



**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Warszawa, dnia 27.07.2017 r.

Zespół do spraw Wykonywania Kar

IX.517.1702.2017.ED/TRo

**Notatka z wizytacji Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym
w Gostyninie, przeprowadzonej w dniu 26 czerwca 2017 r.**

(Wyciąg)

I. Wprowadzenie.

W dniu 26 czerwca 2017 r. w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym w Gostyninie (zwanego dalej Ośrodkiem lub KOZZD) wizytację przeprowadzili: Zastępca RPO – Krzysztof Olkowicz, Dyrektor Zespołu do spraw Wykonywania Kar - dr Ewa Dawidziuk, główny specjalista w z tym Zespole – Tomasz Rozwadowski oraz lekarz - psychiatra - Małgorzata Luks. Wizytacja trwała od godz. 9:00 do godz. 18:00.

W trakcie weryfikacji poszanowania praw osób umieszczonych w Ośrodku wszelkich informacji oraz bieżącej pomocy w przeprowadzaniu czynności udzielali wizytującym pracownicy Ośrodka: pani Urszula Sikorska – pielęgniarka koordynująca w oddziale I oraz pan Paweł Namysław – kierownik ochrony. Dyrektor Ośrodka – dr n.med. Ryszard Wardeński, był nieobecny w dniu wizytacji.

II. Warunki bytowe panujące w Ośrodku.

W dniu wizytacji w Ośrodku przebywało 42 pacjentów. Pojemność Ośrodka została określona na 60 osób przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym. Warto zwrócić uwagę, że na dzień wydania wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 23 listopada 2016 r. liczba osób umieszczonych w Ośrodku wynosiła 23 osoby. Po stwierdzeniu zgodności ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (zwanej dalej ustawą) z Konstytucją i wznowieniu spraw cywilnych, które zostały zawieszane do czasu rozstrzygnięcia przez TK czy ustawa jest zgodna z Konstytucją RP, liczba pacjentów Ośrodka w ciągu pół roku wzrosła do 42 osób.

Ośrodek podzielony jest na dwa oddziały, które zdecydowanie różnią się między sobą warunkami bytowymi oraz panującymi tam zasadami odnośnie pewnych kwestii związanych z codziennym funkcjonowaniem.

W oddziale I sale są zasadniczo dwuosobowe. W dniu wizytacji w jednej z nich przebywało trzech pacjentów (jedno łóżko jest piętrowe). Jedna sala funkcjonuje jako pokój pojedynczy i korzysta z niej jedyna w Ośrodku kobieta [...]. Wyodrębniono także pojedynczą salę izolacyjną, w przypadku konieczności zastosowania środków przymusu bezpośredniego. We wszystkich pokojach mieszczą się kąpiki sanitarne z toaletą i prysznicem, osłonięte kotarą.

Z kolei w oddziale II, w którym w dniu wizytacji przebywało 24 pacjentów, sale są 8-osobowe. Pacjenci śpią na łóżkach piętrowanych, mają bardzo mało miejsca na własne rzeczy. W szafkach muszą przetrzymywać odzież, obuwie, artykuły spożywcze. Jak twierdzili w czasie rozmów pacjenci, informuje się ich, że nie mogą przekazać ubrań do depozytu ze względu na jego przepelnienie. W pokojach nie można korzystać z czajników elektrycznych, podczas gdy w oddziale I jest to możliwe. Stołówka dysponuje 17 miejscami, w związku z czym nie dla wszystkich jest miejsca przy stole, co wymusza konieczność oczekiwania na korytarzu po wydaniu posiłków, aż do czasu zwolnienia się tam miejsca. W oddziale II obowiązuje bowiem zakaz spożywania posiłków w pokojach, podczas gdy w oddziale I jest to możliwe.

W oddziale II w pokojach nie ma sanitariatów. Łazienka dla całego oddziału dysponuje 2 stanowiskami prysznicowymi, jednakże pacjenci mogą z niej korzystać wyłącznie pojedynczo.

Takie różnice w warunkach bytowych pomiędzy obydwoma oddziałami rodzą sprzeciw. Pacjenci z II oddziału uważają, że są gorzej traktowani. Do tego dochodzą pacjenci trudni, z którymi nikt już nie chce przebywać w jednym pokoju.

W obu oddziałach znajduje się pralka, z której korzystają pacjenci. Pokoje są otwarte, pacjenci mogą się poruszać w obrębie oddziałów.

Cały Ośrodek jest monitorowany. Obraz jest przekazywany z funkcją maskowania stref intymnych. W trakcie wizytacji zwrócono jednak uwagę, że nagrania z monitoringu zawierają tylko wizję, bez fonii. W przypadku rejestrowania przypadków użycia środków przymusu bezpośredniego lub zarzutów podnoszących niewłaściwe zachowanie personelu, nagranie wraz z fonią jest szczególnie ważne dla oceny praworządności zastosowania środków przymusu bezpośredniego lub weryfikacji postępowania pracowników Ośrodka. Sama wizja nie oddaje całości sytuacji dla organu kontrolującego. Jak wskazał kierownik ochrony, interpretacja przepisu art. 7 ust. 2 ustawy, stanowiącego że „monitorowany obraz lub dźwięk jest utrwalany”, została tak przyjęta w Ośrodku, że utrwała się wyłącznie wizję.

III. Personel Ośrodka.

Liczba zatrudnionych obecnie w Ośrodku pracowników wynosi 131 osób. W dniu 26.06.2017 r. byli to: dyrektor (lekarz psychiatra), główna księgowa, kierownik biura ochrony, kierownik oddziału terapeutycznego, księgowa, lekarz – starszy asystent, p.o. kierownika kadr, informatyk, starszy inspektor w kadrach, pracownik administracji, referent w kadrach, 54 pracowników ochrony, 2 pracowników socjalnych, 5 salowych – kuchenkowych, 2 pielęgniarki koordynujące, 3 pracowników resocjalizacji, 8 psychologów, 25 sanitariuszy szpitalnych, 15 pielęgniarek, terapeuta uzależnień, 5 terapeutów zajęciowych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16.01.2014 r. w sprawie Krajowego Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym reguluje liczbę zatrudnionych w Ośrodku osób. Liczebność poszczególnych kategorii personelu, przypadających na 10 osób umieszczonych

w Ośrodku, mającego styczność z pacjentami, wynosi co najmniej: 1 psychiatr, 6 psychologów, 14 pielęgniarek, 7 terapeutów zajęciowych.

Przy minimalnych wskaźnikach liczebności personelu zastosowanych w rozporządzeniu, Ośrodek powinien zatem zatrudniać przy liczebności 40 pacjentów: 4 psychiatrów, 24 psychologów, 56 pielęgniarek, 28 terapeutów zajęciowych.

W tym kontekście, zestawienie liczby personelu, który aktualnie jest zatrudniony w Ośrodku, z liczbą personelu wymaganą przez obowiązujące przepisy prawa, prowadzi do wniosku, że w Ośrodku występują rażące niedobory personelu mającego bezpośredni kontakt z pacjentami.

IV. Środki przymusu bezpośredniego.

W świetle art. 36 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U z 2014 r. poz. 24 ze zm.), wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku można stosować przymus bezpośredni polegający na:

- 1) przytrzymaniu;
- 2) przymusowym zastosowaniu produktów leczniczych;
- 3) założeniu pasów obezwładniających lub kaftana bezpieczeństwa;
- 4) izolacji;
- 5) użyciu:
 - a) kajdanek,
 - b) pałki służbowej,
 - c) ręcznego miotacza substancji obezwładniających.

Nie stosuje się prewencyjnie przymusu bezpośredniego określonego w ust. 1 pkt 3 oraz w pkt 5 lit. b i c.

W Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym na terenie oddziału I znajduje się pomieszczenie, w którym jest stosowany przymus bezpośredni w postaci założenia pasów obezwładniających. Jest to sala, w której znajduje się łóżko na stałe przytwierdzone do podłogi. Dostęp do łóżka jest możliwy z trzech stron. W łóżku,

wyposażonym w pościel, znajdują się pasy służące do unieruchamiania za ręce i nogi. W pomieszczeniu znajduje się także kask ochronny. W sali, która jest monitorowana, mieści się toaleta z WC oraz umywalką. W trakcie stosowania pasów obezwładniających okno umieszczone w drzwiach zostaje zasłonięte w celu zapewnienia intymności osobie unieruchomionej.

Z informacji uzyskanych od personelu Ośrodka wynika, iż stosowanie przymusu bezpośredniego odbywa się jedynie w tej sali bądź w sali jednoosobowej (zajmowanej obecnie przez kobietę – tylko w przypadku zastosowania wobec niej pasów obezwładniających).

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 roku w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby umieszczonej w Ośrodku został odnotowany w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej. Ośrodek prowadzi kartę zastosowania pasów obezwładniających, która zawiera imię i nazwisko osoby unieruchomionej, datę rozpoczęcia i zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego, czas trwania przymusu bezpośredniego, powód stosowania przymusu bezpośredniego oraz rodzaj zabezpieczenia. Zawiera także informacje kto wydał decyzję dotyczącą zastosowania przymusu bezpośredniego oraz imiona i nazwiska osób wykonujących przymus bezpośredni (sanitariusze, pracownicy ochrony i pielęgniarzy). Ponadto, prowadzona jest karta przebiegu zastosowania pasów obezwładniających (ocena stanu pacjenta co 15 minut) oraz rubryka służąca do wpisywania ewentualnych powikłań zastosowania przymusu bezpośredniego.

Dotychczas na terenie Ośrodka przymus bezpośredni był stosowany wobec 4 pacjentów. Lekarka - psychiatra, ekspert Biura RPO, przeprowadziła rozmowy jedynie z 2 osobami, wobec których stosowany był przymus bezpośredni [...]. Pozostałe 2 osoby, wobec których stosowano pasy obezwładniające odmówiły rozmowy.

Pani [...] rozumiała z czego wynikało stosowanie przymusu bezpośredniego wobec niej. Przyznała, że powodem była albo agresja wobec otoczenia albo autoagresja. Negowała, aby kiedykolwiek w czasie unieruchomienia doznała agresji ze strony personelu. Potwierdziła dbałość o jej dobrostan w czasie unieruchomienia (podawanie płynów, umożliwienie korzystania z toalety).

Pan [...] podał, że pasy stosowane były wobec niego bezpodstawnie i bezprawnie, jednak przy próbie uszczegółowienia okoliczności przebiegu przymusu bezpośredniego pacjent nie udzielał wypowiedzi, był skoncentrowany na opisie swojej sytuacji prawnej. W jego ocenie niesłusznie został umieszczony w Ośrodku, podał, że sąd nie poinformował go o decyzji o umieszczeniu w KOZZD. Był niespokojny, wielomówny, skarżył się na warunki socjalno - bytowe w oddziale, szczególnie przepełnienie sal chorych.

Analiza dokumentacji dotyczącej stosowania przymusu bezpośredniego i przeprowadzonych rozmów z pacjentami pozwoliła ustalić, że zastosowanie przymusu bezpośredniego było zgodne z ustawą z dnia 22.11.2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzającymi zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób – rozdział VI. Pacjenci byli poinformowani o konieczności zastosowania przymusu, był on stosowany w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla zdrowia i życia – stany pobudzenia, agresji czynnej, gróźb, próby samobójcze, samookaleczenie się, gwałtowne niszczenie przedmiotów.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego było dokumentowane każdorazowo poprzez zastosowanie karty unieruchomienia pacjenta. Najdłuższy czas unieruchomienia trwał 10 godzin. Co 4 godziny (zgodnie z art. 41 ustawy) stosowanie przymusu bezpośredniego było przedłużane. Co 15 minut (art. 42 ustawy) pielęgniarka kontrolowała stan fizyczny osoby izolowanej i za każdym razem odnotowywała w karcie unieruchomienia wynik kontroli.

V. Opieka medyczna.

Analiza dokumentacji medycznej pozwoliła na stwierdzenie, że w Ośrodku udzielane są pacjentom świadczenia zdrowotne zgodnie z ich potrzebami, również gdy zachodzi potrzeba transportu do innej placówki medycznej.

Konsultacje medyczne, mające charakter planowy, częściowo odbywają się na terenie Ośrodka, który zatrudnia lekarza - internistę. Konsultacje specjalistyczne - stomatologiczne, chirurgiczne i inne - mają miejsce poza placówką. Pacjent jest wtedy transportowany pod eskortą pracowników ochrony. Policja odmawia wykonywania transportów. W trybie nagłym pacjent jest transportowany przez pogotowie ratunkowe do innej placówki medycznej, w której jest dozorowany przez pracowników ochrony Ośrodka.

Zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy świadczenia zdrowotne, których nie można udzielić w Ośrodku, są udzielane osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku w pierwszej kolejności przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności. Z informacji uzyskanych w czasie wizytacji wynika jednak, że więzienna służba zdrowia zwykle nie może zrealizować konsultacji na terenie jednostek penitencjarnych. Te bowiem także przewożą więźniów na konsultacje specjalistyczne do publicznych placówek służby zdrowia.

W historii choroby jest odnotowywane przeprowadzenie badania wstępnego każdego z pacjentów, które odbywa się w dniu przyjęcia do Ośrodka i obejmuje wywiad chorobowy oraz badanie fizykalne.

Pacjenci w Ośrodku korzystają w zależności od potrzeb oraz deklaracji uczestnictwa, z takich form terapii jak: psychoterapia, terapia prowadzona przez seksuologa, terapia zajęciowa. Zajęcia mają charakter grupowy bądź indywidualny. Niektórzy otrzymują także leki, np. na obniżenie popędu seksualnego.

Dokumentacja medyczna zawiera także opinie o stanie zdrowia sporządzone przez psychiatrę oraz psychologa, w okresie co 6 miesięcy, kierowane do sądu (opinie okresowe). Obejmują one analizę skuteczności dotychczasowego postępowania terapeutycznego wobec osoby umieszczonej w Ośrodku oraz określenie prawdopodobieństwa popełnienia czynu zabronionego ponownie.

Dotychczas z Ośrodka nie został wypisany żaden pacjent. Do sądu zostały skierowane opinie w sprawie 4 osób, u których stwierdzono, że prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego zmniejszyło się. Dyrektor KOZZD wnioskował o ich zwolnienie z Ośrodka. Za każdym razem sąd nie zważając na opinie specjalistów, którzy pracują z pacjentem w Ośrodku, powoływał dodatkowych biegłych. Z wypowiedzi pacjentów wynika, że opiniowanie przez biegłych spoza Ośrodka nie trwa zbyt długo i kończy się zawsze opinią przeciwną niż ta zgłoszona z ramienia KOZZD. Pacjenci podkreślają zatem, że będą uczestniczyć w terapii dopiero, gdy kogoś stąd wypiszą. Nie wierzą, że ich udział w terapii ma sens, skoro nawet wnioski dyrektora Ośrodka o zwolnienie poszczególnych osób, są przez sąd odrzucane.

VI. Rozmowa z osobami, [...] oraz ocena zasadności ich pobytu w Ośrodku w Gostyninie [...]

[...] Wcześniej przebywała w zakładach karnych - w związku z usiłowaniem zabójstwa 2 osób oraz wypowiedaniem gróźb karalnych. Była poinformowana, że zostanie przewieziona do Ośrodka w Gostyninie. Dotychczas nie występowała do sądu z wnioskiem o ustalenie czy istnieje potrzeba dalszego pobytu w Ośrodku, pacjentka uważa, że w czasie pobytu nie doszło do łamania jej praw, odwiedza ją siostra, ma dostęp do telefonu, utrzymuje kontakt korespondencyjny, wychodzi na spacer, gdy nie jest poddana ścisłej obserwacji. Korzysta z zakupów, ale uważa, że lista produktów, jakie może zamówić jest ograniczona. Uczestniczy w terapii zajęciowej, zajęciach plastycznych, kółku sportowym, terapii z psychologiem. Wobec pacjentki wielokrotnie stosowany był przymus bezpośredni - jest unieruchamiana pasami bezpieczeństwa w sytuacjach gdy jest napięta, wzburzona, przejawia agresję wobec siebie lub otoczenia. Podała, że w czasie gdy jest unieruchomiona, zagląda do niej pielęgniarka, podaje jej picie, może korzystać z toalety. Neguje, aby dochodziło wobec niej do zachowań agresywnych ze strony personelu.

[...]

W dniu 06.07.2016 r. Dyrektor Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym skierował pismo do Sądu Okręgowego w Łodzi w sprawie pacjentki, z informacją, że od pierwszych dni pobytu przejawia ona [...]. Dyrektor zwrócił się do sądu o podjęcie decyzji o zwolnieniu pacjentki z Ośrodka [...]

[...] Pan [...] do Ośrodka w Gostyninie został przyjęty w dniu 05.04.2017 r. [...] Jak podał, odbywał karę więzienia w związku z zabójstwem, którego nie popełnił, przebywał w zakładzie karnym przez 15 lat. Do Ośrodka został przewieziony bezpośrednio z Zakładu Karnego we Wronkach. Myślał, że wychodzi na wolność, nie był poinformowany, że został skierowany do KOZZD. [...] Utrzymuje jedynie kontakt telefoniczny, ma telefon komórkowy. Ma możliwość kontaktu ze swoim adwokatem. W trakcie pobytu w Ośrodku nie były stosowane wobec niego środki przymusu bezpośredniego. Korzysta ze spacerów, terapii zajęciowej, chodzi na kółko sportowe, zajęcia rehabilitacyjne, zajęcia z psychologiem. Raz w tygodniu robi zakupy. Dotychczas nie występował do sądu z wnioskiem o ustalenie czy istnieje potrzeba jego dalszego pobytu w Ośrodku, nie zgłaszał pisemnych skarg odnośnie naruszenia jego praw. [...]

W dniu 30.03.2017 r. Dyrektor KOZZD skierował do Sądu Okręgowego w Poznaniu, XVII Wydział Cywilny, pismo wskazujące na fakt, iż pacjent nie powinien zostać skierowany do Ośrodka [...]

VII. Opis terapii prowadzonej w Ośrodku.

Na terenie Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie terapia jest realizowana w formie różnorodnych zajęć terapeutycznych, u wybranych pacjentów jest również realizowana farmakoterapia. Pacjenci mają spotkania z lekarzem, zajęcia z psychologiem, seksuologiem. Prowadzona jest terapia zajęciowa oraz zajęcia sportowe.

Zgodnie z regulaminem Ośrodka wytyczono zasady tworzenia indywidualnego planu terapii pacjenta. Zdrowie pacjenta - w wymiarze psychicznym, psychologicznym i somatycznym oraz społecznym zostało podzielone na obszary problemowe. W każdym z tych obszarów należy określić problemy zdrowotne pacjenta, o ile one występują, które należy rozwiązać, aby poprawić stan zdrowia pacjenta.

Wyodrębniono następujące obszary zdrowia pacjenta, w których diagnozuje się jego problemy: problemy psychopatologiczne, psychologiczne, psychospołeczne (funkcjonowanie społeczne), psychoseksualne, somatyczne, socjalne.

Do każdego zidentyfikowanego problemu należy określić cel, jaki należy osiągnąć, aby uznać problem za rozwiązany oraz sposób jego osiągnięcia. Każdy problem powinien posiadać numer oraz datę jego zidentyfikowania i datę jego rozwiązania.

Celem identyfikacji poszczególnych problemów do każdego z obszarów problemowych należy zgromadzić odpowiedni zasób informacji, który nazywany jest „Danymi podstawowymi”. W miarę uzyskiwania nowych informacji o stanie zdrowia pacjenta baza „Danych podstawowych” jest rozbudowywana.

Do każdego zidentyfikowanego problemu tworzy się na bieżąco „Notatki dotyczące postępów w realizacji planu terapeutycznego wobec tego problemu”. W notatkach tych opisuje się wszystkie działania podjęte w stosunku do pacjenta w ramach indywidualnego programu terapeutycznego, w tym o charakterze farmakoterapii.

Najistotniejszym dokumentem w Indywidualnym Planie Terapeutycznym pacjenta jest zbiorcza „Lista problemów pacjenta”. W dokumencie tym są odnotowywane wszystkie

problemy zdiagnozowane u pacjenta. Zapisuje się również informacje o rozwiązaniu problemu i nanosi się nowe problemy, które pojawiły się w zdrowiu pacjenta.

Co 6 miesięcy dokonywana jest zbiorcza ocena problemów zdrowotnych - psychiatrycznych, psychologicznych, psychoseksualnych i w innych obszarach zdrowia pacjenta i poziomu realizacji indywidualnego planu terapeutycznego oraz ewentualnej potrzeby jego zmiany. Ocena ta przybiera formę okresowej opinii, przesyłanej do sądu.

W dokumentacji medycznej każdego pacjenta znajduje się „Lista problemów pacjenta”. Zebrane są tam problemy stwierdzone u danego pacjenta, opisana metoda oddziaływania oraz jej efekt. Opinie okresowe wydawane co pół roku na potrzeby sądu zawierają ocenę realizacji indywidualnego planu terapeutycznego oraz jego wpływ na funkcjonowanie pacjenta. Niektórzy pacjenci odmawiają udziału w terapii.

Część pacjentów korzysta z farmakoterapii [...]

Prowadzone w Ośrodku oddziaływania terapeutyczne są udokumentowane w historii choroby każdego pacjenta, a ocena ich wpływu na poziom funkcjonowania pacjentów znajduje się w opiniach okresowych wydawanych co pół roku przez zespół terapeutyczny.

VIII. Rozmowy indywidualne z pacjentami Ośrodka.

W trakcie wizytacji przeprowadzono rozmowy z 24 pacjentami Ośrodka. Najstarszy pacjent miał 78 lat, najmłodsza pacjentka 25 lat. Część osób była wytypowana przez wizytujących, inni zaś zgłosili się sami na rozmowę, zainteresowani obecnością pracowników Biura RPO. Rozmowy były przeprowadzane w pomieszczeniach personelu. Wszystkie rozmowy odbywały się w warunkach uniemożliwiających usłyszenie ich treści przez pracowników ochrony, jednakże w zasięgu ich wzroku - wszystkie drzwi wyposażone są bowiem w szyby. Pracownicy ochrony uznali taką obserwację za zasadną ze względów bezpieczeństwa.

Z otrzymanych informacji wynika, że przebywający w Ośrodku pacjenci zostali przewiezieni do Ośrodka przez funkcjonariuszy Służby Więziennej prosto z zakładu karnego, po pełnym odbyciu kary pozbawienia wolności, bądź przez funkcjonariuszy Policji – w sytuacji gdy przebywali na wolności, ewentualnie stosowano wobec nich nadzór prewencyjny połączony z obowiązkiem terapii.

W wypowiedziach pacjentów powtarzały się sformułowania: „nic gorszego nie mogło mnie spotkać niż Gostynin”. Niektórzy negowali swój czyn, za który odbyli już karę pozbawienia wolności, inni wprost mówili o swoich zaburzeniach na tle seksualnym, pytali kiedy będą mogli zostać zwolnieni z Ośrodka. Podnosili, że powinna istnieć możliwość uzyskania przepustek, chociażby na pogrzeb osoby najbliższej. Zdarzały się również przypadki kwestionowania samej ustawy („ja już odbyłem swoją karę, dlatego w dalszym ciągu jestem izolowany”).

Pacjenci w czasie rozmów podnosili, że pracownicy ochrony chodzą za nimi „krok w krok”, mimo że wszystkie pomieszczenia są monitorowane. Uwagi pod ich adresem dotyczyły również nierespektowania ciszy nocnej, zwłaszcza używania przez pracowników Ośrodka telefonów komórkowych, a także słownych prowokacji, czy wręcz niezgodnych z terapeutycznym duchem działań (włączanie filmów erotycznych osobom, które przez kolejne dni pozostają „w napięciu”, czyniąc kobiecemu personelowi Ośrodka oraz współpacjentom uwagi o treści seksualnej). Pacjenci podkreślali, że pracownicy ochrony będąc w oddziale posiadają przy sobie telefony z dostępem do internetu i możliwością robienia zdjęć (im taka możliwość została zabrana). Zgłaszali też obawy w kontekście możliwości nagrywania zachowań pacjentów i robienia im zdjęć przez ww. personel placówki.

W zakresie zasad codziennego funkcjonowania w Ośrodku, pacjenci zwracali ponadto uwagę na kwestie, które w toku ich pobytu w Ośrodku zmieniły się na niekorzyść. Ich zdaniem obowiązuje zasada Dyrektora Ośrodka „nie bo nie”. Pacjent nie ma wyznaczonych dni, kiedy może porozmawiać z Dyrektorem. Najczęściej dzieje się to wyłącznie przy okazji odbywającej się co 6 miesięcy procedury przedłużania pobytu w Ośrodku. Jeden z pacjentów oddziału I już 2 miesiące oczekuje na rozmowę z Dyrektorem. Pacjenci z II oddziału podali, że tylko raz udało im się poprosić o wspólne spotkanie z Dyrektorem KOZZD-u, które odbyło się w świetlicy oddziału.

Pacjenci zwracali uwagę na ograniczony asortyment produktów jakie mogą zamówić do kupienia, podkreślając że w przeszłości kwestia ta wyglądała lepiej. Zakupy realizują pracownicy Ośrodka w Kauflandzie raz w tygodniu. Ilość zakupów jest ograniczona do dużej torby. Nic poza to co zmieści się w torbie, nie jest kupowane. Pacjenci skarżyli się ponadto na fakt, iż zaopatrzenia w środki higieny (np. krem i maszynkę do golenia, proszek

do prania, pasta do zębów) dokonują z własnych środków finansowych. Administracja Ośrodka wskazała, iż tylko osoby nieposiadające środków finansowych są zaopatrywane w ww. przedmioty. W tym kontekście pacjenci zarzucali, że muszą ponosić koszty pobytu w KOZZD, porównując swoją sytuację do wcześniejszego pobytu w zakładzie karnym, gdzie określone środki higieny były, na podstawie obowiązujących przepisów prawa, przekazywane im przez administrację jednostki penitencjarnej.

Rozmówcy podnosili również, że zasady udzielania widzeń nie sprzyjają podtrzymywaniu kontaktu z osobami z zewnątrz. Sala widzeń zlokalizowana jest tuż przy wejściu do Ośrodka, naprzeciwko dyżurki strażników. Mimo to w trakcie widzenia pracownik ochrony każdorazowo przebywa w pokoju widzeń, nie pozwala się też na kontakt fizyczny z osobami z zewnątrz. Widzenie trwa maksymalnie do 2 godzin. Jeden z pacjentów skarżył się na brak toalety dla pacjentów (muszą wracać do oddziału) oraz zakaz zabierania produktów spożywczych, którymi mógłby poczęstować osoby odwiedzające go.

W kwestii możliwości korzystania ze spaceru, zarzuty dotyczyły krótkiego czasu jakim na to przysługuje – 1 godzina dziennie (1,5 godziny jest dozwolone tylko w soboty i niedziele). Jeden ze starszych pacjentów wskazał, iż uniemożliwiono mu kontynuowanie spaceru, który przerwał po 30 minutach z uwagi na konieczność załatwienia potrzeby fizjologicznej. Przerwanego spaceru nie mógł odbyć także w innym terminie. Uwagi pacjentów odnosiły się również do samego pola spacerowego, zorganizowanego na miejscu drogi pożarowej. Pacjenci w przeszłości korzystali z terenu zieleni, znajdującego się przed budynkiem podmiotu leczniczego, gdzie obecnie odbywają się wyłącznie spacery pacjentów ROPS-u. To budzi ich niezadowolenie, zwłaszcza jeśli nie chcą grać w siatkówkę czy koszykówkę. Ci, którzy korzystają z tej aktywności im przeszkadzają. Poza tym, pacjenci skarżyli się na mocne nasłonecznienie obecnego terenu spacerowego.

Wszystkim bez wyjątku doskwiera brak dostępu do internetu, brak możliwości porozmawiania przez skype – takie możliwości mieli w zakładzie karnym.

W Ośrodku stosuje się kary w postaci zabierania telefonów komórkowych oraz zakazu zakupów. Nigdy pacjent nie jest informowany na jaki okres czasu zdecydowano o danej karze.

Ponadto, brak regulacji na poziomie ustawy odnośnie ograniczeń praw pacjentów KOZZD powoduje, że wiele działań administracji należy ocenić jako bezpodstawnych:

nadzór nad korespondencją urzędową (wszystkie listy, jakie wpływają do Ośrodka, także z sądu, muszą zostać otwarte). Kontrola osobista jest przeprowadzana przy każdorazowym powrocie do Ośrodka z zewnątrz (najczęściej dotyczy to wyjazdów do sądu bądź do lekarza – bardzo dużo świadczeń medycznych udzielanych jest w placówkach wolnościowych wobec ograniczonych możliwości korzystania z pomocy specjalistów w ramach więziennej opieki medycznej). Przeprowadza się ją bądź to w pomieszczeniu łaźni (oddział II), bądź w pokojach pacjentów (oddział I), wszystkie te pomieszczenia są monitorowane skąd obraz trafia np. do dyżurki pielęgniarek. Rutynowo przeprowadza się także kontrolę pomieszczeń.

Dwa razy w tygodniu jest obecny w Ośrodku Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Pacjenci, co do zasady, jego aktywność ocenili pozytywnie. Jeden z pacjentów wskazał, iż nie ufa RPPSzP i w związku z tym nie kierował do niego żadnych skarg. Jeśli miał jakieś uwagi, pisał bezpośrednio do Rzecznika Praw Pacjenta.

IX. Analiza regulaminu organizacyjno - porządkowego Ośrodka oraz regulaminu odwiedzin pacjentów.

Po wizytacji Ośrodka dokonano analizy Wewnętrznego regulaminu organizacyjno – porządkowego pobytu pacjentów w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie z dnia 26 maja 2017 r. (dalej zwanego regulaminem Ośrodka) oraz Regulaminu Odwiedzin Pacjentów Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, który obowiązuje od dnia 29 grudnia 2015 r. (dalej zwanego regulaminem odwiedzin). Lektura przepisów ww. regulaminów nasuwa następujące wnioski:

- § 6 regulaminu Ośrodka powinien uwzględniać postępowanie w sytuacji przerwania spaceru i stwarzać możliwość realizacji spaceru w innym terminie;

- § 11 pkt 4 regulaminu Ośrodka w aktualnym brzmieniu jest wewnętrznie sprzeczny (pacjent nie może osobiście zaparzyć kawy, czy herbaty, ale może posiadać w sali czajnik, używać go zgodnie z przeznaczeniem, a więc dysponować również wrzątkiem), nieaktualny (z rozmów z personelem ustalono, iż w oddziale I odstąpiono od zaparzania pacjentom kawy, czy herbaty, czynią to w pokojach we własnym zakresie) lub nie precyzuje do których oddziałów ma zastosowanie;

- § 12 regulaminu Ośrodka nie odnosi się w żaden sposób do zasad korzystania z prywatnych telefonów komórkowym pacjentów oraz nie reguluje wymogów technicznych

tych aparatów (np. zakazu nagrywania, czy braku dostępu do internetu). Jednocześnie wprowadza rodzaj kary w postaci cofnięcia przyznanych pacjentowi uprawnień do wykonywania kontaktów telefonicznych;

- § 16 pkt 2 regulaminu Ośrodka stanowi o nadzorze każdej korespondencji, dokonywanej przez pielęgniarkę koordynującą. Należy podkreślić, iż korespondencja kierowana do pacjentów takiej kontroli nie może podlegać wobec braku wprowadzonego ustawą ograniczenia praw pacjenta Ośrodka w tym zakresie;

- § 18 regulaminu Ośrodka odnosi się jedynie do zasad dokonywania zakupów artykułów spożywczych, poza tym nie precyzuje ograniczeń co do wagi, czy objętości zakupionych towarów. Jednocześnie przewiduje, że uprawnienie do wykonywania zakupów może być cofnięte przez kierownika Ośrodka z powodu nagannych zachowań, tym samym ustanawiając rodzaj kary, jaka może zostać wymierzona pacjentowi;

- § 20 regulaminu Ośrodka określa zasady udostępniania za odpłatnością dokumentacji medycznej. Brakuje natomiast wskazań co do możliwości uzyskania kopii dokumentacji innej niż medyczna (np. kopii dokumentacji sądowej).

- pkt 15 regulaminu odwiedzin powinien wskazywać, kto wydaje decyzję o ograniczeniu lub pozbawieniu odwiedzin, z uwzględnieniem procedury zaskarżenia tej decyzji;

- pkt 16 regulaminu odwiedzin nie precyzuje dopuszczalnej liczby osób odwiedzających (np. liczby dorosłych i dzieci); o tym kto będzie uczestniczył w odwiedzinach decyduje pracownik ochrony pełniący dyżur w portierni. Może więc się zdarzyć tak, że ktoś z członków rodziny lub innych będących na miejscu osób, nie uzyska zgody na widzenie, ponosząc koszty przyjazdu;

- zakres przedmiotowy przepisów opisanych w pkt 17 i 21 regulaminu odwiedzin jest ze sobą zbieżny, poza tym ich bardzo ogólny charakter może stanowić pole do nadużyć w kontekście np. konieczności przeprowadzenia kontroli osobistej osoby odwiedzającej, zastosowania wobec niej środków przymusu bezpośredniego, czy też kontroli stanu trzeźwości. Przepisy regulaminu odwiedzin nie regulują ww. kwestii, ani też nie odsyłają do innych przepisów.

X. Rekomendacje.

1. Obowiązujące regulaminy wewnętrzne Ośrodka powinny być jak najbardziej precyzyjne i być zgodne z normami konstytucyjnymi. Każdy regulamin powinien być opatrzony datą jego wydania i podpisem dyrektora KOZZD. Regulamin nie może stanowić o ograniczeniu praw wynikających z Konstytucji, jeżeli ich ograniczenie nie zostało wprowadzone w drodze ustawy. Zaleca się zatem dokonania przeglądu obowiązujących regulacji wewnętrznych Ośrodka, celem dostosowania ich treści do obowiązujących przepisów prawa, z uwzględnieniem uwag przedstawionych z punkcie IX niniejszej notatki.

2. Zaleca się uruchomienie możliwości nagrywania fonii na wszystkich kamerach w Ośrodku. Takie działanie niewątpliwie ułatwiłoby proces weryfikacji zarzutów pacjentów, kierowanych pod adresem personelu oraz siebie nawzajem. W szczególności zaleca się rejestrację fonii przez urządzenia monitorujące pokój izolacyjny, każdorazowo w przypadku potrzeby stosowania środków przymusu bezpośredniego. Nagranie z całego okresu stosowania przymusu, z wizją i fonią, powinno być przechowywane wraz z całą dokumentacją dotyczącą stosowania przymusu bezpośredniego.

3. Należy dążyć do takiego zorganizowania zasad funkcjonowania Ośrodka, aby nie dochodziło do wprowadzania różnic pomiędzy poszczególnymi oddziałami w różnych aspektach życia codziennego oraz aby warunki panujące w Ośrodku odpowiadały obowiązującym przepisom prawa.

4. [...]

5. Warto rozważyć możliwość wydłużenia czasu przeznaczonego na pobyt na świeżym powietrzu, zwłaszcza wobec przepełnienia pokoi (8-osobowe) oraz braku możliwości wywietrzenia pokoi (w okresie letnim panuje w nich zaduch).

6. Celem usprawnienia zakupu towarów zamówionych przez pacjentów i odciążenia w tym względzie personelu Ośrodka, należy rozważyć możliwość dokonywania zakupów przez internet (e-sklepy). Pracownicy Biura RPO odnieśli wrażenie, że kwestie organizacyjne są problemem, który prowadzi do ograniczenia asortymentu oraz ilości produktów, jakie zamawia pacjent. Dobra organizacja przy przyjmowaniu zamówień od pacjentów oraz skorzystanie z oferty e-sklepu, który dowozi towary, będzie zapewne korzystne dla obu stron – personelu Ośrodka oraz pacjentów.

7. Zaleca się zorganizowanie pomieszczenia depozytu w taki sposób, aby pacjenci mieli możliwość oddania do niego swoich rzeczy. Z relacji pacjentów wynika, iż obecnie są oni zobligowani do trzymania swoich rzeczy w ośmioosobowych pokojach, gdzie ilość szafek jest niewielka.

8. Warto rozważyć wprowadzenie możliwości wykonania na prośbę pacjenta kserokopii dokumentów, za określoną, z góry ustaloną opłatą.

9. Zaleca się wyznaczenie określonego dnia, kiedy Dyrektor Ośrodka będzie przyjmował pacjentów na rozmowy indywidualne.

10. Zaleca się przyjęcie w Ośrodku innej formuły wydawania posiłków w oddziale II, aby wyeliminować oczekiwanie z wydaną porcją na korytarzu. Jako propozycję można wskazać rozwiązanie dwuetapowe. W pierwszej kolejności wydaje się posiłek dla pacjentów z dwóch pokoi, a po zwolnieniu jadalni, obiad spożywają pacjenci z kolejnych dwóch pokoi.

11. W regulaminie odwiedzin warto zamieścić punkt mówiący wprost co pacjent może ze sobą zabrać na widzenie, także w kontekście produktów spożywczych.

12. Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie powinien dysponować własną stroną internetową, w tym BIP-em, przybliżającą społeczeństwu zasady jego funkcjonowania i powody umieszczenia pacjentów w Ośrodku. Na stronach tych powinien być dostępny regulamin organizacyjno – porządkowy Ośrodka oraz regulamin odwiedzin pacjentów.

13. Warto rozważyć zapewnienie pacjentom możliwość korzystania z komputera oraz dostępu do BIP poszczególnych instytucji, strony ETPC, RPO, LEX.

14. Należy ocenić, czy aktualna liczba personelu zatrudnionego w Ośrodku jest wystarczająca, w kontekście przepisów rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16.01.2014 r. w sprawie Krajowego Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, ale także faktycznych potrzeb placówki, oszacowanych przez Dyrektora Ośrodka.

Notatkę opracowali:

dr Ewa Dawidziuk – Dyrektor Zespołu do spraw Wykonywania Kar oraz Tomasz Rozwadowski – główny specjalista w ww. Zespole, z uwzględnieniem opinii eksperta – psychiatry - doktor Małgorzaty Luks, które zostały odnotowane w treści raportu.

Dyrektor Zespołu
do spraw Wykonywania Kar

dr Ewa Dawidziuk