

Warszawa, dnia 5 maja 2021 r.

KMP.574.1.2019.JZ

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z rewizytacji 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 8-10 marca 2021 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (zwany dalej: KMPT) przeprowadził ponowną wizytację Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie (zwanego dalej: KOZZD, Ośrodkiem, placówką).

W skład zespołu wizytującego wchodził: Przemysław Kazimirski (dyrektor KMPT, prawnik), Justyna Zarecka (politolożka, specjalistka ds. bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz ekspertka zewnętrzna: dr n. med. Agnieszka Welento-Nowacka (psychiatra¹). Wnioski z jej ekspertyzy zostały włączone w treść Raportu.

¹ Specjalistka psychiatrii, od 8 lat kieruje oddziałem psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia. Posiada doświadczenie w ocenie ryzyka przemocy i jest biegłą z listy Sądu Okręgowego w Gdańsku wykonującą opinie sądowo – psychiatryczne zarówno w sprawach karnych, cywilnych oraz na rzecz ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku. Zanim rozpoczęła pracę na oddziale psychiatrii sądowej, przez 6 lat pracowała na oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim (obecnie oddziale leczenia zaburzeń osobowości), prowadząc zarówno terapię indywidualną i grupową. W tym samym czasie prowadziła prywatny gabinet psychoterapeutyczny. Jest po szkole psychoterapii eklektycznej i systemowej, pracowała głównie w nurcie psychodynamicznym i systemowym.

Celem rewizytacji Ośrodka przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur było sprawdzenie realizacji zaleceń wydanych podczas wizytacji KOZZD przeprowadzonej w dniach 18-20 lutego 2019 r.

Czynności przeprowadzone w ramach ponownej wizytacji polegały na:

- rozmowach z personelem placówki;
- rozmowach indywidualnych z pacjentami;
- analizie wybranej dokumentacji dotyczącej pacjentów m.in.: raportów pielęgniarских, raportów służby ochrony, losowo wybranych akt osobowych pacjentów wraz z dokumentacją medyczną, rejestru skarg;
- analizie monitoringu ukazującego bieżące funkcjonowanie placówki.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowali Kierownika Ośrodka Ryszarda Wardeńskiego oraz jego Zastępczynię Agnieszkę Jędrzejczak o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności oraz wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną. Ponadto po jej zakończeniu przeanalizowano dokumentację i pozostałe informacje dotyczące funkcjonowania placówki.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. personel, pacjenci) lub organizacja, która przekazała KMPT informacje 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 jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

3. 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 z dnia 22 listopada 2013 r.). 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 na mocy postanowienia 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 osób². Jednak w dniach wizytacji przebywało tam 91 pacjentów³. Dwie osoby były ubezwłasnowolnione całkowicie, jedna ubezwłasnowolniona częściowo. Od początku istnienia placówki tylko jeden pacjent został z niej zwolniony.

4. Problemy systemowe

Po wizytacji przeprowadzonej w 2019 r. KMPT zalecił 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. W ocenie KMPT powinny one określać m.in.:

- 1) wprowadzenie na poziomie centralnym weryfikacji 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 i 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) adekwatną liczbę personelu zatrudnionego w Ośrodku.

Zalecenia te nie zostały zrealizowane. Mimo upływu dwóch lat od poprzedniej wizytacji, nie znowelizowano ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Dzięki kolejnym interwencjom Rzecznika Praw Obywatelskich problem ten stał się natomiast tematem wspólnego posiedzenia⁴ senackich komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji oraz Zdrowia, które odbyło się 19 stycznia 2021 r. Zaś w trakcie posiedzenia Komisji Praw

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

³ Liczba podana wizytującym przez dyrekcję placówki w dniu 8 marca 2021 r. Wątpliwości KMPT co do tej informacji zostaną omówione w pkt. 4.5. Utworzenie filii KOZZD.

⁴ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rpo-jak-znowelizowac-ustawe-dotyczaca-kozzd-w-gostyninie>

Człowieka, Praworządności i Petycji w dniu 19 lutego 2021 r. Komisja zobowiązała Biuro Legislacyjne Senatu RP do przygotowania inicjatywy ustawodawczej dotyczącej zmiany ww. ustawy⁵.

Tymczasem 26 marca 2021 r. Wiceminister Zdrowia Waldemar Kraska opowiadając na pismo RPO z 1 grudnia 2020 r. wskazał, że *od dłuższego czasu Ministerstwo Zdrowia wraz z Ministerstwem Sprawiedliwości prowadzi prace legislacyjne, które doprowadzą do kompleksowych zmian i będą uwzględniać aktualne możliwości realizacji przez Ośrodek ustawowych zadań i obejmować regulacje dotyczące doprecyzowania spraw w zakresie m.in. zasad przeprowadzania kontroli prewencyjnej miejsca pobytu osoby nią objętej, obecności osoby niewykonującej zawodu medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych; określenia okoliczności udzielenia zezwolenia na pobyt czasowy poza Ośrodkiem osobie w nim umieszczonej oraz zasad udzielania takiego zezwolenia*⁶. Z tym większym zdziwieniem KMPT odnotował, że w dniu 9 kwietnia 2021 r. na stronie internetowej Sejmu RP pojawił się poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (druk sejmowy nr 1071)⁷. Projekt ten odnosił się jednak jedynie do kwestii związanych z użyczeniem przez Służbę Więzienną nieruchomości, w której mieliby zostać umieszczeni kolejni pacjenci, oddelegowania funkcjonariuszy SW do pełnienia służby na terenie tego obiektu oraz zmiany limitów wydatków przeznaczonych na funkcjonowanie KOZZD⁸.

Sytuacja ta pokazuje, że obecnie brakuje spójnej, przemyślanej i szczegółowo zaplanowanej koncepcji funkcjonowania KOZZD. Właściwie w tym samym czasie różne podmioty pracują na nowelizacją ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Do czasu sporządzenia niniejszego raportu nie przedstawiono jednak całościowej propozycji zmian, nie wskazano nawet kiedy planowane jest zakończenie ich procedowania. **W związku z tym, mimo upływu dwóch lat aktualne pozostają wszystkie problemy systemowe przedstawione przez KMPT w 2019 r. Wizytacja Mechanizmu wykazała, że poza nimi, obecnie podstawowy problem Ośrodka stanowi jego wysokie przeludnienie (51%), które pogłębia istniejące już problemy systemowe, a dodatkowo uniemożliwia prowadzenie skuteczniejszej terapii, czyli realizacji głównego celu, dla którego Ośrodek został stworzony.**

⁵ Zob. Pismo Zastępczyni RPO z dnia 1 kwietnia 2021 r. do Przewodniczącego Senackiej Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji, sygn. IX.517.1702.2017.

⁶ Pismo z dnia 26 marca 2021 r., sygn. ZPP.054.30.2021.DJZ.

⁷ <http://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=1071>

⁸ Pytania i wątpliwości dotyczące zaproponowanych zmian Zastępczyni RPO przedstawiła Przewodniczącemu sejmowej Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka, pismo z dnia 14 kwietnia 2021 r., sygn. IX.517.633.2021.

4.1. Przeludnienie placówki

Jak wskazano w charakterystyce placówki, w rozporządzeniu w sprawie KOZZD liczba łóżek w Ośrodku dla osób umieszczonych wynosi 60. Jednak już podczas wizytacji w 2019 r. w placówce przebywało 65 osób. Od tego czasu do placówki byli przyjmowani kolejni pacjenci. Sytuacja zmieniła się dopiero na początku 2021 r. Po raz pierwszy Kierownik KOZZD odmówił przyjęcia pacjenta dowiezionego do Ośrodka 21 stycznia 2021 r. przez Służbę Więzienną. Mężczyzna miał zostać tam umieszczony w ramach tzw. zabezpieczenia cywilnego⁹. W piśmie do Sądu Okręgowego w Szczecinie¹⁰, który miał orzekać w tej sprawie Kierownik KOZZD wskazał, że *Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie nie zrealizuje ewentualnego orzeczenia sądowego dotyczącego umieszczenia [dane usunięto] w KOZZD ze względu na znaczne przeludnienie placówki oraz brak wolnych miejsc do przyjęcia kolejnego pacjenta. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16.01.2014 r., dotyczącym Krajowego Ośrodka, placówka dysponuje 60 miejscami. Aktualnie przebywa w nim 91 pacjentów, co oznacza, że w KOZZD przebywa o 31 pacjentów więcej niż przewiduje w/w rozporządzenie. W związku z powyższym, podjęto decyzję o całkowitym wstrzymaniu przyjęć do KOZZD.*

W załączeniu, Sąd otrzymał także stanowisko Ministerstwa Zdrowia zaprezentowane w piśmie Wiceministra Zdrowia Macieja Miłkowskiego do Wiceministra Sprawiedliwości Michała Wosia¹¹. Pismo to jest kluczowe, bowiem wskazano w nim jasno, że *placówka nie jest architektonicznie przystosowana do fizycznego pomieszczenia większej liczby osób. Nadmierne zagęszczenie jakie panuje obecnie w Ośrodku (łóżka piętrowe, po kilka osób na bardzo małej powierzchni) uniemożliwia przyjęcie nowych pacjentów, a brak przestrzeni lokalowej zagraża bezpieczeństwu personelu i pacjentów, nie pozwala również na stworzenie dodatkowych sal i łóżek dla pacjentów. Przebywanie pacjentów w salach wieloosobowych powoduje liczne akty agresji słownej i fizycznej pacjentów wobec personelu oraz składanie przez pacjentów licznych pozwów sądowych związanych z warunkami pobytu. Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia i zwiększenie liczby łóżek w samym akcie prawnym w żaden sposób nie wpłynie na poprawę warunków lokalowo-przestrzennych i sanitarnych. Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej, na bazie którego został utworzony KOZZD, był*

⁹ Uwagi dotyczące możliwości stosowania tego rozwiązania zostaną omówione w pkt. 4.3. Legalność pobytu.

¹⁰ Pismo z dnia 11 lutego 2021 r. sygn. KOZZD/KW/141/2021.

¹¹ Pismo z dnia 31 stycznia 2021 r. sygn. ZPP.6142.3.2021.

przewidziany na maksimum 60 pacjentów (przy czym zawsze istniała rezerwa w przypadku konieczności izolowania pacjenta - zastosowania przymusu bezpośredniego).

Warto zwrócić uwagę, że kwestia przeludnienia została podniesiona także w sprawozdaniu¹² z kontroli przeprowadzonej przez sędziego SO w Płocku w lutym 2021 r. Sędzia oceniła, że w pokojach Oddziałów II, III i IV widoczne jest zagęszczenie pacjentów. Ponadto uwagi pacjentów dotyczące przeludnienia w Ośrodku w Oddziałach II, III i IV sędzia wizytująca uznała za słuszne. (...) Niestety problem ten narasta, ponieważ liczba pacjentów wzrasta, a Ośrodek pomimo gotowych planów rozbudowy Ośrodka, nie otrzymał środków finansowych na jego rozbudowę. Pacjenci pozywają Ośrodek i żądają zapłaty za naruszenie ich dóbr osobistych wynikających z przeludnienia. W niektórych przypadkach Sąd Rejonowy w Gostyninie ich roszczenia uznał za słuszne. Jak wynika z przesłanej KMPT dokumentacji, na dzień 9 marca 2021 r. przeciwko KOZZD w Gostyninie toczyło się 14 postępowań sądowych, z czego w przynajmniej 7 podnoszono kwestię przeludnienia w placówce. Zakończonych¹³ zostało natomiast 12 postępowań, w co najmniej 5 z nich pacjenci skarżyli się na przeludnienie.

KMPT w 2019 r. wskazywał, że przekroczenie zakładanej pojemności placówki wpływało bardzo negatywnie na pacjentów, utrudniało prowadzenie oddziaływań terapeutycznych, a przede wszystkim potęgowało napięcie pomiędzy pacjentami a personelem Ośrodka. Problem przeludnienia został dostrzeżony już w 2017 r. przez Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), który wskazał, 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*¹⁴. **Podczas rewizycji zarówno pacjenci, jak i pracownicy wskazywali, że sytuacja uległa drastycznemu pogorszeniu.**

Obecnie na trzech z czterech oddziałów pacjenci mieszkają w ośmioosobowych salach, gdzie wstawiono łóżka piętrowe¹⁵. W żadnej innej placówce leczniczej w kraju nie ma takich

¹² Sprawozdanie z kontroli przeprowadzonej w dniu 4 lutego 2021 r., w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym przez sędziego Sądu Okręgowego w Płocku, s.4.

¹³ W sprawach, w których sądy orzekły na rzecz pacjentów KOZZD zasądzono na rzecz powodów ok. 3-5,4 tys. zł.

¹⁴ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 117.

¹⁵ Średnio na pacjenta przypada tam ok. 3,4 m²; na podst. *Aneks do informacji o strukturze powierzchni zajmowanych przez KOZZD*. W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że nawet w przypadku jednostek penitencjarnych międzynarodowe standardy wyrażone m.in. przez Komitet ONZ Przeciwko Torturom (CAT) jak

warunków. Także na jednym z oddziałów, gdzie dotychczas pokoje były maksymalnie dwuosobowe, zwiększono liczbę mieszkańców. Sam Kierownik Ośrodka już dwa lata temu obawiał się o bezpieczeństwo przeciwpożarowe placówki zlecając specjalście ds. bhp ocenę aktualnego stanu bezpieczeństwa przeciwpożarowego. Jak podkreślał, wynikało to z *występowania nadmiernego zagęszczenia pacjentów*¹⁶. Od tego czasu w Ośrodku przybyło ok. 30 osób.

Dr hab. R. Piotrowski¹⁷ odnosząc się do kwestii przeludnienia w Ośrodku wskazał na możliwe naruszenie art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284). Jego zdaniem orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka *dotyczy warunków więziennych, ale są one rodzajowo zbieżne z sytuacją umieszczonych w Ośrodku. W orzecznictwie tym znajduje wyraz wymaganie, by w pomieszczeniach zapewnić przestrzeń pozwalającą pozbawionemu wolności „korzystać z podstawowej prywatności w życiu codziennym*¹⁸ (...) ETPC uznał, że samo długotrwałe przebywanie w przepelnionych celach, w warunkach uwłaczających ludzkiej godności, stanowi wystarczającą przesłankę uznania naruszenia art. 3 Konwencji w postaci traktowania poniżającego¹⁹. **Również w opinii RPO aktualne warunki bytowe mogą zostać uznane za naruszające zakaz nieludzkiego i poniżającego traktowania określony w Konstytucji RP oraz art. 3 EKPC**²⁰.

Warto zaznaczyć, że poza pacjentami dodatkowo na każdym oddziale przebywa ok. 5-9 pracowników ochrony, a także sanitariusze, personel terapeutyczny, pielęgniarki, lekarze. Tym samym na jednym oddziale może przebywać nawet ok. 50 osób. Personel nie ma własnych pomieszczeń socjalnych w związku z tym np. posiłki spożywa na stołówkach pacjentów. Tam też odbywają się niektóre zajęcia z psychologami. Problem ten został dostrzeżony także w sprawozdaniu z kontroli sędziego, w którym wskazano, że obniżenie

i Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) wskazują, że na osadzonego powinno przypadać m.in. 4 m². Zatem więcej niż w KOZZD, który powinien pełnić funkcję terapeutyczną, a nie wyłącznie izolacyjną.

¹⁶ Zarządzenie wewnętrzne Kierownika KOZZD w Gostyninie z dnia 7 stycznia 2019 r.

¹⁷ Zob. R. Piotrowski, *Opinia o zgodności z Konstytucją RP Wewnętrznego regulaminu organizacyjno-porządkowego pobytu pacjenta w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie z dnia 17 września 2018 r.* [w:] E. Dawidziuk, J. Nowakowska, *Izolacja sprawców przestępstw uznawanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa*, Warszawa 2020 r., s. 142-143.

¹⁸ Wyrok ETPC z 27 stycznia 2009 r. w sprawie Ramishvili i Kokheridze przeciwko Gruzji, nr 1704/06, par. 86.

¹⁹ Zob. wyroki ETPC: z 20 stycznia 2005 r., Mayzit przeciwko Rosji, nr 63378/00, z 9 marca 2006 r., Cenbauer przeciwko Chorwacji, nr 73786/01 oraz z 28 marca 2006 r., Melnik przeciwko Ukrainie, nr 72286/01). W orzecznictwie podkreślano, także że cierpienie i poniżenie muszą wykraczać poza nieunikniony ich element związany z daną formą, zgodnego z prawem, traktowania lub karania (zob. wyroki ETPC: z 25 kwietnia 1978 r., Tyrer przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, nr 5856/72; Goering przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, nr 161/1989).

²⁰ Zob. <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/stanowisko-RPO-w-sprawie-sytuacji-w-kozzd-w-gostyninie>

standardów dotyczy nie tylko warunków bytowych pacjentów, ale i warunków pracy personelu medycznego i pomocniczego. Trzeba wyraźnie podkreślić, że w Ośrodku brakuje sal terapeutycznych²¹.

W takiej wizytacji KMPT można było odczuć, że atmosfera w placówce jest bardzo napięta. Jak podkreślało kilku rozmówców, obecnie nawet z pozoru błaha rzecz może stać się zarzewiem konfliktu, agresja słowna jest powszechna, zdarzają się także przypadki agresji fizycznej. W Ośrodku nie ma nawet miejsca, w którym pacjenci mogliby się wyciszyć. W tym kontekście warto przywołać stanowisko CPT, który uważnie bada warunki życia i leczenia pacjentów. Komitet wskazał, że *powinno zmierzać 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 personelu²².*

Należy podkreślić, że osoby które trafiają do KOZZD powinny być poddawane terapii ze względu na zaburzenia osobowości czy zaburzenia preferencji seksualnych. Sam Kierownik placówki wskazał jednak, że w obecnych warunkach nie jest możliwe prowadzenie tego typu terapii, a więc głównego celu, dla którego ten Ośrodek został stworzony²³. Co więcej, od początku istnienia placówki tylko jeden pacjent został wypisany z Ośrodka²⁴, mimo iż wielu pacjentów otrzymuje cyklicznie pozytywne opinie wydawane przez zespół terapeutyczny KOZZD²⁵. Jak zauważyła ekspertka KMPT, dotychczasowa sytuacja, w której mimo uzyskania pozytywnych opinii terapeutów pacjenci nie mogą opuścić Ośrodka sprawia, że mogą oni odbierać pobyt w Ośrodku jako bezterminowy. W rozmowach niektórzy pacjenci wskazywali m.in: *Człowieka tu dobija, że nie ma wiedzy co do wyjścia*

²¹ Sprawozdanie z kontroli przeprowadzonej w dniu 4 lutego 2021 r., w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym przez sędziego Sądu Okręgowego w Płocku, s.5.

²² Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf(98)12, § 32.

²³ Podkreślenia wymaga, że R. Piotrowski w swojej opinii zauważył, iż „*jak stwierdził Trybunał Konstytucyjny władze publiczne mają obowiązek „rzeczywistego zapewnienia” prawa obywateli, które „nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne”. W odniesieniu do systemu świadczeń leczniczych wynika stąd wymaganie, by system ten – jako całość – był efektywny. Dotyczy to także systemu prowadzenia postępowania terapeutycznego wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku. W dotychczasowym orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego znalazł wyraz pogląd, że stworzenie instytucji publicznej „w kształcie uniemożliwiającej jej rzetelne i sprawne działanie” narusza „zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli.” Zob. R. Piotrowski, *Opinia o zgodności z Konstytucją RP Wewnętrznego regulaminu organizacyjno-porządkowego pobytu pacjenta w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie z dnia 17 września 2018 r.* [w:] E. Dawidziuk, J. Nowakowska, *Izolacja sprawców przestępstw uznawanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa*, Warszawa 2020 r., s. 144-145.*

²⁴ Jak wynikało z ustaleń Zastępczyni RPO, w dniu 20 kwietnia 2021 r. miały odbyć się rozprawy sądowe dotyczące ewentualnego wypisania z Ośrodka dwóch pacjentów, w stosunku do których w opinii zespołu terapeutycznego KOZZD wystarczające byłoby zastosowanie nadzoru prewencyjnego.

²⁵ Kwestia ta została opisana szerzej w pkt. 4.4 Przenoszenie pacjentów do innego typu placówek.

stad. Również personel wskazywał, że wielu pacjentów traci motywację do dalszego uczestniczenia w terapii. Niewątpliwie taka sytuacja deprymuje pacjentów i nie wpływa pozytywnie na proces terapeutyczny.

Warto zauważyć, że problem zbyt dużego zaludnienia Ośrodka jest znany od dawna przedstawicielom władzy wykonawczej. Odpowiadając na raport CPT z 2017 r. polski rząd poinformował²⁶, iż zostało wydane pozwolenie na budowę nowego budynku KOZZD. Zapewnił przy tym, że warunki bytowe w nowym budynku będą odpowiadać przepisom rozporządzenia w sprawie KOZZD. Bardzo precyzyjnie wskazano, że planowana powierzchnia sali dla pacjenta to 14,02 m², pokoju dla osoby z niepełnosprawnością fizyczną 20,23 m², zaś całkowita powierzchnia oddziału dla 10 pacjentów wyniesie od 515 do 526 m². Mimo planów, do chwili obecnej nie podjęto jednak żadnych prac budowlanych. Jak wskazywał w swoim piśmie Wiceminister Zdrowia *brak zmiany maksymalnych limitów wydatków określonych w ustawie nie pozwala w chwili obecnej na rozpoczęcie budowy nowej siedziby Ośrodka. Należy jednak mieć na uwadze, że będzie to inwestycja trzyletnia, której efektem będzie zapewnienie dodatkowych 60 miejsc. W momencie oddania nowej siedziby, przy konieczności rozgęszczenia pacjentów w dotychczasowej siedzibie oraz odtworzenia części potencjału Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie (...) nowa siedziba zostanie od razu zapełniona już umieszczonymi pacjentami. Zatem możliwość przyjęcia kolejnych pacjentów jest stanem faktycznym, które może zaistnieć w perspektywie kilku lat, pod warunkiem uruchomienia zmian legislacyjnych, a w ich następstwie budowlanych, w celu rozbudowy Ośrodka.*

W opinii KMPT problem przeludnienia powinien zostać rozwiązany jak najszybciej. Bez tego nie będzie możliwe realizowanie podstawowego celu, dla którego Ośrodek został stworzony.

4.2. Zasady kierowania pacjentów do KOZZD

W kontekście przeludnienia istotną rolę odgrywa wciąż nierozwiązany problem kierowania do KOZZD osób z niepełnosprawnością intelektualną lub ze znacznie obniżonymi funkcjami poznawczymi. Biorąc pod uwagę, że z założenia Ośrodek ma pełnić funkcję terapeutyczną, należy zauważyć, że praca z pacjentem polega na opieraniu się o jego zasoby w tym poznawcze i intelektualne. W opinii ekspertki, kierowanie pacjentów upośledzonych

²⁶Sprawozdanie władz polskich dla Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu z dnia 19 czerwca 2018 r., DWMPC-III-0825-18/16, s. 84.

w stopniu umiarkowanym do Ośrodka jest bezcelowe, gdyż żadne oddziaływania terapeutyczne nie przyniosą efektu, więc należy zastanowić czy ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. nie powinna być zrewidowana w tym zakresie. **W obecnej formie te osoby skazywane są na bezterminową izolację, gdyż nie może być w ich przypadku mowy o żadnych postępach w leczeniu.**

Należy przyjrzeć się także całemu procesowi kierowania pacjentów do KOZZD już od momentu, gdy dyrektor zakładu karnego decyduje się na złożenie wniosku o uznanie skazanego za osobę stwarzającą zagrożenie. W opinii ekspertki, konieczne jest szkolenie i rozwijanie umiejętności osób biorących udział w opiniowaniu w zakresie przeprowadzania Ustrukturyzowanej Profesjonalnej Oceny Ryzyka. Samo szkolenie jest bowiem niewystarczające, nie daje ono pełnych umiejętności w formułowaniu ryzyka, konieczne jest wykonywanie ocen pod kontrolą osoby biegłej w jej wykonywaniu oraz znajomość literatury tematu – tak jak zaleca podręcznik HCR20 v3²⁷. Zdaniem ekspertki, można również przeprowadzać superwizje pracowników zakładów karnych w zakresie oceny ryzyka przemocy.

Kolejną istotną kwestią jest 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 sądowych²⁸. Zdarzają się więc przypadki, że opinie biegłych są niskiej jakości. Zdaniem ekspertki, biegli wydający opinie, w postępowaniu cywilnym dotyczącym uznania osoby za stwarzającą zagrożenie, powinni być dobierani z wielką starannością, z uwzględnieniem ich wiedzy i doświadczenia. Natomiast sądy nie powinny uznawać opinii biegłych za bezwzględną prawdę, a przyjrzeć się im krytycznie, gdyż biegli nie posiadają narzędzi do odróżnienia wysokiego od bardzo wysokiego ryzyka²⁹. **Zdaniem ekspertki, w celu uniknięcia błędów merytorycznych i ujednolicenia wykonywanych opinii nowelizacja ustawy powinna zakładać stworzenie centralnego zespołu eksperckiego, który wydawałby opinie w sprawie umieszczania w KOZZD.** Organ powinien podlegać nadzorowi Ministra Zdrowia. Należy też podkreślić, że to do sądu winna należeć ostateczna ocena poziomu ryzyka na podstawie całokształtu zebranych danych. Konieczne byłoby też przeszkolenie

²⁷ Douglas, Hart, Webster i Belfrage, 2013 s. 44-46.

²⁸ Wystąpienie RPO do Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2018 r., VII.510.20.2015.

²⁹ Zob. A. Welento, *Praktyczne aspekty opiniowania psychiatrycznego na rzecz ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób* [w:] E. Dawidziuk, J. Nowakowska, *Izolacja sprawców przestępstw uznawanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa*, Warszawa 2020 r., s. 81-91.

i wsparcie sędziów wydziałów cywilnych w zakresie procedowania w oparciu o przepisy ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Jej specyfika przypomina bowiem bardziej postępowanie karne.

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

4.3. Legalność pobytu

W czasie wizytacji 4 pacjentów znajdowało się w Ośrodku w ramach tzw. tymczasowego zabezpieczenia sądu na podstawie przepisów Kodeksu postępowania cywilnego³⁰. 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 wolności³¹. 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 już w styczniu 2019 r. Sąd Najwyższy w składzie trzech sędziów 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 Dysocjalnym***³². Podobnie twierdził Rzecznik Praw Obywatelskich, który przystąpił do tego postępowania³³.

Sąd Najwyższy zaznaczył, że nie powinno być wątpliwości, że nakazy i zakazy w ramach postępowania zabezpieczającego nie mogą ingerować w wolność osobistą,

³⁰ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. z 1964 r., nr 43, poz. 296 ze zm.

³¹ Ze względu na swój status osoby te nie są obejmowane planem terapii w KOZZD, co więcej w chwili przyjęcia bardzo często Ośrodek nie otrzymuje nawet ich dokumentacji, nie ma więc wiedzy na temat pacjenta. Jak wskazała sędzia wizytująca Ośrodek, Kierownik KOZZD kieruje do sądów wydających postanowienia o zabezpieczeniu jak i do dyrektorów zakładów karnych liczne pisma z prośbą o pilne nadesłanie dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta lub opinii sądowo-psychiatrycznych z akt osobowych pacjenta z okresu pobytu w jednostce penitencjarnej. Zob. Sprawozdanie z kontroli przeprowadzonej w dniu 4 lutego 2021 r., w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym przez sędziego Sądu Okręgowego w Płocku, s.16.

³² Uchwała SN z dnia 30 stycznia 2019 r., sygn. akt III CZP 75/18.

³³ Pismo procesowe RPO z dnia 29 listopada 2018 r., sygn. IV.567.4.2018.

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 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 przepisów³⁴. Zdaniem SN ustawodawca, powinien wypełnić istniejącą lukę jasnymi, precyzyjnymi przepisami niebudzącymi żadnych wątpliwości konstytucyjnych, aksjologicznych ani interpretacyjnych. W sprawie konieczności nowelizacji obowiązujących w tym zakresie przepisów Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się dnia 27 lutego 2019 r. do Prezesa Rady Ministrów³⁵.

Mimo orzeczenia Sądu Najwyższego oraz interwencji RPO, prawa w tym zakresie nie zmieniono. Co więcej, kilka sądów zaprezentowało stanowisko odmienne od przywołanej uchwały SN, tym samym udzielając zabezpieczenia polegającego na umieszczeniu osób w KOZZD. Sądy wskazywały, że konstytucyjna gwarancja prawa do wolności nie jest wartością bezwzględna i nadrzędna nad innymi dobrami. Konstytucja gwarantuje bowiem również innym obywatelom prawo do ochrony życia i zdrowia. W związku z tymi decyzjami sądów, RPO wniósł do poszerzonego składu Sądu Najwyższego o rozstrzygnięcie rozbieżności w orzecznictwie.

W dniu 9 marca 2021 r. Sąd Najwyższy w składzie siedmiu sędziów podjął uchwałę, w której ostatecznie wskazał, że przepisy art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. w związku z art. 730 § 1 i art. 755 § 1 Kodeksu postępowania cywilnego nie stanowią podstawy prawnej udzielenia zabezpieczenia przez umieszczenie osoby w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym³⁶.

Mając powyższe na uwadze, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Ministra Sprawiedliwości o informację na jakim etapie pozostają działania legislacyjne mające na celu wyeliminowanie wskazanej przez Sąd Najwyższy luki prawnej.

³⁴ 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.

³⁵ Wystąpienie generalnie RPO z 27 lutego 2019 r., IX.517.1702.2017.

³⁶ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 9 marca 2021 r. (sygn. akt III CZP 89/19).

4.4. Przenoszenie pacjentów do innego typu placówek

W lutym 2021 r. Kierownik Ośrodka przesłał RPO listę³⁷ 20 osób, które według zespołu terapeutycznego KOZZD powinny zostać wypisane z placówki.

W tym kontekście należy zaznaczyć, że kwestie związane z wypisaniem z Ośrodka określa rozdział 7 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Zgodnie z opisaną w nim procedurą, *Kierownik Ośrodka co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię lekarza psychiatry o stanie zdrowia osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku i o wynikach postępowania terapeutycznego; opinię taką jest obowiązany przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia tej osoby uzna, że jej dalszy pobyt w Ośrodku nie jest konieczny*³⁸. Osoby wymienione przez Kierownika KOZZD na liście przekazanej RPO uzyskały pozytywne opinie w tym zakresie - większość z nich kilkakrotnie. W ocenie zespołu KOZZD 4 osoby powinny zostać umieszczone w placówce opiekuńczej bądź zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zaś 5 osób powinno trafić do szpitala psychiatrycznego³⁹. Ostateczną decyzję o zwolnieniu z KOZZD podejmuje jednak Sąd Okręgowy w Płocku, który każdorazowo zobligowany jest do wysłuchania biegłych⁴⁰. Przedstawiane przez nich stanowiska odbiegają najczęściej od ocen dokonywanych przez zespół terapeutyczny KOZZD, który na co dzień pracuje z pacjentami.

W tym kontekście jeszcze raz należy zwrócić uwagę na problem podnoszony już w raporcie z 2019 r., mianowicie: **KOZZD nie jest szpitalem psychiatrycznym, w związku z czym w ogóle nie powinny tam przebywać osoby chorujące psychicznie⁴¹, a jedynie te, które mają być poddawane terapii ze względu na zaburzenie osobowości, zaburzenie preferencji seksualnych bądź upośledzenie umysłowe.** Warto przywołać stanowisko

³⁷ Pismo z dnia 5 lutego 2021 r. sygn. KOZZD/EP/119/2021, wpłynęło do Biura RPO dnia 15 lutego 2021 r. jako odpowiedź w sprawie sygn.. IX.517.174.2021.

³⁸ Art. 46 ust. 2 ustawy z 22 listopada 2013 r. Uwagi RPO odnośnie do procedury zwolnienia z KOZZD zostały przedstawione w publikacji E. Dawidziuk, J. Nowakowska, *Izolacja sprawców przestępstw uznawanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa*, Warszawa 2020 r., s. 38-40.

³⁹ W opinii zespołu terapeutycznego KOZZD w przypadku pozostałych pacjentów wystraszające byłoby zastosowanie nadzoru prewencyjnego.

⁴⁰ Uwagi co do oceny pracy biegłych przedstawiono już w pkt. 4.2 Zasady kierowania pacjentów do KOZZD. Szczegółowe uwagi zawarte są także w publikacji A. Welento, *Praktyczne aspekty opiniowania psychiatrycznego na rzecz ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób* [w:] E. Dawidziuk, J. Nowakowska, *Izolacja sprawców przestępstw uznawanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa*, Warszawa 2020 r., s. 81-96.

⁴¹ W KOZZD nadal przebywa m.in. osoba, u której jeszcze w przywiezionym szpitalu psychiatrycznym zdiagnozowano chorobę psychiczną. Kierownik Ośrodka wielokrotnie wnioskował do Sądu Okręgowego w Płocku o jej zwolnienie. Zaniepokojenie stanem tej osoby wyraziła także delegacja CPT, która w 2017 roku wizytowała Ośrodek w Gostyninie. Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 122. W sprawie osób chorujących psychicznie, które przebywają w KOZZD, Zastępczyni RPO zwróciła się dnia 4 sierpnia 2020 r. do Krajowego Konsultanta w dziedzinie psychiatrii (sygn. IX.517.1702.2017).

dr Marcina Szweda, który analizując orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wskazał, że Trybunał badając adekwatność terapii osób chorujących psychicznie *bierze pod uwagę przede wszystkim to, czy jest ona zindywidualizowana (istotne jest np. opracowanie indywidualnego programu leczenia) i zróżnicowana. Oznacza to między innymi, że osoba poddawana przymusowej detencji psychiatrycznej powinna trafić do takiego zakładu, który jest dostosowany do prowadzenia terapii jej zaburzeń psychicznych. Jeśli bowiem, przykładowo, osoba cierpiąca na schizofrenię trafi do ośrodka dla pacjentów z zaburzeniami osobowości, wskutek czego zostanie pozbawiona dostępu do skutecznej terapii swoich problemów zdrowotnych, może dojść do naruszenia nie tylko art. 5 ust. 1, ale i art. 3 EKPC⁴². Chodzi zatem nie tylko o możliwość naruszenia prawa do wolności i bezpieczeństwa osobistego, ale także zakazu tortur i nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania⁴³.*

Warto jednocześnie zauważyć, że w polskich realiach brakuje jednoznacznej podstawy prawnej by pacjenta umieszczonego w KOZZD przenieść do szpitala psychiatrycznego. W przypadku osób, które sprowadzają bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynów z użyciem przemocy wynikające z choroby psychicznej, a nie zaburzeń osobowości, upośledzenia umysłowego lub zaburzeń preferencji należy zwrócić uwagę, że sąd cywilny nie może wydać postanowienia o umieszczeniu kogoś bez jego zgody w szpitalu. Takie uprawnienie przynależy bowiem sądowi opiekuńczemu na mocy przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁴⁴. Odnosi się to także do umieszczenia pacjenta w trybie „bez zgody” w domu pomocy społecznej⁴⁵. W obecnych realiach przeniesienie pacjenta do DPS mogłoby być zatem zostać podjęte ewentualnie w trybie „za zgodą” samego zainteresowanego⁴⁶.

⁴² M. Szwed, 2.2. *Warunki terapeutyczne* [w:] *Przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w świetle współczesnych standardów ochrony praw człowieka*, Warszawa 2020.

⁴³ Art. 5 ust. 1 i art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).

⁴⁴ Art. 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 685).

⁴⁵ Ponadto w art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 685) wskazano, że z wnioskiem, o przyjęcie do domu pomocy społecznej bez zgody, może wystąpić również kierownik szpitala psychiatrycznego, jeżeli przebywająca w nim osoba jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, natomiast nie wymaga dalszego leczenia w tym szpitalu. Tym samym przepisu tego nie można odnieść do realiów KOZZD, bowiem jak już wskazano nie jest to szpital psychiatryczny.

⁴⁶ Jak zauważa ekspertka, jest to jednak bardzo długotrwała procedura, trwająca nawet kilka lat. Powinna zakończyć się wskazaniem miejsca w kontentej placówce. Ta informacja powinna zostać przedstawiona w postępowaniu przed sądem cywilnym, który zdecydowałby o wypisaniu pacjenta z KOZZD, wiedząc że pacjent ma już zapewnione miejsce dalszego pobytu. W opinii ekspertki, w obecnej sytuacji trudno oczekiwać od sądu, że zdecyduje się o wypisaniu pacjenta z KOZZD jedynie na postawie opinii zespołu terapeutycznego, że DPS to

W opinii KMPT w znowelizowanej ustawie powinny zostać wprowadzone jasne przepisy umożliwiające bezpośrednio sądowi decydującemu o zwolnieniu z KOZZD umieszczenie pacjenta w szpitalu psychiatrycznym czy domu pomocy społecznej, na wzór przepisów, które obowiązują obecnie w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Należałoby także wskazać wprost, że podmiotem inicjującym taką procedurę może być sam KOZZD.

4.5. Utworzenie filii KOZZD

W kontekście formalnoprawnych trudności w przenoszeniu pacjentów do innych podmiotów, KMPT z ogromnym zaskoczeniem przyjął informację na temat przeniesienia pacjentów do Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim. Szczególne wątpliwości natury prawnej wzbudziły w tym kontekście okoliczności tego przeniesienia.

Pierwszego dnia wizytacji przedstawiciele KMPT poprosili Kierownika KOZZD o przekazanie m.in. aktualnej „listy pacjentów KOZZD: z podziałem na oddziały, i wskazaniem: daty przyjęcia, informacji o ubezwłasnowolnieniu oraz osób umieszczonych na podstawie postanowienia o udzieleniu zabezpieczenia⁴⁷”. W oczekiwaniu na sporządzenie tej dokumentacji przedstawiciele KMPT zapytali Kierownika placówki, czy lista 20 osób, którzy według zespołu terapeutycznego KOZZD powinni zostać wypisani z Ośrodka pozostaje aktualna. Kierownik ustnie potwierdził to wizytującym. W związku z tym poproszono o dokumentację i rozmowę m.in. [dane usunięto]. Wizytujący dowiedzieli się, że osoba ta 5 marca 2021 r. została przewieziona do ośrodka w Starogardzie Gdańskim w związku z tym nie otrzymali jej dokumentacji. Jeszcze tego samego dnia wizytujący otrzymali zbiorczą listę pacjentów KOZZD, o którą prosili w wykazie dokumentacji do analizy. Wskazano w niej „stan: 91”, wyszczególniono podział pacjentów na oddziały: 1, 2, 3, 4⁴⁸. Na liście tej nie widniało nazwisko pacjenta przeniesionego do ROPS w Starogardzie Gdańskim. Już po zakończeniu wizytacji, do Biura RPO dotarły informacje, że 8 marca 2021 r., a więc już pierwszego dnia wizytacji KMPT kolejna osoba została przeniesiona do ośrodka w Starogardzie Gdańskim. Pacjent ten, w przeciwieństwie do [dane usunięto] znajdował się

dla niego odpowiednia placówka, a bez informacji o jaką konkretnie placówkę chodzi i gwarancji w jakim terminie pacjent może zostać tam przyjęty.

⁴⁷ Pkt 1. Dokumenty do wglądu na miejscu w trakcie wizytacji; materiał został w wersji pisemnej przekazany bezpośrednio Kierownikowi placówki pierwszego dnia wizytacji.

⁴⁸ Na dole dokumentu widnieje: „Dnia 05-03-21r. 13:12”.

jednak na liście 91 osób, jako osoba zamieszkująca oddział IV. W czasie wizytacji nikt z personelu nie poinformował wizytujących, że pacjent opuścił siedzibę KOZZD⁴⁹.

Co więcej, podczas rozmowy podsumowującej, Kierownik KOZZD pytany o to, w jaki sposób radzi sobie z przeludnieniem w placówce przyznał jedynie, że w swych działaniach może liczyć na wsparcie Ministerstwa Zdrowia, nie poinformował o utworzeniu nowego oddziału/ośrodka zamiejscowego. Natomiast biorąc pod uwagę przywoływane już w niniejszym raporcie stanowisko Ministerstwa Zdrowia ze stycznia 2021 r. wspierające decyzję Kierownika KOZZD o odmowie przyjęcia pacjenta, wizytujący przyjęli, że właśnie to rozwiązanie jest wykorzystywane w dalszym ciągu. Tym bardziej, że Wiceminister Zdrowia wyraził w nim bardzo konsekwentne i jednoznaczne stanowisko wskazując, że ***Ministerstwo Zdrowia nadzorujące Ośrodek, jak i sam KOZZD, nie są w stanie podjąć żadnych działań, których efektem byłoby zwolnienie miejsc dla kolejnych pacjentów, gdyż opuszczenie Ośrodka przez pacjenta jest możliwe wyłącznie w drodze orzeczenia sądu. Zaznaczył też, że w wyniku zaistniałych ograniczeń (organizacyjnych i finansowych) nie ma możliwości przyjęcia kolejnych osób do Ośrodka, tj. ewentualne nowe przyjęcia możliwe będą od 2024 r***⁵⁰.

Z tym większym zdziwieniem, już po zakończeniu wizytacji, KMPT przyjął informacje o utworzeniu oddziału zamiejscowego KOZZD w Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim na mocy Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie nadania statutu Krajowemu Ośrodkowi Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym⁵¹. W § 2 ust. 3 dodano, że *Ośrodek może posiadać oddziały zamiejscowe na obszarze swojego działania*, dopisano także że w strukturze organizacyjnej znajduje się Oddział Zamiejscowy I, nie wskazano jednak jego dokładnej lokalizacji.

Natomiast w odpowiedzi na prośbę KMPT o przesłanie informacji zawierającej w szczególności podstawę prawną przeniesienia pacjentów do ROPS w Starogardzie Gdańskim, Kierownik KOZZD wskazał jedynie, że *w ROPS w Starogardzie Gd. utworzona została filia KOZZD. Ponadto zgodnie z obowiązującymi przepisami dokonano zmiany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym oraz podpisano stosowną umowę użyczenia*

⁴⁹ Zgodnie z § 2. ust 1. statutu KOZZD: Siedzibą Ośrodka jest miasto Gostynin. W związku z tym, w dniu 15 marca 2021 r. poproszono telefonicznie Zastępczynię Kierownika KOZZD o przesłanie informacji ile osób zostało w ten sposób przeniesionych od marca 2021 r. oraz o podstawę prawną podjętych działań.

⁵⁰ Data związana jest z planami zakończenia budowy nowego Ośrodka, o których KMPT wspomniano już podczas wizytacji w 2019 r.

⁵¹ Dz. Urz. Min. Zdr. z 2021 r., poz. 18. Podpisany podpisem elektronicznym dnia 5 marca 2021 r. o godz. 20:59.

pomieszczenia pomiędzy podmiotami. Mając na uwadze powyższe należy podkreślić, iż z formalnego punktu widzenia prowadzenia działalności leczniczej jest to sytuacja tożsama jak otwarcie kolejnego oddziału KOZZD. Dotychczas otwarto cztery oddziały, oddział w ROPS Starogard Gd. jest piątym oddziałem⁵². Dodał także, że aktualnie KOZZD posiada jeden Oddział Zamiejscowy w Starogardzie Gd., w którym przebywa 2 pacjentów. Liczba pacjentów przebywających w KOZZD w Gostyninie na dzień 25.03.2021r. wynosi 91.

Przyjęte rozwiązanie jest szczególnie zastanawiające w kontekście przywoływanego już stanowiska Wiceministra Zdrowia, zgodnie z którym: **Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje żadnym innym podmiotem leczniczym, który mógłby służyć jako tymczasowa dodatkowa siedziba KOZZD⁵³**. Ponadto w piśmie zawarto także plany dotyczące zlikwidowanego ROPS, wskazując że w przyszłości należy dążyć do odtworzenia części potencjału Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie (który siłą rzeczy został czasowo zlikwidowany skutkując przepelnieniem pacjentów w pozostałych dwóch Regionalnych Ośrodkach Psychiatrii Sądowej). Tym samym Ministerstwo niejako przyznało, że obecnie zastosowane rozwiązanie sprawiło, że przeniesiono pacjentów z przeludnionej siedziby KOZZD do przeludnionego ROPS.

Sprawa przeniesienia pacjentów do ROPS w Starogardzie Gdańskim została objęta odrębnym postępowaniem w Biurze RPO⁵⁴. W ramach przeprowadzonych czynności, rozmowy z przeniesionymi pacjentami przeprowadziła Zastępczyni RPO. Z poczynionych ustaleń wynika, że [dane usunięto], przewieziony do ROPS dnia 5 marca 2021 r. został umieszczony na oddziale „A” w pokoju jednoosobowym, natomiast [dane usunięto] przewieziony do ROPS dnia 8 marca 2021 r. został umieszczony na innym oddziale w pokoju trzyosobowym. Obaj mężczyźni wskazali, że nie rozumieją podstawy prawnej, w oparciu o którą znaleźli się w ROPS Starogardzie Gdańskim⁵⁵. Dodatkowo pytania w tej sprawie RPO skierował także do Sądu sprawującego nadzór nad KOZZD. W odpowiedzi wskazano, że *Prezes Sądu Okręgowego w Płocku ani sędziowie I Wydziału Cywilnego Sądu Okręgowego w Płocku nie zostali powiadomieni o przetransportowaniu dwóch pacjentów, tj.: [dane usunięto]. Sąd Okręgowy w Płocku nie wydał żadnych decyzji o ich zwolnieniu z KOZZD w Gostyninie⁵⁶*.

⁵² Pismo z dnia 25 marca 2021 r., sygn. KOZZD/DRB/462/2021.

⁵³ Pismo z dnia 31 stycznia 2021 r. sygn. ZPP.6142.3.2021.

⁵⁴ Sygn. IX.517.464.2021.

⁵⁵ Notatka z dnia 19 marca 2021r. z rozmowy z pacjentami ROPS w Starogardzie Szczecińskim, sporządzona przez Zastępczynię RPO dr Hannę Machińską; sygn. IX.517.464.2021.

⁵⁶ Pismo Prezesa Sądu Okręgowego w Płocku z dnia 23 marca 2021 r., nr rej. OA - 0832 -17/21.

W związku z przedstawioną sytuacją pojawia się szereg wątpliwości:

- Dlaczego zdecydowano się na wyznaczenie ROPS w Starogardzie Gdańskim jako oddziału zamiejscowego KOZZD, skoro Ministerstwo Zdrowia jeszcze w styczniu 2021 r. wskazywało, że nie dysponuje żadnym innym podmiotem leczniczym, który mógłby służyć jako tymczasowa dodatkowa siedziba KOZZD. Jakie działania infrastrukturalne i organizacyjne, w tym kadrowe podjęto od tego czasu, że taka decyzja mogła zostać zrealizowana?
- Skoro Kierownik KOZZD w oficjalnym piśmie przyznał, że ROPS w Starogardzie Gdańskim jest piątym oddziałem, to dlaczego nie został on wskazany na liście przekazanej wizytującym, która miała zawierać nazwiska pacjentów z ich podziałem wg oddziałów. Co więcej, dlaczego na tej liście w ogóle nie znalazł się [dane usunięto], który jak wynika z dalszych wyjaśnień dyrekcji KOZZD nie przestał być pacjentem Ośrodka. **Zarządzenie o zmianie statutu KOZZD zostało podpisane w dniu 5 marca dopiero o godz. 20:59, zatem mężczyzna opuścił siedzibę w KOZZD w Gostyninie zanim formalnie oddział zamiejscowy został utworzony.**
- Jak wskazana przez Kierownika KOZZD „umowa użyczenia pomieszczenia” z ROPS ma się do faktu, że pacjenci zostali umieszczeni tam w dwóch różnych pomieszczeniach, na różnych oddziałach, co więcej jeden z nich z innymi pacjentami ROPS?
- Dlaczego, pomimo wskazania przez KMPT na liście dokumentów do wglądu na miejscu podczas wizytacji „aktualnie obowiązujących w KOZZD aktów prawa wewnętrznego (regulaminy, procedury, zarządzenia, porozumienia itp.)” w dokumentacji udostępnionej wizytującym nie było porozumienia z ROPS? Ponadto w dostępnej na miejscu dokumentacji nie było regulaminu wewnętrznego piątego oddziału/oddziału zamiejscowego, mimo iż dostępne były wewnętrzne regulaminy organizacyjno-porządkowe pobytu pacjenta z pozostałych czterech oddziałów⁵⁷. Jest to szczególnie istotne bowiem jak wynika z rozmów zastępczyni RPO z pacjentami umieszczonymi w ROPS obowiązują tam zasady odmienne od KOZZD. Czy regulamin taki został już sporządzony i udostępniony pacjentom?
- Czy pracownicy KOZZD, w tym personel ochrony został oddelegowany do pełnienia obowiązków w ROPS w Starogardzie Gdańskim? Czy pełniąc tam służbę są

⁵⁷ Regulaminy są także dostępne pod adresem <http://www.kozzd-gostynin.pl/> Nie ma tam jednak informacji na temat regulaminu obowiązującego w Oddziale zamiejscowym [dostęp: 28 marca 2021 r.].

wyposażeni w środki przymusu bezpośredniego w postaci pałek, kajdanek i gazu obezwładniającego?

- Czy pacjenci ROPS, a w szczególności ci, którzy przebywają w oddziale z jednym z pacjentów KOZZD, mają świadomość stworzenia nowego oddziału KOZZD w ośrodku w Starogardzie Gdańskim?

Na podstawie art. 20 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, KMPT wnosi o wyjaśnienie wskazanych kwestii przez Ministra Zdrowia oraz Kierownika KOZZD.

4.6. 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 22 listopada 2013 r. ograniczenia praw pacjentów zostały wskazane jedynie fragmentarycznie. Kluczowym dokumentem określającym zasady funkcjonowania placówki, w tym prawa i obowiązki pacjentów jest „Wewnętrzny regulamin organizacyjno-porządkowy pobytu pacjenta w KOZZD⁵⁸”, 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 Kierownika Ośrodka do wydania regulaminu wewnętrznego. To ewidentna luka prawna. Takie stanowisko przedstawił też wybitny konstytucjonalista dr hab. Ryszard Piotrowski z Uniwersytetu Warszawskiego, który zlecenie RPO przygotował opinię o zgodności z Konstytucją RP Wewnętrznego regulaminu organizacyjno-porządkowego pobytu pacjenta w Krajowym Ośrodku

⁵⁸ W Ośrodku funkcjonują 4 regulaminy wydane dnia 2 stycznia 2020 r. uzupełnione o dwa aneksy: z dnia 26 lutego 2020 r. oraz 11 maja 2020 r. 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.

Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie⁵⁹. **Jednoznacznie wskazał w niej, że regulamin ze względu na brak konstytucyjnie wymaganej podstawy do jego ustanowienia, jest niezgodny z art. 7 Konstytucji RP⁶⁰.**

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 innych kwestii dotyczących codziennego funkcjonowania pacjentów KOZZD w tym tzw. przywilejów, których odbieranie było traktowane jako środek dyscyplinujący⁶¹. Co do zasady, w opinii ekspertki przy pracy z tego typu pacjentami konieczne jest określenie jasnego jednolitego systemu kar i nagród, jednak musi on wynikać z przepisów prawa stworzonych na poziomie ustawowym, a nie ustaleń wewnętrznych narzuconych przez Kierownika, które z dnia na dzień mogą zostać zmienione. W rozmowach z KMPT pracownicy sami przyznawali, że dotychczasowy regulamin *Powstawał na naszych próbach i błędach, nikt nam nie pomógł*. Stąd liczne zmiany samego regulaminu podnoszone w raporcie z wizytacji w 2019 r.

W ostatnim czasie należy zwrócić uwagę na inną tendencję. Dnia 29 czerwca 2020 r. w wyniku protestu głodowego prowadzonego przez część pacjentów doszło do podpisania porozumienia pomiędzy dyrekcją KOZZD, a pacjentami, w ramach którego zmianie uległa część postanowień regulaminu KOZZD. Sam regulamin nie został jednak w większości znowelizowany pod kątem przyjętych ustaleń. A dotyczy to m.in. kwestii związanych z wykonywaniem praktyk religijnych czy cenzury, a zatem obszarów które niewątpliwie powinny zostać określone na poziomie ustawowym⁶².

W opinii KMPT nowelizacja ustawy powinna szczegółowo określać prawa i obowiązki pacjentów KOZZD. Ze względu na brak zmian systemowych aktualne pozostaje zalecenie uregulowania na poziomie ustawowym także możliwości i zasad udzielania przepustek

⁵⁹ R. Piotrowski, *Opinia o zgodności z Konstytucją RP Wewnętrznego regulaminu organizacyjno-porządkowego pobytu pacjenta w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie z dnia 17 września 2018 r.* [w:] E. Dawidziuk, J. Nowakowska, *Izolacja sprawców przestępstw uznawanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa*, Warszawa 2020.

⁶⁰ Mimo, że obecnie funkcjonujący regulamin KOZZD został wydany już po sporządzeniu wskazanej opinii, to jednak w wielu punktach nie został on zmieniony, a przede wszystkim nie zmieniła się podstawa prawna jego wydania.

⁶¹ Kwestia ta została szczegółowo opisana w pkt. 5.10 niniejszego raportu.

⁶² Problemy te zostaną omówione przy okazji oceny realizacji poszczególnych zaleceń.

losowych⁶³ oraz precyzyjne wskazanie czy pacjenci KOZZD mogą podlegać kontroli osobistej, a jeśli tak to w jakich przypadkach i na jakich zasadach ma się ona odbywać.

4.7. Przepisy prawa niespójne z realnymi warunkami funkcjonowania KOZZD

Poza wspomnianym już na początku przekroczeniem liczby pacjentów określonej w rozporządzeniu o KOZZD, należy zwrócić uwagę że obecne przepisy pełne są niespójności i drastycznie odbiegają od faktycznej sytuacji w placówce. Część tych problemów była już sygnalizowana w raporcie KMPT z 2019 r.; wiele wystąpień dotyczących sytuacji w KOZZD zarówno do władzy wykonawczej jak i ustawodawczej kierował także RPO. **Ustawodawca jak i Ministerstwo Zdrowia muszą mieć zatem świadomość jak wiele luk prawnych istnieje w tej materii. Mimo to przepisy nie zostały zmienione. Przyzwalano natomiast *de facto* na ich łamanie, lub posilkowanie się innymi przepisami, które nie były dedykowane funkcjonowaniu KOZZD. W demokratycznym państwie prawa, do takiej sytuacji nigdy nie powinno dojść.**

Poza omówionymi już wcześniej problemami systemowymi warto zwrócić uwagę na następujące kwestie. Po pierwsze wciąż nie zmieniono przepisów rozporządzenia 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). Rozporządzenie to jest niezwykle enigmatyczne, nie zawiera m.in. wzorów kart zastosowania przymusu bezpośredniego, co należy uznać za niepokojące. 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. Obecnie w KOZZD wykorzystywane są zatem wzory dołączone do rozporządzenia 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), które jest aktem wykonawczym do ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 685). Ze strony personelu KOZZD jest to niewątpliwie dobra praktyka, służąca przejrzystości całego procesu zastosowania środków przymusu. Konieczne jest jednak, aby Minister Zdrowia wypełnił obecną lukę w przepisach wykonawczych i znowelizował rozporządzenie w sprawie przymusu w KOZZD uzupełniając je o odpowiednie wzory kart dokumentujących zastosowanie tego przymusu. Jest to ważne nie tylko ze względu na konieczność działania w oparciu o prawidłowe

⁶³ Na kwestię tę zwróciła również ekspertka odnosząc się do realizacji zaleceń związanych z prowadzeniem terapii. Zob. pkt 5.18 niniejszego raportu.

podstawy prawne, ale chociażby dlatego, że w przeciwieństwie do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z ustawą z dnia 22 listopada 2013 r. możliwe jest także zastosowanie kajdanek. W opinii ekspertki, w przypadku tego środka przymusu bezpośredniego karta przymusu jest mało adekwatna, gdyż wymaga monitorowania stanu pacjenta co 15 min, co jest niewykonalne np. w trakcie transportu.

Inny problem związany z kwestią stosowania środków przymusu bezpośredniego ujawnił się podczas analizy dokumentacji jednego z pacjentów. Wynika z niej, że ze względu na zachowania autoagresywne jednego z mężczyzn psychiatra zdecydował o założeniu mu kasku zabezpieczającego. Informacje na ten temat zakładania kasku znajdują się zarówno w raportach pielęgniarских, jak i raportach z przebiegu dyżuru pracowników ochrony. Na przykład: *Spacerując po korytarzu zdjął kask ochronny następnie uderzył się kilkakrotnie w głowę, lecz został powstrzymany przez szybką interwencję pracowników ochrony, którzy zwrócili mu uwagę a następnie założyli kask ochronny. (...) Poinformowano lekarza (...), decyzją którego celem ochrony pacjenta przed skutkami autoagresji, założono pacjentowi na głowę piankowy kask ochronny. Pacjent dwukrotnie prosił o zdjęcie kasku na chwilę tłumacząc się niewygodą. Po spełnieniu prośby każdorazowo próbował uderzyć się w głowę.* Tego typu informacje pojawiają się co najmniej kilkakrotnie w ciągu miesiąca we wskazanych raportach. Tymczasem w żaden sposób nie zostały odnotowane w dokumentacji dotyczącej zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Problem jest tym większy, że ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. w art. 36 ust. 1 jasno wskazuje, że *wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku można stosować przymus bezpośredni polegający na: przytrzymaniu; przymusowym zastosowaniu produktów leczniczych; założeniu pasów obezwładniających lub kaftana bezpieczeństwa; izolacji; użyciu: kajdanek, pałki służbowej, ręcznego miotacza substancji obezwładniających.* Przy czym zarówno pasy obezwładniające, jak i kaftan, a także pałka służbowa jak i miotacz substancji obezwładniających nie mogą zostać zastosowane prewencyjnie⁶⁴. W ocenie KMPT, ze względu na możliwość prezentowania przez niektórych pacjentów tego typu zachowań autoagresywnych wskazane było by jednak uwzględnienie w nowelizacji ustawy także możliwości zastosowania kasku ochronnego⁶⁵, który jest środkiem mniej dotkliwym niż pasy obezwładniające.

⁶⁴ Art. 36 ust 2. ustawy z 22 listopada 2013 r.

⁶⁵ W obecnych przepisach zastosowanie kasku zabezpieczającego określa ustawa z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (t. j. Dz.U. z 2019 r., poz. 2418), jednak zgodnie z art. 3 pkt 7 ustawy nie stosuje się do przymusu bezpośredniego lub zasad użycia lub wykorzystania broni palnej, o których mowa w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. Również ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie wymienia

Kolejnym zagadnieniem, na które należy zwrócić uwagę są całkowicie nieprzystające do rzeczywistości przepisy rozporządzenia w sprawie KOZZD. Zgodnie z § 5 tego 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 91 osób, to np. liczba pielęgniarek musiałaby wynosić zgodnie z podanym przelicznikiem co najmniej 140, co zdecydowanie przekracza wskazaną w tym samym rozporządzeniu ogólną liczbę personelu. Jak wynika z informacji przekazanej przez dyrekcję KOZZD w placówce zatrudnionych jest: 5 lekarzy psychiatrów (wraz z Kierownikiem), 8 psychologów, 3 psychologów-seksuologów (1 wakat), 2 specjalistów psychoterapii uzależnień, 37 pielęgniarek (w tym epidemiologiczna i zakładowa), 5 ratowników medycznych, 63 salowych i sanitariuszy; 18 terapeutów zajęciowych, 4 pracowników resocjalizacji, 4 pracowników socjalnych, 164 pracowników ochrony (3 wakaty). **W sumie Ośrodek zatrudnia 361 osób⁶⁶. Zatem o 284 osoby więcej niż przewidziano to w rozporządzeniu w sprawie KOZZD. Niewątpliwie oddaje to także skalę tego, jak bardzo zatłoczony jest ten Ośrodek.** Problem ten powinien zostać ostatecznie rozwiązany poprzez nowelizację wskazanego rozporządzenia. W obecnej sytuacji nie sposób bowiem odnieść wrażenia, że Minister Zdrowia bagatelizuje, że nadzorowany przez niego podmiot działa wbrew wydanym przez niego przepisom. Jest to niezwykle niepokojące bowiem KMPT wskazywał na ten problem już w raporcie z 2019 r. W demokratycznym państwie prawa taka praktyka nigdy nie powinna mieć miejsca.

5. Stan realizacji zaleceń wydanych Kierownikowi KOZZD w wyniku wizytacji przeprowadzonej w dniach 8-10 marca 2019 r.

- 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;

Zalecenie częściowo zrealizowane. Nie stworzono odrębnej procedury, w której określono by zasady postępowania w przypadku ujawnienia przypadków złego traktowania ze

kasku zabezpieczającego. W art. 3 ust. 6 pkt c) mowa bowiem jedynie o unieruchomieniu, które należy rozumieć jako obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa.

⁶⁶ W tym m.in. pracowników administracyjnych, kapelana, pracowników gospodarczych, radcę prawnego.

strony personelu. Pracownicy o specyfice pracy w KOZZD i zasadach zachowania w stosunku do pacjentów są informowani przy przyjęciu do pracy. Ewentualne skargi dotyczące złego traktowania pacjenci składają pisemnie. Skargi te są zebrane w segregatorach wraz z innymi wnioskami pacjentów. Do pism pacjentów dołączone są kopie udzielonych odpowiedzi, bądź informacje na temat załatwienia sprawy. Z analizy dokumentacji wynikało, że niektórych przypadkach skargi i wnioski pacjentów były przechowywane także w ich dokumentacji indywidualnej. Tym samym duża liczba pracowników ma możliwość zapoznania się z tą dokumentacją. Niewykluczone, że także te osoby, których skargi mogą dotyczyć. W tym kontekście należy zaznaczyć, że zarówno Podkomitet ONZ do Spraw Prewencji Tortur (dalej: SPT)⁶⁷, jak i CPT⁶⁸ podkreślają, że jedną z kluczowych gwarancji chroniących przed złym traktowaniem jest skuteczny, poufny i niezależny system skarg. CPT jasno wskazał, że *pracownicy, którzy mają osoby pozbawione wolności bezpośrednio pod ich nadzorem, nie powinni mieć możliwości filtrowania skarg*⁶⁹. Treść skarg dotyczących złego traktowania powinna być poufna także po ich rozpatrzeniu - ze względu na ograniczenie do minimum możliwych represji wobec osoby pozbawionej wolności. Zwracał na to uwagę SPT wskazując, że *państwo powinno podjąć odpowiednie kroki, aby zapewnić ochronę osobom, które składają skargę na tortury lub złe traktowanie przed możliwymi represjami*⁷⁰. KMPT zaleca zatem, aby skargi dotyczące bezpośrednio zarzutów złego traktowania pacjentów były archiwizowane jedynie w odrębnej dokumentacji, do której dostęp jest ograniczony.

Warto jednak zwrócić uwagę na dobrą praktykę, która została wprowadzona w wyniku podpisania wspomnianego już porozumienia pomiędzy pacjentami a dyrekcją Ośrodka. Zgodnie z pkt. 17 wprowadzono comiesięczne spotkania pacjentów każdego oddziału z Kierownikiem Ośrodka lub jego Zastępczynią. Są one podzielone na część dotyczącą ogólnych spraw danego oddziału, w której uczestniczą dwaj reprezentanci pacjentów. Druga część przeznaczona jest do indywidualnych spotkań. Dzięki temu pacjenci mogą omówić pojawiające się problemy, zasygnalizować trudności z jakimi się spotykają w codziennym funkcjonowaniu w Ośrodku, czy zwrócić uwagę dyrekcji na nieprawidłowe zachowanie personelu.

Jest to niezwykle ważne, bowiem ze względu na opisywane już przeludnienie dochodzi do częstych konfliktów, a część pacjentów przejawia agresję werbalną, jak i fizyczną. Pacjenci wiele działań personelu traktują jako prowokację, są oburzeni, że personel zajmuje ich

⁶⁷ Por. Raport z wizyty SPT w Paragwaju z dnia 7 czerwca 2010 r.; CAT/OP/PRY/1; § 218.

⁶⁸ Por. Drugie Sprawozdanie Ogólnego CPT, CPT/Inf (92) 3, § 54.

⁶⁹ Fragment § 84 Dwudziestego siódmego Sprawozdania ogólnego [CPT/Inf (2018) 4].

⁷⁰ Zob. Raport z wizyty SPT w Hondurasie z dnia 10 lutego 2010 r.; CAT/OP/HND/1; § 270.

stołówkę, czy głośno rozmawia ze sobą. Z pozoru błahe rzeczy stają się zarzewiem konfliktu. Jak wynika z analizy dokumentacji, do wybuchu agresji jednego z pacjentów przyczyniło się np. wydanie na śniadanie twarożku z rzodkiewką, a nie koperkiem, który widniał w jadłospisie. Cała sytuacja wymagała interwencji pracownika ochrony, który *zastawił drogę pacjentowi do pielęgniarki, widząc że pacjent ma zamiar ją uderzyć. Pacjent (...) widząc to uderzył go z pięści w przyłbicę ochronną*. Inny z pracowników odnotował, że gdy pracownik ochrony poprosił pacjenta o zabranie nóg z fotela w odpowiedzi usłyszał: *Od tej pory będę się mścił, będę go tak długo gnębił i się znęcał, aż się powiesi na tym swoim pasku*. Zarówno wypowiedzi pracowników, jak i zapisy w dokumentacji świadczą o tym, że wyzwiska i groźby w stosunku do personelu są powszechną praktyką ze strony części pacjentów. **W przeciwieństwie do wizytacji z 2019 r. w dokumentacji nie ujawniono jednak przykładów wskazujących na nieodpowiednią reakcję personelu na tego typu agresję. Warto zwrócić uwagę, że potwierdzali to także niektórzy pacjenci oceniając, że pracownicy nic nie mówią na zaczepki. Wizytujący nie otrzymali też sygnałów na temat naruszeń nietykalności cielesnej pacjentów przez członków personelu.**

Na obecną sytuację należy jednak spojrzeć w szerszym kontekście. Część personelu przyznała, że przyzwyczała się już do tego typu sytuacji. Jednakże w ocenie ekspertki groźby kierowane wobec personelu dotyczące tego, że zdjęcia pracowników zostaną wysłane osobom z zewnątrz, które zamordują ich i rodziny, zagrożenie dzieciom i żonom pracowników, wyzywanie personelu słowami powszechnie używanymi za wulgarne, nie mogą spowszednieć. Niewątpliwie powodują one u personelu lęk, zwłaszcza teraz kiedy pacjenci mają dostęp do internetu i telefonów. Dodatkowo personel ma poczucie, że jest obwiniany zarówno przez pacjentów jak i media za warunki jakie panują w Ośrodku. Podświadomy, zablokowany lęk personelu przekłada się na relacje zarówno w zespole jak i życiu rodzinnym.

W ocenie ekspertki personel w zaistniałej sytuacji radzi sobie niespodziewanie dobrze, widać wspólne wsparcie, zrozumienie i zaangażowanie w pracę. Jednak mimo to konieczne jest zadbanie o jego bezpieczeństwo oraz dobrostan psychiczny. W ocenie ekspertki, pracownicy KOZZD powinni mieć możliwość skorzystania z porady psychologicznej i prawnej specjalistów spoza Ośrodka. Również analiza dokumentacji pokazała, że personel oczekuje wsparcia ze strony pracodawcy. W liście do Kierownika KOZZD z lutego 2021 r. pracownicy socjalni zaapelowali: *z uwagi na fakt, że czujemy się zagrożeni i poniżani, prosimy o podjęcie stosownych działań*. Część pracowników w rozmowach z wizytującymi wskazywała, że obecnie w żaden sposób nie czuje się chroniona. W tym kontekście ekspertka

zwróciła uwagę, że należy uświadomić personelowi, iż jako osoby wykonujące zawody medyczne i pracownicy ochrony mają prawo do szczególnej ochrony przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego, nie dotyczy to jednak wszystkich osób zatrudnionych w KOZZD⁷¹.

W ocenie KMPT niezbędne jest wsparcie personelu szczególnie w aspekcie psychologicznym m.in. przy pomocy superwizji oraz szkoleń, co zostanie szczegółowo omówione w dalszej części raportu. Dobrostan psychiczny pracowników ma bowiem bezpośrednie przełożenie na jakość ich pracy, a tym samym poszanowanie praw samych pacjentów. Należy zauważyć, że w ocenie CPT promowanie konstruktywnych, a nie konfrontacyjnych relacji pomiędzy pozbawionymi wolności a personelem służy obniżeniu napięcia, a tym samym znacznie zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia incydentów z użyciem przemocy i złego traktowania⁷². W czasie szkoleń należy położyć szczególny nacisk na rozwijanie umiejętności w zakresie komunikacji interpersonalnej, opartych na poszanowaniu godności człowieka. Pozwoli to personelowi na rozładowanie sytuacji, które w przeciwnym wypadku mogłyby przekształcić się w przemoc, a także doprowadzi do zmniejszenia napięć⁷³. Komitet podkreśla również, że *należy dołożyć szczególnych starań, aby rozwijać dobrą atmosferę wewnętrzną na terenie ośrodków o zaostrzonym rygorze bezpieczeństwa. Celem tych starań powinno być zbudowanie pozytywnych relacji pomiędzy personelem a pozbawionymi wolności. Ma to znaczenie nie tylko dla humanitarnego traktowania osadzonych, lecz także dla utrzymania skutecznej kontroli i bezpieczeństwa, także jeśli chodzi o bezpieczeństwo osobiste personelu*⁷⁴.

W opinii KMPT bez rozwiązania problemu przeludnienia Ośrodka niezwykle trudno będzie podjąć działania mające na celu poprawę relacji na linii pacjenci – personel. Możliwości samego Ośrodka są w tym zakresie w pełni uzależnione od decyzji decydentów politycznych. Ze strony Ośrodka, w tej niezwykle trudnej sytuacji, pracownicy powinni otrzymać możliwość uzyskania wsparcia psychologicznego. KMPT zaleca też stworzenie właściwych procedur określających dokumentowanie i postępowanie ze skargami zarówno pacjentów, jak i pracowników. Pozwoli usystematyzować obecną praktykę. W opinii

⁷¹ Ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych w pewnych określonych okolicznościach przysługuje: lekarzowi (na podstawie art. 44 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry; t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 514), pielęgniarce (na podstawie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej; t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 479), pracownikowi ochrony (na podstawie art.42 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia; t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 838).

⁷² Wyciąg z Drugiego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf (92) 3, § 45.

⁷³ Wyciąg z Drugiego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf (92) 3, § 60.

⁷⁴ Wyciąg z Jedenastego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf (2001) 16, § 32.

ekspertki, zalecane jest także dokumentowanie działań niepożądanych. Należy do nich zaliczyć np. samookaleczenia, upadki, przyjęcie narkotyków, nieprawidłowe podanie leku, ale też zachowania agresywne ze strony pacjentów. Wskazane jest w tym kontekście powołanie w Ośrodku komisji ds. działań niepożądanych, która oceniałaby przyczyny i konsekwencje ich wystąpienia, co pozwoliłoby na dokładniejsze przyjrzenie się pewnym problemom. W ten sposób łatwiej będzie zebrać informacje na temat newralgicznych obszarów, w których może dochodzić do konfliktów i potencjalnych zagrożeń. Skuteczna analiza tych danych umożliwi szukanie najbardziej optymalnych rozwiązań.

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;

Zalecenie nie zostało zrealizowane. W odpowiedzi⁷⁵ z 22 marca 2021 r., uzupełniającej dokumentację analizowaną przez KMPT już po zakończeniu wizytacji, Kierownik KOZZD wskazał, że *Krajowy Ośrodek nie posiada opracowanych procedur postępowania w przypadku uzyskania informacji na temat molestowania seksualnego, bądź też innych form dyskryminacji wobec pacjentów lub pracowników Ośrodka, gdyż od momentu powstania Krajowego Ośrodka do chwili obecnej takie sytuacje nigdy nie miały miejsca.*

KMPT nie może zgodzić się z tym stanowiskiem. Już w raporcie z 2019 r. wskazano, że w liście do Kierownika KOZZD z prośbą o zmianę miejsca spaceru jedyna pacjentka w Ośrodku pisała: *przesyłają buziaki, krzyczą: koteczku, w lato to potrafili krzyczeć: ściągaj koszulkę jest równouprawnienie (...). Czuję dyskomfort i zawstydzenie oraz mam odczucie osaczenia.* Niestety pomimo upływu czasu nie podjęto żadnych kroków w kierunku przeciwdziałania tego typu sytuacjom. Kobieta ta ma co prawda własny pokój, jednak na oddziale przebywa z 19 mężczyznami. Jak udało się ustalić wizytującym pacjentka niechętnie korzysta ze spacerów chcąc uniknąć słownego molestowania. Rozmówcy KMPT wskazywali także, że jeden z pacjentów usiłował pocałować kobietę wbrew jej woli, co ostatecznie miało zostać udaremnione przez innego pacjenta. W dokumentacji medycznej pacjentki można zaś znaleźć jej odręczne notatki, w których pisze o m.in. obniżonym nastroju spowodowanym

⁷⁵ Sygn. KOZZD/DRB/425/2021.

molestowaniem seksualnym przez jednego z pacjentów Ośrodka – „*Mam ochotę się zabić*” (...)*Nie wiem co mam robić nie wiem z kim mam porozmawiać.*”⁷⁶

Biorąc pod uwagę, że w opinii zespołu terapeutycznego KOZZD kobieta choruje psychicznie, należy zastanowić się czy Ośrodek nie powinien w tej sytuacji złożyć zawiadomienia o możliwości popełnienia przestępstwa z art. 198 Kodeksu karnego⁷⁷. Trzeba bowiem zauważyć, że notatki te znajdują się w tzw. medycznej⁷⁸ dokumentacji pacjentki, zatem niewątpliwie informację na temat tego zajścia posiadali pracownicy KOZZD. Co więcej, część zebranych notatek była kierowana bezpośrednio do pracowników⁷⁹. Ponadto ponieważ obecnie nie przeprowadza się w placówce przeszukań pokoi można przyjąć, że pacjentka przekazuje te notatki dobrowolnie. Zapiski dotyczą różnej tematyki, czasem to jedynie obrazki lub opis dnia, czasami to informacje na temat obniżonego nastroju czy myśli samobójczych. Jest ich bardzo wiele, nie są przy tym w żaden sposób skatalogowane i uporządkowane. Nie zostały też wyłączone do odrębnej dokumentacji, która byłaby prowadzona np. tylko przez psychologa. Trudno więc ustalić jaki cel przyświeca ich gromadzeniu. Biorąc pod uwagę charakter tych notatek, jeśli w ocenie zespołu terapeutycznego nadal istnieje konieczność ich archiwizowania, KMPT zaleca, aby były one przechowywane w odrębnej dokumentacji, do której dostęp jest ograniczony.

Wydarzenia opisane w analizowanych materiałach niewątpliwie dowodzą, że pracownicy otrzymywali od pacjentki niepokojące sygnały dotyczące naruszania sfery jej wolności seksualnej. Tym bardziej dziwi, dlaczego mając takie informacje zebrane w dokumentacji placówki Kierownik KOZZD stwierdza, że przypadki molestowania seksualnego nie mają miejsca w Ośrodku.

W opinii KMPT sytuacja ta dobitnie potwierdza, że zalecenie z 2019 r. pozostaje w całości aktualne. Wprowadzone procedury powinny mieć na celu ochronę ofiary, powinny też precyzyjnie określać ścieżkę postępowania, w tym dokumentowania nadużyć seksualnych, a także takich kwestii jak informowanie organów ścigania o możliwym popełnieniu

⁷⁶ Z uwagi na bardzo intymny charakter notatek pacjentki, KMPT poprzestaje jedynie na upublicznieniu ich fragmentów wskazujących na aktualność problemu zidentyfikowanego podczas poprzedniej wizytacji Ośrodka przez Krajowy Mechanizm.

⁷⁷ Zgodnie z art. 198 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (t. j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1444): *Kto, wykorzystując bezradność innej osoby lub wynikający z upośledzenia umysłowego lub choroby psychicznej brak zdolności tej osoby do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem, doprowadza ją do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

⁷⁸ W dalszej części raportu zostanie szerzej omówiony problem chaotycznego prowadzenia dokumentacji indywidualnej pacjentów.

⁷⁹ Sugerują to nagłówki np. „Szanowny Personelu”, „P. Doktorze i P. Moniko”.

przestępstwa. Obecnie bowiem nie ma procedury, która by to regulowała. Chodzi także o sytuacje, gdy ofiarą przestępstwa może stać się osoba spoza Ośrodka.

Warto bowiem zauważyć, że zgodnie z pkt. 1 wspomnianego porozumienia pomiędzy pacjentami a dyrekcją Ośrodka: *Pacjenci będą mogli korzystać ze swoich prywatnych smartfonów i laptopów z dostępem do sieci internetowej (opłacanej przez pacjentów), po podpisaniu oświadczenia imiennego przed odbiorem urządzenia przez każdego pacjenta, warunkującego brak materiałów zakazanych. Jeżeli zostaną ujawnione na sprzęcie danego pacjenta jakiegokolwiek materiały zakazane m.in. o charakterze zbrodniczym, pedofilskim, pornograficznym itp. to wszystkie urządzenia będące w posiadaniu pacjenta, mające dostęp do sieci internetowej zostaną mu zabrane*⁸⁰. Nie określono jednak w żadnej procedurze szczegółowych zasad postępowania, w tym dotyczących składania zawiadomienia organom ścigania, w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności.

Problem ten został dostrzeżony przez wizytujących podczas analizy jednego z przypadków. W ramach spotkania z psychologiem pacjent przyznał się, że prowadził rozmowę o charakterze seksualnym z małoletnim. W jej trakcie miało dojść także do wymiany zdjęć narządów płciowych. Wyznanie pacjenta miało miejsce podczas spotkania 24 września 2020 r., jednak notatka służbowa psycholożki⁸¹ informująca o uzyskaniu tych informacji jest datowana dopiero na 2 października 2020 r. Notatka ta została dołączona do pisma z tego samego dnia, które Kierownik KOZZD skierował do Komendy Powiatowej Policji w Gostyninie. Z notatki służbowej pielęgniarki koordynującej, która została sporządzona 5 października 2020 r. wynika, że dopiero tego dnia funkcjonariusze Policji zabezpieczyli telefony komórkowe i tablet należące do pacjenta. Nastąpiło to zatem po ponad 10 dniach od rozmowy pacjenta z małoletnim. Warto zauważyć, że w przekazanej wizytującym dokumentacji nie ma informacji, by bezpośrednio po przyznaniu się pacjenta do niedozwolonych kontaktów Kierownik KOZZD zdecydował o cofnięciu mu zgody na określony sposób kontaktu⁸². Dopiero 17 listopada 2020 r. Kierownik KOZZD wydał zarządzenie, w którym nałożył na pacjenta zakaz korzystania z infokiosku do czasu

⁸⁰ Ponadto w punkcie tym ustalono, m.in. że: *Każdy właściciel urządzenia zobowiązany jest do zabezpieczenia urządzenia hasłem dostępowym i nie udostępniania swoich urządzeń innym pacjentom. Pacjent w oświadczeniu ma obowiązek podać kod dostępu do urządzeń mających dostęp do sieci internetowej. Ponadto w każdym oddziale zostanie przygotowane jedno stanowisko komputerowe z dostępem do sieci internetowej z „blokadą rodzicielską” dla pacjentów nieposiadających laptopów.*

⁸¹ W opisanej sprawie prokurator zwolnił psycholożkę z tajemnicy zawodowej i służbowej postanowieniem z dnia 4 listopada 2020 r. Jak wynika z analizy dokumentacji kobieta nie jest już pracowniczką KOZZD.

⁸² Zgodnie z art. 29 ust. 2 ustawy z 22 listopada 2013 r.

zakończenia postępowania i zwrotu sprzętu zatrzymanego przez organy wymiaru sprawiedliwości. Jak wynika z analizy dokumentacji pacjent miał później zwrócić się do Kierownika KOZZD z prośbą o wyrażenie zgody na posiadanie innego telefonu komórkowego. Po uzyskaniu opinii z Prokuratury Rejonowej w Gostyninie, która prowadzi śledztwo w tej sprawie, Kierownik KOZZD wydał kolejne zarządzenie, w którym wskazał: *z dniem 10.03.2021 r. odbieram Panu możliwość kontaktu za pośrednictwem środków komunikacji telefonicznej i elektronicznej*. Nastąpiło to zatem po ponad 5 miesiącach od zawiadomienia organów ścigania o możliwości popełnienia przestępstwa.

Sytuacja ta doskonale pokazuje, jak ważne jest wprowadzenie odpowiednich procedur, które pozwolą m.in. na skrócenie czasu informowania organów ścigania o możliwości popełnienia przestępstwa czy podjęcia decyzji dotyczących ograniczenia kontaktu, co może przyczynić się do skuteczniejszej ochrony potencjalnych ofiar. Niezwykle ważne jest również wprowadzenie jasnych wytycznych dla pracowników, w szczególności dla członków zespołu terapeutycznego, w których określone zostaną zasady postępowania w sytuacji, gdy terapeuci posiadają informacje mogące świadczyć o popełnieniu przestępstwa. Należy bowiem pamiętać, że psychologowie zobligowani są do świadczenia pomocy z zachowaniem tajemnicy zawodowej⁸³ oraz postępowania zgodnie z etyką zawodową. Ogromną rolę w ich pracy odgrywa budowanie poczucia bezpieczeństwa i zaufania w relacji terapeutycznej z pacjentem. Warto zatem, aby mieli jasność postępowania w tego typu sytuacjach.

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;

Zalecenie niezrealizowane. Jak wynika z analizy dokumentacji w latach 2019-2021 pracownicy KOZZD wzięli udział w następujących szkoleniach: metody diagnostyczne w seksuologii (1 osoba); superwizja (2 osoby); warsztat psychologa klinicznego, umiejętności praktyczne i narzędzia diagnostyczne (1 osoba); szkolenie z pierwszej pomocy (100 osób). Ponadto 3 osoby wzięły udział w V Międzynarodowym Kongresie Psychiatrii Sądowej. Zaś w roku 2019 i 2020 wyszczególniono, że 160 osób co miesiąc było szkolonych z technik

⁸³ Art. 14 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (t.j. Dz.U. z. 2019 r. poz. 1026).

samoobrony⁸⁴. Na 2021 r. przewidziano natomiast szkolenie pt. „Radzenie sobie ze stresem w miejscu pracy”. Pracownicy wskazywali, że takie szkolenie miało rozpocząć się w marcu 2021 r.

KMPT docenia, że podjęto działania na rzecz doskonalenia zawodowego członków zespołu terapeutycznego, jednak w obecnej sytuacji, gdy atmosfera w Ośrodku jest tak bardzo napięta i dochodzi do werbalnych jak i fizycznych ataków, których obiektem staje się personel w tym m.in. pielęgniarki, pracownicy socjalni czy pracownicy ochrony, koniecznie jest podjęcie działań na rzecz wsparcia także tej grupy pracowników. Jak już wskazano w niniejszym raporcie skala tego zjawiska napawa ogromnym niepokojem i powinna stanowić ostateczny impuls do podjęcia działań zapobiegawczych. Co prawda rozmówcy wskazywali, że niebawem mają wziąć udział w spotkaniach na temat radzenia sobie ze stresem, jednak jak wynika z analizy dokumentacji to pierwsze tego typu szkolenie w ciągu co najmniej 2 lat. W tym czasie nie odbyły się żadne szkolenia dotyczące kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, radzenia sobie z agresją czy z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Co szczególnie istotne, już w 2017 r. CPT wskazywał, że *mając na uwagę bardzo wymagający charakter i pracy, większe wsparcie zewnętrzne i większy nadzór byłyby korzystne, w ramach zapobiegania wypaleniu zawodowemu*⁸⁵. (...) *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*⁸⁶.

W tym kontekście warto także zwrócić uwagę na standardy CPT, w których podkreślono, 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*⁸⁷. CPT zaznaczył również, że *aktywizacja i wsparcie z zewnątrz są także konieczne w celu zapewnienia, aby personel ośrodka psychiatrycznego nie stał się zbyt wyizolowany. W związku z tym jest wysoce pożądane zapewnienie takiemu personelowi możliwości szkoleniowych poza miejscem pracy, jak również innych form aktywności*⁸⁸.

⁸⁴ W 2020 r. poza techniką samoobrony odbyły się szkolenia dotyczące jedynie: prawa zamówień publicznych, prowadzenia sekretariatu, pracowniczych planów kapitałowych, prawa pracy i kurs prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych.

⁸⁵ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 126.

⁸⁶ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 128.

⁸⁷ Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf(98)12, § 28.

⁸⁸ Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf(98)12, § 46.

W ocenie KMPT niezbędne jest zatem przeprowadzanie cyklicznych 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. Nie powinno dochodzić do sytuacji, gdzie w ciągu roku nie odbywa się ani jedno szkolenie dotyczące tej tematyki. Co ważne, szkolenia te powinny być dostępne w szczególności dla personelu, który na co dzień ma bezpośredni i długotrwały kontakt z pacjentami m.in. dla personelu pielęgniarskiego i pracowników ochrony.

4) wprowadzenie zewnętrznej superwizji dla całego personelu,

Zalecenie niezrealizowane. Z przekazanego wizytującym zestawienia pt. „Zrealizowane szkolenia i kursy personelu w latach 2019-2021” wynika, że w 2019 r. jedynie dwie osoby brały udział w superwizji prowadzonej przez zewnętrzny podmiot. Rozmówcy wskazywali także, że realizowane były tzw. superwizje koleżeńskie. Dotyczyło to jednak wyłącznie członków zespołu terapeutycznego, a nie wszystkich pracowników, którzy na co dzień mają bezpośredni kontakt z pacjentami.

Tymczasem, jak już wskazano w niniejszym raporcie, zdaniem ekspertki członkowie personelu powinni mieć możliwość skorzystania z porady psychologicznej **u specjalisty spoza Ośrodka**. Pomoc psychologiczna udzielana przez osoby pracujące w Ośrodku jest obciążająca zarówno dla osoby, której jest ona udzielana jak i dla osoby jej udzielającej. W ocenie ekspertki taka forma wsparcia nie jest profesjonalna bowiem biorą w niej udział osoby, które łączy relacja terapeuty – pacjent.

Niewątpliwie omawianie w zespole problemów pacjentów i ewentualnych pomysłów, jak pracować z daną osobą, jest jak najbardziej pożądane, ale superwizja jest głębszym aspektem pracy terapeutycznej, również włączającym intrapsychiczne problemy terapeuty, jego deficyty i przekonania oraz ich wpływ na relację terapeutyczną. Należy zastanowić się czy w takiej sytuacji superwizja prowadzona przez osobę kierującą zespołem psychologów będzie spełniała swoją rolę. Po pierwsze, czy będą oni chcieli mówić otwarcie o swoich wewnętrznych przekonaniach, problemach, deficytach z osobą, która jest ich przełożonym. Po drugie, warto także zastanowić się czy przełożony będzie czuł się komfortowo w takiej sytuacji, analizując prywatne problemy pracowników.

W tym kontekście należy także podkreślić, że relacje w zespole terapeutycznym są bardzo ważnym aspektem prowadzonej w Ośrodku terapii. Niedomówienia, napięcia, konflikty w zespole terapeutycznym powodują, że pacjenci, którzy mają tendencję do manipulacji będą

wykorzystywali te sytuacje. Napięcia te zapewne są również podświadomie wyczuwalne przez pacjentów i mogą powodować u nich rozchwianie emocjonalne.

W związku z tym ważne jest by pomiędzy osobami należącymi do zespołu terapeutycznego nie było napięć, a jeśli się pojawią by były identyfikowane i przepracowywane. Dotyczy to całego zespołu, w całym Ośrodku, bez podziału na oddziały, gdyż wszyscy terapeuci stanowią jeden zespół niezależnie na jakim oddziale pracują. W takim szerokim składzie osobowym powinny być omawiane wszelkie sprawy dotyczące zespołu terapeutycznego. Zdaniem ekspertki, wskazane jest również rozważenie wprowadzenia grupy Balinta, która na bieżąco pozwoli regulować emocje wśród personelu.

Ze względu na niezwykle trudny charakter pracy, a w szczególności obecną atmosferę KMPT zaleca, aby wszyscy pracownicy mający na co dzień kontakt z pacjentami mieli możliwość skorzystania z zewnętrznej superwizji. Warto zwrócić uwagę, że nawet w dobie pandemii możliwe jest prowadzenie tego typu spotkań np. w formie online.

5) wsparcie personelu w dalszym rozwoju zawodowym m.in. poprzez dofinansowywanie specjalistycznych szkoleń i kursów;

Zalecenie zrealizowane. Jak wynika z przekazanej dokumentacji, w latach 2019-2020⁸⁹ pracownicy korzystali z dofinansowania na: pobieranie nauki na kursie psychoterapii poznawczo-behawioralnej (1 osoba, 2 rok nauki w ramach 4 letniego kursu), studia podyplomowe z zakresu seksuologii klinicznej (1 osoba, 1 rok), szkolenie z zakresu terapii schematów (1 osoba); metodologia pracy z pacjentami z osobowością psychopatyczną w paradygmacie poznawczo-behawioralnym (1 osoba). W 2021 r. jedna osoba uzyskała dofinansowanie na pobieranie nauki na kursie psychoterapii poznawczo-behawioralnej (1 rok nauki w ramach 4 letniego kursu). Dofinansowanie pracodawcy w przypadku wymienionych kursów i szkoleń wynosiło 20% lub 75% kosztów. Dodatkowo w 2019 r. 3 pracowników wzięło udział w V Międzynarodowym Kongresie Psychiatrii Sądowej. Rozmówcy mieli świadomość możliwości indywidualnego ubiegania się o dofinansowanie szkoleń zewnętrznych. Wskazywali, że można również otrzymać dodatkowe dni wolne od pracy na szkolenie.

W opinii ekspertki, konieczne jest jednak opracowanie jasnych kryteriów przyznawania dni szkoleniowych, poprzez odgórne, znane wszystkim pracownikom, ustalenie ich rocznej

⁸⁹ W tych latach dofinansowano także jeden kurs dla osób spoza zespołu terapeutycznego dotyczący projektowania, instalowania i nadzorowania systemów CCTV/VSS wykorzystujących protokół IP. Pracodawca dofinansował 90% jego kosztów.

liczby. Powinna być ona taka sama dla wszystkich osób pragnących podnosić swoje kwalifikacje, głównie terapeutów. Pracownicy powinni mieć możliwość przedstawienia swoich oczekiwań w tym zakresie, tak aby ostateczne ustalenia były adekwatne do potrzeb. W limicie dni przeznaczanych na szkolenia powinno uwzględnić się także wyjazdy na konferencje. Jak zaznaczyła ekspertka, wyjazdy na organizowane konferencje winny być z góry ustalane, gdyż ich grafik roczny jest zazwyczaj w dużej części jest znany odpowiednio wcześniej. Ważne jest, aby każdy członek personelu, który chciałby z korzystać z wyjazdu na konferencję dydaktyczną, miał taką możliwość przynajmniej raz w roku.

Ponadto kwota dofinansowania szkoleń powinna być ustalana na początku roku z uwzględnieniem wszystkich psychologów oraz terapeutów i podzielona w równych częściach na każdego z nich. Zdaniem ekspertki, przydzielanie dofinansowania wyłącznie na indywidualny wniosek pracownika nie gwarantuje jawności i może powodować konflikty. Określenie zasad przydzielania dofinansowania i dni szkoleniowych jest niezbędne w procesie dbania o prawidłowe relacje w zespole terapeutycznym. Należy bowiem zauważyć, że nierówne traktowanie rodzi konflikty i napięcie, które nie sprzyja warunkom terapeutycznym.

KMPT zaleca zatem wprowadzenie jasnych zasad dotyczących ubiegania się o dofinansowanie szkoleń i kursów oraz planowania dni szkoleniowych.

6) zaprzestanie przeprowadzania przez personel KOZZD kontroli osobistej pacjentów; w przypadku podejrzenia posiadania niebezpiecznych przedmiotów kontroli takiej powinni dokonywać funkcjonariusze Policji;

Zalecenie zrealizowane. Zgodnie z Anekssem nr 1 z dnia 26 lutego 2020 r. w regulaminie KOZZD zmieniono § 13 ust. 8, zgodnie z którym: *po powrocie z odwiedzin pacjent w uzasadnionych przypadkach poddawany jest kontroli ręcznym wykrywaczem metalu przez pracownika ochrony. W przypadku wykrycia przez to urządzenie posiadania przez pacjenta przedmiotów metalowych, ma on obowiązek okazać kieszenie pracownikowi ochrony. W razie podejrzenia posiadania przez pacjenta środków odurzających lub przedmiotów niebezpiecznych, Kierownik Biura Ochrony, a w razie jego nieobecności Dowódca Zmiany wzywa Policję. Taka sama zasada obowiązuje pacjenta wyjeżdżającego poza Krajowy Ośrodek.* Rozmówcy - zarówno pacjenci jak i członkowie personelu - przyznali, że obecnie procedura ta jest realizowana w praktyce. Dotychczas nie było przypadku, aby

funkcjonariusze Policji zostali wezwani do Ośrodka celem przeprowadzenia kontroli osobistej.

7) zrezygnowanie z noszenia w widocznym miejscu środków przymusu bezpośredniego przez pracowników ochrony; sprzęt ten powinien być dostępny w wyznaczonych na oddziałach miejscach;

Zalecenie niezrealizowane. Pracownicy ochrony pełnią dyżury w swoistym umundurowaniu nosząc w widocznym miejscu środki przymusu bezpośredniego (kajdanki, 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*⁹⁰.

Od 2017 r. praktyka ta się jednak nie zmieniła, warto jednak zauważyć, że w tym czasie liczba pacjentów wzrosła z 43 do 91. Dodatkowo, obecnie na jednym oddziale przebywa także ok. 5-9 pracowników ochrony. Ze względu na małą przestrzeń i występujące przeludnienie ich obecność jest bardzo widoczna. Tymczasem w tego typu placówce niedyskretna obecność pracowników ochrony wyposażonych środki przymusu może przyczyniać się do budowania barier terapeutycznych i społecznych. Nie można także zapominać, że ze względu na przeludnienie atmosfera w Ośrodku jest niezwykle napięta i w przeszłości dochodziło już do agresji fizycznej ze strony pacjentów. Jak ustalili wizytujący, podczas drugiej fali pandemii Covid-19 w jednym z oddziałów zastosowano reżim sanitarny ze względu na stwierdzone przypadki zakażeń, pracownicy ochrony ubrani byli w kombinezony ochronne i nie posiadali przy sobie pałek służbowych. W czasie wydawania posiłków doszło do wybuchu agresji jednego z pacjentów, który został już opisany w niniejszym raporcie. Pracownik ochrony został wówczas fizycznie zaatakowany; pobudzony pacjent rozerwał też kombinezon ochronny pracownika, co mogło narazić go na zakażenie koronawirusem.

W kontekście stosowania środków przymusu bezpośredniego należy szczególnie przyjrzeć się zasadności posiadania przez pracowników ochrony ręcznych miotaczy substancji obezwładniających. Warto zauważyć, że w przypadku szamotaniny stosunkowo łatwo może dojść do przechwycenia gazu obezwładniającego przez pacjentów. Jednakże

⁹⁰ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 128.

użycie tego typu środka, w tak gęsto zaludnionej przestrzeni o relatywnie słabej wentylacji, nawet przez osoby uprawnione może nieść ze sobą poważne konsekwencje zdrowotne zarówno dla pacjentów jak i personelu.

Warto należy zaznaczyć, że międzynarodowe standardy w zakresie praw człowieka stanowią, że drażniące substancje chemiczne nie mogą być *stosowane tam, gdzie znajdują się osoby starsze, dzieci, lub inne osoby, które mogą mieć problem z przemieszczaniem się w celu uniknięcia kontaktu z chemikaliami. Niedopuszczalne jest także ich stosowanie w zamkniętych pomieszczeniach lub na stadionach sportowych, gdzie możliwości wyjścia są ograniczone i gdzie występuje niebezpieczeństwo zmiążdżeń*⁹¹. W 2020 roku, Biuro Wysokiego Komisarza ONZ ds. Praw Człowieka wydało Wytyczne ONZ odnośnie mniej śmiertelnych broni, które stanowią, że *drażniących środków chemicznych nie należy stosować w zamkniętych przestrzeniach pozbawionych odpowiedniej wentylacji lub tam, gdzie nie ma odpowiednich wyjść. Związane jest to z ryzykiem śmierci lub poważnych urazów spowodowanych asfiksją*⁹². SPT również wyraził *poważne wątpliwości co do użycia gazów drażniących w zamkniętych przestrzeniach, jako że może to stanowić zagrożenie dla zdrowia i powodować niepotrzebne cierpienie*⁹³. Ponadto brytyjska organizacja Omega Research Foundation wydała opinię, w której odniesiono się do kwestii ryzyka związanego z wykorzystywaniem drażniących substancji chemicznych, takich jak gaz łzawiący czy gaz pieprzowy w dobie pandemii COVID-19⁹⁴.

Biorąc pod uwagę obecne przeludnienie Ośrodka oraz fakt, że gaz obezwładniający nie powinien być stosowany w zamkniętych przestrzeniach, KMPT zaleca rezygnację z noszenia ręcznych miotaczy substancji obezwładniających przez pracowników ochrony. Ustawodawca rozważając zaś nowelizację obecnie funkcjonujących przepisów powinien całkowicie usunąć ten środek przymusu bezpośredniego z katalogu środków możliwych do użycia w KOZZD. W pozostałym zakresie, ze względu na niezwykle trudną sytuację w placówce związaną z jego przeludnieniem i eskalacją napięcia zasadne jest pozostawienie możliwości noszenia przez pracowników ochrony pozostałych środków przymusu. Docelowo jednak w tego typu placówkach środki przymusu nie powinny być

⁹¹ Biuro Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka ODIHR, Podręcznik praw człowieka w nadzorowaniu zgromadzeń (Human Rights Handbook on Policing Assemblies), 2016, <https://www.osce.org/odihr/22698>, str. 79.

⁹² Guidance on less-lethal weapons in law enforcement; https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CCPR/LLW_Guidance.pdf, pkt. 7.2.7.

⁹³ Raport z wizyty SPT w Brazylii z dnia 5 lipca 2012 r., CAT/OP/ BRA/1, § 128.

⁹⁴ Omega Research Foundation, *Opinia: Obniżanie ryzyka – ograniczenie wykorzystywania drażniących substancji chemicznych podczas pandemii COVID-19* [w:] <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/zgromadzenia-uzycie-gazu-opinia-fundacja-omega-research-foundation>

stałym elementem wyposażenia; sprzęt ten powinien być dostępny do pobrania z wyznaczonych na oddziałach miejsc. Ekspertka wskazała także, że w związku z brakiem możliwości innego dyscyplinowania (brak ustawowo wprowadzonego systemu kar i nagród), wydaje się, że także liczba pracowników ochrony nie powinna być zmniejszana.

8) odstąpienie od praktyki obligatoryjnego użycia kajdanek w przypadku transportu pacjenta poza KOZZD;

Zalecenie zrealizowane. W punkcie 10. porozumienia pomiędzy pacjentami a dyrekcją KOZZD ustalono, że *wobec pacjentów po 70 roku życia, o widocznej niepełnosprawności oraz wobec tych, którzy uzyskali pozytywną opinię dotyczącą opuszczenia Ośrodka, wydaną przez KOZZD, prewencyjny przymus bezpośredni w postaci kajdanek, nie będzie stosowany. Ponadto podczas transportu pacjentów poza KOZZD nie będzie wobec nich stosowane prewencyjne użycie kajdanek. Wobec pacjentów, którzy nie mają pozytywnej opinii KOZZD na czas wejścia do budynków użyteczności publicznej zostaną użyte kajdanki w postaci zespolenia z ręką pracownika ochrony. W przypadku przejawiania agresywnych zachowań przez pacjenta na terenie KOZZD przed wyjazdem poza jego teren, w/w zapisy nie obowiązują.* Zarządzeniem wewnętrznym Kierownika KOZZD z dnia 2 września 2020 r. procedura ta została jednak zmieniona. Po zapoznaniu się z „Opinią prawną dotyczącą zasad postępowania w KOZZD związanych ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego w postaci kajdanek⁹⁵” z procedury tej usunięto fragment: *wobec pacjentów, którzy nie mają pozytywnej opinii KOZZD na czas wejścia do budynków użyteczności publicznej zostaną użyte kajdanki w postaci zespolenia z ręką pracownika ochrony.* Jak wskazano w przywołanej opinii, tego typu modyfikacje nie były zgodne ze sposobem stosowania kajdanek przewidzianym w art. 37 ust. 6 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r⁹⁶. Jak ustalili wizytujący obecnie, w przypadku osób, które nie mają pozytywnej opinii KOZZD, gdy dochodzi do transportu tych osób są one skuwane na ręce trzymane z przodu dopiero w chwili wysiadania z pojazdu. Pozostałe ustalenia są realizowane zgodnie z postanowieniami przyjętego porozumienia. W przypadku badania lekarskiego lub rozprawy sądowej, to lekarz lub sędzia prosi o ewentualne rozkucie pacjenta.

⁹⁵ Opinia sporządzona przed radcą prawnego dnia 26 sierpnia 2020 r.

⁹⁶ Zgodnie ze wskazanym przepisem: *Kajdankę używa się w celu częściowego unieruchomienia kończyn, zakładając je na ręce trzymane z tyłu; w przypadku osób agresywnych można użyć ponadto kajdanek zakładanych na nogi albo kajdanek zespolonych. W przypadku prewencyjnego użycia kajdanek można założyć je na ręce trzymane z przodu.*

Wątpliwości KMPT wzbudził jednak sposób transportu jednego z pacjentów do ROPS⁹⁷. Jak wynikało z ustaleń Zastępczyni RPO⁹⁸ mężczyzna był skuty przez całą drogę. Jest to szczególnie zastanawiające, bowiem pacjent znajdował się na liście 20 osób, które w opinii KOZZD powinny zostać wypisane z Ośrodka. KMPT prosi o przedstawienie wyjaśnień w tej sprawie.

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;

Zalecenie niemożliwe do zweryfikowania. Jak wynika z informacji uzyskanych przez KMPT w placówce od dłuższego czasu nie przeprowadza się kontroli pomieszczeń⁹⁹. Należy jednak pamiętać, że zgodnie z art. 28 ust 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. możliwa jest kontrola przedmiotów posiadanych przez pacjenta. KMPT prewencyjnie przypomina, że powinna się ona odbywać z poszanowaniem praw pacjentów. Kwestia prywatnych notatek pacjentki została opisana w punkcie 5.2. niniejszego raportu.

10) ujednoczenie przepisów regulaminu odnoszących się do kwestii nadzoru nad korespondencją pacjentów;

Zalecenie niezrealizowane. Przepisy regulaminu nie zostały zmienione w tym zakresie. W § 16 ust. 1 regulaminu KOZZD wskazano, że *korespondencja wysyłana przez pacjentów przebywających w Ośrodku nie jest nadzorowana*. Tymczasem w § 16 ust. 4 w brzmieniu wskazanego aneksu doprecyzowano: *W obecności sekretarki medycznej pacjent otwiera korespondencję, inną niż wymieniona w punkcie 2 i wyjmuje jej zawartość, a sekretarka medyczna sprawdza ją pod kątem bezpieczeństwa, nie czytając treści listu. Otrzymane przez pacjenta produkty przekazywane są przez sekretarkę medyczną do dyżurki pielęgniarstwa celem poddania ich kontroli. Po sprawdzeniu produkty te są wydane pacjentowi lub przekazywane do depozytu Ośrodka*. Należy też zaznaczyć, że w § 16 ust. 2 zaznaczono, że *korespondencja adresowana do pacjentów z sądów, prokuratur, Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (...) nie podlega nadzorowaniu, chyba że w trakcie kontroli zewnętrznej*

⁹⁷ Chodzi o mężczyznę przewożonego w dniu 5 marca 2021 r.

⁹⁸ Notatka z dnia 19 marca 2021r. z rozmowy z pacjentami ROPS w Starogardzie Szczecińskim, sporządzona przez Zastępczynię RPO dr Hannę Machińską; sygn. IX.517.464.2021.

⁹⁹ W raporcie z 2019 r. wskazano, że odbywały się one nawet 2 razy w ciągu miesiąca.

przesyłki, ujawnione zostaną w niej elementy metalowe lub inne przedmioty zagrażające bezpieczeństwu pacjentów lub pracowników Ośrodka.

Obecne brzmienie poszczególnych ustępów regulaminu w związku z ujęciem w ich treści pojęcia nadzoru oraz kontroli korespondencji jest ze sobą rozbieżne. W opinii KMPT, pomimo wprowadzenia pojęcia kontroli, tak opisana procedura spełnia jednak przesłanki do uznania jej za formę nadzoru¹⁰⁰. W tym kontekście warto przywołać ustawową definicję ujętą w Kodeksie karnym wykonawczym. Zgodnie z nią: *przez pojęcie nadzoru nad korespondencją rozumie się otwarcie listu i sprawdzenie jego zawartości*¹⁰¹. Niewątpliwie kluczowym problemem w przypadku KOZZD jest fakt, że w ustawie z 22 listopada 2013 r. brakuje tego typu przepisów, które określałyby podstawy przeprowadzania nadzoru, cenzury czy zatrzymania korespondencji¹⁰². W nowelizacji wskazanej ustawy zagadnienia te powinny być szczegółowo doprecyzowane. Nie można bowiem dopuszczać do sytuacji, w której kwestie z zakresu konstytucyjnego prawa do tajemnicy korespondencji stają się wyłącznie przedmiotem wewnętrznych regulacji. W demokratycznym państwie prawa takie standardy nie mogą mieć miejsca.

11) zrezygnowanie z dotychczasowego systemu odbierania przywilejów, który nie ma oparcia w przepisach ustawy, a jest traktowany jako środek dyscyplinujący;

Zalecenie zrealizowane. Jak wskazywali rozmówcy, w placówce nie stosuje się już zasady odbierania przywilejów, co było wcześniej formą kary za nieodpowiednie zachowanie pacjenta¹⁰³. Już w 2017 r. CPT zanegował tę praktykę wskazując, 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*

¹⁰⁰ W sprawie procedury otwierania korespondencji kierowanej do pacjentów KOZZD interweniowała także Helsińska Fundacja Praw Człowieka zob. P. Rojek-Socha, *Ochrona tajemnicy korespondencji? Nie w Gostyninie* [w:] prawo.pl, wiadomość z dnia 5 września 2019 r.

¹⁰¹ Art. 242 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 53).

¹⁰² E. Dawidziuk, *Luki w przepisach prawa powszechnie obowiązującego w zakresie izolacji postpenalnej w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym – omówienie wybranych zagadnień* [w:] E. Dawidziuk, J. Nowakowska, *Izolacja sprawców przestępstw uznawanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa*, Warszawa 2020 r., s. 48.

¹⁰³ R. Piotrowski w swej opinii zauważył, że: *określone w regulaminie uprawnienia kierownika Ośrodka ograniczające prawa i wolności pacjentów i przewidujące możliwość ich karania są niezgodne z art. 2 Konstytucji RP, ponieważ zostały sformułowane w sposób umożliwiający ich szeroką interpretację.* Zob. R. Piotrowski, *Opinia o zgodności z Konstytucją RP Wewnętrzny regulaminu organizacyjno-porządkowego pobytu pacjenta w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym w Gostyninie z dnia 17 września 2018 r.* [w:] E. Dawidziuk, J. Nowakowska, *Izolacja sprawców przestępstw uznawanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa*, Warszawa 2020 r., s. 141-142.

mieć miejsca w placówce terapeutycznej¹⁰⁴. Choć w praktyce problem ten został rozwiązany, to jednak nie zmieniono w tym zakresie regulaminu KOZZD. I tak wciąż można w nim znaleźć następujące zapisy:

§ 18 ust. 2 regulaminu: *Przyznanie przywileju do wykonywania zakupów może być cofnięte pacjentowi przez Kierownika Ośrodka z powodu nagannych zachowań¹⁰⁵;*

§ 8 ust. 7 regulaminu: *Pacjenci mogą posiadać telefon komórkowy w ramach przyznanego im przez Kierownika Ośrodka przywileju. Telefon ten nie może posiadać możliwości nagrywania dźwięku i obrazu, fotografowania, odtwarzania i łączności z Internetem. Telefon wydawany jest pacjentowi dopiero po sprawdzeniu przez informatyka. Korzystać z niego może jedynie w czasie wolnym od zajęć.*

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

§ 8 ust. 6b regulaminu: *Przywilej posiadania przez pacjenta sprzętu wymienionego w punkcie 6¹⁰⁶ może zostać cofnięty przez Kierownika Ośrodka.*

Poza tym, że w punktach tych nadal używany jest termin przywilej i wskazuje się, że możliwe jest jego odebranie, to dodatkowo warto zwrócić uwagę, że treść regulaminu nie odpowiada także ustaleniom zawartym w porozumieniu pomiędzy pacjentami a dyrekcją KOZZD. Już w pierwszym punkcie porozumienia wskazano bowiem, że pacjenci będą mogli korzystać ze swoich prywatnych smartfonów i laptopów z dostępem do sieci internetowej (opłacanej przez pacjentów), co stoi w sprzeczności z przywołanym § 8 ust. 7 regulaminu. KMPT zaleca zatem dostosowanie przepisów regulaminu do obowiązujących w Ośrodku zasad.

Należy podkreślić, że w tego typu placówce konieczne jest stworzenie przejrzystego systemu kar i nagród. Środki oddziaływania na pacjentów powinny uwzględniać motywowanie do pozytywnych zachowań – poprzez system nagród oraz dawać personelowi prawo zareagowania na nieakceptowalne sytuacje poprzez system środków dyscyplinujących. Jednakże musi istnieć ku temu odpowiednia podstawa prawna. Tymczasem ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. nie przewiduje tego typu rozwiązania. Uwzględnienie w planowanej

¹⁰⁴ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 136.

¹⁰⁵ R. Piotrowski w swojej opinii zaznacza, że zamiast zdefiniowania nagannych zachowań przez wskazanie na naruszanie regulaminu, zastosowano formułę odsyłającą do swobodnego uznania kierownika, co jest nagannym zachowaniem w Ośrodku. Zob. R. Piotrowski, *Opinia o zgodności z Konstytucją RP Wewnętrznego regulaminu organizacyjno-porządkowego pobytu pacjenta w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie z dnia 17 września 2018 r.* [w:] E. Dawidziuk, J. Nowakowska, *Izolacja sprawców przestępstw uznawanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa*, Warszawa 2020 r., s. 141-142.

¹⁰⁶ Chodzi o: MP3, MP4, radio, konsolę do gier – 1 sztukę, oryginalnie zapakowane nośniki pamięci - 2 sztuki o pojemności do 32 GB.

nowelizacji ustawy odpowiednich regulacji – katalogu środków jakie można zastosować w przypadku pozytywnych, jak i negatywnych zachowań pacjentów – jest bardzo ważne zarówno dla umieszczonych w KOZZD osób, jak i zatrudnionego tam personelu¹⁰⁷. W opinii ekspertki, wprowadzenie jasnego jednolitego systemu kar i nagród powinno być określone na poziomie ustawowym, warto jednak by ustawodawca tworząc tego typu katalog bazował na opiniach pracowników Ośrodka, ze szczególnym uwzględnieniem sugestii ze strony personelu mającego największą, codzienną styczność z pacjentami.

12) umożliwienie osobistego kontaktu pacjentom i osobom ich odwiedzającym;

Zalecenie formalnie zrealizowane. Zgodnie z pkt. 9 porozumienia pomiędzy pacjentami a dyrekcją KOZZD: *zostaną wprowadzone odwiedziny u pacjentów bez udziału pracownika ochrony (dozwolone pocałunki, trzymanie za rękę, przytulenie - pod kontrolą kamer). Pracownik ochrony będzie miał prawo przerwać odwiedziny w momencie, jeżeli zostaną przekroczone wyżej wymienione ustalenia, np. kiedy osoby uczestniczące w spotkaniu rozepną koszulę, spodnie, zaczną zdejmować z siebie ubrania, itp.* Porozumienie to zostało jednak zawarte w dniu 29 czerwca 2020 r., a więc w trakcie trwania pandemii Covid-19. Tymczasem już od dnia 5 marca 2020 r. w Ośrodku wprowadzono zakaz odwiedzin pacjentów KOZZD¹⁰⁸. W związku z tym w porozumieniu zaznaczono, że procedura ta będzie obowiązywała po zakończeniu zakazów związanych z pandemią. Pracownicy ochrony mieli świadomość, że taka procedura będzie realizowana.

W tym kontekście należy jednak zauważyć, że w dokumentacji placówki znajdował się także Regulamin odwiedzin pacjentów¹⁰⁹. Dokument ten nie uwzględniał rozwiązań przyjętych w porozumieniu pomiędzy pacjentami a Ośrodkiem. KMPT zaleca aktualizację tej procedury zgodnie z ustalonymi w porozumieniu zasadami.

¹⁰⁷ E. Dawidziuk, *Luki w przepisach prawa powszechnie obowiązującego w zakresie izolacji postpenalnej w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym – omówienie wybranych zagadnień* [w:] E. Dawidziuk, J. Nowakowska, *Izolacja sprawców przestępstw uznawanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa*, Warszawa 2020 r., s. 47-48.

¹⁰⁸ Zakaz odwiedzin został wprowadzony Zarządzeniem wewnętrznym Kierownika KOZZD z dnia 5 marca 2020 r. Jako podstawę prawną wskazano art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz.U. z 2020 r., poz. 849), zgodnie z którym *kierownik podmiotu (...) może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów*. W zarządzeniu podkreślono że działania te podyktowane były dużym zagęszczeniem pacjentów przebywających na terenie KOZZD, łatwością przenoszenia wirusa i brakiem miejsca ewentualnego odizolowania chorych.

¹⁰⁹ Wszedł w życie w dniu 19 listopada 2019 r.

13) odstąpienie od dotychczasowej praktyki obecności strażnika w czasie spowiedzi;

Zalecenie zrealizowane. Zarówno pacjenci jak i członkowie personelu wskazywali, że obecnie pracownicy ochrony nie są obecni podczas spowiedzi, nie uczestniczą w Mszach Świętych, które odbywają się na przygotowanej w tym celu sali rekreacyjnej. Pracownicy ochrony mają możliwość bieżącego podglądu monitoringu (bez fonii) z tego pomieszczenia, w czasie Mszy oczekują przed wejściem do sali.

Należy jednak zwrócić uwagę, że nie zmieniono w tym zakresie regulaminu KOZZD. W § 2 ust. 1 g) wskazano: *Pacjent przebywający w Krajowym Ośrodku ma prawo do wykonywania praktyk religijnych, przy obecności pracownika ochrony.* Tymczasem jak już podkreślono w raporcie KMPT z 2019 r. odbywanie praktyk religijnych w przymusowej obecności innej osoby jest naruszeniem prawa wolności sumienia i wyznania wynikających z art. 53 Konstytucji. Wprowadzenie tego punktu w regulaminie zanegował w swojej opinii¹¹⁰ również dr hab. Ryszard Piotrowski. KMPT zaleca usunięcie tego punktu regulaminu.

14) umożliwienie odbywania swobodnych rozmów z pełnomocnikami w warunkach zapewniających poufność;

Zalecenie zrealizowane. Widzenia z pełnomocnikami odbywają się w budynku portierni. W jego trakcie nie są obecni funkcjonariusze ochrony. Pomieszczenie jest monitorowane, jednak nie rejestruje fonii. Również w trakcie pandemii Covid-19 pacjenci mieli możliwość bezpośredniego kontaktu z pełnomocnikami z zachowaniem odpowiedniego reżimu sanitarnego. Pomieszczenie to wyposażone jest m.in. z przegrodę z pleksi oddzielającą rozmówców, dostępne są także środki do dezynfekcji rąk. Warto też zauważyć, że na prośbę jednego z pacjentów dotyczącą możliwości spotkania z notariuszem, Kierownik KOZZD wskazał, że może się ona odbyć na takich samych zasadach jak wizyty pełnomocników¹¹¹. Wizyty te mogą odbywać się w dni powszednie w godzinach od 14 do 18 zaś w weekendy i święta od 8 do 18.

Pewny problem, ze względu na przeludnienie Ośrodka, może stanowić rozmowa telefoniczna z pełnomocnikiem. W obecnych warunkach lokalowych trudno bowiem o pomieszczenie, w którym pacjent w ciszy i spokoju, z zachowaniem zasad poufności

¹¹⁰ R. Piotrowski, *Opinia o zgodności z Konstytucją RP Wewnętrznego regulaminu organizacyjno-porządkowego pobytu pacjenta w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym w Gostyninie z dnia 17 września 2018 r.* [w:] E. Dawidziuk, J. Nowakowska, *Izolacja sprawców przestępstw uznawanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa*, Warszawa 2020 r., s. 140.

¹¹¹ Odpowiedź z dnia 18 czerwca 2020 r.

mógłby przeprowadzić taką rozmowę. Dotyczy to także kontaktów m.in. z urzędami, gdzie w trakcie rozmowy pacjenci podają swoje dane osobowe. Jak wskazywali pacjenci, wielu z nich wykorzystuje do takich rozmów czas spaceru, bowiem na świeżym powietrzu łatwiej o zachowanie dystansu od innych osób niż podczas pobytu w budynku. Ponadto w wyniku zawartego porozumienia prawie wszyscy pacjenci mają dostęp prywatnych telefonów komórkowych oraz do internetu, w związku z czym ich kontakt z pełnomocnikami nie jest ograniczony. W porównaniu do wizytacji z 2019 r. w dokumentacji nie znaleziono skarg od pełnomocników wskazujących na utrudnianie telefonicznego kontaktu z ich klientami.

15) wyjaśnianie bezpośrednio z pacjentem ewentualnych wątpliwości co do ustanowienia pełnomocnika;

Zalecenie zrealizowane. Zarówno w dokumentacji jak i w rozmowach nie pojawił się problem dotyczący ustanawiania pełnomocnika. Wszelkie wątpliwości wyjaśniane są na bieżąco z pacjentem.

16) określanie w zarządzeniu Kierownika o przeszukaniu pomieszczenia informacji na temat przyczyny wydania decyzji;

Zalecenie niemożliwe do zweryfikowania. Jak już wskazano w niniejszym raporcie, w placówce od dłuższego czasu nie przeprowadza się kontroli pomieszczeń. W analizowanej dokumentacji nie znaleziono żadnych zarządzeń dotyczących tego rodzaju kontroli. Należy jednak pamiętać, że zgodnie z art. 28 ust 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. możliwa jest kontrola przedmiotów posiadanych przez pacjenta. KMPT zaleca, aby w tego typu sytuacjach w zarządzeniu Kierownika o przeprowadzeniu kontroli, podobnie jak jest to obecnie praktykowane w przypadku zarządzeń dotyczących ograniczenia kontaktów, wskazywać uzasadnienie oraz zawrzeć pouczenie o możliwości wniesienia zażalenia do sądu.

17) w przypadku podejmowania decyzji o ograniczeniu kontaktów precyzowanie przesłanek stojących za tą decyzją oraz powiadamianie sądu o wprowadzonych ograniczeniach;

Zalecenie zrealizowane. Jak udało się ustalić wizytującym obecnie bardzo rzadko Kierownik podejmuje decyzje dotyczącą ograniczenia kontaktów pacjentów na podstawie art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Szczególnie od chwili przyjęcia porozumienia pomiędzy pacjentami a dyrekcją Ośrodka tego typu sytuacje są sporadyczne. Dotyczą tylko indywidualnych spraw.

W jednym z analizowanych przypadków, który został już podniesiony w niniejszym raporcie, Kierownik KOZZD zarządzeniem z dnia 17 listopada 2020 r. wprowadził zakaz korzystania z infokiosku przez pacjenta, do czasu zakończenia postępowania i zwrotu sprzętu zatrzymanego przez organy wymiaru sprawiedliwości, a następnie zarządzeniem z dnia 10 marca 2021 r. odebrał mu możliwość kontaktu za pośrednictwem środków komunikacji telefonicznej i elektronicznej. W obu przypadkach, w zarządzeniach Kierownika KOZZD zawarte zostały uzasadnienia podjętych decyzji. Wskazano też, że sprzęt elektroniczny należący do pacjenta został zabezpieczony przez Policję, a dalsze ograniczenia związane są z tym, że zachodzi uzasadnione podejrzenie, iż pacjent może podjąć ponowną próbę kontaktu z małoletnim. W uzasadnieniu drugiego zarządzenia Kierownik podkreślił także, że decyzja ta wynikała z opinii przedstawionej przez prokuratora prowadzącego śledztwo w tej sprawie. W obu zarządzeniach znalazło się także pouczenie o treści: *zgodnie z art. 30 Ustawy z dn. 22.11.2013r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, przysługuje Panu możliwość wniesienia zażalenia do sądu w terminie 21 dni*. Na zarządzeniu widnieją też daty otrzymania i podpis pacjenta. Wprowadzone formularze zarządzeń Kierownika w pełni realizują zalecenie KMPT.

18) zaprzestanie stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia na żądanie pacjenta;

Zalecenie zrealizowane. W Ośrodku odstąpiono od praktyki stosowania unieruchomienia na prośbę pacjenta.

19) zrewidowanie dotychczasowych zasad prowadzenia terapii, z uwzględnieniem rozwiązań przedstawionych w pkt. 5.7. Raportu;

W raporcie z 2019 r. przedstawiono kilka kluczowych kwestii dotyczących zasad prowadzenia terapii. Ekspertki KMPT wskazały wówczas, 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 dysocjalnym 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.

Zalecenie niezrealizowane. Terapia prowadzona w obecnej formie nie jest wystarczająca dla każdego typu zaburzeń z jakimi spotkać się można w Ośrodku. Ekspertka ponownie zwróciła uwagę, że konieczne byłoby rozważenie wprowadzenia obok terapii indywidualnej innych form terapii - głównie w formie treningowej. Przy tej liczbie pacjentów i personelu może to być trudne, warto byłoby jednak rozważyć wprowadzenie dodatkowych terapii opartych o system treningowy.

Ekspertka KMPT rozumie trudności w utworzeniu grupy i oczywiście, że nie może ona być prowadzona jako grupa typowo psychoterapeutyczna, gdyż jest to niewskazane w przypadku zaburzeń osobowości o typie dys socjalnym. Należy jednak rozważyć wprowadzenie treningów np. treningu zastępowania agresji lub społeczności terapeutycznej. Społeczność taka pozwala rozładować napięcia zarówno wśród pacjentów jak i w relacjach pacjent - personel. W ocenie ekspertki, dobrą praktyką są spotkania Zastępczyni Kierownika Ośrodka z pacjentami raz w miesiącu, które można by rozszerzyć na spotkania personelu danego oddziału z pacjentami np. 2 razy w tygodniu. W ten sposób można ustalić pewne zasady, rozwiązać konflikty, przekazać istotne informacje.

Warto zaznaczyć, że już CPT w sprawozdaniu z wizyty w Polsce w 2017 r. zarekomendował poważne rozważenie koncepcji i filozofii leczenia w Ośrodku w Gostyninie. *Zaznaczył, że należy podjąć szersze działania celem zapewnienia aktywności terapeutycznych i rehabilitacyjnych, takich jak nauka kontrolowania agresji, szkolenie umiejętności życiowych, rekreacja, czy sport*¹¹².

Należy podkreślić, że pacjenci leczeni w Ośrodku są pacjentami trudnymi. Jak zauważyła ekspertka, ze względu na ich zaburzenia są często roszczeniowi, nie kontrolujący swoich zachowań, manipulujący, umiejący wykorzystać swoją pozycję do własnych celów, do tego dochodzi możliwa frustracja i niepewność dotycząca przyszłości. Nie dziwią, w związku z tym zachowania jakie przejawiają oni wobec personelu. Dlatego w ocenie ekspertki, bardzo ważny jest przepływ informacji pomiędzy personelem średnim i niższym a personelem wyższym. Nie powinno się w tym procesie wyłączać pracowników ochrony, którzy również mają bezpośredni kontakt z pacjentem i są także narażeni na różne nieprzyjemne sytuacje. Ekspertka zwróciła uwagę, że wspólne rozmowy dotyczące zachowań pacjentów omawiane czy to na bieżąco, czy na zebraniach, wzmagają jedność, zrozumienie i poczucie bezpieczeństwa w zespole. Pozwala to na opracowanie strategii i ustalenie wspólnych zasad postępowania z pacjentem w przypadku niepożądanych zachowań z jego strony.

¹¹² Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 121.

- 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.

Zalecenie zrealizowane. Jak wynika z rozmów, terapeuci pracują z pacjentami głównie w nurcie poznawczo – behawioralnym, co jest najbardziej wskazaną metodą pracy dla osób z zaburzeniami osobowości o typie dyssocjalnym i/lub zaburzeniami preferencji seksualnych.

- 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.

Wprowadzono pewnego rodzaju zmiany. Obecnie w Ośrodku funkcjonują dwa plany terapii, poprzedni, który jest aktualizowany, jak do tej pory co 6 miesięcy, wyznaczający ogólne problemy pacjentów jak np. problem w relacjach, przejawianie cech zaburzeń osobowości itp. Funkcjonuje również nowy Indywidualny Plan Terapii, który określa cele szczegółowe. Jak wynika z analizy dokumentacji jest on aktualizowany z różną częstotliwością (co 6 miesięcy albo np. co 1,5 roku).

Ekspertka nie jest przekonana czy konieczne jest tworzenie dwóch odrębnych planów terapii: ogólnego i szczegółowego. Zawarta w dokumentacji tzw. identyfikacja problemów, z różnych obszarów – medycznych, psychologicznych, seksuologicznych itd. jest mało czytelna, opisany jest problem, a następnie czy i kiedy został zrealizowany, trudno odnaleźć informacje jak został zrealizowany. W ocenie ekspertki, identyfikację problemów można byłoby z powodzeniem zastąpić obecnie tworzonymi Indywidualnymi Planami Terapii, które są bardzo szczegółowe. Zawierają wszelkie obszary, które będą stanowiły temat pracy z pacjentem, jego problemy i cele do dalszej terapii. Jeśli zastąpiłyby one identyfikację problemów należałoby ujednoczyć okres po jakim następowałaby weryfikacja, czy też ocena tegoż planu. W jednym z planów ekspertka odnalazła krótką ocenę postępów w terapii. Jej zdaniem jest to wystarczająca i dobra praktyka przed stworzeniem planu terapeutycznego na kolejne 6 miesięcy.

Z analizowanej dokumentacji ekspertka wywnioskowała, że plany terapii różnią się w zależności od tego, który z psychologów jest odpowiedzialny za ich pisanie. Ponieważ większość z terapeutów pracuje według zasad szkoły behawioralno - poznawczej warto byłoby rozważyć ujednoczenie planów terapeutycznych. Wymagałoby to wspólnej dyskusji,

całego zespołu terapeutycznego, ze wszystkich oddziałów, na temat tego co w ocenie, każdego z członka zespołu, powinno się w takim planie zawierać. Ułatwiłoby to pracę z pacjentem, a także ocenę postępów w leczeniu. Zwłaszcza, że jak wywnioskowano z dokumentacji medycznej, następują dość częste zmiany terapeutów u pacjentów. Ujednoczenie planów i wskazywanie obszarów, nad którymi rozpoczęto pracę, uzyskano poprawę lub zakończono pracę, pomogłoby w kontynuowaniu pracy terapeutycznej przez kolejnego psychoterapeutę. Zwłaszcza, że w pracy według zasad terapii behawioralno-poznawczej relacja terapeutyczna nie jest kluczowym elementem, gdyż opiera się ona głównie o zmianę schematów myślowych na bazie ćwiczeń, zadań domowych, treningów itp. i jest niewątpliwie najskuteczniejszą formą terapii u osób z zaburzeniami preferencji i osobowości o typie dysocjalnym.

- W opinii ekspertek KMPT pacjenci w KOZZD nie tylko nie podpisują kontraktów terapeutycznych¹¹³, ale także nie znają swoich praw i zobowiązań w relacji pacjent-terapeuta. Nie są też zapoznawani z indywidualnym programem terapeutycznym.

Nie wprowadzono zmian w tym zakresie. Nadal w dokumentacji nie ma podpisanego przez pacjenta kontraktu terapeutycznego. W opinii ekspertki, stworzone Indywidualne Plany Terapii, które szczegółowo określają zasady i cele terapii mogłyby z powodzeniem służyć jako wyjście do zawarcia kontraktu terapeutycznego. Konieczne jest zapoznanie pacjenta z tym indywidualnym planem i na jego bazie dokonanie korekt, wspólnie z pacjentem, w celu zawarcia kontraktu terapeutycznego. Pacjent powinien złożyć podpis pod kontraktem terapeutycznym, co oznaczałoby jego zapoznanie się z nim.

Ekspertka zdaje sobie sprawę, że u osób z niepełnosprawnością intelektualną nie można liczyć na zmianę schematów poznawczych. Wątpliwym jest bowiem by osoba z upośledzeniem w stopniu umiarkowanym lub z organicznym uszkodzeniem OUN, uzyskała umiejętność identyfikowania własnych przekonań pośredniczących, przekonań kluczowych, zniekształceń poznawczych, strategii radzenia sobie z przekonaniem kluczowymi. Dlatego też w opinii ekspertki kontrakt, plan terapii i rodzaj pracy powinien być dostosowany do możliwości intelektualnych i zasobów pacjenta, głównie poznawczych. Jeśli problem nie jest

¹¹³ Kwestia ta była poruszana już w 2017 r. przez CPT. 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 terapeutyczne.* Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 124.

zidentyfikowany na początku terapii, to kolejna modyfikacja planu terapii powinna go uwzględnić.

- 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.

Zalecenie zrealizowane. Nie odnaleziono w dokumentacji informacji na temat udziału terapeuty w dyscyplinowaniu pacjentów. W dokumentacji medycznej informacje z sesji są opisywane ogólnie, bez ujawniania szczegółów sesji terapeutycznej, co w opinii ekspertki jest dobrą praktyką.

- 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.

Zalecenie niezrealizowane. Mimo, że personel wskazywał, że zmiany są sporadyczne, to dane z dokumentacji medycznej temu przeczą. Z analizy dokumentacji przeprowadzonej przez ekspertkę wynika, że zmiana następuje nawet po kilku miesiącach. U jednego pacjenta, którego dokumentacja była analizowana od sierpnia 2016 roku, terapeuta zmienił się 11 razy. Jak zauważyła ekspertka, niektóre ze zmian terapeuty są krótkotrwałe i możliwe, że wynikają z przyczyn losowych. Jednak w jej opinii należałoby rozważyć czy w takim przypadku nie lepiej zawiesić terapię na kilka tygodni, niż wprowadzać nową osobę. Zwłaszcza, że taka przerwa w terapii jest często ciekawym elementem do pracy np. nad poczuciem odrzucenia. Jeśli zaś zmiany terapeuty są nieuniknione, ekspertka zaleca ujednoczenie Indywidualnych Planów Terapii, jak zostało to powyżej opisane.

- 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.

Jest to problem wymagający wprowadzenia rozwiązań systemowych. Warto zauważyć, że Kodeks karny wykonawczy¹¹⁴ w przeciwieństwie do ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. przewiduje 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.

20) zrezygnowanie z prowadzenia Kart Agresji;

Zalecenie niezrealizowane. W Ośrodku nadal funkcjonuje tzw. Karta Agresji. Jest ona przyznawana w sytuacji kiedy pacjent przejawia zachowania agresywne, w tym agresję werbalną. Karta jest wykorzystywana podczas oceny i prognozy dotyczącej dalszego pobytu w Ośrodku.

Należy jednak zauważyć, że po dwóch latach od ostatniej wizytacji ekspertka inaczej spostrzega Kartę Agresji. Nie jest to idealne rozwiązanie, lecz w ocenie ekspertki przy braku innych możliwości, jak wskazany w niniejszym raporcie system kar i nagród, który powinien zostać wprowadzony na poziomie ustawowym, trudno w inny sposób monitorować agresywne zachowania pacjenta. Dokumentacja medyczna jest obszerna, niełatwo odnaleźć w niej informacje, które są potrzebne. Powoduje to, że nawet jeśli zachowania agresywne byłyby opisane w notatkach lekarskich czy pielęgniarskich mogą umknąć przy ich przeglądaniu.

Obecnie trudno wskazać inne rozwiązanie, bez uprzedniego systemowego wprowadzenia kar i nagród. Jeśli to nastąpi, wtedy będzie można zrezygnować Kart Agresji na rzecz informacji o przyznanych karach lub nagrodach. Ekspertka zaznaczyła, że obecnie jest to nie najlepsze, ale jedyne możliwe rozwiązanie pozwalające monitorować zachowania agresywne. W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że jest to narzędzie pomocne przede wszystkim biegłym zewnętrznym, którzy w obszernej dokumentacji mogą nie odnaleźć informacji na temat funkcjonowania pacjenta, tymczasem Karta Agresji daje pewien pogląd na prezentowane przez pacjenta zachowania.

¹¹⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy, Dz.U. z 1997 r. nr 90 poz. 557 ze zm.

21) informowanie lekarzy spoza KOZZD o możliwości przeprowadzania konsultacji lekarskich bez udziału pracowników ochrony;

Zalecenie niezrealizowane. W konwoju z pacjentem na konsultację lekarską poza placówkę wyjeżdża 2 pracowników ochrony, kierowca oraz ratownik medyczny. W przypadku pacjentki towarzyszy jej pracowniczka ochronny. Pacjenci jak i personel wskazywali, że badania lekarskie odbywające się poza KOZZD, a także prowadzona rehabilitacja są co do zasady przeprowadzane w obecności pracowników ochrony. Co prawda, w art. 26 ust 4 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. 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*, to jednak w praktyce 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 pracowników ochrony 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 złym traktowaniem. Na problem realizacji badań medycznych w obecności osób niewchodzących w skład personelu medycznego (np. członków konwoju, strażników) zwracał też uwagę SPT. Podkomitet zalecił by wszystkie badania odbywały się z zachowaniem zasady poufności lekarskiej, w obecności wyłącznie personelu medycznego¹¹⁵.

KMPT przyznaje, że zastosowanie specjalnych środków bezpieczeństwa podczas badania lekarskiego może być konieczne w konkretnym przypadku, gdy personel medyczny dostrzeże zagrożenie bezpieczeństwa. Jednakże brak jest uzasadnienia, by członkowie personelu ochrony byli systematycznie obecni podczas takich badań. Tego typu obecność może być 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 pracowników ochrony. W tym kontekście warto zauważyć, że przywoływane

¹¹⁵ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maja 2017 r., CAT/OP/UKR/3, §53 i 58.

już w niniejszym raporcie odstępianie od obligatoryjnego skuwania kajdankami wszystkich pacjentów, pokazuje że w Ośrodku jest możliwe bardziej indywidualne podejście do pacjentów. Pracownicy ochrony powinni informować lekarzy spoza KOZZD o możliwości przeprowadzenia badania lekarskiego bez ich udziału. Warto bowiem by powyższe czynności były realizowane w warunkach zapewniających poufność.

22) zapoznanie personelu medycznego z Protokołem Stambulskim i stosowanie wskazanych w nim map ciała;

Zalecenie częściowo zrealizowane. Niektórzy członkowie personelu przyznawali, że zapoznali się z Protokołem Stambulskim czyli *Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania*¹¹⁶, jednak w praktyce nie jest on wykorzystywany w co dziennej pracy personelu medycznego. Przy przyjęciu do placówki stan pacjenta jest jedynie szczegółowo opisywany, także ze wszelkimi widocznymi obrażeniami na ciele. Informację tę można znaleźć m.in. w raportach pielęgniarskich.

Warto byłoby jednak, aby personel medyczny uzupełniał swoje spostrzeżenia zgodnie z zaleceniami Protokołu Stambulskiego wykorzystując także tzw. mapy ciała. W ocenie przedstawicieli KMPT forma dokumentowania obrażeń określona w protokole 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 w miejscu, w którym wcześniej przebywała. Brak udokumentowania może prowadzić do sytuacji, że osobie pozbawionej wolności bardzo trudno będzie udowodnić fakt niewłaściwego traktowania np. ze strony 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.

Skuteczna dokumentacja jest jedną z najbardziej fundamentalnych kwestii dotyczących ochrony przed torturami, a Protokół Stambulski stanowi podstawowe narzędzie dostarczające informacji i wskazówek, jak identyfikować i dokumentować przypadki złego traktowania¹¹⁷. Na kwestię stosowania map ciała i odpowiedniej dokumentacji wszelkich urazów zwrócił

¹¹⁶ Dokument jest dostępny pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protokol-stambulski>

¹¹⁷ Zob. SPT 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.

uwagę także 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 medycznej¹¹⁸.

Warto zwrócić uwagę również na praktyczny wymiar stosowania map ciała. Ułatwi to bowiem procedurę opisywania ewentualnych obrażeń osoby przyjmowanej. W obszernej dokumentacji łatwiej też będzie w razie konieczności odnaleźć mapę ciała, niż wpis w raporcie pielęgniarskim dotyczący przyjęcia pacjenta. Można też rozważyć wykorzystywanie tego narzędzia przed i po powrocie pacjentów z hospitalizacji w innych podmiotach leczniczych, będzie to pomocne np. w ustaleniu, w której placówce doszło do powstania odleżyn.

23) 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;

Zalecenie niezrealizowane. Sposób prowadzenia dokumentacji wymaga rewizji. Jest on nieczytelny, trudno odnaleźć interesujące informacje, szczególnie gdy chodzi o akta indywidualne pacjentów, którzy od wielu lat przebywają w placówce. Często to kilkanaście segregatorów. Wydaje się że właśnie ze względu na różnice w obszerności dokumentacji każdego pacjenta dokumentacja ta bywa odmiennie segregowana. Zdarzały się bowiem osobne segregatory dotyczące pewnych obszarów, w innych przypadkach były one oddzielane jedynie przegródką, zaś jeszcze w innych dokumentacja wydawała się zebrana jedynie w sposób chronologiczny, bez wyraźnego podziału. W dokumentacji jednego z pacjentów odnotowano następujący podział dokumentacji: dane podstawowe dotyczące problemów socjalnych pacjenta; notatki pracownika resocjalizacji; notatki terapeuty zajęciowego; dane podstawowe dotyczące problemów psychicznych pacjenta; dokumentacja terapeuty uzależnień; karty agresji; **dokumentacja medyczna (a w niej w kolejności m.in. akta sądowe, opinie psychiatryczno-seksuologiczne, informacja o leczeniu w zakładzie karnym, wywiad epidemiologiczny, dokumentacja i korespondencja dotycząca innych spraw sądowych pacjenta, karta zleceń lekarskich, dokumentacja pielęgniarska, odmowy udziału**

¹¹⁸ Zob. § 80 Raportu CPT z wizyty w Polsce w 2017 r. [CPT/Inf (2018) 39].

w zajęciach); inne dokumenty (a w nich m.in.: oświadczenie o dostępie do dokumentacji medycznej, zapoznanie z regulaminem, karty depozytowe, notatki pracowników ochrony, prośby do kierownika, notatki o zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego). Jednakże w przypadku innego pacjenta, którego dokumentacja była dużo obszerniejsza, już samych segregatorów opisanych jako dokumentacja medyczna było kilka. Na przykład w jednym z tak opisanych zbiorów znajdowały się m.in. informacja o zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego w trakcie transportu, prośba o zmianę psychologa, **zaświadczenie do ZUS, postanowienie o ubezwłasnowolnieniu**, prośby do lekarza o skorygowanie leczenia). W przypadku chorującej psychicznie pacjentki w dokumentacji znajdują się także jej odręczne zapiski¹¹⁹, które nie są w żaden sposób uporządkowane.

W opinii ekspertki obecnie trudno ocenić całokształt procesu leczniczego pacjenta i chronologię. W jej ocenie w każdym przypadku dokumentacja powinna być prowadzona chronologicznie całościowo wg obranego schematu. Na przykład część psychiatryczna, somatyczna, psychologiczna, pielęgniarska w jednym segregatorze, a w przypadku braku miejsca kolejny tom z zaznaczeniem okresu kiedy się kończą wpisy i kiedy zaczynają kolejne. Obecnie wskazany jest tylko numer tomu, bez zakresu dat. Pozwoli to także każdemu pracownikowi na stały wgląd we wszystkie problemy pacjenta i śledzenie na bieżąco jego procesu leczenia. **Koniecznym wydzielić należy dokumentację sądową. Te dane nie powinny być umieszczone w dokumentacji medycznej, lecz wydzielone jako np. akta pacjenta.** W tym kontekście ekspertka zwróciła także uwagę, że dokumentacja medyczna powinna być prowadzona zgodnie z założeniami wskazanymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r. poz. 666).

24) ułatwienie wglądu pacjentów do dokumentacji medycznej, w tym zapewnienie dostępu do indywidualnego planu terapii;

Zalecenie niezrealizowane. Pacjentom nie udostępnia się indywidualnego planu terapii. Niektórzy rozmówcy wskazywali, że na bieżąco podczas spotkania dowiadują się jaki temat będzie poruszany podczas kolejnej rozmowy z terapeutą, nie mają jednak świadomości jaki jest ich ogólny plan terapii. Jak wynika z odpowiedzi¹²⁰, którą Kierownik KOZZD udzielił jednemu z pacjentów proszących o możliwość zapoznania się z planem: *indywidualny plan terapeutyczny jest dokumentem sporządzanym w czasie Pana pobytu w tutejszym ośrodku,*

¹¹⁹ Kwestia została szczegółowo omówiona z pkt. 5.2.

¹²⁰ Pismo z dnia 5 października 2020 r.

natomiast nie jest on częścią składową Pana dokumentacji medycznej. Tworzenie tego planu wynika z art. 25 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. (...). Przywołana ustawa nie przewidziała jego udostępniania pacjentom.

W ocenie KMPT nie sposób zgodzić się z takim stanowiskiem. Zdaniem ekspertki, indywidualny plan terapii powinien być traktowany jako integralna część dokumentacji medycznej, zatem pacjent powinien mieć prawo wglądu w indywidualny plan terapii na takich samych zasadach jak do dokumentacji medycznej. Co więcej, w oficjalnych standardach¹²¹ zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia można znaleźć wykładnię, wskazującą że indywidualne plany terapii stanowią element dokumentacji medycznej. Wskazano w nich bowiem, że *indywidualne cele terapii należy określić i odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta w ciągu 2 tygodni od przyjęcia do jednostki*¹²², a ponadto *pacjent powinien mieć wpływ na indywidualny plan terapii poprzez uczestnictwo w jego opracowaniu, lub co najmniej poprzez jego pisemną akceptację. W dokumentacji pacjenta znajduje się informacja o wyrażeniu zgody lub odmowie poddania się proponowanemu leczeniu*¹²³.

Na taki standard zwraca też uwagę CPT wskazując, że dla każdego pacjenta powinien być sporządzony indywidualny plan leczenia, wskazujący planowane do osiągnięcia cele terapeutyczne, środki, za pomocą których mają one zostać zrealizowane oraz członków personelu odpowiedzialnych za jego wdrażanie¹²⁴. Pacjenci powinni uczestniczyć w procesie sporządzania planu oraz być regularnie informowani o postępach w jego realizacji¹²⁵.

Ponadto zdaniem ekspertki, procedura uzyskania wglądu do dokumentacji medycznej powinna zostać ułatwiona. Pacjent ma bowiem prawo do wglądu w dokumentację medyczną w każdym zakresie i musi ona zostać udostępniona na jego wyraźne życzenie, przez pracownika odpowiedzialnego za daną część dokumentacji. Taka praktyka będzie czynić zadość rozwiązaniom określonym w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którymi *pacjent ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie*

¹²¹ W Załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 4 lipca 2013 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2013 r., poz. 28).

¹²² Standard OP 7 Cele terapii określane są indywidualnie dla każdego pacjenta.

¹²³ Standard OP 8 Indywidualny plan terapii opracowywany jest we współpracy z pacjentem.

¹²⁴ Zob. Raport z wizyty CPT w Azerbejdżanie w 2006 r., [CPT/Inf (2017) 12], §127; raport z wizyty CPT w Serbii w 2011 r., [CPT/Inf (2012), 17], §119.

¹²⁵ Zob. Raport z wizyty CPT w Holandii w 2016 r., [CPT (2016) 62], §96; raport z wizyty CPT w Słowenii w 2017 r., [CPT/Inf (2017) 27], §114.

udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami¹²⁶ a także prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych¹²⁷.

25) 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;

Zalecenie częściowo zrealizowane. Jak wynikało z analizy monitoringu przy stanowisku umożliwiającym podgląd z kamer nie zamontowano żadnej przesłony. Należy jednak zaznaczyć, że w związku z ustaleniami zawartymi w pkt. 8 porozumienia pomiędzy pacjentami a dyrekcją KOZZD powiększono zakresy maskowania sfer intymnych w toaletach i łazienkach. Pracownicy ochrony nadzorujący monitoring i inne osoby z personelu, mogą na obrazie dostrzec tylko głowę pacjenta i jego nogi poniżej kolan. Również podgląd z kamer umieszczonych w gabinecie lekarskim jest w odpowiedni sposób maskowany, a w czasie badania na terenie KOZZD pracownicy ochrony nie przebywają w tym pomieszczeniu.

Oceniając kwestię ewentualnego dostępu osób nieuprawnionych do podglądu z monitoringu, należy zauważyć, że przeciwieństwie do 2019 r. wizytujący nie odebrali od pacjentów sygnałów na temat niewybrednego sposobu komentowania ich intymnych części ciała ze strony personelu. W placówce nie przeprowadza się także kontroli osobistych, do których wcześniej dochodziło np. w łazni. Przy takich czynnościach nie zawsze możliwe było, aby pacjent był jej poddawany jedynie w strefie maskowania, szczególnie, gdy pracownicy ochrony wobec oporu pacjentów używali środków przymusu bezpośredniego w postaci przytrzymania. Obecnie do tego typu sytuacji nie dochodzi.

Biorąc pod uwagę, że obszar maskowania stref intymnych został istotnie zwiększony, KMPT odstępuje od zalecenia dotyczącego zamontowania przesłony.

26) zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom, a także odpowiedniej wentylacji podczas planowanych prac remontowych Ośrodka;

Zalecenie częściowo zrealizowane. Jak wskazywali rozmówcy, od ostatniej wizytacji został zmieniony system otwierania okien pozwalający na uchylenie ich w większym zakresie. W informacjach pisemnych dotyczących modernizacji Ośrodka w latach 2019-2021

¹²⁶ Art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849).

¹²⁷ Art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849).

wskazano, że w grudniu 2019 r. wymieniono stolarkę okienną w budynku głównym (77 sztuk) i zamontowano system uchylania naświetli oraz wykonano nową instalację barier na oknach. Ponadto zamontowano także dodatkowe klimatyzatory w oddziałach (KOZZD 4 – 5 sztuk; KOZZD 3 – 2 sztuki; KOZZD 2 i 1 - po jednej sztuce). Należy jednak zaznaczyć, że klimatyzatory nie znajdują się na salach pacjentów, zatem latem pacjenci nadal skarżą się na brak powietrza w salach i brak możliwości ich wietrzenia. Pacjenci otrzymywali zgody Kierownika KOZZD na użytkowanie prywatnych wentylatorów, ale to rodziło czasem konflikty pomiędzy pacjentami. Niewątpliwie tak duże zagęszczenie osób na salach znacząco utrudnia zapewnienie właściwej wentylacji. Budynek nie był bowiem technicznie przygotowany na tak wielu pacjentów.

Ponadto warto zaznaczyć, że w sprawozdaniu z kontroli sędzi SO w Płocku zauważono: *pacjenci wskazują, że w salach nie mają dostatecznego miejsca na przechowywanie własnych rzeczy osobistych. Biorąc pod uwagę liczbę pacjentów w II, III i IV Oddziale, zarzut ten sędzia wizytująca uznaje za słuszny, zwłaszcza, że Minister Zdrowia w Rozporządzeniu z dnia 16 stycznia 2014r. w §3 ust. 3 punkt 4 wskazywał, iż sale pacjentów powinny być wyposażone w szafki przyłóżkowe (jedna dla każdego pacjenta), szafy ubraniowe, stolik oraz krzesło. Przy łóżkach piętrowych w salach 8 osobowych te warunki z przyczyn oczywistych - metrażu sali, nie mogą zostać spełnione¹²⁸. KMPT w pełni zgadza się z tym stanowiskiem. Na podglądzie z monitoringu dało się zaobserwować, że wiele przedmiotów było rozstawionych na ziemi, wisiały na stelażach łóżek, w większości sal są tylko wąskie drogi dojścia do łóżek pacjentów. Na nadmierne zagęszczenie w pokojach, spowodowane zwiększeniem liczby pacjentów, skarżyli się także sami pacjenci w rozmowach z przedstawicielami KMPT.*

Warto zauważyć, że w ocenie CPT *stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje, w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom, a także odpowiednie oświetlenie, ogrzewanie i wentylację, utrzymywanie Ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych. Należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądaną jest przechowywanie określonych rzeczy osobistych (fotografie, książki, itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia pacjentom określonego miejsca, w którym mogą*

¹²⁸ Sprawozdanie z kontroli przeprowadzonej w dniu 4 lutego 2021 r., w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym przez sędziego Sądu Okręgowego w Płocku, s.6.

*przechowywać swoje rzeczy pod kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii u pacjenta*¹²⁹.

W obecnej sytuacji przeludnienia Ośrodka, która wynika jak już wskazano w niniejszym raporcie z problemów systemowych, zapewnienie właściwej przestrzeni nie jest możliwe bez podjęcia działań ze strony Ministerstwa Zdrowia oraz nowelizacji ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. W opinii KMPT podjęcie stosownych działań w tym zakresie jest absolutnie konieczne.

27) umożliwienie pacjentom częstszego korzystania z sali rekreacyjnej oraz ze spacerów, w tym także na części terenu zielonego, na którym wcześniej odbywały się spacer;

Zalecenie zrealizowane. Z sali rekreacyjnej, w której znajdują się m.in. bieżnie, orbitrek, rowery stacjonarne, pacjenci mogą korzystać zgodnie z określonym harmonogramem przez godzinę dziennie. W opinii rozmówców nie cieszy się ona jednak dużym zainteresowaniem, zwykle korzystają z niej ci sami pacjenci. Natomiast analiza monitoringu i informacje otrzymane od rozmówców wskazują, że obecnie spacerują wokół całego budynku, a nie wyłącznie na terenie, wyznaczonym jako droga przeciwpożarowa. Na terenie tym zaaranżowano m.in. boisko do siatkówki i koszykówki. Z informacji pisemnych wynika, że planowane jest wykonanie plenerowej siłowni na dwa stanowiska z możliwością rozbudowy do 4 stanowisk. Jak wskazywali rozmówcy, obecnie spacerują głównie okazją do odbywania rozmów telefonicznych z najbliższymi. Na świeżym powietrzu łatwiej bowiem o zachowanie poufności rozmowy niż w zatłoczonym budynku. W porównaniu z 2019 r. pacjenci mogą też częściej i dłużej korzystać z aktywności na świeżym powietrzu, bowiem zgodnie z pkt. 4 porozumienia pomiędzy pacjentami a dyrekcją KOZZD: *pacjenci będą mogli przebywać na świeżym powietrzu dodatkowo 30 minut dłużej (łącznie 2 godziny) w weekendy, święta i dni wolne od pracy, gdyż w tych dniach nie ma zajęć terapeutycznych. W dni robocze każdy z zespołów otrzyma raz w tygodniu dodatkowy 1 spacer trwający 30 minut w godzinach 20:00 - 20:30.*

28) zainstalowanie udogodnień dla pacjentów z niepełnosprawnością w przynajmniej jednej sali oraz sanitariacie przy okazji najbliższego remontu.

Zalecenie zrealizowane. Już w odpowiedzi na raport z 2019 r. Kierownik KOZZD wskazał, że *budynek jest wyposażony w podjazd dla wózków oraz windę. Od początku*

¹²⁹ Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf(98)12, § 34.

działalności Ośrodka, w oddziale KOZZD 1 znajduje się sala pacjentów w pełni przystosowana do korzystania przez osoby niepełnosprawne, (...) jest wyposażona w poręcze przy sanitariatach, pod prysznicem znajduje się krzeselko, szerokość wejścia do łazienki jest na tyle duża, aby można było bez problemu wjechać tam wózkiem inwalidzkim. W przypadku przyjęcia do Ośrodka pacjenta z niepełnosprawnością ruchową, zostanie on umieszczony w tej sali¹³⁰.”

Niewątpliwie są to udogodnienia, jednak budynek w obecnej formie, a przede wszystkim przy obecnym przeludnieniu nie jest w pełni dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością. W tym kontekście warto zauważyć, że na stronie internetowej samego Ośrodka można znaleźć dokument zatytułowany „Dostępność architektoniczna¹³¹”, w którym wskazano: *w budynku Głównym Ośrodka brak toalety przystosowanej dla osób z niepełnosprawnością ruchową poruszających się na wózku. W budynku nie ma pętli indukcyjnych. W budynku nie ma oznaczeń w alfabecie Braille’a ani oznaczeń kontrastowych lub w druku powiększonym dla osób niewidomych i słabowidzących. W KOZZD Gostynin nie ma możliwości skorzystania z tłumacza języka migowego. Również w dokumentacji przekazanej wizytującym nie zaznaczono, że Ośrodek jest w pełni dostępny dla osób z niepełnosprawnością, wskazano jedynie, że z uwagi na tymczasowy charakter Ośrodka obiekty budowlane posiadają następujące elementy dostosowujące do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową¹³². W zestawieniu tym wymieniono m.in. windy, podjazdy, drzwi w wersji bezprogowej, czy wspomnianą już jedną salę na oddziale KOZZD1, która w tym dokumencie została określona jako: *całkowicie przystosowana do pobytu osoby z niepełnosprawnością ruchową (sala 305 z pełnym węzłem sanitarnym).**

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT zapoznali się z monitoringiem z tej sali. Pomieszczenie było wyposażone w łóżko piętrowe oraz jedno łóżko wolnostojące. Nikt nie poruszał się przy pomocy wózka inwalidzkiego. W toalecie poza kadrem maskowanego obszaru zapewniającego intymność widoczna była poręcz. Jak wynika z przekazanej dokumentacji powierzchnia tego pokoju wynosi 12,84 m². W obecnej sytuacji trudno wyobrazić sobie, aby na tej przestrzeni, z której część stanowi węzeł sanitarny, swobodnie mogła poruszać się osoba na wózku inwalidzkim. Niewątpliwie wymagałoby to zmian w dotychczasowej lokalizacji pacjentów i przeznaczenia tego pokoju wyłącznie dla jednego

¹³⁰ Odpowiedź z dnia 16 maja 2019 r. sygn.. KOZZD/KD/415/2019.

¹³¹ <http://www.kozzd-gostynin.pl/Dost%C4%99pno%C5%9B%C4%87%20architektoniczna.docx> [dostęp: 8 kwietnia 2021 r.]

¹³² Informacja Administratora Ośrodka odnośnie aktualnych dostosowań placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową, przekazana w trakcie wizytacji KMPT.

pacjenta. Być może niezbędne okazałoby się także zapewnienie odpowiedniego łóżka umożliwiającego samodzielne przesiadanie się na nie osobie z niepełnosprawnością.

Warto podkreślić, w przywoływanych już planach budowy nowego Ośrodka zaznaczono, że sala dla osoby z niepełnosprawnością będzie mieć powierzchnię 20,23 m², a więc znacznie więcej niż wyznaczony dziś pokój, w który przeznaczony jest dla 3 osób. Tym bardziej konieczne jest podjęcie działań na rzecz budowy nowego budynku Ośrodka, który byłby w pełni dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością¹³³.

6. Zalecenia

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

I. Kierownikowi KOZZD:

- 1) wprowadzenie procedur mających na celu zminimalizowanie ryzyka występowania złego traktowania, w tym zasad określających dokumentowanie i postępowanie ze skargami zarówno pacjentów, jak i pracowników; a także dokumentowanie działań niepożądanych;
- 2) opracowanie zasad postępowania kierownictwa placówki w przypadku uzyskania informacji na temat nadużyć seksualnych czy możliwości popełnienia przestępstwa, które powinny zawierać także jasne wytyczne dla personelu, w tym ścieżkę postępowania dla osób zobowiązanych do zachowania tajemnicy zawodowej;
- 3) przeprowadzanie cyklicznych szkoleń personelu 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) wprowadzenie jasnych zasad dotyczących ubiegania się o dofinansowanie szkoleń i kursów oraz planowania dni szkoleniowych;

¹³³ W przypadku modernizacji obecnego budynku, jak i w planach budowy nowej placówki KMPT zaleca korzystanie ze standardów opracowanych we współpracy z Fundacją Polska Bez Barrier, które zostały uznane za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Szczegółowe wytyczne zawarto już w Raporcie KMPT z wizytacji KOZZD w 2019 r. Zob. pkt. 5.13. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

- 6) zrezygnowanie z noszenia ręcznych miotaczy substancji obojętnej przez pracowników ochrony;
- 7) ujednoczenie przepisów regulaminu odnoszących się do kwestii nadzoru nad korespondencją pacjentów;
- 8) aktualizację regulaminu odwiedzin pacjentów oraz regulaminu KOZZD, zgodnie z ustaleniami przyjętymi w porozumieniu zawartym w dniu 29 czerwca 2020 r. pomiędzy pacjentami a Dyrekcją KOZZD, w tym usunięcie art. 2 ust. 1 g) regulaminu KOZZD odnoszącego się do wykonywania praktyk religijnych, przy obecności pracownika ochrony;
- 9) wskazywanie uzasadnienia na zarządzeniu Kierownika o przeprowadzeniu kontroli;
- 10) wprowadzenie obok terapii indywidualnej innych form terapii - głównie w formie treningowej np. treningu zastępowania agresji lub społeczności terapeutycznej;
- 11) ujednoczenie planów terapeutycznych;
- 12) zapoznanie pacjenta z indywidualnym planem terapii i udostępnianie go na żądanie pacjenta;
- 13) informowanie lekarzy spoza KOZZD o możliwości przeprowadzania konsultacji lekarskich bez udziału pracowników ochrony;
- 14) stosowanie map ciała do oznaczania obrażeń pacjentów, posiłkowanie się w tym zakresie Protokołem stambulskim;
- 15) prowadzenie dokumentacji indywidualnej pacjentów z wyraźnym podziałem na część medyczną i urzędową, oznaczanie kolejnych tomów datami;
- 16) przechowywane odrębnych notatek pacjentki w odrębnej dokumentacji, do której dostęp jest ograniczony lub zrezygnowanie z ich archiwizowania.

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:

II. Ministra Sprawiedliwości o:

- 1) udzielenie informacji na jakim etapie są działania ustawodawcze mające na celu wyeliminowanie luki prawnej wskazanej w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 9 marca 2021 r. (sygn. akt III CZP 89/19).

III. Ministra Zdrowia oraz Kierownika KOZZD o:

- 1) odniesienie się do wątpliwości wynikających z utworzenia filii KOZZD wskazanych w pkt. 4.5. niniejszego raportu.