

Inaczej niż w przypadku dorosłych, nie ma konieczności dociekania rozumienia znaczenia czynu i możliwości kierowania postępowaniem podczas jego popełnienia. Ustawodawca uznał, że wybór środka leczniczego jest zależny od stwierdzenia u sprawcy upośledzenia umysłowego, nałogowego używania alkoholu lub innych środków odurzających, a także choroby psychicznej i innych zakłóceń czynności psychicznych (art. 12 u.p.n.). Jeśli w trakcie przewodu sądowego pojawią się przesłanki zastosowania art. 12 u.p.n., sąd powołuje biegłych władnych ocenić stan psychiczny sprawcy. Są to biegli psychiatrzy dziecięcy i/lub psychiatrzy albo biegli z Opiniodawczego Zespołu Sądowych Specjalistów z udziałem specjalisty psychiatry zdolnego do rozpoznania stanu zdrowia psychicznego i uzasadnienia zastosowania środków leczniczych.

Dysponując tymi danymi, po merytorycznej ocenie czynu sąd postanawia o zastosowaniu środka leczniczego. Nieletni sprawca staje się nieletnim pacjentem.

Od tej klarownej reguły postępowania obowiązuje jeden istotny wyjątek. Jeśli nieletni popełni szczególnie ciężki czyn zabroniony, określony w art. 10 § 2 Kodeksu karnego, po ukończeniu 15. roku życia, może za niego ponosić odpowiedzialność karną jak osoba dorosła, przy tym trybie postępowania rolą biegłych jest odpowiedź na pytanie o poczytalność sprawcy w chwili popełnienia czynu. Jeśli biegli stwierdzą, że z powodów leżących u podłoża orzekania o niepoczytalności nieletni sprawca nie może odpowiadać za popełniony czyn, powinien on zostać skierowany na zasadach u.p.n. do zakładu leczniczego o odpowiednim poziomie zabezpieczenia.

## 10.4. Skala zjawiska

---

Liczba łóżek na oddziałach psychiatrii sądowej nieletnich w Polsce przekracza nieznacznie 200. Średnio w ciągu roku sądy wydają ponad 200 postanowień o umieszczeniu nieletniego w zakładzie leczniczym. Z doświadczeń Krajowego Ośrodka w Garwolinie wynika, że ponad 30% pacjentów przebywa w nim dłużej niż rok, a „rekordowa” hospitalizacja trwała 1620 dni.

Nawet pobieżny ogląd przedstawionych w tabeli 10.1 danych wskazuje, że oddziały są wypełnione i tworzą się nawet kilkumiesięczne kolejki (szczególnie w przypadku oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu).

Tabela 10.1.

Liczba osób, u których orzeczono środki lecznicze w latach 2015–2017

	2015	2016	2017
Ogółem	258	212	163
Demoralizacja	169	146	122
Czyny karalne	89	66	41

Źródło: dane za Ministerstwo Sprawiedliwości – sprawozdanie MS-S16/18.

## 10.5. Organizacja oddziałów o wzmocnionym i maksymalnym zabezpieczeniu

Obowiązujące od 2005 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczególnych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej określa zadania i reguluje strukturę organizacyjną oddziałów.

Kryterium kierowania przez sąd do zakładu o wzmocnionym zabezpieczeniu jest stwierdzenie u nieletniego zaburzeń psychicznych (w przypadku uzależnienia od alkoholu lub substancji psychoaktywnych – na oddział odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu).

Szpital o maksymalnym poziomie zabezpieczenia jest przewidziany dla tych nieletnich, dla których wzmocnione zabezpieczenie jest za słabe do opanowania zachowań niszczycielskich i zagrażających, a także jeśli niemożliwe jest zapobieżenie ucieczkom pacjentów mogących stanowić znaczne zagrożenie poza zakładem (§ 3.1 i 4 ww. rozporządzenia).

Bezpieczeństwo na oddziałach jest gwarantowane wymogiem minimalnego zatrudnienia: dla wzmocnionego zabezpieczenia liczba osób pracujących bezpośrednio z nieletnimi powinna być co najmniej dwukrotnie wyższa od liczby łóżek, w zakładzie o maksymalnym poziomie – co najmniej trzykrotnie wyższa, a liczba osób stanowiących ochronę – nie mniejsza niż dwie trzecie pojemności zakładu (§ 16 pkt 5 i § 17 pkt 3 ww. rozporządzenia).

Pozostałe rozstrzygnięcia dotyczące bezpieczeństwa mówią o stałym nadzorze nad pacjentami, zabezpieczeniu okien i drzwi, wyposażeniu w system telewizji