

Warszawa, dnia 5 kwietnia 2019 r.

KMP.574.1.2019.JZ

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym
w Gostyninie
(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 18-20 lutego 2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (zwany dalej: KMPT lub Mechanizm) przeprowadził wizytację Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie (zwanego dalej: KOZZD, Ośrodkiem, placówką).

W skład zespołu wizytującego wchodził: Przemysław Kazimirski (dyrektor KMPT, prawnik), Rafał Kulas (prawnik), Aleksandra Osińska (psycholog), Justyna Zarecka (politolog w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz ekspertki zewnętrzne: dr n. med. Agnieszka Welento-Nowacka (psychiatra) i Ewa Opawska (psycholog). Wyniki ich ekspertyz zostały włączone w treść Raportu.

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

W ramach wizytacji przeprowadzone czynności polegały na:

- oglądzie placówki, w tym m.in.: wybranych sal pacjentów, sanitariatów, świetlic, sali rekreacyjnej, jadalni, dyżurek pielęgniarskich, pokoju widzeń, placu spacerowego;
- rozmowach z pacjentami i personelem placówki;
- rozmowach indywidualnych z pacjentami;
- analizie wybranej dokumentacji dotyczącej pacjentów m.in.: raportów pielęgniarskich, raportów służby ochrony, losowo wybranych akt osobowych mieszkańców wraz z dokumentacją medyczną, rejestru skarg.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowali dyrektora Ośrodka dr. n. med. Ryszarda Wardeńskiego oraz kierownika Biura Ochrony Pawła Namysława, a także pielęgniarki koordynujące poszczególne oddziały KOZZD o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności oraz wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną oraz użyto dalmierza w celu pomiaru powierzchni niektórych pomieszczeń.

Ponadto po zakończeniu wizytacji przeanalizowano dokumentację i pozostałe informacje dotyczące funkcjonowania placówki oraz nagrania monitoringu wybrane przez wizytujących.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie pacjentów, kwalifikacje zawodowe personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W niniejszym Raporcie opisano jedynie te obszary, które wymagają poprawy, w tym problemy systemowe wymagające zmiany istniejącego prawa lub praktyki jego stosowania.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. personel, pacjenci) 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 nakaze, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiejkolwiek sankcji przeciwko jakiejkolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiejkolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.*

Zagwarantowanie, że zakaz ten będzie przestrzegany jest niezwykle ważne w kontekście wizytacji w KOZZD, ponieważ ze względu na warunki w jakich rozmowy indywidualne były prowadzone (monitorowane pokoje z przeszklonymi drzwiami, bezpośredni nadzór pracowników służby ochrony Ośrodka, znajdujących się na zewnątrz pokoi) nie możliwe było zapewnienie standardu określonego w art. 20 pkt d) OPCAT, zgodnie z którym przedstawiciele KMPT powinni mieć zapewnioną *możliwość odbywania prywatnych rozmów bez świadków z osobami pozbawionymi wolności (...).*

3. Charakterystyka placówki

Placówka powstała na mocy ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie wobec życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r., poz. 24 ze zm., dalej: ustawa). To jedyny tego typu ośrodek w kraju. Ustawa określa, że jest to podmiot leczniczy, którego zadaniem jest prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku. KOZZD jest jednostką budżetową podległą Ministrowi Zdrowia. Do placówki trafiają osoby umieszczone postanowieniem sądu.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (Dz. U. z 2014 r. poz. 89 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie KOZZD) Ośrodek przeznaczony jest dla 60 osób¹. Jednak w dniach wizytacji przebywało tam 65 pacjentów. Jedna osoba była ubezwłasnowolniona całkowicie, jedna ubezwłasnowolniona częściowo. Od początku istnienia placówki tylko jeden pacjent opuścił Ośrodek.

4. Problemy systemowe

4.1. Zasady kierowania pacjentów do KOZZD

Należy podkreślić, że KOZZD nie jest szpitalem psychiatrycznym, w związku z czym nie powinny tam przebywać osoby chorujące psychicznie, a jedynie te, które mają być

¹ § 2 ust 1 wskazanego rozporządzenia precyzuje, że *liczba łóżek w Ośrodku dla osób umieszczonych wynosi 60.*

poddawane terapii ze względu na zaburzenie osobowości, zaburzenie preferencji seksualnych bądź upośledzenie umysłowe.

Tymczasem analiza jednego z przypadków wykazała, że do Ośrodka trafiła osoba, u której jeszcze w przywieziennym szpitalu psychiatrycznym zdiagnozowano chorobę psychiczną. Mimo to sąd zdecydował o jej umieszczeniu w KOZZD. Dyrektor Ośrodka wielokrotnie wnioskował do Sądu Okręgowego w Płocku o zwolnienie tej osoby ze względu na fakt, że jest to osoba chorująca psychicznie, a Ośrodek w Gostyninie nie udziela świadczeń z zakresu leczenia psychiatrycznego. Mimo to kolejne opinie biegłych powoływanych przez Sąd Okręgowy w Płocku były rozbieżne ze stanowiskiem personelu KOZZD, który na co dzień pracuje z pacjentem. Zaniepokojenie stanem tej osoby wyraziła także delegacja Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej: CPT), która w 2017 roku wizytowała Ośrodek w Gostyninie².

Poza problemem dotyczącym kierowania do KOZZD osób chorujących psychicznie, w opinii ekspertek KMPT należy zwrócić uwagę także na dwa inne problemy wynikające z samej ustawy. Przede wszystkim biorąc pod uwagę, że z założenia Ośrodek ma pełnić funkcję terapeutyczną, należy pamiętać, że taka praca polega na opieraniu się o zasoby pacjenta w tym poznawcze i intelektualne. Zatem należałoby się w ogóle zastanowić, czy kierowanie do KOZZD osób z niepełnosprawnością intelektualną lub ze znacznie obniżonymi funkcjami poznawczymi jest celowe. Ze względu na ograniczone niepełnosprawnością możliwości wglądu w swoje działania, osoba taka nie skorzysta bowiem w żadnym zakresie z proponowanej terapii, a jej pobyt będzie pełnił funkcję wyłącznie izolacyjną.

Drugą istotną kwestią byłoby wprowadzenie na poziomie centralnym możliwości weryfikowania zasadności kierowania osób do KOZZD. Niestety, pomimo wielokrotnych apeli RPO, w Polsce nadal nie wprowadzono kompleksowej ustawy o biegłych sądowych³. Zdarzają się więc przypadki, że opinie biegłych są niskiej jakości. Niewątpliwie w przypadku opinii, które mogą mieć wpływ na wieloletnią izolację niezbędne jest zapewnienie najwyższych standardów w tym zakresie. Zdaniem ekspertek dobrym rozwiązaniem byłoby, aby w przypadku osób kierowanych do KOZZD, stworzona została specjalna komisja ekspercka, której członkowie specjalizowaliby się w ocenie prawdopodobieństwa popełnienia czynów z użyciem przemocy. Konieczna jest merytoryczna ocena opinii biegłych i wykonywanie Ustrukturyzowanej Profesjonalnej Oceny Ryzyka Przemocy, narzędziami

² Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 122.

³ Wystąpienie RPO do Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2018 r., VII.510.20.2015.

HCR20 v3 i SAPROF, według standardów opartych o tą metodę. Co ważne, tego typu analiza powinna być dokonywana przez osoby nie tylko przeszkolone w jej zakresie, ale i posiadające duże doświadczenie w dokonywaniu takich ocen. Analiza ta bowiem pozwala nie tylko na określenie prawdziwego poziomu prawdopodobieństwa powrotu do przestępstwa, ale i na określenie strategii, które mogą zostać zastosowane, by to ryzyko zminimalizować, niekoniecznie poprzez umieszczenie w KOZZD.

W ocenie KMPT konieczne jest zatem zrewidowanie przez ustawodawcę dotychczasowych zasad kierowania pacjentów do KOZZD, co powinno być poprzedzone szerokimi konsultacjami w gronie ekspertów.

4.2. Określanie praw i obowiązków pacjentów wbrew konstytucyjnym zasadom

Zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP *„Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są 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”*. Tymczasem w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. prawa pacjentów zostały jedynie fragmentarycznie wskazane. Kluczowym dokumentem określającym zasady funkcjonowania placówki, w tym prawa i obowiązki pacjentów stał się *„Wewnętrzny regulamin organizacyjno-porządkowy pobytu pacjenta w KOZZD⁴”*, który został wydany na podstawie art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz.U. z 2018 r., poz. 2190). Zgodnie z tym przepisem *„sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika*. Co należy podkreślić, sama ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. nie zawiera normy upoważniającej Dyrektora Ośrodka do wydania regulaminu wewnętrznego. To ewidentna luka prawna.

Należy zatem przyjąć, że w aktualnym stanie prawnym kierownik Ośrodka posiada kompetencję wyłącznie do określenia sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, a więc terapii, której poddawani są pacjenci Ośrodka. Wskazany wyżej przepis nie przyznaje natomiast kierownikowi KOZZD kompetencji do określania m.in. sankcji dyscyplinujących pacjentów, sposobu ich kontrolowania czy zasad uczestnictwa

⁴ W Ośrodku funkcjonują 4 regulaminy, które w zależności od danego oddziału różnią się pewnymi rozwiązaniami. Większość regulacji jest jednak zbieżna w związku z czym w niniejszym Raporcie użyto generalnego terminu: regulamin KOZZD, chyba że omawiane są różnice w poszczególnych dokumentach, wówczas wskazano o regulamin, którego oddziału chodzi.

w praktykach religijnych, a właśnie takie kwestie zostały w tym regulaminie określone, co szczegółowo zostanie omówione w dalszej części raportu.

Jest to szczególnie rażące naruszenie, ponieważ ustawodawca jasno określił w ustawie zasadniczej źródła prawa powszechnie obowiązującego, którymi są: Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia, akty prawa miejscowego, a także rozporządzenia z mocą ustawy wydawane przez prezydenta w czasie stanu wojennego. Jednoznaczne stanowisko w tej kwestii zajął także Trybunał Konstytucyjny wskazując, że „*sytuacja prawna obywatela (...) może być regulowana tylko w drodze aktów prawa powszechnie obowiązującego*”⁵. Nie może być więc wątpliwości, że szczegółowe uregulowanie praw i obowiązków pacjentów KOZZD w regulaminie Ośrodka narusza art. 7 Konstytucji wskazujący, że *organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa*.

Ogromnym problemem są także częste zmiany samego regulaminu i tworzenie kolejnych aneksów za każdym razem inaczej regulujących dane zagadnienie i wprowadzających nowe zasady funkcjonowania Ośrodka. W czasie wizytacji obowiązywał regulamin z dnia 4 stycznia 2019 r. jednakże był on już dwukrotnie aneksowany do dnia wizytacji, przy czym zmiany wprowadzano w odstępach tygodnia (aneks nr 1 z dnia 11 lutego 2019 r. oraz aneks nr 2 z 18 lutego 2019 r.). Świadczy to niewątpliwie o braku spójności koncepcji funkcjonowania Ośrodka z przepisami ustawy oraz rozporządzeń wykonawczych odnoszących się do KOZZD. Pacjenci i pracownicy Ośrodka powinni mieć jasność jakie prawa przysługują osobom umieszczonym w KOZZD, jakie środki dyscyplinujące mogą zostać zastosowane w przypadku naruszenia zasad porządku i bezpieczeństwa. Tymczasem ciągle zmiany przepisów i niepewność przekłada się niekorzystne relacje pomiędzy pacjentami i pracownikami KOZZD, co zakłóca także proces terapeutyczny. Ekspertki KMPT wskazały, że w opinii pacjentów regulamin jest zmieniany bez ich udziału, często z niezrozumiałych dla nich przyczyn, czasami z dnia na dzień. Takie rozwiązanie odbierane jest przez pacjentów jako przejaw szykanowania i stosowanie odpowiedzialności zbiorowej za wykroczenia niektórych osób. Stwarza to kolejne bariery terapeutyczne, może budzić w pacjentach opór i postawy negatywistyczne, konfrontacyjne utrudniające prowadzenie skutecznej terapii.

W opinii KMPT konieczna jest nowelizacja obecnie funkcjonującej ustawy w zakresie dotyczącym szczegółowego określenia praw i obowiązków pacjentów KOZZD, kwestie te nie

⁵ Wyrok TK z dnia 9 listopada 1999 r., sygn. K. 28/98.

mogą być określone w regulaminie wewnętrznym Ośrodka, który podlega nieustannym zmianom.

4.3. Legalność pobytu

Wątpliwości KMPT co do legalności pobytu budzi przebywanie w KOZZD osoby chorującej psychicznie, co zostało już zaznaczone w rozdziale dotyczącym kierowania do placówki.

W czasie wizytacji 5 pacjentów znajdowało się w Ośrodku w ramach tzw. tymczasowego zabezpieczenia sądu na podstawie przepisów Kodeksu postępowania cywilnego⁶. Rozwiązanie to wynika z art. 2 pkt 3 ustawy z 22 listopada 2013 r. W tych sprawach nie zapadły jeszcze prawomocne orzeczenia sądowe uznające wskazanych pacjentów za osoby stwarzające zagrożenie, osoby te zakończyły już jednak odbywanie kar pozbawienia wolności. Należy pamiętać, że w takiej sytuacji ustawa pozwala także na orzeczenie środka alternatywnego do pozbawienia wolności, jak np. zastosowanie nadzoru prewencyjnego (bez umieszczania w Ośrodku). O tym, który środek wybrać, decyduje sąd cywilny.

W tym kontekście warto jednak zwrócić uwagę, że dnia 30 stycznia 2019 r. Sąd Najwyższy wydał uchwałę, w której jasno wskazał, że o ile w postępowaniu toczącym się na podstawie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. mają odpowiednie zastosowanie przepisy kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu zabezpieczającym, to **„niedopuszczalne jest jednak udzielenie zabezpieczenia przez umieszczenie osoby, której postępowanie dotyczy, w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym⁷”**. Podobnie twierdził Rzecznik Praw Obywatelskich, który przystąpił do tego postępowania⁸. RPO wskazał, że art. 2 ust. 3 ustawy może być podstawą stosowania przepisów kodeksu postępowania cywilnego o zabezpieczeniu, pod warunkiem, że nie prowadzi do pozbawienia lub ograniczenia wolności osobistej uczestnika.

Sąd Najwyższy zaznaczył, że nie powinno być wątpliwości, że nakazy i zakazy w ramach postępowania zabezpieczającego nie mogą ingerować w wolność osobistą, gwarantowaną w Konstytucji. W opinii SN odesłaniu zawartemu w art. 2 ust. 3 ustawy nie można przypisywać upoważnienia do pozbawiania wolności osobistej na czas w zasadzie nieokreślony oraz bez jasno określonych przesłanek podmiotowych i przedmiotowych. SN

⁶ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. z 1964 r., nr 43, poz. 296 ze zm.

⁷ Uchwała SN z dnia 30 stycznia 2019 r., sygn. akt III CZP 75/18.

⁸ Pismo procesowe RPO z dnia 29 listopada 2018 r., sygn. IV.567.4.2018.

podkreślił także, że w samej ustawie nie można znaleźć unormowań zapewniających odpowiedni standard kontroli pobytu osoby w Ośrodku w czasie trwania zabezpieczenia.

Jednocześnie Sąd Najwyższy dostrzegł, że mogą powstać sytuacje, w których izolacja uczestnika - w okresie po opuszczeniu zakładu karnego, a przed prawomocnym zakończeniem postępowania o umieszczenie w Ośrodku - stanie się uzasadniona albo nawet konieczna. W tym celu konieczna jest jednak zmiana obecnie obowiązujących przepisów. Zdaniem SN ustawodawca, powinien wypełnić istniejącą lukę jasnymi, precyzyjnymi przepisami niebudzącymi żadnych wątpliwości konstytucyjnych, aksjologicznych ani interpretacyjnych. Ponadto Sąd Najwyższy wskazał, że doraźnie (o ile zachodzą ku temu ustawowe przesłanki) możliwe jest stosowanie art. 23 i nast. ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (jedn. tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 882).

W tym kontekście nie można zapominać także o roli dyrektorów zakładów karnych składających wnioski do sądu na podstawie art. 9 ustawy. Powinni oni działać z takim wyprzedzeniem, aby prawomocne orzeczenie sądu zapadło przed ukończeniem wykonywania kary i zwolnieniem z zakładu karnego osoby, której postępowanie dotyczy. Postulat sprawności postępowania dotyczy także - w zakresie ich działania - sądów rozpoznających wnioski dyrektora zakładu karnego oraz wnoszone w sprawie środki odwoławcze.

W sprawie konieczności nowelizacji obecnie obowiązujących w tym zakresie przepisów Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się dnia 27 lutego 2019 r. do Prezesa Rady Ministrów⁹. Wskazał m.in., że choć od czasu podjęcia uchwały SN żaden sąd nie wystosował do Dyrektora Ośrodka pisma w sprawie zwolnienia pacjenta, wobec którego realizowane jest zabezpieczenie wniosku o uznanie go za osobę stwarzającą zagrożenie w rozumieniu ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. to należy mieć świadomość odpowiedzialności odszkodowawczej Skarbu Państwa we wszystkich tych przypadkach.

Mając powyższe na uwadze, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się w tym miejscu do Ministra Sprawiedliwości z prośbą o informację czy zostały już podjęte działania ustawodawcze mające na celu wyeliminowanie luki prawnej wskazanej w przywoływanej uchwale Sądu Najwyższego. Ponadto KMPT prosi Ministra o przypomnienie dyrektorom jednostek penitencjarnych oraz prezesom sądów okręgowych i apelacyjnych o konieczności zapewnienia sprawnego przebiegu postępowań dotyczących uznania za osoby stwarzające zagrożenie w rozumieniu ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., w szczególności aby wnioski dyrektorów były składane z odpowiednim wyprzedzeniem.

⁹ Wystąpienie generalnie RPO z 27 lutego 2019 r., IX.517.1702.2017.

5. Obszary wymagające poprawy

5.1. Warunki bytowe

Jak już wskazano w niniejszym Raporcie, mimo że Ośrodek przeznaczony jest dla 60 osób, to w dniach wizytacji przebywało tam 65 pacjentów. Dyrektor KOZZD nie może bowiem odmówić przyjęcia osoby skierowanej do Ośrodka postanowieniem sądu. **Przekroczenie zakładanej pojemności placówki wpływa bardzo negatywnie na pacjentów, utrudnia prowadzenie oddziaływań terapeutycznych, a przede wszystkim potęguje napięcie pomiędzy pacjentami a personelem Ośrodka.**

Warto zauważyć, że tworząc placówkę ustawodawca zakładał, że będą tam pokoje nie większe niż dwuosobowe¹⁰. Tymczasem w trakcie wizytacji na trzech z czterech oddziałów sale wyposażone były w piętrowe łóżka, przywołujące skojarzenia z więzieniem. Należy podkreślić, że w żadnej z placówek leczniczych nie stosuje się takiego rozwiązania. Jak wynikało z informacji personelu jeszcze do niedawna w pokojach tych było zakwaterowanych po 8 osób. Dopiero uruchomienie czwartego oddziału pozwoliło na inne rozlokowanie pacjentów. Piętrowe łóżka jednak pozostały. Jak już wskazano w niniejszym Raporcie, różnice w infrastrukturze tych oddziałów powodują pewne zróżnicowanie treści regulaminów oddziałów. Na przykład w przypadku oddziału I pacjenci mogą spożywać główne posiłki w stołówce lub w swojej sali, w pozostałych oddziałach tylko w pomieszczeniu stołówki. Pacjenci wskazywali także, że ze względu na ograniczenia lokalowe nie mogli posiadać w sali wielu swoich rzeczy osobistych. Na tym tle dochodziło także do wielu konfliktów.

Problem ten został dostrzeżony także przez CPT podczas wizytacji Ośrodka w 2017 r. Komitet wskazał wówczas, że *pacjenci w Ośrodku Krajowym (w którym przebywało o wielu więcej pacjentów niż pierwotnie planowano) mieszkają we względnej ciasnocie; niektóre z pokoi musiano wyposażyć w łóżka piętrowe, co nie sprzyja stworzeniu warunków terapeutycznych i przyczynia się do tarć wśród pacjentów i pomiędzy pacjentami a personelem*¹¹. **O tym, jak trudna była to sytuacja najlepiej świadczą informacje przekazane przez personel KOZZD wskazujące, że część pacjentów planowała podjęcie zorganizowanych działań wymierzonych przeciwko personelowi, co skłoniło dyrekcję Ośrodka do zwiększenia liczby pracowników ochrony zatrudnionych w KOZZD.** Sytuacja

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 września 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (Dz.U. z 2018 r., poz. 1734) zastąpiło termin „sale, nie większe niż 2-osobowe,” pojęciem „sale łóżkowe”.

¹¹ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 117.

uspokoiła się jednak dopiero po oddaniu do użytku oddziału IV, co spowodowało zmniejszenie zaludnienia na pozostałych oddziałach.

To jak ważne jest zapewnienie odpowiednich warunków bytowych, które wyeliminują ryzyko zaistnienia poniżającego traktowania stale podkreśla CPT. *Komitet uważnie bada warunki życia i leczenia pacjentów; braki w tym zakresie mogą szybko doprowadzić do sytuacji wchodzącej w zakres pojęcia „niehumanitarne i poniżające traktowanie”. Powinno zwracać się do zapewnienia takich warunków materialnych, które sprzyjają leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjentów; posługując się terminologią psychiatryczną: właściwe środowisko terapeutyczne. Ma to duże znaczenie nie tylko dla pacjentów, lecz także dla personelu pracującego w ośrodkach psychiatrycznych*¹².

W ocenie Komitetu 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 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*¹³.

Warto zwrócić uwagę, że podczas wizyty w Serbii, CPT zwrócił uwagę na powyższe braki i rekomendował władzom zapewnienie pacjentom bardziej przyjaznego i spersonalizowanego środowiska, w szczególności poprzez zapewnienie im zamkniętej szafki na przedmioty osobiste i pozwolenie na posiadanie w pokojach rozsądnej liczby rzeczy osobistych i dekoracji¹⁴.

W przypadku KOZZD istotne jest także zapewnienie odpowiedniej wentylacji w upalne dni, bowiem ze względu na zabezpieczenia ochronne w pokojach uchylane są tylko niewielkie lufciki okienne. Klimatyzacja zaś znajduje się tylko na korytarzach oddziałów, co przy tak dużej liczbie osób na poszczególnych oddziałach jest niewystarczające. Kwestia odpowiedniej wentylacji sal powinna zostać zatem uwzględniona przy planowanych pracach remontowych.

¹² Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf(98)12, § 32.

¹³ Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf(98)12, § 34.

¹⁴ Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 156 i 157.

Należy zaznaczyć, że z informacji przekazanych przez personel KOZZD wynika, że planowane jest wybudowanie nowego obiektu na 60 osób. Biorąc jednak pod uwagę, że obecny ośrodek był początkowo przewidywany na 10 osób, a w ciągu 5 lat istnienia znalazło się w KOZZD aż 65 pacjentów, warto zastanowić się czy nowy obiekt przyczyni się do realnej poprawy warunków bytowych w już istniejącej placówce. Można bowiem przypuszczać, że bez zmiany obowiązującej filozofii kierowania osób do KOZZD, na co wskazano w problemach systemowych, liczba osób izolowanych od społeczeństwa już po odbyciu kary pozbawienia wolności będzie stale rosła. Zatem nowy obiekt bardzo szybko może zostać zapelniony, tak jak było to w przypadku KOZZD. Tworząc kolejne placówki tego typu ustawodawca powinien zagwarantować w przepisach warunki bytowe spełniające wskazane standardy międzynarodowe, które umożliwią prowadzenie skutecznych oddziaływań terapeutycznych.

W opinii KMPT przyjmowanie kolejnych pacjentów, bez zapewnienia warunków służących prowadzeniu skutecznej terapii, spowoduje dalszą eskalację konfliktu zarówno pomiędzy pacjentami, jak i na linii personel-pacjenci, zagrażając w konsekwencji bezpieczeństwu zarówno umieszczonych tam pacjentów, jak i pracującego w Ośrodku personelu. W tej sytuacji ewentualne zwiększenie obsady służby ochrony nie będzie skutecznym rozwiązaniem, bowiem biorąc pod uwagę, że jest to placówka lecznicza, takie rozwiązanie wprowadziłoby tylko element opresyjności, który będzie potęgował napięcia i utrudniał proces terapii.

KMPT zwraca się do Ministra Zdrowia o informacje kiedy planowe jest zakończenie budowy nowego obiektu oraz przedstawienie jego planów koncepcyjnych, w tym m.in. na temat planowanej liczebności sal pacjentów. Ponadto Mechanizm zwraca się z pytaniem czy w związku z przekroczonym limitem zaludnienia ośrodka określonym w § 2 ust. 1 rozporządzenia w sprawie KOZZD, planowana jest nowelizacja wskazanego rozporządzenia, podjęcie działań mających na celu zmniejszenie liczebności Ośrodka, czy też wstrzymanie przyjęć nowych pacjentów do Ośrodka.

Omawiając warunki bytowe warto także zwrócić uwagę na kwestię zapewnienia odpowiedniej aktywności fizycznej. Jak wynika z harmonogramu zajęć, pacjenci mogą korzystać z godziny spaceru dziennie (w weekendy 1,5 godziny). Zgodnie z regulaminem KOZZD pierwszy spacer po przybyciu do Ośrodka może odbyć się dopiero po tygodniu. Spacer jest realizowany na drodze przeciwpożarowej przy budynku. Latem na części placu tworzone jest boisko do siatkówki. Na tym terenie znajduje się kilka ławek; w lecie

rozstawiane są dodatkowo parasole ogrodowe mające zapewnić ochronę przed słońcem. Wizytując Ośrodek w 2017 r. CPT zalecił, *by wszyscy pacjenci w wizytowanych ośrodkach mogli korzystać z nieograniczonego dostępu do ćwiczeń na zewnątrz w ciągu dnia, chyba że aktywności związane z leczeniem wymagają, że muszą przebywać na oddziale*¹⁵. Jak widać zalecenie to nie zostało zrealizowane.

Warto zauważyć, że pacjenci wskazywali, że do niedawna mogli korzystać także z terenu zielonego po drugiej stronie budynku (gdzie znajduje się m.in. duży klomb). Jednak, w ich opinii, z uwagi na skargi członków personelu KOZZD, których okna gabinetów wychodzą na tę stronę placu, dotyczące zakłócania ciszy przez korzystających ze spaceru pacjentów, pole spacerowe przeniesiono na pas drogi przeciwpożarowej. Zdaniem KMPT doprowadziło to do nieuzasadnionego pogorszenia warunków odbywania spacerów.

Kwestia ta jest niepokojąca także ze względu na sytuację kobiety umieszczonej w Ośrodku. W październiku 2018 r. pacjentka zwróciła się do dyrektora KOZZD z prośbą o przeniesienie jej spaceru na teren przy klombie, ze względu na nieprzyjemne komentarze innych pacjentów, które były wykrzykiwane w jej stronę z okien oddziałów wychodzących na drogę przeciwpożarową. **Kobieta pisała: (dane usunięto).** W odpowiedzi dyrektor Ośrodka uznał, że ze względów organizacyjnych zmiana miejsca odbywania spacerów nie jest możliwa. Tymczasem CPT podkreśla, że *obowiązek opieki nad osobami pozbawionymi wolności spoczywający na Państwie, obejmuje odpowiedzialność za ich ochronę przed osobami, które mogą wyrządzić im krzywdę. Komitet spotykał się niekiedy z zarzutami kobiet dotyczącymi nadużyć ze strony innych kobiet. Jednakże częściej zdarzają się zarzuty złego traktowania kobiet pozbawionych wolności przez mężczyzn (a w szczególności dokuczania na tle seksualnym, włącznie ze używaniem słownictwa budzącego skojarzenia seksualne), zwłaszcza gdy Państwo nie zapewnia kobietom pozbawionym wolności oddzielonych pomieszczeń wraz z personelem dozorującym, który składa się w przeważającej części z kobiet*¹⁶. **W opinii KMPT brak reakcji na tego typu zachowania pacjentów i uniemożliwienie kobiecie przeniesienia miejsca odbywania spaceru, tak aby mogła czuć się komfortowo, należy uznać za przyzwolenie na molestowanie seksualne. Jeśli skala tego zjawiska będzie narastać może to także prowadzić do poniżającego traktowania w myśl art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284)**¹⁷. KMPT zaleca personelowi Ośrodka stanowcze reagowanie na

¹⁵ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 125.

¹⁶ Wyciąg z Dziesiątego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/inf (2000) 13, §24.

¹⁷ Por. Wyrok ETPCz z dnia 24 lipca 2012 r. w sprawie Dordević przeciwko Chorwacji; skarga nr 41526/10.

tego typu niepokojące sytuacje. Pożądanym byłoby opracowanie zasad postępowania kierownictwa placówki w przypadku uzyskania informacji na temat molestowania seksualnego i innych form dyskryminacji mających miejsce zarówno wobec pacjentów jak i pracowników KOZZD.

W KOZZD wyznaczono również salę do sportu i rekreacji, w której znajdują się m.in. bieżnie, rowery stacjonarne i stół do ping-ponga. Pacjenci mogą z niej korzystać przez godzinę dziennie zgodnie z określonym harmonogramem. Jednak niewielu z nich się na to decyduje. Warto też zwrócić uwagę, że ponieważ jest to jedyna tak duża sala w Ośrodku to zdarza się, że jest wykorzystywana w innych celach np. do szkoleń służby ochrony ze stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz do organizowania mszy świętej.

Zgodnie z opinią ekspertek KMPT, należy pamiętać, że aktywność fizyczna zmniejsza stan napięcia lub pobudzenia psychofizycznego. Natomiast pobyt w przepelnionych pokojach z ograniczoną możliwością nawiązywania kontaktów interpersonalnych (zasada tzw. 5 minut¹⁸) i rosnącą ekstrawertyzacją wśród pacjentów nie jest w wymiarze psychologicznym pozytywną przesłanką nauki kontroli własnej impulsywności, popędowości. Proponowany w harmonogramie czas dziennego wysiłku fizycznego jest niewystarczający dla redukcji napięć i nauki czerpania korzyści z wysiłku fizycznego.

KMPT zaleca umożliwienie pacjentom częstszego korzystania z sali rekreacyjnej oraz ze spacerów, w tym także na części terenu zielonego, na którym wcześniej odbywały się spacerki.

5.2. Monitoring wizyjny

Zgodnie z art. 7 ust. 1-3 ustawy: *Teren Ośrodka i znajdujące się na nim pomieszczenia są wyposażone w urządzenia monitorujące, umożliwiające stały nadzór nad osobami stwarzającymi zagrożenie umieszczonymi w Ośrodku oraz kontrolę stosowania przymusu bezpośredniego. Monitorowany obraz lub dźwięk jest utrwalany. Obraz z monitoringu pomieszczeń lub ich części przeznaczonych do celów sanitarno-higienicznych jest przekazywany w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych. Z przekazanych do analizy wybranych fragmentów nagrań, a także z uzyskanej od personelu informacji wynika, że w placówce utrwalany jest jedynie obraz. Ma to związek z zastosowaniem wykładni językowej wskazanego przepisu*

¹⁸ Zgodnie z §8 ust 8 regulaminu KOZZD: *Pacjenci nie mogą gromadzić się w salach chorych. Odwiedziny na salach mogą trwać nie dłużej niż 5 minut. Spotkania takie mogą odbywać się na świetlicy lub w stołówce.*

(użycie słowa: *lub*). Sam personel wskazuje natomiast, że szczególnie w przypadku sytuacji dotyczących zastosowania środków przymusu bezpośredniego lepszym rozwiązaniem byłoby nagrywanie zarówno wizji, jak i fonii. Ze stanowiskiem tym zgadza się KMPT. Pozwoliłoby bowiem na bardziej kompleksową analizę zasadności zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Obecnie bowiem trudno ustalić czy w niektórych sytuacjach natężenie agresji werbalnej u pacjenta mogło prowadzić do realnego zagrożenia bezpieczeństwa, nie można też potwierdzić informacji, jakoby członkowie personelu prowokowali pacjentów słownie, ani też ustalić czy osoba unieruchomiona wzywa pomocy, czy po prostu wykrzykuje. Mechanizm postuluje zatem zmianę wskazanego przepisu ustawy i wprowadzenie obligatoryjnego obowiązku nagrywania zarówno wizji, jak i fonii w przypadku konieczności zastosowania środków przymusu bezpośredniego w formie izolacji i unieruchomienia.

Zaniepokojenie KMPT wzbudziła łatwość dostępu do podglądu z monitoringu. Po pierwsze pogląd ze wszystkich kamer znajduje się na otwartym korytarzu przy wejściu na oddziały. Ponadto podglądy są dostępne także w dyżurkach strażników na poszczególnych oddziałach, czy w pokojach pielęgniarek. Szczególnie w przypadku podglądu przy wejściu do Ośrodka, powoduje to, że bardzo wiele osób może obserwować pacjentów. Jest to o tyle istotne, że w Ośrodku *de facto* przeprowadzana jest kontrola osobista z rozebraniem do naga (kwestia ta zostanie szczegółowo omówiona w dalszej części Raportu). Czynność ta nie zawsze odbywa się w obrębie sfery uwzględniającej maskowanie części intymnych.

W tym kontekście należy zauważyć, że **pacjenci wskazywali, że zdarza się, że personel KOZZD w niewybredny sposób komentuje ich intymne części ciała.** Wskazywano przy tym, że tego typu zachowań dopuszczają się także osoby spoza personelu medycznego, czy służby ochrony, a więc osoby, które najprawdopodobniej miały nieuprawniony dostęp do podglądu monitoringu. Tego typu sytuacje w sposób ewidentny naruszają art. 7 ust. 4 ustawy, który wskazuje, że: *„Zapis utrwalonego obrazu i dźwięku podlega ochronie określonej w przepisach o ochronie danych osobowych. Dostęp do urządzeń monitorujących oraz do zapisu utrwalonego za ich pomocą mają wyłącznie osoby upoważnione przez kierownika Ośrodka”*. Ponadto zdiagnozowane nieprawidłowości godzą też w konstytucyjne prawo do godności (art. 30) oraz prywatności (art. 47). W tym kontekście warto podkreślić, że zdaniem Trybunału Konstytucyjnego: *„nigdy ochrona interesu wspólnego, nawet najbardziej ewidentnego, nie może przybierać postaci, która polegałaby na naruszeniu niezbywalnej godności człowieka¹⁹”*.

¹⁹ Wyrok TK z dnia 20 marca 2006 r., sygn. K 17/05.

KMPT zaleca zatem ściślejszą kontrolę nad tym, kto ma dostęp do podglądu z kamer monitoringu oraz zamontowanie przesłony przy największym stanowisku umożliwiającym podgląd monitoringu, który znajduje się w korytarzu przy wejściu na oddziały.

5.3. Traktowanie

Personel KOZZD jest bardzo źle oceniany przez pacjentów. Potwierdzać to może także liczba postępowań sądowych przeciwko placówce - do dnia wizytacji było ich 10, z czego jedno zostało już zakończone. Ponadto 6 spraw prowadzonych jest przeciwko pracownikom, przy czym pozwanych zostało ponad 20 pracowników.

Największe problemy dotyczą relacji ze służbą ochrony. Pojawiły się jedynie pojedyncze głosy mówiące o tym, że strażnicy zachowują się odpowiednio. **Pacjenci wskazywali głównie na słowne i psychiczne złe traktowanie - wyzywanie, wulgarne słownictwo („zamknij pysk”), naśmiewanie się z nich, przeklinanie – także w rozmowach personelu między sobą, zwracanie się „na ty” do pacjentów. Zresztą potwierdzają to same wpisy w raportach służby ochrony. Na przykład: „Pracownik ochrony odpowiedział mi: a gdybym to ja powiedział, że walnę cię w ryj, to jakbyś zareagował?”** Do tego dochodzi jeszcze inne prowokacyjne zachowanie polegające na takim poruszaniu się po korytarzu, aby to pacjenci wymijali slalomem pracowników ochrony, co ze względu na niewielką powierzchnię korytarzy i dużą liczbę osób, które się na nim znajdują (min. 7 strażników na oddział, 2-3 sanitariuszy, 15-17 pacjentów) jest istotnie uciążliwe. **Pacjenci mówili m.in.: „Nie ma tu miejsca, by można było się skupić, wyciszyć. Ciągłe ktoś jest obecny. Wszędzie strażnik. Tego nie ma nawet w więzieniu”, „Ja bym na kolanach wracał do zakładu karnego”.**

Nieprawidłowości w postępowaniu służby ochrony CPT dostrzegał już podczas wizytacji Ośrodka w 2017 r. Komitet usłyszał wówczas zarzuty, które dotyczyły *okazjonalnego zachowania niektórych strażników bez stosowania należytego szacunku. W związku z tym CPT zachęca polskie władze do przypomnienia personelowi dozoru w Ośrodku Krajowym w Gostyninie, iż powinni traktować pacjentów z szacunkiem²⁰. Jest to kolejne zalecenie Komitetu, które jak widać nie zostało wdrożone. Wydaje się wręcz, że niepożądane zachowania ze strony personelu coraz bardziej eskalują. Pojawiły się bowiem pojedyncze sygnały o fizycznym złym traktowaniu: szarpaniu, popychaniu,*

²⁰ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, 115.

kopaniu, nadmiernym użyciu siły przy próbie zapięcia w pasy, założeniu kajdanek czy prowadzeniu do pomieszczenia celem realizacji kontroli osobistej.

Ponadto jeden z pacjentów poinformował wizytujących o próbie zastraszenia go przez personel placówki w związku z działaniami prawnymi, które podjął przeciwko ośrodkowi.

W tym kontekście warto przywołać standardy CPT, zgodnie z którymi należy *podjąć niezbędne wysiłki, aby zapewnić, że skarżący będą wolni od zastraszania i represji. W związku z tym personel wszystkich szczebli powinien otrzymać wyraźny sygnał, że jakiegokolwiek zagrożenia, próby uniemożliwienia dotarcia skarg do odpowiednich organów ds. skarg, działania zastraszające lub odwetowe nie będą tolerowane i będą podlegały odpowiednim sankcjom*²¹. Na ograniczenie do minimum ryzyka występowania represji wobec osób pozbawionych wolności, zwraca także uwagę Podkomitet ONZ do Spraw Prewencji Tortur (SPT) wskazując, że *państwo powinno podjąć odpowiednie kroki, aby zapewnić ochronę osobom, które składają skargę na tortury lub złe traktowanie przed możliwymi represjami*²².

KMPT podkreśla z całą stanowczością, że opisane powyżej praktyki są **niedopuszczalne i nie powinno być na nie przyzwolenia wśród personelu**. W szczególności tego typu sytuacje nie mogą mieć miejsca w placówce, która jest podmiotem leczniczym, gdzie prowadzona jest terapia. Wywoływanie w pacjentach lęku i poczucia zagrożenia niweczy cały proces terapii, potęguje też wrogość między pacjentami i personelem, a w konsekwencji może prowadzić do zagrożenia bezpieczeństwa. Mechanizm przypomina, że żadna osoba składająca skargi związane z funkcjonowaniem Ośrodka nie może być z tego powodu represjonowana. **Kierownictwo placówki powinno dać jasny sygnał, że wszelkie tego typu zjawiska będą surowo karane, a także podjąć kroki, które wyeliminują ryzyko występowania takich sytuacji w przyszłości**. Kwestia ta powinna być także elementem szkoleń personelu, które zostaną szczegółowo omówione w dalszej części Raportu.

Pacjenci mówili też o nieodpowiednim zachowaniu jednej z terapeutek, która miała mówić w trakcie terapii, że: „był już zboczeńcem, pedofilem w łonie matki”. Pojawiły się też sygnały, że podczas spotkań terapeutycznych mówiono im, że spędzą w KOZZD resztę życia.

²¹ Fragment § 85 Dwudziestego siódmego Sprawozdania ogólnego [CPT/Inf (2018) 4].

²² Zob. Raport z wizyty SPT w Hondurasie z dnia 10 lutego 2010 r.; CAT/OP/HND/1; § 270.

Przedstawiciele KMPT zalecają przypomnienie wszystkim pracownikom KOZZD o konieczności zwracania się do pacjentów zgodnie z przyjętymi normami, w tym z zachowaniem formy grzecznościowej „pan, pani”. Przedstawiciele Mechanizmu zachęcają też do propagowania kultury organizacyjnej, zgodnie z którą wszelkie przejawy niewłaściwego odnoszenia się do pacjentów będą postrzegane jako przejaw braku profesjonalizmu i nierespektowanie obowiązujących standardów, rzucające na wizerunek całej placówki i jej pracowników.

Warto zauważyć, że reguły te z powodzeniem sprawdzają się w jednostkach penitencjarnych. Co ciekawe sam personel KOZZD wskazywał, że pacjenci Ośrodka odnoszą się z dużo większym szacunkiem do funkcjonariuszy Służby Więziennej, z którymi mają kontakt np. w czasie realizacji konsultacji medycznych na terenie jednostek penitencjarnych, niż do personelu KOZZD. Pokazuje to zatem, że bardzo wiele zależy od profesjonalizmu i podejścia osób, które mają czuwać nad zachowaniem porządku i bezpieczeństwa. Warto zatem odwołać się do zalecenia CPT, zgodnie z którym: *Prawdziwy profesjonalizm personelu penitencjarnego wymaga, aby był on w stanie obchodzić się z osadzonymi w sposób przyzwoity i humanitarny, zwracając przy tym uwagę na kwestie bezpieczeństwa i porządku. W tym względzie władze (...) powinny zachęcać personel do odpowiedniego poziomu zaufania oraz oczekiwania, że osadzeni chcą zachowywać się poprawnie. Rozwijanie konstruktywnych i pozytywnych relacji pomiędzy personelem (...) a osadzonymi nie tylko zmniejszy ryzyko złego traktowania, ale także zwiększy kontrolę i bezpieczeństwo. W rezultacie praca personelu (...) może być znacznie bardziej satysfakcjonująca*²³.

Należy także pamiętać, że w jednostkach penitencjarnych istnieje kategoria tzw. więźniów niebezpiecznych (w myśl art. 88a Kodeksu karnego wykonawczego²⁴). Wobec nich stosowane są wzmocnione środki bezpieczeństwa. Jednak jak podkreśla CPT nawet w tych miejscach kluczowe jest budowanie pozytywnych relacji między osadzonymi a funkcjonariuszami. Komitet podkreśla, że *należy dołożyć szczególnych starań, aby rozwijać dobrą atmosferę wewnętrzną na terenie ośrodków o zastrzonym rygorze bezpieczeństwa. Celem tych starań powinno być zbudowanie pozytywnych relacji pomiędzy personelem a osadzonymi. Ma to znaczenie nie tylko dla humanitarnego traktowania osadzonych, lecz także dla utrzymania skutecznej kontroli i bezpieczeństwa, także jeśli chodzi o bezpieczeństwo osobiste personelu*²⁵.

²³ Wyciąg z Jedenastego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf (2001) 16, § 26.

²⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy, Dz.U. z 1997 r. nr 90 poz. 557 ze zm.

²⁵ Wyciąg z Jedenastego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf (2001) 16, § 32.

5.4. Dyscyplinowanie

Już w 2017 r. podczas wizytacji CPT w KOZZD Komitet alarmował, że *niektórzy pacjenci, z którymi rozmawiano w Ośrodku Krajowym, wspominali o czymś, co było nieformalnymi sankcjami dyscyplinarnymi, tj. konfiskata telefonów komórkowych, ograniczanie dostępu do sklepu, itp.(...) Komitet ma wątpliwości co do tej praktyki, która zdawałoby się nie powinna mieć miejsca w placówce terapeutycznej*²⁶. W trakcie wizytacji KMPT pacjenci potwierdzili, że tego typu rozwiązania są stale praktykowane. Co więcej kwestie te zostały ujęte w regulaminie. I tak:

§ 18 ust. 2 regulaminu: *Przyznanie przywileju do wykonywania zakupów może być cofnięte pacjentowi przez Kierownika Ośrodka z powodu nagannych zachowań;*

§ 8 ust. 7c regulaminu: *Przywilej posiadania przez pacjenta telefonu komórkowego może zostać cofnięty przez Kierownika Ośrodka poprzez wydanie pisemnego Zarządzenia, na które przysługuje zażalenie do Sądu Okręgowego w Płocku;*

§ 12 ust. 7 regulaminu: *Przyznanie przywileju do wykonywania kontaktów telefonicznych może być cofnięte pacjentowi przez Kierownika Ośrodka;*

§ 12 ust. 5a regulaminu: *Kierownik Ośrodka może za pomocą pisemnego Zarządzenia odmówić zgody lub cofnąć zgodę na kontakt pacjenta za pośrednictwem telefonu znajdującego się na korytarzu Oddziału. Na to Zarządzenie przysługuje zażalenie do Sądu Okręgowego w Płocku;*

§ 8 ust. 6b regulaminu: *Przywilej posiadania przez pacjenta sprzętu wymienionego w punkcie 6²⁷ może zostać cofnięty przez Kierownika Ośrodka.*

Pacjenci wskazywali, że nie ma jasnych i stałych zasad dotyczących odbierania i przyznawania przywilejów. Nie są informowani za złamanie jakiej zasady regulaminu zostali ukarani i na jak długo. Zjawisko to jest szczególnie niepokojące jeśli weźmie się pod uwagę pismo w imieniu personelu Ośrodka do Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia (sygn. KOZZD/EP/399/2018), w którym przyznano, że „*Brak jest jakichkolwiek możliwości prawnych ingerowania w nieodpowiednie zachowania pacjentów. Jediną formą „zadośćuczynienia” za naganne zachowanie są podejmowane przez Kierownika Ośrodka zakazy czasowego wykonywania zakupów oraz korzystania z prywatnego telefonu komórkowego (...). Można to wręcz potraktować jako przyznanie, że personel jest świadomy, że nie ma ustawowych podstaw prawnych do karania pacjentów za*

²⁶ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 136.

²⁷ Chodzi o: MP3, MP4, radio, konsolę do gier – 1 sztukę, oryginalnie zapakowane nośniki pamięci - 2 sztuki o pojemności do 32 GB.

niewłaściwe zachowanie, jednak mimo to Kierownik Ośrodka arbitralnie podejmuje takie decyzje.

W tym kontekście należy wskazać, że sama ustawa z 22 listopada 2013 r. bardzo enigmatycznie mówi o możliwości ograniczania praw pacjentów. Zgodnie z art. 29 ust. 1 i 2 ustawy: *Osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku ma prawo, za zgodą kierownika Ośrodka, do kontaktu z innymi osobami za pośrednictwem telefonu lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, a także prawo do kontaktu osobistego z osobami ją odwiedzającymi. Kierownik Ośrodka może odmówić zgody lub cofnąć zgodę na określony sposób kontaktu lub kontakt z określonymi osobami, jeżeli kontakt taki może spowodować wzrost zagrożenia niebezpiecznymi zachowaniami ze strony osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku albo zakłócić prowadzone postępowanie terapeutyczne.* Nie ma więc mowy o zakazie robienia zakupów. Ponadto w ustawie nie określono, jak długo takie pozbawienie prawa kontaktu miałyby trwać.

W tym kontekście należy pamiętać, że zgodnie z zasadą legalizmu wyrażoną w art. 7 Konstytucji RP, organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. Nie mogą więc domniemywać swojej kompetencji, a wszelkie ich działania muszą mieć podstawę prawną. Sąd Najwyższy²⁸ wskazał też, że *art. 7 Konstytucji RP stanowiący, że organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa, zawiera normę zakazującą domniemywania kompetencji takiego organu i tym samym nakazuje, by wszelkie działania organu władzy publicznej były oparte na wyrażnie określonej normie kompetencyjnej.* Jak już wskazano w problemach systemowych, ustawa z 22 listopada 2013 r. nie przyznaje dyrektorowi Ośrodka szczegółowych kompetencji do tworzenia ewentualnego katalogu przywilejów i kar dyscyplinujących.

W obowiązującym stanie prawnym pewne ograniczenia mogą odnosić się kwestii kontaktów – zarówno osobistych jak i telefonicznych, jednak decyzja dyrektora w tym zakresie powinna dotyczyć wyłącznie indywidualnych przypadków i zawierać precyzyjne uzasadnienie, a także określać czas trwania takiego zakazu, a przede wszystkim nie może być stosowana bezrefleksyjnie jako środek dyscyplinowania, czy stanowić formę „zadośćuczynienia”. Każda decyzja dyrektora KOZZD w tym zakresie to ingerencja w prawa konstytucyjne, dlatego powinna być w sposób jasny i precyzyjny uzasadniona zwłaszcza, że zgodnie z art. 30 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. od decyzji tej przysługuje zażalenie do sądu. Zatem podejmując decyzję o ograniczeniu kontaktu dyrektor KOZZD każdorazowo

²⁸ Postanowienie 7 sędziów SN z dnia 18 stycznia 2005 r., sygn. WK 22/04.

powinien doprecyzować, co jego zdaniem wypełni przesłanki „wzrostu zagrożenia niebezpiecznymi zachowaniami”, czy też może „zakłócić prowadzone postępowania terapeutyczne”. KMPT podkreśla także, że niedopuszczalne jest stosowanie odpowiedzialności zbiorowej i pozbawianie praw określonej grupy pacjentów. Nie ma też podstaw do ograniczania możliwości korzystania z zakupów.

Ekspertki KMPT zwróciły także uwagę na funkcjonującą w Ośrodku tzw. Kartę Agresji. Jest ona zakładana w sytuacji kiedy pacjent przejawia zachowania agresywne, których przejawami mogą być również wulgarnie zachowanie i agresja słowna. Karta jest wykorzystywana podczas oceny i prognozy dotyczącej dalszego pobytu pacjenta w Ośrodku. Sam fakt przyznawania karty agresji budzi wątpliwości ekspertek. Wydaje się, że wystarczające byłoby odnotowywanie zachowań agresywnych, niewymagających zastosowania przymusu bezpośredniego, w dokumentacji medycznej lub raportach pielęgniarskich czy służby ochrony. Jak wynika z analizy dokumentacji i opinii pacjentów, **karta ta przyznawana jest dość często, co w opinii ekspertek powoduje, że prawdopodobnie nie spełnia swojej pierwotnej roli, jaką przypuszczalnie miało być monitorowanie zachowań agresywnych.** Co więcej, pacjenci nie zawsze są informowani o jej przyznaniu, dowiadują się o tym często dopiero, gdy poproszą o wgląd do opinii okresowej. **Według ekspertek KMPT, karta taka nie powinna w ogóle funkcjonować.** O wiele bardziej korzystny byłby system przyznawania plusów i minusów, w zależności od funkcjonowania, zachowania czy zaangażowania. Powinno to oczywiście nastąpić, po wcześniejszym jasnym ustaleniu zasad, według których są one przyznawane, oraz wyznaczeniu konsekwencji jakie niosą za sobą, w tym odbieranie i przyznawanie przywilejów. Jest to metoda stosowana powszechnie w terapii behawioralno-poznawczej.

W opinii ekspertek KMPT potrzebne byłoby zatem stworzenie przejrzystego systemu kar i nagród według zasad terapii behawioralno-poznawczej. Należy jednak pamiętać, że nie może stać on w sprzeczności z prawami pacjentów określonymi w ustawie. Pacjenci muszą być informowani o tym, dlaczego i na jak długo, są im odbierane przywileje i w jakiej sytuacji mogą je odzyskać. Ekspertki zaznaczają bowiem, że procedura karania ma znaczenie terapeutyczne, jednak nie powinna ona polegać jedynie na przyznawaniu punktów karnych, ale przede wszystkim na wnikliwej analizie niepoprawnych form zachowań oraz wspólnym poszukiwaniu rozwiązań, co nie wywołuje poczucia krzywdy czy sprzeciwu. W opinii Mechanizmu nie można jednak tworzyć katalogu kar i środków dyscyplinujących, które umożliwiałyby ograniczenie konstytucyjnych praw, bez odpowiedniej podstawy prawnej

wskazanej jasno na poziomie ustawowym. Jest to kolejny problem, który doskonale pokazuje, że konieczne jest przemyślenie całej koncepcji funkcjonowania Ośrodka i znowelizowanie ustawy, która spełni za dość zasadom demokratycznego państwa prawnego.

5.5. Kontrole osobiste i przeszukiwanie pokoi

Najbardziej jaskrawym przykładem naruszenia zasady legalizmu określonej w art. 7 Konstytucji RP jest kwestia przeprowadzania kontroli osobistych pacjentów. W ustawie z 22 listopada 2013 r. ustawodawca nie przewidział w żadnym artykule możliwości przeprowadzania takiej kontroli. Tymczasem rozwiązanie to zostało wprowadzone *de facto* w regulaminie KOZZD. Zgodnie z § 5 ust. 1 regulaminu: *Pacjent przy przyjęciu jest poddawany przez personel tej samej płci, czynnościom kontrolnym na obecność przedmiotów, których posiadanie może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia. Zaś zgodnie z § 13 ust. 1 regulaminu: Pacjent udając się do pokoju odwiedzin jest zobowiązany do przygotowania ubrania, w które przebierze się po powrocie z odwiedzin. Taka sama zasada obowiązuje pacjenta wyjeżdżającego poza Krajowy Ośrodek. Ponadto zgodnie z art. § 13 ust. 8: Po powrocie z odwiedzin pacjent, w obecności sanitariusza i pracownika ochrony, przebiera się w odzież wcześniej przez siebie przygotowaną. Odzież zdjęta przez pacjenta podlega dokładnemu sprawdzeniu przez sanitariusza i pracownika ochrony. Jeżeli pacjent nie przygotowuje odzieży, zobowiązany jest do zdjęcia i przekazania do kontroli wszystkich przedmiotów (rzeczy, ubrania, itp.), które ma na sobie. Taka sama zasada obowiązuje pacjenta wyjeżdżającego poza Krajowy Ośrodek.*

Zatem, choć nie użyto wprost sformułowania „kontrola osobista” to ewidentnie procedura ta polega w praktyce na rozebraniu się do naga w obecności dwóch osób, których zadaniem jest sprawdzenie odzieży. W dokumentacji można znaleźć informacje, że pacjentom opuszczającym oddziały przypomina się o konieczności przygotowania odzieży do przebrania, jednak sami z tego rezygnują. Należy jednak zauważyć, że nawet możliwość przebrania się nie sprawia, że czynność ta w mniejszym stopniu ingeruje w prawo do intymności i prywatności, i tak bowiem człowiek jest wówczas przez pewien czas rozebrany w obecności członków personelu. Na dodatek, co było już poruszane w niniejszym Raporcie, ma to miejsce w monitorowanym pomieszczeniu.

Z uzyskanych w czasie rozmów z personelem i pacjentami wynika, że w praktyce podczas kontroli obecnych jest dwóch strażników i sanitariusz. Kontrola polega na rozebraniu się do naga i wykonaniu przysiadu. Ma miejsce zawsze gdy pacjent wyjeżdża poza Ośrodek

np. do lekarza, ale także wtedy gdy przechodzi tylko do innego budynku – przy wejściu na teren Ośrodka, gdzie odbywają się odwiedziny, można odebrać zakupy, ale także gdzie realizowane są spotkania z biegłymi, a nawet rozprawy sądowe. W jednym z raportów służby ochrony opisano sposób przeprowadzenia kontroli – po powrocie pacjenta z osiemnastominutowego spotkania z siostrą: **„Po powrocie do zespołu odmówił poddania się kontroli odzieży. Po czym Pacjent poddał się częściowej kontroli. Najpierw zdjął górną część ubrania, którą po sprawdzeniu ponownie założył, a następnie spodnie, które przekazał do sprawdzenia. Odmówił zdjęcia bokserek. W związku z czym decyzją lekarza [...] wobec pacjenta zastosowano przymus bezpośredni w formie przytrzymania.”** W czynnościach tych uczestniczyło 3 strażników i jeden sanitariusz.

Warto zauważyć, że w przypadku wyjazdów poza placówkę pacjenci zawsze są skuci kajdankami i przez cały czas towarzyszą im strażnicy. Nawet wtedy po powrocie do Ośrodka przeprowadzana jest kontrola z rozebraniem do naga. W opinii ekspertek KMPT, wydaje się to być przejawem szykanowania pacjentów.

KMPT dostrzega, że ze względów bezpieczeństwa w niektórych przypadkach może zachodzić potrzeba przeprowadzenia kontroli osobistej. Decyzja w tym zakresie powinna być jednak podejmowana z właściwą rozważą, profesjonalizmem i poszanowaniem godności człowieka. W przeciwnym wypadku **kontrola osobista może spełniać rolę narzędzia opresji i zostać uznana za poniżające traktowanie.** Na kwestie te wskazywał już Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu w wyrokach przeciwko Polsce stwierdzając, że *Codziennie kontrole osobiste więźnia połączone z obowiązkiem rozebrania się do naga nie wynikały z żadnych konkretnych potrzeb bezpieczeństwa i nie były związane z podejrzeniami wynikającymi z zachowania skarżącego. Taka praktyka musiała wywołać w człowieku uczucie poniżenia, cierpienia i przygnębienia, które wykroczyło poza nieuniknione cierpienie i upokorzenie związane z odbywaniem kary więzienia*²⁹.

Niewątpliwie tego typu kontrola stanowi ingerencję w wolność osobistą jednostki, która zgodnie z art. 41 ust. 1 Konstytucji RP może zostać ograniczona tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie. Co więcej regulacja ustawowa w tym zakresie musi być niezwykle precyzyjna, co pokazał wyrok³⁰ Trybunału Konstytucyjnego wydany z wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich. TK stwierdził, że brak w ustawach (m.in. ustawie o Policji) pojęć „przeszukanie osoby” i „kontrola osobista” narusza konstytucyjne prawa i wolności człowieka, przepisy uznano za niekonstytucyjne, w zakresie, w jakim nie precyzowały granic

²⁹ Wyrok ETPCz z dnia 16 lutego 2016 r. w sprawie Świdorski v. Polsce, skarga nr 5532/10, § 60-61.

³⁰ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 14 grudnia 2017 r. sygn. akt K 17/14.

i pojęcia kontroli osobistej. W grudniu 2018 roku ustawa o Policji została w tym zakresie nowelizowana³¹.

W tym kontekście należy więc podkreślić, że **chcąc dokonać kontroli osobistej pacjenta nie można powoływać się na art. 28 ust. 1 i 2 ustawy**, zgodnie z którym: *Osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku nie może posiadać przedmiotów, które mogą posłużyć do zakłócenia porządku lub bezpieczeństwa w Ośrodku. W każdym czasie można przeprowadzić kontrolę przedmiotów posiadanych przez osobę stwarzającą zagrożenie umieszczoną w Ośrodku oraz pomieszczeń, w których ta osoba przebywa (...)*. Mowa tu bowiem wyłącznie o kontroli przedmiotów. Pojęcie to nie zostało jednak w żaden sposób doprecyzowane w ustawie, a jak pokazuje przywoływany wyrok TK, pojęcie i granice kontroli, która ingeruje w wolność osobistą jednostki muszą być szczegółowo określone na poziomie ustawowym.

Biorąc zatem pod uwagę obecny brak ustawowych podstaw prawnych do przeprowadzania przez personel KOZZD kontroli osobistych, w opinii KMPT należy natychmiast zaprzestać tej praktyki. Tym bardziej, że mając na uwadze orzecznictwo ETPCz³², przeprowadzanie tak częstych kontroli w obecnej formule, polegającej na rozbieraniu do naga pacjentów w monitorowanych pomieszczeniach, może zostać uznane za nieludzkie i poniżające traktowanie.

Powyższy problem, wskazuje doskonale jak pilna jest nowelizacja ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Zmiany ustawy w tym zakresie powinny nie tylko w sposób ogólny nadać pracownikom KOZZD uprawnienia do przeprowadzania takich kontroli, ale przede wszystkim precyzyjnie określać zasady ich przeprowadzania, w tym także możliwość zaskarżenia do sądu decyzji o ich przeprowadzeniu. Do tego czasu kontrole osobiste mogą być przeprowadzane tylko przez upoważnione w tym zakresie służby. **Zatem w przypadku podejrzenia posiadania niebezpiecznych przedmiotów do Ośrodka powinni być wzywani funkcjonariusze Policji, którzy zgodnie z prawem takiej kontroli mogliby dokonać.**

Natomiast jeśli chodzi o przeprowadzanie kontroli przedmiotów posiadanych przez pacjentów, to kwestię tę ustawodawca uregulował we wspomnianym już art. 28 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Przepis ten przyznaje kierownikowi Ośrodka bardzo szerokie uprawnienia, m.in. *w każdym czasie można przeprowadzić kontrolę przedmiotów posiadanych przez osobę stwarzającą zagrożenie umieszczoną w Ośrodku oraz pomieszczeń, w których ta*

³¹ Ustawa z dnia 14 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o Policji oraz niektórych innych ustaw, (Dz.U. z 2018 r., poz. 2399).

³² Por. Wyrok ETPCz z dnia 17 kwietnia 2012 w sprawie Piechowicz v. Polska, skarga nr 20071/07.

osoba przebywa. W razie konieczności jest dopuszczalne naruszenie plomb gwarancyjnych, uszkodzenie kontrolowanych przedmiotów w niezbędnym zakresie (...). Praktyka pokazuje, że takie kontrole są zarządzane średnio dwa razy w miesiącu. **W opinii ekspertek KMPT przeszukanie pokoi powinno być dokonywane w wyjątkowych sytuacjach, kiedy zachodzi wysokie prawdopodobieństwo posiadania przez pacjentów niedozwolonych lub niebezpiecznych przedmiotów. Mimo, że obecne przepisy ustawy tego nie precyzują, to w opinii ekspertek zarządzenie Dyrektora powinno zawierać wyjaśnienie przyczyn przeszukania.**

KMPT pragnie zauważyć także, że tego typu kontrole przedmiotów stanowią ingerencję w prawo do prywatności, o którym mowa w art. 47 Konstytucji RP. Mechanizm zaleca zatem przypomnienie personelowi, aby czynności te odbywały się z zachowaniem odpowiedniej kultury osobistej i poszanowaniem praw pacjentów. Do wizytujących docierały bowiem sygnały, że podczas przeszukań przeglądane są prywatne notatki, zapiski, pisma urzędowe, w tym takie, które mogą zawierać informacje objęte tajemnicą lekarską czy adwokacką. Tego typu niepokojącą praktykę potwierdza także analiza wybranej dokumentacji pacjentów. W segregatorze dotyczącym kobiety umieszczonej w KOZZD znaleziono jej prywatne zapiski a także prywatną korespondencję pomiędzy pacjentami. **Mechanizm wnosi do kierownika Ośrodka o udzielenie informacji na jakiej podstawie i w jakim celu materiały te zostały włączone do dokumentacji osobowej pacjentki, a także o poinformowanie, dlaczego o zastosowanym wobec pacjentki ograniczeniu, nie został powiadomiony sąd.**

5.6. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego

Na negatywną atmosferę w Ośrodku może wpływać m.in. bardzo duża liczba pracowników ochrony, którzy pełnią dyżury w swoistym umundurowaniu nosząc w widocznym miejscu środki przymusu bezpośredniego (gaz obezwładniający, pałka wielofunkcyjna typu *tonfa*). Na tę kwestię zwracał uwagę już w 2017 roku CPT wskazując, że strażnicy *noszą specjalne wyposażenie (długie pałki policyjne, kajdanki i gaz pieprzowy) przez cały czas, w tym w strefach mieszkalnych, tak, iż pacjenci to widzą. Jest to zastraszająca i nieuzasadniona praktyka; Komitet zaleca, by zaprzestano takich działań niezwłocznie*³³. Jak potwierdziła wizytacja KMPT zalecenie to nie zostało zrealizowane.

³³ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 128.

Jest to szczególnie niepokojące ponieważ, **w opinii ekspertek niedyskretna wszechobecność pracowników ochrony przyczynia się do budowania barier terapeutycznych i społecznych w placówce.** CPT również podkreśla, że m.in. *szpitale psychiatryczne powinny być miejscami bezpiecznymi dla pacjentów. Stwarzanie i utrzymywanie dobrych warunków życia dla pacjentów, jak również odpowiedni klimat leczenia, będący priorytetowym zadaniem personelu szpitala, implikuje brak agresji i przemocy między pacjentami*³⁴. Ponadto w **opinii KMPT, noszenie środków przymusu bezpośredniego w tak widoczny sposób sprawia, że istnieje ryzyko przechwycenia tych elementów przez samych pacjentów, co np. w przypadku nieuprawnionego wykorzystania gazu pieprzowego w zamkniętej przestrzeni może doprowadzić do negatywnych skutków zdrowotnych dla wielu osób – zarówno pacjentów, jak i członków samego personelu.** W tym kontekście warto zaznaczyć, że w art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. wskazano, że *Wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku można stosować przymus bezpośredni (...).* A zatem ustawodawca nie obliguje służby ochrony do noszenia tych środków na co dzień, a jedynie stwarza możliwość ich użycia.

W opinii KMPT środki przymusu bezpośredniego powinny znajdować się jedynie na wyposażeniu Ośrodka, nie zaś jako element obowiązkowy umundurowania pracownika ochrony. Można umieścić je np. w wyznaczonym miejscu na każdym z oddziałów, gdzie w razie konieczności można będzie szybko skorzystać z tych środków. Biorąc pod uwagę ogromną liczbę zatrudnionego personelu, w szczególności w dziale ochrony takie rozwiązanie wydaje się wystarczające.

Omawiając kwestie związane ze stosowaniem przymusu bezpośredniego w Ośrodku należy wskazać przede wszystkim, że zgodnie z art. 36 ust 1 ustawy, można stosować przymus bezpośredni polegający na: przytrzymaniu; przymusowym zastosowaniu produktów leczniczych; założeniu pasów obezwładniających lub kaftana bezpieczeństwa; izolacji; a także: użyciu: kajdanek, pałki służbowej, ręcznego miotacza substancji obezwładniających. Przy czym zgodnie z art. 36 ust 2 ustawy prewencyjnie nie można zastosować kaftana lub pasa obezwładniającego, pałki i miotacza gazu. W związku z tym **zaniepokojenie KMPT wzbudziła praktyka unieruchamiania (*dane usunięto*) na żądanie. (*dane usunięto*)**

Opisana sytuacja nie spełnia zatem żadnej z przesłanek zastosowania środków przymusu bezpośredniego określonych w art. 35 ust 1 ustawy. Zgodnie z tym przepisem:

³⁴ Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf(98) 12, § 37.

Przymus bezpośredni można zastosować, gdy osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku: 1) dopuszcza się zamachu na życie lub zdrowie własne lub innej osoby; 2) dopuszcza się zamachu na bezpieczeństwo powszechne; 3) w sposób gwałtowny niszczy lub uszkodza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu; 4) zachowuje się w sposób powodujący poważne zakłócenia w funkcjonowaniu Ośrodka; 5) próbuje samowolnie opuścić Ośrodek; 6) nawołuje inne osoby umieszczone w Ośrodku do zachowań określonych w pkt 1–5; 7) próbuje oddalić się samowolnie, gdy przebywa poza terenem Ośrodka w związku z udzielaniem jej świadczeń zdrowotnych. Co prawda art. 35 ust 2 dopuszcza, że przymus bezpośredni można zastosować prewencyjnie także w celu zapobieżenia samowolnemu oddaleniu się osoby pozostającej pod nadzorem służby ochrony poza Ośrodkiem; lub (co mogłoby zostać uznane za przesłankę we wskazanej sytuacji) jeżeli zachowanie osoby stwarzającej zagrożenie wskazuje, że jest to niezbędne dla zapobieżenia jej agresji lub autoagresji. Jednak jak już zaznaczono, ustawa nie pozwala na prewencyjne stosowanie pasów bezpieczeństwa.

Zatem samo tylko przewidywanie pacjenta dotyczące możliwości pogorszenia się jego stanu i ewentualnego wystąpienia niebezpiecznych sytuacji nie upoważnia do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia i w ocenie wizytujących należy zaprzestać tej praktyki. Poza argumentami natury prawnej, należy również wskazać na opinię prof. dr hab. n. med. Jacka Wciórki – Kierownika I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, którego zdaniem personel nie powinien spełniać automatycznie prośby pacjenta. Jeśli pacjent prosi o prewencyjne zastosowanie wobec niego unieruchomienia, należy zapewnić mu odpowiednią opiekę terapeutyczną, która zneutralizuje zbliżający się atak. Proste spełnianie prośb pacjentów niesie za sobą ryzyko utrwalenia w ich postawie pewnych nawyków, przyzwyczajień, które pozbawione jest zupełnie charakteru leczniczego. Dlatego też przedstawiciele KMPT zalecają odstąpienie od stosowania unieruchomienia wyłącznie na prośbę pacjenta.

W opinii ekspertek analiza zestawienia zbiorczego dotyczącego zastosowania przymusu prowadzi do wniosku, że przymus bezpośredni - poza prewencyjnie stosowanymi kajdankami - nie jest nadużywany. Kajdanki są natomiast stosowane w sytuacjach przewożenia pacjentów na konsultacje medyczne i do sądów. Pacjenci przewożeni są do wyznaczonego miejsca transportem własnym Ośrodka w towarzystwie dwóch ochroniarzy i sanitariusza. Kajdanki używane są w każdym takim przypadku. Opinie samych pacjentów na temat stosowania przymusu bezpośredniego są najczęściej bardzo negatywne. Jeden z nich

wskazywał, że chciano mu założyć kajdanki w związku z wyjazdem na umówioną konsultację lekarską. Poprosił, aby tego nie robiono, bo to poniżające. W związku z odmową ze strony personelu zakomunikował, że w tej sytuacji rezygnuje z wizyty u lekarza, do czego miał prawo. **Wówczas miał zostać brutalnie potraktowany przez 5 strażników. Miał być podduszany od tyłu pałą i szarpany za ręce, w celu założenia kajdanek. Po rzuceniu na ziemię został skuty.**

Inny z pacjentów wskazywał natomiast, że został przykuty do łóżka szpitalnego w szpitalu ortopedycznym. Informował także, że podczas rozprawy sądowej ochroniarze nie zgodzili się na jego rozkucie mimo nakazu sądu, co na prośbę jego pełnomocnika miało zostać wpisane do protokołu. W związku z tym KMPT zwróci się do prezesa sądu o przesłanie protokołu z tej rozprawy.

W ocenie KMPT kajdanki nie powinny być profilaktycznie stosowane wobec wszystkich, a tylko wtedy, gdy wyraźnie uzasadnia to ocena ryzyka w indywidualnym przypadku. Kajdanki nie powinny być zbyt ciasno zapięte (może to powodować poważne konsekwencje medyczne) i należy je stosować tylko tak długo, jak jest to absolutnie niezbędne³⁵. Ponadto kajdanki, nie powinny być stosowane jako zasada w czasie transportu³⁶. Ich użycie powinno być uzasadnione oceną ryzyka w konkretnym przypadku, kiedy ich zastosowanie wydaje się absolutnie konieczne. Powinny być wówczas stosowane w sposób, który eliminuje ryzyko zranienia osoby konwojowanej³⁷.

Za niedopuszczalne należy uznać stosowanie kajdanek w trakcie badań lekarskich lub przykuwanie zatrzymanego do łóżka podczas pobytu w szpitalu. Taka praktyka narusza godność człowieka, utrudnia właściwe leczenie, hamuje rozwój właściwej relacji na linii lekarz-pacjent i może być szkodliwa dla obiektywności ustaleń medycznych³⁸.

W opinii KMPT nadużywanie prewencyjnego zastosowania kajdanek w sytuacji, gdy pacjent jest pod stałym nadzorem minimum dwóch przedstawicieli Ośrodka może

³⁵ Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 13; Raport CPT z wizyty na Cyprze, CPT/Inf (2018) 16, § 15; Raport CPT z wizyty w Holandii, CPT/Inf (2017) 1, § 13; Raport CPT z wizyty w Belgii, CPT/Inf (2018) 8, § 18; Raport CPT z wizyty w Hiszpanii, CPT/Inf (2017) 34, § 8; Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii, CPT/Inf (2017) 9, § 14; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 53; Raport CPT z wizyty na Gibraltarze, CPT/Inf (2015) 40, § 11; Raport CPT z wizyty w Rosji, CPT/Inf (2013) 41, § 28; Raport SPT z wizyty w Chile, CAT/OP/CHL/1, § 45-46; Raport SPT z wizyty w Nowej Zelandii, CAT/OP/NZL/1, § 110-112.

³⁶ Zob. Raport SPT z wizyty w Nowej Zelandii, CAT/OP/NZL/1, § 110-111; Transport of detainee, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24, pkt. 3. Security measures.

³⁷ Zob. Transport of detainee, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24, pkt. 3. Security measures; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 53.

³⁸ Zob. Raport CPT z wizyty w Hiszpanii, CPT/Inf (96) 9 [Part 1], § 150; Essex paper 3 Initial guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules, Penal Reform International Head Office i Human Rights Centre University of Essex, February 2017, s. 57 i 163.

stanowiąc przejaw poniżającego i niehumanitarnego traktowania. W tym kontekście warto bowiem wskazać, że Europejski Trybunał Praw Człowieka uznał, że przykucie kobiety do krzesła w czasie badań ginekologicznych w szpitalu oraz gdy przebywała tam po porodzie (i przez cały czas była pilnowana przez trzech strażników) stanowiło niehumanitarne i poniżające traktowanie w rozumieniu art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284)³⁹.

Biorąc pod uwagę, że ustawodawca użył w ustawie termin „*można stosować przymus bezpośredni*”, KMPT zaleca odstępstwo od obligatoryjnego użycia kajdanek w czasie transportu. Kluczowym czynnikiem decydującym o zastosowaniu tego środka powinna być ocena ryzyka dokonywana indywidualnie w przypadku każdego z pacjentów. Mając powyższe na uwadze, KMPT przypomina, iż kajdanki nie powinny być profilaktycznie stosowane wobec wszystkich osób konwojowanych, ale tylko w sytuacji obiektywnego ryzyka. Należy zaznaczyć, że stosowanie kajdanek powinno być ograniczone czasowo do niezbędnego minimum. Biorąc pod uwagę standardy przedstawione przez CPT zaleca się rozważenie stosowania środków przymusu z indywidualnych powodów i w oparciu o zasadę proporcjonalności⁴⁰. KMPT zaleca także przypomnienie pracownikom służby ochrony, że czynności dotyczące stosowania środków przymusu bezpośredniego powinni wykonywać z poszanowaniem godności pacjentów.

Natomiast analiza wybranego zapisu monitoringu z dnia 20 lutego 2019 r. dotycząca zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia nie wykazała nieprawidłowości. W zabezpieczeniu pacjenta brało czynny udział 5 pracowników ochrony i pielęgniarka. Obserwacje ujęte w karcie unieruchomienia i izolacji pokrywają się z zapisem monitoringu. To co zwraca uwagę, to stosunkowo długi czas samego zapinania w pasy, który – co potwierdza dokumentacja – spowodowany był utrudnieniami ze strony pacjenta. Być może trudności te wynikają także z wykorzystanych do unieruchomienia dwóch rodzajów pasów - tylko jedno z nich są pasami magnetycznymi, pozostałe to pasy na tzw. „sprzączkę”.

W opinii ekspertek liczba personelu niezbędna do zastosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z zasadą 5 osób (po jednej na każdą kończynę i głowę) jest zapewniona zarówno w ciągu dyżuru dziennego jak i nocnego. Przymus monitorowany jest przez personel pielęgniarski oraz poprzez monitoring wizyjny. Informacje dotyczące stanu pacjenta zapisywane są w karcie zastosowania unieruchomienia. Według analizy ewidencji zbiorczej długość zastosowania przymusu rzadko przekracza 10 godzin.

³⁹ Wyrok ETPCz z dnia 24 marca 2016 r. w sprawie Korneykova i Korneykov p. Ukrainie, skarga nr 56660/12.

⁴⁰ Zob. Raport z wizyty w Holandii, 9 sierpień 2012 r., CPT/Inf (2012) 21.

Ekspertki zwróciły jednak uwagę, że karty unieruchomienia prowadzone są według zasad sprzed dnia 21 grudnia 2018 roku, kiedy to zostało wydane nowe rozporządzenie dotyczące dokumentowania przymusu bezpośredniego⁴¹, wprowadzające nowy wzór karty unieruchomienia.

W tym kontekście warto jednak zwrócić uwagę na szerszy problem. Dokumentowanie zastosowania środków przymusu w KOZZD reguluje bowiem rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego (Dz.U. z 2014 r. poz. 87; dalej: rozporządzenie w sprawie przymusu w KOZZD). Dokument ten nie zawiera jednak żadnych wzorów kart zastosowania przymusu bezpośredniego, co należy uznać za niepokojące. Do tej pory w KOZZD korzystano więc z wzorów dołączonych do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. z 2012 r. poz. 740), które było aktem wykonawczym do ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.). Akt ten został jednak w grudniu 2018 r. uchylony i zastąpiony kolejnym rozporządzeniem, wprowadzającym nowe wzory m.in. kart obserwacji, na co zwróciły uwagę ekspertki KMPT. **Mechanizm zaleca zatem, aby Minister Zdrowia wskazał jasno w rozporządzeniu jakie wzory dokumentacji powinny być stosowane w przypadku KOZZD. Niezwykle ważne jest bowiem, aby kwestie dotyczące tak daleko idącej ingerencji w prawo do wolności i poszanowania godności człowieka były dokumentowane z zachowaniem najwyższych standardów.**

5.7. Oferta terapeutyczna

Na każdym oddziale zatrudnionych jest 2 psychologów i 4 terapeutów zajęciowych i jeden terapeuta resocjalizacji. Dodatkowo na dwa oddziały przypada jeden psycholog seksuolog i jeden terapeuta uzależnień. Nie ma wyznaczonych zespołów terapeutycznych do pracy grupowej. Tymczasem według ekspertek, w psychoterapii grupowej powinno być co najmniej 2 psychoterapeutów. Pożądana jest natomiast praca w zespole trzyosobowym.

Prowadzona w Ośrodku terapia polega na przeprowadzaniu indywidualnych sesji psychologicznych 2 razy w tygodniu, sesji seksuologicznych 1 raz w tygodniu i sesji resocjalizacji 1 raz w tygodniu. W razie konieczności przeprowadzane są również

⁴¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, Dz.U. z 2018 r. poz. 2459.

indywidualne sesje terapii uzależnień. Wobec każdej z osób umieszczonych w Ośrodku jest stosowany indywidualny plan terapii, który jest opracowywany w oparciu o 5 domen: psychopatologiczną, somatyczną, psychologiczną, psychoseksualną, psychospołeczną i socjalną. Domena psychopatologiczna oraz somatyczna i związane z nią zdiagnozowane problemy, rozwiązywane są poprzez zastosowanie farmakoterapii lub zlecenia konsultacji specjalistycznych. Do tych problemów należą najczęściej takie jak np. napięcie, drażliwość, zaburzenia snu lub choroby somatyczne jak zmiany skórne, przeziębienie itp. Problemy te są opisywane w zestawieniu co 6 miesięcy. Zdaniem ekspertek powyższe domeny nie budzą wątpliwości i są zazwyczaj rozwiązywane. Ich wątpliwości budzi natomiast fakt czy kwestie te powinny być tak szczegółowo ujmowane w Indywidualnym planie terapii, czy raczej powinny stanowić pewien zmienny i wyjątkowy element całego procesu terapeutycznego. Domena socjalna dotyczy bieżących problemów socjalnych. Nie odnaleziono jednakże w analizowanej dokumentacji rozwiązań tych problemów.

Zdaniem ekspertek, analiza zapisów dokonywanych przez psychologów wskazuje, że terapia prowadzona jest bez planowania pracy nad cząstkowymi problemami pacjenta, które nie są zdiagnozowane w oparciu o współczesne metody badawcze. Pacjenci nie potrafią podać celu spotkań/terapii z psychologiem, nie potrafią sprecyzować obszaru problemu poddanemu pracy z psychologiem - odwołują się jedynie do harmonogramów z którymi są zapoznawani po przybyciu do KOZZD. Nie dokonuje się też analizy skuteczności postępowania terapeutycznego w realizacji indywidualnych programów, stąd w opinii ekspertki KMPT kuriozalne zapisy o zdiagnozowaniu problemu. Na przykład z dnia 31 maja 2015 r.: jako problem wskazano: „*Brak wglądu w mechanizmy własnych zachowań seksualnych*”, cel określono jako: „*osiągnięcie przez pacjenta wglądu w mechanizmy własnych zachowań seksualnych*”. W dokumentacji, do dnia wizytacji w KOZZD, nie było jednak żadnej adnotacji o rozwiązaniu lub ewaluacji tego problemu w jakikolwiek sposób. Ponadto ekspertki KMPT uznały, że indywidualne programy w części psychologicznej są ogólnikowe, nie uwzględniające indywidualnych potrzeb i problemów pacjentów.

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej i rozmów z pacjentami ekspertki KMPT uznały, że stosowane metody pracy terapeutycznej nie stanowią skutecznej formy terapii. Podkreśliły, że formy terapii - poza farmakologiczną - są niewystarczające. W ich opinii praca z osobami przejawiającymi zaburzenia osobowości, o typie dyssocjalnym i zaburzenia preferencji seksualnych nie powinna odbywać się na zasadzie terapii indywidualnej. W procesie terapeutycznym brakuje takich form terapii jak

społeczność terapeutyczna, terapia grupowa, trening zastępowania agresji. Ponadto indywidualny plan terapii, w formie w jakiej stosowany jest w Ośrodku, nie określa poszczególnych celów terapeutycznych, dostosowanych do potrzeb pacjenta oraz form terapii jakie byłyby w danym przypadku adekwatne.

Podkreślenia wymaga, że problem dotyczący prowadzenia terapii w KOZZD został dostrzeżony przez CPT już w 2017 r. **Komitet wskazywał wówczas, że nie może pozbyć się wrażenia, iż istnieje ogólny problem z koncepcją terapii w ośrodku, w szczególności brakuje pomysłu na to, co robić z pacjentami, którzy odmawiają leczenia i rehabilitacji (...) Komitet zatem rekomenduje poważne rozważenie koncepcji i filozofii leczenia w Krajowym Ośrodku w Gostyninie, w świetle powyższych uwag. Dodatkowo, należy podjąć szersze działania celem zapewnienia aktywności terapeutycznych i rehabilitacyjnych, takich jak nauka kontrolowania agresji, szkolenie umiejętności życiowych, rekreacja, czy sport. Pomogłoby to rozładować napięcie panujące w ośrodku⁴². Jest to kolejne niezrealizowane zalecenie CPT.**

Ponadto Komitet zwracał wówczas uwagę, że co do zasady pacjentów nie proszono o podpisanie "umów terapeutycznych" pod planami terapeutycznymi; zdaniem Komitetu wprowadzenie takiej praktyki mogłoby zwiększyć motywację pacjentów do angażowania się w aktywności terapeutyczne⁴³. Zmiana w tym zakresie także nie nastąpiła. W opinii ekspertek KMPT pacjenci w KOZZD nie tylko nie podpisują kontraktów terapeutycznych, ale także nie znają swoich praw i zobowiązań w relacji pacjent-terapeuta. Nie są też zapoznawani z indywidualnym programem terapeutycznym. Co więcej, terapia powinna być prowadzona zgodnie z zasadami, wybranej przez terapeutę, szkoły psychoterapii, w której zastosowaniu został on przeszkolony. Tymczasem w trakcie analizy dokumentacji medycznej nie odnaleziono wskazania metod pracy psychoterapeutycznej dotyczących szkoły psychoterapii (psychodynamiczna, egzystencjalna, psychoanalityczna, systemowa, humanistyczna, eklektyczna, behawioralno-poznawcza i inne).

Należy zwrócić uwagę, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie szczególnych warunków i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym (Dz.U. z 2014 r., poz. 88) nie określa katalogu, metod pracy psychoterapeutycznej w placówce. Mówi jedynie o indywidualnych planach terapii sporządzanych na podstawie opinii psychiatry i psychologa i możliwości ich odbywania w grupach lub indywidualnie. Niestety, w wizytowanej placówce nie są prowadzone grupowe terapie, treningi grupowe. **W opinii**

⁴² Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 121.

⁴³ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 124.

ekspertek terapia indywidualna przy zaburzeniach osobowości o typie dyssocjalnym i zaburzeniach preferencji seksualnych, nie powinna stanowić głównej metody pracy z pacjentem. W tych przypadkach bardziej wskazane są metody pracy grupowej, treningi i praca na społeczności terapeutycznej. Zaburzenia schematów poznawczych, deficyty społeczne, deficyty emocjonalne, zaburzenia samokontroli, agresywność są bowiem obszarem problemów trudnych, niemożliwych do pracy terapeutycznej w indywidualnym kontakcie. **W opinii ekspertek w KOZZD nie są także wdrożone do realizacji zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie seksuologii dotyczące leczenia sprawców przestępstw seksualnych.**

Nie można zapominać, że istotnym elementem leczenia jest relacja terapeutyczna, zwłaszcza w przypadku stosowanej w Ośrodku terapii indywidualnej. **Relację z pacjentem należy budować według podstawowych obowiązujących w psychoterapii zasad, czyli poczucia bezpieczeństwa, poufności czy zrozumienia, bez oceniania, wytykania błędów czy przekonywania do własnego światopoglądu.** Trudno jest budować zaufanie w relacji terapeutycznej, kiedy informacje z rozmów są szczegółowo opisywane w dokumentacji, która jest ogólnodostępna, czy mając świadomość, że w trakcie sesji można otrzymać kartę agresji. **W opinii ekspertek, niezależnie od zachowania pacjenta (chyba, że zachodzi obawa agresji czynnej) psychoterapeuta nie powinien brać udziału w żadnej formie stosowania systemu kar,** a pacjent powinien czuć, że w trakcie sesji może swobodnie wyrażać swoje emocje, również czasem w sposób ekspansywny i z użyciem wulgaryzmów. W takiej sytuacji, jeśli wcześniej w kontrakcie zostało to zawarte, terapeuta powinien przypomnieć o zasadzie, a nie stosować karę. Pozwoli to na budowanie prawidłowej relacji terapeutycznej, na pełne wykorzystanie zasobów i postęp procesu terapeutycznego. Ponadto nie należy dokumentować w ogólnodostępnej dokumentacji szczegółowego przebiegu sesji. Wystarczająca byłaby informacja, że sesja się odbyła. W razie takiej konieczności terapeuta może robić notatki, nawet w trakcie sesji, za zgodą pacjenta, ale powinny one pozostać do wglądu wyłącznie dla niego.

W opinii ekspertek, niekorzystnym dla terapii jest również brak stałości terapeuty. Jak wiadomo trudno przewidzieć sytuacje losowe, jednak w przypadku przenoszenia pacjenta na inny oddział, należałoby pozostawić go pod opieką tego samego terapeuty, do czasu zakończenia procesu terapeutycznego.

Ekspertki podkreślają, że powszechnie stosowaną metodą pracy w oddziałach leczniczych jest Społeczność Terapeutyczna. Metoda ta nie jest jednak wykorzystywana

w Ośrodku. Jest to rozwiązanie cenne z tego względu, że wymusza na całym personelu zaangażowanie w proces leczenia i ustala zasady korzystania z ulg i cofania przywilejów za aprobatą lub jej brakiem całej grupy uczestników procesu. Pozwala to na dookreślenie zasad panujących w grupie, a także spójną ocenę postaw i zachowań. Zakłada się, że efektywność pracy metodą Społeczności Terapeutycznej jest uzależniona od realizowania w sposób zrozumiały, zgodny z przyjętymi zasadami, a przede wszystkim konsekwentny ustalonych zasad i reguł. Stosowany jest tu system punktowy. Punkty nie mogą być przyznawane i odejmowane w sposób arbitralny, koniecznym jest aby były one zaakceptowane i przyjęte przez wszystkich członków Społeczności Terapeutycznej. Suma przyznawanych lub odejmowanych punktów powinna uwzględniać rodzaj i wagę zachowania pożądanego bądź niepożądanego. W celu urealnienia wagi zachowania ilość przyznawanych punktów powinna umożliwić pacjentowi poczucie realnego wpływu na kierunek zmiany w zachowaniu. Zgodnie z regułami pracy ocena zachowania winna być: natychmiastowa, uwzględniająca wagę zachowania i dostatecznie silna.

W opinii ekspertek prawidłowa organizacja pracy personelu nie może ograniczać się jedynie do podporządkowania zachowania pacjentów regulaminowi oddziału. Rola specjalistów nie powinna być sprowadzana jedynie do funkcji kontrolująco-restrykcyjnej. Nakazująco-kontrolujący sposób oddziaływań na osoby nie ma korzystnego wpływu na rozwój poprawnych stosunków interpersonalnych, ponieważ pacjent jest jedynie zmuszany do respektowania zasad, których na ogół nie przyjmuje. Takie działanie może skutkować niezrozumieniem organizacji pracy oddziału oraz wpłynąć na rozwój zachowań niepożądanych u pacjentów, jednocześnie budząc ich opór bądź sprzeciw.

Zdaniem ekspertek zadania personelu powinny być skoncentrowane przede wszystkim na uwewnętrznieniu norm, które wyznaczają właściwe formy zachowań - niezmiernie ważnym w pracy terapeutycznej jest cały system samorządowy, którego głównym zadaniem jest uczenie kontroli własnych zachowań społecznych. Nie jest to możliwe do zrealizowania w kontakcie indywidualnym. Rola i znaczenie Społeczności Terapeutycznej powinny być ściśle uwzględniane w planowaniu procesu terapeutycznego. Wówczas pacjenci są świadomi spoczywającej na nich odpowiedzialności.

Ekspertki wskazują również, że brak możliwości udzielania pacjentom przepustek jest zjawiskiem niekorzystnym w procesie rehabilitacji i resocjalizacji. Tym bardziej, że w trakcie pobytu w jednostkach penitencjarnych mieli taką możliwość. Kodeks karny

wykonawczy⁴⁴ w przeciwieństwie do ustawy z 22 listopada 2013 r. przewiduje bowiem procedurę uzyskania zgody na udział w pogrzebie członka rodziny, czy możliwość opuszczenia więzienia w związku z innymi ważnymi wypadkami losowymi. Wówczas osadzony może opuścić jednostkę penitencjarną np. w asyście funkcjonariuszy Służby Więziennej. Brak takiej możliwości w przypadku pobytu w KOZZD nie tylko wpływa negatywnie na proces terapii, ale także może prowadzić do naruszenia art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284), który gwarantuje poszanowanie życia prywatnego i rodzinnego.

5.8. Opieka medyczna

Pacjenci jak i personel wskazywali, że badania lekarskie odbywające się poza KOZZD są co do zasady przeprowadzane w obecności strażników. Wynika to z art. 26 ust 4 ustawy z 22 listopada 2016 r., w którym wskazano, że *świadczenia zdrowotne są udzielane osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku w obecności upoważnionych pracowników Ośrodka, chyba że kierownik Ośrodka, w uzasadnionych przypadkach, zdecyduje inaczej*. Praktyka pokazuje jednak, że kierownik Ośrodka nie zdecydował się nigdy na odstępianie od tej zasady.

Przedstawiciele KMPT podkreślają, że takie rozwiązanie nie tylko narusza prawo do intymności i prywatności osoby badanej, lecz również tajemnicę lekarską. Obecność strażników wpłynąć również może na rzetelność przeprowadzonych badań. Pacjent nie ma bowiem możliwości swobodnej rozmowy z lekarzem, co może skutkować nieprzekazaniem lekarzowi wszystkich istotnych dla wywiadu lekarskiego informacji (np. zatajenia wstydlivej z punktu widzenia osoby badanej informacji lub opowiedzenia o tym, że padł ofiarą przemocy). W ocenie KMPT osłabia to mechanizm ochronny przed torturami.

Na odpowiedni standard badań lekarskich osób pozbawionych wolności zwraca też uwagę Podkomitet ONZ do Spraw Prewencji Tortur (SPT). W ostatnim raporcie z wizyty na Ukrainie w 2016 roku, SPT zwrócił uwagę na fakt realizacji badań medycznych w obecności osób nie wchodzących w skład personelu medycznego (np. członków konwoju, strażników). Wskazał, że taka praktyka narusza poufność badania i może zniechęcać do dyskusji na temat obrażeń powstałych w wyniku tortur i złego traktowania. Podkomitet zalecił władzom

⁴⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy, Dz.U. z 1997 r. nr 90 poz. 557 ze zm.

Ukrainy, by wszystkie badania odbywały się z zachowaniem zasady poufności lekarskiej, w obecności wyłącznie personelu medycznego⁴⁵.

KMPT przyznaje, że zastosowanie specjalnych środków bezpieczeństwa podczas badania lekarskiego może być konieczne w konkretnym przypadku, gdy personel medyczny dostrzega zagrożenie bezpieczeństwa. Jednakże brak jest uzasadnienia, by personel ochronny był systematycznie obecny podczas takich badań, a jego obecność jest szkodliwa dla budowania właściwej relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem i zwykle nie jest konieczna z punktu widzenia bezpieczeństwa.

Przedstawiciele KMPT zalecają zatem kierownikowi Ośrodka, aby w każdej sprawie brał pod uwagę czynniki indywidualne i umożliwiał przeprowadzanie badań lekarskich także bez obecności strażników. W tym celu pracownicy ochrony powinni o takiej możliwości informować lekarzy spoza KOZZD. Warto bowiem by powyższe czynności były realizowane w warunkach zapewniających intymność.

KMPT z dużym zadowoleniem odnotował, że przy przyjęciu do placówki stan pacjenta jest szczegółowo opisywany, także ze wszelkimi widocznymi obrażeniami na ciele. Informację taką można znaleźć m.in. w raportach pielęgniarskich.

Warto byłoby jednak, aby personel medyczny uzupełniał swoje spostrzeżenia zgodnie z zaleceniami *Protokołu Stambulskiego*, czyli *Podręcznika skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*⁴⁶, wykorzystując także tzw. mapy ciała. Skuteczna dokumentacja jest bowiem jedną z najbardziej fundamentalnych kwestii dotyczących ochrony przed torturami, a Protokół Stambulski stanowi podstawowe narzędzie dostarczające informacji i wskazówek, jak identyfikować i dokumentować przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania⁴⁷. W ocenie przedstawicieli KMPT forma dokumentowania obrażeń określona w Protokole Stambulskim jest konieczna we wszystkich miejscach detencji. Celem badania jest bowiem nie tylko ustalenie stanu zdrowia danej osoby, ale również ujawnienie i odpowiednie udokumentowanie wszelkich śladów mogących świadczyć o poddaniu jej przemocy. Brak udokumentowania może prowadzić do sytuacji, że osobie pozbawionej wolności bardzo trudno będzie udowodnić fakt niewłaściwego traktowania np. ze strony

⁴⁵ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maja 2017 r., CAT/OP/UKR/3, §53 i 58.

⁴⁶ Dokument jest dostępny pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protokol-stambulski>

⁴⁷ Zob. Raport Podkomitetu ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Niehumanitarnemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu z wizyty w Peru, 9 sierpnia 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport z wizyty SPT na Ukrainie, 16 marca 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 46-48; Raport SPT z wizyty w Brazylii, 5 lipca 2012 r., CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

doprowadzających ją do placówki osób. Przedstawiciele personelu medycznego, jako osoby dysponujące specjalistyczną wiedzą oraz w wielu wypadkach mające bezpośredni kontakt z potencjalną ofiarą przemocy, powinni wykazać zatem szczególne zainteresowanie w zakresie występujących u pacjentów dolegliwości i śladów na ciele.

Na kwestię stosowania map ciał i odpowiedniej dokumentacji wszelkich urazów zwrócił uwagę CPT podczas ostatniej wizyty w Polsce wskazując, że rejestracja badań lekarskich w przypadku obrażeń powinna być wykonywana przy pomocy specjalnego formularza przygotowanego na takie potrzeby, zawierającego zarysy sylwetki do zaznaczania umiejscowienia obrażeń, które będą przechowywane w kartotece medycznej. Także zdjęcia, jeśli zostały zrobione, powinny zostać zamieszczone w dokumentacji medycznej⁴⁸.

Wątpliwości ekspertek KMPT wzbudził fakt, że dokumentacja medyczna pacjentów znajduje się w tych samych segregatorach co oficjalne pisma urzędowe, opinie sądowo-psychiatryczne i psychologiczne oraz korespondencja z sądami. W opinii ekspertek pisma takie powinny zostać wyłączone z dokumentacji medycznej. Tak samo arkusze badań psychologicznych nie mogą być udostępniane, zawierają bowiem informacje poufne i nie mogą być dostępne do wglądu nawet w dokumentacji psychologicznej. Powinny być utajnione poprzez umieszczenie ich w odrębnych opisanych kopertach i przechowywane poza dokumentacją medyczną, czy psychologiczną.

Pacjenci sygnalizowali, że zdarzyły się przypadki odmowy wglądu pacjenta do indywidualnego planu terapii. W opinii ekspertek, indywidualny plan terapii powinien być traktowany jako integralna część dokumentacji medycznej, zatem pacjent ma prawo wglądu w indywidualny plan terapii na takich samych zasadach jak do dokumentacji medycznej. Ponadto zdaniem ekspertek procedura uzyskania wglądu do dokumentacji medycznej powinna zostać ułatwiona. Obecnie potrzebna jest bowiem zgoda Dyrektora Ośrodka. Wystarczającym byłoby wystosowanie prośby do lekarza kierującego oddziałem. Wgląd powinien dotyczyć wszystkich części dokumentacji medycznej, w tym indywidualnego planu terapii i notatek terapeuty.

5.9. Kontakt ze światem zewnętrznym

Odwiedziny pacjentów odbywają się codziennie w dni robocze od godziny 14 do godziny 18 i w weekendy i święta od godziny 8 do godziny 18. Pacjenci mają możliwość spotkania się z odwiedzającymi w pokoju odwiedzin na portierni. Pomieszczenie to jest

⁴⁸ Zob. § 80 Raportu CPT z 2017 r. [CPT/Inf (2018) 39].

monitorowane. Czas odwiedzin wynosi maksymalnie 2 h. Zgodnie z regulaminem odwiedzin pacjentów KOZZD odwiedziny odbywają się w obecności pracownika ochrony. W praktyce pacjent i osoby go odwiedzające siedzą przedzielone stołem, a z boku na krześle obserwuje ich bezpośrednio strażnik.

Pacjenci wskazywali, że w czasie odwiedzin nie mają możliwości kontaktu osobistego z bliskimi jak np. przytulenia. Kwestia ta nie została jednak w żaden sposób formalnie uregulowana. W opinii ekspertek KMPT, kontakt fizyczny bliskich z pacjentem jak przytulenie, podanie ręki itp., nie wydaje się stanowić bezpośredniego zagrożenia, a jest dodatkowym elementem terapeutycznym wzmacniającym więzi z osobami bliskimi. Dlatego też nie powinien być zabraniany. Nie bez znaczenia pozostaje w tej kwestii sytuacja osób, które w czasie pomiędzy zakończeniem odbywania kary pozbawienia wolności, a umieszczeniem w ośrodku, założyły rodziny. Warto także zwrócić uwagę, że taka praktyka może prowadzić do naruszenia art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284), który gwarantuje poszanowanie życia prywatnego i rodzinnego. Godzi to także w konstytucyjne prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego oraz decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47 Konstytucji).

KMPT zaleca zatem umożliwienie osobistego kontaktu pacjentom i osobom ich odwiedzającym.

Za dobrą praktykę ekspertki wskazały natomiast możliwość przyniesienia do oddziału produktów żywnościowych przywiezionych przez rodzinę np. ciasta i dzielenie się z innymi pacjentami. Wzmacnia to więzi i promuje zachowania prospołeczne.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur wyraża także swoje zaniepokojenie praktyką cenzurowania treści o charakterze erotycznym, która nie ma podstawy w ustawie. Wynika to z § 17 ust 4 regulaminu⁴⁹, zgodnie z którym: *Wszelkiego rodzaju treści o charakterze erotycznym są niedozwolone na terenie Krajowego Ośrodka.* W praktyce oznacza to, że prasa prenumerowana w KOZZD m.in. gazety, tygodniki są cenzurowane np. poprzez wycinanie lub zamalowywanie fotografii/grafik. Dotyczyło to np. zamazania części ilustracji przedstawiającej kobietę w stroju kąpielowym, która została umieszczona w ogólnopolskim tygodniku pod artykułem nt. historii antykoncepcji. Cenzura odnosi się również do programów telewizyjnych. Potwierdza to wpis z książki raportów służby ochrony, w którym wskazano: *„o godzinie 19.15 pacjent [...] wraz z pacjentem [...] przebywał na świetlicy*

⁴⁹ To brzmienie przepisu zostało wprowadzone aneksem nr 2 z dnia 18 lutego 2019 r., wcześniej przepis ten brzmiał: *Programy telewizyjne, filmy, książki, e-boki, czasopisma itp. zawierające treści o charakterze erotycznym są niedozwolone na terenie Krajowego Ośrodka.*

oglądając film. Ze względu na występujące sceny erotyczne przedstawiające nagiego mężczyznę i kobietę oraz obcowanie płciowe między nimi pracownik ochrony [...] po wcześniejszym poinformowaniu pacjentów, przełączył telewizję na inny kanał. W momencie zakończenia sceny, umożliwiono pacjentom dalsze oglądanie. Na powyższe zachowanie zareagował agresją słowną.” Biorąc pod uwagę godzinę emisji trudno uznać, że tego rodzaju interwencja pracownika ochrony była uzasadniona. Obecne rozwiązania wydają się być zbyt daleko idące.

Wątpliwości Mechanizmu budzi także kwestia prowadzenia korespondencji wewnętrznej – pomiędzy oddziałami. Pacjenci wskazywali, że wysyłana jest na takich samych zasadach jak korespondencja zewnętrzna, a więc obowiązkowe jest także naklejanie znaczków pocztowych. Mechanizm wnosi o wskazanie uzasadnienia prowadzenia korespondencji wewnętrznej we wskazany sposób, który bez wątpienia wydłuża cały proces i powoduje nieuzasadnione koszty.

5.10. Dostęp do pomocy prawnej

Pacjenci informowali o utrudnianiu im kontaktów z pełnomocnikami, których ustanowili w związku z zamiarem złożenia skargi do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Zgodnie z ich relacjami, dochodzi do sytuacji, w których odmawia się kontaktu pełnomocnika z pacjentem.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na zapis urzędowy z kontroli doraźnej przeprowadzonej w dniu 4 lutego 2019 r., w KOZZD przez sędziego Sądu Okręgowego w Płocku. Poruszono w nim problem pojawienia się w Ośrodku osoby, która oświadczyła, że przybyła na spotkanie z klientem, przy czym nie posiadała przy sobie pełnomocnictwa od tego pacjenta. Jak wskazuje sędzia, w takich przypadkach należy poprosić o wyjaśnienie kwestii pełnomocnictwa z pacjentem. Podkreślono przy tym, że pacjent może udzielić takiego pełnomocnictwa w każdym czasie, wskazując zakres pełnomocnictwa i numer sprawy. Bowiernie zgodnie z art. 29 ust. 3 ustawy: „nie można odmówić ani cofnąć zgody na kontakt z przedstawicielem ustawowym, ustanowionym pełnomocnikiem”.

Z analizy dokumentacji wynika także, że pełnomocnicy pacjentów wskazują m.in. na brak warunków umożliwiających rozmowę z pacjentem pozwalającą na zachowanie jej poufności. Na przykład w jednym z pism do sądu adwokat wskazuje: „Co prawda pełnomocnik skontaktował się telefonicznie ze skarżącym w celu uzyskania informacji o okolicznościach będących podstawą wniesienia przez niego zażalenia, jednak z oczywistych

względów skarżący nie był w stanie przedstawić w sposób wyczerpujący całokształtu tych okoliczności (choćby ze względu na brak możliwości swobodnej rozmowy przez telefon ze względu na warunki panujące w Ośrodku).” O utrudnieniach w kontaktach z adwokatem Sąd Okręgowy w Płocku był informowany także w innym piśmie procesowym, w którym wskazano m.in.: „Pełnomocnik pragnie zwrócić uwagę, iż co najmniej trzy razy kontakt z Klientem był niemożliwy (...) w dalszym ciągu rozmowy są limitowane i brak jest możliwości swobodnego ustalenia z Klientem, okoliczności do których zobowiązuję pełnomocnika Sąd. Także w tym zakresie Kierownik KOZZD mija się z prawdą twierdząc, że ten kontakt był możliwy, co więcej na tę okoliczność można przeprowadzić stosowne dowody, jeśli nadal będzie podtrzymywał, że było inaczej.” Wskazane przypadki dotyczą kwestii kontaktów telefonicznych, jednak warto zaznaczyć, że w przypadku spotkań z pełnomocnikami na terenie KOZZD pacjenci wskazywali, że odbywają się one w monitorowanym pomieszczeniu, którego drzwi dodatkowo są uchylone.

W tym kontekście należy podkreślić, że **dostęp osoby pozbawionej wolności do prawnika jest pojęciem szerszym niż udzielanie pomocy prawnej. To podstawowa gwarancja prewencji tortur. Prawo do spotkania z pełnomocnikiem jest gwarancją przeciwko niewłaściwemu traktowaniu, niezależnie od środków służących zapewnieniu sprawiedliwego procesu sądowego. Fizyczna obecność prawnika jest niezbędna dla realizacji tego prawa przez osobę pozbawioną wolności. Jest to także jeden ze sposobów umożliwiający dokonanie rzetelnej oceny stanu fizycznego i kondycji psychicznej takiej osoby. Ponadto, spotkanie takie powinno odbywać się na osobności, poza zasięgiem słuchu osób postronnych, gdyż tylko w takiej sytuacji osoba zatrzymana może czuć się na tyle swobodnie, by móc bez skrępowania wskazać sposób, w jaki jest traktowana.**

SPT podkreślał wielokrotnie, że pełnomocnik jest kluczową osobą, która może zapewnić pomoc osobie pozbawionej wolności w wykonywaniu jej praw, w tym w dostępie do mechanizmów skargowych. Jeśli bowiem zatrzymany został poddany torturom lub złemu traktowaniu, dostęp do prawnika, poza sprawowaniem funkcji prewencyjnej, ułatwi realizację prawa do wnoszenia skargi⁵⁰.

KMPT zaleca stosowanie się do praktyki opisanej w przywołanej kontroli doraźnej sądu w zakresie dotyczącym procedury ustalania pełnomocnictwa, a ponadto umożliwienie odbywania swobodnych rozmów z pełnomocnikami w warunkach zapewniających poufność.

⁵⁰ Raport SPT z wizyty na Malediwach, 26 luty 2009 r., CAT/OP/MDV/1, § 62; Raport SPT z wizyty w Brazylii, 5 lipiec 2012 r., CAT/OP/BRA/1, § 67; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 16 marzec 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 39.

5.11. Prawo do praktyk religijnych

W Ośrodku odbywają się msze święte co sobotę w sali rekreacyjno-sportowej. Nie ogranicza się dostępu do praktyk religijnych innym wyznaniom. Spotkania takie (głównie dotyczy to świadków Jehowy) odbywają się w sali widzeń raz w tygodniu.

W czasie mszy w sali przebywa kilku strażników. Sytuacja jest szczególnie problematyczna podczas spowiedzi. Według pacjentów ochrona stoi zbyt blisko, przez co nie czują się komfortowo. Obecność strażników wynika z § 2 ust. 1 pkt g regulaminu, zgodnie z którym *Pacjent przebywający w Krajowym Ośrodku ma prawo do: wykonywania praktyk religijnych, przy obecności pracownika ochrony.* **W opinii KMPT odbywanie praktyk religijnych w przymusowej obecności innej osoby jest naruszeniem prawa wolności sumienia i wyznania wynikających z art. 53 Konstytucji. Po raz kolejny jest to przykład ograniczenia konstytucyjnego prawa, które nie ma podstawy ustawowej. Jest to szczególnie rażące naruszenie w przypadku tak intymnej kwestii jak spowiedź. W tym kontekście warto wskazać, że art. 53 ust. 2 Konstytucji stanowi, że wolność religii obejmuje wolność jej „uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie”, a więc nie wyłącznie przy obecności innej osoby.**

KMPT wnosi o odstąpienie od dotychczasowej praktyki obecności strażnika w czasie spowiedzi i zmianę regulaminu w tym zakresie.

5.12. Personel

Należy zwrócić uwagę, że pacjenci Ośrodka są pacjentami trudnymi i wymagającymi specjalistycznego podejścia. Oznacza to, że pracy z takimi osobami powinny podjąć się profesjonaliści z dużym zakresem wiedzy i doświadczenia, zwłaszcza w zakresie terapii behawioralno-poznawczej i seksuologii. Terapia taka nie może skupiać się na pracy indywidualnej, musi zawierać elementy pracy grupowej, opartej o standardy wypracowane przez konsultanta krajowego i zakres najnowocześniejszej wiedzy. KOZZD jest jedyną tego typu placówką w Polsce, w związku z tym powinni być w nim zatrudnieni specjaliści z jak największym doświadczeniem. Warunki pracy w Ośrodku powinny również dawać członkom kadry gwarancje podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

W opinii KMPT niepokojącym zjawiskiem jest brak odpowiednich szkoleń dla personelu. Regularnie odbywają się jedynie szkolenia dla pracowników ochrony z zakresu

użycia środków przymusu bezpośredniego. Dwukrotnie w 2018 roku odbyły się szkolenia dotyczące zachowań i metod pracy z pacjentem agresywnym, w których wzięli udział kierownicy biura ochrony, pielęgniarki koordynujące oraz pracownicy terapii zajęciowej. Personel medyczny został zaś przeszkolony z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Ewidentnie brakuje szkoleń z zakresu kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku. Niezwykle ważne byłoby także objęcie personelu superwizją. Na kwestię tę zwracał uwagę już w 2017 r. CPT zaznaczając, że mając na uwadze *bardzo wymagający charakter pracy, większe wsparcie zewnętrzne i większy nadzór byłyby korzystne, w ramach zapobiegania wypaleniu zawodowemu*⁵¹. (...) *strażnicy w Ośrodku Krajowym mogliby skorzystać z większej ilości szkoleń na temat jak radzić sobie z takim rodzajem pacjentów, jaki umieszczony jest w ośrodku, tak aby być w stanie rozładować sytuacje konfliktowe bez sięgania do środków szczególnych*⁵².

W opinii ekspertek w Ośrodku nie są realizowane szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe pracowników innych niż z pionu ochrony. Nie posiadają oni szkoleń w zakresie Ustrukturyzowanej Profesjonalnej Oceny Ryzyka Przemocy, co jest niezbędne w przypadku dokonywania oceny prawdopodobieństwa powrotu do przestępstwa u przebywających tam pacjentów. Zdaniem ekspertek liczba pracowników, którzy mogliby przeprowadzać terapię jest wystarczająca, ale konieczne jest podnoszenie ich kwalifikacji poprzez szkolenia i staże w specjalistycznych ośrodkach, np. kierunkowanych na leczenie zaburzeń preferencji seksualnych.

Niezależnie od posiadanego doświadczenia ze względu na charakter pracy niezbędne są superwizje dla zespołu terapeutycznego umożliwiające przepracowanie emocji, związanych z procesem terapeutycznym z trudnym pacjentem, lub okresowo pojawiających się napięć w zespole terapeutycznym, które wpływają na relacje z pacjentami i ich współodczuwanie i zachowania.

W opinii ekspertek KMPT w tego typu pracy niezbędna jest umiejętność identyfikowania przeniesień i przeciwprzeniesień, gdyż wpływa to bezpośrednio na relację z pacjentem.

Wizytujący zwrócili także uwagę na fakt, że wśród personelu panuje lęk przed pacjentami. Pojawiły się głosy wśród pracowników KOZZD, że najlepszym rozwiązaniem byłoby zwiększenie etatów służby ochrony. W tym **kontekście warto zwrócić uwagę na**

⁵¹ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 126.

⁵² Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 128.

całkowicie nieprzystające do rzeczywistości przepisy rozporządzenia w sprawie KOZZD. Zgodnie z § 5 wskazanego rozporządzenia: *Liczebność poszczególnych kategorii personelu przypadających na 10 osób umieszczonych w Ośrodku mającego styczność z tymi osobami wynosi: co najmniej: 1 psychiatrę, 6 psychologów, 14 pielęgniarek, 7 terapeutów zajęciowych, ale nie więcej niż: 20 sanitariuszy, 1 pracownika socjalnego, 28 pracowników służby ochrony – przy czym łączna liczba personelu nie może przekroczyć 77 osób.* Biorąc pod uwagę, że w dniach wizytacji w ośrodku przebywało 65 osób, to liczba pracowników ochrony musiałaby wynosić, zgodnie z podanym przelicznikiem 196, co zdecydowanie przekracza wskazaną w tym samym rozporządzeniu ogólną liczbę personelu. Jak wynika z informacji przekazanej przez dyrekcję KOZZD na dzień wizytacji zatrudnionych było 161 pracowników ochrony. **Potwierdza to tylko, jak bardzo przepisy regulujące funkcjonowanie KOZZD nie mają zastosowania w praktyce. Jest to także niepokojący przykład naruszania prawa, oczywiście w duchu zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa, jednak wbrew zasadom wyznaczonym przez prawodawcę.**

Odnosząc się jeszcze do negatywnego nastawienia personelu Ośrodka do pacjentów, warto podkreślić, że **pracownicy KOZZD wielokrotnie sugerowali, że w ich odczuciu nie mają odpowiedniej ochrony prawnej. Czują się zastraszeni i szykanowani przez pacjentów o czym zresztą informowali wiceministra zdrowia w przywoływanym już niniejszym Raporcie liście. Pisali w nim m.in., że „personel czuje się zaszczyty i zagrożony w tych trudnych warunkach pracy.”** Sytuacja wydaje się dramatyczna. Na pewno nie pozwala to na uzyskanie dobrej atmosfery do leczenia i terapii pacjentów. Dodatkowo może nasilać obopólną niechęć i opór w terapii, a co za tym idzie zwiększać napięcie i agresję wśród pacjentów.

Należy także pamiętać, że relacje w zespole terapeutycznym są kluczowym elementem terapii. Napięcia pomiędzy personelem są wykorzystywane przez pacjentów, zwłaszcza tych z zaburzeniami osobowości dyssocjalnej i mogą prowadzić do prób manipulacji zespołem.

W tym kontekście warto także zwrócić uwagę na standardy CPT, który podkreśla, że *biorąc pod uwagę bardzo trudny charakter pracy w ośrodku psychiatrycznym, niezwykle istotne jest, aby personel pomocniczy był starannie dobierany, a także odpowiednio przeszkolony przed podjęciem obowiązków i przechodził szkolenia w trakcie pracy*⁵³. W tym samym Sprawozdaniu wskazano również, że *aktywizacja i wsparcie z zewnątrz są także konieczne w celu zapewnienia, aby personel ośrodka psychiatrycznego nie stał się zbyt*

⁵³ Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf(98)12, § 28.

wyzolowany. W związku z tym jest wysoce pożądane zapewnienie takiemu personelowi możliwości szkoleniowych poza miejscem pracy, jak również innych form aktywności. Powinno się także wspierać obecność na terenie ośrodka osób niezależnych (np. studentów, badaczy) oraz organów zewnętrznych⁵⁴.

KMPT zaleca zatem zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla personelu poprzez rozbudowanie oferty szkoleń z zakresu kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku; wprowadzenie zewnętrznej superwizji dla całego personelu, a także wsparcie personelu medycznego w dalszym rozwoju zawodowym m.in. poprzez dofinansowywanie specjalistycznych szkoleń i kursów. **Niezbędne jest także zrewidowanie rozporządzenia w sprawie KOZZD w zakresie przepisów odnoszących się do zatrudnienia personelu Ośrodka.**

5.13. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

W czasie wizytacji w Ośrodku nie przebywała żadna osoba z widoczną niepełnosprawnością. Nie można jednak wykluczyć, że osoba z niepełnosprawnością tam nie trafi, lub że w pewnym momencie życia przebywający tam pacjenci nie będą potrzebowali wsparcia w czynnościach dnia codziennego. Warto zatem, aby przynajmniej jeden z pokoi w Ośrodku był dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Kwestia ta powinna zostać uwzględniona także przy projektowaniu nowopowstającego obiektu. Warto w tych kwestiach oprzeć się na następujących standardach:

- szerokość drzwi nie mniejsza niż 90 cm,
- progi do wysokości 2 cm (pożądany byłby brak progów),
- wysokość klamek, włączników świateł, przycisków itp.: 90-120 cm,
- przestrzeń manewrowa: 150 cm x 150 cm,
- w sanitariatach:
 - brodzik nie posiadający progów lub do 2 cm wysokości,
 - wysokość muszli ustępowej powinna oscylować między 45 a 55 cm,
 - poręcz przy muszli ustępowej zainstalowana w odległości 40 cm od osi muszli do osi poręczy, na wysokości 70-85 cm (mierzone od wierzchu górnej poręczy),

⁵⁴ Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf(98)12, § 46.

- umywalka na wysokości 85 cm – górna krawędź i 70 cm – dolna krawędź z możliwością podjazdu wózkiem,
- lustra w łazienkach zawieszane na wysokości do 100 cm od posadzki (dolna krawędź; pożądane byłyby lustra umożliwiające ich pochylenie),
- stosowanie baterii jednouchwytowych z wydłużoną rączką lub na fotokomórkę, ułatwiającą korzystanie z nich osobom z niedowładem kończyn górnych,
- uchwyt do papieru umieszczony na wysokości do 120 cm,
- w jadalni wysokość stołu powinna oscylować między 67-80 cm (miejsce na nogi osoby siedzącej na wózku powinno wynosić min. 30 cm),
- tablice informacyjne powinny znajdować się na wysokości od 80 cm (dolna krawędź) do 180 cm (górna krawędź).

Powyższe standardy zostały opracowane we współpracy z Fundacją Polska Bez Barier i uznane za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Przedstawiciele KMPT podkreślają, że zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 roku przez Sejm RP Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych (M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475), osoby niepełnosprawne mają prawo do życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Nadto Polska w dniu 6 września 2012 roku ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169). Zgodnie z jej treścią należy umożliwić osobom niepełnosprawnym niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. Zarówno wymieniona Karta, jak i Konwencja dotyczą również osób pozbawionych wolności oraz środowiska stworzonego w miejscu ich osadzenia.

W związku z powyższym KMPT zaleca dostosowanie przynajmniej jednej sali i sanitariatu zgodnie ze wskazanymi wyżej standardami, podczas najbliższego remontu placówki.

6. Zalecenia

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

I. Ministrowi Zdrowia:

Zrewidowanie dotychczasowych zasad funkcjonowania KOZZD i podjęcie działań legislacyjnych mających na celu stworzenie kompleksowych przepisów regulujących działalność Ośrodka z poszanowaniem konstytucyjnych praw jednostki oraz standardów międzynarodowych, które powinny określać m.in.:

- 1) wprowadzenie na poziomie centralnym możliwości weryfikowania zasadności kierowania osób do KOZZD;
- 2) prawa i obowiązki pacjentów Ośrodka. Kwestie te nie mogą wynikać z nieustannie zmienianego regulaminu wydawanego przez Kierownika KOZZD, przepisy powinny uwzględniać m.in. możliwość korzystania z tzw. przepustek losowych;
- 3) zasady przeprowadzania kontroli osobistych pacjentów;
- 4) obligatoryjne nagrywanie wizji i fonii w ramach monitoringu wizyjnego stosowanego podczas zastosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci izolacji i unieruchomienia;
- 5) wzory kart używanych w przypadku zastosowania środków przymusu bezpośredniego;
- 6) odpowiednią do potrzeb terapeutycznych pacjentów liczbę personelu zatrudnionego w Ośrodku.

II. Dyrektorowi KOZZD w Gostyninie:

- 1) wprowadzenie procedur mających na celu zminimalizowanie ryzyka występowania złego traktowania pacjentów oraz cykliczne przypominanie personelowi o konieczności traktowania i odnoszenia się do pacjentów z szacunkiem;
- 2) opracowanie zasad postępowania kierownictwa placówki w przypadku uzyskania informacji na temat molestowania seksualnego i innych form dyskryminacji mających miejsce zarówno wobec pacjentów jak i pracowników KOZZD;
- 3) zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla personelu poprzez rozbudowanie oferty szkoleń z zakresu praw pacjenta, kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku;
- 4) wprowadzenie zewnętrznej superwizji dla całego personelu,
- 5) wsparcie personelu w dalszym rozwoju zawodowym m.in. poprzez dofinansowywanie specjalistycznych szkoleń i kursów;

- 6) zaprzestanie przeprowadzania przez personel KOZZD kontroli osobistej pacjentów; w przypadku podejrzenia posiadania niebezpiecznych przedmiotów kontroli takiej powinni dokonywać funkcjonariusze Policji;
- 7) zrezygnowanie z noszenia w widocznym miejscu środków przymusu bezpośredniego przez pracowników ochrony; sprzęt ten powinien być dostępny w wyznaczonych na oddziałach miejscach;
- 8) odstąpienie od praktyki obligatoryjnego użycia kajdanek w przypadku transportu pacjenta poza KOZZD;
- 9) przypomnienie personelowi o konieczności przeprowadzania przeszukań pokoi z poszanowaniem praw pacjentów, w tym prawa do prywatności i tajemnicy korespondencji. Mechanizm prosi też o informacje na jakiej podstawie i w jakim celu do dokumentacji indywidualnej zostały włączone prywatne notatki i zapiski pacjentki;
- 10) zrezygnowanie z dotychczasowego systemu odbierania przywilejów, który nie ma oparcia w przepisach ustawy, a jest traktowany jako środek dyscyplinujący;
- 11) umożliwienie osobistego kontaktu pacjentom i osobom ich odwiedzającym;
- 12) odstąpienie od dotychczasowej praktyki obecności strażnika w czasie spowiedzi;
- 13) umożliwienie odbywania swobodnych rozmów z pełnomocnikami w warunkach zapewniających poufność;
- 14) wyjaśnianie bezpośrednio z pacjentem ewentualnych wątpliwości co do ustanowienia pełnomocnika;
- 15) określanie w zarządzeniu dyrektora o przeszukaniu pomieszczenia informacji na temat przyczyny wydania decyzji;
- 16) precyzyjne określanie przesłanek decyzji o ograniczeniu kontaktów pacjentów ze światem zewnętrznym oraz powiadamianie sądu o wprowadzonych ograniczeniach;
- 17) zaprzestanie stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia na żądanie pacjenta;
- 18) zrewidowanie dotychczasowych zasad prowadzenia terapii, z uwzględnieniem rozwiązań przedstawionych w pkt. 5.7. Raportu;
- 19) zrezygnowanie z prowadzenia Kart Agresji;
- 20) informowanie lekarzy spoza KOZZD o możliwości przeprowadzania konsultacji lekarskich bez udziału pracowników ochrony;
- 21) zapoznanie personelu medycznego z *Protokołem Stambulskim* i stosowanie wskazanych w nim map ciała;

- 22) prowadzenie dokumentacji indywidualnej pacjentów z wyraźnym podziałem na część medyczną i urzędową, a przy tym umieszczanie arkuszy badań psychologicznych w odrębnie opisanych kopertach i przechowywanie ich poza dokumentacją medyczną czy psychologiczną;
- 23) ułatwienie wglądu pacjentów do dokumentacji medycznej, w tym zapewnienie dostępu do indywidualnego planu terapii;
- 24) ściślejszą kontrolę nad tym, kto ma dostęp do podglądu z kamer monitoringu oraz zamontowanie przesłony przy największym stanowisku umożliwiającym podgląd monitoringu, który znajduje się w korytarzu przy wejściu na oddziały;
- 25) zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom, a także odpowiedniej wentylacji podczas planowanych prac remontowych Ośrodka;
- 26) umożliwienie pacjentom częstszego korzystania z sali rekreacyjnej oraz ze spacerów, w tym także na części terenu zielonego, na którym wcześniej odbywały się spacery;
- 27) zainstalowanie udogodnień dla pacjentów z niepełnosprawnością w przynajmniej jednej sali oraz sanitariacie przy okazji najbliższego remontu.

A ponadto, na podstawie art. 20 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur proszą:

III. Ministra Sprawiedliwości o:

- 1) udzielenie informacji czy zostały podjęte działania ustawodawcze mające na celu wyeliminowanie luki prawnej wskazanej w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2019 r., sygn.. akt III CZP 75/18;
- 2) przypomnienie dyrektorom jednostek penitencjarnych oraz prezesom sądów okręgowych i apelacyjnych o konieczności zapewnienia sprawnego przebiegu postępowań dotyczących uznania za osoby stwarzające zagrożenie w rozumieniu ustawy z dnia 22 listopada 2013 r.

IV. Ministra Zdrowia o:

- 1) udzielenie informacji, kiedy planowane jest zakończenie budowy nowego obiektu oraz przedstawienie jego założeń koncepcyjnych, w tym m.in. na temat planowanej liczebności sal pacjentów;
- 2) wskazanie czy w związku z przekroczonym limitem zaludnienia ośrodka określonym w § 2 ust. 1 rozporządzenia w sprawie KOZZD planowana jest nowelizacja wskazanego rozporządzenia, czy też podjęte zostaną działania mające na celu zmniejszenie liczebności Ośrodka, albo czy przyjęcia do Ośrodka zostaną wstrzymane.