

45. Delegacja KMPT ustaliła, że personel medyczny niechętnie spotyka się z pacjentami na ich prośbę, a nawet odmawia takich spotkań. Dodatkowo zgłoszenia oraz prośby osób przebywających w izolatkach lub unieruchomionych są często ignorowane przez personel i bagatelizowane jako „zachcianki” pacjentów.

46. Zachowania te są nieprofesjonalne, rzutują na wizerunek całego Ośrodka i jego pracowników oraz wyzwalają stres i agresję, co w dalszej perspektywie ma wpływ na poziom wzajemnych interakcji oraz skuteczność oddziaływań. Należy podjąć systemową pracę w kierunku budowy odpowiedniej kultury instytucjonalnej, która przemoc słowną wobec wychowanków będzie traktowała jako niedopuszczalny brak profesjonalizmu i zachęcała personel do aktywnego zgłaszania przełożonym takich przypadków.

47. Z dokumentacji wynikało ponadto, że w ciągu ostatnich 2 lat do Dyrektorki Ośrodka wpłynęła jedna skarga dotycząca uderzenia pacjentki przez pracownika. Skarga została zbadana i uznana za zasadną, a wobec pracownika wyciągnięto konsekwencje służbowe.

48. **KMPT rekomenduje systematyczne przypominanie pracownikom Ośrodka o konieczności traktowania wychowanków z szacunkiem i godnością.**

49. **Uzupełnienie odpowiednich procedur oraz wdrożenie praktyki sporządzania protokołów z przeprowadzenia kontroli osobistej stosownie do wymogów określonych w art. 119 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich** – zalecenie zostało częściowo zrealizowane.

50. W KOPSN stworzono procedurę „Przeszukanie osobiste pacjenta, wykonywane na zlecenie lekarskie”. Przedstawicielom KMPT przedstawiono do wglądu protokół z jednej kontroli osobistej przeprowadzonej na terenie Ośrodka.

51. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odebrali liczne sygnały dotyczące niejednolitego sposobu przeprowadzania kontroli osobistych. Deklarowane kontrole mają charakter jedno- lub dwuetapowy w zależności od pracownika, który dokonuje czynności. Ponadto w zależności od osoby przeprowadzającej stosowane są przysiad lub/i kasznięcie oraz zdejmowane są różne części garderoby. Z deklarowanych przez pacjentów kontroli nie sporządzono protokołów.

52. **KMPT zaleca przypomnienie personelowi o konieczności przeprowadzania kontroli osobistej w sposób dwuetapowy oraz sporządzania protokołu z każdej kontroli.**

53. **Umożliwienie korzystania pacjentom Ośrodka z własnej odzieży, bielizny i obuwia, zaś odstępowanie od tej zasady jedynie w sytuacjach wymienionych w art. 226 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich** – zalecenie nie zostało zrealizowane.

54. W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT zauważyli, że wielu pacjentów ubranych jest w odzież ośrodkową: podkoszulki lub/i bluzy z napisem „KOPSN” oraz spodnie dresowe. Podobnie jak w przypadku poprzedniej wizytacji, z dokumentacji prowadzonej w KOPSN wciąż wynika, że pacjent przyjęty do Ośrodka podczas okresu adaptacyjnego korzysta wyłącznie z ubrań ośrodkowych. Również po zakończeniu okresu adaptacyjnego może być pozbawiony własnej odzieży w przypadku złamania zasad. Zapisy te pokrywają się ze stosowaną wobec pacjentów praktyką.

55. Jednakże, zgodnie z przepisami, nieletni umieszczony w zakładzie leczniczym korzysta z własnej odzieży, bielizny i obuwia. Prawo to może być czasowo ograniczone, jeżeli odzież, bielizna i obuwie nie nadają się do użytku lub ich używanie jest niedopuszczalne ze względów higienicznych albo ze względów bezpieczeństwa³⁰. W doktrynie prawa wskazuje się, że „względy bezpieczeństwa” dotyczące ubrań obejmują np. odzież z metalowymi klamrami lub z paskami. W takim przypadku nieletniego wyposaża się w przedmioty w niezbędnym zakresie³¹. W przypadku

³⁰ Zob. art. 226 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.

³¹ V. Konarska-Wrzosek, P. Kobes, *Wspieranie i resocjalizacja nieletnich. Komentarz*, LEX/el. 2023, art. 226.

standardowych elementów odzieży, np. koszulek, nie może być mowy o uzasadnieniu odebrania odzieży zdrowiem i bezpieczeństwem pacjentów.

56. Wewnętrznym aktem prawnym (regulaminem Ośrodka) nie można zmieniać przepisów aktu powszechnie obowiązującego aktu (ustawy). Ustawa wprost wskazuje przesłanki odebrania odzieży prywatnej. Jest to katalog zamknięty, który nie może być interpretowany rozszerzająco.

57. Ponadto należy wskazać, że ubrania ośrodkowe wydawane pacjentom były dziurawe, podarte, brudne i wyciągnięte. W efekcie pacjenci otrzymywali odzież o niższej jakości, mimo że ustawa przewiduje możliwość jej wymiany w przeciwnym przypadku.

58. Odbieranie pacjentom własnych ubrań może prowadzić do ich stygmatyzacji, wyodrębnienia z grupy oraz pozbawienia części tożsamości i możliwości jej wyrażania. Dodatkowo zły stan ubrań zastępczych dostępnych w Ośrodku może potęgować u pacjentów poczucie wstydu, złości i frustracji, które nierzadko wyrażają się poprzez zachowania agresywne.

59. **KMPT ponownie rekomenduje korzystanie przez pacjentów i pacjentki z własnej odzieży, bielizny i obuwia.**

60. ***Objęcie zaplanowanym zindywidualizowanym postępowaniem, w szczególności leczniczym, psychoterapeutycznym i socjoterapeutycznym oraz rehabilitacyjnym, pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w tym osób w spektrum autyzmu*** – zalecenie nie zostało zrealizowane.

61. Podczas wizytacji KMPT w KOPSN przebywało 15 pacjentów ze stwierdzoną neuroatypowością. Większość z nich stanowią chłopcy.

62. Pomimo deklaracji personelu o indywidualnym podejściu do pacjentów neuroróżnorodnych nie potwierdzono takiej praktyki. Nie jest ona opisywana w dokumentacji terapeutycznej, a większość z osób hospitalizowanych nie ma świadomości, na czym polega ich neuroróżnorodność ani co ona oznacza. Nie ma również dostosowania działań w obszarach takich jak możliwość wyciszenia się czy uwzględnienie preferencji dotyczącej posiłków. Opisana w poprzednim raporcie zasada spożycia co najmniej 75% posiłku stosowana jest wobec wszystkich pacjentów, niezależnie od ich indywidualnych potrzeb.

63. Obowiązek objęcia pacjentów zaplanowanym zindywidualizowanym postępowaniem, w szczególności leczniczym, psychoterapeutycznym i socjoterapeutycznym oraz rehabilitacyjnym, mającym na celu poprawę stanu

zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza zakładem leczniczym, nakazują przepisy prawa³².

64. W ocenie KMPT, osoby ze szczególnymi potrzebami powinny być objęte indywidualnymi oddziaływaniami. Przykładowo dla osób w spektrum autyzmu istotne jest m.in. zdiagnozowanie ich profilu sensorycznego oraz dostosowanie oddziaływań i przestrzeni do ich potrzeb (np. zminimalizowanie lub całkowite wyeliminowanie elementów rozprasających, przystosowanie pomieszczeń, w których dziecko przebywa, do jego możliwości i potrzeb sensorycznych, tj. oświetlenie, ograniczenie liczby bodźców). Niezapewnienie adekwatnych oddziaływań może prowadzić do frustracji, gniewu, które z kolei mogą przerodzić się w agresję w stosunku do rówieśników i dorosłych³³.

65. **KMPT rekomenduje objęcie zaplanowanym zindywidualizowanym postępowaniem pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w tym osób neuroatypowych.**

66. ***Zapewnienie każdemu nowo przyjętemu pacjentowi możliwości kontaktu z psychologiem niezwłocznie po przyjęciu oraz w trakcie pierwszych dni pobytu w Ośrodku*** – zalecenie zostało zrealizowane.

67. ***Ewaluacja systemu warunkowania pacjentów pod kątem doboru odpowiednich przywilejów/wzmocnień oraz konsekwencji*** – zalecenie nie zostało zrealizowane.

68. W Ośrodku w dalszym ciągu stosowany jest wobec pacjentów system warunkowania, który odbywa się w ramach prowadzonej terapii behawioralnej. System ten pozwala nieletnim na uzyskanie przywilejów/wzmocnień w zamian za pozytywne zachowywanie się lub poniesienie konsekwencji za zachowanie problematyczne. Analiza dokumentu „Zasady w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie” pozwala ustalić, jakie przywileje przyznawane są za przestrzeganie poszczególnych zasad i jakie konsekwencje ponoszone są za ich złamanie. Jedyną zmianą w ramach wspomnianych zasad jest zmiana nazwy procedury, która obecnie nazywana jest przez personel „dobą bez przywilejów”.

69. System ten dzieli się na kilka oddzielnych części: otrzymywanie kar i nagród za szczególnie negatywne zachowania / powstrzymywanie się od nich, otrzymywanie punktów za pozytywne zachowania, otrzymywanie kolorowych kartek za negatywne i pozytywne zachowania. Systemy te nie są całkowicie rozdzielne

³² Zob. art. 224 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.

³³ A. Florek, J. Rafał-Łuniewska, *Dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera (ZA) w wychowaniu przedszkolnym – dostosowanie wymagań edukacyjnych dla dziecka z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, s. 9-27.

i zachodzą na siebie, a jedno zachowanie może być ocenione w różnych systemach w zależności od decyzji personelu.

70. Zgodnie z obowiązującymi regulaminami, za przywileje uznaje się m.in. uczestnictwo w zajęciach szkolnych, terapeutycznych czy okazywanie sympatii wobec innych osób. KMPT zwraca jednak uwagę, że tego typu zachowania czy aktywności nie powinny być traktowane jako nagrody, lecz jako elementy normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. W związku z tym pacjenci i pacjentki nie są w tych przypadkach wynagradzani za pozytywne zachowania, lecz uzyskują jedynie dostęp do podstawowych aspektów codziennego życia.

71. Jako konsekwencje stosuje się: wykluczenie z wszelkich aktywności z grupą („poza grupą”) na okres 2 godzin zegarowych (w przypadku złamania zasady dotyczącej zachowań agresywnych) lub 30 minut (używanie wulgaryzmów); utratę możliwości korzystania ze sprzętów ośrodkowych na okres 2 przedziałów w grafiku (za złamanie zasady dotyczącej niszczenia przedmiotów i zachowań autoagresywnych); rozdzielenie na określony czas na zajęciach z osobą, do której odczuwa się sympatię, lub przeniesienie na inny oddział (w przypadku złamania zasady dotyczącej przekraczania granic seksualnych). Konsekwencje te zostały szczegółowo opisane w raporcie z 2023 r.³⁴

72. Dodatkowym systemem w Ośrodku jest system kolorowych kartek. Żółta kartka odbiera przywilej w postaci 5 minut z czasu wolnego (w przypadku nieprzestrzegania zasady dotyczącej wykonywania poleceń personelu). Ponowne niewykonanie polecenia to kolejne odebranie czasu wolnego o kolejne 5 minut. Po otrzymaniu 17 żółtych kartek pacjent dostaje czerwoną kartkę, co oznacza, że zostaje wykluczony z czasu wolnego w określonych godzinach. W ramach wyróżnienia za dobre zachowanie można otrzymać niebieską kartkę.

73. Stosowanie tak zaprojektowanego systemu oddziaływania może mieć niekorzystne skutki długoterminowe. Skupienie na karaniu przypomina stosowanie autokratycznego (zwanego też autorytarnym) stylu wychowania. Charakteryzuje się on przewagą jednostronnej komunikacji, regulowaniem życia za pomocą sprecyzowanych norm (za złamanie których winowajca musi ponieść określoną karę), stawianiem wysokich wymagań, sprawowaniem ścisłej kontroli i niedawaniem ciepła³⁵. Decyzje dominującego opiekuna są nieodwołalne, nie podlegają negocjacom, a jedynie są

³⁴ Raport z wizytacji KMPT w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie, KMP.574.3.2023, s. 27-34.

³⁵ A. Brzezińska, *Psychologiczne portrety człowieka: praktyczna psychologia rozwojowa*, Gdańsk 2020, s. 247.

„podawane do wiadomości”³⁶. Istotą stylu autokratycznego jest przedkładanie precyzyjnie określonych obowiązków i oczekiwań wobec dziecka nad troskę o zaspokajanie potrzeb i jakość relacji interpersonalnych. Taki styl wychowania niesie ze sobą wiele negatywnych efektów. Konsekwencjami w funkcjonowaniu dziecka będą przygaszenie, agresja i wymykanie się spod kontroli³⁷. U dzieci wychowywanych w ten sposób wyższa jest również aprobatą dla agresji interpersonalnej w porównaniu z innymi stylami wychowawczymi³⁸.

74. Nie wszyscy pacjenci i pacjentki w pełni rozumieją zasady funkcjonowania wskazanych powyżej systemów oraz zależności między nimi. Nie mają świadomości, jakie konsekwencje lub wzmocnienia mogą ich spotkać w wyniku określonych zachowań. Dodatkowo osoby nowo przyjęte nie są zaznajomione z takimi pojęciami jak „konsekwencja nadrzędna” czy „doba bez przywilejów”. To rodzi wątpliwości co do skuteczności działania systemu oraz tego, czy planowane warunkowanie ma szansę przynieść oczekiwane rezultaty.

75. **KMPT rekomenduje zweryfikowanie systemu wzmocnień i konsekwencji oraz zapoznanie z nim osób hospitalizowanych w taki sposób, aby wszyscy rozumieli jego działanie.**

76. **Zaprzestanie stosowania izolacji wobec pacjentów Ośrodka w ramach tzw. konsekwencji nadrzędnej, za złamanie zasad panujących w placówce** – zalecenie nie zostało zrealizowane.

77. Doba bez przywilejów (wcześniejsza nazwa: konsekwencja nadrzędna) stosowana jest wówczas, gdy pacjent złamał zasady Ośrodka, ale nie jest wspomniane, jakie konkretnie. Polega ona na umieszczeniu pacjenta na 24 godziny samego w pokoju. Zgodnie z opisem jest to procedura, która nie wymaga współpracy pacjenta. Ma na celu zmniejszenie nasilenia zachowań niepożądanych. W czasie doby bez przywilejów pacjent ma wstrzymane przywileje na okres 24 godzin, czyli na czas trwania procedury. Za przywileje uznaje się: uczęszczanie do szkoły, udział w terapii, na wspólne posiłki itp. W konsekwencji w czasie doby bez przywilejów nieletni:

- przebywa w oddzielnym pokoju,
- nie bierze udziału w zajęciach grupowych i indywidualnych,
- nie realizuje wzmocnień,
- czas wolny spędza bez grupy,

³⁶ H. Liberska, *Kształtowanie się tożsamości a styl wychowania w rodzinie*, w: *Tożsamość a współczesność. Nowe tendencje i zagrożenia*, red. B. Harwas-Napierała, H. Liberska, Poznań 2007, s. 58.

³⁷ A. Brzezińska, op. cit., s. 247.

³⁸ M. Dominiak-Kochanek, A. Frączek, K. Konopka, *Styl wychowania w rodzinie a aprobatą agresji w życiu społecznym przez młodych dorosłych*. *Psychologia Wychowawcza*, 1(2), 2012, s. 66-85.

- nie otrzymuje paczek, gazet, książek, długopisu, kredek, zeszytów, kartek, gier,
- nie uczestniczy w zajęciach lekcyjnych,
- posiłki zjada oddzielnie,
- nie ma możliwości połączeń wideo z bliskimi.

78. Dodatkowo, według regulaminu, w tym czasie personel nie rozmawia z pacjentem, nie prosi go do telefonu i nie realizuje zabiegów higienicznych. De facto przez 24 godziny pacjent/pacjentka przebywa w izolacji.

79. Zauważyć należy, że izolacja jest formą stosowania przymusu bezpośredniego³⁹. Stosowanie takiego środka obwarowane jest konkretnymi warunkami i wymogami, m.in. zleceniem przez lekarza na nie dłużej niż 4 godziny, przedłużenie przez lekarza po osobistym zbadaniu pacjenta na następne dwa okresy, nie dłużej niż 6 godzin, stosowanie izolacji w pomieszczeniu do tego przystosowanym⁴⁰.

80. Wprowadzona regulaminem wewnętrznym izolacja pacjenta ze względu na łamanie zasad, a nie w ramach przymusu bezpośredniego, jest obejściem powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Trwa dłużej niż środek przymusu bezpośredniego, na który zezwolił ustawodawca, a nie jest zabezpieczona podobnymi wymogami. Ponadto można zastosować ją wobec pacjenta na zasadzie uznaniowości za złamanie przyjętych zasad, a nie np. ze względu na stwarzanie zagrożenia dla zdrowia i życia. Ponadto w placówce nie prowadzi się rejestru izolowania pacjenta w ramach tej procedury. Warto podkreślić, że izolowanie osób w wieku 18 lat stanowi formę złego traktowania⁴¹. Ponadto, jak wskazuje CPT, izolacja nigdy nie powinna być stosowana jako nieformalna kara⁴².

81. Pozbawienie pacjentów możliwości uczestniczenia w zajęciach szkolnych, będące częścią doby bez przywilejów, stanowi złamanie konstytucyjnego obowiązku nauki do 18 roku życia (art. 70 ust. 1 Konstytucji). Obowiązek szkolny jest więc ograniczany decyzją personelu szpitala i traktowany jako „przywilej” (wprost wskazane w regulaminie nagród), a nie prawo i obowiązek. Podobnie niepokojące jest nieuczestniczenie w tym czasie w oddziaływaniach leczniczych, terapeutycznych i higienicznych.

82. W generalnym ujęciu zauważyć należy, że izolacja nieletnich ma negatywny wpływ na ich dobrostan. Ogranicza ich rozwój społeczny, prowadząc do

³⁹ Zob. art. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

⁴⁰ Zob. art. 18a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

⁴¹ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., [CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 126].

⁴² Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., [CPT/Inf (2018) 39, par. 106].

problemów emocjonalnych i behawioralnych, takich jak lęk, agresja, wycofanie czy depresja. Ponadto dzieci w takich sytuacjach doświadczają deficytu bodźców, co zwiększa ich podatność na zagrożenia. Deprywacja potrzeb, takich jak komunikacja i aktywność odpowiednia dla ich wieku, prawdopodobnie będą miały wpływ na spowolnienie w obszarach rozwoju poznawczego, emocjonalnego, fizycznego i społecznego. W rezultacie szkody psychologiczne spowodowane przez izolację młodych ludzi mogą zaostrzyć istniejące wcześniej choroby psychiczne⁴³. Pacjenci w rozmowach z przedstawicielami KMPT podkreślali, że najgorszą karą jest dla nich izolacja od grupy, brak możliwości zajęcia się czymś, 24 godziny „bez nikogo i niczego”.

83. **KMPT ponownie rekomenduje zaprzestanie stosowania izolacji w ramach tzw. doby bez przywilejów / konsekwencji nadrzędnej.**

84. **Rejestrowanie obrażeń pacjentów przy pomocy specjalnego formularza przygotowanego na takie potrzeby, zawierającego zarysy sylwetki do zaznaczania umiejscowienia obrażeń (tzw. map ciała) – zalecenie nie zostało zrealizowane**

85. Placówka w dalszym ciągu nie stosuje tzw. map ciała, na które nanoszone byłyby ewentualne obrażenia. Informacje o obrażeniach i urazach pacjentów opisywane są podczas przyjęcia w raportach lekarskich oraz pielęgnarskich. Do dokumentacji nie jest dołączana karta, która w sposób graficzny pozwalałaby udokumentować miejsca obrażeń. Nie jest również wykonywana dokumentacja fotograficzna.

86. Metoda oznaczania obrażeń na mapach ciała realizuje zalecenia międzynarodowych instytucji zajmujących się monitorowaniem oraz traktowaniem osób pozbawionych wolności, m.in. SPT⁴⁴ oraz CPT⁴⁵.

87. **Krajowy Mechanizm zaleca dokumentowanie obrażeń osób hospitalizowanych za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej.**

88. **Zaznajomienie pracowników z Protokołem stambulskim⁴⁶ – zalecenie nie zostało zrealizowane.**

⁴³ T.R. Brickhead, *Children in Isolation: The Solitary Confinement of Youth*, Wake Forest Law Review, 50(1), 2015, s. 10-13.

⁴⁴ Zob. Raport SPT z wizyty w Portugalii w 2018, [CAT/OP/PRT/1, par. 61].

⁴⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., [CPT/Inf (2018) 39, par. 80]; Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, [CPT/Inf (2013), par. 71-84].

⁴⁶ Podręcznik ONZ dotyczący skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, dostępny na stronie:

89. **Krajowy Mechanizm zaleca przeszkolenie personelu z Protokołu Stambulskiego.**

90. **Zawarcie w odpowiednich procedurach i regulaminach Ośrodka informacji o możliwości uzyskania przepustki okolicznościowej, tak aby pacjenci i ich rodziny/opiekunowie byli tego świadomi** – zalecenie nie zostało zrealizowane.

91. Żadna procedura oraz regulaminy, które przekazane zostały do analizy delegacji KMPT, nie wspominały o możliwości uzyskania w Ośrodku przepustki okolicznościowej.

92. Ponadto, jak ustaliła delegacja KMPT, w KOPSN od czasu poprzedniej wizytacji nie udzielono żadnej przepustki okolicznościowej. W czasie poprzedniej wizytacji stan udzielania przepustek był analogiczny, mimo że w przypadku losowym kierownik zakładu leczniczego o maksymalnym zabezpieczeniu może udzielić nieletniemu przepustki okolicznościowej⁴⁷.

93. W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że – jak wskazano wyżej – na terenie Ośrodka przebywają pacjenci i pacjentki, którzy mają postanowienie sądu o możliwości stosowania wobec nich innego środka niż szpital o maksymalnym zabezpieczeniu. Osoby te mogłyby więc korzystać z przepustek w szpitalach o mniejszym zabezpieczeniu.

94. **KMPT ponownie rekomenduje zawarcie w odpowiednich procedurach i regulaminach informacji o możliwości uzyskania przepustki okolicznościowej, tak aby nieletni i ich rodziny/opiekunowie byli świadomi istnienia takiej możliwości.**

95. **Zapewnienie personelowi Ośrodka szkoleń i warsztatów w zakresie kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, technik deeskalacji, a także szczególnych potrzeb i traktowania osób należących do grupy LGBT+** – zalecenie częściowo zrealizowane.

96. KMPT odnotowało, że od czasu ostatniej wizytacji zorganizowano wiele szkoleń dla personelu, obejmujących szeroki zakres tematyczny. Należy jednak zwrócić uwagę, że pracownicy i pracowniczki medyczne nie uczestniczyli ani w szkoleniach z rekomendowanych przez KMPT tematów, ani w innych dotyczących rozwijania kompetencji miękkich. Natomiast członkowie i członkinie zespołu psychologiczno-pedagogicznego wzięli udział w licznych szkoleniach poświęconych umiejętnościom miękkim, ale przedstawione tytuły szkoleń nie wskazują jednoznacznie, aby poruszane były na nich zagadnienia wskazane przez KMPT. Warto

<https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

⁴⁷ Zob. art. 228 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.

również zaznaczyć, że szkolenia dotyczące traktowania osób należących do społeczności LGBT+ zostały zrealizowane jedynie przez Dyrektorkę Ośrodka.

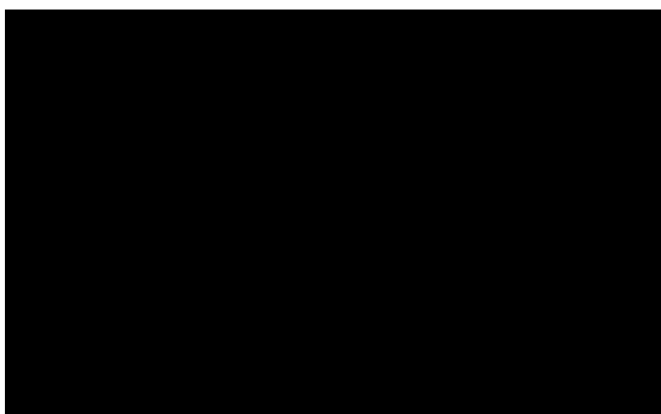
97. **KMPT rekomenduje kontynuowanie działań szkoleniowych dla pracowników, ze szczególnym uwzględnieniem rozbudowy oferty szkoleń grupowych oraz włączenia do nich zagadnień wskazanych przez KMPT. Zaleca się również, aby tematyka rekomendowana przez KMPT była proponowana wszystkim pracownikom, a nie jedynie członkom poszczególnych zespołów.**

VI. Inne obszary wymagające poprawy

A. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego

98. Wizytacja KMPT zidentyfikowała także inne obszary wymagające poprawy w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego, które nie zostały ujawnione podczas poprzedniej wizytacji.

99. **[Stosowanie środków przymusu bezpośredniego niewymienionych w przepisach prawa]** W trakcie wizytacji delegacja KMPT ustaliła, że w Ośrodku, oprócz środków przymusu bezpośredniego wymienionych w ustawie⁴⁸, stosuje się: szarfę, kask ochronny wykonany z miękkiego tworzywa, maskę na twarz (opisaną wyżej) oraz rękawice. Użycie tych środków odnotowywane jest w zbiorczym rejestrze przymusu bezpośredniego oraz w indywidualnych kartach zastosowania przymusu bezpośredniego. Ich stosowanie potwierdzają nagrania z monitoringu.



Zdj. 5. Przymus bezpośredni w postaci czterokończynowego unieruchomienia, kasku oraz szarfy.

⁴⁸ Zob. art. 3 pkt 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.



Zdj. 6. Przymus bezpośredni w postaci czterokończynowego unieruchomienia, maski, kasku oraz rękawic.

100. Katalog środków wymieniony w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego ma charakter zamknięty – wskazane w nim rozwiązania zostały wymienione enumeratywnie⁴⁹. W związku z tym na gruncie wspomnianej ustawy nie można stosować żadnych innych środków przymusu bezpośredniego. Szarfa, kask ochronny, maska na twarz oraz rękawice nie zostały wskazane w przepisach prawa jako dopuszczalne formy stosowania przymusu bezpośredniego. W konsekwencji ich użycie należy uznać za niezgodne z prawem.

101. KMPT rekomenduje odstąpienie od stosowania niewymienionych w ustawie środków przymusu bezpośredniego.

102. **[Stosowanie kaftana bezpieczeństwa]** Mimo rekomendacji KMPT z 2019 r. w Ośrodku nadal praktykowane jest stosowanie środka przymusu w postaci unieruchomienia kaftanem bezpieczeństwa, w tym także w trakcie spacerów na terenie zewnętrznym Ośrodka.

103. 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 (na nagraniach z monitoringu widać, że jednej pacjentce w kaftanie towarzyszy dwóch pracowników) możliwe 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.

104. Przeciwno stosowaniu kaftanów bezpieczeństwa wypowiedział się CPT. W 2017 r., po wizycie w Polsce, wezwał do wyeliminowania kaftana bezpieczeństwa

⁴⁹ D. Karkowska, 11.6.1. *Przymus bezpośredni*, w: D. Karkowska, W.C. Włodarczyk, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2013.

z katalogu środków przymusu bezpośredniego, które mogą być stosowane wobec nieletnich – jako środka stygmatyzującego i poniżającego⁵⁰.

105. KMPT ponownie rekomenduje wyeliminowanie praktyki stosowania kaftana bezpieczeństwa wobec pacjentów korzystających ze spaceru.

106. Podczas stosowania kaftana bezpieczeństwa na oddziale pacjenci sadzani są obok dyżurki pielęgniarskiej na małych pufach. Stosowane puffy są zużyte, nieduże i nie stanowią wygodnego miejsca do siedzenia. Ponadto osoba skrupowana kaftanem może mieć trudność, żeby się z nich podnieść. Przestrzeń dodatkowo ograniczana jest za pomocą krzesła pracownika. Mebel ustawiany jest w sposób tworzący wnękę między krzesłem i ścianą. Dodatkowo umiejscowienie na korytarzu nie zapewnia prywatności osobom, wobec których stosowany jest środek przymusu bezpośredniego. Miejsce to nie jest również objęte zasięgiem kamer.



Zdj. 7. Puffy do siedzenia podczas stosowania kaftana bezpieczeństwa.

107. KMPT rekomenduje wymianę małych puf na meble lub inne siedziska, które zapewnią pacjentom większy komfort użytkowania, a także stosowanie kaftana w przestrzeni zapewniającej większą prywatność i objętej monitoringiem.

108. **[Sondy żołądkowe]** Inną praktyką budzącą wątpliwości przedstawicieli KMPT jest stosowanie sond żołądkowych (zgiębników nosowo-żołądkowych). Według wskazań personelu sondy używane są w wyjątkowych sytuacjach, gdy pacjent/pacjentka nie chce jeść posiłków lub nie chce przyjąć leku. Pacjenci zgłaszają jednak regularne stosowanie zgiębników oraz wykorzystywanie ich jako

⁵⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., [CPT/Inf (2018) 39, par. 105].

„straszaka” na pacjentów, którzy np. nie chcą spożywać posiłków lub nie chcą przyjmować leków.

109. Od początku 2025 r. do dnia wizytacji w rejestrze zastosowań środków przymusu bezpośredniego odnotowano 1 przypadek użycia sondy nosowo-żołądkowej (14 stycznia 2025 r.). Kolejne przypadki przedstawiciele KMPT odnaleźli w innych rodzajach dokumentacji, m.in. w kartach obserwacji pielęgniarских (3 stycznia 2025 r.), dokumencie „monitorowanie zgłębnika do żywienia” jednej z pacjentek (oprócz wskazanych przypadków – 20 i 21 lutego 2025 r.) oraz na nagraniach z monitoringu (dwukrotne zastosowanie 4 marca 2025 r.).

110. Przedstawiciele KMPT nie mają możliwości szczegółowej weryfikacji sposobu stosowania sondy żołądkowej. Z dokumentacji medycznej nie wynika jednak, aby pacjenci i pacjentki przez dłuższy czas odmawiali przyjmowania posiłków przed jej zastosowaniem. W raportach lekarskich pojawia się jedynie informacja o użyciu sondy żołądkowej danego dnia. Dokumentacja nie zawsze zawiera informacje dotyczące np. odmowy spożywania posiłków w dniach poprzedzających założenie sondy. Przykładowo, przed założeniem zgłębnika 3 stycznia 2025 r., w raportach pielęgniarских z dnia 2 stycznia odnotowano, że pacjentka nie wstała na pierwsze śniadanie, jednak spożyła drugie. Dopiero 3 stycznia pojawiła się adnotacja o odmowie przyjmowania posiłków, a już o godzinie 11:00 udokumentowano założenie zgłębnika.

111. KMPT odnotował również przypadki stosowania sondy żołądkowej razem z unieruchomieniem (14 stycznia 2025 r.).

112. KMPT rekomenduje każdorazowe odnotowywanie w dokumentacji medycznej przypadków odmowy przyjęcia posiłku i/lub leków.

113. KMPT zaleca jednolite prowadzenie dokumentacji dotyczącej stosowania zgłębnika przez systematyczne odnotowywanie tego faktu w formularzu „Monitorowanie zgłębnika do żywienia”, a także w raportach lekarskich i pielęgniarских.

114. KMPT zaleca stosowanie zgłębnika nie jako środka przymusu bezpośredniego, lecz wyłącznie w przypadkach uzasadnionych medycznie, gdy podawanie pokarmu w ten sposób jest konieczne. W żadnym przypadku jego stosowanie nie może przyjmować formy „straszaka” ani być traktowane jako kara za niewłaściwe zachowanie.

115. [Skala stosowania środków przymusu bezpośredniego w KOPSN]
W Ośrodku prowadzony jest rejestr przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego. W poszczególnych latach i miesiącach, do których dostęp mieli

przedstawiciele KMPT, liczba przypadków stosowania przymusu bezpośredniego wyglądała następująco:

Przymus bezpośredni - liczba przypadków			
Miesiąc	2022	2024	2025
Styczeń	55	50	64
Luty	49	62	109
Marzec	49	62	42
Kwiecień	43	104	103
Maj	44	54	31 (do 19 maja 2025)
Łącznie do maja	240	332	349
Czerwiec	52	42	
Lipiec	51	97	
Sierpień	54	51	
Wrzesień	43	91	
Październik	37	101	
Listopad	27	62	
Grudzień	29	95	
Łącznie	533	871	349

116. Jak wskazano w części „Charakterystyka placówki”, w szpitalu na co dzień przebywa ok. 36 osób. Wyniki stosowania środków przymusu bezpośredniego z 2024 r. wskazują, że średnio wobec jednego pacjenta środki przymusu bezpośredniego stosowano 24 razy w ciągu roku.

117. W KOPSN stosowane są również unieruchomienia wielogodzinne. Przedstawiciele KMPT zidentyfikowali unieruchamianie jednego pacjenta, które trwało od 12 do 14 grudnia 2024 r. ok. 35 godzin 30 minut. W trakcie poszczególnych unieruchomień pojawiały się przerwy. W tym okresie najdłuższe unieruchomienie trwało nieprzerwanie 13 godzin i 25 minut (12–13 grudnia 2024 r.).

118. Ponadto w rejestrze pojawia się kilka nazwisk pacjentów, wobec których przymus bezpośredni stosowany jest z większą częstotliwością w porównaniu do innych. Wobec jednego z pacjentów tylko w kwietniu 2025 r. użyto ok. 44 razy przymusu bezpośredniego. Bywały sytuacje, że w ciągu jednego dnia trzykrotnie był on przypinany do łóżka pasami (w grudniu 2024 czas unieruchomienia trwał ok. 13 godzin). Od stycznia 2025 do dnia wizytacji (140 dni) przymus zastosowano wobec tego pacjenta ok. 112 razy.

119. KMPT z zaniepokojeniem zauważa, że podobna sytuacja związana ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego, ich skali, stosowania regularnie wobec tych samych osób, miała miejsce podczas ostatniej wizytacji i została szczegółowo opisana w poprzednim raporcie⁵¹.

120. W wielu przypadkach stosowano więcej niż jeden środek przymusu jednocześnie. Rejestrowane były one jako jedna sytuacja. Najczęściej współwystępowały ze sobą przytrzymanie i czterokończynowe spięcie pasami. Jednak często stosowano jednocześnie, w różnych konfiguracjach przytrzymanie, czterokończynowe spięcie pasami, maskę ochronną, kask i rękawice. W 2025 r. (do dnia wizytacji) wobec jednej pacjentki taką konfigurację zastosowano co najmniej 12 razy.

121. Jednocześnie warto wskazać na sytuacje, które doprowadziły do zastosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia czterokończynowego. Z monitoringu wynika, że przed zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego nie zawsze są prowadzone próby deeskalacji napięcia, np. rozmową. Ponadto pacjenci nie zawsze są skrajnie pobudzeni, a sytuacje agresji i autoagresji na obejrzanych przez KMPT nagraniach z monitoringu stanowią marginalne przypadki.

122. KMPT jest zaniepokojone skalą stosowanych środków przymusu bezpośredniego. Zastrzeżenia co do ilości stosowanych wobec nieletnich środków przymusu bezpośredniego zgłasza od lat nie tylko KMPT, ale również CPT⁵² i Najwyższa Izba Kontroli (NIK)⁵³.

123. CPT jest wręcz zdania, że nieletni zasadniczo nie powinni być poddawani środkom przymusu. Ryzyko i konsekwencje ich stosowania są poważne, biorąc pod uwagę bezbronność młodych osób. W skrajnych przypadkach, w których konieczna jest interwencja fizyczna w celu uniknięcia szkód dla siebie lub innych, jedyną dopuszczalną interwencją powinno być zastosowanie ręcznego przytrzymywania przez personel do czasu, aż nieletni się uspokoi⁵⁴. Środki przymusu nigdy nie powinny być stosowane jako kara, dla wygody personelu, z powodu jego niedoboru czy zamiast właściwej opieki lub leczenia⁵⁵.

⁵¹ Zob. Raport z wizytacji KMPT w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie, KMP.574.5.2019, s. 14-18.

⁵² Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., [CPT/Inf (2018) 39, par. 105].

⁵³ Zob. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą. Delegatura w Poznaniu*, Nr ewid. 11/2024/P/23/077/LPO; LPO.430.5.2023.

⁵⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., [CPT/Inf (2018) 39, par. 135].

⁵⁵ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), [CPT/Inf(2017) 6, par. 1.6.].

124. Środki przymusu to środki bezpieczeństwa, które nie mają terapeutycznego uzasadnienia, a ich stosowanie stanowi jedną z najbardziej dolegliwych form ingerencji w nietykalność oraz autonomię woli jednostki⁵⁶. Jest to usankcjonowana prawnie forma przemocy, której stosowanie jest dozwolone wyłącznie w jasno określonych, uzasadnionych przypadkach. Niemniej jednak dla psychiki dziecka może ona nieść skutki porównywalne do tych, jakie wywołuje przemoc pozbawiona podstaw prawnych. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego ma dla pacjentów również negatywne skutki fizyczne. Przykładowo, jak sam zasygnalizował personel Ośrodka, jeden z pacjentów, na skutek częstego stosowania unieruchomienia czterokończynowego w poprzedniej placówce, do KOPSN trafił niedożywiony oraz z problemem ze stopami (objawiającym się ich opadaniem).

125. Z tych powodów przymus bezpośredni winien być stosowany wyłącznie w ostateczności⁵⁷, zgodnie z zasadami legalności, konieczności, proporcjonalności i odpowiedzialności, oraz wykorzystywany przez najkrótszy możliwy czas. Po ustaniu sytuacji awaryjnej należy natychmiast zaprzestać jego stosowania⁵⁸. Prawo krajowe zobowiązuje podmioty lecznicze, aby przy wyborze środka przymusu wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby⁵⁹.

126. KMPT rekomenduje zweryfikowanie ilości i częstości stosowanych środków przymusu bezpośredniego pod względem konieczności, proporcjonalności i adekwatności stosowania środków, a także stworzenie polityki wewnętrznej Ośrodka oraz odpowiednich procedur, które będą miały na celu ograniczenie liczby stosowanych środków przymusu bezpośredniego do ściśle koniecznych przypadków.

127. **[Braki w dokumentacji]** W tym miejscu zauważyć należy, że nie wszystkie środki przymusu bezpośredniego zastosowane wobec pacjentów były odnotowane w rejestrze zbiorczym⁶⁰. Sprawdzono wybraną dokumentację pacjentów. W dokumentacji osobowej i medycznej jednej z pacjentek ze stycznia 2025 r.

⁵⁶ A. Łozińska-Piekarska, *Przyczyny nadużywania stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi – analiza historyczna i postulaty de lege ferenda*, RAIp, 3, 2023, s. 219-238.

⁵⁷ K. Burdziak, *Samobójstwo w prawie polskim*, Warszawa 2019, *Samobójstwo a ustawa o ochronie zdrowia psychicznego*.

⁵⁸ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), [CPT/Inf(2017) 6, par. 1.4.

⁵⁹ Zob. art. 18 ust. 8 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego; K. Burdziak, op. cit.

⁶⁰ Art. 18c ust. 1 u.o.z.p. obliguje do tego, aby zastosowanie każdego rodzaju środka przymusu bezpośredniego podlegało odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej.

znajdowały się karty zastosowania przymusu bezpośredniego, które nie zostały odnotowane w ogólnym rejestrze. Były to:

- 8 stycznia 2025 r. godz. 18.30-21.00 – zastosowanie pasów, maski, przytrzymania, kasku.
- 14 stycznia 2025 r. godz. 19.15 do 21.30 - zastosowanie pasów, przytrzymania, użycia kasku, maski i rękawic.
- 22 stycznia 2025 r. godz. 19.25-21.00 – zastosowanie pasów, przytrzymania, odprowadzenia do sali obserwacyjnej.
- 23 stycznia 2025 r. godz. 10.40-12.20 – zastosowanie pasów i przytrzymania.
- 25 stycznia 2025 r. godz. 20.35-22.05 – zastosowanie pasów.

128. Inne braki w rejestrze dotyczą m.in. braku odnotowania zastosowania kaftanów bezpieczeństwa na spacerach mimo wskazania ich w raporcie lekarskim, braku odnotowania zastosowania plastikowej maski.

129. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego powinien zostać opisany w dokumentacji. Sposób jego odnotowania określają przepisy prawa⁶¹.

130. KMPT rekomenduje opisywanie w rejestrze środków przymusu bezpośredniego każdego przypadku ich zastosowania, zgodnie z prawem.

B. Przemoc seksualna

131. Analiza dokumentacji i nagrań z monitoringu potwierdziła, że na terenie placówki występuje problem z przemocą seksualną między nieletnimi. Przedstawiciele KMPT odnotowali 7 takich sytuacji. Przeanalizowane przypadki obejmują:

- a. Naruszanie nietykalności cielesnej pacjentek przez pacjentów polegające na szarpaniu, przyciąganiu, sadzaniu na kolanach, dotykaniu części intymnych podczas spaceru – 18 maja 2025 r.
- b. Inne czynności seksualne między pacjentami poniżej tzw. wieku zgody. Sytuacja zgłoszona organom ścigania – 28 kwietnia 2025 r.
- c. Inne czynności seksualne – 17 kwietnia 2023 r.
- d. Obnażanie się i przeszkadzanie w kąpielach – 10 i 11 maja 2025 r.
- e. Czynności przeciwko wolności seksualnej – 23 czerwca 2023 r.
- f. Naruszenie nietykalności cielesnej, wygłaszanie treści erotycznych – 21 stycznia 2025 r.
- g. Obnażanie się i wygłaszanie treści erotycznych – 22 kwietnia 2025 r.

132. Oprócz zarejestrowanych wydarzeń zgłaszano przedstawicielom KMPT:

- a. podkładanie palców pod miejsca intymne;

⁶¹ Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2023 r. poz. 731).

- b. seksualnie nacechowane słownictwo;
- c. okazywanie sobie wzajemnie genitaliów;
- d. działania odwetowe osób stosujących przemoc seksualną w przypadku zgłoszenia incydentu.

133. Pracownicy KOPSN co do zasady reagują na oficjalnie zgłoszone przejawy przemocy seksualnej. Na monitoringu z dnia 18 maja 2025 r. zaobserwowano jednak sytuację szarpania, obmacywania i sadzania sobie na kolanach dziewczynek przez chłopców.

134. KMPT zaniepokojone jest skalą wymienionych wyżej, oficjalnie zarejestrowanych przypadków oraz deklaracjami pracowników – stwierdzających, że ofiary przemocy seksualnej „same jej chcą”, „wchodzą w jakieś sytuacje, a później się z nich wycofują”, „prowokują”.

135. W tym kontekście szczególną uwagę należy zwrócić na sytuację z 28 kwietnia 2025 r. kiedy między pacjentami doszło do innych czynności seksualnych. W wielu notatkach z wydarzenia pacjentka opisywana jest jako osoba winna przekroczenia granic seksualnych. KMPT pragnie wskazać, że osoba poniżej lat 15 nie jest w stanie wyrazić świadomej zgody na czynności seksualne i traktowanie jej jako osoby winnej może być wysoko krzywdzące.

136. KMPT rekomenduje podjęcie kroków na rzecz wyeliminowania przypadków przemocy seksualnej w Ośrodku przez włączenie problematyki zapobiegania przemocy ze względu na płeć i przemocy seksualnej do procedur wewnętrznych.

137. Ponadto KMPT zaleca przypomnienie wszystkim pracownikom Ośrodka, na czym polegają: retraumatyzacja, mechanizm obwiniania ofiary, niezgoda na czynności seksualne oraz możliwość wycofania raz danej zgody w każdym momencie.

C. Rozmieszczenie pacjentów

138. **[Koedukacyjne oddziały]** Przedstawiciele KMPT wyrażają wątpliwości dotyczące sposobu rozmieszczenia pacjentów na terenie Ośrodka. Placówka składa się z dwóch oddziałów zlokalizowanych na odrębnych piętrach, przy czym oba mają charakter koedukacyjny. Grupowanie pacjentów według płci odbywa się wyłącznie na poziomie przydziału do pokoi. Takie zorganizowanie Ośrodka może powodować zwiększenie liczby przypadków przemocy seksualnej między pacjentami.

139. Koedukację personel Ośrodka argumentuje faktem, że między osobami tej samej płci również dochodzi do incydentów przemocy seksualnej. Zauważyć jednak należy, że jest ich zdecydowanie mniej niż między osobami różnych płci. Przemawia za

tym m.in. fakt oficjalnie udokumentowanych przypadków przemocy seksualnej na terenie placówki — dwóch incydentów między osobami tej samej płci oraz pięciu między osobami płci przeciwnej.

140. Międzynarodowe standardy wymagają, by w instytucjach tego rodzaju przyjmujących obie płcie przestrzenie dla kobiet były całkowicie oddzielone od przestrzeni dla mężczyzn⁶².

141. KMPT rekomenduje zmianę sposobu rozmieszczania nieletnich na grupowanie według płci również w obrębie oddziałów.

142. **[Różnica wieku]** Do KOPSN przyjmowane są dzieci w wieku od 10 do 18 lat. Przepisy prawa określa dolną granicę wieku na 13 lat dla nieletnich, których sąd uznał za sprawców czynów karalnych. Natomiast w przypadku nieletnich przejawiających demoralizację dolna granica wieku wynosi 10 lat. Oznacza to, że w szpitalach psychiatrycznych mogą przebywać nieletni sprawcy czynów karalnych od 13 do 18 roku życia wraz z nieletnimi zdemoralizowanymi w wieku od 10 lat.

143. Podczas wizytacji w jednym pokoju umieszczeni byli wspólnie chłopcy 18- i 11-letni. Tak znaczna różnica wieku, a w związku z tym rozwoju psychospołecznego i fizycznego, może prowadzić do wytworzenia się nieformalnej hierarchii, dominacji i nieporozumień.

144. W tym kontekście zastrzeżenia budzi również korzystanie z łazienek – pacjenci używają ich w grupach przypisanych do tych samych pokoi, a brak zasłonek w prysznicach w połączeniu ze znaczną różnicą wieku między podopiecznymi prowadzi do skrępowania i naruszenia poczucia intymności. Kwestia ta zostanie szczegółowo omówiona w dalszej części raportu.

145. Oddzielne zakwaterowanie osób o znacznej różnicy wieku służy ochronie słabszych i budowaniu bezpiecznego środowiska. Reguły Nelsona Mandeli jasno wskazują, że osoby pozbawione wolności powinny być dobierane według kryterium możliwości wspólnego przebywania⁶³. Jednym z kluczowych kryteriów takiej możliwości jest wiek. Młode osoby pozbawione wolności mają być odseparowane od dorosłych⁶⁴.

146. KMPT rekomenduje rozmieszczanie nieletnich w pokojach z uwzględnieniem różnicy wieku.

⁶² Zob. Przemoc seksualna i przemoc związana z płcią w miejscach pozbawienia wolności – zapobieganie i reagowanie. Standardy, rozwiązania, przykłady z regionu OBWE, OSCE/ODIHR 2023, s. 113. Publikacja dostępna na stronie: <https://www.osce.org/pl/odihr/559935>. Zob. Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Nelsona Mandeli), Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego z 17 grudnia 2015 r., A/RES/70/175, reguła 11.

⁶³ Reguły Nelsona Mandeli, reguła 12.

⁶⁴ Reguły Nelsona Mandeli, reguła 11.

147. **[Izolacja poszczególnych pacjentów]** W trakcie wizytacji KMPT na odizolowanym od innych pacjentów odcinku oddziału przebywał długotrwale jeden z pacjentów. Zastosowanie izolacji fizycznej uzasadniane było zagrożeniem dla zdrowia i dobrostanu innych pacjentów, które stwarzała odizolowana osoba.

148. Zastosowana izolacja ma również wymiar ograniczenia ilości bodźców. Pacjent pozostaje pozbawiony możliwości kontaktu z innymi pacjentami, dostępu do telewizji oraz narzędzi umożliwiających zagospodarowanie czasu wolnego.

149. Ponadto pacjent od początku pobytu w placówce (ok. 5 miesięcy) bardzo rzadko uczestniczy w zajęciach. Przykładowo tylko 2 razy uczestniczył w terapii zajęciowej, co uzasadniane jest „względnymi medycznymi”. W efekcie chłopiec większość czasu spędza w izolacji od rówieśników i personelu oraz bez zapewnionej stymulacji i oddziaływań leczniczych.

150. Projekt ośrodków pozbawienia wolności dla nieletnich i ich otoczenia fizycznego powinien być zgodny z resocjalizacyjnym celem leczenia w Ośrodku, z należyty uwzględnieniem potrzeb nieletnich w zakresie prywatności, bodźców sensorycznych, możliwości kontaktu z rówieśnikami oraz uczestnictwa w zajęciach sportowych, ćwiczeniach fizycznych i zajęciach rekreacyjnych⁶⁵.

151. Jak wskazano w pkt 87, izolacja adolescentów negatywnie wpływa na ich dobrostan, zaburzając rozwój i nasilając problemy psychiczne oraz emocjonalne.

152. **KMPT zwraca się do Dyrekcji KOPSN o udzielenie informacji na temat realizacji obowiązku szkolnego przez wskazanego pacjenta i przesłanie kopii odpowiednich stron dziennika lekcyjnego, w którym odznaczane są jego obecności na zajęciach.**

153. **KMPT rekomenduje wnikliwą analizę sytuacji izolowanego pacjenta oraz rozważenie możliwości jego uczestniczenia w zajęciach i przeniesienia na oddział ogólny, kiedy będzie to możliwe, z uwzględnieniem zapewnienia dobrostanu i bezpieczeństwa pozostałych osób hospitalizowanych.**

D. Mechanizm skargowy

154. Istotną rolę w monitorowaniu i egzekwowaniu przestrzegania praw pacjentów w Ośrodku odgrywa Pełnomocniczka ds. Praw Pacjenta. W ramach swoich obowiązków Pełnomocniczka odpowiada za monitorowanie przestrzegania praw pacjentów, analizowanie i wyjaśnianie zgłoszonych przez nich skarg, a także

⁶⁵ Zob. Zasady Narodów Zjednoczonych dotyczące ochrony osób nieletnich pozbawionych wolności, Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 45/113 z 14 grudnia 1990 r., reguła 32, dalej jako: Reguły z Hawany.

podejmowanie interwencji w przypadku ich naruszenia. Dodatkowo udziela informacji o dostępnych świadczeniach i współpracuje z organizacjami wspierającymi prawa pacjenta.

155. Większość informacji odnośnie do niewłaściwego traktowania dotyczyła konkretnych, pojedynczych osób z personelu, które określane były jako „mściwe”, „złośliwe”, wymierzające kary „nie wiadomo za co” i „krzyczące”. Zachowania te regularnie zgłaszane są do Pełnomocniczki ds. praw pacjenta, która każdorazowo sygnalizuje wyżej wskazane problemy bezpośrednim przełożonym osób komunikujących się w wyżej wskazany sposób. Przeprowadzane są rozmowy naprawcze, które skutkują krótkotrwałą poprawą zachowania personelu.

156. Wizytujący uzyskali informację, że pacjenci składają wnioski w formie ustnej, które są na bieżąco rozpatrywane. Co do zasady nie są one ewidencjonowane. Ze wskazanych zgłoszeń notatki sporządzane są wyłącznie w sytuacji, gdy mają one charakter formalny i pisemny. Warto uwzględnić fakt, że niektóre dzieci przebywające w KOPSN są niepiśmienne, co może utrudniać wszczęcie formalnej procedury.

157. Dostęp do mechanizmów skargowych stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur⁶⁶, z tego względu w ocenie KMPT, ustne skargi również należałoby odnotować w rejestrze. Taka praktyka pomogłaby w ocenie częstotliwości występowania określonego problemu, co pozwoliłoby na podjęcie odpowiednich działań zapobiegawczych. Jak bowiem podkreśla CPT, zapisy rejestru skarg powinny służyć jako narzędzie zarządzania. Na przykład może się zdarzyć, że wiele skarg odnosi się do tych samych pracowników lub że niektóre kategorie osób rzadko składają skargi⁶⁷.

158. KMPT rekomenduje zmianę sposobu reagowania na zgłoszenia dotyczące przemocy słownej oraz odnotowywanie w rejestrze skarg przekazanych zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej.

E. Warunki bytowe

159. **[Łazienki]** Ze względu na zły stan techniczny oraz obecność zagrzybienia łazienki w oddziałach dla pacjentów wymagają pilnego remontu. KMPT z aprobatą odnotowało planowany przez dyrekcję remont, którego realizacja oraz zabezpieczenie środków finansowych są obecnie w trakcie ustaleń.

160. Dodatkowym problemem w łazienkach jest brak zasłonek prysznicowych i wieszaków, co uzasadniane jest względami bezpieczeństwa. Jednakże brak

⁶⁶ Zob. Raport roczny CPT z 2017 r., [CPT/Inf (2018) 4, par. 79].

⁶⁷ Zob. Raport roczny CPT z 2017 r., [CPT/Inf (2018) 4, par. 90].

możliwości zasłonięcia się podczas kąpieli wywołuje u pacjentów i pacjentek dyskomfort i poczucie braku elementarnej intymności. Na rynku dostępne są rozwiązania projektowane specjalnie do szpitali psychiatrycznych, np. wieszaki zapadające się pod ciężarem ponad 10 kg.

161. Instalacje sanitarne powinny być rozmieszczone w sposób zapewniający odpowiedni standard, tak aby każdy nieletni mógł zaspokoić swoje potrzeby fizyczne w warunkach prywatności, czystości i godności⁶⁸.

162. KMPT rekomenduje uwzględnienie podczas najbliższych remontów rozwiązań zapewniających poczucie intymności pacjentów.

163. **[Środki menstruacyjne i bielizna]** Z ustaleń poczynionych w trakcie wizytacji wynika, że na terenie Ośrodka menstruujące pacjentki mogą korzystać z podpasek, natomiast tampony są zabronione ze względów bezpieczeństwa. Zdecydowana większość pacjentek jest jednak przekonana, że środki menstruacyjne nie są dostępne w Ośrodku, dlatego korzystają z własnych zapasów lub pożyczają je od innych osób. W przypadkach braku wsparcia ze strony rodziny przyczynia się to do ubóstwa menstruacyjnego.

164. Przekonanie pacjentek nie pokrywa się z deklaracjami personelu, który twierdzi, że ośrodkowe podpaski są zawsze dostępne na indywidualną prośbę. Dodatkowo należy zauważyć, że już sama konieczność sformułowania takiej prośby może wywoływać poczucie wstydu i przyczyniać się do ograniczenia dostępności środków menstruacyjnych.

165. Miejsca przebywania kobiet pozbawionych wolności powinny być wyposażone w urządzenia oraz materiały niezbędne do zaspokojenia ich szczególnych potrzeb higienicznych, w tym bezpłatny dostęp do podpasek higienicznych⁶⁹. Artykuły te powinny być dostępne dla kobiet w taki sposób, by nie musiały one czuć się zażenowane, gdy proszą o dany środek (np. artykuły te powinny być wydawane przez inne kobiety lub najlepiej dostępne w razie potrzeby). Niezapewnienie takich podstawowych przedmiotów może być równoznaczne z poniżającym traktowaniem⁷⁰.

166. KMPT zaleca udostępnienie artykułów menstruacyjnych bezpośrednio w toaletach dla pacjentek.

167. Ponadto należy zapewnić dostępność bielizny damskiej na oddziale, tak aby w przypadku pojawienia się pacjentki wymagającej jej wymiany nie zachodziła

⁶⁸ Reguły z Hawany, reguła 34.

⁶⁹ Reguły Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z kobietami pozbawionymi wolności i środków niezolacyjnych dla przestępców płci żeńskiej wraz z komentarzem (Reguły z Bangkoku), Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne z 2 grudnia 2010 r., reguła 5.

⁷⁰ Zob. Normy CPT, wyciąg 10 sprawozdania ogólnego z 2006 r., [CPT/Inf (2000) 13, pkt 31].

konieczność poszukiwania odpowiedniego asortymentu. Podczas wizytacji stwierdzono, że personel napotykał trudności w odnalezieniu odpowiedniej bielizny, co może wskazywać na brak właściwego systemu organizacyjnego w zakresie jej przechowywania i dostępności.

168. KMPT rekomenduje stałe utrzymywanie w szpitalu dostępności bielizny damskiej, możliwej do natychmiastowego użycia w razie potrzeby.

169. **[Oświetlenie]** W czasie rozmów z przedstawicielami KMPT pacjenci deklarowali, że problemem są dla nich świecące się w nocy w pokojach zielone lampy utrudniające zaśnięcie. Obecność lamp potwierdzona została na nagraniach z monitoringu.

170. Ekspozycja na światło dzienne odgrywa istotną rolę w regulacji rytmu snu i czuwania⁷¹. Ciągłe zapalone w nocy światło prowadzi do deprywacji snu, której konsekwencje ponosi cały organizm. Zaburzeniu ulegają uwaga, czujność i pamięć, emocje, praca serca, termoregulacja, przemiany metaboliczne, reaktywność i precyzja ruchów. Pojawiają się bóle mięśniowe oraz dysfunkcje układu odpornościowego⁷². Ponadto nocna ekspozycja na światło powoduje zmniejszenie poziomu melatoniny, co skutkuje kłopotami ze snem oraz eliminuje możliwość zregenerowania i odpoczynku⁷³. Z tego powodu w godzinach nocnych w Ośrodku powinno funkcjonować oświetlenie nocne, a nie dzienne.

171. Analogiczne zalecenie dostosowania oświetlenia do pory dnia i zapewnienie, że światło będzie przynajmniej przygaszone w czasie nocy, formułowane było już kilkakrotnie przez CPT⁷⁴.

172. KMPT zaleca odstąpienie od praktyki używania zielonego światła podczas ciszy nocnej.

173. **[System przyzywowy]** W placówce stwierdzono brak sygnalizacji alarmowo-przyzywowej dla pacjentów. CPT⁷⁵ i Rzecznik Praw Obywatelskich⁷⁶ wielokrotnie zwracali uwagę na ten problem, zalecając montaż i pilnowanie sprawności urządzeń służących do wezwania pomocy.

⁷¹ A. Kawalec, K. Pawlas, *Czynniki środowiskowe wpływające na sen oraz zachowywanie higieny snu*. Problemy Higieny i Epidemiologii, 94(1), 2013, s. 2.

⁷² J. Orzeł-Gryglewska, *Zaburzenia snu związane z nadmierną ekspozycją na światło*. Polish Journal for Sustainable Development, 21(2), 2017, s. 91-100.

⁷³ A. Kawalec, K. Pawlas, op. cit., s. 2.

⁷⁴ Zob. Raport z wizyty w Słowenii, [CPT/Inf (2017) 27, par. 25]; Raport CPT z wizyty w Mołdawii, [CPT/Inf (2020) 27, par. 36].

⁷⁵ Zob. Raport CPT z wizyty na Węgrzech w 2009 r. [CPT/Inf(2010)16, par. 95]; Raport CPT z wizyty na Węgrzech w 2005 r. [CPT/Inf(2006)20, par. 134]; Raport CPT z wizyty w Hiszpanii w 2003 r. [CPT/Inf(2007)28, par. 132]; Raport CPT z wizyty w Turcji w 1997 r. [CPT/Inf(99)2, par. 198].

⁷⁶ Wystąpienie RPO do MZ z dnia 22 maja 2017 r., KMP.574.4.2017.

174. W ocenie przedstawicieli KMPT, ze względu na różny stan zdrowia przyjmowanych pacjentów oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, przyciski przyzywowo-alarmowe umożliwiające szybką reakcję personelu powinny być dostępne w pomieszczeniach użytkowanych przez chorych. Jest to również ważne z perspektywy poczucia bezpieczeństwa pacjentów oraz potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

175. KMPT rekomenduje zainstalowanie instalacji przyzywowo-alarmowej w pokojach osób hospitalizowanych.

F. Zgody blankietowe

176. W dokumentacji znajdowały się oświadczenia o wyrażeniu zgody opiekuna i pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego polegającego na zastosowaniu metody leczenia innej specjalności niż świadczenia udzielane przez KOPSN w zakresie diagnostyki, leczenia, transportu i zabiegu zgodnie z decyzją lekarza. Mimo zrozumienia trudności, jakie może stwarzać konieczność każdorazowego kontaktu z opiekunem prawnym bądź faktycznym pacjenta lub pacjentki, KMPT zwraca uwagę na brak skuteczności prawnej udzielonej w ten sposób zgody na leczenie.

177. Powyższe oświadczenia mają charakter zgód blankietowych i nie są zgodne z obowiązującymi przepisami prawnymi. Zgodnie z uregulowaniami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁷⁷ lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1). Jeżeli pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 2). Zgoda blankietowa nie wywołuje skutków odnośnie do poszczególnych świadczeń zdrowotnych – konieczne jest uzyskanie zgody na udzielenie konkretnego świadczenia. Opiekunowie prawni wyrażający zgodę in blanco mogą nie być świadomi okoliczności, które zajdą w przyszłości, a które spowodują, że nie wyraziliby zgody np. na konkretny zabieg operacyjny.

178. Stosownie do art. 32 ust. 7 ww. ustawy, zgoda może być wyrażona ustnie albo nawet przez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom

⁷⁷ Zob. ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.).

medycznym, możliwe jest więc uzyskiwanie zgody np. w formie telefonicznej. Wyjątkiem są zabiegi operacyjne i metody leczenia lub diagnostyki stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta, które stosownie do art. 34 ust. 1 ustawy wymagają zgody w formie pisemnej.

179. Przedstawiciele KMPT zwracają również uwagę, że w sytuacjach nagłych udzielenie świadczenia zdrowotnego, w tym przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, może być przeprowadzone bez zgody zainteresowanych (art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 7 ustawy). Warto też zauważyć, że jeżeli zachodzi jedynie potrzeba przeprowadzenia badania osoby niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody, zgodę wyrazić może także opiekun faktyczny, np. pracownik placówki (art. 32 ust. 3 ustawy).

180. KMPT rekomenduje odstąpienie od praktyki pobierania zgód blankietowych od rodziców i opiekunów prawnych na rzecz każdorazowego uzyskiwania zgody na konkretne świadczenie medyczne, wymagające takiej zgody.

181. Analiza dokumentacji wykazała, że zgody na leczenie wyrażane podpisywane są przez osoby, które nie umieją czytać i pisać, oraz dzieci poniżej 16 roku życia.

182. Fakt nieumiejętności czytania i pisania nie został odnotowany przy podpisywanych dokumentach, co może budzić wątpliwości co do faktycznego, świadomego wyrażenia zgody na świadczenia medyczne i zapoznania się z regulaminem Ośrodka.

183. Osoba poniżej 16 roku życia nie ma z kolei możliwości wyrażenia samodzielnej zgody lub sprzeciwu na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych⁷⁸.

184. KMPT rekomenduje każdorazowe odnotowywanie braku możliwości zapoznania się przez pacjenta lub opiekuna prawnego z treścią podpisywanego oświadczenia i odczytania mu go.

185. KMPT rekomenduje zaprzestanie pobierania zgód na leczenie od pacjentów i pacjentek poniżej 16 roku życia.

VII. Inne ustalenia

186. **[Stosowanie kajdanek przez funkcjonariuszy Policji]** Funkcjonariusze Policji nadal stosują prewencyjnie kajdanki w czasie transportu nieletnich, niezależnie od ich postawy czy występowania agresji. Jak ustalono, jest to praktyka rutynowa,

⁷⁸ Zob. art. 17 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

stosowana wobec wszystkich pacjentów oddziałów sądowych w celu zapobieżenia ucieczce lub agresji.

187. Praktyka stosowania kajdanek wobec pacjentów budzi wątpliwości przedstawicielei KMPT i została szczegółowo opisana w raporcie z 2023 r. oraz wystąpieniu Rzecznika Praw Obywatelskich⁷⁹.

VIII. Zalecenia

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

a) Dyrektorce KOPSN:

1. stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie ze wskazanymi standardami, w szczególności: zaprzestanie stosowania plastikowej maski oraz wszelkich innych środków zasłaniania twarzy, zapewnienie prywatności podczas stosowania przymusu, używanie odpowiednich pasów podczas unieruchamiania, uwalnianie na czas skorzystania z toalety lub spożycia posiłku, zaprzestanie praktyki klękania na ciele osoby nieletniej i stosowanie odpowiednich chwytów minimalizujących dolegliwości bólowe;
2. odstąpienie od stosowania niewymienionych w ustawie środków przymusu bezpośredniego;
3. zaprzestanie stosowania izolacji w ramach tzw. doby bez przywilejów / konsekwencji nadrzędnej;
4. zweryfikowanie ilości i częstotliwości stosowanych środków przymusu bezpośredniego pod względem konieczności, proporcjonalności i adekwatności stosowania środków; stworzenie polityki wewnętrznej Ośrodka oraz odpowiednich procedur, które będą miały na celu ograniczenie liczby stosowanych środków przymusu bezpośredniego do koniecznych przypadków;
5. systematyczne przypominanie pracownikom Ośrodka o konieczności traktowania wychowanków z szacunkiem i godnością;
6. wyeliminowanie praktyki stosowania kaftana bezpieczeństwa wobec pacjentów korzystających ze spaceru;
7. zweryfikowanie systemu wzmocnień i konsekwencji oraz zapoznanie z nim osób hospitalizowanych w taki sposób, aby wszyscy rozumieli jego działanie;

⁷⁹ Raport z wizytacji KMPT w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie, KMP.574.3.2023; Wystąpienie RPO do MSWiA z dnia 11 kwietnia 2022 r., II.574.1.2022.

8. opisywanie w rejestrze środków przymusu bezpośredniego każdego przypadku ich zastosowania;
9. stosowanie zgłębnika nie jako środka przymusu bezpośredniego, lecz wyłącznie w przypadkach uzasadnionych medycznie, gdy podawanie pokarmu w ten sposób jest konieczne; w żadnym przypadku jego stosowanie nie może przyjmować formy „straszaka” ani być traktowane jako kara za niewłaściwe zachowanie;
10. każdorazowe odnotowywanie w dokumentacji medycznej przypadków odmowy przyjęcia posiłku i/lub leków;
11. jednolite prowadzenie dokumentacji dotyczącej stosowania zgłębnika przez systematyczne odnotowywanie tego faktu w formularzu „Monitorowanie zgłębnika do żywienia”, a także w raportach lekarskich i pielęgniarskich;
12. zmianę sposobu reagowania na zgłoszenia dotyczące przemocy słownej oraz odnotowywanie w rejestrze skarg przekazanych zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej;
13. wymianę małych puf na meble lub inne siedziska, które zapewnią pacjentom większy komfort użytkowania, a także stosowanie kaftana w przestrzeni zapewniającej większą prywatność i objętej monitoringiem;
14. odstąpienie od praktyki używania zielonego światła podczas ciszy nocnej;
15. udostępnienie artykułów menstruacyjnych bezpośrednio w toaletach dla kobiet;
16. stałe utrzymywanie w szpitalu dostępności bielizny damskiej, możliwej do natychmiastowego użycia w razie potrzeby;
17. zainstalowanie instalacji przyzywowo-alarmowej w pokojach osób hospitalizowanych;
18. zmianę sposobu rozmieszczania nieletnich (grupowanie według płci również w obrębie oddziałów);
19. rozmieszczanie nieletnich w pokojach z uwzględnieniem różnicy wieku;
20. korzystanie przez pacjentów i pacjentki co do zasady z własnej odzieży, bielizny i obuwia;
21. przypomnienie personelowi o konieczności przeprowadzania kontroli osobistej w sposób dwuetapowy oraz sporządzaniu protokołu z każdej kontroli;
22. podjęcie kroków na rzecz wyeliminowania przypadków przemocy seksualnej w Ośrodku przez włączenie problematyki zapobiegania przemocy ze względu na płeć i przemocy seksualnej do procedur wewnętrznych;

23. objęcie zaplanowanym zindywidualizowanym postępowaniem pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w tym osób neuroatypowych;
24. uwzględnienie podczas najbliższych remontów rozwiązań zapewniających poczucie intymności pacjentów;
25. odstąpienie od praktyki pobierania zgód blankietowych od rodziców i opiekunów prawnych na rzecz każdorazowego uzyskiwania zgody na konkretne świadczenie medyczne, wymagające takiej zgody;
26. odnotowywanie braku możliwości zapoznania się przez pacjenta lub opiekuna prawnego z treścią podpisywanego oświadczenia i odczytanie mu go;
27. zaprzestanie pobierania zgód na leczenie od pacjentów i pacjentek poniżej 16 roku życia;
28. przypomnienie wszystkim pracownikom Ośrodka, na czym polegają: retraumatyzacja, mechanizm obwiniania ofiary, niezgoda na czynności seksualne oraz możliwość wycofania raz danej zgody w każdym momencie;
29. wnikliwą analizę sytuacji izolowanego pacjenta, rozważenie możliwości jego uczestniczenia w zajęciach i przeniesienia na oddział ogólny, kiedy będzie to możliwe, z uwzględnieniem zapewnienia dobrostanu i bezpieczeństwa pozostałych osób hospitalizowanych;
30. zawarcie w odpowiednich procedurach i regulaminach informacji o możliwości uzyskania przepustki okolicznościowej, tak aby nieletni i ich rodziny/opiekunowie byli świadomi istnienia takiej możliwości;
31. dokumentowanie obrażeń osób hospitalizowanych za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej;
32. kontynuowanie działań szkoleniowych dla pracowników, ze szczególnym uwzględnieniem rozbudowy oferty szkoleń grupowych oraz włączenia do nich zagadnień wskazanych przez KMPT; zaleca się również, aby tematyka rekomendowana przez KMPT była proponowana wszystkim pracownikom, a nie jedynie członkom poszczególnych zespołów;
33. przeszkolenie personelu z Protokołu Stambulskiego;
34. stanowcze przypomnienie pracownikom o postanowieniach OPCAT w celu zapewnienia, że osoby, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMPT lub które przekazały Krajowemu Mechanizmowi informacje, nie będą przepytywane na okoliczność rozmów oraz nie doświadczą z tego tytułu żadnych konsekwencji.

IX. Informacje dodatkowe

Na podstawie art. 20 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Dyrektorki Ośrodka o udzielenie informacji, o których mowa w pkt 152 raportu.

Opracowała: Barbara Pauli

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/