



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

RAPORT
RZECZNIKA PRAW
OBYWATELSKICH
z działalności w Polsce
KRAJOWEGO
MECHANIZMU
PREWENCJI TORTUR
w roku **2016**

Warszawa 2017

BIULETYN RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH 2017, nr 4
ŹRÓDŁA

Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w roku 2016

Redaktor Naczelny:

Stanisław Trociuk

Redakcja: dr Aleksandra Iwanowska, Przemysław Kazimirski, Justyna Lewandowska,
Krzysztof Olkowicz

Opracowanie Raportu:

dr Aleksandra Iwanowska: część I pkt 6

dr Justyna Józwiak: część II pkt 1

Grażyna Kalisiewicz: część II pkt 6-8

Przemysław Kazimirski: część I pkt 10, część II pkt 2,4-5, 9-10

Dorota Krzysztוף: część I pkt 5

Marcin Kusy: struktura raportu pkt 1-5, część I pkt 1-2, 8

Rafał Kulas: część I pkt 4

Justyna Lewandowska: część II pkt 3

Wojciech Sadownik: część I pkt 3,7

Sulimir Szumielewicz: część I pkt 9

Na podstawie dokumentacji:

Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji”, Zespołu ds. Wykonywania Kar
oraz Biur Pełnomocników Terenowych RPO w Gdańsku, Katowicach i Wrocławiu

Wydawca:

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa

www.rpo.gov.pl

Infolinia Obywatelska 800 676 676

© Copyright by Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Warszawa 2017

ISSN 0860-7958

Oddano do składu we wrześniu 2017 r.

Podpisano do druku we wrześniu 2017 r.

Nakład: 500 egz.

Projekt okładki:



RZECZYOBRAZKOWE

Opracowanie DTP, korekta, druk i oprawa:

Omikron Sp. z o.o.

www.omikron.net.pl

Spis treści

Wstęp	5
Struktura raportu	8
1. Organizacja Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur	10
2. Finansowanie	12
3. Opiniowanie aktów prawnych.....	13
4. Współpraca krajowa i międzynarodowa.....	14
5. Działalność edukacyjna.....	16
CZĘŚĆ I.....	17
1. Metodologia.....	18
2. Problemy w realizacji mandatu.....	20
3. Zakłady Karne i Areszty Śledcze.....	22
3.1. Wprowadzenie.....	22
3.2. Problemy systemowe.....	22
3.3. Mocne strony i dobre praktyki	32
3.4. Obszary wymagające poprawy	33
4. Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze	53
4.1. Wprowadzenie.....	53
4.2. Problemy systemowe.....	54
4.3. Mocne strony i dobre praktyki	60
4.4. Obszary wymagające poprawy	64
5. Pomieszczenia dla osób zatrzymanych (PdOZ)	84
5.1. Wprowadzenie.....	84
5.2. Problemy systemowe.....	84
5.3. Mocne strony i dobre praktyki	103
5.4. Obszary wymagające poprawy	104
6. Domy pomocy społecznej	112
6.1. Wprowadzenie	112
6.2. Problemy systemowe.....	112
6.3. Mocne strony i dobre praktyki	115
6.4. Obszary wymagające poprawy	119
7. Szpitale psychiatryczne.....	133
7.1. Wprowadzenie.....	133
7.2. Problemy systemowe.....	134
7.3. Mocne strony i dobre praktyki	139
7.4. Obszary wymagające poprawy	141



8. Strzeżone Ośrodki dla Cudzoziemców	156
8.1. Wprowadzenie.....	156
8.2. Problemy systemowe.....	156
8.3. Mocne strony i dobre praktyki	158
8.4. Obszary wymagające poprawy	160
9. Rewizytacje	165
9.1. Zakłady poprawcze.....	165
9.2. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy	170
9.3. Niepubliczny Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Rejowcu	171
10. Naruszenia praw osób pozbawionych wolności stwierdzone w trakcie wizytacji miejsc detencji (wybrane przykłady)	174
10.1. Strzeżone ośrodki dla cudzoziemców.....	174
10.2. Pomieszczenia dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia.....	180
CZEŚĆ II.....	185
1. Wolność od tortur oraz niehumanitarnego, poniżającego traktowania albo karania.....	186
2. Przypadki tortur stwierdzone przez sądy w 2016 r.	196
3. Stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia na prośbę pacjenta na oddziałach psychiatrycznych	200
4. Plany na przyszłość. Dwa nowe typy miejsc detencji w obszarze mandatu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.....	203
5. Standardy techniczne jakie powinny spełniać miejsca detencji pod kątem ich dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.....	209
5.1. Wprowadzenie.....	209
5.2. Pomieszczenia.....	209
5.3. Ciągi komunikacyjne oraz pochylnie	210
5.4. Inne dostosowania podnoszące komfort osadzonych z niepełnosprawnościami sensorycznymi (wzrok, słuch).....	211
6. Zespół wizytujący KMP (w kolejności alfabetycznej)	212
7. Eksperti Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur	216
8. Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2016 r. – tabela wg jednostek	221
9. Warunki pozbawienia wolności w miejscach detencji ocenione przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur jako dobre.....	225
10. Warunki pozbawienia wolności w miejscach detencji ocenione przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur jako złe.....	229

Wstęp

Tortury są jednym z najcięższych naruszeń fundamentalnych praw człowieka. Obok pogwałcenia wielu innych praw stanowią bezpośredni atak na godność osoby, chronioną przez Konstytucję RP, jako źródło innych praw. Zakaz stosowania tortur ma charakter bezwzględny i żadne okoliczności nie usprawiedliwiają ich stosowania. Wynika on zarówno z prawa międzynarodowego¹, jak i polskiej Konstytucji i jest wyrazem postępu moralnego narodów. Naruszenie wolności od tortur, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania jest jednocześnie przejawem naruszenia godności człowieka. Zgodnie z linią orzeczniczą Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu państwo, niezależnie od zachowania skarżącego, nie może uchylać się od przestrzegania tego zakazu nawet w czasie wojny czy innego zagrożenia w życiu narodu².

Regularne, niezapowiedziane wizytacje miejsc zatrzymań są uważane za jeden z najefektywniejszych środków zapobiegania torturom i innym niedozwolonym formom traktowania osób pozbawionych wolności. Uzupełniają one mechanizm sądowy, realizowany w tym zakresie przez Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu.

Rzeczpospolita Polska jest jednym z 83 Państw Stron, które ratyfikowały Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania³ (zwany dalej OPCAT lub Protokołem), przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. Jest również jednym z 65 państw, które powołały krajowy mechanizm prewencji.

Celem Protokołu było ustanowienie systemu regularnych wizytacji, przeprowadzanych przez niezależne organy, w miejscach gdzie przebywają osoby pozbawione wolności. Na poziomie międzynarodowym utworzony został Podkomitet ONZ do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Niehumanitarnemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu, natomiast na

¹ Zarówno system ochrony praw człowieka Organizacji Narodów Zjednoczonych, jak i system europejski zakazuje stosowania tortur oraz niehumanitarnego, poniżającego traktowania oraz karania.

² Sprawa Irlandia przeciw Wielkiej Brytanii, wyrok z dnia 18 stycznia 1978 r., skarga nr 5310/71.

³ Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192.

poziomie krajowym Państwo Strona zobowiązana jest utworzyć krajowy mechanizm prewencji. Intencją podejmowanych działań jest zaś zapobieganie torturom oraz innemu okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu.

Rząd Rzeczypospolitej realizuje liczne rekomendacje Rzecznika, ale mimo postanowień OPCAT, jak i wbrew Zasadom Paryskim⁴, od samego początku wykonywania przez Rzecznika zadań krajowego mechanizmu prewencji, nie przekazuje Ombudsmanowi wystarczających środków na ich realizację.

Rok 2016 był dziewiątym rokiem wykonywania przez Rzecznika Praw Obywatelskich zadań Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. Przedstawiciele Rzecznika przeprowadzili 85 niezapowiedzianych wizytacji różnego rodzaju miejsc detencji, położonych na terenie całego kraju.

Wzorem lat ubiegłych, niniejsza publikacja poza wynikami przeprowadzonych wizytacji, zawiera również m.in. analizę prawomocnych orzeczeń sądów w sprawach karnych, które zapadły w 2016 r., a które świadczą o występowaniu tortur.

Nasz raport przedstawia najważniejsze spostrzeżenia z wizytacji prewencyjnych i diagnozuje problemy systemowe. Niestety, wiele problemów systemowych wskazanych w latach ubiegłych nie zostało rozwiązanych. Wśród najważniejszych wskazać należy: brak postulowanych zmian w ustawie o postępowaniu w sprawach nieletnich, nierozwiązanie kwestii umieszczania osób "do wytrzeźwienia" w policyjnych pomieszczeniach dla osób zatrzymanych, czy brak rozwiązań systemowych dotyczących sytuacji nieletnich matek w ciąży (wychowanek placówek dla nieletnich) oraz nieletnich i ich dzieci po urodzeniu.

Tak jak w latach poprzednich, w polskich miejscach detencji dochodzi niestety do sytuacji, które mogą być uznane za poniżające lub nieludzkie traktowanie albo karanie. Zdobyte doświadczenia pokazują, że wizytacje KMPT pełnią istotną rolę w zakresie prewencji tortur. Przy obecnym stanie osobowym Zespołu (10 osób) oraz wynoszącej ok. 2.600 liczbie miejsc pozbawienia wolności, w rozumieniu art. 4 OPCAT⁵, Rzecznik Praw Obywatelskich nie jest niestety – mimo wielkiego zaangażowania pracowników

⁴ Zasady Paryskie to wymagania stawiane instytucjom ochrony praw człowieka. Zostały one przyjęte przez ONZ w 1993 roku. Główne cechy, którymi powinny odznaczać się te instytucje, to: niezależność i pluralizm.

⁵ Zgodnie z art. 4 ust 1 OPCAT, jest to jakiegokolwiek miejsce pozostające pod jurysdykcją i kontrolą danego państwa, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności, na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem.



– w stanie zagwarantować realizowania minimalnych międzynarodowych standardów dotyczących częstotliwości przeprowadzanych wizytacji⁶.

Poza monitoringiem miejsc pozbawienia wolności, rok 2016 poświęcony został także na wzmocnienie edukacyjnej roli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. W 2016 r. rozpoczęto cykl 16 debat regionalnych KMPT organizowanych w stolicach województw, podczas których przedstawiciele KMPT omawiają najważniejsze problemy związane z funkcjonowaniem miejsc pozbawienia wolności w Polsce. Spotkania adresowane są do przedstawicieli wszystkich typów miejsc pozbawienia wolności, przedstawicieli prokuratury, władzy sądowniczej, samorządu wojewódzkiego oraz uczelni wyższych.

Raport jest dostępny na stronie internetowej Rzecznika Praw Obywatelskich (www.rpo.gov.pl), w tym w wersji anglojęzycznej, co pozwala instytucjom międzynarodowym na uzyskanie informacji na temat działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w Polsce.

Chciałbym wyrazić nadzieję, że „Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w roku 2016” będzie dla Państwa ważnym źródłem informacji i przyczyni się do poprawy i właściwego, zgodnego z międzynarodowymi standardami, funkcjonowania w naszym kraju poszczególnych typów miejsc zatrzymań.

dr Adam Bodnar
Rzecznik Praw Obywatelskich

⁶ Według Specjalnego Sprawozdawcy ONZ ds. Tortur wizytacje zapobiegawcze KMP, typu ad hoc, powinny być przeprowadzane co kilka miesięcy, zaś wizytacje całościowe raz na 5 lat. Według minimalnych standardów wyznaczonych przez APT wizytacje całościowe powinny być przeprowadzane co najmniej raz w roku w jednostkach takich jak: jednostki organizacyjne policji, areszty śledcze oraz w miejscach, w których przebywają osoby szczególnie podatne na zagrożenia lub wystąpienia przypadków agresji np. kobiety, cudzoziemcy.

Struktura raportu

Układ raportu został przygotowany tak, aby najpełniej oddać efekty pracy Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT) w 2016 r. W minionym roku wizytowano następujące miejsca pozbawienia wolności⁷:

- areszty śledcze/zakłady karne,
- młodzieżowe ośrodki wychowawcze,
- pomieszczenia dla osób zatrzymanych jednostek organizacyjnych Policji,
- domy pomocy społecznej,
- szpitale psychiatryczne,
- strzeżone ośrodki dla cudzoziemców.

KMPT przeprowadził również 4 rewizytacje w placówkach, wizytowanych w latach ubiegłych.

We wszystkich tych miejscach wizytacje były dokonywane w celu ustalenia czy dochodzi w nich do tortur lub niehumanitarnego, poniżającego traktowania albo karania. Podczas każdej wizytacji, niezależnie od rodzaju miejsca detencji, KMPT badał następujące zagadnienia: traktowanie, warunki bytowe, prawo do ochrony zdrowia, prawo do informacji, prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym, prawo do praktyk religijnych, kwalifikacje personelu. W niniejszym raporcie zostały opisane nieprawidłowości związane z realizacją praw i wolności obywateli, ponieważ jednak nie we wszystkich miejscach pozbawienia wolności KMPT ujawniło ich występowanie, poszczególne części raportu różnią się zakresem analizowanych problemów. Brak odniesienia do danego zagadnienia (np. prawa do praktyk religijnych) wskazuje, iż w tym obszarze KMPT nie stwierdził żadnych naruszeń w danym typie placówek. Każdy z typów miejsc pozbawienia wolności zwizytowanych przez KMPT w 2016 r. został opisany odrębnie, ze wskazaniem właściwych dla niego problemów systemowych oraz nieprawidłowości. Podczas wizytacji prewencyjnych KMPT każdorazowo zwraca uwagę na dobre strony placówek, co w raporcie obrazują punkty *Mocne strony i dobre praktyki*.

We wstępie raportu opisana została organizacja KMPT, jego finansowanie, opiniowanie aktów prawnych, współpraca krajowa oraz międzynaro-

⁷ Zgodnie z art. 4 ust. 1 OPCAT jest to jakiekolwiek miejsce pozostające pod jurysdykcją i kontrolą danego państwa, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności, na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem.



dowa KMPT, a także działalność edukacyjna KMPT w zakresie budowania kultury braku akceptacji społecznej dla tortur. Część I przedstawia metodologię wizytacji prewencyjnych, problemy wynikające z realizacji mandatu przez KMPT oraz wnioski z wizytacji miejsc pozbawienia wolności. W tej części omówione zostały także indywidualne przypadki naruszeń praw osób pozbawionych wolności stanowiące przykłady zagrożeń związanych z systemem ochrony praw takich osób. Celem tego rozdziału było wskazanie słabych stron systemu ochrony praw osób w detencji, których istnienie powoduje, że nie zabezpiecza on w sposób należyty ich praw.

W porównaniu do poprzednich raportów rocznych KMPT, II część raportu wzbogacono o analizę filarów systemu ochrony praw osób pozbawionych wolności przed torturami i roli krajowych mechanizmów prewencji w tym systemie. Jest to szczególnie istotne w kontekście sprawy Igora Stachowiaka⁸, w której doszło do stosowania tortur wobec zatrzymanego przez funkcjonariuszy Policji. Także w tej części raportu znalazła się analiza prawna nowego problemu zidentyfikowanego przez KMPT w jednym z wizytowanych typów miejsc detencji. W 2016 r. problem taki stanowiło stosowanie tzw. przymusu bezpośredniego na prośbę pacjenta szpitala psychiatrycznego.

W II części raportu wskazane zostały ponadto plany działania KMPT w 2017 roku i standardy techniczne jakie powinny spełniać miejsca detencji w zakresie dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

⁸ Sprawa prowadzona jest w BRPO pod numerem BPW.519.21.2016.

1. Organizacja Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Pismem z dnia 18 stycznia 2008 r. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości, na podstawie uchwały Rady Ministrów Nr 144/2005 z dnia 25maja 2005 r. – powierzył oficjalnie Rzecznikowi Praw Obywatelskich pełnienie funkcji Krajowego Mechanizmu Prewencji, w rozumieniu art. 3 Protokołu fakultatywnego do Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej OPCAT). Protokół ten został przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku w dniu 18 grudnia 2002 r. W stosunku do Rzeczypospolitej Polskiej wszedł on w życie z dniem 22 czerwca 2006 r.⁹ Zgodnie z art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich¹⁰ (dalej ustawa o r.p.o), Rzecznik wykonuje funkcje organu wizytującego do spraw zapobiegania torturom i innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (krajowy mechanizm prewencji). Wykonywanie tej funkcji polega na regularnym sprawdzaniu sposobu traktowania osób pozbawionych wolności (art. 8 ust. 2 ustawy o r.p.o). W trakcie sprawdzania Rzecznik może rejestrować dźwięk lub obraz w miejscach pozbawienia wolności za zgodą osób, które będą rejestrowane, jak również odbywać spotkania z osobami pozbawionymi wolności, bez obecności innych osób, a także z innymi osobami, co do których uzna, że mogą dostarczyć istotnych informacji (art. 13 ust. 1a ustawy o r.p.o).

Krajowy Mechanizm Prewencji stanowi jeden z Zespołów Biura Rzecznika Praw Obywatelskich¹¹. Dyrektorem Zespołu jest Justyna Róża Lewandowska, a jej zastępcą Przemysław Kazimirski. Nadzór merytoryczny nad działalnością Krajowego Mechanizmu Prewencji sprawuje jeden z Zastępców Rzecznika – Krzysztof Olkowicz.

⁹ Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192.

¹⁰ tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 958.

¹¹ § 6 Załącznika do Zarządzenia Nr 45/2015 Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie nadania statutu Biuru Rzecznika Praw Obywatelskich.



Wsparcie Zespołu KMPT stanowią pracownicy Biur Pełnomocników Terenowych RPO z Gdańska, Wrocławia i Katowic. W wizytacjach KMPT uczestniczy także regularnie Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich Krzysztof Olkowicz. Warto również wskazać, że od 2016 r. wizytacje jednostek penitencjarnych przeprowadzane są przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przy współudziale przedstawicieli Wydziału ds. Żołnierzy i Funkcjonariuszy w BRPO. Przyjęcie takiego rozwiązania wychodzi naprzeciw oczekiwaniom funkcjonariuszy SW, którzy dzięki obecności pracowników BRPO zajmujących się ich prawami, mogą zgłosić im bezpośrednio swoje problemy. W celu prawidłowego weryfikowania sposobu traktowania osób pozbawionych wolności niezbędne jest pozyskanie wiedzy z różnych źródeł, co w wielu przypadkach jest niemożliwe bez merytorycznego wsparcia i wiedzy eksperckiej. W związku z tym, wizytacje organizowane są w miarę możliwości z udziałem ekspertów zewnętrznych – lekarzy: psychiatrów, geriatry i lekarza chorób wewnętrznych.

Decyzją RPO¹² powołana została Komisja Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji (dalej Komisja). W jej skład weszli specjaliści, którzy na co dzień zajmują się prawami osób pozbawionych wolności. Wśród nich znaleźli się m.in. prawnicy, przedstawiciele organizacji pozarządowych, przedstawiciele służb mundurowych, lekarze. Działalność Komisji Ekspertów KMPT służy wspieraniu Mechanizmu opiniami eksperckimi oraz wypracowywaniu uwag i rekomendacji RPO dotyczących obowiązujących lub projektowanych zmian aktów prawnych, propozycji zmian systemowych, czy przygotowywaniu tez do wystąpień Rzecznika Praw Obywatelskich. Pracami Komisji kieruje dr Aleksandra Iwanowska – pracowniczka KMPT.

W związku z tym, iż nazwa „Krajowy Mechanizm Prewencji” nie identyfikuje w pełni roli Zespołu w obszarze ochrony praw osób pozbawionych wolności przed torturami, Rzecznik Praw Obywatelskich, na wniosek Komisji wyraził zgodę na stosowanie przez Zespół nazwy „Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur” lub „Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, Okrutnego, Nieludzkiego i Poniżającego Traktowania oraz Karania”¹³.

¹² Zarządzenie Nr 46/2016 Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 18 października 2016 r. określające skład Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji przy RPO.

¹³ Zarządzenie Nr 52/2016 Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie nazw stosowanych przez Zespół „Krajowy Mechanizm Prewencji”.

2. Finansowanie

Wydatki na działalność KMPT pokrywane są z budżetu państwa otrzymywanego przez RPO. Zgodnie z rocznym sprawozdaniem z wykonania wydatków Budżetu Państwa oraz Budżetu Środków Europejskich w układzie zadaniowym w 2016 r., na realizację funkcji krajowego mechanizmu prewencji Biuro RPO wydatkowało środki w wysokości **2 361 864.71 zł**, w tym na wydatki majątkowe 82 185.25 zł oraz na pozostałe 2 279 679.46 zł.

W 2016 r. skład osobowy KMPT ulegał zmianom – stan etatowy Zespołu został uszczuplony o 2,5 etatu. Faktyczna liczba osób wizytujących w Zespole KMP w omawianym roku wynosiła 7. RPO wielokrotnie podkreślał, że stan osobowy Zespołu uniemożliwia pełne realizowanie nałożonych na RPO obowiązków wynikających z OPCAT.

3. Opiniowanie aktów prawnych

Opiniowanie aktów prawnych, zarówno obowiązujących, jak i projektowanych, jest jedną z form prewencji tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Uprawnienie krajowych mechanizmów prewencji do przedstawiania władzom opinii i uwag do przepisów prawnych zawarte zostało w art. 19 lit. c OPCAT.

W 2016 r. KMPT przedstawiło uwagi do następujących projektów aktów prawnych:

- projekt rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności¹⁴,
- projekt rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa¹⁵,
- projekt rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich¹⁶,
- projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i niektórych innych ustaw¹⁷,
- projekt rozporządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji zmieniającego rozporządzenie w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia¹⁸,
- roboczy projekt ustawy o zmianie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, opracowany przez Ministerstwo Sprawiedliwości i Ministerstwo Zdrowia¹⁹.

Wszystkie opinie umieszczone zostały na stronie internetowej KMP²⁰, w zakładce *Opiniowanie aktów prawnych*.

¹⁴ Opinia z dnia 14.03.2016 r., KMP.022.1.2016.

¹⁵ Opinia z dnia 18.08.2016 r., KMP.022.2.2016.

¹⁶ Opinia z dnia 10.06.2016 r., KMP.573.10.2015.

¹⁷ Opinia z dnia 27.10.2016 r., KMP.022.4.2016.

¹⁸ Opinia z dnia 31.10.2016 r., KMP.022.3.2016.

¹⁹ Opinia z dnia 21.12.2016 r., KMP.022.5.2016.

²⁰ www.rpo.gov.pl/pl/krajowy-mechanizm-prewencji

4. Współpraca krajowa i międzynarodowa²¹

Ważną rolę w funkcjonowaniu i rozwoju Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur odgrywa uczestnictwo jego przedstawicieli w różnego rodzaju wydarzeniach o charakterze krajowym oraz międzynarodowym. Dzięki nim, KMPT zaznacza swoją rolę jako organu stojącego na straży praw osób pozbawionych wolności, jak również zyskuje nowe doświadczenia płynące z kooperacji z innymi podmiotami działającymi w tym zakresie.

W kwietniu Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich wraz z pracownikiem KMPT wzięli udział w Konferencji Przedstawicieli Samorządów i Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych. W swoim wystąpieniu Rzecznik przedstawił główne zagadnienia dotyczące młodzieżowych ośrodków wychowawczych pozostające w zainteresowania RPO oraz problemy systemowe wymagające uregulowań prawnych.

W BRPO zorganizowano spotkanie przedstawiciela KMPT z członkami Koła Penitencjarnego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego, podczas którego studenci i towarzyszący im nauczyciele akademicy mieli możliwość zapoznania się z działającym w Polsce systemem prewencji tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowaniu albo karania.

W sierpniu przedstawiciele KMPT uczestniczyli w spotkaniu roboczym w Ministerstwie Sprawiedliwości dotyczącym zmian legislacyjnych w zakresie stosowania wobec nieletnich środków leczniczych. Przedmiotem dyskusji był, poruszony przez Rzecznika Praw Pacjenta na początku 2016 r., problem niewystarczającego uregulowania stosowania środka leczniczego wobec nieletnich.

W październiku pracownicy Zespołu wzięli udział w spotkaniu z Rzecznikami Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych. W trakcie spotkania przedstawiciele KMPT przedstawili podstawy prawne, metodologię oraz cele wizytacji prewencyjnych w szpitalach psychiatrycznych. Podkreślili także znaczenie współpracy KMPT z Rzecznikami Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w celu ochrony praw pacjentów przed ewentualnymi naruszeniami.

²¹ Szerzej na temat aktywności KMP na arenie krajowej i międzynarodowej na stronie internetowej KMP w zakładkach: *Współpraca krajowa KMP* oraz *Współpraca międzynarodowa KMP*.



Działalność KMPT jest jedną z płaszczyzn współpracy międzynarodowej Rzecznika. W związku z powyższym, w roku 2016 przedstawiciele Mechanizmu uczestniczyli w kilku konferencjach i warsztatach zorganizowanych w Wiedniu, poświęconych zagadnieniom prewencji tortur oraz organizacji i działalności krajowych mechanizmów prewencji w różnych krajach. Przedstawiciel KMPT uczestniczył w Brukseli w konferencji dotyczącej detencji nieletnich. Podkreślenia wymaga udział w trzyczęściowym cyklu spotkań dotyczącym wzmocnienia współpracy krajowych mechanizmów prewencji z sędziami. Spotkania te zorganizowane zostały przez Instytut Praw Człowieka Ludwika Boltzmanna w Wiedniu.

Przedstawiciele KMPT uczestniczyli również w roli ekspertów (Short Term Experts) w polsko-niemieckim projekcie twinningowym *Support to the Strengthening of the Commissioner for Human rights (Ombudsman) of the Republic of Azerbaijan*. Celem projektu było wzmocnienie instytucji Ombudsmana Azerbejdżanu poprzez wymianę doświadczeń i dobrych praktyk w zakresie ochrony praw osób pozbawionych wolności przed torturami, praw dzieci, osób starszych, osób z niepełnosprawnościami oraz szeroko pojętego prawa do informacji, płynących z działalności polskiego Rzecznika Praw Obywatelskich. KMPT reprezentowane było przez dwóch pracowników, których zadania związane były odpowiednio z organizacją szkoleń dla pracowników działającego w biurze Ombudsmana Azerbejdżanu krajowego mechanizmu prewencji oraz opracowaniem strategii długofalowego rozwoju tego organu.

Przedstawiciel KMPT wziął także udział w charakterze eksperta w szkoleniu rosyjskich Publicznych Komitetów Monitorujących, zorganizowanym przez Radę Europy w Erywaniu. Oprócz omówienia zagadnień teoretycznych reprezentant KMPT przeprowadził ćwiczenia praktyczne w grupach, w zakresie opracowania odpowiednich pytań na rozmowę wstępną z dyrektorem wizytowanej jednostki oraz przeprowadzania rozmowy indywidualnej z osobą pozbawioną wolności.

5. Działalność edukacyjna

W 2016 r. rozpoczęto cykl 16 debat regionalnych KMPT organizowanych w stolicach województw. Spotkania adresowane są do przedstawicieli wszystkich typów miejsc pozbawienia wolności, przedstawicieli prokuratury, władzy sądowniczej, samorządu wojewódzkiego oraz uczelni wyższych. Debaty stanowią platformę wymiany doświadczeń płynących ze współpracy władz miejsc detencji z KMPT w obszarze ochrony praw osób pozbawionych wolności. Ich celem jest również przybliżenie problemów natury systemowej identyfikowanych w trakcie wizytacji prewencyjnych w miejscach detencji oraz podkreślenia roli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur jako partnera dla władz wizytowanych miejsc w tworzeniu kultury braku akceptacji dla tortur, okrutnego, niehumanitarnego, poniżającego traktowania albo karania. Począwszy od września, do końca 2016 r. przeprowadzono 4 debaty regionalne w: Katowicach, Gdańsku, Lublinie i Olsztynie.

Do uczestnictwa w debatach zaproszeni zostali także przedstawiciele lokalnych mediów, z myślą o których przygotowano informacje zawierające wyniki wizytacji KMPT w miejscach detencji znajdujących się na terenie danego województwa w ciągu 2 lat poprzedzających spotkanie.

Organizacja debat regionalnych stanowi wypełnienie edukacyjnej roli KMPT w zakresie przeciwdziałania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu czy karaniu.

W ramach promocji działań na rzecz prewencji tortur przedstawiciele KMPT przeprowadzili w 2016 r. dwa szkolenia i warsztaty, skierowane do funkcjonariuszy Policji z jednostek podległych Komendzie Wojewódzkiej Policji w Łodzi (7.04, Sieradz), oraz do kadry dydaktycznej Centrum Szkolenia Policji w Legionowie (18.04, Legionowo). W ich trakcie analizowano pojęcie tortur oraz niehumanitarnego lub poniżającego traktowania, standardy ochrony praw osób zatrzymanych, a także przybliżano sposób funkcjonowania i organizacji KMPT.

CZĘŚĆ I.

1. Metodologia

We wszystkich wizytowanych jednostkach KMPT działa w oparciu o tą samą metodologię. Jej pierwszym etapem jest ustalenie składu grupy wizytacyjnej. Zgodnie z postanowieniami OPCAT eksperci krajowych mechanizmów prewencji powinni mieć odpowiednie umiejętności i wiedzę zawodową.

Zespół przeprowadzający wizytacje w jednostkach składa się z kilku osób, z których jedna pełni funkcję koordynatora. Dwie osoby, w tym koordynator zespołu odpowiedzialny za przygotowanie raportu powizytacyjnego, oglądają teren i obiekty placówki, pozostałe prowadzą rozmowy indywidualne z osobami pozbawionymi wolności. W celu zachowania wymogu interdyscyplinarności, w wizytacjach, w miarę możliwości, biorą również udział eksperci z zakresu medycyny ogólnej, psychiatrii i geriatrici. Przygotowują oni ekspertyzę, której treść uwzględniana jest w raporcie powizytacyjnym.

Długość wizytacji zależy od wielkości jednostki i zastanych na miejscu problemów, zazwyczaj wynosi od 1 do 3 dni.

Każda wizytacja KMPT obejmuje następujące etapy:

- rozmowę z kierownictwem miejsca pozbawienia wolności;
- ogląd wszystkich pomieszczeń, z których korzystają osoby pozbawione wolności;
- indywidualne i grupowe rozmowy z osobami umieszczonymi w placówce;
- rozmowę z personelem;
- analizę dokumentacji;
- formułowanie wstępnych zaleceń powizytacyjnych podczas rozmowy podsumowującej wizytację;
- wysłuchanie stanowiska kierownictwa wizytowanego miejsca wobec przekazanych zaleceń.

W trakcie wizytacji pracownicy KMPT wykorzystują urządzenia pomiarowo-rejestrujące: multimetr CEM DT-8820, dalmierz laserowy Makita LD060P, aparat fotograficzny.

Jeśli w trakcie wizytacji osoba pozbawiona wolności zgłosi wystąpienie zdarzenia stanowiącego naruszenie obowiązujących przepisów, zapewnia się jej możliwość wniesienia oficjalnej skargi. Skarga ta jest następnie przekazywana do właściwego zespołu merytorycznego w BRPO. Jeśli osoba zgłaszająca nieprawidłowość nie wyraża zgody na podjęcie oficjalnych czynności, uzyska-



ne od niej informacje traktuje się jako sygnały o ewentualnych nieprawidłowościach, w miarę możliwości wyjaśniane w sposób uniemożliwiający zweryfikowanie rozmówcy. W przypadku ich potwierdzenia członkowie zespołu wizytującego informują o ustaleniach dyrektora placówki, zachowując anonimowość skarżącego. W przypadku gdy jednak wizytujący nie mają możliwości potwierdzenia zarzutów rozmówcy, przekazywane są one kierownictwu placówki podczas rozmowy podsumowującej wyłącznie jako niezwerifikowane sygnały, których wyjaśnienie spoczywa na dyrektorze placówki.

Po zakończeniu wizytacji przygotowywany jest raport, zawierający opis wszystkich spostrzeżeń i wniosków, a także zalecenia kierowane do organu zarządzającego wizytowaną placówką oraz organów nadrzędnych. Jeśli kierownictwo jednostki nie zgadza się z zaleceniami, przedstawiciele KMPT zwracają się do organu nadrzędnego z prośbą o odniesienie się do nich i zajęcie stanowiska w sprawie. Prowadzony w ten sposób dialog ma na celu przekonanie osób odpowiedzialnych za funkcjonowanie wizytowanego miejsca o potrzebie i zasadności sformułowanych przez KMPT zaleceń, których wdrożenie wzmocni ochronę praw osób pozbawionych wolności przebywających w zwizytowanym miejscu.

W przypadku ujawnienia tortur lub niehumanitarnego, poniżającego traktowania albo karania, po zakończeniu wizytacji przygotowane jest zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Jednakże osoba pokrzywdzona musi każdorazowo wyrazić zgodę na ujawnienie swoich danych osobowych i przekazanie sprawy organom ścigania. W przypadkach drastycznych dopuszczalne jest odstępstwo od tej reguły, przy czym decyzja w tej sprawie podejmowana jest osobiście przez RPO, który podpisuje zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

W przypadku braku zgody pokrzywdzonego na przekazanie sprawy organom ścigania, przy jednoczesnym uznaniu wizytujących, że nieprawidłowości są mniejszej wagi, pozyskane informacje uznawane są za sygnały mogące świadczyć o niewłaściwym traktowaniu zatrzymanych. Jednocześnie przedstawiciele KMPT zwracają się do kierowników jednostek o wyjaśnienie sytuacji i przedstawienie wniosków.

KMPT postępuje inaczej w sytuacji, gdy wiedza na temat tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania pozyskiwana jest z analizy dokumentów czy zapisów monitoringu, a nie bezpośrednio od osób pokrzywdzonych. W takim przypadku wizytujący nie występują o zgodę pokrzywdzonego na przekazanie sprawy do organów ścigania i każdorazowo przygotowują zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

2. Problemy w realizacji mandatu

Podczas wizytacji strzeżonych ośrodków dla cudzoziemców przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur spotykali się z odmową udostępniania im dokumentacji medycznej przebywających tam cudzoziemców²². Udostępniano ją dopiero po okazaniu stosownego pisemnego upoważnienia sporządzonego przez cudzoziemca dla pracownika KMPT. Uznając tę praktykę za nieprawidłową, RPO wystąpił do Dyrektora Zarządu do spraw Cudzoziemców Komendy Głównej Straży Granicznej, przedstawiając podstawy prawne nieograniczonego dostępu wizytujących do dokumentacji cudzoziemców, w tym do dokumentacji medycznej. W sprawę zaangażowany został również Generalny Inspektor Danych Osobowych, o którego stanowisko wobec opisanego problemu poprosił Komendant Główny SG²³. Zgodnie z opinią GIODO, o której treści poinformował KMPT Dyrektor Zarządu do spraw Cudzoziemców Komendy Głównej SG²⁴, przedstawiciele KMPT mają prawo do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej osób umieszczonych w strzeżonych ośrodkach i aresztach dla cudzoziemców

Podczas wizytacji Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego we Wrocławiu²⁵, prowadzonego przez Zgromadzenie Sióstr Matki Bożej Miłosierdzia, w czasie rozmowy rozpoczynającej wizytację, siostra dyrektor kwestionowała uprawnienia zespołu wizytującego do przeprowadzania rozmów indywidualnych z wychowankami oraz udostępniania niezbędnych informacji. W odczuciu wizytujących sam sposób ich przyjęcia i prowadzenia rozmowy nastawiony był na konfrontację i utrudnianie wykonania zaplanowanych czynności. Po trudnej rozmowie, wizytującym umożliwiono monitoring placówki, zgodnie z przyjętym harmonogramem. Z uwagi na tę sytuację, RPO wystąpił do Ministra Edukacji Narodowej z prośbą o podjęcie działań informacyjnych w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych prowadzonych przez organizacje kościelne, wyjaśniających

²² Ośrodek Strzeżony dla Cudzoziemców w Lesznowoli, KMP.572.2.2016.

²³ Pismo Dyrektora Zarządu ds. Cudzoziemców Komendy Głównej SG z dnia 12.12.2016 r., FAX KG CU-8339/IV/MK/16.

²⁴ Odpowiedź Dyrektora Zarządu do spraw Cudzoziemców Komendy Głównej Straży Granicznej z dnia 20.07.2016 r., FAX KG CU-4850/IV/MP/17.

²⁵ Sprawa prowadzona pod sygnaturą KMP.573.20.2016.



rolę, metodykę działań i uprawnienia KMPT²⁶. Minister Edukacji Narodowej w odpowiedzi z dnia 29.05.2017 r.²⁷ poinformowała Rzecznika o przypomnieniu rozesłanym do młodzieżowych ośrodków wychowawczych za pośrednictwem Ośrodka Rozwoju Edukacji, wskazującym na konieczność pełnej współpracy władz tych placówek z Krajowym Mechanizmem Prewencji Tortur podczas realizacji jego mandatu.

²⁶ Pismo RPO z dnia 17.01.2017 r. do Ministra Edukacji Narodowej, KMP573.20.2016.

²⁷ Odpowiedź Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29.05.2017 r., DWKI-WSPE.5015.13.2017.4.APG.

3. Zakłady Karne i Areszty Śledcze

3.1. Wprowadzenie

W 2016 r. wizytacjami objęto 16 jednostek penitencjarnych²⁸, w tym 6 zakładów karnych, 8 aresztów śledczych oraz 2 oddziały zewnętrzne. W jednym zakładzie karnym oraz w 4 aresztach śledczych przeprowadzone zostały wizytacje tematyczne mające na celu sprawdzenie stanu poszanowania praw osób z niepełnosprawnościami (fizyczną i sensoryczną) przebywających w tych jednostkach²⁹. Przedstawiciele KMPT przeprowadzili także jedną wizytację obejmującą sprawdzenie stanu przestrzegania praw osób z niepełnosprawnością intelektualną lub chorych psychicznie odbywających karę pozbawienia wolności i przebywających w oddziałach terapeutycznych, a także osadzonych stwarzających poważne zagrożenie społeczne lub poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu (z tzw. oddziału dla N – niebezpiecznych)³⁰. Ponadto jedna z wizytacji została zrealizowana *ad hoc* w związku z publikacją prasową³¹.

3.2. Problemy systemowe

Niestety wizytacje jednostek penitencjarnych przeprowadzone w 2016 r. pozwalają na stwierdzenie, że problemy systemowe zidentyfikowane w latach ubiegłych wciąż pozostają aktualne.

1. Przyjmowanie do jednostek penitencjarnych osób znajdujących w ciężkim stanie zdrowia

W ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur wzmożonej uwagi wymaga problem powstały w związku z uregulowaniem zawartym w §35

²⁸ ZK Płock, ZK Bydgoszcz-Fordon, ZK Wołów, ZK Gorzów Wlkp., ZK Koszalin, ZK Stare Borne, AŚ Poznań, AŚ Wrocław, AŚ Gdańsk, AŚ Lublin, AŚ Lubsko, AŚ Sanok, AŚ Elbląg, AŚ Nowa Sól, OZ Poznań, OZ Moszczaniec.

²⁹ ZK Bydgoszcz-Fordon, AŚ Poznań, AŚ Wrocław, AŚ Gdańsk, AŚ Lublin.

³⁰ ZK Wołów.

³¹ ZK Płock.



rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawienie wolności oraz dokumentowania tych czynności³². Zgodnie z tym przepisem *w wypadku przyjęcia do jednostki penitencjarnej osoby wymagającej natychmiastowego leczenia szpitalnego ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia lub kobiety od 28. tygodnia ciąży, osobie tej natychmiast zapewnia się odpowiednią opiekę lekarską*. Tymczasem wcześniejsza regulacja³³ stanowiła, że osoby wymagającej natychmiastowego leczenia nie można było przyjąć do jednostki penitencjarnej z uwagi na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia. Rozwiązanie to było uzasadnione z uwagi na ograniczone możliwości więziennej służby zdrowia, która nie dysponuje tak wszechstronnym zapleczem medycznym jak placówki wolnościowe. W ocenie KMPT obecne rozwiązanie może stwarzać poważne zagrożenie dla zdrowia lub życia osób zgłaszających się do jednostek penitencjarnych.

Jak wskazano w roku ubiegłym argumenty i poważne zastrzeżenia do wprowadzonego rozporządzenia wyrażone przez Rzecznika Praw Obywatelskich oraz prof. J. Heitzmana Wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego nie znalazły zrozumienia Ministerstwa Sprawiedliwości. W związku z tym wciąż istnieje możliwość, że osoba chora psychicznie, będąca np. w stanie ostrej psychozy zostanie przyjęta do jednostki penitencjarnej. Pracownicy BRPO będą ze szczególną uwagą będą monitorować skutki wprowadzenia nowych regulacji.

2. Powierzchnia mieszkalna przypadająca na więźnia w celi mieszkalnej

Powyższe zagadnienie jest jednym z najważniejszych problemów dotyczących warunków bytowych panujących w wizytowanych zakładach karnych i aresztach śledczych. Powierzchnia cel w jednostkach przypadająca na jednego osadzonego, spełnia jedynie minimalne wymogi formalne określone w prawie krajowym (tj. 3 m² na osobę). Tymczasem konieczne jest zagwarantowanie osobom przebywającym w jednostkach penitencjarnych minimum 4 m² powierzchni mieszkalnej na więźnia w celi mieszkalnej. W tej sprawie RPO skierował w dniu 24 maja 2016 r. wystąpienie generalne do Ministra Sprawiedliwości, wnioskując o dokonanie stosowanych zmian legisla-

³² Dz. U. z 2015 r., poz. 927.

³³ Dz. U. z 2012 r., poz. 1153.

cyjnych³⁴. Istniejąca w Polsce norma 3 m², w ocenie Rzecznika jest sprzeczna ze standardami i przyjętymi przez Polskę zobowiązaniami międzynarodowymi, rekomendacjami Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), rekomendacjami Komitetu Przeciwko Torturom ONZ (CAT) oraz z orzecznictwem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu.

W tym zakresie Polska nie zrealizowała zalecenia CPT sformułowanego podczas pierwszej wizyty w Polsce w 1996 r., wzywającego polskie władze do zwiększenia normy powierzchni celi mieszkalnej z obowiązujących 3 m² do 4 m² (rekomendacja ta była konsekwentnie powtarzana przez Komitet przy okazji kolejnych jego wizyt w Polsce). Jak podkreśla CPT *polskie władze powinny tak szybko, jak to możliwe, dokonać rewizji ustanowionej przepisami prawnymi normy dotyczącej powierzchni mieszkalnej przypadającej na jednego osadzonego tak, by we wszystkich jednostkach penitencjarnych na jednego osadzonego przypadają co najmniej 4 m² w celach wieloosobowych i co najmniej 6 m² w celach jednoosobowych, nie wliczając w to powierzchni zajmowanej przez kącki sanitarne znajdujące się w celi*³⁵.

Warto wskazać, że w 2015 r. CPT wydał opracowanie *Living space per prisoner in prison establishments* dotyczące normy powierzchniowej celi mieszkalnej przypadającej na jednego więźnia³⁶. Wynika z niego jasno, że minimalny standard normy powierzchniowej jaki państwo powinno zapewnić osobom pozbawionym wolności w zakresie warunków socjalnych uwięzienia wynosi 4 m².

Z kolei Trybunał Konstytucyjny wskazał, że zalecenia CPT wyznaczają standard wymagany od państw Rady Europy. Jego niewykonanie stanowi naruszenie art. 3 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, jak również art. 31 ust. 3 Konstytucji RP³⁷.

W kwestii przywołanego standardu minimalnego stanowisko zajął również CAT. Rozpatrując V i VI sprawozdanie okresowe Polski z realizacji postano-

³⁴ Wystąpienie generalne RPO do Ministra Sprawiedliwości z dnia 24.05.2016 r., KMP.571.5.2016.

³⁵ Zob. § 42 Raportu CPT z wizyty w Polsce w 2013 r. Wizyty przedstawicieli CPT w Polsce miały miejsce w terminach: 30.06.1996 r. – 12.07.1996 r., 8.05.2000 r. – 19.05.2000 r., 4.10.2004 r. – 15.10.2004 r., 26.11.2009 r. – 8.12.2009 r., 05.06.2013 r. – 17.06.2013 r. Wszystkie sprawozdania oraz odpowiedzi rządu polskiego zostały upublicznione (na wniosek władz polskich) i są dostępne na stronie CPT <http://www.cpt.coe.int>

³⁶ Zob. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT): *Living space per prisoner in prison establishments: CPT standards*; Strasbourg, 15 December 2015; CPT/Inf (2015) 44.

³⁷ Zob. uzasadnienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 maja 2008 r., sygn. akt SK 25/07, s. 8.



wień Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania³⁸ (dalej: Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur), wskazał on, że obowiązujący w prawie polskim standard 3 m² przypadających na jedną osobę, nie jest zgodny z europejskim standardem przewidującym co najmniej 4 m² na osobę.

W konsekwencji CAT uznał, że problem przeludnienia zakładów karnych w Polsce nie został jeszcze rozwiązany i wezwał Polskę do podjęcia koniecznych działań dla zapewnienia, by warunki panujące w zakładach karnych odpowiadały co najmniej Standardom Minimalnym Postępowania z Więźniami z dnia 31 lipca 1957 r., w szczególności by podjęto działania polegające na zwiększeniu pojemności zakładów karnych, w celu zapewnienia minimalnego standardu europejskiego 4 m² celi mieszkalnej przypadających na każdego osadzonego³⁹.

Niestety argumenty przedstawione przez RPO nie spotkały się ze zrozumieniem. Minister Sprawiedliwości w odpowiedzi udzielonej w dniu 23 czerwca 2016 r. odmówił podjęcia działań legislacyjnych⁴⁰. Swoje stanowisko argumentował zmniejszającym się sukcesywnie zaludnieniem jednostek penitencjarnych w Polsce i rosnącą liczbą osób odbywających karę w warunkach wolnościowych, w ramach systemu dozoru elektronicznego. Trudno podzielić stanowisko Ministra Sprawiedliwości, gdyż w ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur to właśnie spadek zaludnienia więzień otwiera możliwość zwiększenia normy metrażowej przypadającej na jednego osadzonego.

W związku z powyższym, RPO ponowił w dniu 29 lipca 2016 r. wystąpienie do Ministra Sprawiedliwości. W wystąpieniu tym Rzecznik, dostrzegając złożoność i długotrwałość procesu przeciwdziałania przeludnieniu w jednostkach penitencjarnych, zaapelował do Ministra Sprawiedliwości o rozważenie dokonania zmian legislacyjnych w zakresie postulowanej normy powierzchniowej (4 m²) w odniesieniu do oddziałów terapeutycznych dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo⁴¹. W ocenie RPO ta właśnie grupa osób pozbawionych wolności w sposób najbardziej dotkliwy odczuwa skutki uwięzienia, co zobowiązuje polskie władze do podjęcia w tym zakresie zdecydowanych działań.

³⁸ Dz. U. z 1989 r. Nr 63, poz. 378.

³⁹ Tłumaczenie zaleceń dostępne jest na stronie internetowej BIP Ministerstwa Sprawiedliwości, w zakładce *ONZ i Prawa Człowieka*.

⁴⁰ Odpowiedź Sekretarza Stanu w MS z dnia 23.06.2016 r., DWOiP-I-072-21/16.

⁴¹ Wystąpienie Generalne RPO z dnia 29.07.2016 r. do Ministra Sprawiedliwości., KMP.571.5.2016.

W odpowiedzi z dnia 17 października 2016 r. Sekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości zapewnił⁴², że Minister bierze pod uwagę wszelkie rekomendacje KMPT i popiera działania zmierzające do wyeliminowania ewentualnych uchybień dotyczących placówek o charakterze izolacyjnym. Podkreślił również, że z całą uwagą analizuje rekomendacje Mechanizmu, tak aby kary, środki zapobiegawcze i zabezpieczające oraz poprawcze wykonywane były w sposób humanitarny, z poszanowaniem godności osób pozbawionych wolności. Jako przykład ilustrujący zrozumienie wskazanych przez RPO problemów, docenienie ich wagi i złożoności wskazał powołanie, zarządzeniem z dnia 29 kwietnia 2016 r., Zespołu do spraw opracowania rozwiązań reformujących Służbę Więzienną. Będący organem pomocniczym Ministra Sprawiedliwości Zespół dokonuje przeglądu i oceny funkcjonowania ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej⁴³, w zakresie dotyczącym wykonywania kary pozbawienia wolności, a także opracowuje rozwiązania reformujące Służbę Więzienną. Niemniej jednak z korespondencji z przedstawicielem Ministerstwa Sprawiedliwości nie wynika jakoby zmiany w tej, jakże istotnej sprawie, mogły być wprowadzone w najbliższym czasie. W związku z tym RPO w dalszym ciągu będzie monitorował problem niewystarczającej powierzchni mieszkalnej przypadającej na więźnia w celi mieszkalnej.

3. Postępowanie z osobami z niepełnosprawnością fizyczną przebywającymi w jednostkach penitencjarnych

Wizytacje KMPT wykazały, iż żadna z jednostek wskazanych przez Dyrektora Generalnego SW⁴⁴ do osadzenia osób z niepełnosprawnością, nie zapewnia możliwości w pełni samodzielnego funkcjonowania umieszczonym w nich więźniów borykających się z niepełnosprawnościami natury fizycznej lub sensorycznej.

Opierając się na wynikach wizytacji KMPT przeprowadzonych z udziałem przedstawicieli Fundacji Polska Bez Barier⁴⁵, Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich wystąpieniem generalnym z dnia 24 stycznia

⁴² Odpowiedź Sekretarza Stanu w MS z dnia 17.10.2016 r., DWOiP-I-072-21/16.

⁴³ Dz. U. z 2010 r. Nr 79, poz. 523 ze zm.

⁴⁴ Zob. załącznik do zarządzenia Nr 30/15 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 1 lipca 2015 r. w sprawie określenia przeznaczenia zakładów karnych i aresztów śledczych¹⁰ oraz poprzedzającego go zarządzenia Nr 55/13 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 20 grudnia 2013 r. w sprawie określenia przeznaczenia zakładów karnych i aresztów śledczych.

⁴⁵ Pracownicy fundacji jako osoby poruszające się na co dzień na wózkach inwalidzkich sprawdzili podczas wizytacji jednostek penitencjarnych ich faktyczne przystosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Raport tematyczny KMPT stanowiący podsumowanie tych wizytacji pozostaje w przygotowaniu.



2017 r.⁴⁶ zwrócił się do Dyrektora Generalnego SW o zaktualizowanie zarządzenia nr 30/15 z dnia 1 lipca 2015 r. w sprawie określenia przeznaczenia zakładów karnych i aresztów śledczych. W ocenie RPO obowiązujące zarządzenie powinno wskazywać jednostki penitencjarne przeznaczone do osadzania osób z niepełnosprawnościami faktycznie przystosowane do ich potrzeb.

Zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 r. przez Sejm RP Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych⁴⁷, osoby z niepełnosprawnościami mają prawo życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Nadto, Polska w dniu 6 września 2012 r. ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Konwencję o prawach osób z niepełnosprawnościami⁴⁸. Stosownie do jej treści osobom z niepełnosprawnościami należy umożliwić niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. Oba wymienione dokumenty mają zastosowanie również w odniesieniu do osób pozbawionych wolności oraz środowiska stworzonego w miejscu ich osadzenia. Co więcej, zgodnie z Wzorcowymi regułami minimalnymi ONZ dotyczącymi postępowania z więźniami (Reguły Mandeli)⁴⁹ administracja więzienna podejmie wszystkie uzasadnione kroki i uregulowania w celu zapewnienia więźniom niepełnosprawnym fizycznie, psychicznie lub w inny sposób pełnego i skutecznego dostępu do życia więziennego na sprawiedliwych zasadach.

Określenie warunków wykonywania kary pozbawienia wolności lub też stosowania środka zapobiegawczego w postaci tymczasowego aresztowania wobec osób niepełnosprawnych staje się istotną kwestią do rozstrzygnięcia przez ETPC. Brak przestrzegania powyższych reguł postępowania z taką kategorią więźniów może doprowadzić do zarzutu naruszenia artykułu 3 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności⁵⁰. W wyroku D.G przeciwko Polsce⁵¹ Trybunał wskazał, iż bariery architektoniczne istniejące w polskich jednostkach penitencjarnych mogą wywołać uczucie cierpienia u niepełnosprawnych osadzonych⁵². Nadto, ETPC niejednokrotnie

⁴⁶ Wystąpienie Generalne ZRPO z dnia 24.01.2017 r. do Dyrektora Generalnego SW, KMP.571.2.2017.

⁴⁷ M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475.

⁴⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.

⁴⁹ Przyjęte rezolucją nr 2015/20 Zgromadzenia Ogólnego ONZ. Przetłumaczona na j. polski treść Reguł dostępna jest na stronie internetowej RPO.

⁵⁰ Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 587 ze zm.; Art. 3 Konwencji stanowi, że *Nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu.*

⁵¹ Skarga nr 45705/07, wyrok z dnia 12.02.2013 r.

⁵² Zob. też Arutyunyan przeciwko Rosji (skarga nr 48977/09, wyrok z dnia 10.01.2012 r.) oraz Caradamiani przeciwko Włochom (skarga nr 2447/05, wyrok z dnia 7.02.2012 r.).

krytykował system, w ramach którego niepełnosprawnemu fizycznie więźniowi zapewniona jest rutynowa pomoc ze strony współwięźniów i uznał, że musi to wzbudzać znaczny niepokój skarżącego i stawiać go w pozycji niższości wobec innych osadzonych⁵³. Zasadą jest bowiem, że jeżeli władze decydują się pozbawić wolności osobę z niepełnosprawnością powinny zagwarantować jej takie warunki, jakie odpowiadają szczególnym potrzebom wynikającym z jej niepełnosprawności⁵⁴.

Zastępca RPO, w przytoczonym uprzednio wystąpieniu, podkreślił ponadto, że bariery architektoniczne występują głównie w jednostkach dawno wybudowanych, wpisanych na listę zabytków oraz tych, które w momencie projektowania nie uwzględniały przedmiotowego dostosowania. Postulowana zmiana przedmiotowego Zarządzenia powinna uwzględniać zatem konieczność wyznaczenia takich jednostek do osadzenia osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, które stwarzają możliwość pełnego ich dostosowania w tym zakresie, a tym samym zagwarantują samodzielność poruszania się osób z niepełnosprawnością.

W odpowiedzi na wystąpienie generalne Zastępca Dyrektora Generalnego SW, mimo zapewnień o poszanowaniu zasady humanitaryzmu i czynieniu starań w celu zminimalizowania uciążliwości odbywania kary pozbawienia wolności przez osoby niepełnosprawne, nie wskazał by SW miała dokonać przeglądu jednostek wskazanych do osadzenia osób z niepełnosprawnością i wyznaczenia tych, których adaptacja jest w ogóle możliwa. Wobec skali niedostosowania jednostek penitencjarnych w omawianym zakresie ujawnionej przez KMPT, informację tę należy uznać za bardzo niepokojącą⁵⁵.

4. Kontrole osobiste

O zmianę przepisów regulujących kontrole osobiste RPO wnioskuje od 2014 r.⁵⁶. W Trybunale Konstytucyjnym na rozpatrzenie oczekuje złożony przez Rzecznika wnioski o zbadanie konstytucyjności art. 116 § 6 k.k.w. w zw. z art. 7 § 1 k.k.w. zezwalającego na dokonywanie takich czynności bez wydawania decyzji podlegających sądowej weryfikacji⁵⁷. Kwestionowany

⁵³ Zob. Farbtuhs przeciwko Łotwie (skarga nr 4672/02, wyrok z dnia 2.12.2004 r.), Vincent przeciwko Francji (skarga nr 6253/03, wyrok z dnia 24.10.2006 r.).

⁵⁴ Zob. Farbtuhs przeciwko Łotwie, Price przeciwko Wielkiej Brytanii (skarga nr 33394/96, wyrok z dnia 10.07.2001).

⁵⁵ Szerzej na ten temat w pkt 3.4.7 *Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami*.

⁵⁶ Wniosek RPO do TK z dnia 29.08.2014 r., II.519.344.2014.

⁵⁷ Wniosek RPO do TK z dnia 21.01.2016 r., KMP.571.83.2014.



przepis narusza w sposób bezpośredni prawo do poszanowania nietykalności cielesnej i prywatności osób pozbawionych wolności. Poza stworzeniem możliwości sądowej weryfikacji zasadności stosowania kontroli osobistej, przyjęcie odpowiednich regulacji, w ocenie RPO, będzie stanowiło realizacją orzeczeń ETPC w sprawach Milka przeciwko Polsce⁵⁸ oraz Świdorski przeciwko Polsce⁵⁹.

Zdaniem RPO poszanowanie prawa osadzonego do intymności i godności osobistej oznacza również szacunek dla indywidualnego poczucia wstydu, które w przypadku pozostawienia tej osoby bez ubrania jest niewątpliwie naruszane. W związku z tym, poczynając od 2015 r. przedstawiciele KMPT zalecali przeprowadzanie tej czynności w sposób dwuetapowy, tzn. tak, aby osadzony nie był zobowiązany do zdjęcia całego ubrania jednocześnie, a jedynie części ubrań i ponownego ich założenie po dokonaniu kontroli danego fragmentu ciała. Efektem formułowania stosownych zaleceń przez KMPT jest wprowadzenie do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2016 r. w sprawie sposobów ochrony jednostek organizacyjnych Służby Więziennej⁶⁰ § 68. pkt 5, zgodnie z którym *w trakcie kontroli (osobistej) osadzony powinien być częściowo ubrany; funkcjonariusz najpierw kontroluje część odzieży, a przed kontrolą kolejnej części osadzony może się ubrać*. Przestrzeganie tej regulacji w praktyce penitencjarnej przedstawiciele KMPT weryfikują każdorazowo podczas wizytacji prewencyjnych.

5. Brak lub uboga oferta zajęć kulturalno-oświatowych adresowanych do osób tymczasowo aresztowanych

Niestety problem organizacji, zróżnicowania oraz dostępu osób tymczasowo aresztowanych do zajęć kulturalno-oświatowych czy sportowych nie uległ zasadniczej poprawie, pomimo zapowiedzi przeprowadzenia stosownych zmian, zawartej w odpowiedzi Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości z dnia 9 listopada 2016 r.⁶¹

Wizytacje przeprowadzone przez przedstawicieli KMPT w 2016 r. dowiodły, podobnie jak w latach ubiegłych, że podstawową bazę działalności kulturalno-oświatowej stanowią świetlice wyposażone w stoły do tenisa stołowego oraz telewizory. Poza tym nie ma właściwie żadnych innych za-

⁵⁸ Skarga nr 14322/12, wyrok z dnia 15 września 2015 r.

⁵⁹ Skarga nr 5532/10, wyrok z dnia 16 lutego 2016 r.

⁶⁰ Dz. U. z 2016 r., poz. 1804.

⁶¹ Odpowiedź Podsekretarza Stanu w MS z dnia 9.11.2016 r. na Raport z działalności KMP w 2015 r., DWMP-C-III-0741-10/16.

jęć, które prowadzone byłyby dla tymczasowo aresztowanych poza celami mieszkalnymi. W dalszym ciągu aktualne pozostają postulaty zawarte w raporcie tematycznym KMPT dotyczącym sytuacji osób pozbawionych wolności przebywających w oddziałach dla tymczasowo aresztowanych oraz terapeutycznych⁶². Biorąc pod uwagę fakt, że osoby te nie mają możliwości podjęcia pracy⁶³ oraz rozpoczęcia nauki, poważnym wyzwaniem jest wypełnienie czasu pobytu tych osób w izolacji penitencjarnej sensowną aktywnością. W opinii KMPT należy jednak podejmować w tym kierunku niezbędne działania, gdyż możliwość uczestnictwa w zajęciach i zorganizowanych formach spędzania czasu poza celą stanowi czynnik przeciwdziałający skutkom izolacji penitencjarnej.

6. Niedostateczna liczba psychologów w jednostkach penitencjarnych

W ocenie Rzecznika konieczne jest zwiększenie dostępności pomocy psychologicznej dla osób pozbawionych wolności, a jednocześnie zapewnienie psychologom odpowiednich standardów pracy. Według obecnych standardów na jednego psychologa penitencjarnego powinna przypadać grupa 200 osadzonych, co i tak sprawia, że wypełnianie wszystkich zadań wymaganych od psychologów nie jest możliwe. Psycholog zatrudniony w jednostce penitencjarnej na pełnym etacie ma teoretycznie możliwość pracy w bezpośrednim kontakcie z każdym, przypadającym na niego osadzonym średnio przez 48 minut w ciągu miesiąca. Problem dostępu do psychologa pogłębiają ponadto długotrwałe nieobecności w pracy związane np. z długoterminowym zwolnieniem lekarskim, uczestnictwem w szkoleniach i kursach podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Biorąc pod uwagę powyższe, Rzecznik wystąpił do Dyrektora Generalnego SW o ustalenie nowego standardu pracy psychologów⁶⁴. W odpowiedzi z dnia 15 czerwca 2016 r. Dyrektor podzielił stanowisko Rzecznika. Wskazał jednakże, że bez przekazania więziennictwu nowych etatów, zmiany w za-

⁶² Szerzej na temat realizacji praw osób tymczasowo aresztowanych w raporcie tematycznym KMP *Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji oddziałów terapeutycznych dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo oraz oddziałów dla tymczasowo aresztowanych* dostępnym na stronie internetowej KMP w zakładce *Publikacje dotyczące praw osób pozbawionych wolności*.

⁶³ Według danych Centralnego Zarządu Służby Więziennej dostępnych na stronie internetowej w zakładce Statystyka, na dzień 31 grudnia 2016 r. spośród 4917 tymczasowo aresztowanych zatrudnionych było jedynie 13 na 12 472 wszystkich zatrudnionych osadzonych.

⁶⁴ Wystąpienie Generalne RPO z dnia 17.05.2016 r., KMP.571.8.2016.



kresie opieki psychologicznej w jednostkach penitencjarnych będą miały charakter jedynie stopniowy, dokonujący się w miarę posiadanych przez SW środków finansowych.

KMPT będzie nadal monitorował zakres dostępności opieki psychologicznej w więzieniach.

7. Usytuowanie umywalk w celach mieszkalnych poza kącikami sanitarnymi

Rozwiązania wymaga nadal problem usytuowania umywalk poza kącikami sanitarnymi, który występuje w związku z wytycznymi Nr 3/2011 Dyrektora Generalnego SW z dnia 4 października 2011 r. w *sprawie wymagań technicznych i ochronnych dla pawilonów zakwaterowania osadzonych* dającymi możliwość takiego urządzenia więziennych cel. Rzecznik, w korespondencji do Dyrektora Generalnego SW z dnia 17 lipca 2015 r. oraz 10 marca 2016 r.⁶⁵ podniósł jednak, że w celach, w których umywalka znajduje się poza wydzielonym trwałą zabudową kącikiem sanitarnym i jest jedynym tego typu urządzeniem w pomieszczeniu, osadzeni nie mają zapewnionych właściwych warunków utrzymania higieny osobistej, zgodnych z przyjętą normą prawną, kulturową i społeczną.

Centralny Zarząd Służby Więziennej w piśmie z dnia 5 kwietnia 2016 r.⁶⁶ podtrzymał stanowisko uznające przyjęte rozwiązanie za prawidłowe i nie naruszające prawa do intymności w czasie wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny osobistej. W ocenie CZSW umywalki nie są bowiem przeznaczone do czynności związanych z higieną intymną.

Trudno się zgodzić z tym stanowiskiem zwłaszcza jeśli weźmie się pod uwagę, że zapewnienie intymności przy czynnościach sanitarnych nie oznacza poszanowania tej zasady jedynie w odniesieniu do pewnych części ciała. Indywidualne poczucie wstydu osadzonych uzasadnia konieczność umożliwienia im mycia się i wykonywania innych czynności higienicznych poza wzrokiem osób trzecich. W związku z tym w kącikach sanitarnych powinny znajdować się wszystkie urządzenia sanitarne, a nie tylko toalety. Co więcej, usytuowanie umywalk poza kącikiem sanitarnym oznacza, że po załatwieniu potrzeby fizjologicznej umycie rąk przez osadzonego możliwe jest dopiero po opuszczeniu kącika. Takie rozwiązanie z pewnością nie sprzyja

⁶⁵ Wystąpienie Generalne Zastępcy RPO z dnia 10.03.2016 r., IX.517.1494.2015.

⁶⁶ Odpowiedź Zastępcy Dyrektora Generalnego SW z dnia 5.04.2016 r., BDG-070-28/16/208.

utrwaleniu prawidłowych nawyków higienicznych i może stwarzać zagrożenie przenoszenia bakterii z kącika do celi.

Zagadnienie to wciąż pozostaje w zainteresowaniu KMPT.

8. Dostęp więźniów do informacji publicznej

W dalszym ciągu realizacji wymaga postulat RPO dotyczący poszerzenia katalogu praw osoby pozbawionej wolności, wymienionych w art. 102 k.k.w., o prawo dostępu do informacji zawartych w Biuletynie Informacji Publicznej.

Kwestia ta jest stale monitorowana przez przedstawicieli KMPT w trakcie prowadzonych w jednostkach penitencjarnych wizytacji prewencyjnych. Niestety podejmowane w ich trakcie ustalenia wskazują, że poziom upowszechnienia wśród osadzonych wiedzy o możliwości skorzystania z Biuletynu Informacji Publicznej jest niewystarczający. Tym samym potwierdzona zostaje zasadność uregulowania powyższej kwestii na poziomie ustawowym.

3.3. Mocne strony i dobre praktyki

W 2016 r. przedstawiciele KMPT za godne polecenia i wyróżnienia uznali następujące rozwiązania funkcjonujące w jednostkach objętych wizytacjami:

- możliwość korzystania przez osadzonych z kąpeli częściej niż 2 razy w tygodniu⁶⁷ a nawet codziennie⁶⁸;
- objęcie regularną superwizją psychologa oraz wychowawców⁶⁹;
- zapewnienie bogatej oferty zajęć dedykowanych osobom pozbawionym wolności⁷⁰;
- zapewnienie osadzonym samodzielnego dostępu do pralni wyposażonej w pralkę automatyczną oraz suszarki na ubrania⁷¹;
- wyposażanie cel przeznaczonych dla tymczasowo aresztowanych w broszury informacyjne o mediacji w postępowaniu karnym, opracowane

⁶⁷ Oddział Zewnętrzny w Moszczańcu Zakładu Karnego w Łupkowie.

⁶⁸ ZK Stare Borne.

⁶⁹ AŚ Lubsko.

⁷⁰ ZK Wołów.

⁷¹ ZK Koszalin, AŚ Elbląg (oddział terapeutyczny).

przez Ministerstwo Sprawiedliwości w ramach projektu Propagowanie alternatywnych metod rozwiązywania sporów⁷².

3.4. Obszary wymagające poprawy

1. Traktowanie

W większości wizytowanych zakładów karnych i aresztów śledczych osadzeni nie zgłosili zastrzeżeń odnośnie traktowania przez funkcjonariuszy SW. Jednakże w niektórych jednostkach przeprowadzone czynności ujawniły w tym zakresie pewne nieprawidłowości.

W jednym z wizytowanych zakładów⁷³ przedstawiciele KMPT zetknęli się z przejawem bardzo nieodpowiedzialnego i nieprofesjonalnego zachowania funkcjonariuszy po wystąpieniu zdarzenia nadzwyczajnego. Cała sytuacja dotyczyła pobicia ze skutkiem śmiertelnym przez osadzonego współwięźnia z oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo. Ze sprawozdania z kontroli przeprowadzonej przez CZSW⁷⁴ wynikało, że równolegle ze wszczęciem pilnych działań, m.in. wezwaniem pogotowia ratunkowego, które stwierdziło zgon osadzonego, osobę podejrzewaną o dokonanie zbrodni osadzono na kilka minut z innym więźniem. W ocenie reprezentantów KMPT działanie takie narażało w sposób bezpośredni współosadzonego sprawcy pobicia na niebezpieczeństwo podobnej agresji z jego strony.

W tej samej jednostce nagranie z monitoringu korytarza wiodącego do celi zabezpieczającej uchwyciło moment kiedy funkcjonariusz SW wydawał sprzątającemu osadzonemu polecenia w ordynarnej formie (m.in. wskazując palcem na jakieś przedmioty, mówiąc ostrym tonem cyt. *To zostaw kurwa*). Zachowanie funkcjonariusza nadzorującego pracę więźnia należy ocenić jako skandaliczne i prowadzące do poniżającego traktowania osoby pozbawionej wolności, która – co warto podkreślić – w żaden sposób nie prowokowała go do formułowania wypowiedzi w takiej formie. Reprezentanci KMPT zalecili podjęcie działań zmierzających do ustalenia personaliów opisywanego funkcjonariusza SW i podjęcia działań dyscyplinujących wobec niego.

⁷² AŚ Elbląg. Zastępca RPO, w dniu 27 lipca 2016 r., wystosował do Dyrektora Generalnego SW pismo, w którym wskazał na pozytywne aspekty dostrzeżonej w Areszcie praktyki oraz zaproponował rozpropagowanie jej również w innych jednostkach penitencjarnych, BPG.571.2.2016.

⁷³ ZK Wołów.

⁷⁴ BSW-920-14/116/285.

W innej jednostce⁷⁵, w związku z przedostawaniem się na jej teren środków odurzających, realizowane były tzw. *wzmoczone działania*. Dane osadzonych zakwalifikowanych jako zainteresowanych obrotem substancjami psychoaktywnymi oraz tych, którzy w przeszłości na przykład dopuścili się agresji wobec funkcjonariuszy SW wprowadzane były do specjalnego wykazu. Więźniowie z tej listy objęci byli *zaleceniami profilaktyczno-ochronnymi* wiążącymi się z tym, że warunki w jakich odbywali karę, przypominały stosowane wobec skazanych stwarzający poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu. W przypadku wskazanych więźniów cele mieszkalne były otwierane wyłącznie w obecności co najmniej 2 funkcjonariuszy działu ochrony wyposażonych w środki ochrony osobistej (m.in. kamizelki, kaski ochronne, rękawiczki), w bezpośrednim kontakcie z osadzonym wszyscy funkcjonariusze ochrony byli wyposażeni w ww. środki ochrony, doprowadzanie osadzonego do różnych miejsc odbywało się pod nadzorem 2 funkcjonariuszy wyposażonych w środki ochrony osobistej (co najmniej jeden z funkcjonariuszy miał być wyposażony w kajdanki), ruch po jednostce osadzonego ograniczał się do minimum, spacer realizowany był na placu spacerowym o pełnej zabudowie, realizacja porządku wewnętrznego odbywała się wyłącznie w grupie mieszkańców celi, skazany poza całą poruszał się w kajdankach założonych na ręce trzymane z przodu w celu zapobieżenia objawom agresji i autoagresji, realizacja widzeń odbywała się w sali widzeń wyposażonej w dodatkowe zabezpieczenia techniczno-ochronne, w uzasadnionych przypadkach przed wyjściem i powrotem osadzonego do celi mieszkalnej poddawany on był kontroli osobistej, udział we mszy św. oraz posługach religijnych odbywał się indywidualnie, ze względów bezpieczeństwa osadzeni byli konwojowani poza teren jednostki w odzieży skarbowej oraz w kajdankach zespolonych założonych profilaktycznie na ręce i nogi. Dokumentacja osób, wobec których stosowano tzw. zalecenia profilaktyczno-ochronne nie określała jednak w oparciu o jakie podstawy prawne działanie te są realizowane.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że w wyrokach wydanych w sprawach Karykowski przeciwko Polsce⁷⁶, Prus przeciwko Polsce⁷⁷ oraz Romaniuk przeciwko Polsce⁷⁸ ETPC analizował zasadność skarg pod kątem naruszenia art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności

⁷⁵ ZK Płock.

⁷⁶ Skarga nr 653/12, wyrok z dnia 12 stycznia 2016 r.

⁷⁷ Skarga nr 5136/11, wyrok z dnia 12 stycznia 2016 r.

⁷⁸ Skarga nr 59285/12, wyrok z dnia 12 stycznia 2016 r.



w związku z automatycznym stosowaniem wobec skarżących reżimu kwalifikującego ich do kategorii osadzonych stwarzających poważne zagrożenie społeczne oraz poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa jednostek penitencjarnych, w których przebywali. Zastosowane w odniesieniu do skarżących środki obejmowały umieszczenie w specjalnym oddziale, konieczność poruszania się w kajdanach zespolonych na zewnątrz celi, a także rutynowe kontrole osobiste połączone z obowiązkiem rozebrania się. W skardze do Trybunału skarżący podnieśli, że stosowane w ramach reżimu restrykcje stanowiły poniżające, sprzeczne z art. 3 Konwencji traktowanie oraz karanie. Trybunał przychylił się do zarzutów. Stwierdził, że konieczność poruszania się przez skarżących w kajdanach zespolonych każdorazowo na zewnątrz celi, a także rutynowe kontrole osobiste, powodowały u nich – biorąc pod uwagę inne stosowane w ramach reżimu środki – poczucie poniżenia i upokorzenia. Tym samym środki te stanowiły dolegliwość, której stopień przekroczył poziom nieodłącznie związany z wymierzoną karą pozbawienia wolności. W konsekwencji, we wszystkich omówionych sprawach, Trybunał stwierdził naruszenie art. 3 Konwencji.

Po przeanalizowaniu indywidualnych przypadków i sposobu postępowania wobec osadzonych objętych wskazanymi powyżej zaleceniami, dyrektor jednostki wydał polecenie podjęcia wobec osadzonych oddziaływań ukierunkowanych na wzmożoną opiekę psychologiczno-wychowawczą, kierowanie do programów resocjalizacyjnych mających na celu obniżenie ich poziomu agresji, redukcję zachowań wrogich w stosunku do funkcjonariuszy SW lub innych osadzonych, a także aktywizację poprzez ułatwienie dostępu do wszelkiego typu zajęć poza celą mieszkalną. W efekcie działania dyrektora spowodowały, że osadzeni nie są już objęci *zaleceniami profilaktyczno-ochronnymi* w formie, która funkcjonowała podczas wizytacji przedstawicieli KMPT.

Również w tej jednostce wizytujący mieli zastrzeżenia do stosowania środków przymusu bezpośredniego. W jednym przypadku podczas wstępnych oględzin osadzonego nie stwierdzono u niego obrażeń, choć na nagraniu z monitoringu celi zabezpieczającej wyraźnie widać, że ma skaleczenia na prawej dłoni, pokryte zaschniętą krwią. Można zatem przypuszczać, że do obrażeń doszło podczas doprowadzania do celi zabezpieczającej. Rana osadzonego nie została jednak opatrzona. Trudno ustalić, w jaki sposób przebiegało użycie środka przymusu bezpośredniego w postaci siły fizycznej podczas doprowadzania do celi zabezpieczającej, ponieważ nie było ono nagrywane kamerą ręczną z *powodu nagłości i nieprzewidywalności sytuacji*.

W trakcie osadzenia w celi zabezpieczającej więzień wielokrotnie używał sygnalizacji przyzywowej, by umożliwić mu skorzystanie z WC oraz napięcie się wody. Czas oczekiwania na funkcjonariusza wynosił ok 1,5 h. Na obrazie widać było, że osadzony cierpi, nie może wytrzymać, nerwowo chodzi po celi, kuca, podskakuje. Zdaniem wizytujących opisana sytuacja była poniżającym traktowaniem osadzonego i bezwzględnie powinna zostać wyeliminowana poprzez zapewnienie możliwości skorzystania z toalety podczas stosowania wymienionego środka. Stwierdzona nieprawidłowość stanowiła naruszenie § 4 pkt 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 czerwca 2003 r. w sprawie celi zabezpieczającej i izby izolacyjnej⁷⁹.

Lekarz (specjalista medycyny rodzinnej) podczas badania osadzonego po zakończeniu stosowania środków przymusu bezpośredniego napisał w notatce, iż stwierdził: rozległe zaczerwienienie skóry głowy, wylew krwawy na twarzy i uszkodzenie naskórka u nasady nosa, zadrapanie i zaczerwienienie pod okiem, zaczerwienienie i uszkodzenie naskórka szyi, zadrapanie na uchu, policzku i czole, zadrapania na brzuchu, ramieniu, klatce piersiowej, zasinienia na nodze, liczne zadrapania i drobne wylewy krwawe na rękach i dłoniach. Zaznaczył również, że *nie można jednoznacznie stwierdzić, kiedy powstały w/w obrażenia, przynajmniej część z nich mogła (ale nie musiała) powstać przed stosowaniem środków przymusu bezpośredniego, wylewy krwawe i zasinienia mogą ujawnić się na drugi lub trzeci dzień*. Tego samego dnia osadzony targnął się na swoje życie. Rozbił szybę w celi izolacyjnej, a następnie wbił ją sobie wielokrotnie w tętnice szyjne i udowe. Został przewieziony do szpitala, gdzie po 2 godzinach od zdarzenia zmarł. Prokuratura Rejonowa w Płocku prowadziła śledztwo w sprawie doprowadzenia osadzonego namową lub przez udzielenie pomocy do targnięcia się na własne życie. Postępowanie w tej sprawie zostało umorzone. W sprawie nie potwierdzono, aby funkcjonariusze SW stosowali nieuzasadnioną przemoc wobec osadzonego.

Dwa miesiące później doszło do zdarzenia, które miało bardzo podobny przebieg. W celi izolacyjnej osadzony dokonał samookaleczenia poprzez wybite ręką szyby w oknie oraz rozcięcie tętnicy, odmówił udzielenia sobie pomocy. Wobec osadzanego użyto siły fizycznej oraz kajdanek założonych na ręce z tyłu. Zdarzenie nagrano kamerą przenośną. Doprowadzono osadzonego do ambulatorium, gdzie zdecydowano o przywiezieniu go do szpitala. W oczekiwaniu na karetkę założono mu jednoczęściowy pas obez-

⁷⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 638.



władniający oraz kask ochronny. Następnego dnia osadzonego doprowadzono do lekarza ambulatorium jednostki. Lekarz internista podczas oględzin ciała stwierdziła: zaczerwienienia na kolanie, zadrapania poniżej kolana, pojedyncze zadrapania na ramieniu oraz rany cięte opatrzone chirurgicznie. Jak wynika z notatki służbowej kierownika działu ochrony *Nie można jednoznacznie stwierdzić, w jakich okolicznościach powstały ww. ślady na ciele osadzonego. Można hipotetycznie przyjąć, że mogły one powstać w wyniku użycia środków przymusu bezpośredniego. Nie można jednak wykluczyć, że powstały one w innych okolicznościach (np. dzień wcześniej).*

Powyżej opisane przypadki wskazują, że personel medyczny nie był w stanie określić, czy powstałe obrażenia ciała mogły być efektem pobicia, czy też skutkiem stosowania środków przymusu bezpośredniego. Wobec powyższego zasadnym w ocenie KMPT jest objęcie tego personelu specjalistycznymi szkoleniami⁸⁰.

W innych jednostkach przedstawiciele KMPT spotkali się z sytuacjami kiedy funkcjonariusze SW zwracali się do osadzonych po nazwisku lub w formie *na ty*⁸¹. Należy przypomnieć, że zgodnie z treścią art. 27 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej funkcjonariusze i pracownicy SW w postępowaniu wobec osób pozbawionych wolności są obowiązani w szczególności szanować ich prawa i godność. Na konieczność wykonywania kary pozbawienia wolności z poszanowaniem godności ludzkiej wskazuje również art. 4 k.k.w.

Podobnie jak w 2015 r. ujawnione zostały przypadki konwojowania osadzonych poza jednostkę w stroju więziennym (tzw. odzieży skarbowej). Takie przypadki zostały ujawnione w trzech jednostkach⁸². Przedstawiciele KMP przypominają, że wymóg nałożenia odzieży skarbowej powinien być stosowany tylko jako wyjątek od reguły, którą jest korzystanie z odzieży własnej, przy zachowaniu zasad indywidualizacji. Zgodnie z art. 111 § 2 k.k.w. *w czasie przeprowadzania czynności procesowych, transportowania oraz w innych uzasadnionych wypadkach skazany korzysta z własnej odzieży, bielizny i obuwia, chyba że są one nieodpowiednie ze względu na porę roku lub zniszczone, albo jeżeli przemawiają przeciwko temu względy bezpieczeństwa.*

W przypadku tymczasowo aresztowanych zasadą jest używanie ubrań prywatnych z wyjątkami określonymi w przepisach. Art. 216a § 1 k.k.w. stanowi, że *w czasie przeprowadzania czynności procesowych, transporto-*

⁸⁰ Szerzej na ten temat w punkcie 6 *Personel*.

⁸¹ AŚ Lublin, AŚ Sanok, AŚ Poznań, ZK Stare Borne.

⁸² AŚ Elbląg, AŚ Sanok, ZK Płock.

wania oraz w innych uzasadnionych wypadkach, tymczasowo aresztowany korzysta z własnej odzieży, bielizny i obuwia, chyba że są one nieodpowiednie ze względu na porę roku lub zniszczone, albo jeżeli przemawiają przeciwko temu względy bezpieczeństwa lub organ dysponujący zarządzi inaczej. Wymóg używania odzieży skarbowej podczas wizyt w miejscach publicznych niezwiązanych z wymiarem sprawiedliwości prowadzi do stygmatyzacji osadzonych.

Prawo osadzonego do założenia własnego ubrania lub innego nierzucającego się w oczy stroju w czasie pobytu poza terenem miejsca pozbawienia wolności zostało sformułowane m.in. we *Wzorcowych regułach minimalnych postępowania z więźniami* (reguła 17) oraz Europejskich Regułach Więziennych (reguła 20). Takie prawo do umożliwienia więźniowi noszenia własnej, bądź innej niezwracającej uwagi odzieży podczas czasowego pobytu poza jednostką penitencjarną, statuuje także Reguła 19 ust. 3 tzw. Reguł Mandeli.

W związku z powyższym należy zaznaczyć, że regulacje prawne dotyczące korzystania z ubrań prywatnych w czasie transportu poza więzienie, nie budzą zastrzeżeń KMPT. Należy natomiast oczekiwać od osób wykonujących czynności transportowe, aby w sposób bardziej zindywidualizowany podchodziły do tego zagadnienia.

Ponadto w jednym z aresztów⁸³ osadzeni zgłaszali wizytującym, że w trakcie konwojowania poza teren jednostki na konsultacje lekarskie stosowane są wobec wszystkich kajdanki zespolone. Przedstawiciele KMPT podkreślili w związku z tym, że stosowanie środków przymusu bezpośredniego, do których należą kajdanki (art. 12 ust 1 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej), ma charakter zindywidualizowany i może nastąpić tylko pod warunkiem wystąpienia w konkretnym przypadku przesłanek ich zastosowania. Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy środki przymusu bezpośredniego należy stosować z zachowaniem zasady konieczności (muszą być niezbędne do osiągnięcia celów, w jakich zostały zastosowane), proporcjonalności (muszą być zastosowane proporcjonalnie do stopnia zagrożenia) oraz minimalizacji dolegliwości. Nie można z góry przyjąć, że w każdym przypadku konwojowania osadzonego do placówek zewnętrznej służby zdrowia zachodzi któraś z przesłanek wymienionych w art. 11 ustawy, w szczególności obawa ucieczki. W związku z powyższym, praktykę przyjętą w wizytowanej jednostce uznać należy za naruszającą regulację

⁸³ AŚ Sanok.



art. 6 ust. 1 ustawy. Przedstawiciele KMPT zalecili odstąpienie od zasady każdorazowego stosowania kajdanek podczas konwojowania osadzonych do placówek zewnętrznej służby zdrowia i stosowanie środków przymusu bezpośredniego tylko w wymagających tego, konkretnych przypadkach.

2. Dostęp więźniów do opieki medycznej

Podobnie jak w latach ubiegłych wizytujący ujawniali naruszenia związane z obecnością funkcjonariuszy SW niewykonujących zawodu medycznego w trakcie badania lekarskiego osadzonych⁸⁴. Przedstawiciele KMPT przypominają, że zgodnie z treścią obowiązującego art. 115 § 8 k.k. w świadczenia medyczne dla skazanych udzielane są co do zasady bez obecności funkcjonariuszy niewykonujących zawodu medycznego, chyba że lekarz poprosi o taką asystę. Z powyższej regulacji jasno wynika, że regułą jest brak obecności funkcjonariusza SW podczas badań, a wyjątkiem – jego udział. Nierespektowanie tej zasady może prowadzić do naruszenia prawa do intymności i poszanowania godności osadzonych, a także prawa do ochrony tajemnicy medycznej.

W jednej z wizytowanych jednostek⁸⁵ osadzeni wskazali, że zdarzają się sytuacje, gdy funkcjonariusze wchodzą do ambulatorium w celu załatwienia jakiejś sprawy, nie bacząc na odbywające się w tym samym czasie czynności medyczne. Wizytujący zwrócili uwagę na konieczność wyeliminowania takich zachowań.

3. Prawo do informacji

Zagadnieniem badanym przez KMPT jest również dostęp cudzoziemców przebywających w jednostkach penitencjarnych do informacji na temat ich praw i obowiązków. Przeprowadzone wizyty uzasadniają stwierdzenie, że w dalszym ciągu niestety zdarzają się sytuacje kiedy osadzeni cudzoziemcy nie dysponują podstawową wiedzą dotyczącą warunków detencji⁸⁶. Ujawnione nieprawidłowości dotyczyły np. braku adnotacji w aktach osobopoznawczych cudzoziemców odnośnie języka w jakim się komunikują lub dokonanie jedynie lakonicznego wpisu o zapoznaniu więźnia z przysługującymi mu prawami i obowiązkami. Rozmowy indywidualne prowadzone z osadzonymi przez przedstawicieli KMPT wskazywały natomiast, że większość z nich nie poro-

⁸⁴ AŚ Poznań, OZ Moszczaniec ZK Łupków, ZK Bydgoszcz Fordon, ZK Gorzów Wielkopolski (w odniesieniu do tymczasowo aresztowanych), AŚ Elbląg.

⁸⁵ OZ AŚ Poznań.

⁸⁶ AŚ Lubsko, AŚ Poznań, OZ AŚ Poznań, ZK Bydgoszcz Fordon, ZK Gorzów Wielkopolski.

zumiewała się w języku polskim. W związku z powyższym należy postawić pytanie o rzetelność prowadzonych rozmów wstępnych, tak istotnych z punktu widzenia zapewnienia osadzonemu cudzoziemcowi podstawowych informacji dotyczących jego, praw, obowiązków czy zagrożeń jakie może napotkać podczas pobytu w zakładzie karnym lub areszcie śledczym. Biorąc pod uwagę niewielką liczbę cudzoziemców przebywających w jednostkach penitencjarnych⁸⁷ koniecznym jest przyjęcie kompleksowych rozwiązań gwarantujących, że wszelkie dokumenty, w tym wymagające podpisania oświadczenia będą sporządzane w zrozumiałym dla nich języku. Za niedopuszczalne i rażąco naruszające prawo do informacji należy uznać zobowiązanie cudzoziemca do podpisywania i sporządzania jakichkolwiek dokumentu w języku polskim, w sytuacji gdy się nim nie posługuje. Ponadto ważnym jest, aby cudzoziemcy mieli zapewniony dostęp do przetłumaczonych na języki obce informatorów (poradników) dotyczących praw osób pozbawionych wolności⁸⁸.

Opisane praktyki w sposób oczywisty naruszają regułę 30.1 ERW stwierdzającą, iż *w momencie przyjęcia i tak często, jak jest to potrzebne również później, wszyscy więźniowie są informowani pisemnie i ustnie w języku, który rozumieją, o przepisach regulujących dyscyplinę więzienną oraz o ich prawach i obowiązkach w zakładzie karnym. Co więcej, zgodnie z regułą 30.2 więźniowie mają prawo do posiadania pisemnej wersji przekazanych im informacji. Zaniedbania ujawnione przez wizytujących naruszają również regułę 55 w zw. z regułą 54 tzw. Reguł Mandeli w zakresie, w jakim nakazuje one, po pierwsze: opracowanie pisemnej informacji dotyczącej jego praw jako więźnia w języku dla niego zrozumiałym, po drugie: zapewnienie pomocy tłumacza w sytuacji braku informatora pisemnego w języku zrozumiałym dla cudzoziemca.*

Wobec ujawnionych nieprawidłowości przedstawiciele KMPT zalecali każdorazowo, aby wszelkie informacje dotyczące praw i obowiązków więźniów, także zasad odbywania kary pozbawienia wolności oraz oświadczeń sporządzanych w trakcie izolacji, były im przekazywane w języku dla nich zrozumiałym np. za pośrednictwem tłumacza czy informatycznych komunikatorów językowych.

Przedstawiciele KMPT weryfikują także sposób informowania osadzonych o wydanych w stosunku do nich – na podstawie art. 116 § 5a k.k.w. – decyzjach o umieszczeniu w celi monitorowanej. W trzech spośród wi-

⁸⁷ Na dzień 31 grudnia 2016 r. w jednostkach penitencjarnych przebywało 662 cudzoziemców.

⁸⁸ AŚ Lubsko, AŚ Nowa Sól.



zytowanych jednostek ujawniono praktykę jedynie ustnego informowania osadzonych o decyzji, a następnie dołączania jej w formie pisemnej do akt osobowych (w takich sytuacjach osadzeni nie poświadczali pisemnie zapoznania się z ich treścią)⁸⁹.

Wprawdzie określone w art. 7 § 3 k.k.w. minimalne wymogi formalne, jakim powinien odpowiadać tryb wydawania decyzji, wśród dopuszczalnych form wymienia zarówno jej ogłoszenie, jak i doręczenie, to jednak, w ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, tak istotna i mocno ingerująca w sferę prawa do prywatności decyzja powinna być, co do zasady, wręczana adresatowi w celu zapoznania się. Zalecany przez KMPT model działania umożliwia osadzonemu zapoznanie się z podstawą prawną i uzasadnieniem decyzji, także w kontekście ewentualnej skargi w trybie art. 7 k.k.w.

Przedstawiciele KMPT zgłosili zastrzeżenia do sposobu opracowania porządku wewnętrznego dwóch jednostek⁹⁰. W obu przypadkach dokument nie został ujednoczony i funkcjonował w oparciu o tekst pierwotny oraz teksty zredagowane w zarządzeniach zmieniających. Co więcej, w jednej z placówek wskazane w zarządzeniu zmieniającym jednostki redakcyjne, nie pokrywały się z pierwotną treścią porządku wewnętrznego. Regulacje te zawierały ponadto odesłania do innych aktów prawnych⁹¹.

Przyjęte rozwiązanie stanowiło niewątpliwie znaczące utrudnienie w zrozumieniu przedstawionych regulacji, zwłaszcza jeśli weźmie się pod uwagę, że były one adresowane do osób mogących mieć problemy z ich interpretacją.

W części wizytowanych jednostek⁹² nie były prowadzone działania zmierzające do upowszechnienia wśród osadzonych wiedzy o orzeczeniach Trybunału Konstytucyjnego i ETPC w sprawach dotyczących praw i obowiązków osób pozbawionych wolności.

Przedstawiciele KMPT podczas wizytacji jednostek penitencjarnych weryfikują także dostęp osób pozbawionych wolności do BIP. Choć odpowiednio stanowiska są wydzielone w zakładach karnych i aresztach śledczych to zdecydowana większość więźniów nie dysponuje wiedzą o możliwości skorzystania z tego źródła informacji. Dlatego też informacje o korzystaniu z BIP powinny być uregulowane w porządkach wewnętrznych jednostek penitencjarnych. Osadzeni winni być także informowani o dostępie do BIP czy Skype przy przyjęciu do jednostki oraz za pomocą radiowęzła czy telewizji wewnętrznej.

⁸⁹ ZK Wołów, ZK Bydgoszcz Fordon, ZK Gorzów Wielkopolski.

⁹⁰ AŚ Gdańsk, ZK w Gorzowie Wielkopolskim.

⁹¹ ZK w Gorzowie Wielkopolskim.

⁹² AŚ Poznań, ZK Bydgoszcz Fordon.

4. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

W omawianym zakresie zastrzeżenia wizytujących dotyczyły niewyodrębnienia w trzech jednostkach⁹³ pomieszczenia do realizacji nagrody przewidzianej w art. 138 § 1 pkt 3 k.k.w., tj. widzenia w oddzielnym pomieszczeniu bez osoby dozorującej. Przedstawiciele KMPT przypominali w związku z tym, że brak pomieszczenia do realizacji nagrody uniemożliwia w praktyce jej udzielenie, nawet w przypadku spełniania przez osadzonych warunków do jej przyznania.

W jednym z aresztów⁹⁴ dysponującym zapleczem do udzielania wskazanej nagrody, nie była ona stosowana. Dyrektor argumentował swoje stanowisko w tej kwestii faktem, że osadzeni z grupą półotwartą mogą skorzystać z przepustki, podczas której mogą spotkać się z bliskimi. Wobec przedstawionych wyjaśnień KMPT zwrócił uwagę na ogromne znaczenie podtrzymywania więzi osób pozbawionych wolności ze światem zewnętrznym i tym samym umożliwienia im, pomimo izolacji, zachowania poczucia pewnego uczestnictwa w życiu rodzinnym. Zaakcentowano także oczywisty fakt, że z możliwości wyjścia poza jednostkę nie mogą korzystać wszyscy osadzeni.

Niestety w dalszym ciągu KMPT odnotowuje przypadki przeprowadzania widzeń bez osoby dozorującej w salach wyposażonych w kamery monitoringu wizyjnego⁹⁵. W ocenie KMPT, w związku z charakterem takich spotkań stanowiących realizację jednej z nagród przyznawanych więźniom, stosowanie urządzeń monitorujących przeczy okolicznościom, które o przyznaniu takiej nagrody zdecydowały. Wszędzie, gdzie ujawniono wskazaną nieprawidłowość zalecano demontaż kamery lub zakładanie na nią trwałej przesłony na czas realizacji tego typu widzeń.

W kolejnej jednostce⁹⁶ osadzeni cudzoziemcy informowali wizytujących, że możliwość kontaktu z przedstawicielem ambasady lub konsulem uzależniona była od decyzji dyrektora. Porządek wewnętrzny przedmiotowej jednostki nie regulował tej materii. Należy podkreślić jednak, że zgodnie z art. 105 §2 k.k.w. skazany cudzoziemiec może prowadzić korespondencję z właściwym urzędem konsularnym, a w razie braku takiego urzędu – z właściwym przedstawicielstwem dyplomatycznym oraz korzystać z widzeń z urzędnikiem konsularnym lub wykonującym funkcje konsularne pracownikiem przedstawicielstwa dyplomatycznego. Również ERW wyraźnie

⁹³ AŚ Sanok, AŚ Lublin, OZ AŚ Poznań.

⁹⁴ AŚ Nowa Sól.

⁹⁵ AŚ Nowa Sól, AŚ Lublin, AŚ Gdańsk, ZK Stare Borne.

⁹⁶ ZK Wołów.



wskazują na prawo więźniów cudzoziemskich do kontaktowania się oraz otrzymania pomocy w kontaktowaniu się ze służbami dyplomatycznymi lub konsularnymi ich państwa (Reguła 37.1).

5. Warunki bytowe

Podczas wizytacji prewencyjnych KMPT zwraca w szczególności uwagę na warunki bytowe panujące w wieloosobowych celach mieszkalnych. Przepisy krajowe nie regulują maksymalnej pojemności cel mieszkalnych w jednostkach penitencjarnych. Obserwacje KMPT i ogólne zasady wynikające przede wszystkim z zaleceń międzynarodowych uprawniają jednak do stwierdzenia, iż warunki sanitarno-higieniczne panujące w kilkunastoosobowych celach mieszkalnych nie zapewniają standardów minimalnych, niezbędnych do poszanowania praw i godności przebywających w nich osób.

Stanowisko takie wyraziło CPT w Jedenastym Sprawozdaniu Ogólnym⁹⁷ – *w wielu krajach wizytowanych przez Komitet, zwłaszcza w Europie Środkowej i Wschodniej, osadzonych często umieszcza się w celach wieloosobowych, w których koncentruje się całość lub większa część życia codziennego, tj. sen i aktywność dzienna, włącznie z higieną osobistą.*

Komitet zgłasza zastrzeżenia do samej idei takiego kwaterowania osadzonych w zamkniętych zakładach karnych. Zastrzeżenia te są tym większe, gdy w omawianych celach panuje znaczne zatłoczenie i niezdrowe warunki. Rzecz jasna, kwaterowanie w dużych celach wieloosobowych może być w pewnych krajach determinowane różnymi czynnikami, w tym kulturowymi. Tym niemniej na temat cel, w których żyją i śpią dziesiątki osadzonych razem, można powiedzieć więcej złego niż dobrego. Duże cele wieloosobowe nieodłącznie wiążą się z brakiem prywatności życia codziennego osadzonych. Ponadto istnieje wysokie ryzyko zastraszenia i przemocy. Cele wieloosobowe sprzyjają rozwojowi subkultur przestępczych i ułatwiają utrzymanie spójności takich organizacji. Utrudniają także – jeśli nie uniemożliwiają – sprawowanie właściwej kontroli przez personel penitencjarny; ściślej rzecz ujmując, w razie niepokojów w zakładzie karnym trudno uniknąć zaangażowania pomocy o znacznej sile. W systemie dużych cel wieloosobowych właściwe kwaterowanie poszczególnych osadzonych, oparte na indywidualnej ocenie ryzyka i potrzeb, staje się zadaniem prawie niemożliwym. Wskazane wyżej problemy zwiększają się jeszcze, gdy przekroczono rozsądny poziom zapełnienia tych cel; poza tym w takiej sytuacji łatwiej o znaczne pogor-

⁹⁷ CPT/Inf (2001)16.

szenie panujących warunków na skutek przeciążenia wspólnych urządzeń, takich jak umywalki czy toalety, a także niewystarczającej wentylacji.

Również zgodnie z Regułą 19.3 ERW *więźniowie mają bezpośredni dostęp do pomieszczeń sanitarnych, które są higieniczne i respektują prywatność*. Podobnie przyjęto w Regule 15. Reguł Mandeli, która stanowi, że *urządzenia sanitarne będą odpowiednie do zapewnienia każdemu więźniowi możliwości zaspokojenia potrzeb naturalnych w czysty i przyzwoity sposób*. Przywołane powyżej standardy międzynarodowe uznawane są za pewne minimum warunków uznawanych za możliwe do przyjęcia przez państwa członkowskie Rady Europy oraz Narody Zjednoczone.

KMPT w pełni podziela stanowisko wyrażone przez CPT oraz podkreśla ją potrzebę zapewnienia odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych w celach kilkunastoosobowych. W ocenie KMPT jedna toaleta dla grupy 9–14 osób uniemożliwia załatwienie potrzeby fizjologicznej w każdym czasie, co więcej może stanowić źródło konfliktów między współosadzonymi. Trudno też zgodzić się z twierdzeniem, iż wszystkim osadzonym przebywającym w jednostce zapewniono równe prawo dostępu do urządzeń sanitarnych, skoro w jednej z cel przypada jedna toaleta na 2 osoby, w innej zaś na 11–14 osadzonych. Do dużego przeciążenia urządzeń sanitarnych dochodzi szczególnie w godzinach rannych, przez co część osadzonych zawsze musi długo czekać na toaletę.

Kierując się potrzebą zapewnienia godnych warunków wykonywania kary pozbawienia wolności KMPT wydał w trzech jednostkach⁹⁸ zalecenie zmniejszenia pojemności kilkunastoosobowych cel mieszkalnych.

KMPT stale monitoruje postęp prac związanych z zabudową kącików sanitarnych w celach wieloosobowych. Tylko w trzech jednostkach⁹⁹ w celach brakowało pełnej zabudowy kącików sanitarnych (np. była tylko dykta okalająca kącik, która nie sięgała podłogi i sufitu oraz przesłona z materiału w świetle otworu wejściowego lub odgrodzone były od pozostałych części pomieszczeń kotarami z tworzywa sztucznego lub tkaniny, niejednokrotnie podniszczonymi).

Przeprowadzone w 2016 r. wizytacje potwierdziły dalsze występowanie problemu braku osłonięcia kącików sanitarnych w celach jednoosobowych. Pomimo iż Dyrektor Generalny SW podzielił pogląd RPO co do potrzeby zapewnienia intymności podczas korzystania z urządzeń sanitarnych w ce-

⁹⁸ AŚ Sanok, AŚ Poznań, ZK Bydgoszcz Fordon.

⁹⁹ ZK Wołów, AŚ Wrocław, AŚ Sanok.



lach jednoosobowych¹⁰⁰, to nie we wszystkich wizytowanych miejscach standard ten był zachowany. Odpowiednie zalecenie wydane zostało w stosunku do sześciu jednostek¹⁰¹.

Z kolei w siedmiu przypadkach wizytujący zalecili wydzielenie stanowisk prysznicowych w łaźniach¹⁰².

Problemem w czterech wizytowanych jednostkach było niewłaściwe zastosowanie funkcji maskującej strefy intymne na monitoringu pomieszczeń (kącik sanitarny przy celi zabezpieczającej¹⁰³ łaźni oraz pokoju do przeprowadzania kontroli osobistej¹⁰⁴). Uchybienie dotyczyło niezastosowania tej funkcji lub nieobejmowania stref, które miała zakryć.

W związku z przedstawionymi uchybieniami podkreślić należy, że warunki bytowe w tym higieniczno-sanitarne, jakie powinny być zapewnione więźniom muszą respektować ich prawo do prywatności, w wielu aspektach i tak ograniczane w związku z samym pozbawieniem wolności.

6. Personel

W punkcie 1 dotyczącym traktowania więźniów opisane zostały przypadki, w których personel medyczny nie był w stanie określić, czy powstałe obrażenia ciała mogły być efektem pobicia, czy też skutkiem stosowania środków przymusu bezpośredniego.

W ocenie KMPT zasygnalizowany problem dotyczy wszystkich jednostek penitencjarnych. W związku z powyższym, Rzecznik Praw Obywatelskich w wystąpieniu generalnym z dnia 27 października 2015 r. skierowanym do Dyrektora Generalnego SW¹⁰⁵ wskazał, że akty prawa międzynarodowego ratyfikowane przez Polskę nakładają na nasze państwo obowiązek podejmowania skutecznych działań w celu zapobiegania stosowaniu na jego terytorium tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania. Konieczne w tym celu jest wsparcie ze strony ekspertów z dziedziny medycyny, w szczególności z zakresu medycyny sądowej, patologii, psychiatrii, psychologii. Od działania ekspertów może zależeć pozyskanie bezpośrednich dowodów świadczących o zaistnieniu tortur lub innych form

¹⁰⁰ Wystąpienie Generalne RPO z dnia 25 marca 2013 r. do Dyrektora Generalnego RPO SW, Odpowiedź Dyrektora Generalnego SW z dnia 17.04.2013 r.; RPO-700317-II-702/12.

¹⁰¹ AŚ Gdańsk, AŚ Lublin, ZK Gorzów Wielkopolski, AŚ Sanok, ZK Bydgoszcz Fordon, AŚ Lubsko.

¹⁰² AŚ Lublin, AŚ Nowa Sól, AŚ Sanok, ZK Gorzów Wielkopolski, AŚ Poznań, ZK Bydgoszcz Fordon, AŚ Lubsko.

¹⁰³ AŚ Lublin, ZK Płock, AŚ Lubsko.

¹⁰⁴ ZK Wołów.

¹⁰⁵ Wystąpienie generalne RPO do Dyrektora Generalnego SW z dnia 27.10.2015 r., II.402.1.2015.

okrutnego traktowania. Rzetelność tych działań jest tym większa, im większa jest wiedza prowadzących postępowanie na temat szczegółowych metod ujawniania tego rodzaju zdarzeń i sposobów ich dokumentowania. RPO wskazał również, że pod auspicjami ONZ został opracowany przez grupę ekspertów dokument, przyjęty następnie jako załącznik do rezolucji Komisji Praw Człowieka ONZ nr 2000/43 z dnia 20 kwietnia 2000 r. Przedstawiono w nim metody skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Dokument ten, znany pod nazwą *Protokołu Stambulskiego*, jest skierowany przede wszystkim do prawników, lekarzy i psychologów, którzy w swojej praktyce zawodowej mogą spotkać się z ofiarami przemocy. Zawiera szczegółowe informacje i wskazówki w zakresie metod identyfikowania i dokumentowania przypadków złego traktowania dla potrzeb organów śledczych i sądów. Rzecznik podkreślił, że wdrażanie opisanych w *Protokole Stambulskim* zasad do pracy ekspertów medycyny sądowej, lekarzy, psychologów, psychiatrów, zwłaszcza tych, których zadaniem jest badanie osób pozbawionych wolności, może spowodować, że odegrają oni ważną rolę w zwalczaniu bezkarności sprawców tortur czy innych form niewłaściwego traktowania. Z tego względu RPO zwrócił się do Dyrektora Generalnego SW prośbą o rozważenie możliwości wprowadzenia szkoleń dla personelu medycznego zatrudnionego w zakładach karnych i aresztach śledczych, w szczególności lekarzy, z zakresu treści zawartych w *Protokole Stambulskim*.

W odpowiedzi z dnia 27 listopada 2015 r. Dyrektor Generalny SW wskazał, że opisane w *Protokole Stambulskim* standardy i procedury postępowania będą przedmiotem szkoleń funkcjonariuszy SW, w szczególności działań edukacyjnych dedykowanych m.in. wychowawcom, psychologom i pracownikom służby zdrowia. Poinformował ponadto, że *Protokół Stambulski* został umieszczony na stronie internetowej służby więziennej. Ustalenia wizytujących wskazują, że poszerzenie wiedzy personelu jednostek musi nastąpić jak najszybciej, gdyż jest ona niezbędna do prawidłowego weryfikowania zdarzeń, które w zakładach karnych i aresztach śledczych występują powszechnie.

Innym problemem¹⁰⁶ występującym od wielu lat jest nadmierne obciążenie pracą wychowawców i psychologów. Zgodnie z instrukcją nr 2/12 Dyrektora Generalnego SW z dnia 29 lutego 2012 r. w sprawie tworzenia i organizacji oddziałów penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych

¹⁰⁶ Wystąpienie generalne RPO z dnia 17.05.2016 r. do Dyrektora Generalnego SW, KMP.571.8.2016.

osiągnięcie standardów pracy penitencjarnej oznacza sytuację, w której na wychowawcę przypadać będzie grupa 40 skazanych. W trzech jednostkach współczynnik ten był znacznie przekroczony – w OZ Moszczańcu ZK w Łupkowie na jednego wychowawcę przypadało 54 osadzonych, w OZ AŚ w Poznaniu – 60,5 w ZK w Gorzowie Wielkopolskim – 57.

W tej samej instrukcji wskazano, że na jednego psychologa powinno przypadać 200 osadzonych, podczas gdy w jednym z zakładów¹⁰⁷ liczba ta wynosiła 276,5 więźniów na jednego psychologa. Przekroczenie wskazanego współczynnika jest tym bardziej niepokojące, że w ocenie KMPT jest on niewystarczający do zapewnienia odpowiedniej opieki psychologicznej.

Zbyt duża liczba osadzonych przypadających na wychowawcę lub psychologa może prowadzić do ograniczenia korzystania przez tych pierwszych ze swoich praw lub skutecznego szukania pomocy w trudnych sytuacjach. Wychowawca i psycholog przeciążony pracą może z kolei mieć problemy w wykonywaniu swoich obowiązków w należyty sposób. W związku z tym w 2016 r. KMPT w odniesieniu do niektórych z wizytowanych jednostek zalecał objęcie psychologów i terapeutów więziennych superwizją¹⁰⁸.

Jak niebezpieczne może być nadmierne obciążenie pracą wskazują ustalenia wizytacji w jednym z zakładów¹⁰⁹. Pomimo realizowanych w jednostce kursów obejmujących swoją tematyką wypalenie zawodowe i umiejętność radzenia sobie ze stresem, przedstawiciele KMPT otrzymali od oddziałowych sygnały świadczące o wysokim poziomie ich frustracji i rozgoryczenia związanego z warunkami pełnienia przez nich służby i postawą samych więźniów. Funkcjonariusze nie wiedzieli jakie mechanizmy powodują trudne dla nich zachowania osadzonych i jak im przeciwdziałać. Nie mieli również wystarczającego wsparcia od swoich przełożonych. Wskazywali też na przeciążenie pracą i konieczność realizacji wielu zadań, którym fizycznie trudno sprostać. Przedstawiciele KMPT zostali poinformowani o podejmowaniu prywatnego leczenia psychiatrycznego przez funkcjonariuszy poza placówką i problemach umówienia szybkiej wizyty, gdy jest konieczność pilnej konsultacji. Jednocześnie ze względu na relacje służbowe, funkcjonariusze nie chcieli korzystać ze wsparcia specjalistów zatrudnionych w jednostce. W ich ocenie jedyny mechanizm obronny wobec postawy osadzonych i wymagań służby to zobojętnienie, przyzwyczajanie do zachowań prowokacyjnych, wulgarnych, roszczeniowej postawy.

¹⁰⁷ ZK Bydgoszcz Fordon.

¹⁰⁸ AŚ Wrocław, AŚ Sanok, AŚ Poznań, OZ AŚ Poznań, ZK Wołów.

¹⁰⁹ ZK Bydgoszcz Fordon.

Zdaniem KMPT odpowiednie warunki pełnienia przez personel więziennej służby i pracy oraz objęcie go opieką psychologiczną mają kluczowe znaczenie dla efektywnego wykonywania przez nich obowiązków służbowych, co ma bezpośrednie przełożenie na traktowanie osadzonych. Dyrekcja wizytowanej placówki powinna podjąć zdecydowane i efektywne działania, które wyeliminują zaobserwowany poziom frustracji i rozgoryczenia oraz zapewnią funkcjonariuszom stałą opiekę psychologiczną. Warta rozważenia jest też rewizja katalogu oferowanych szkoleń i warsztatów.

Opierając się na wykazach szkoleń przedstawionych przez administrację wizytowanych miejsc w czterech placówkach¹¹⁰ pracownicy BRPO zalecili przeprowadzenie dodatkowych szkoleń dla funkcjonariuszy dotyczących praw więźniów.

7. Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Nieprzystosowanie jednostek penitencjarnych do przyjęcia osób z niepełnosprawnością jest zjawiskiem na tyle powszechnym, że należy je traktować jako problem systemowy. Udział w wizytacjach prewencyjnych przedstawicieli Fundacji Polska bez Barrier zajmującej się weryfikacją dostępności obiektów do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, umożliwił KMPT przeprowadzenie swego audytu, którego analiza przedstawiana była każdorazowo w raportach powizytacyjnych.

Ujawnione uchybienia obejmowały nie tylko sferę warunków bytowych, ale również dotyczyły postępowania funkcjonariuszy SW z osobami z niepełnosprawnością. W jednej z placówek¹¹¹ przebywał osadzony głuchoniemny, który w rozmowie z przedstawicielami KMPT wskazał, że nie został poinformowany o zasadach obowiązujących w placówce. W notatce wychowawcy widniał natomiast wpis: zapoznałem osadzonego z porządkiem wewnętrznym obowiązującym w Zakładzie oraz przypomniałem obowiązki wynikające z kkw i regulaminu. Z ustaleń KMPT wynikało, że jednostka nie zapewniała dostępności tłumacza Polskiego Języka Migowego. Na udział takiej osoby nie wskazywała również sama notatka. Ponadto osadzony ten miał poważne problemy w komunikacji z personelem i odczuwał w związku z tym negatywne konsekwencje. Więzień ten twierdził m.in., że w przypadku konfliktu z współosadzonymi, z uwagi na swoje ograniczenia, nie może w sposób właściwy przedstawić swojej wersji wydarzeń. Osadzony opisywał,

¹¹⁰ ZK Stare Borne, AŚ Lublin, ZK Gorzów Wielkopolski, AŚ Poznań.

¹¹¹ ZK Bydgoszcz Fordon.



że gestykulacja z jego strony, mająca na celu wyjaśnienie personelowi swojej wersji wydarzeń, odczytywana była jako agresja.

W związku z tym wciąż pozostają aktualne zalecenia zawarte w wystąpieniach generalnych w 2015 r., objęcia personelu pozostającego w bezpośrednim kontakcie z osadzonymi szkoleniami dotyczącymi postępowania i potrzeb osób z niepełnosprawnościami¹¹².

W roku ubiegłym przedstawiciele KMPT w dalszym ciągu sprawdzali stan dostosowania infrastruktury więziennej do potrzeb osób z niepełnosprawnościami – zniwelowanie barier architektonicznych umożliwiające takiemu osadzonemu wyjście na spacer, wizytę u lekarza, psychologa, wychowawcy, korzystanie ze świetlicy, kaplicy, stołówki, kantyny, magazynu, sali widzeń oraz dostęp do BIP.

Cele mieszkalne przeznaczone dla osób poruszających się na wózkach mają szereg wad konstrukcyjno-montażowych popełnionych albo w fazie projektowej albo w trakcie samej realizacji, jak wynikających z braku dostatecznej świadomości odnośnie potrzeb i ograniczeń osób z niepełnosprawnościami.

Aktualny pozostaje zatem postulat wprowadzenia odpowiednich zmian architektonicznych w zakresie dostosowania szerokości korytarzy, umieszczenia samoinkasujących aparatów telefonicznych na odpowiedniej wysokości, instalacji wind, platform przyschodowych lub podnośników. Dodatkowo niezbędne jest niwelowanie różnicy wysokości na drogach prowadzących z budynku mieszkalnego na plac spacerowy za pomocą tzw. obniżonych krawężników, zaś na polach spacerowych należałoby montować ławki z siedziskiem na wysokości 45–55 cm, wyposażone w oparcie i podłokietniki ułatwiające przemieszczenie się z wózka na ławkę. W innym wypadku osoby z niepełnosprawnościami nie będą mogły korzystać z praw i uprawnień, które przysługują im w trakcie izolacji penitencjarnej.

Poza osobami pozbawionymi wolności poruszającymi się na wózkach inwalidzkich w polskich jednostkach penitencjarnych przebywają również osadzeni z wadami wzroku i słuchu. Jednostki powinny zatem być dostosowane również pod kątem tych niepełnosprawności poprzez stosowanie: kontrastowych oznaczeń zmian wysokości powierzchni i schodów, nakładek antypoślizgowych na schodach, przenośnych pętli indukcyjnych, audioboków czy asystującego programu komputerowego *czytającego* wyświetlaną na monitorze treść.

¹¹² Wystąpienia Generalne RPO z dnia 21.05 i 26.10.2015 r. do Dyrektora Generalnego SW, KMP.571.1.2015.

Wciąż więc pozostaje aktualny postulat wskazany w Raporcie z 2015 r.¹¹³ podjęcia wszystkich uzasadnionych działań w celu zapewnienia więźniom z niepełnosprawnościami pełnego i skutecznego dostępu do życia więziennego na sprawiedliwych zasadach. Obowiązek ten ciąży na administracji poszczególnych jednostek penitencjarnych, stosownie do reguły 5 ust. 2 Reguły Mandeli, jak również na podstawie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych¹¹⁴.

8. Sytuacja osób stwarzających poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu (tzw. niebezpieczni)

W świetle nowelizacji k.k.w. z dnia 10 września 2015 r., istnieje możliwość uznania przez komisję penitencjarną, że nie zachodzi potrzeba stosowania wszystkich warunków związanych z reżimem dla niebezpiecznych, wskazanych w art. 88 b k.k.w. i odstąpienie od stosowania jednego lub więcej z nich.

Analiza sytuacji osadzonych w oddziale przeznaczonym dla tej kategorii więźniów w jednej z jednostek¹¹⁵, wykazała, że z tego uprawnienia skorzystano tylko raz, tuż po opisanej nowelizacji. Zgodnie z informacją dyrektora Zakładu, w niektórych przypadkach łagodzi się rygor np. zakładając kajdanki na ręce osadzonego z przodu, a nie z tyłu, lecz w ocenie wizytujących należy, zwłaszcza w przypadkach osób dłużej mających status niebezpiecznych, rozważać stopniowe i systematyczne łagodzenie rygoru oraz podejmowanie przez komisję penitencjarną w tym zakresie formalnych decyzji, zgodnie z treścią 88 lit. b § 2 k.k.w.

Wizytujący zwrócili uwagę na zachowanie jednego więźnia uzasadniającego częste stosowanie środków przymusu bezpośredniego. Mężczyzna ten bywał agresywny zarówno wobec siebie (na nagraniach z monitoringu widać m.in. jak uderzał głową w ścianę aż do omdlenia), jak również wobec funkcjonariuszy czy mienia jednostki. Jednocześnie nie da się pominąć faktu, że ten młody człowiek (27 lat), przebywający cały czas samotnie w niewielkiej celi ze względu na uznanie go za niebezpiecznego poddawany był odczłowieczającemu rygorowi. Okoliczności, w których przebywał stanowiły dla niego z pewnością ogromny stres, mogący wzmacniać opisane nega-

¹¹³ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMP w roku 2015, str. 30; Raport dostępny na stronie internetowej KMP w zakładce *Raporty z działania KMP*.

¹¹⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.

¹¹⁵ ZK Wołów.



tywne zachowania, tudzież spowodować nieodwracalne zmiany w psychice osadzonego (czy pogłębienie już wcześniej występujących problemów zdrowotnych w tym zakresie). W związku z tym przedstawiciele KMPT zwrócili się prośbą o przedstawienie stanowiska dyrektora wizytowanego zakładu w omawianym zakresie oraz informacji o podejmowanych wobec osadzonego oddziaływaniach zmierzających do zniwelowania czynników wywierających na niego destrukcyjny wpływ.

Nieprawidłowości dotyczące utrzymywania przez długi czas statusu niebezpiecznego i reżimu z nim związanego były przedmiotem spraw rozpoznawanych przez ETPC w sprawach *Piechowicz przeciwko Polsce*¹¹⁶ czy *Horych przeciwko Polsce*¹¹⁷. Trybunał podkreślał konieczność weryfikacji zasadności, uwzględniającej zmiany w sytuacji bądź zachowaniu skazanych, stosowania reżimu przewidzianego dla osadzonych niebezpiecznych, którego każdorazowe przedłużanie wymaga szczegółowego uzasadnienia. W ocenie ETPC, przepisy k.k.w. regulujące stosowanie zastrzonego reżimu w stosunku do osadzonych szczególnie niebezpiecznych, a także przewidziany tam wyjątek dopuszczający odstępianie od zastosowania omawianego reżimu jedynie w szczególnych okolicznościach, skonstruowane są w sposób mogący prowadzić w praktyce do automatycznego ich stosowania.

Należy podkreślić, że na początku 2016 r. ETPC wydał 7 wyroków w sprawach przeciwko Polsce, odnoszących się do problematyki stosowanego w polskich jednostkach penitencjarnych reżimu dla więźniów niebezpiecznych¹¹⁸. We wszystkich przypadkach Trybunał uznał, że Polska dopuściła się naruszenia art. 3 EKPCz.

Z treści Raportu z wykonywania wyroków Europejskiego Trybunał Praw Człowieka przez Polskę za 2016 r., w części poświęconej wykonywaniu wyroków dotyczących tzw. *więźniów niebezpiecznych* wynika, że zmiany w Kodeksie karnym wykonawczym z września 2015 r. implementowały do polskich przepisów wymogi, wynikające z grupy orzeczeń w sprawach *Horych przeciwko Polsce* oraz *Piechowicz przeciwko Polsce*. Wprowadzone modyfikacje w Kodeksie karnym wykonawczym miały na celu stworzenie możliwości

¹¹⁶ Skarga nr 20071/07, wyrok 17.04.2012 r.

¹¹⁷ Skarga nr 13621/08, wyrok 17.04.2012 r.

¹¹⁸ W dniu 12 stycznia 2016 r. Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu wydał trzy wyroki przeciwko Polsce: Karykowski przeciwko Polsce (skarga nr 653/12), Prus przeciwko Polsce (skarga nr 5136/11) oraz Romaniuk przeciwko Polsce (skarga nr 59285/12). W dniu 16 lutego 2016 r. kolejne dwa wyroki: Paluch przeciwko Polsce (skarga nr 57292/12) oraz Świdzki przeciwko Polsce (skarga nr 5532/10). W dniu 19.04.2016 r. Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu wydał wyrok w sprawie Karwowski przeciwko Polsce (skarga nr 29869/13).

modyfikacji rygorów wynikających z art. 88 § 3 i art. 212b k.k.w. Zmieniony art. 88 § 3 k.k.w wymienia enumeratywnie wszystkie sytuacje, kiedy więzień zostaje obligatoryjnie zaklasyfikowany jako spełniający warunki dla osadzenia w zakładach karnych typu zamkniętego. Nowy art. 88a k.k.w wymienia natomiast kryteria, które komisja penitencjarna powinna wziąć pod uwagę za każdym razem, kiedy decyduje o nadaniu statusu więźniowi. Zmiana art. 88b k.k.w wprowadza dwa nowe paragrafy. Art. 88b § 2 umożliwia komisji penitencjarnej stopniowe łagodzenie reżimu związanego ze statusem *więźnia niebezpiecznego*. Każda decyzja zmieniająca ten reżim powinna podlegać zażaleniu do sądu penitencjarnego zgodnie z art. 7 § 3 k.k.w. Co więcej, wniosek osadzonego lub jego obrońcy na podstawie art. 88b § 3 obliguje komisję penitencjarną do wskazania warunków uzasadniających klasyfikację osadzonego jako *stwarzającego poważne zagrożenie społeczne lub poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa jednostki penitencjarnej*. Wyżej wspomniane zmiany wyeliminowały istniejący automatyzm w klasyfikowaniu osadzonych jako *więźniów niebezpiecznych*. W ocenie rządu, wprowadzone zmiany kodeksowe, przeprowadzone szkolenia i wydane wytyczne oraz instrukcje wraz z powziętymi działaniami wykonują orzeczenia w sprawach tzw. *więźniów niebezpiecznych*. Całkowita liczba osadzonych sklasyfikowanych jako niebezpiecznych zmniejszyła się z 320 do 146 osadzonych w okresie od 31 grudnia 2010 r. do 31 marca 2016. W 2015 r. komisje penitencjarne zaklasyfikowały jako niebezpiecznych 164 osadzonych i uchylily status taki w 171 przypadkach. Najczęstszym powodem zaklasyfikowania jako *więźnia niebezpiecznego* był atak na funkcjonariusza publicznego.

Sprawa tzw. *więźniów niebezpiecznych* pozostaje w stałym zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich.

4. Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze

4.1. Wprowadzenie

W 2016 r. KMPT przeprowadził 11 wizytacji młodzieżowych ośrodków wychowawczych¹¹⁹. Cztery spośród nich miały charakter wizytacji *ad hoc*¹²⁰, w tym jedna była realizowana w formie rewizytacji¹²¹.

Ponadto KMPT rozpoczął wizytacje tematyczne młodzieżowych ośrodków wychowawczych, pod kątem dostępu nieletnich umieszczonych w tych placówkach, do świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień. W 2016 r. przeprowadzono 6 wizytacji tematycznych¹²². Materiał zebrany podczas wizyt posłużył do przygotowania raportu tematycznego zawierającego analizę systemu opieki i ewentualne zalecenia skierowane do odpowiednich władz.

Poza powyższymi wizytacjami KMPT monitoruje też postępowania przygotowawcze w sprawie fizycznego i psychicznego znęcania się personelu nad wychowankami dwóch placówek wychowawczych¹²³. Po ich prawomocnym zakończeniu przeprowadzona zostanie analiza działań podejmowanych przez odpowiednie instytucje i funkcjonowania systemowych rozwiązań eliminujących ryzyko zaistnienia nieludzkiego traktowania w przyszłości.

¹¹⁹ MOW w: Marszewie, Rejowcu (dwukrotnie), Augustowie, Różanymstoku, Kolonii Szczerbackiej, Mszanie Dolnej, Kolonii Ossie, Leśnicy, Wałbrzychu i Gostchorzy.

¹²⁰ MOW w: Rejowcu (dwukrotnie), Różanymstoku i Kolonii Szczerbackiej.

¹²¹ MOW w Różanymstoku.

¹²² MOW w: Pogroszynie, Warszawie (MOW ul. Barska 4, MOW ul. Strażacka 57), Łodzi, Kolonii Szczerbackiej i Wrocławiu.

¹²³ Postępowanie Prokuratury Rejonowej w Myśliborzu o sygn. akt Ds. 887/15, dotyczące znęcania się nad wychowankami w MOW w Renicach; postępowanie Prokuratury Rejonowej w Radomsku o sygn. aktDs. 1240/2016 związane z niewłaściwym traktowaniem wychowanków MOW Nr 1 w Łodzi. (KMP.573.15.2015). Zgodnie z odpowiedzią z dnia 13.07.2017 r. Prokuratury Rejonowej w Myśliborzu, sprawa dotycząca znęcania się nad wychowankami w MOW w Renicach, po uchyleniu przez sąd postanowienia o jej umorzeniu, została zarejestrowana w tamtejszej prokuraturze pod nowym numerem PR Ds 413.2017 i jest obecnie badana. W odniesieniu do sprawy wychowanków MOW nr 1 w Łodzi, w związku z informacją o jej umorzeniu przekazaną przez Prokuraturę Okręgową w Piotrkowie Trybunalskim w odpowiedzi z dnia 27.06.2017 r., Zastępca RPO zwrócił się z prośbą o przesłanie akt umorzono postępowania. Po analizie akt Zastępca RPO skierował w dniu 13.07.2017 r. pismo do Prokuratury Regionalnej w Łodzi, z prośbą o zbadanie zasadności decyzji Prokuratury Rejonowej w Piotrkowie Trybunalskim. KMPT oczekuje na odpowiedź w tej sprawie.

4.2. Problemy systemowe

1. Konieczność przygotowania nowej ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich

Nadal aktualny pozostaje problem przygotowania nowej ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, która w ocenie KMPT powinna uregulować kwestie związane z dostępem wychowanków do opieki medycznej (w tym także do opieki specjalistycznej dla ciężarnych nieletnich), stosowaniem monitoringu wizyjnego, wykonywaniem testów na obecność w organizmie alkoholu i środków odurzających, czy kontaktem nieletnich z rodzicami, opiekunami prawnymi i adwokatem. Problem był już sygnalizowany przez KMPT w raportach rocznych z działalności w latach 2013, 2014 i 2015¹²⁴. W odpowiedzi z dnia 19.02.2016 r. Podsekretarz Stanu w MS wskazał, że wszczęto prace legislacyjne nad przygotowaniem projektu *ustawy o zmianie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich*¹²⁵.

W 2016 r. RPO zwrócił uwagę na kolejne kwestie wymagające regulacji ustawowej: konieczność wprowadzenia definicji i katalogu wydarzeń nadzwyczajnych, mogących zaistnieć w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, procedur postępowania w przypadku ich zaistnienia, problem nadzoru nad korespondencją nieletnich.

Dnia 20 lipca 2016 r. Rzecznik w wystąpieniu skierowanym do Minister Edukacji Narodowej zasygnalizował potrzebę wprowadzenia definicji i katalogu wydarzeń nadzwyczajnych jednolitego dla wszystkich młodzieżowych ośrodków wychowawczych, a także opracowanie jednolitych procedur postępowania w przypadku ich zaistnienia, w tym dokumentowania i przekazywania organom nadzorującym informacji o ich wystąpieniu. Obowiązujące przepisy prawne nie określają bowiem sposobu postępowania w przypadku, np. dopuszczenia się przemocy wśród wychowanków, w tym przemocy seksualnej. Nie nakładają także na dyrektorów placówek obowiązku prowadzenia rejestru wydarzeń nadzwyczajnych. Poza przypadkami ucieczki wychowanka i wypadku, dyrektorzy ośrodków sami określają procedury i sposób postępowania w sytuacji zaistnienia zdarzeń niepożądanych.

W odpowiedzi z dnia 22 grudnia 2016 r. Sekretarz Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej wskazała, że zgodnie z ustaleniami podjętymi na spo-

¹²⁴ Zob. raporty Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku: 2013 – s. 64-69, 2014 – s. 34-35, 2015 – s. 36. Raporty dostępne na stronie internetowej KMP w zakładce *Raporty z działalności KMP*.

¹²⁵ Odpowiedź Podsekretarza Stanu w MS z dnia 19.02.2016 r., DL-III-072-34/15.



tkaniu w dniu 9 listopada 2016 r., z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ośrodka Rozwoju Edukacji, Biura Rzecznika Praw Dziecka, Biura Rzecznika Praw Obywatelskich i dyrektorów młodzieżowych ośrodków wychowawczych, które odbyło się w Ośrodku Rozwoju Edukacji, został powołany zespół roboczy, którego zadaniem jest opracowanie jednolitego katalogu zdarzeń nadzwyczajnych, wraz z ich opisem oraz zasadami rejestracji i monitoringu zdarzeń. W skład ww. zespołu wchodzi również przedstawiciele KMPT.

Drugim sygnalizowanym przez Rzecznika zagadnieniem była konieczność doprecyzowania w ustawie sposobu postępowania personelu w zakresie realizacji nadzoru nad zawartością korespondencji nieletnich. W wystąpieniu generalnym skierowanym w dniu 18 sierpnia 2016 r. do Ministra Sprawiedliwości¹²⁶, RPO wskazał na niejednorodną praktykę w tym zakresie stosowaną przez personel placówek dla nieletnich (zakładów poprawczych, schronisk dla nieletnich, młodzieżowych ośrodków wychowawczych) ujawnioną podczas wizytacji KMPT. W części ośrodków korespondencja przychodząca do nieletniego otwierana jest przez wychowawcę w jego obecności, w celu sprawdzenia jej zawartości, w innych placówkach czynność nadzoru dokonywana jest z pominięciem obecności wychowanka.

Rzecznik wskazał, że obowiązujący przepis art. 66 § 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich¹²⁷ (dalej: u.p.n), reguluje tylko i wyłącznie prawo do utrzymywania kontaktu ze światem zewnętrznym przez wychowanka w formie korespondencji oraz przesłanki wprowadzenia ograniczeń w korzystaniu z tego prawa. Ustawodawca pominął jednakże kwestię sprawowania nadzoru nad korespondencją, stanowiącą w ocenie Rzecznika immanentną część realizacji opisanego w nim prawa. Istniejąca luka, tworząc swego rodzaju przyzwolenie na swobodę wychowawców w podejściu do sprawowania nadzoru nad zawartością korespondencji, niesie ze sobą niebezpieczeństwo bezprawnego nadużywania przez nich uprawnień, dając im możliwość nieskrępowanego zapoznawania się z treścią listów ich podopiecznych, czynioną bez obecności nieletnich. Obecna regulacja zapewnia tym samym słabszą ochronę prawa do korespondencji nieletnich przebywających w placówkach wychowawczych i resocjalizacyjnych w porównaniu do sytuacji więźniów¹²⁸.

¹²⁶ Wystąpienie generalne RPO do MS z dnia 18.08.2016 r., KMP.573.12.2016.

¹²⁷ Dz. U. z 2014 r., poz. 382 z późn. zm.

¹²⁸ Zob. art. 242 § 6 k.k.w.

W odpowiedzi z dnia 13 września 2016 r. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości poinformował Rzecznika, że przedstawione zagadnienie zostanie poddane analizie i uwzględnione w toku prac legislacyjnych nad przygotowaniem nowelizacji u.p.n.¹²⁹

KMPT dostrzeża także konieczność pilnego uregulowania możliwości stosowania monitoringu wizyjnego na terenie placówek dla nieletnich. Wizytacja przeprowadzona w jednym z ośrodków¹³⁰ wykazała stosowanie wideonadzoru w 5 sypialniach wychowanków, co stanowi w obecnym stanie prawnym bezprawną ingerencję w prawo nieletnich do prywatności. Regulacji na gruncie ustawowym wymaga nie tylko samo uprawnienie do instalowania na terenie szkół i placówek oświatowych sieci monitoringu wizyjnego, ale także sprecyzowanie zasad i celów montowania kamer, sposobu postępowania ze zgromadzonymi w ten sposób danymi, w tym dostępu do nagrań z kamer monitorujących oraz zabezpieczenia danych, a także ewentualne wymagania dotyczące oznaczenia terenu monitorowanego.

Proces legislacyjny związany z pracami nad ustawą będzie w dalszym ciągu monitorowany przez KMPT.

2. Brak rozwiązań systemowych dotyczących sytuacji nieletnich w ciąży oraz nieletnich i ich dzieci po urodzeniu

KMPT od 2012 r. sygnalizuje konieczność zmian legislacyjnych, dotyczących nieletnich matek przebywających w placówkach wychowawczych i poprawczych¹³¹.

Paragraf 16 ust. 3 obowiązującego obecnie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach¹³² (dalej: rozporządzenie) wskazuje jedynie, że *Młodzieżowy ośrodek wychowawczy wspiera nieletnią matkę w uczestniczeniu w bieżącej pieczy nad dzieckiem i w jego wychowaniu, chyba że sąd opiekuńczy postanowi inaczej, zgodnie z art. 96 § 2 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy. W wy-*

¹²⁹ Odpowiedź Podsekretarza Stanu w MS z dnia 13.09.2016 r., KMP.573.12.2016.

¹³⁰ MOW w Gostchorzy.

¹³¹ Zob. raporty Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2012 – s. 46, 2013 – s. 68-69, 2014 – s. 45-46, 2015 – s. 36-37. Raporty dostępne na stronie internetowej KMP w zakładce *Raporty z działalności KMP*.

¹³² Dz. U z 2015 r., poz. 1872.



stąpieniu generalnym skierowanym w dniu 21 stycznia 2016 r. do Minister Edukacji Narodowej¹³³, Rzecznik zwrócił się o rozważanie powrotu do pierwotnego brzmienia cytowanego przepisu, zawartego w projekcie rozporządzenia z dnia 7 sierpnia 2015 r., który zakładał stałe przebywanie nieletniej z dzieckiem w młodzieżowym ośrodku wychowawczym. Według RPO brak stosownych regulacji umożliwiających przebywanie nieletnim matkom w placówkach resocjalizacyjnych ze swoimi dziećmi narusza przepisy art. 18, 47 i 71 ust. 2 Konstytucji RP.

Rzecznik wskazał również, że nieletnia matka przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym może sprawować bieżącą pieczę nad dzieckiem, nawet nie posiadając władzy rodzicielskiej, co wyraźnie wynika z art. 96 § 2 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego¹³⁴, zaś obowiązujące przepisy nie zakazują stałego przebywania nieletniej z dzieckiem w MOW, pod warunkiem wykonywania bieżącej pieczy, o której mowa w ww. przepisie ustawy.

W odpowiedzi z dnia 21 kwietnia 2016 r. Sekretarz Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej¹³⁵, wskazała że o ile kwestia małoletnich matek obejmuje szeroki aspekt prawny, społeczny i administracyjny – o tyle przedstawiony problem, dotyczący nieletnich dziewcząt wobec których sąd rodzinny wydał postanowienie o zastosowaniu środka wychowawczego w postaci umieszczenia w MOW, nie ma charakteru systemowego. W wymiarze systemowym problem zapewnienia nieletnim matkom możliwości kontaktu z dzieckiem oraz kontynuowania procesu resocjalizacji został rozwiązany przez umożliwienie tworzenia w systemie wspierania rodziny i pieczy zastępczej zawodowych specjalistycznych rodzin zastępczych.

Sekretarz Stanu wskazała też, że zarówno specyfika stosowanych rozwiązań, jak i skala problemu, nie wydają się uzasadniać rzeczywistej potrzeby skonstruowania nowego rozwiązania systemowego, wskazują natomiast na potrzebę konsekwentnego wdrażania istniejącego, wskazanego powyżej rozwiązania umożliwiającego zaspokojenie potrzeb resocjalizacyjnych i rodzinnych wychowanek MOW będących matkami, w tym zapewnienia możliwości budowania więzi nieletnich matek z dziećmi.

Dalej Sekretarz Stanu podkreśliła, że intencją ustawodawcy nie było umożliwienie przebywania noworodków, niemowląt i małych dzieci wraz z nieletnimi matkami w MOW, lecz umożliwienie nieletniej matce, w miarę możliwości, udziału w sprawowaniu opieki nad dzieckiem. W ocenie Sekre-

¹³³ Wystąpienie generalne RPO z dnia 21.01.2016 r. do Ministra Edukacji Narodowej, KMP.573.52.2014.

¹³⁴ Tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 682.

¹³⁵ Odpowiedź Sekretarza Stanu w MEN z dnia 21.04.2016 r., DWKI-WSPE.5014.12.2016.KT.

tarz Stanu przeciwko stałemu przebywaniu w MOW dzieci nieletnich przemawia również fakt, że placówki te nie zapewniają wychowankom opieki zdrowotnej w placówce, a ponadto bezpieczeństwo dzieci mogłoby być zagrożone.

KMPT podkreśla, że zgodnie z danymi Ośrodka Rozwoju Edukacji na 126 dziewcząt ciężarnych przebywających w MOW w 2014 r. żadna z nich nie trafiła do specjalistycznej zawodowej pieczy zastępczej, 18 z nich wróciło do MOW bez dziecka, 68 wróciło do swojego środowiska rodzinnego, często patologicznego, które nie było w stanie zapewnić prawidłowej opieki swojemu dziecku, a 14 trafiło z powrotem do domu dziecka. Co więcej dane statystyczne przekazane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej nie zawierały informacji, aby w roku 2014 i 2015, którakolwiek z dziewcząt ciężarnych przebywających w MOW faktycznie została umieszczona w specjalistycznej zawodowej rodzinie zastępczej.

Można zatem domniemywać, że system ten w praktyce nie funkcjonuje. O powyższym świadczyć może również fakt, że proces resocjalizacyjny większości tych dziewcząt po urodzeniu przez nie dziecka został przerwany.

W ocenie KMPT istniejący stan prawny, który z uwagi na brak skutecznych rozwiązań systemowych, może prowadzić do rozdzielenia nieletniej matki i jej dziecka, stwarza znaczne ryzyko zaistnienia nieludzkiego traktowania młodych matek i wymaga pilnych zmian. Zdaniem KMPT, nieletnie matki przebywające w detencji powinny mieć możliwość stałego przebywania w placówce z potomkiem, budowania więzi emocjonalnych i rodzinnych, a nie jedynie realizowania pojedynczych spotkań z dzieckiem znajdującym się pod opieką innych osób.

W sytuacji gdy postawa nieletniej matki nie będzie wskazywała na jej gotowość do sprawowania faktycznej pieczy nad dzieckiem, zgoda taka nie powinna przez sąd zostać wydana. Rozwiązania prawne powinny jednak stwarzać nieletniej matce możliwość podjęcia opieki nad własnym dzieckiem.

W kontekście powyższych postulatów, o których regulacje prawną zabiega Rzecznik Praw Obywatelskich, na uwagę zasługuje praktyka wychodząca naprzeciw takim oczekiwaniom, która funkcjonuje w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Czaplunku¹³⁶. W przypadku zajścia nieletniej w ciążę pani dyrektor Ośrodka nawiązuje współpracę z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie oraz sędzią wizytującym, w celu znalezienia na tere-

¹³⁶ Placówka wizytowana przez KMPT w dniach 11–12.05.2015 r. Wyciąg dostępny na stronie internetowej KMP w zakładce *Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji*.



nie Czaplinka rodziny zastępczej, która opiekowałaby się dzieckiem nieletniej w czasie uczestnictwa matki w zajęciach szkolnych. W przypadku dwóch nieletnich matek z tego Ośrodka, rodzinami zastępczymi dla ich dzieci oraz opiekunami prawnym tych dziewcząt byli pracownicy MOW, którzy zgłosili taką chęć. W trakcie trwania zajęć lekcyjnych sprawowali oni opiekę nad dziećmi, natomiast popołudniami dzieci przekazywane były ich matkom. Taka praktyka umożliwi dziecku pozostawanie w ciągłym kontakcie z biologiczną matką. Kontakt chroniony prawnie jest niezbędny dla prawidłowego rozwoju i budowania właściwych relacji pomiędzy matką i dzieckiem.

3. Realizacja prawa nieletnich pozbawionych wolności do składania skarg

Nadal aktualny pozostaje problem wdrożenia efektywnego mechanizmu składania skarg przez nieletnich przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych, schroniskach dla nieletnich i policyjnych izbach dziecka. Zagadnienie to było już sygnalizowane w raporcie KMPT z działalności w 2015 r.¹³⁷

KMPT podkreśla, że możliwość składania przez nieletnich skarg do niezależnych instytucji i podmiotów jest podstawową gwarancją zapobiegającą przed torturami i innymi formami niehumanitarnego lub poniżającego traktowania. Prawo to z jednej strony może działać odstrasżająco na osoby, które takiego traktowania chciałyby się dopuścić, z drugiej zaś pozwala na podjęcie odpowiednich działań w przypadku zaistnienia niewłaściwych sposobów postępowania z nieletnimi.

Skuteczny mechanizm skargowy jako gwarancja chroniąca przed torturami i innymi formami niehumanitarnego i poniżającego traktowania, ma charakter uniwersalny, znajdujący swoje zastosowanie w każdym miejscu pozbawienia wolności. Jego znaczenie podkreślały wielokrotnie SPT¹³⁸ i CPT¹³⁹. Wobec nieletnich CPT wskazywał, że *skuteczne zażalenia i procedury inspekcyjne*

¹³⁷ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2015, s. 37. Raport dostępny na stronie internetowej KMP w zakładce *Raporty z działania KMP*.

¹³⁸ Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur. Zob. § 57, 80, 87, 91, 100 Siódmego raportu generalnego SPT, 20 marca 2014 r., CAT/C/52/2; § 50 Raportu z wizyty SPT we Włoszech, 23 sierpnia 2016 r., CAT/OP/ITA/1; § 39, 53-55, 72-73, 96 Raportu z wizyty SPT na Ukrainie, 16 marca 2016 r., CAT/OP/UKR/1; § 32-33, 67, 86, 141-142 Raportu z wizyty SPT w Brazylii, 5 lipca 2012 r., CAT/OP/BRA/1.

¹³⁹ Zob. § 41 i 54 Fragment Drugiego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (92) 3]; § 45 Fragment Dwunastego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (2002) 12]; § 53 Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (98) 12]; § 38 Wyciąg z Czternastego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (2004) 28].

są podstawowymi gwarancjami przeciwko złemu traktowaniu w ośrodkach dla nieletnich. Osoby nieletnie powinny mieć możliwość złożenia zażalenia zarówno w ramach, jak i poza systemem administracyjnym danego ośrodka; ponadto osoby nieletnie powinny być upoważnione do poufnego kontaktowania się z właściwą władzą¹⁴⁰.

Zgodnie zaś z Regulą nr 121 Zaleceń CM/Rec(2008)11 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie europejskich reguł dla młodocianych przestępców objętych sankcjami lub środkami alternatywnymi procedury składania próśb i skarg *w przypadku nieletnich powinny być proste i efektywne¹⁴¹. Decyzje dotyczące takich wniosków lub skarg powinny być podejmowane niezwłocznie. Jeżeli skarga lub wniosek zostaną odrzucone, to przyczyny negatywnej decyzji powinny być dostarczone nieletniemu. Nieletni lub w stosownych przypadkach rodzic lub opiekun prawny mają prawo do odwołania się do niezależnego i bezstronnego organu od wydanej decyzji.*

Z uwagi na powyższe RPO zwrócił się w dniu 10 grudnia 2015 r. do Rzecznika Praw Dziecka o podjęcie współpracy w celu wypracowania standardów dotyczących składania skarg przez dzieci pozbawione wolności¹⁴².

Kolejne pismo w tej sprawie Zastępca RPO skierował w dniu 7 czerwca 2016 r. do Dyrektora Gabinetu Rzecznika Praw Dziecka. W odpowiedzi z dnia 21 czerwca 2016 r. Dyrektora Gabinetu Rzecznika Praw Dziecka wskazał, że kwestie poruszane w ww. pismach zostały poruszone podczas spotkania Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Dziecka i zadeklarował gotowość do dalszych działań Rzecznika w tym zakresie.

W ocenie KMPT sprawa wymaga pilnego uregulowania.

4.3. Mocne strony i dobre praktyki

KMPT w czasie wizytacji młodzieżowych ośrodków wychowawczych spotkał się z wieloma pozytywnymi inicjatywami, zwiększającymi bezpieczeństwo podopiecznych i mającymi wpływ na budowanie pozytywnej atmosfery braku akceptacji dla tortur oraz poniżającego i nieludzkiego traktowania. Należy w tym miejscu wyróżnić:

¹⁴⁰ Zob. § 36 Fragment Dziewiątego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (99) 12].

¹⁴¹ Zalecenie CM/Rec (2008)11 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie zasad europejskich dotyczących kar i środków alternatywnych stosowanych wobec sprawców nieletnich (przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 5 listopada 2008 r. na 1040. zebraniu Zastępców Ministrów).

¹⁴² Wystąpienie generalne RPO z dnia 10.12.2015 r. do RPD, KMP.573.42.2014.



- Anonimową ankietę adresowaną do wychowanków dotyczącą poczucia bezpieczeństwa w placówce, organizacji czasu wolnego, używania w ośrodku dopalaczy, prowadzonej profilaktyki uzależnień. W ankietach wychowankowie proszeni są o wskazanie niebezpiecznych ich zdaniem miejsc w placówce lub sytuacji wywołujących agresję, opisanie swojego odczucia zagrożenia ze strony wychowawców lub innych wychowanków, dokonanie oceny relacji panujących w placówce. Wyniki ankiet poddawane są pisemnej analizie, służącej następnie do sformułowania konkretnych wniosków (np. intensyfikacja kontroli łazienek z uwagi na wskazanie w ankietach tego właśnie miejsca jako szczególnie niebezpiecznego)¹⁴³.
- Sformułowanie bardzo szczegółowych kryteriów ocen szkolnych wystawianych wychowankom¹⁴⁴. Zostały one opisane w rozdziale VIIIa Statutu Ośrodka. Przejrzyste i jednoznaczne kryteria stanowią niewątpliwie ważny instrument zapobiegający subiektywnemu i niesprawiedliwemu ocenianiu uczniów, którez kolei nosić może znamiona poniżającego traktowania.
- Bogaty katalog zajęć edukacyjnych i rekreacyjnych, m.in. istniejące koła zainteresowań, liczne zajęcia sportowe, w tym aktywności poza placówką (wyjścia na basen, wyjazdy na wycieczki, udział w imprezach sportowych o charakterze regionalnym i ogólnopolskim, turnusy wakacyjne, spływy kajakowe, wycieczki – piesze, rowerowe, survival), zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze dla nieletnich mających deficyt wiedzy szkolnej¹⁴⁵.
- Promowanie wśród wychowanków idei wolontariatu¹⁴⁶. Dobrowolnie mogą oni świadczyć pomoc na rzecz licznych instytucji lokalnych – hospicjum, domów pomocy społecznej, przedszkoli, szkół specjalnych, świetlicy socjoterapeutycznej, specjalistycznej rodziny zastępczej.
- Angażowanie wychowanków do udziału w akcjach charytatywnych – np. zbiórce żywności, wspierania Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy¹⁴⁷.
- Liczne adresowane do podopiecznych zajęcia o charakterze terapeutycznym (socjoterapia, trening zapobiegania agresji, terapia uzależnień, psychoterapia, muzykoterapia)¹⁴⁸.

¹⁴³ MOW w Wałbrzychu.

¹⁴⁴ MOW w Wałbrzychu.

¹⁴⁵ MOW w Augustowie, Gostchorzy, Wałbrzychu, Mszanie Dolnej, Leśnicy, Kolonii Ossie, Różanym-stoku.

¹⁴⁶ MOW w Gostchorzy i Wałbrzychu.

¹⁴⁷ MOW w Gostchorzy.

¹⁴⁸ MOW w Wałbrzychu.

- Zapewnienie konsultacji psychiatrycznych wychowanków na terenie MOW. Opieka sprawowana jest przez jednego lekarza psychiatrę, a wizyty odbywają się raz w miesiącu¹⁴⁹.
- Organizację corocznych konferencji z cyklu *Dzielenie się dobrymi praktykami*¹⁵⁰, w trakcie których przedstawiciele instytucji, ośrodków wychowawczych, socjoterapeutycznych oraz innych placówek z terenu Dolnego Śląska wymieniają się doświadczeniami w pracy z młodzieżą. Dzięki tym spotkaniom wychowawcy, nauczyciele, pedagodzy, psycholodzy mają możliwość zaprezentowania dorobku pracy placówek i własnych sukcesów wychowawczych, a jednocześnie skorzystania z pomysłów i ciekawych rozwiązań stosowanych przez innych. W ciągu kilku lat zawiązało się już grono stałych uczestników konferencji, którzy kontynuują współpracę korespondując ze sobą, wymieniając się informacjami i wzajemnie się wspierając.
- Zapewnienie personelowi MOW regularnej superwizji¹⁵¹.
- Organizację wycieczek do znajdującej się w rejonach górskich *bacówki*, stanowiącej własność MOW. Obiektem tym opiekuje się były wychowanek placówki¹⁵².
- Współpracę ze stowarzyszeniami *Sursum Corda* oraz Fundacją *Przemiana Serc*, do których zadań należy m.in. pomoc wychowankom którzy nie mają zapewnionych odpowiednich warunków bytowych po opuszczeniu placówki¹⁵³.
- Umożliwienie wychowankom będącym w zaawansowanej ciąży udziału w zajęciach szkoły rodzenia w Kędzierzynie Koźlu oraz warsztatach z zakresu wychowania seksualnego¹⁵⁴.
- Możliwość skorzystania przez nieletnich wymagających specjalistycznego leczenia z Poradni Terapii Uzależnień i Współzależnień (w latach 2015–2016 terapią objęto łącznie 10 wychowanek)¹⁵⁵.
- Realizowany we współpracy z fundacją *Orange*, program *Telefon do mamy*, polegający na instalowaniu w placówkach dla dzieci aparatów

¹⁴⁹ MOW w Kolonii Szczerbackiej.

¹⁵⁰ MOW w Wałbrzychu.

¹⁵¹ MOW w Mszanie Dolnej.

¹⁵² MOW w Mszanie Dolnej.

¹⁵³ MOW w Mszanie Dolnej.

¹⁵⁴ MOW w Leśnicy.

¹⁵⁵ MOW w Leśnicy.



telefonicznych i przekazaniu bezpłatnych kart telefonicznych, w celu umożliwienia bezpłatnego kontaktu z bliskimi¹⁵⁶.

- Możliwość nauki jeździectwa w stadninie koni będącej własnością MOW¹⁵⁷. W dniu wizytacji, jeden z wychowanków, który dzięki tej formie pracy zdobył wykształcenie, po opuszczeniu MOW uzyskał pracę jako trener jazdy konnej.
- Możliwość uczestnictwa w zajęciach cyrkowych¹⁵⁸. Dzięki realizowanemu programowi *Pedagogika Cyrku* placówka zdobyła pierwsze miejsce w kategorii propozycji pracy resocjalizacyjnej wśród wszystkich ośrodków wychowawczych w Polsce.
- Zatrudnianie obcokrajowców, w ramach wolontariatu światowego, którzy prowadzą dla nieletnich zajęcia capueiry, sportowe i realizują obowiązki wychowawcy. Dzięki tej praktyce wychowankowie uczą się tolerancji wobec innych kultur¹⁵⁹.
- Coroczną organizację festiwalu *Bez Granic*, z udziałem artystów z całego świata. Do południa wychowankowie uczestniczą w warsztatach o różnej tematyce, wieczorem natomiast w koncertach i pokazach. Przez kilka dni chłopcy uczą się większego otwarcia na różność kultur, społeczność lokalną i rozwijają własne zainteresowania¹⁶⁰.
- Organizowanie grupowych spotkań wychowanków z prawnikiem. Spotkania takie mają charakter edukacyjny, ale służą również wyjaśnieniu wątpliwości prawnych¹⁶¹.
- Zorganizowanie odrębnej grupy usamodzielnienia. Przebywają w niej wychowankowie wykazujący się wyróżniającym zachowaniem. W grupie tej nieletni mają możliwość samodzielnego przygotowania się do opuszczenia placówki przy dyskretnym wsparciu pracowników ośrodka¹⁶².
- Funkcjonującą w placówce instytucję anioła. Jest to wychowanek, przebywający dłużej w placówce, którego zadaniem jest wprowadzenie nowego wychowanka w specyfikę ośrodka oraz pomoc w aklimatyzacji. Pełni on funkcję wyłącznie wspierającą, a zgoda na jej wykonywanie jest dobrowolna¹⁶³.

¹⁵⁶ MOW w Leśnicy.

¹⁵⁷ MOW w Różanymstoku.

¹⁵⁸ MOW w Różanymstoku.

¹⁵⁹ MOW w Różanymstoku.

¹⁶⁰ MOW w Różanymstoku.

¹⁶¹ MOW w Różanymstoku.

¹⁶² MOW w Różanymstoku.

¹⁶³ MOW w Augustowie.

Warto też wskazać na planowany na październik 2017 r. 3-miesięczny program profilaktyczny *Oto ma wycieczka*, finansowany przez Krajowe Biuro d.s. Przeciwdziałania Narkomanii. Program ten ma na celu trenowanie przez młodzież umiejętności społecznych, interpersonalnych oraz nabywania umiejętności konstruktywnego spędzania czasu wolnego. Tematyka warsztatów ma obejmować: integrację, radzenie sobie ze stresem, komunikację, asertywność, podejmowanie decyzji, poczucie własnej wartości. Warsztaty rozwoju osobistego mają być uzupełnione o warsztaty o tematyce hip-hopowej. Uczestnicy będą mieli okazję podjęcia próby napisania własnego tekstu i nagrania wspólnie utworu hip-hopowego. Realizatorem programu będzie Pracownia Rozwoju Osobistego w Opolu¹⁶⁴.

KMPT zachęca dyrektorów MOW do wzorowania się na wskazanych wyżej inicjatywach.

4.4. Obszary wymagające poprawy

1. Traktowanie wychowanków przez personel i innych wychowanków

Wizytacje KMPT pokazały, że w większości placówek personel poprawnie traktował pozostających pod jego opieką podopiecznych. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur otrzymywał od nieletnich sygnały o dobrej atmosferze wizytowanych placówek i przyjaznym nastawieniu kadry. W niektórych ośrodkach nieletni wskazywali, że ich sytuacja i zachowanie podczas pobytu w ośrodku zmieniły się na lepsze.

Mimo to członkowie KMPT uzyskali również informacje o niewłaściwych postawach kadry i praktykach prowadzących do systematycznego łamania praw podopiecznych.

W jednym przypadku odebrano sygnał o prowokujących, eskalujących konflikty zachowaniach dwójki wychowawców¹⁶⁵. Z opisów wychowanków wynikało, że ww. wychowawcy w sytuacjach pobudzenia chłopców, zamiast starać się ich wyciszyć i uświadomić błędne postępowanie i grożące konsekwencje, dodatkowo ich prowokują (używając np. słów *no i co jeszcze, no dalej, zaryzykujesz jeszcze jednego minusa*?). Chłopcy podnosili również, że

¹⁶⁴ MOW w Leśnicy.

¹⁶⁵ MOW w Augustowie, KMP.573.6.2016. Wyciąg z raportu i odpowiedź na zalecenia KMPT dostępne są na stronie KMP w zakładce *Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji*.



w sytuacjach, gdy zwracają się do ww. wychowawców z jakąś prośbą i spotykają się z odmową, oczekują od nich uzasadnienia swych decyzji, a nie krótkiego *nie, bo nie*.

W czasie wizytacji dyrektor placówki wskazywał, że wychowankowie zgłaszali mu niewłaściwe zachowanie wychowawców i temat ten został omówiony podczas zebrania społeczności. KMPT zalecił dyrektorowi placówki podjęcie działań na rzecz wyeliminowania wskazanych wyżej nieprawidłowości¹⁶⁶.

Niepokojącą praktyką występującą w większości wizytowanych ośrodków jest poddawanie podopiecznych testom na obecność narkotyków lub alkoholu w organizmie¹⁶⁷. W obowiązującym stanie prawnym personel młodzieżowych ośrodków wychowawczych nie jest bowiem uprawniony do dokonywania powyższych czynności i realizując je działa bezprawnie. W niektórych ośrodkach wykonywanie testów zostało sformalizowane w postaci procedury¹⁶⁸.

KMPT zwraca uwagę, że w świetle aktualnie obowiązującego prawa, personel MOW nie ma prawa zobowiązywać nieletniego do poddania się badaniu na obecność w organizmie alkoholu lub środków odurzających. Z uwagi na powyższe KMPT zalecał odstąpienie od przeprowadzania badań na obecność alkoholu i narkotyków przez personel. W sytuacjach wymagających tego typu działań przedstawiciele KMPT zalecają wzywanie Policji w razie podejrzenia popełnienia przestępstwa lub pogotowia ratunkowego w razie zagrożenia życia lub zdrowia nieletniego.

W większości wizytowanych placówek wobec podopiecznych realizowano przeszukania ich rzeczy i pokoi (sprawdzenia szaf)¹⁶⁹. W niektórych placówkach przeszukiwano też samych wychowanków¹⁷⁰. Kontrola ta miała niekiedy charakter bardzo szczegółowy, zbliżony do kontroli osobistej (polecano nieletnim np. zdjęcie odzieży wierzchniej i opuszczenie spodni do kolan¹⁷¹, rozebrania się do bielizny¹⁷², zdjęcie spodni¹⁷³). Nieletnim dziew-

¹⁶⁶ W odpowiedzi na raport dyrektor placówki wskazał, że omówił z personelem uwagi i zalecenia KMPT. Oświadczył też, że wszelkie sygnały świadczące o niewłaściwym zachowaniu wychowawców, są niezwłocznie wyjaśniane; KMP.573.6.2016.

¹⁶⁷ MOW w Marszewie, Augustowie, Kolonii Ossie, Mszanie Dolnej, Wałbrzychu, Różanymstoku.

¹⁶⁸ MOW w Marszewie i Mszanie Dolnej.

¹⁶⁹ MOW w Augustowie, Marszewie, Kolonii Szczerbackiej, Kolonii Ossie, Leśnicy, Mszanie Dolnej, Różanymstoku.

¹⁷⁰ MOW w Augustowie, Kolonii Szczerbackiej, Kolonii Ossie.

¹⁷¹ MOW w Kolonii Szczerbackiej.

¹⁷² MOW w Kolonii Ossie.

¹⁷³ MOW w Leśnicy.

czętom sprawdzano biustonosze, włosy i kieszenie¹⁷⁴. KMPT zalecił zaprzestanie stosowania powyższych praktyk.

KMPT podkreśla, że obowiązujące przepisy nie dają personelowi MOW uprawnień do dokonywania sprawdzenia rzeczy i osoby, a także dokonywania przeszukiwania. Należy też zauważyć, że sprawdzenie czy przeszukiwanie są czynnościami ingerującymi w wolność człowieka, jego poczucie godności i samostanowienia, zaś realizowane w sposób nieodpowiedni, noszą w sobie ryzyko poniżenia. W związku z powyższym mogą być realizowane w sytuacjach, gdy takie uprawnienie wynika wprost z ustawy, przez odpowiednio przeszkolony w tej materii personel i muszą podlegać kontroli w zakresie legalności i prawidłowości wykonania.

W opinii KMPT personel MOW powinien zrezygnować ze stosowania rutynowych przeszukiwań podopiecznych, ich rzeczy i pokoi, i ograniczyć je tylko do sytuacji, w których dochodzi do bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia nieletnich.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca też uwagę na otrzymane sygnały o negatywnych przejawach *drugiego życia* w wizytowanych ośrodkach¹⁷⁵. W jednym przypadku przejawy te przyjęły formę skrajnego znęcania się wychowanków nad innymi podopiecznymi (odnotowano przemoc fizyczną, psychiczną i seksualną)¹⁷⁶.

W powyższej sprawie śledztwo w sprawie znęcania się nad wychowankiem ze szczególnym okrucieństwem, prowadziła Prokuratura Rejonowa w Krasnymstawie¹⁷⁷. Informacja o popełnionym przestępstwie została zgłoszona Policji dwa dni po zdarzeniu.

KMPT podkreśla, że stosownie do treści art. 4 § 3 u.p.n i art. 304 § 1 i 2 Kodeksu postępowania karnego, zawiadomienie organów ścigania o zdarzeniu powinno być złożone w możliwie najszyczym terminie, tak by nie dopuścić do utraty dowodów czynu zabronionego lub karalnego.

W niniejszej sprawie KMPT zalecił niezwłoczne informowanie organów ścigania o podejrzeniu popełnienia czynu zabronionego.

Ponadto KMPT ustalił, że w placówce dochodziło do częstych przypadków przemocy między wychowankami. Policja interweniowała w ośrodku kilkanaście razy rocznie, przy czym interwencje dotyczyły między innymi: pobić, rozbojów, wymuszeń, nękania, kierowaniu gróźb karalnych, wprowa-

¹⁷⁴ MOW w Leśnicy.

¹⁷⁵ MOW w Rejowcu, Mszanie Dolnej.

¹⁷⁶ MOW w Rejowcu.

¹⁷⁷ Sygnatura akt PR Ds. 97.2016.



dzenia się w stan odurzenia, próby samobójczej. W ocenie KMPT był to efekt silnie rozwiniętego *drugiego życia*. Świadczyły o tym wypowiedzi wychowanków, wskazujące na istnienie silnej podkultury, która swoimi cechami przypominała podkulturę więzienną. KMPT zalecił dyrektorowi MOW podjęcie kroków mających na celu przeciwdziałanie *drugiemu życiu*, zapewnienie wszystkim nieletnim bezpieczeństwa w placówce oraz sprawowanie odpowiedniego nadzoru nad podopiecznymi.

Na gruncie niniejszej sprawy KMPT zwrócił uwagę na kwestię nadzoru pedagogicznego sprawowanego przez Kuratora Oświaty. W placówce odnotowywano kilkadziesiąt ucieczek wychowanków rocznie (w 2014 r. – 28, w 2015 r. – 82, zaś w 2016 r. – 32) oraz kilkanaście ujawnionych zdarzeń związanych z naruszeniem bezpieczeństwa wychowanków. Tymczasem problemy te nie były przedmiotem analizy organu sprawującego nadzór pedagogiczny. Powyższe mogło wynikać z tego, że do Kuratorium Oświaty wpływały tylko te informacje, które w procedurze wewnętrznej placówki zostały zdefiniowane jako *wypadki nadzwyczajne*, zaś pozostałe zdarzenia (np. pobicia) nie były uwzględniane¹⁷⁸.

Informacje o silnie rozwiniętym *drugim życiu* pojawiły się także podczas wizytacji innej placówki¹⁷⁹. Nieletni w rozmowach indywidualnych wskazywali na mocno ugruntowane nieformalne zasady postępowania, których złamanie wiąże się z negatywnymi konsekwencjami ze strony innych wychowanków, np. polaniem ręki wrzątkiem). Poinformowali również, że w jednej z grup wychowawczych *dla zabawy* wysypali jednemu z chłopców proszek do prania na łóżko, a także wymusili od niego tytoń. Wskazali także, że wychowawcy, którzy reagują w poważniejszych przypadkach, często jednak pozostają obojętni na drobne zachowania, będące przejawem *drugiego życia*.

W ocenie KMPT taka postawa jest nie do zaakceptowania. Prowadzi bowiem do przyzwolenia na istnienie nieformalnych norm i zasad, może także skutkować eskalacją dalszych niepożądanych zachowań wobec wychowanków. Nieformalne grupy wyznające zasady zbliżone do podkultur więziennych lub przestępczych stanowią w ocenie KMPT zagrożenie dla bezpieczeństwa wychowanków, prowadzą do ich demoralizacji, kształtują szkodliwe w wychowawczego punktu widzenia postawy i uniemożliwiają budowanie przyjaznego środowiska i kultury braku akceptacji dla przemocy. Stwarzają też ryzyko przenikania, czasem w sposób nieświadomy, wzorów subkultu-

¹⁷⁸ Działania systemowe w zakresie ujednolicenia katalogu zdarzeń nadzwyczajnych w MOW wraz z ich opisem oraz zasadami rejestracji i monitoringu zdarzeń, omówiono w pkt. 2 tej części raportu.

¹⁷⁹ MOW w Mszanie Dolnej.

rowych do środowiska personelu, co przejawia się zwłaszcza w podzieleniu przekonań i postaw odpowiadających niekiedy oczekiwaniom podkultury, w tym wartości preferowanych przez osoby je wyznające¹⁸⁰. Dlatego też personel młodzieżowych ośrodków wychowawczych powinien wykazać się odpowiednią reakcją zmierzająca do eliminacji wszystkich zachowań będących przejawem *drugiego życia*.

KMPT zalecił dyrektorom placówek podjęcie kroków mających na celu przeciwdziałanie wszystkim przejawom *drugiego życia*.

Poza reagowaniem w przypadku wystąpienia symptomów wskazujących na istnienie tego zjawiska, warto też by kadra ośrodków wychowawczych przyjrzała się powodom ich zaistnienia przez pryzmat własnej pracy i obowiązujących w placówce zasad, rygoru i zakazów. Jak bowiem pokazują badania naukowe występowanie podkultur ma związek ze zjawiskiem określanym w literaturze jako *deprywacja potrzeb*. Ludzie nie mogąc zaspokoić własnych potrzeb, szukają pomocy w grupach podkulturowych¹⁸¹. Uwalniają one od napięć psychicznych, integrują członków społeczności, kształtują wygodną orientację wartościującą, zaspokajają potrzebę afiliacji i poczucia bezpieczeństwa¹⁸².

KMPT zwraca także uwagę na konieczność właściwego stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego, jako czynności bezpośrednio ingerującej w sferę nietykalności osobistej i stwarzającej ryzyko niewłaściwego traktowania. W jednej z placówek¹⁸³ KMPT ujawniło przytrzymanie wychowanki, które zaistniało co prawda w sytuacji jej pobudzenia i agresji, jednak realizowane ono było nie przez fachowy i odpowiednio przeszkolony w tej materii personel, a inne wychowanki. Przymus nie był też udokumentowany.

W kolejnym MOW¹⁸⁴ KMPT zwrócił uwagę na procedurę stosowania środków przymusu bezpośredniego opracowaną na podstawie nieaktualnego aktu prawnego¹⁸⁵ i zalecił jej opracowanie na podstawie aktualnie

¹⁸⁰ Zob. D. Schmidt, Wizerunek Służby Więziennej w świetle badań naukowych. Główne kierunki eksploracji, ich wartość poznawcza oraz znaczenie dla praktyki penitencjarnej [w:] Z. Jasiński, A. Kurek, D. Widelak (red.), *W dziewięćdziesięciolecie polskiego więziennictwa. Księga jubileuszowa.*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2008, s. 104.

¹⁸¹ Zob. S. Przybyliński, *Podkultura więzienna. Wielowymiarowość rzeczywistości penitencjarnej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007, s. 120.

¹⁸² Zob. S. Kowalski, *Socjologia wychowania w zarysie*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1979, s. 149.

¹⁸³ MOW w Leśnicy.

¹⁸⁴ MOW w Kolonii Szczerbackiej.

¹⁸⁵ Procedura opracowana na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 22 lutego 2011 r. w spra-



obowiązujących przepisów prawa. KMPT zalecił ponadto wyeliminowanie udziału podopiecznych w stosowaniu środków przymusu bezpośredniego i jego realizację oraz dokumentowanie zgodnie z obowiązującym w tej materii prawem.

W innej placówce wychowankowie zgłaszali, że nie mają zagwarantowanej możliwości codziennych zajęć na świeżym powietrzu (spacerów, zajęć sportowych)¹⁸⁶. Zajęcia te odbywały się tylko wówczas, gdy chęć udziału w nich wyraziła cała grupa wychowawcza. W przeciwnym wypadku wyjścia nie dochodziły do skutku.

Praktyka ta jest niezgodna z prawem krajowym¹⁸⁷, które gwarantuje nieletnim dostęp do świeżego powietrza w wymiarze co najmniej dwóch godzin dziennie, o ile pozwalają na to warunki atmosferyczne. Także Reguły Narodów Zjednoczonych dotyczące ochrony nieletnich pozbawionych wolności¹⁸⁸ stanowią, że każdy nieletni powinien mieć codziennie prawo do odpowiedniej ilości wolnego czasu, za każdym razem spędzanego na świeżym powietrzu, jeżeli pozwolą na to warunki pogodowe (Reguła 47).

Codzienny dostęp osoby przebywającej w warunkach detencji do świeżego powietrza jest standardem zalecanym przez SPT i CPT¹⁸⁹. Warto jednak odnotować, że dotyczy on również wychowanków ukaranych dyscyplinarnie¹⁹⁰.

Mając powyższe na uwadze KMPT zalecił dyrektorowi placówki zapewnienie nieletnim możliwości skorzystania z codziennych zajęć na świeżym powietrzu.

wie szczegółowych warunków i sposobu użycia środków przymusu bezpośredniego wobec nieletnich umieszczonych w zakładach poprawczych, schroniskach dla nieletnich, młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii (Dz. U. z 2011 r. Nr 48, poz. 248).

¹⁸⁶ MOW w Wałbrzychu.

¹⁸⁷ Zob. § 19 ust. 1 pkt 2b rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach (Dz. U. poz. 1872).

¹⁸⁸ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 45/113 z 14 grudnia 1990 r., dalej: Reguły hawańskie.

¹⁸⁹ Zob. § 35 Fragment Dziewiątego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (99) 12]; § 42 i 48 Fragment Drugiego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (92) 3]; § 47 Dwunastego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (2002) 12]; § 61 Dwudzieste Pierwsze Sprawozdanie Ogólne CPT [CPT/Inf (2011) 28]; § 37 Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (98) 12]; § 26 Fragment Siódmego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (97) 10]; § 34, 37, 49-50, 72, 84 raportu z wizyty CPT w Polsce w okresie 5-17 czerwca 2013 r.; § 132, 184, 201-205, 294 Raportu z wizyty SPT w Republice Paragwaju, 7 czerwca 2010 r., CAT/OP/PRY/1; § 242, 244 Raportu z wizyty SPT w Hondurasie, 10 lutego 2010 r., CAT/OP/HND/1; § 77-78 Raportu z wizyty SPT w Brazylii, 5 lipca 2012 r., CAT/OP/BRA/1.

¹⁹⁰ Zob. § 35 Fragment Dziewiątego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (99) 12].

W jednej z placówek¹⁹¹ wizytujący otrzymali od nieletniej informację o niemożliwości jej udziału w posiedzeniu sądu, mimo zgłaszania personelowi chęci uczestnictwa w niej. Posiedzenie sądu dotyczyło zasadności przyjęcia nieletniej do szpitala psychiatrycznego i jej udział był nieobowiązkowy. Dyrektor placówki argumentował odmowę znaczną odległością od siedziby sądu od placówki, względami ekonomicznymi i koniecznością zapewnienia nieletniej opieki.

W ocenie KMPT działania dyrektora naruszyły prawo nieletniej do wysłuchania i sprawiedliwego rozpoznania jej sprawy przez sąd określone w Konstytucji (art. 45 ust. 1) oraz standardach międzynarodowych (art. 12 ust. 1 i 2 i art. 13 ust. 1 i 2 Konwencji o Prawach Dziecka; art. 1 ust. 2, art. 3, 5, 6 i 10 Europejskiej Konwencji o wykonywaniu praw dzieci¹⁹²; art. 6 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności¹⁹³).

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zalecił dyrektorowi MOW umożliwienie wychowankom udziału w posiedzeniach sądu w każdym przypadku, gdy podopieczne wyrażą taką wolę. Przy znacznej odległości placówki od siedziby sądu należałoby rozważyć wystąpienie do sądu z wnioskiem o realizację czynności w sądzie położonym bliżej ośrodka w ramach pomocy prawnej, uzasadniając prośbę względami ekonomiki procesowej.

W jednej z wizytowanych placówek dziewczęta wskazywały na nierówne traktowanie w zakresie ustalania początku obowiązywania ciszy nocnej¹⁹⁴. Zasadą było bowiem, że nieletnie, które posiadają w pokoju lampkę nocną rozpoczynają ciszę nocną o godz. 22:00. Dla pozostałych cisza nocna rozpoczynała się o godz. 21:15.

KMPT wskazał, że mniej przychylne traktowanie części dziewcząt może być przez nie odbierane jako krzywdzące co w efekcie doprowadzi do niepotrzebnych napięć i eskalacji niepożądanych postaw i zachowań. Personel placówki powinien podjąć rozsądne wysiłki w celu zminimalizowania niedogodności związanych z pozostawaniem w ośrodku wychowawczym, a powyższa praktyka nie zawierała żadnego waloru edukacyjnego lub wychowawczego. KMPT zalecił zatem wyeliminowanie nierównego traktowania wychowanek w zakresie obowiązywania ciszy nocnej.

¹⁹¹ MOW w Leśnicy.

¹⁹² Europejska Konwencja o wykonywaniu praw dzieci, sporządzona w Strasburgu dnia 25 stycznia 1996 r. (Dz. U. z 2000 r. Nr 107, poz. 1128).

¹⁹³ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).

¹⁹⁴ MOW w Leśnicy.



2. Prawo do ochrony zdrowia

Wizytacje KMPT wykazały, że pomimo prezentowanego corocznie stanowiska dotyczącego konieczności poddania wychowanka badaniu lekarskiemu przy przyjęciu do MOW, istnieją placówki gdzie nie jest to praktykowane¹⁹⁵.

KMPT podkreśla, że obowiązkowe badanie lekarskie przy przyjęciu do miejsca detencji jest jedną z podstawowych gwarancji zapobiegającej torturom i nieludzkiemu traktowaniu. Pozwala bowiem na ujawnienie obrażeń powstałych przed przybyciem do MOW, udokumentowania śladów przemocy na potrzeby procesu karnego oraz podjęcie skutecznych działań w przypadku stwierdzenia maltretowania. Ponadto może zadziałać odstraszająco na osoby chcące dopuścić się przemocy. Pozwala też na wykrycie ewentualnych innych, istotnych z medycznego punktu widzenia nieprawidłowości. Powyższy standard ma charakter uniwersalny i jest wskazywany przez SPT i CPT¹⁹⁶. KMPT zalecił w powyższych przypadkach objęcie niezwłocznymi badaniami lekarskimi wszystkich wychowanków przyjmowanych do placówek.

W jednej z placówek¹⁹⁷ badaniu medycznemu poddawano wszystkich nowo przyjmowanych wychowanków, jednakże praktyka ta nie była uregulowana w wewnętrznych regulacjach placówki. W związku z powyższym KMPT zalecił zmianę procedury przyjmowania wychowanków poprzez dodanie obowiązku badania wszystkich nowo przyjętych osób.

W innej placówce¹⁹⁸ KMPT zalecił zapewnienie wychowankom regularnych badań profilaktycznych, gdyż poza badaniami stomatologicznymi, nie były one przeprowadzane.

Na potrzebę zapewnienia wychowankom badań profilaktycznych wskazują m.in. Zalecenia Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie europejskich reguł dla młodocianych przestępców objętych sankcjami lub środkami alternatywnymi: Młodociani powinni otrzymywać profilaktyczną opiekę medyczną i edukację w zakresie zdrowia (Zalecenie 71); Opieka zdrowotna w instytucjach dla nieletnich nie powinna ograniczać się do

¹⁹⁵ MOW w Augustowie, MOW w Mszanie Dolnej.

¹⁹⁶ Zob. § 39 Fragmentu Dziewiątego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (99) 12]; § 30 raportu z wizyty CPT w Polsce w dniach 5-17 czerwca 2013 r.; § 14 Raportu z wizyty CPT w Holandii w dniach 2 - 13 maja 2016 r., CPT/Inf (2017) 1; § 43 Raportu z wizyty SPT w Szwecji, 10 września 2008 r., CAT/OP/SWE/1; § 93-98 Raportu z wizyty SPT w Republice Paragwaju, 7 czerwca 2010 r., CAT/OP/PRY/1.

¹⁹⁷ MOW w Kolonii Szczerbackiej.

¹⁹⁸ MOW w Mszanie Dolnej.

leczenia chorych pacjentów, ale powinna być rozszerzona na medycynę społeczną i profilaktykę oraz nadzorowanie żywienia (Zalecenie 75).

Istotną rolę badań profilaktycznych i edukacji zdrowotnej w placówkach dla nieletnich podkreśla także CPT, który wskazywał, że *rola służby zdrowia w każdym miejscu pozbawienia wolności nie powinna ograniczać się do leczenia pacjentów z dolegliwościami; powinna natomiast obejmować także zadania związane z medycyną społeczną i profilaktyką. W związku z tym Komitet pragnie podkreślić dwa aspekty o szczególnym znaczeniu dla nieletnich pozbawionych wolności, mianowicie kwestię odżywiania oraz zapewnienie edukacji zdrowotnej*¹⁹⁹.

W kolejnej placówce²⁰⁰ KMPT dostrzegł problem z dostępnością lekarza dentysty dla wychowanków. Personel sygnalizował wizytującym, że liczba miejsc do lekarza dentysty oferowanych ośrodkowi w placówkach publicznych, jest zdecydowanie zbyt mała w stosunku do potrzeb nieletnich. Ponadto zdarzały się sytuacje, że brak było osoby, która mogłaby zawieźć nieletniego na umówioną wizytę. Jedyną osobą oddelegowaną do tego zadania była bowiem zatrudniona na niepełny etat pielęgniarka. Ilość przydzielonych jej obowiązków zawodowych i kolizja między nimi, uniemożliwiały rzetelne wywiązywanie się z tego zadania.

Wizytujący zwracają uwagę, że zgodnie z art. 66 § 2 u.p.n młodzieżowe ośrodki wychowawcze są zobowiązane do zapewnienia nieletnim dostępu do świadczeń zdrowotnych. W związku z powyższym KMPT zalecił wprowadzenie rozwiązań, które zapewnią wszystkim nieletnim realny dostęp do lekarza dentysty.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwrócił też uwagę na brak w jednym z ośrodków ewidencji wizyt lekarskich, mimo iż zalecił przyjęcie takiego rozwiązania w 2012 r.²⁰¹ Ewidencja taka pozwala na weryfikację częstotliwości udzielanych świadczeń medycznych, stwierdzonych obrażeń i podjętych czynności. Stanowi też mechanizm zabezpieczający przed niewłaściwym traktowaniem wychowanków. Dodatkowo wpisywanie przez lekarza krótkiego rozpoznania i zleconego leczenia może ułatwić pracę wychowawcom. W powyższym przypadku ponowiono zalecenie założenie ewidencji realizowanych wobec wychowanków świadczeń medycznych.

W dalszym ciągu spotykaną praktyką jest uzyskiwanie od opiekunów prawnych nieletnich zgód na dokonywanie zabiegów medycznych na le-

¹⁹⁹ Zob. § 41 Dziewiątego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (99) 12].

²⁰⁰ MOW w Wałbrzychu.

²⁰¹ MOW w Augustowie.



czenie i zabiegi operacyjne, wyrażanych w sposób ogólny, bez wskazania konkretnego przypadku usługi medycznej. KMPT zwracał uwagę na ten problem w swoim raporcie rocznym z działalności w 2015 r.²⁰² Powyższą praktykę ujawniono w 4 placówkach²⁰³.

Biorąc pod uwagę obowiązujący stan prawny, KMPT zalecił każdorazowe odbieranie od opiekunów prawnych wychowanków zgód na zabiegi medyczne i leczenie nieletnich we wszystkich sytuacjach, w których zgoda opiekuna faktycznego jest niewystarczająca. KMPT zalecił też odbieranie zgód od samych wychowanków, którzy ukończyli 16 lat, zgodnie z obowiązującym w tej materii prawem.

3. Dyscyplinowanie

Kwestia stosowanych wobec podopiecznych sposobów dyscyplinowania jest zagadnieniem badanym przez KMPT podczas każdej wizytacji. Potrzebę taką uzasadniają zarówno ryzyko niewłaściwego traktowania podczas stosowania kar, jak również dotychczasowe doświadczenia Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w tym zakresie.

Pomimo prezentowanego corocznie stanowiska i międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka, KMPT w dalszym ciągu natrafia na przypadki stosowania wobec wychowanków MOW odpowiedzialności zbiorowej. Powyższą praktykę ujawniono w 2 placówkach²⁰⁴. Nietletnich karano zbiorowo między innymi w przypadkach ujawnienia palenia przez nich papierosów lub ucieczki. Skutkowało to utratą przez grupę dostępnych przywilejów (prowadzenia dodatkowych rozmów telefonicznych, korzystania z sali komputerowej, multimedialnej i bilardowej).

W jednej placówce karanie zbiorowe zostało formalnie usankcjonowanie podczas zebrania rady pedagogicznej w sierpniu 2015 r., mimo zalecenia KMPT zaprzestania takich praktyk skierowanego do dyrektora placówki w 2012 r. i jego deklaracji o zaprzestaniu stosowania takiej formy karania²⁰⁵. W powyższej sprawie KMPT wystąpił do organu prowadzącego ośrodek o podjęcie skutecznych działań, mających na celu wyeliminowanie stosowania ww. sankcji. Z odpowiedzi na raport wynika, że personel placówki zaniechał wcześniejszej praktyki.

²⁰² Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2015, s. 40. Raport dostępny na stronie internetowej KMP w zakładce *Raporty z działania KMP*.

²⁰³ MOW w Różanymstoku, Kolonii Ossie, Leśnicy i Wałbrzychu.

²⁰⁴ MOW w Augustowie i Różanymstoku.

²⁰⁵ MOW w Augustowie.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przypomina, że zgodnie z Zaleceniami CM/Rec (2008)11 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie europejskich reguł dla młodocianych przestępców objętych sankcjami lub środkami alternatywnymi, kary zbiorowe uznane zostały, obok kar cielesnych i karania poprzez umieszczanie w ciemnej celi za zabronione formy nieludzkiego i upokarzającego karania (Reguła 95.2).

Ponadto zgodnie z Rezolucją Zgromadzenia Ogólnego 45/113 sankcje zbiorowe mają być zakazane, zaś dyscyplinarne karanie nieletniego powinno być dozwolone wyłącznie w ściśle wytyczonych granicach obowiązującego prawa i regulaminów (Reguła 67 i 70).

Warto też zauważyć, że obowiązująca ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich nie przewiduje takiej formy dyscyplinowania, a wręcz przeciwnie – wskazuje na zasadę indywidualizacji jako dyrektywę przewodnią, obowiązującą w toku wszystkich faz postępowania z nieletnim²⁰⁶.

KMPT podkreśla, że karanie nieletnich za czyny, których nie popełnili może wywoływać poczucie niesprawiedliwości, upokorzenia i wrogości wobec innych, a także prowokować działania odwetowe innych wychowanków wobec sprawcy. Sprzyja to również powstawaniu negatywnych postaw wychowawczych i przejawów *drugiego życia*. Utrudnia też budowanie w placówce pozytywnej atmosfery i braku akceptacji dla przemocy. Uzyskiwane dzięki takiej metodzie doraźne efekty dyscyplinarne nie mogą stanowić przesłanki jej stosowania. Warto w tym miejscu podkreślić, że nieletni w rozmowach z wizytującymi sami wskazywali, że taka forma karania jest w ich odczuciu niesprawiedliwa i odbierana przez nich jako krzywdząca.

W powyższych przypadkach KMPT zalecił dyrektorom placówek wyeliminowanie stosowanych wobec nieletnich sankcji zbiorowych.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur kwestionował też umieszczenie w regulaminach lub stosowanie w praktyce kar w postaci: prac fizycznych (porządkowych, gospodarczych)²⁰⁷, pracy umysłowej (obowiązku napisania referatu, odczytu, pracy pisemnej)²⁰⁸, ćwiczeń fizycznych²⁰⁹, spotkania z terapeutą²¹⁰ i pobierania opłat za wykonanie testu na obecność środków odurzających²¹¹.

²⁰⁶ Zob. art. 3 § 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 1982 r. Nr 35, poz. 228 ze zm.) oraz publikację: M. Korcyl-Wolska, Postępowanie w sprawach nieletnich, 2 wydanie, Wolters Kluwer, s. 223; Warszawa 2008.

²⁰⁷ MOW w Marszewie i Różanymstoku.

²⁰⁸ MOW w Augustowie.

²⁰⁹ MOW w: Mszanie Dolnej, Różanymstoku.

²¹⁰ MOW w Różanymstoku.

²¹¹ MOW w Różanymstoku.



Powyższe praktyki mogą w ocenie KMPT przyczynić się do negatywnego postrzegania przez młodego człowieka pracy, aktywności fizycznej, umysłowej i sportu. Zamiast być odbierane jako możliwość rozwoju osobistego, pasji, przyjemnego spędzania wolnego czasu, czy odpowiedzialnego zarobkowania, będą przywodziły skojarzenia z karą i tym samym determinowały chęć ich uniknięcia. KMPT nie znajduje też żadnego uzasadnienia pedagogicznego i prawnego dla pobierania opłat od wychowanków za wykonanie testów na obecność środków psychoaktywnych.

KMPT zachęca też kadre MOW do sięgnięcia po doświadczenia współczesnej pedagogiki, która w miejsce karania zaleca sięganie do metod, opartych na wzmacnianiu pozytywnym. Jak wskazuje M. Konopczyński²¹² z *resocjalizacyjnego punktu widzenia karanie podopiecznych nie jest samoistną wartością pedagogiczną, a kara jako taka nie wnosi pierwiastków o charakterze wychowawczo-rozwojowym*.

Warto w tym miejscu odwołać się także do Reguły 94.1 Reguł hawańskich, zgodnie z którą *procedury dyscyplinarne powinny być mechanizmami stosowanymi w ostateczności. Konstruktywne rozwiązywanie konfliktów oraz interakcja wychowawcza mająca na celu uzasadnienie norm, powinny mieć pierwszeństwo względem formalnych dyscyplinarnych*²¹³.

W powyższych sytuacjach KMPT zalecił dyrektorom odstąpienie od wymierzania wychowankom kar oraz usunięcie ich z katalogu środków dyscyplinujących.

4. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

W czterech placówkach²¹⁴ rozmowy telefoniczne wychowanków odbywały się w pokojach personelu i były przez niego bezpośrednio nadzorowane²¹⁵. KMPT podkreśla, że praktyka ta narusza prawo wychowanków do prywatności i tajemnicy komunikowania się i powinna zostać wyeliminowana. W wielu bowiem przypadkach kontakt telefoniczny jest dla nieletniego jedyną formą kontaktu z bliskimi. Z punktu widzenia zapobiegania nieludzkemu lub poniżającemu traktowaniu takie rozwiązanie umożliwia dziecku poinformowanie o nieprawidłowościach i potrzebie uzyskania pomocy. Brak

²¹² Zob. M. Konopczyński, *Kryzys resocjalizacji czyli sukces działań pozornych*, Wyd. Pedagogium, Warszawa 2013 r., str. 22.

²¹³ Zob. Reguły Narodów Zjednoczonych dotyczące ochrony nieletnich pozbawionych wolności (Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 45/113 z 14 grudnia 1990 r.

²¹⁴ MOW w: Kolonii Szczerbackiej, Kolonii Ossie, Marszewie, Wałbrzychu.

²¹⁵ MOW w Kolonii Szczerbackiej, Kolonii Ossie, Marszewie i Wałbrzychu.

prywatności nie sprzyja szczerości i sprawia, że w tym przypadku mechanizm zabezpieczający przed ww. zjawiskami jest czysto iluzoryczny. KMPT zalecił zatem dyrektorom zapewnienie wychowankom prywatności w czasie prowadzenia przez nich rozmów telefonicznych.

W dwóch placówkach²¹⁶ w dokumentach regulujących kwestię odwiedzin wychowanków znajdowały się zapisy ograniczające krąg osób odwiedzających. Nieletni mieli zagwarantowane prawo do odwiedzin przez rodziców, opiekunów prawnych i osoby spokrewnione. Pozostałe osoby mogły odbyć wizytę wyłącznie za zgodą dyrektora lub wychowawcy. Praktyka ta naruszała przepisy art. 66 § 4 i 5 u.p.n.

Nie negując potrzeby zapewnienia nieletnim bezpieczeństwa i uchronienia ich przed demoralizacją, KMPT podkreśla, że sądowa kontrola decyzji dyrektora jest ważna z punktu widzenia ochrony przed arbitralnym i nieuzasadnionym postępowaniem kierujących placówką i zapobiegania nadużyciom w tym obszarze. Ustawa nie odbiera bowiem możliwości ograniczenia kontaktów. Mogą być one jednakże wprowadzone na podstawie przesłanek wskazanych w ustawie oraz przy zachowaniu trybu postępowania przewidzianego dla takich sytuacji.

Zapisy zawarte w dokumentach placówek jako niezgodne z przepisami u.p.n. wymagały zmiany. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zalecił dyrektorom stosowanie ograniczania kontaktów podopiecznych zgodnie z obowiązującym prawem.

W dwóch placówkach²¹⁷ KMPT ujawnił praktykę otwierania korespondencji wychowanków celem sprawdzenia zawartości przesyłki. Sprawdzanie następowało w obecności nieletnich. Należy podkreślić, że w świetle obowiązującego prawa personel nie ma prawa kontrolować zawartości korespondencji podopiecznych w związku z czym konieczna jest zmiana praktyki. Okazanie zawartości przesyłki powinno mieć charakter dobrowolny, zaś kadra powinna wytłumaczyć dziecku powody, dla których pewnych rzeczy nie może ono otrzymywać w korespondencji. Powyższe rozwiązanie pomoże w zbudowaniu dobrych relacji i wzajemnego szacunku między personelem a podopiecznymi²¹⁸.

²¹⁶ MOW w: Kolonii Szczerbackiej, Wałbrzychu.

²¹⁷ MOW w: Kolonii Szczerbackiej, Mszanie Dolnej.

²¹⁸ Działania systemowe podjęte przez KMPT w kierunku doprecyzowania w ustawie sposobu postępowania personelu w zakresie realizacji nadzoru nad zawartością korespondencji nieletnich omówione zostały w pkt. *Konieczność przygotowania nowej ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich*.



W jednej z placówek²¹⁹ KMPT zalecił dyrektorowi rozważenie możliwości zorganizowania pokoju odwiedzin. Obowiązywał w niej bowiem zakaz odwiedzin chłopców w pokojach (w dniu wizyty KMPT na drzwiach sypialni wisiały kartki z informacją o zakazie) w związku z czym odbywały się one w jednej z sal służących do rekreacji wychowanków, na terenie innego dostępnego pomieszczenia wskazanego przez personel albo na zewnątrz na terenie ośrodka. W ocenie wizytujących zaproponowane rozwiązanie zapewniłoby większą intymność spotkania z bliskimi.

Podczas jednej wizytacji przedstawiciele KMPT uzyskali informacje dotyczące niewłaściwego postępowania przez domy dziecka z dwiema wychowankami²²⁰. Pomimo pozytywnej opinii MOW i zgody sądu na realizację przepustek, placówki nie wyrażały zgody na przyjmowanie dzieci. Uchyłały się także od obowiązku zapewnienia im odzieży i środków czystości.

Biorąc pod uwagę uzyskane informacje KMPT wystąpił w dniu 11 lipca 2016 r. o wyjaśnienia do wskazanych placówek. Ponadto w dniu 12 lipca 2016 r. Zastępca RPO zwrócił się do Rzecznika Praw Dziecka z prośbą o podjęcie sprawy jednej z wychowanek, w związku z zaniechaniami domu dziecka.

W odpowiedzi z dnia 3 sierpnia 2016 r. Rzecznik Praw Dziecka poinformował o podjęciu interwencji w zgłoszonej sprawie, której efektem było urlopowanie wychowanki i zakup niezbędnych rzeczy. Rzecznik Praw Dziecka poinformował również, że współpraca pomiędzy MOW, a domem dziecka pozostanie w jego zainteresowaniu, do czasu ustabilizowania sytuacji w przedmiotowym zakresie.

Należy podkreślić, że postanowienie o umieszczeniu dziecka w młodzieżowym ośrodku wychowawczym nie uchyla wcześniejszego postanowienia o umieszczeniu go w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Na placówce tej nadal ciążyą nałożone przez sąd obowiązki w zastępstwie rodziców, takie jak zaspokojenie jego podstawowych potrzeb bytowych. Za utrzymanie nieletniego umieszczonego postanowieniem sądu w placówce opiekuńczo-wychowawczej płaci powiat, z którego dziecko pochodzi. Placówka otrzymuje więc środki na pokrycie wydatków związanych z utrzymaniem dziecka i powinna w ich ramach zapewnić mu m.in. osobiste wyposażenie, podobnie jak czynią to rodzice pozostałych wychowanków.

²¹⁹ MOW w Augustowie.

²²⁰ MOW w Kolonii Szczerbackiej.

KMPT zachęca dyrektorów młodzieżowych ośrodków wychowawczych do zwracania uwagi na wywiązywanie się domów dziecka ze swoich obowiązków i reagowania w przypadkach niewypełnienia nałożonych na nie zadań.

5. Prawo do informacji

Prawo osoby pozbawionej wolności do bycia poinformowanym o wszystkich istotnych dla niej kwestiach (prawach, obowiązkach, obowiązujących procedurach, dostępie do opieki medycznej, możliwości składania skarg itp.) stanowi podstawową gwarancję chroniącą ją przed torturami, silnie akcentowaną przez SPT i CPT²²¹. Jak podkreśla CPT prawa osób pozbawionych wolności nie mają większej wartości, jeśli osoby te nie są świadome ich istnienia²²². W związku z tym niezwykle ważne jest, aby nieletni wiedzieli o wszystkich ważnych kwestiach ich dotyczących, w tym prawach jakie im przysługują oraz osobach i instytucjach do których mogą zwrócić się o pomoc w przypadku niewłaściwego traktowania.

KMPT podczas każdej wizytacji bada, czy zapisy statutu, regulaminu i innych dokumentów istotnych dla wychowanka są czytelne i precyzyjne, czy wychowanek zostaje zapoznany ze swoimi prawami i obowiązkami oraz czy placówka udostępnia dane teleadresowe instytucji stojących na straży praw człowieka, takich jak Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Dziecka, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka), właściwy miejscowo sąd rodzinny. Ogólnodostępne informacje w tym zakresie mogą zwiększać poczucie bezpieczeństwa samych podopiecznych i prewencyjnie eliminować możliwe akty przemocy.

W sześciu placówkach²²³ ujawniono braki w zakresie dostępności do wskazanych wyżej instytucji. KMPT zalecił ich uzupełnienie.

W dwóch ośrodkach²²⁴ ujawniono w dokumentacji brak podpisów wychowanków pod oświadczeniami o zapoznaniu z prawami, obowiązkami i zasadami pobytu. KMPT zalecił odbieranie za każdym razem, w formie

²²¹ Zob. § 42-45, 56 Raportu z wizyty SPT we Włoszech, 23 września 2016 r., CAT/OP/ITA/1; § 44-49, 87, 144-145, 155 Raportu z wizyty SPT w Szwecji, 10 września 2008 r., CAT/OP/SWE/1; § 33, 63-64 Raportu SPT z wizyty w Brazylii, 5 czerwca 2012 r., CAT/OP/BRA/1; § 42-43, 72-73 Raportu z wizyty SPT w Nowej Zelandii, 28 lipca 2014, CAT/OP/NZL/ 1; § 36, 39, 40 Fragment Drugiego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (92) 3]; § 16 Fragment Szóstego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (96) 21]; § 43-44, 50 Fragment Dwunastego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (2002) 12].

²²² Zob. § 44 Fragment Dwunastego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (2002) 12].

²²³ MOW w: Augustowie, Różanymstoku, Kolonii Szczerbackiej, Gostchorzy, Leśnicy, Mszanie Dolnej

²²⁴ MOW w: Augustowie, Mszanie Dolnej.



pisemnej potwierdzenia zapoznania wychowanka z jego prawami, obowiązkami i zasadami obowiązującymi w placówce.

6. Warunki bytowe

W większości wizytowanych placówek nieletni mieli zapewnione odpowiednie warunki bytowe. Zdarzały się jednak placówki, gdzie KMPT zalecał dokonanie remontu, odświeżenie pomieszczeń lub wymianę wyeksploatowanych mebli²²⁵. Ujawniono bowiem m.in. zabrudzone ściany i urządzenia sanitarne, zniszczone meble, ubytki farby i zawilgocenie ścian oraz uszkodzenia drzwi łazienkowych.

W jednej placówce wychowanki sygnalizowały w trakcie rozmów indywidualnych, że MOW nie wyposaża je w papier toaletowy i podstawowe środki higieniczne. Wskazywały, iż zmuszone są prosić inne osoby o ich użyczenie²²⁶. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur poprosił o zweryfikowanie sygnałów o brakach w zaopatrzeniu, zaznaczając, że w przypadku ich potwierdzenia konieczne będzie ich wyeliminowanie.

Należy w tym miejscu przypomnieć, że zgodnie ze standardami CPT *niezwykle istotne jest dbanie o zaspokajanie podstawowych potrzeb higienicznych nastoletnich dziewcząt, które przebywają w miejscach detencji. Niespełnianie tak podstawowych potrzeb jak brak dostępu do zaplecza sanitarnego, czy dostarczanie środków higienicznych, takich jak podpaski, może stanowić samo w sobie poniżające traktowanie*²²⁷.

W jednej placówce²²⁸ zastrzeżenia wizytujących wzbudził brak w toaletach mydła, ręczników i papieru toaletowego. Zalecono ich uzupełnienie.

W jednej z łazienek wizytujący stwierdzili, że stanowisko prysznicowe nie posiadało zasłonki, gwarantującej intymność podczas kąpieli²²⁹. W ocenie przedstawicieli KMPT taka sytuacja może wywoływać u nieletnich poczucie wstydu, upokorzenia czy naruszenia ich godności osobistej. KMPT zalecił zapewnienie wychowankom możliwości skorzystania z kąpieli w warunkach zapewniających im poczucie intymności.

W jednym z ośrodków drzwi do sypialni były częściowo przeszkłone, co w ocenie zespołu wizytującego naruszało prawo do intymności wy-

²²⁵ MOW w: Kolonii Ossie, Marszewie, Mszanie Dolnej, Wałbrzychu, Różanymstoku.

²²⁶ MOW w Leśnicy.

²²⁷ Zob. Fragment Dziewiątego Sprawozdania Ogólnego CPT odnoszącego się do materialnych warunków pozbawienia wolności nieletnich [CPT/Inf (99) 12].

²²⁸ MOW w Marszewie.

²²⁹ MOW w Marszewie.

chowanków²³⁰. KMPT zalecił zapewnienie nieletnim intymności w czasie przebywania w pokojach.

W innej placówce²³¹ uwagę wizytujących zwrócił minimalizm w urządzeniu pokoi wychowanków. Charakteryzował się on surowością wystroju (na ścianach i szafkach podopiecznych brakowało zdjęć osób najbliższych czy przedmiotów świadczących o zainteresowaniach chłopców). W ocenie KMPT zachęcenie podopiecznych do dekorowania pokoi według własnego gustu i zainteresowań wpłynęłoby pozytywnie na atmosferę panującą w placówce, niwelując niedogodności wynikające z samego faktu izolacji.

Warto w tym miejscu odwołać się do standardów CPT, który wskazał, że *dobrze zaprojektowany ośrodek detencyjny dla nieletnich powinien zapewniać pozytywne i spersonalizowane warunki detencji młodych osób pozbawionych wolności. Miejsca, w których młode osoby śpią i prowadzą aktywność życiową powinny być – oprócz odpowiedniej wielkości, oświetlenia i wentylacji – właściwie umeblowane, dobrze urządzone i dostarczać odpowiednich wrażeń wzrokowych. Młodym ludziom powinno się pozwolić na przechowywanie rozsądnej ilości rzeczy osobistych, jeśli przeciwko temu nie przemawiają przeważające względy bezpieczeństwa*²³².

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zalecił podjęcie działań na rzecz nadania warunkom panującym w pokojach wychowanków bardziej przyjaznego i osobistego charakteru.

7. Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Większość wizytowanych placówek nie była w pełni przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami²³³. Zastrzeżenia KMPT dotyczyły m.in. dostępności do pomieszczeń dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim, przestrzeni w pokojach umożliwiającej swobodne poruszanie się za pomocą wózka, odpowiednio dostosowanych toalet, tablic informacyjnych zamieszczonych na wysokości umożliwiającej zapoznanie się z informacjami przez osobę poruszającą się na wózku inwalidzkim, zainstalowania włączników i przycisków na odpowiedniej wysokości. W swoich raportach

²³⁰ MOW w Marszewie.

²³¹ MOW w Marszewie.

²³² Zob. § 29 i 30 Dziewiątego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (99) 12].

²³³ Zastrzeżenia w dostosowaniu placówek dotyczyły MOW w: Augustowie, Marszewie, Różanymstoku, Kolonii Szczerbackiej, Kolonii Ossie, Leśnicy, Mszanie Dolnej, Wałbrzychu. Wyciągi raportów z wizytacji wraz z rekomendowanymi standardami dostępne są na stronie internetowej KMP w zakładce *Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji*.



z wizytacji KMPT wskazał rekomendowane standardy, które uznał za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przypomina, że zgodnie z § 3 pkt 5 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 roku w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (dalej: rozporządzenie), młodzieżowe ośrodki wychowawcze należy traktować jako budynki zamieszkania zbiorowego. W związku z tym, obowiązuje wobec nich § 2 ust. 2 rozporządzenia. Przy rozbudowie lub przebudowie, należy więc uwzględnić m.in. kwestię dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Ponadto zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 r. przez Sejm RP Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych, osoby niepełnosprawne mają prawo życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Nadto Polska w dniu 6 września 2012 roku ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych. Zgodnie z jej treścią należy umożliwić osobom niepełnosprawnym niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. Zarówno wymieniona Karta, jak i Konwencja dotyczą również osób pozbawionych wolności oraz środowiska stworzonego w miejscu ich osadzenia.

W związku z powyższym KMPT zalecił dyrektorom wizytowanych placówek dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami pod kątem wskazanych standardów i ich dostosowanie, przy najbliższych remontach i modernizacjach placówek.

8. Personel

W ocenie KMPT odpowiednio dobrany i wykwalifikowany personel stanowi skuteczną gwarancję ochrony nieletnich przed niewłaściwym traktowaniem. Dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu oraz możliwości codziennego kontaktu z nieletnimi, ma on możliwość bieżącego monitorowania zachowania podopiecznych i wyłapywania niepokojących sygnałów, świadczących o nieodpowiednim traktowaniu. Może także podjąć skuteczne środki zaradcze, w przypadku stwierdzenia niepokojących zdarzeń (np. poprzez udzielenie pomocy, wezwanie Policji czy zgłoszenie przełożonym swoich obaw i podejrzeń.). Dlatego opiekę nad wychowankami sprawowały osoby o odpowiednich predyspozycjach, a także by miały one stworzoną możliwość podnoszenia swoich kwalifikacji, rozwoju zawodowego i wiedzy w zakresie identyfikowania symptomów świadczących o niewłaściwym traktowaniu.

Na kwestie odpowiedniego doboru i kwalifikacji personelu, odpowiedzialnego za opiekę nad osobami w miejscach detencji, zwraca też uwagę CPT, podkreślając że *personel powinien być zaangażowany w pracę z młodymi ludźmi oraz być w stanie pokierować i zmotywować osoby nieletnie, za które ponosi odpowiedzialność. Cały personel, łącznie z osobami wykonującymi wyłącznie obowiązki w zakresie dozoru, powinien przechodzić profesjonalne szkolenie, zarówno w czasie przyjęcia do pracy, jaki i w jej trakcie, a także otrzymywać odpowiednie wsparcie z zewnątrz oraz nadzór w wykonywaniu ich obowiązków*²³⁴.

W ocenie KMPT personel wizytowanych jednostek posiadał odpowiednie kwalifikacje zawodowe, niezbędne do pracy w MOW. Wskazanym byłoby jednak wzmocnienie kompetencji pracowników poprzez zorganizowanie szkoleń z zakresu udzielania pierwszej pomocy, stosowania środków przymusu bezpośredniego, komunikacji interpersonalnej, postępowania z wychowankiem agresywnym, zapobiegania samoagresji, pracy z traumą, radzenia sobie ze stresem, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu i ochrony praw dziecka z punktu widzenia prawa i standardów międzynarodowych.

Ważne też by szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy i stosowania środków przymusu bezpośredniego, były realizowane w formie praktycznej, przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach i doświadczeniu. Istotne jest również uaktualnianie i utrwalanie wiedzy we wskazanych obszarach.

Zalecenia dotyczące organizacji i poszerzenia tematyki szkoleń KMPT wydał dyrektorom sześciu placówek²³⁵, zachęcał też personel do zorganizowania regularnych superwizji, służących rozładowaniu napięć powstałych w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych. Takie spotkania pozwoliłyby również na polepszenie relacji pomiędzy personelem, co w rezultacie mogłoby mieć bezpośrednie przełożenie na jakość ich pracy i poziom sprawowanej opieki nad wychowankami. Zalecenie rozważenia tej formy konsultacji KMPT skierował do czterech dyrektorów MOW²³⁶.

W jednym przypadku, mając na względzie liczebność placówki i fakt zatrudnienia psychologa w niepełnym wymiarze czasu pracy, przedstawiciele KMPT zalecili dyrektorowi zwiększenie zatrudnienia na etacie psychologa²³⁷.

²³⁴ Zob. § 33 Dziewiątego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (99) 12].

²³⁵ MOW w: Augustowie, Marszewie, Rejowcu, Leśnicy, Mszanie Dolnej, Wałbrzychu.

²³⁶ MOW w Augustowie, Marszewie, Rejowcu, Wałbrzychu.

²³⁷ MOW w Wałbrzychu.



9. Prawo do praktyk religijnych

W zdecydowanej większości wizytowanych placówek personel szanuje swobodę religijną swoich podopiecznych. Nie są oni ani zniechęceni do praktyk religijnych, ani też nie zmusza się ich do uczestnictwa w nabożeństwach. Od wychowanków nie jest też wymagane ujawnianie poglądów w kwestiach wyznania i światopoglądu.

W jednym przypadku wizytacja KMPT ujawniła obowiązek codziennego uczestnictwa wychowanków w nabożeństwach religijnych²³⁸. Za brak udziału w praktykach wychowankowie otrzymywali punkty ujemne, mające znaczenie przy przyznawaniu przywilejów.

W ocenie KMPT taka praktyka może być postrzegana przez podopiecznych jako krzywdząca i w sytuacjach skrajnych stanowiąca nieludzkie traktowanie. Ponadto jest ona niezgodna z Konstytucją RP i standardami międzynarodowymi, które zapewniają każdemu człowiekowi wolność sumienia i religii, zakaz zmuszania do uczestnictwa w praktykach religijnych oraz ujawnienia swojego światopoglądu w tej kwestii²³⁹.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur pragnie podkreślić, że wymaganie od nieletniego udziału w praktyki religijnych i stosowanie sankcji na niepodporządkowanie się tym wymaganiom, może w efekcie zaowocować postawą odwrotną od zamierzonej – postrzeganiem udziału w praktyce religijnej wyłącznie jako obowiązku i buntem wobec narzuconych zasad.

We wskazanym wyżej przypadku KMPT zalecił kierującemu placówką wprowadzenie zasady dobrowolnego uczestnictwa wychowanków w praktykach religijnych.

²³⁸ MOW w Augustowie.

²³⁹ Art. 53 ust. 1, 2, 4 i 6 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 7, poz. 483 ze zm.); Zob. również: Reguły Narodów Zjednoczonych Dotyczące Ochrony Nieletnich Pozbawionych Wolności (Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 45/113), Reguła 48; Zalecenia Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie europejskich reguł dla młodocianych przestępców objętych sankcjami lub środkami alternatywnymi, Zalecenie 87.1, 87.2, 87.3; Konwencję o Prawach Dziecka przyjętą przez Zgromadzenie Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (Dz. U. z 1991 r. Nr 120 poz. 526), art. 14.

5. Pomieszczenia dla osób zatrzymanych (PdOZ)

5.1. Wprowadzenie

W 2016 r. KMPT przeprowadził wizytacje 4 pomieszczeń dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia w jednostkach organizacyjnych Policji²⁴⁰. Na terenie kraju funkcjonują 333 tego typu miejsca detencji. Ponad połowa z nich (186) została zwizytowana przez KMPT w latach 2008–2016. Liczba przeprowadzonych wizytacji pozwoliła na rzetelne zdiagnozowanie najważniejszych problemów oraz przyczyn ich występowania w PdOZ. Dlatego też, w 2016 r. miejsca detencji znajdujące się w jednostkach organizacyjnych Policji stanowiły tak niewielką część wszystkich wizytacji KMPT.

5.2. Problemy systemowe

1. Strategia działań nakierowanych na przeciwdziałanie naruszeniom praw człowieka przez funkcjonariuszy Policji

Opracowany w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych dokument pt. *Strategia działań nakierowanych na przeciwdziałanie naruszeniom praw człowieka przez funkcjonariuszy Policji* obejmuje prowadzenie działań w 10 obszarach tematycznych, w tym m.in. rozpatrywania skarg na policjantów, działań edukacyjnych, badań na temat agresji w Policji, wsparcia pokrzywdzonych. W ocenie Rzecznika konieczne jest szybkie przyjęcie właściwych rozwiązań systemowych kreujących skuteczne gwarancje przeciwdziałania przypadkom stosowania przemocy wobec osób zatrzymanych przez funkcjonariuszy Policji w związku z podejmowanymi przez nich czynnościami w ramach prowadzonych postępowań karnych (np. prowadzenie przesłuchań osób zatrzymanych).

O pilności działań w tym zakresie świadczy dobitnie tocząca się obecnie sprawa dotycząca podejrzenia stosowania tortur (bicia, kopania po całym

²⁴⁰ PdOZ w: Aleksandrowie Kujawskim, Busku Zdroju, Płońsku, Krasnymstawie.



ciele, rażenia paralizatorem) mężczyzny zatrzymanego pod zarzutem posiadania narkotyków przez funkcjonariuszy Komendy Miejskiej Policji w Olsztynie (śledztwo przejęte przez Prokuraturę Okręgową w Ostrołęce sygn. V Ds. 91/15²⁴¹), jak również wizytacje KMPT pomieszczeń dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia w jednostkach organizacyjnych Policji w latach 2011–2015, wskazujące na przypadki niewłaściwego traktowania zatrzymanych przez policjantów, np. popchnięcia, ciągnięcia za ucho oraz spoliczkowania.

Ponadto przeprowadzona przez pracowników KMPT analiza prawomocnych wyroków sądowych wydanych w latach 2008-2015 w sprawach o przestępstwo z art. 246 Kodeksu karnego²⁴² wykazała, że w tym okresie skazano trzydziestu trzech funkcjonariuszy Policji w dwudziestu dwóch sprawach w związku ze stosowaniem przemocy w celu uzyskania informacji od zatrzymanych. Dodatkowo, w 2016 r. uprawomocniło się kolejnych 6 wyroków skazujących łącznie 9 funkcjonariuszy Policji z tego artykułu.²⁴³ Należy podkreślić, że w większości przypadków dochodziło do stosowania tortur, bowiem policjanci działając samodzielnie lub przy współudziale z innymi funkcjonariuszami, chcąc wymusić zeznania, przyznanie się do przestępstw lub zdobyć informacje, umyślnie stosowali przemoc fizyczną bądź psychiczną.

W związku z powyższym w roku 2016 RPO kontynuował korespondencję²⁴⁴ z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie przyjętego przez MSWiA i Komendę Główną Policji w dniu 11 marca 2015 r. dokumentu pt. *Strategia działań nakierowanych na przeciwdziałanie naruszeniom praw człowieka przez funkcjonariuszy Policji* (dalej: Strategia), obejmującego 10 obszarów tematycznych funkcjonowania Policji:

- postępowania dyscyplinarne i karne przeciwko funkcjonariuszom Policji oraz rozpatrywanie skarg na policjantów;
- wprowadzenie nowych rozwiązań o charakterze dowodowym;
- budowanie środowiska sprzyjającego profesjonalnemu wykonywaniu zadań;
- zmiana postaw i sposobu myślenia, działania edukacyjne;
- kadry policyjne;

²⁴¹ Sprawa pozostaje w zainteresowaniu RPO. Jest prowadzona pod nr. II.519.617.2015.

²⁴² Art. 246 Kodeksu karnego: *Funkcjonariusz publiczny lub ten, który działając na jego polecenie w celu uzyskania określonych zeznań, wyjaśnień, informacji lub oświadczenia stosuje przemoc, groźbę bezprawną lub w inny sposób znęca się fizycznie lub psychicznie nad inną osobą, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.*

²⁴³ Szerzej na ten temat w rozdziale *Przypadki tortur stwierdzone przez sądy w 2016 r.*

²⁴⁴ Wystąpienie generalne RPO z dnia 28.10.2015 r. do MSW, KMP.570.24.2015.

- wsparcie psychologiczne;
- mechanizmy związane z oceną pracy funkcjonariuszy;
- pogłębione kompleksowe badania na temat problemem agresji w Policji;
- współpraca z innymi podmiotami;
- oddziaływanie na społeczeństwo, wsparcie pokrzywdzonych.

W wystąpieniu z dnia 18 maja 2016 r. Rzecznik wyraził zaniepokojenie, że tak istotny obszar Strategii, który dotyczy postępowań dyscyplinarnych przeciwko funkcjonariuszom Policji oraz rozpatrywania skarg na policjantów, nie jest w sposób prawidłowy realizowany²⁴⁵. Docenił natomiast zamierzenia wiodące do skoordynowania działań policji i prokuratury w zakresie równoległego prowadzenia postępowań karnych i dyscyplinarnych oraz udostępniania Policji przez prokuraturę materiałów z prowadzonych postępowań karnych.

W odpowiedzi RPO otrzymał zapewnienie Sekretarza Stanu w MSWiA, że prace w obszarze zagwarantowania efektywnego prowadzenia postępowań dyscyplinarnych przeciwko funkcjonariuszom Policji w sprawach o naruszenia praw człowieka są na zaawansowanym etapie. Między innymi przygotowany został projekt bazy wiedzy z zakresu postępowań dyscyplinarnych dotyczących badania przypadków łamania praw człowieka, która ma stanowić narzędzie pomocnicze dla policyjnych rzeczników dyscyplinarnych (materiał ten został już przekazany Policji). Podjęto też działania w celu zorganizowania specjalistycznych szkoleń dla policyjnych rzeczników dyscyplinarnych w zakresie kwalifikowania przewinień dyscyplinarnych w sprawach o naruszenia praw człowieka²⁴⁶. Wdrażanie Strategii będzie monitorowane w dalszym ciągu przez RPO.

Niestety zapewnienia Ministerstwa dotyczące szybkości i skuteczności postępowań dyscyplinarnych prowadzonych przeciwko funkcjonariuszom Policji zostały zweryfikowane negatywnie w trakcie głośnej sprawy Igora Stachowiaka. Dopiero po roku od tego tragicznego zdarzenia, w którym nastąpił zgon tego mężczyzny w jednym z wrocławskich komisariatów Policji, tylko dzięki nagłośnieniu całego zdarzenia przez telewizję, postępowania wyjaśniające okoliczności śmierci mężczyzny prowadzone przez Policję i prokuraturę, znacznie przyspieszyły²⁴⁷.

²⁴⁵ Wystąpienie generalne RPO z dnia 18.05.2016 r. do MSWiA, KMP.570.24.2015.

²⁴⁶ Odpowiedź Sekretarza Stanu w MSWiA z dnia 14.06.2016 r., BMP-0790-4-6/2016/MJ.

²⁴⁷ Wystąpienie generalne Zastępcy RPO z dnia 24.05.2017 r. do KGP, BPW.519.21.2016; Wystąpienie generalne RPO z dnia 28.06.2017 r., II.519.563.2017; Wystąpienie generalne RPO do KGP z dnia 26.06.2017 r., BPW.519.21.2016.



2. Przerzucanie na Policję obowiązku opieki nad osobami nietrzeźwymi

Poza badaniem lekarskim przed przyjęciem nie istnieje obecnie wymóg zapewnienia stałej opieki medycznej dla osób zatrzymanych przebywających w PdOZ. Brakuje zatem lekarza, który mógłby w jednostkach Policji czuwać nad trzeźwieniem osób umieszczonych w właśnie w celu wytrzeźwienia, jak również i tych, które zatrzymane zostały w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa i znajdują się dodatkowo w stanie nietrzeźwości. Odpowiedzialność za bezpieczeństwo obu tych grup spoczywa na barkach funkcjonariuszy Policji, którzy mogą jedynie udzielić pierwszej pomocy przedmedycznej i wezwać pogotowie ratunkowe licząc, że interwencja nastąpi szybko i będzie skuteczna.

Według danych statystycznych spośród całkowitej liczby 112 zgonów osób umieszczonych w PdOZ, jakie miały miejsce w latach 2010–2016, aż 90 dotyczyło zatrzymanych nietrzeźwych i doprowadzonych w celu wytrzeźwienia²⁴⁸. Jako najczęstsze przyczyny śmierci stwierdzono: niewydolność układu oddechowo-kръżeniowego, zawał, wylew krwi do mózgu lub zatrucie alkoholem.

Problem przerzucania na Policję obowiązku opieki nad osobami nietrzeźwymi sygnalizowany jest od kilku lat w kolejnych Raportach Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, jak również w wystąpieniach generalnych²⁴⁹. Jest on omawiany na konferencjach i debatach organizowanych przez kolejnych Rzeczników Praw Obywatelskich (ostatnio w dniu 12 września 2016 r.²⁵⁰).

Krytykowany przez KMPT stan wiąże się z brzmieniem art. 39 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi²⁵¹, który stanowi, że organy samorządu terytorialnego w miastach liczących ponad 50 000 mieszkańców i organy powiatu mogą organizować i prowadzić izby wytrzeźwień. Taki kształt przepisu powoduje, że organy samorządu terytorialnego z różnych względów, głównie finansowych, likwidują izby wytrzeźwień wiedząc, że w praktyce opiekę nad osobami nietrzeźwymi będzie musiała przejąć Policja.

²⁴⁸ Dane przekazane KMPT przez Wydział Konwojowy Biura Prewencji Komendy Głównej Policji.

²⁴⁹ Wystąpienie generalne RPO z dnia 18.11.2013 r. do Prezesa Rady Ministrów, RPO-738421-VII-720.7/13; Wystąpienie generalne RPO z dnia 8.01.2015 r. do Prezesa Rady Ministrów, KMP.574.14.2014.

²⁵⁰ Informacje na temat konferencji znajdują się na stronie internetowej RPO.

²⁵¹ tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r., poz. 487.

Podsumowując dotychczasową dyskusję oraz treść udzielanych Rzecznikowi w tej sprawie na przestrzeni ostatnich lat odpowiedzi przez Ministra Spraw Wewnętrznych²⁵² i Ministra Zdrowia²⁵³, należy wskazać na następujące problemy związane z szeroko rozumianą opieką nad osobami nietrzeźwymi:

- brak środków na sfinansowanie zatrudnienia w PdOZ lekarzy (zgodnie z przeprowadzoną przez MSWiA analizą potrzebnych by było 1650 lekarzy, zarówno do potrzeb PdOZ, jak i PiD), a także przystosowania policyjnych pomieszczeń i wyposażenia ich w sprzęt medyczny;
- brak możliwości, aby opieką nad osobami nietrzeźwymi zajęły się szpitale (tzw. podmioty medyczne), jeżeli chodzi o osoby, które nie wymagają leczenia oraz o tych nietrzeźwych, którzy z racji popełnionych czynów, powinni być jednak w placówce Policji;
- brak zainteresowania samorządów utrzymaniem izb wytrzeźwień i przekształcaniem ich w wyspecjalizowane placówki, dysponujące profesjonalnie przygotowanym personelem medycznym, odpowiednim wyposażeniem, zapewniające całodobową opiekę i pomoc w rozpoczęciu terapii antyalkoholowej.

Reasumując, rok 2016 był kolejnym, w którym nierozwiązany został w sposób systemowy problem przerzucania na Policję odpowiedzialności za opiekę nad osobami nietrzeźwymi. W dalszym zatem ciągu pożądane jest wypracowanie wspólnego rozwiązania tego problemu przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Zdrowia.

3. Brak badania lekarskiego w przypadku osób nietrzeźwych zatrzymanych w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa

Badanie lekarskie przed przyjęciem do PdOZ przeprowadzane jest jedynie w przypadku zatrzymanych osób wskazanych w § 1 ust. 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 13 września 2012 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję (dalej: rozporządzenie)²⁵⁴. Poza

²⁵² Odpowiedź Sekretarza Stanu w MSW z dnia 22.07.2014 r. na Raport RPO z działalności KMP w 2013 r., DKSiW-ZPC-0790-2/2014; Odpowiedź Podsekretarza Stanu w MSW z dnia 29 sierpnia 2013 r. na raport z działalności KMP w 2012 r., DN-NKSPP-0744-9/2013/KiK; Odpowiedź Sekretarza Stanu w MSWiA z dnia 19.12.2016 r. na Raport z działalności KMP w 2015 r., DPP-OP-0790-14/2016/PW.

²⁵³ Odpowiedź Sekretarza Stanu w MZ z dnia 30.01.2015 r., ZP-P.073.4.2015; Odpowiedź Podsekretarza Stanu w MZ z dnia 31.01.2014 r., MZ-ZP-P-073-28414-2/MM/14.

²⁵⁴ Dz. U. z 2012 r. poz. 1102; § 1 ust. 3 rozporządzenia: *Osobę zatrzymaną poddaje się badaniu lekarskiemu w przypadku, gdy: 1) osoba ta oświadcza, że cierpi na schorzenia wymagające stałego lub okresowego*



zakresem badań obligatoryjnych pozostają w dalszym ciągu osoby nietrzeźwe zatrzymane w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa.

Obecne uregulowanie prawne badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję nie respektuje konstytucyjnej zasady równości wobec prawa, która zakłada, że obywatele znajdujący się w podobnej sytuacji winni spotkać się ze zbliżoną reakcją ze strony podmiotów podejmujących decyzje w ich sprawie. Trudno dociec, dlaczego zdrowie nietrzeźwego doprowadzonego do PdOZ w celu wytrzeźwienia miałyby być chronione w ramach wyższych standardów niż nietrzeźwego zatrzymanego, który jest podejrzewany o popełnienie przestępstwa. Obecnie sama podstawa prawna osadzenia stanowi zatem wyraźne rozgraniczenie pomiędzy nietrzeźwymi, którym przysługuje prawo do badania lekarskiego i którzy takiego prawa są pozbawieni.

W kontekście równości wobec prawa warto podkreślić, że zupełnie inaczej wygląda sytuacja z osobami zatrzymanymi i umieszczanymi w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych znajdujących się w jednostkach organizacyjnych Żandarmerii Wojskowej. Warunkiem przyjęcia każdej osoby zatrzymanej do izby zatrzymań tej formacji, jest zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań lekarskich do osadzenia. Rozporządzenie Ministra Obrony z dnia 10 września 2014 r. w sprawie izb zatrzymań²⁵⁵ nie różnicuje zatem osób pozbawianych wolności w jednostkach wojskowych w zakresie badań wstępnych. Tym bardziej nieuzasadniona wydaje się być sytuacja osób zatrzymanych procesowo i znajdujących się w stanie nietrzeźwości, wyjętych spod medycznej kontroli stanu ich zdrowia.

RPO wielokrotnie zwracał uwagę na konieczność wprowadzenia obowiązku przeprowadzania badań lekarskich każdej osoby zatrzymanej przez funkcjonariuszy Policji, m.in. w wystąpieniu generalnym z dnia 15 lutego 2012 r. skierowanym do Komendanta Głównego Policji²⁵⁶ oraz w poprzednich Raportach rocznych Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur za lata 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015²⁵⁷.

leczenia, którego przerwanie powodowałoby zagrożenie życia lub zdrowia, żąda przeprowadzenia badania lekarskiego lub posiada widoczne obrażenia ciała niewskazujące na stan nagłego zagrożenia zdrowotnego; 2) z posiadanych przez Policję informacji lub z okoliczności zatrzymania wynika, że osobą zatrzymaną jest: a) kobieta w ciąży, b) kobieta karmiąca piersią, c) osoba chora zakaźnie, d) osoba z zaburzeniami psychicznymi, e) nieleśni po spożyciu alkoholu lub innego, podobnie działającego środka.

²⁵⁵ Dz. U. z 2014 r., poz. 1358.

²⁵⁶ RPO-687961-VII-720.8.1/11.

²⁵⁷ Raporty roczne KMP dostępne są na stronie internetowej KMP w zakładce *Raporty z działania KMP*.

Kwestię tę Rzecznik poruszał również w toku korespondencji dotyczącej przyjętej przez MSWiA i KGP Strategii, o której mowa była w pkt *Strategia działań nakierowanych na przeciwdziałanie naruszeniom praw człowieka przez funkcjonariuszy Policji*. Przypominał on o przywoływanym przez ETPC w wielu wyrokach²⁵⁸ (m.in. Dzwonkowski p. Polsce, skarga nr 46702/99, wyrok z dnia 12 kwietnia 2007 r.) standardzie, iż *osoba przebywająca pod nadzorem Policji powinna po jego zakończeniu znajdować się w stanie niepogorszonym w stosunku do tego, w jakim była przyjmowana. Jeżeli opuszczając jednostkę Policji ma obrażenia fizyczne, których nie miała przybywając do niej, na państwie ciąży obowiązek wyjaśnienia, w jakich okolicznościach one powstały. W wyrokach, których wykonanie spoczywa na Polsce, Trybunał wskazał, że jedną z przesłanek przyznania racji skarżącemu była niemożność wytłumaczenia przez państwo polskie, w jaki sposób powstały obrażenia fizyczne danej osoby*²⁵⁹.

Wystąpienie nagłego pogorszenia zdrowia zatrzymanego rodzi po stronie władz publicznych konkretne obowiązki. *Konsekwentnie, jeśli osoba zostanie aresztowana będąc w dobrym stanie zdrowia w momencie aresztowania i zostanie zwolniona w stanie gorszym, jest rzeczą Państwa wyjaśnienie, skąd wzięły się jej dolegliwości*²⁶⁰.

Analizując obecny stan prawny w kontekście zobowiązania się do dostosowania postępowań dyscyplinarnych i wyjaśniających do standardów ETPC zachodzi pytanie, w jaki sposób funkcjonariusze Policji będą w stanie wskazać mechanizm i przyczynę obrażeń osoby będącej pod jej nadzorem, skoro nie ma obowiązku poddania badaniu lekarskiemu każdej osoby zatrzymanej. W związku z tym, w przypadku ujawnienia obrażeń ciała przy zwalnianiu osoby, będzie zachodziło domniemanie, iż powstały one w czasie jej zatrzymania.

Również CPT w sprawozdaniu dla polskiego rządu z wizyty w Polsce w 2004 r. w § 44 zalecił *zapewnienie wszystkim nowoprzybyłym bezzwłoczne badanie medyczne*. W raporcie z wizyty w 2013 r. zawarł zalecenie w § 30, aby *protokoły sporządzane po przeprowadzeniu badania lekarskiego osób zatrzymanych w jednostkach policji zawierały: sprawozdanie o oświadczeniach złożonych przez osoby zatrzymane, które odnoszą się do badania lekarskiego (w tym opis stanu ich zdrowia oraz wszelkie zarzuty o niewłaściwe trakto-*

²⁵⁸ M.in. wyrok z dnia 12 kwietnia 2007 r. w sprawie Dzwonkowski przeciwko Polsce, skarga nr 46702/99.

²⁵⁹ Wystąpienie generalne RPO z dnia 28.10.2015 r. do KGP, KMP.570.24.2015.

²⁶⁰ Wyrok z dnia 9 grudnia 2008 r. w sprawie Dzieciak przeciwko Polsce, skarga nr 77766/01.



wanie), pełny opis obiektywnych ustaleń natury medycznej poczynionych na podstawie badania lekarskiego, a także uwagi osoby zawodowo trudniącej się opieką zdrowotną wskazujące na związek między stawianymi zarzutami a obiektywnymi ustaleniami natury medycznej.

Nie można zatem uznać, aby przepisy omawianego rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych czyniły zadość zaleceniom wydanym przez CPT czy standardom wypracowanym przez ETPC.

Kwestia badań medycznych osób zatrzymanych podniesiona została również w wystąpieniu generalnym RPO z dnia 10 grudnia 2015 r. adresowanym do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, dotyczącym stanu realizacji postanowień Strategii²⁶¹. Niestety Minister nie odniósł się do tego wątku²⁶².

Natomiast z informacji Sekretarza Stanu w MSWiA, zawartej w piśmie z dnia 14 czerwca 2016 r. wynika, że obowiązek przeprowadzenia badania lekarskiego dopiero w sytuacji, gdy żąda tego osoba zatrzymana przez Policję lub gdy posiada ona widoczne obrażenia ciała, uznane zostało za jedno z rozwiązań dotyczących przeciwdziałania potencjalnym zachowaniom funkcjonariuszy Policji związanym z przekraczaniem posiadanych przez nich uprawnień²⁶³. Podobne stanowisko w zakresie istniejącej możliwości zbadania nietrzeźwego zatrzymanego m.in. na jego wyraźne żądanie wyraził Sekretarz Stanu w MSWiA w odpowiedzi z dnia 12 grudnia 2016 r.²⁶⁴ na Raport RPO z działalności KMPT z 2015 r., w którym ten wątek również był podnoszony.

Niestety analiza prawomocnych wyroków orzeczonych w latach 2008–2015 wobec funkcjonariuszy Policji w związku z popełnieniem przestępstwa z art. 246 k.k.²⁶⁵ poczyniona przez pracownika KMPT m.in. pod kątem badań medycznych osób zatrzymanych przed ich umieszczeniem w PdOZ wskazuje, że nie zawsze przepisy obowiązującego rozporządzenia, są stosowane²⁶⁶. Ujawnione w tej kwestii nieprawidłowości dotyczyły nieudzielenia osobom

²⁶¹ Wystąpienie Generalne RPO z dnia 10.12.2015 r. do MSWiA, KMP:570.24.2015.

²⁶² Odpowiedź Sekretarza Stanu w MSWiA z dnia 25.01.2016 r., BMP-0790-6-7/2015/MJ.

²⁶³ Odpowiedź Sekretarza Stanu w MSWiA z dnia 14.06.2016 r., BMP-0790-4-6/2016/MJ.

²⁶⁴ Odpowiedź Sekretarza Stanu w MSWiA z dnia 19.12.2016 r. na Raport z działalności KMP w 2015 r., DPP-OP-0790-14/2016/PW.

²⁶⁵ Art. 246 k.k. *Funkcjonariusz publiczny lub ten, który działając na jego polecenie w celu uzyskania określonych zeznań, wyjaśnień, informacji lub oświadczenia stosuje przemoc, groźbę bezprawną lub w inny sposób znęca się fizycznie lub psychicznie nad inną osobą, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.*

²⁶⁶ Szerzej na ten temat w wystąpieniu generalnym RPO z dnia 18.04.2017 r. do MS, KMP:570.3.2017.

zatrzymanym pomocy medycznej po pobiciu oraz odstąpienia od przeprowadzenia badań lekarskich pomimo widocznych u zatrzymanych obrażeń. Sąd Rejonowy w Bolesławcu w sprawie II K 149/10 ustalił, że osobom zatrzymanym przez Policję pod zarzutem popełnienia wykroczenia polegającego na oddaniu moczu w miejscu publicznym, nie zapewniono pomocy medycznej w związku z pobiciem, którego doznali w trakcie zatrzymywania. Z kolei w sprawie II K 16/10 Sąd Rejonowy w Olsztynie ujawnił, że zatrzymani przed przyjęciem do PdOZ i izby dziecka nie byli badani przez lekarza. W książeczce przebiegu służby (PdOZ) wpisano przy każdym z nich *według oświadczenia zdrowy - nie żąda badania lekarskiego*, zaś w kwestionariuszu przyjęcia nieletniego do policyjnej izby dziecka - *według oświadczenia nieletniego zdrowy, bez obrażeń ciała*. W niniejszej sprawie sąd w uzasadnieniu wyroku wskazał wręcz, że *pokrzywdzeni mogli nie mieć widocznych obrażeń, szczególnie X który został uderzony otwartą ręką w kark przez oskarżonego X. Z kolei obrażenia Y mogły zostać zignorowane jeśli były widoczne. Inna rzecz, że wysoce prawdopodobne jest twierdzenie pokrzywdzonego X, że nie był oglądany pod kątem obrażeń a zachowanie oskarżonego Y i policjanta, który go przyjmował do PdOZ świadczyło, że panowie dobrze się znają. Nie patrzyli, czy jest pobity, chodziło tylko o dokładne przeszukanie (k. 497). Pokrzywdzony X sam nie zgłaszał obrażeń, bo był głodny, zmęczony i chciał spać (k. 498). Taka postawa pokrzywdzonego jest zrozumiała*.

W wyroku wydanym w sprawie V K 1561 / 06 Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia wskazał, że zatrzymany po pobiciu w czasie rozpytania, mimo widocznego utykania i mimo zgłoszeniu kilku funkcjonariuszom faktu pobicia, nie został zbadany przez lekarza przed umieszczeniem w PdOZ. Dopiero nasilenie się dnia następnego objawów, spowodowało reakcję proforma, który nakazał zbadanie zatrzymanego. Wówczas zatrzymanemu została udzielona pomoc medyczna i dalsze czynności z udziałem Wydziału Inspekcji KWP.

Warto dodać, że wątpliwości dotyczące słuszności odstępowania przez funkcjonariuszy Policji od doprowadzania na badania lekarskie wszystkich nietrzeźwych zatrzymanych, wyrażają sami sędziowie. Prezes Sądu Okręgowego w Toruniu w piśmie do RPO z dnia 4 stycznia 2017 r.²⁶⁷, powołując się na stanowisko wizytującego PdOZ sędziego penitencjarnego, zaapelował o zainteresowanie przedmiotową problematyką. Wskazywał on m.in., że *trudno zgodzić się z interpretacją stosownych przepisów prezentowaną*

²⁶⁷ Sygn. VII W-436-4/16.



przez organy policji, według której np. nietrzeźwy leżący na chodniku daje powód do zgorszenia w miejscu publicznym i dodatkowo znajduje się w okolicznościach zagrażających jego życiu albo życiu i zdrowiu innych osób, zaś kierowca popełniający występki jazdy w stanie nietrzeźwym nie spełnia takich kryteriów, więc nie musi być poddawany obowiązkowi badania przed osadzeniem w pomieszczeniu.

W ocenie sędziego penitencjarnego, którego stanowisko zostało zawarte w sprawozdaniu z wizytacji²⁶⁸ i przekazane RPO przy przedmiotowym piśmie, rozporządzenie w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję budzi wątpliwości ze względu na brak regulacji kwestii badań dorosłych osób nietrzeźwych. Sędzia słusznie zauważa, że § 1 ust 3 pkt 2 lit. e cyt. rozporządzenia nakłada obowiązek badania lekarskiego w przypadku zatrzymania nieletnich, którzy są *po spożyciu alkoholu*. Tym samym w odniesieniu do nieletnich zatrzymywanych badanie jest wymagalne nie tylko w przypadku ich nietrzeźwości, ale już samo spożycie alkoholu nakłada taki obowiązek.

Podzielając w pełni stanowisko sędziego KMPT pragnie zauważyć, że na etapie końcowych uzgodnień treści rozporządzenia, w piśmie z dnia 6 czerwca 2012 r. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji wskazał, że intencją autora projektu było uregulowanie konieczności poddania badaniu lekarskiemu każdego zatrzymanego nieletniego, który spożywał alkohol, niezależnie od zawartości jego wysokości w organizmie. Należy bowiem mieć na względzie, że zatrzymani nieletni w większości przypadków będą umieszczani w policyjnych izbach dziecka, w których nie ma opieki lekarskiej lub pielęgniarskiej. W związku z tym, w trosce o bezpieczeństwo nieletniego i jego dobro, zasadne jest przyjęcie rozwiązania, w wyniku którego badaniu lekarskiemu poddawany będzie każdy nieletni po spożyciu alkoholu²⁶⁹. W ocenie KMPT ta sama argumentacja dotyczy dorosłych zatrzymanych umieszczanych w PdOZ, w których podobnie jak policyjnych izbach dziecka nie ma zapewnionej stałej opieki medycznej.

Mając na względzie powyższe racje, w ocenie KMPT sprawa objęcia wszystkich nietrzeźwych zatrzymanych badaniami lekarskimi przed przyjęciem do PdOZ wymaga ponownej analizy ze strony Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

²⁶⁸ Sprawozdanie z wizytacji pomieszczenia przeznaczonego dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia Komendy Powiatowej Policji w Brodnicy przeprowadzonej w dniu 21 marca 2016 roku przez sędziego Sądu Okręgowego (sygn. VII W-436-4/16).

²⁶⁹ Treść projektu rozporządzenia dostępna jest na stronie internetowej BIP MSWiA w zakładce *Projekty aktów prawnych*.

4. Badanie osób z zaburzeniami psychicznymi przez lekarzy innych specjalizacji aniżeli psychiatrii

Podobnie jak w 2015 r., podczas wizytacji pomieszczeń dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia jednostek Policji, przedstawiciele KMPT napotkali niepokojącą praktykę, polegającą na poddawaniu osób z objawami zaburzeń psychicznych lub deklarujących leczenie psychiatryczne badaniom przeprowadzanym przez lekarzy innych specjalizacji aniżeli psychiatrii (np. chirurg²⁷⁰, lekarz medycyny²⁷¹). Ujawniono też przypadek braku badania lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego, stwierdzającego brak przeciwwskazań medycznych do przebywania w Izbie, pomimo, że w dokumentacji znajdowała się adnotacja, iż osoba osadzona w PdOZ była kilkakrotnie poddawana opiniowaniu psychiatrycznemu²⁷².

W ocenie KMPT praktyka ta może powodować wystąpienie zagrożenia zdrowia, a nawet życia zatrzymanych, w sytuacji niewłaściwej diagnozy dokonanej przez lekarza, który nie posiada specjalistycznego przygotowania z zakresu psychiatrii. Nie można zapomnieć, że umieszczenie osoby z zaburzeniami psychicznymi, która może stanowić zagrożenie dla siebie lub innych osób, w jednostce Policji powoduje również obciążenie funkcjonariuszy Policji szczególnie trudnym zadaniem, do spełnienia którego niezbędna jest specjalistyczna wiedza medyczna.

Powyższy problem został przedstawiony w Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2015 r.²⁷³. Także Zastępca RPO wystąpieniem generalnym z dnia 7 stycznia 2016 r. zwrócił się do Komendanta Głównego Policji o podjęcie odpowiednich działań, celem wyeliminowania stwierdzonej praktyki²⁷⁴. W odpowiedzi z dnia 9 lutego 2016 r. Zastępca Komendanta Głównego Policji wskazał, że *prawodawca wprawdzie nie dookreślił specjalizacji lekarza, który ma przeprowadzać badania osób przed ich przyjęciem, niemniej jednak przyjęta praktyka, zgodnie z którą zazwyczaj badania wykonują tzw. lekarze ogólni, wydaje się być najbardziej optymalnym rozwiązaniem. To właśnie taki lekarz dysponuje ogólną wiedzą medyczną na podstawie której może zlecić dodatkową konsultację specjalistyczną np. psychiatryczną*²⁷⁵. Dodatkowo

²⁷⁰ PdOZ w Aleksandrowie Kujawskim.

²⁷¹ PdOZ w Płońsku.

²⁷² PdOZ w Aleksandrowie Kujawskim.

²⁷³ Raport RPO z działalności w Polsce KMP w roku 2015. Raport dostępny na stronie KMP w zakładce *Raporty z działania KMP*.

²⁷⁴ Wystąpienie generalne RPO do KGP z dnia 07.01.2016 r., KMP.570.25.2015.

²⁷⁵ Odpowiedź Zastępcy KGP z dnia 9.02.2016 r., EK-795/15.



w ocenie Zastępcy Komendanta Głównego Policji wprowadzenie rozwiązań, według których badanie wykonywane będzie bezpośrednio przez lekarza specjalistę, może rodzić wątpliwości w zakresie podmiotu, który będzie decydował o zasadności ich zlecenia.

Wobec powyższego Rzecznik na ten sam problem zwrócił uwagę w dniu 30 czerwca 2016 r. w wystąpieniu do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji²⁷⁶, w którym przywołał m.in. art. 2 ust. 1 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności stanowiący, że *prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę*. Wskazał on również na stanowisko ETPC, który w swoich wyrokach przypomina, że *pierwsze zdanie artykułu 2 ust. 1 nakazuje Państwu nie tylko powstrzymać się od umyślnego i bezprawnego pozbawienia życia, ale także do podjęcia odpowiednich kroków w celu ochrony życia osób w zakresie swojej właściwości*²⁷⁷. Trybunał orzekł, że *pozytywny obowiązek powstanie w sytuacji gdy ustalono, że władze wiedziały lub powinny były wiedzieć, w czasie istnienia realnego i bezpośredniego zagrożenia dla życia zidentyfikowanej osoby ze strony osoby trzeciej lub jej samej i że nie udało im się podjąć działań w ramach swoich kompetencji, uznanych za uzasadnione, których można się było spodziewać, aby uniknąć tego ryzyka*²⁷⁸ (Keller p. Rosji nr skargi 26824/04; wyrok z dnia 17 października 2013 r.). W doktrynie zaznacza się, że nawet w sytuacji kiedy nie jest możliwe ustalenie czy władze wiedziały lub powinny były wiedzieć o takim zagrożeniu, pewne środki ostrożności muszą być podejmowane m.in. przez policjantów w celu ochrony osób pozbawionych wolności²⁷⁹.

W odpowiedzi z dnia 5 sierpnia 2016 r. w tej sprawie Sekretarz Stanu w MSWiA przyznał, że ustawodawca nie dookreślił specjalizacji lekarza, który ma przeprowadzać badania osób przed ich przyjęciem do PdOZ. Niemniej jednak w jego ocenie przyjęta praktyka, zgodnie z którą zazwyczaj badania wykonują tzw. lekarze ogólni, wydaje się być optymalnym rozwiązaniem.

Wobec stwierdzonego przypadku pominięcia badania przed osadzeniem w PdOZ osoby konsultowanej psychiatrycznie, ujawniania przez KMPT kolejnych przypadków niezlecenia badania osób zatrzymanych przez lekarza psychiatrę oraz w świetle powyższej argumentacji, zagadnienie to wymaga ponownego przeanalizowania przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.

²⁷⁶ Wystąpienie Generalne RPO z dnia 30.06.2016 r. do MSWiA, KMP:400.9.2015.

²⁷⁷ Wyrok z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie Olszewscy przeciwko Polsce, skarga nr 99/12.

²⁷⁸ Wyrok z dnia 17 października 2013 r. w sprawie Keller przeciwko Rosji, skarga nr 26824/04.

²⁷⁹ William A. Schabas, *The European Convention on Human Rights, a Commentary*, Oxford, 2015, str. 133.

5. Protokół Stambulski – narzędzie niewykorzystywane w praktyce

Zgodnie z Komentarzem Generalnym nr 3 CAT dotyczącym implementacji art. 14 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur Państwa Strony, w celu zapewnienia ofierze tortur lub innego złego traktowania prawa do rekompensaty, zobowiązane są do natychmiastowego, efektywnego i bezstronnego śledztwa oraz zbadania każdego indywidualnego twierdzenia osoby, że była ona torturowana lub źle traktowana. Takie śledztwo powinno zawierać badanie medyczne i psychologiczne przeprowadzone zgodnie ze standardami zawartymi w Protokole Stambulskim.

Protokół Stambulski został opracowany przez grupę ekspertów pod auspicjami ONZ. Zawiera on metody skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania. Dokument ten stanowi załącznik do rezolucji Komisji Praw Człowieka ONZ z dnia 20 kwietnia 2000 r. nr 2000/43²⁸⁰.

Autorzy tego podręcznika podkreślają, że został on opracowany, aby umożliwić państwom zajęcie się jedną z najbardziej fundamentalnych kwestii dotyczących ochrony przed torturami – skuteczną dokumentacją. Zawiera on zasady pracy ekspertów z takich dziedzin jak medycyna sądowa, psychiatria czy psychologia. Wskazuje na szczególne obowiązki jednostek odpowiedzialnych za badanie osób pozbawionych wolności. Podkreśla jednocześnie, że tylko wspólne i skoordynowane działania osób mających styczność z ofiarami tortur mogą przyczynić się do ich skutecznego ujawnienia. Wskazówki zawarte w Protokole wyznaczają pewne minimalne standardy przeprowadzania badań domniemanych ofiar niewłaściwego traktowania oraz dokumentowania tych czynności.

W podręczniku podkreślono, że prawidłowo sporządzona dokumentacja pozwala przedstawić dowody na stosowanie tortur i złego traktowania. To umożliwia pociągnięcie do odpowiedzialności sprawców tych czynów i wyeliminowanie zjawiska bezkarności.

We wspomianej w niniejszym rozdziale sprawie Dzwonkowski przeciwko Polsce, a także w innych²⁸¹ ETPC przypominał, że organy państwowe muszą podejmować wszelkie możliwe i uzasadnione kroki w celu zabezpieczenia materiału dowodowego dotyczącego zajścia – w tym zeznań naocznych świadków oraz opinii biegłych lekarzy. Władze muszą podjąć wszystkie racjonalne czynności, których celem jest zabezpieczenie dowodów dotyczą-

²⁸⁰ Treść tłumaczenia dokumentu na j. polski dostępna jest na stronie internetowej RPO.

²⁸¹ Wyrok z dnia 27 września 2011 r. w sprawie Karbowniczek przeciwko Polsce, skarga nr 22339/08; wyrok z dnia 9 grudnia 2008 r. w sprawie Dzieciak przeciwko Polsce, skarga nr 77766/01.



cych wydarzenia, włączając, między innymi, zeznania naocznych świadków oraz badanie kryminalistyczne. W tym kontekście wymaga się działania natychmiastowego i szybkiego. Każda nieprawidłowość w śledztwie, która nie pozwala ustalić okoliczności sprawy lub osoby odpowiedzialnej, może przyczynić się do niespełniania standardu efektywności.

We wszystkich tych sprawach oraz m.in. w sprawie Pieniak przeciwko Polsce²⁸², Mrozowski przeciwko Polsce²⁸³, Polanowski przeciwko Polsce²⁸⁴ ETPC uznał, że państwo nie wyjaśniło w odpowiedni sposób zarzutów niehumanitarnego traktowania przez funkcjonariuszy państwowych.

Pomimo tego, że w rezolucji CM/ResDH(2016)148 przyjętej 8 czerwca 2016 r. Komitet Ministrów Rady Europy uznał, że Polska wykonała powyższe wyroki, to nie ulega wątpliwości, że instytucje Państwa Polskiego nie powinny ustawać w swoich staraniach zwiększenia ochrony przed torturami i niewłaściwym traktowaniem.

Art. 2 ust. 1 Konwencji wyznacza po stronie państwa wyraźny obowiązek podejmowania skutecznych środków ustawodawczych, administracyjnych, sądowych oraz innych, w celu zapobieżenia stosowania tortur na całym terytorium znajdującym się pod jego jurysdykcją. Zgodnie z opinią doktryny, regulację tę należy interpretować jako obejmującą obowiązek państw do poszanowania prawa człowieka i niestosowania tortur. Jednakże główny nacisk kładzie na pozytywny obowiązek podjęcia skutecznych środków²⁸⁵.

W związku z powyższym Rzecznik skierował w dniu 30 czerwca 2016 r. do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji postulat, aby w oparciu o materiał zebrany w Protokole Stambulskim opracować jedną procedurę właściwą dla wszystkich służb mundurowych²⁸⁶. Powinna być ona obowiązkowa w każdym przypadku podejrzenia, że ma się do czynienia z osobą, która była niehumanitarnie traktowana lub stosowano wobec niej tortury. Procedura ta, np. w formie podręcznika, wskazywałaby punkt po punkcie, jakie działania powinny być podjęte, aby zidentyfikować ofiarę i jak zabezpieczyć materiał dowodowy.

Rzecznik postulował również zorganizowanie cyklu szkoleń dla służb mundurowych, które uwzględniałoby tematykę tortur, niehumanitarnego i po-

²⁸² Skarga nr 19616/04, wyrok z dnia 24 lutego 2009 r.

²⁸³ Skarga nr 9258/04, wyrok z dnia 12 maja 2009 r.

²⁸⁴ Skarga nr 16381/05, wyrok z dnia 27 lipca 2010 r.

²⁸⁵ William A. Schabas, *The European Convention on Human Rights, a Commentary*, Oxford, 2015, str. 133.

²⁸⁶ Wystąpienie generalne RPO z dnia 30.06.2016 r. do MSWiA w sprawie opracowania procedury badań medycznych osób zatrzymanych, KMP.400.9.2015.WS2.

niżającego traktowania lub karania, a także badanie i dokumentowanie tych działań²⁸⁷.

Z odpowiedzi Sekretarza Stanu w MSWiA udzielonych w dniu 4 i 5 sierpnia 2016 r. w powyższych sprawach wynika²⁸⁸, że w jego ocenie nie jest możliwe automatyczne przeniesienie zawartych w Protokole Stambulskim wskazówek w celu stworzenia procedur medycznych przeprowadzanych względem wszystkich osób przebywających w policyjnych miejscach detencji. W ocenie MSWiA rozwiązania przyjęte w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 13 września 2012 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję są wystarczające i zawierają gwarancje zapewnienia badania osoby zatrzymanej lub doprowadzonej w celu wytrzeźwienia przez lekarza o specjalizacji właściwej dla stanu jej zdrowia.

W ocenie MSWiA nie wydaje się też zasadne przeprowadzenie odrębnych cykli szkoleń, albowiem obecnie prowadzone obejmują zagadnienia ochrony praw człowieka, z uwzględnieniem tematyki tortur, niehumanitarnego i poniżającego traktowania lub karania. Co więcej, Pełnomocnik Komendanta Głównego Policji do Spraw Ochrony Praw Człowieka po przeprowadzeniu analizy treści Protokołu Stambulskiego uznał, że zawarte w nim wskazówki mają charakter ogólnoinformacyjny i w takim zakresie zarekomendował stosowanie wspomnianego dokumentu w Policji.

6. Brak należytej obsady w PdOZ

W 2016 r. nie uległa zmianie regulacja § 2 ust. 2 zarządzenia nr 130 Komendanta Głównego Policji z dnia 7 sierpnia 2012 r. w sprawie metod i form wykonywania zadań w pomieszczeniu dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia²⁸⁹, który stanowi, że *kierownik jednostki organizuje służbę w taki sposób, aby w pomieszczeniu pełnił ją co najmniej jeden policjant*.

W oparciu o wskazany przepis, w większości pomieszczeń²⁹⁰ wizytowanych przez KMPT służba pełniona jest przez jednego policjanta, który jednocześnie – jako zastępca dyżurnego komendy – musi wykonywać jego polecenia. Z ustaleń KMPT poczynionych podczas dotychczasowych wizytacji

²⁸⁷ Wystąpienie generalne RPO z dnia 30.06.2016 r. do MSWiA w sprawie organizacji szkoleń dla służb mundurowych, KMP.400.9.2015.WS1.

²⁸⁸ Odpowiedź Sekretarza Stanu w MSWiA z dnia 5.08.2016 r., BMP-0790-4-9/2016/MJ; Odpowiedź Sekretarza Stanu w MSWiA z dnia 4.08.2016 r., BMP-0790-4-8/2016/MJ.

²⁸⁹ Dz. Urz. KGP z 2012 r., poz. 42.

²⁹⁰ Problem ten występował w 3 z 4 zwizytowanych w 2016 r. przez KMPT placówkach: PdOZ w Płońsku, PdOZ w Aleksandrowie Kujawskim i PdOZ w Busku Zdroju.



wynika, że jedna osoba nie jest w stanie jednocześnie dbać o bezpieczeństwo osadzonych i umożliwić im realizację ich uprawnień. W czasie kontroli zachowania osadzonych, wypełniania obowiązkowej dokumentacji czy też przyjmowania, wydawania, przekazywania lub zwalniania osób umieszczonych w Izbie, niemożliwe do realizacji jest jednocześnie zajmowanie się innymi osadzonymi, którzy w tym czasie sygnalizują chęć skorzystania ze przysługujących im uprawnień (np. skorzystanie z pomieszczenia sanitarnego, dokonanie zakupów za pośrednictwem patrolu Policji, itd.). Znacznie utrudnione może być również reagowanie na zachodzące zdarzenia nadzwyczajne, w tym np. podejmowane próby samobójcze. Co więcej, zgodnie z ustaleniami KMPT, w trakcie pełnienia służby w PdOZ zastępca dyżurnego jednostki pozostaje na stanowisku kierowania co wydłuża niebezpiecznie czas dotarcia na miejsce ewentualnego zdarzenia w samym pomieszczeniu Izby.

Na zagrożenia związane z pełnieniem jednoosobowej służby w Izbie, uwagę wizytujących zwracali również sami funkcjonariusze Policji pełniący służbę w wizytowanych placówkach.

Z powyższego względu trudno też zgodzić się z informacjami zawartymi w odpowiedzi Sekretarza Stanu MSWiA na Raport RPO z działalności KMPT z 2015 r.²⁹¹, że zgodnie z ustaleniami Komendy Głównej Policji, w trakcie pełnienia służby w PdOZ, zastępca dyżurnego jednostki nie wykonuje zadań związanych ze służbą na stanowisku kierowania.

W opisywanym zakresie zdecydowanie większą gwarancję dla bezpieczeństwa osób zatrzymanych stanowią standardy przyjęte przez Straż Graniczną. Zgodnie z § 3 ust. 3 zarządzenia nr 88 Komendanta Głównego Straży Granicznej z dnia 18 listopada 2015 r. w sprawie sposobu pełnienia służby w pomieszczeniach jednostek organizacyjnych Straży Granicznej przeznaczonych dla osób zatrzymanych²⁹² funkcjonariusze pełnią służbę w pomieszczeniach w co najmniej dwuosobowym składzie.

KMPT będzie nadal monitorował wskazane zagadnienie.

7. Kontrola osób zatrzymanych połączona z rozbieraniem ich do bielizny lub do naga

Przedstawiciele KMPT w dalszym ciągu spotykają się z sytuacjami, kiedy określone w przepisach rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób

²⁹¹ Odpowiedź Sekretarza Stanu w MSWiA z dnia 19.12.2016 r. na Raport z działalności KMP w 2015 r., DPP-OP-0790-14/2016/PW.

²⁹² Dz. Urz. KGSG z 2015 r., poz. 84.

zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb²⁹³ (dalej rozporządzenie w sprawie PdOZ i PID) sprawdzenie szczegółowe rozumiane jest przez funkcjonariuszy Policji jako kontrola osobista²⁹⁴.

Przepis § 5 ust. 2 załącznika nr 1 rozporządzenia w sprawie PdOZ i PID wskazuje, że *osobę przyjmowaną do pomieszczenia oraz w nim umieszczoną poddaje się szczegółowemu sprawdzeniu w celu odebrania rzeczy, o których mowa w ust. 1 pkt 2. Sprawdzenia tej osoby oraz odzieży na niej w warunkach zapewniających poszanowanie jej intymności dokonuje w miarę możliwości policjant tej samej płci.*

Użyte w regulaminie sformułowanie *odzieży na niej* wskazuje, że funkcjonariusz Policji jest uprawniony do dokonywania czynności bez pozostawienia zatrzymanego w samej bieliźnie czy też zobowiązania go do całkowitego rozebrania się. Należy zrozumieć potrzebę zabezpieczenia bezpieczeństwa tak osobom zatrzymanym, jak i funkcjonariuszom Policji pełniącym służbę w PdOZ, niemniej jednak tak daleko idąca ingerencja w prawo do prywatności nie może odbywać się bez właściwej regulacji prawnej respektującej art. 31 ust. 3 Konstytucji RP²⁹⁵.

W efekcie wystąpienia RPO z dnia 10 lipca 2015 r. w sprawie pilnej potrzeby uregulowania zagadnienia kontroli osobistych w akcie prawnym rangi ustawowej²⁹⁶, Podsekretarz Stanu w MSWiA w odpowiedzi z dnia 12 sierpnia 2015 r.²⁹⁷ poinformował o trwających pracach nad projektem założeń projektu ustawy o Policji, który obejmie swoim zakresem m.in. uregulowania na poziomie ustawy kwestii kontroli osobistych.

Po niemal rocznym oczekiwaniu na wynik tych prac, RPO ponownie skierował wystąpienie w tej samej sprawie w dniu 19 lipca 2016 r.²⁹⁸. W odpowiedzi z dnia 11 sierpnia 2016 r.²⁹⁹ Minister Spraw Wewnętrznych

²⁹³ Dz. U. z 2012 r., poz. 638, ze zm.

²⁹⁴ PdOZ w: Aleksandrowie Kujawskim, Busko Zdroju.

²⁹⁵ Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483; art. 31 ust. 3 *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.*

²⁹⁶ Wystąpienie generalne RPO do MSW z dnia 10.07.2015 r., KMP:570.36.2014.

²⁹⁷ Odpowiedź Podsekretarza Stanu w MSW z dnia 12.08.2015, BMP-0790-6-2/2015/MJ.

²⁹⁸ Wystąpienie generalne RPO do MSW z dnia 19.07.2016 r., KMP:570.36.2014.

²⁹⁹ Odpowiedź Sekretarza Stanu w MSWiA z dnia 11.08.2016 r., BMP-0790-4-10/2016/MJ.



i Administracji wyjaśnił, że zmieniona została formuła prac nad nowelizacją przepisów ustawy o Policji. W wyniku tych zmian, prowadzone dotychczas działania mające na celu opracowanie projektu założeń do ustawy, będą zmierzały bezpośrednio do opracowania konkretnych zapisów normatywnych. Jednocześnie wskazał on, że planowane zmiany w ustawie o Policji dokonywane będą sukcesywnie, z uwzględnieniem priorytetów w działalności legislacyjnej Ministerstwa, wynikających przede wszystkim z konieczności zapewnienia rozwiązań niezbędnych z punktu widzenia bezpieczeństwa państwa, optymalnych warunków pełnienia służby przez funkcjonariuszy oraz wdrożenia wyroków Trybunałów Konstytucyjnego.

Z kolei w odpowiedzi z dnia 12 grudnia 2016 r. na Raport RPO z działalności KMPT z 2015 r.³⁰⁰ Sekretarz Stanu MSWiA zauważył, że zagadnienie konstytucyjności obowiązujących przepisów o kontroli osobistej, jest przedmiotem postępowania sygn. K 17/14, prowadzonego aktualnie przed Trybunałem Konstytucyjnym na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich. Co prawda nie czekając na wyrok Trybunału, MSWiA zobowiązało KGP do zainicjowania wstępnych konsultacji wewnętrznych, w celu wypracowania – na poziomie ustawowym – kompleksowych rozwiązań w opisywanym zakresie, niemniej jednak właściwe zdefiniowanie kierunków inicjatywy legislacyjnej będzie zależne od tego wyroku TK.

Postęp prac nad przedmiotowymi regulacjami pozostaje w zainteresowaniu KMPT.

8. Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Nierozwiązane zostało zagadnienie zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami właściwych warunków pobytu w PdOZ.

Kwestia przystosowania pomieszczeń do potrzeb osób z niepełnosprawnościami była jednym z punktów spotkania Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z przedstawicielami Komendy Głównej Policji w dniu 13 października 2014 r. Ustalono wówczas, iż wyznaczone zostaną pomieszczenia spełniające standardy dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, do których będą dowożone osoby wymagające szczególnych warunków pobytu.

Zastępca RPO w wystąpieniu³⁰¹ z dnia 24 lipca 2015 r. skierowanym do Komendanta Głównego Policji zwrócił się o określenie przewidywanego terminu

³⁰⁰ Odpowiedź Sekretarza Stanu w MSWiA z dnia 19.12.2016 r. na Raport z działalności KMP w 2015 r., DPP-OP-0790-14/2016/PW.

³⁰¹ Wystąpienie generalne RPO z dnia 24.07.2015 r. do KGP, KMP.570.1.2014.

pełnego dostosowania pomieszczeń wskazanych przez Policję do potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz wskazanie w obrębie wszystkich komend wojewódzkich pomieszczeń, które będą dostosowane do przebywania w nich osób z niepełnosprawnościami. Z odpowiedzi z dnia 17 sierpnia 2015 r.³⁰² wynika, że Zastępca Komendanta Głównego Policji w dniu 10 sierpnia 2015 r. polecił komendantom wojewódzkim i stołecznemu Policji sukcesywne dostosowywanie pomieszczeń, aby docelowo na terenie każdego garnizonu Policji funkcjonował co najmniej jeden PdOZ pozwalający na umieszczenie w nim osób z niepełnosprawnością fizyczną lub poruszających się na wózku inwalidzkim.

W kolejnym wystąpieniu generalnym z dnia 13 października 2015 r.³⁰³ do Zastępcy Komendanta Głównego Policji, Zastępca RPO wskazał na potrzebę zapewnienia odpowiednich warunków technicznych dla osób z niepełnosprawnościami, które powinny obejmować całą infrastrukturę (wejścia do komendy lub komisariatu, pokoje dla zatrzymanych, sanitariaty), a która zapewni zatrzymanym oraz doprowadzonym w celu wytrzeźwienia, pełną swobodę poruszania się i samoobsługę. W piśmie tym Zastępca RPO przypomniał jednocześnie, że niepełnosprawność nie oznacza jedynie poruszania się na wózku czy o kulach. Dotyczy ona także osób, które mają dysfunkcje sensoryczne, wymagające odpowiednich warunków pobytu.

W odpowiedzi udzielonej w dniu 27 października 2015 r.³⁰⁴ Zastępca Komendanta Głównego Policji przekazał w formie tabelarycznej informacje o działaniach podjętych w zakresie dostosowania wyznaczonych PdOZ do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną lub poruszających się na wózku inwalidzkim. Warto zauważyć, że wobec 7 spośród 16 jednostek przeznaczonych do dostosowania, nie wskazano terminu jego realizacji. Informacje odnoszące się do placówek, które Policja uznała za dostosowane, wskazywały zaś na zastosowanie jedynie częściowych udogodnień dla osób z niepełnosprawnością fizyczną (np. udogodnienia wyłącznie obszarze sanitariatu, bez prysznica).

Zastępca RPO w dniu 17 grudnia 2015 r. ponownie zwrócił się do Komendanta Głównego Policji³⁰⁵ z prośbą o przekazanie informacji na temat stanu realizacji dostosowań PdOZ do potrzeb osób z niepełnosprawnością, które przewidziano na lata 2016-2019 oraz tych, w stosunku do których nie określono takiego terminu. W odpowiedzi z dnia 4 lutego 2016 r.³⁰⁶ Zastępca

³⁰² Odpowiedź Zastępcy KGP z dnia 17.08.2015 r., EK-5363/15.

³⁰³ Pismo Zastępcy RPO z dnia 13.10.2015 r. do Zastępcy KGP, KMP.570.I.2014.

³⁰⁴ Odpowiedź Zastępcy KGP z dnia 27.10.2015 r., EK-6843/15.

³⁰⁵ Wystąpienie generalne Zastępcy RPO z dnia 17.12.2015 r. do Zastępcy KGP, KMP.570.I.2014.

³⁰⁶ Odpowiedź Zastępcy KGP z dnia 4.02.2016 r., EK-695/16.



Komendanta Głównego Policji wskazał, iż garnizony, które nie sprecyzowały terminu realizacji przedmiotowych inwestycji lub jedynie określiły przedział czasowy modernizacji PdOZ, są na etapie planowania budowy nowej siedziby jednostki lub opracowywania dokumentacji projektowej wymienionych przedsięwzięć inwestycyjnych.

Sytuacja w tym zakresie zweryfikowana została ponownie przez Zastępcę RPO pod koniec 2016 r.³⁰⁷ W przedstawionej w tej sprawie odpowiedzi z dnia 9 listopada 2016 r. Zastępca Komendanta Głównego Policji zawarł stanowisko, że *niezależnie od okoliczności wpływających na wydłużenie w czasie dostosowania wyznaczonych PdOZ dla potrzeb omawianej grupy osób, rozpoczęty w tym zakresie proces jest sukcesywnie kontynuowany*³⁰⁸.

Analiza danych przedstawionych przez Policję w tej sprawie wskazuje, że w 2016 r. jednostek uznanych za dostosowane częściowo do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną (sanitariat, toaleta, pokój dla zatrzymanych) było 13 w skali całego kraju³⁰⁹. Wyznaczonych do dostosowania zostało zaś 8 jednostek³¹⁰, w tym, w przypadku 2 z nich wskazano odległy termin dostosowania (do 2020 r.³¹¹), a w 5 innych placówkach w ogóle zrezygnowano z jego określenia³¹². Zgodnie z przesłanymi informacjami, PdOZ KPP w Poddębicach ma zostać dostosowany do grudnia 2017 r.

Postęp prac nad dalszymi dostosowaniami PdOZ do potrzeb osób z niepełnosprawnością pozostaje w zainteresowaniu KMPT.

5.3. Mocne strony i dobre praktyki

Cenną inicjatywą zaobserwowaną przez wizytujących i wartą powielenia we wszystkich jednostkach Policji jest utrzymanie w PdOZ pomieszczenia przeznaczonego do realizacji wizyt lekarskich, dzięki czemu badania osób zatrzymanych realizowane są z poszanowaniem prawa do prywatności i zachowania tajemnicy lekarskiej³¹³.

³⁰⁷ Wystąpienie generalne Zastępcy RPO z dnia 11.10.2016 r. do Zastępcy KGP, KMP.570.1.2014.

³⁰⁸ Odpowiedź Zastępcy KGP z dnia 9.11.2016 r., EK-4336/16.

³⁰⁹ KMP Bydgoszcz, KMP Kartuzy, KMP Katowice, KPP Skarżysko-Kamienna, KWP Kraków, KMP Nowy Sącz, KPP Ryki, KPP Ełk, KPP Gniezno, KMP Płock, KMP Rzeszów, KPP Gryfino, KP Wrocław Krzyki.

³¹⁰ KMP Białystok, KMP Grudziądz, KMP Brodnica, KPP Międzyrzecz, KPP Poddębice, KMP Opole, KPP Krapkowice, KRP Warszawa VI.

³¹¹ KMP Opole i KMP Krapkowice.

³¹² KMP Białystok i KPP Kartuzy.

³¹³ PdOZ w Płońsku.

5.4. Obszary wymagające poprawy

1. Legalność pobytu

Nie zawsze o zatrzymaniu zawiadamiany jest prokurator, a dokumentacja w tej sprawie nie jest pełna. Podczas wizytacji jednej placówki³¹⁴ wizytujący stwierdzili w protokołach zatrzymania przypadki braku zawiadomień prokuratora na mocy art. 244 § 4 Kodeksu postępowania karnego (k.p.k.)³¹⁵. Obowiązek powiadomienia prokuratora o zatrzymaniu, stanowi jedną z gwarancji praworządnego stosowania zatrzymania, pozwala na realizowanie przez prokuratora uprawnień i obowiązku do nadzoru nad jego prawidłowością, określonego w art. 256 k.p.k.³¹⁶. Regulacja ta jest niezwykle istotna z perspektywy uprawnień zatrzymanego, gdyż prokurator uznając, że ustała przyczyna zatrzymania albo stwierdzając jej brak, zarządza natychmiastowe zwolnienie zatrzymanego.

Co więcej, w ramach nadzoru prokurator może samodzielnie badać prawidłowość zatrzymywania osób, w tym także od strony wymogów formalnych (np. prawidłowości protokołów zatrzymania)³¹⁷.

2. Traktowanie

W trakcie wizytacji PdOZ w Płońsku wizytujący ujawnili nieprawidłowości związane z traktowaniem osób zatrzymanych przez funkcjonariuszy Policji. Zostały one szczegółowo opisane w rozdziale *Naruszenia praw osób pozbawionych wolności stwierdzone w trakcie wizytacji miejsc detencji (wybrane przykłady)*.

Wizytujący zakwestionowali również praktykę niewydawania zatrzymanym na czas ciszy nocnej prześcieradeł i powłoczek na pościel, jak również opóźnienia w wydawaniu posiłków (w czasie wizytacji osoby zatrzymane dostały pierwszy posiłek dopiero o godz. 11.00 zamiast między godz. 7.00 a 8.00)³¹⁸.

Za niedopuszczalne należy także uznać dokonywanie szczegółowego sprawdzenia osoby zatrzymanej w pomieszczeniu objętym monitoringiem

³¹⁴ PdOZ w Busku-Zdroju.

³¹⁵ Art. 244 § 4 k.p.k.: *Niezwłocznie po zatrzymaniu osoby podejrzanej należy przystąpić do zebrania niezbędnych danych, a także o zatrzymaniu zawiadomić prokuratora.(...)*

³¹⁶ Art. 256 k.p.k. *Nadzór nad prawidłowością zatrzymania i wykonania środków zapobiegawczych sprawuje sąd, a w postępowaniu przygotowawczym – także prokurator.*

³¹⁷ T.H. Grzegorzczuk, *Kodeks postępowania karnego*, Tom I, Art. 1-467, Komentarz do art. 256 k.p.k., LEX, 2014.

³¹⁸ PdOZ w Płońsku.



wizyjnym. Przypadek taki ujawnił zapis nagrania monitoringu z jednego PdOZ³¹⁹. W ocenie wizytujących narusza to godność osoby zatrzymanej i praktyka ta powinna zostać jak najszybciej wyeliminowana. Warto też odnieść się do podstawy prawnej omawianej czynności, która dopuszcza *sprawdzenie osoby oraz odzieży na niej w warunkach zapewniających poszanowanie jej intymności* (§ 5 ust. 2 Regulaminu pobytu w PdOZ).

3. Prawo do opieki medycznej

W większości wizytowanych placówek nie poddawano badaniom lekarskim osób nietrzeźwych zatrzymanych do sprawy karnej. Zwiększa to w sposób oczywisty ryzyko zgonów osób nietrzeźwych w PdOZ, o których wcześniej była już mowa. Wyjątkiem był PdOZ w Aleksandrowie Kujawskim, w którym badaniu przed umieszczenie w PdOZ poddawane były wszystkie osoby zatrzymane.

Zastrzeżenia wizytujących wzbudził ponadto sposób prowadzenia badań przez lekarzy decydujących o możliwości umieszczenia zatrzymanego w PdOZ.

Podczas wizytacji jednej z placówek³²⁰ przedstawiciele KMPT ujawnili dwa przypadki, w których niedopełnienie obowiązków wynikających z przeprowadzenia badań lekarskich, naraziło osoby zatrzymane na utratę życia lub zdrowia. Opis ujawnionych w tych zakresie nieprawidłowości znajduje się w rozdziale pt. *Naruszenia praw osób pozbawionych wolności stwierdzone w trakcie wizytacji miejsc detencji (wybrane przykłady)*.

W kolejnym PdOZ³²¹ według relacji zatrzymanych, badanie lekarskie miało jedynie formę wywiadu lub też wyłącznie obserwacji pacjenta z odległości kilku metrów. W tym samym PdOZ stan zdrowia zatrzymanego, którego dotyczyło rzekome badanie w formie pogorszył się na tyle, że wymagał wezwania pogotowia ratunkowego.

Artykuł 42 ust.1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry³²² stanowi, iż lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Należy przyjąć, że w art. 42 przytoczonego aktu prawnego, ustawodawca nałożył obowiązek osobistego fizykalnego zbadania osoby, której dotyczy orzeczenie o stanie

³¹⁹ PdOZ w Busku-Zdroju.

³²⁰ PdOZ w Krasnymstawie.

³²¹ PdOZ w Płońsku.

³²² Dz.U. z 2017 r. poz. 125.

zdrowia oraz zapoznania się z wynikami jej badań, a także zaświadczeniami wydanymi przez innych lekarzy. Szczegółowo zakres badań niezbędnych do wydania określonego zaświadczenia zależy od jego rodzaju i celu przeprowadzenia³²³. Zaniechanie przeprowadzenia badania fizykalnego pacjenta lub jego niedokładne zbadanie jest więc naruszeniem reguł wiedzy i praktyki medycznej w celu przeprowadzenia badania³²⁴.

Wątpliwości wizytujących wzbudził sposób realizacji badań lekarskich na terenie trzech wizytowanych pomieszczeń³²⁵. W dwóch z nich³²⁶ zatrzymani badani byli bowiem przez wezwanego lekarza pogotowia ratunkowego w objętych monitoringiem wizyjnym pokojach dla zatrzymanych. W czasie badania kamera nie była zasłaniana w celu zapewnienia intymności badania. Wątpliwość budzi także sytuacja, gdy badania lekarskie odbywają się przy udziale innych zatrzymanych przebywających w tym samym pokoju co badany³²⁷.

Warto w tym miejscu odnieść się do standardu CPT, wyrażonego w § 38 Drugiego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (92) 3], w którym wskazano, że *badania lekarskie osób przebywających w areszcie policyjnym powinny być przeprowadzane poza zasięgiem słuchu, a najlepiej także poza zasięgiem wzroku funkcjonariuszy policji. Ponadto wyniki każdego badania oraz oświadczenia złożone przez zatrzymanego, jak również wnioski lekarskie powinny być oficjalnie zapisane przez lekarza i udostępnione zatrzymanemu oraz jego adwokatowi*. Z kolei zgodnie z § 4 ust. 2 rozporządzenia w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez policję *decyzję o obecności policjanta w trakcie badania lekarskiego osoby zatrzymanej podejmuje lekarz wykonujący to badanie*.

KMPT w trzech PdOZ³²⁸ ujawnił wady dokumentacji wytwarzanej i wypełnianej przez lekarzy: brak godziny badania w zaświadczeniach lekarskich, brak daty i godziny w książce badań lekarskich i wydawanie zaświadczeń lekarskich na druku niezgodnym z wzorem zawartym w rozporządzeniu w sprawie badania (brak rubryki zatytułowanej *wskazania do stosowania leków i ich dawkowania*). Powyższe mankamenty m.in. uniemożliwiają ustalenie czasu wykonania badania, dokonanie oceny czy niezbędna pomoc me-

³²³ E. Zielińska (red.), E. Barcikowska-Szydło, K. Majcher, M. Malczewska, W. Preiss, K. Sakowski, komentarz do art. 42 ustawy o zawodach lekarza i dentystry, Lex 2014.

³²⁴ R. Kędziora, Monografia nr 98721, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Wolters Kluwer Polska SA, 2009, str. 210.

³²⁵ PdOZ w: Aleksandrowie Kujawski, Krasnymstawie, Busko-Zdroju.

³²⁶ PdOZ w: Krasnymstawie, Aleksandrowie Kujawskim.

³²⁷ PdOZ w: Busko-Zdroju, Krasnymstawie.

³²⁸ PdOZ w: Płońsku, Aleksandrowie Kujawskim, Busko-Zdroju.



dyczna została udzielona zatrzymanemu niezwłocznie od chwili powzięcia informacji o zaistnieniu takiej potrzeby i utrudniają wydawanie zatrzymanym w PdOZ niezbędnych leków.

Przedstawiciele KMPT badając dokumentację medyczną w jednym z PdOZ³²⁹ odnotowali przypadki osób, które były badane przez lekarza, jednak w ich dokumentacji brakowało zaświadczenia lekarskiego.

W tym samym PdOZ³³⁰ wizytujący natrafili na przypadek nieodnotowania w zaświadczeniu lekarskim przez psychiatrę badającą zatrzymanego przed jego osadzeniem w Izbie, iż przejawia on zachowania autoagresywne (uderzał on głową w posadzkę w oddziale ratunkowym). Taka informacja mogłaby stanowić ważny sygnał dla funkcjonariuszy Policji świadczący o konieczności wzmoczonego nadzoru nad zatrzymanym mężczyzną, tym bardziej, że po umieszczeniu w PdOZ, zatrzymany ten usiłował targnąć się na swoje życie. W ocenie przedstawicieli KMPT brak wskazania przez lekarza tak istotnej informacji na temat zachowania pacjenta, stanowi dowód nierzetelnego przeprowadzenia badania.

4. Prawo do informacji

Podczas wizytacji KMPT ustalili, że nie wszystkie pokoje dla zatrzymanych lub doprowadzonych były wyposażone w regulaminu pobytu³³¹ i dane kontaktowe do instytucji stojących na straży praw człowieka i obywatela³³².

W jednym przypadku³³³ brakowało również aktualnych tłumaczeń regulaminu na języki obce, a zatrzymanemu cudzoziemcowi nie zapewniono możliwości porozumiewania się w sprawach dotyczących pobytu w PdOZ za pośrednictwem tłumacza, wbrew uregulowaniu zawartemu w § 1 ust. 2 regulaminu pobytu w PdOZ³³⁴. Cudzoziemiec ten zgłaszał również wątpliwości dotyczące braku tłumacza podczas czynności zatrzymania i pouczenia go.

³²⁹ PdOZ w Krasnymstawie.

³³⁰ PdOZ w Krasnymstawie.

³³¹ Zgodnie z § 16 ust.2 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb (Dz. U. z 2012 r., poz. 638 z późn.zm.) kopię regulaminu oraz wykaz instytucji stojących na straży praw człowieka umieszcza się w pokoju dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, w sposób uniemożliwiający ich zniszczenie lub dokonanie przy ich pomocy zamachu na zdrowie człowieka.

³³² PdOZ w: Aleksandrowie Kujawskim, Płońsku.

³³³ PdOZ w Płońsku.

³³⁴ Osobie nieznającej języka polskiego przyjmowanej do pomieszczenia zapewnia się możliwość porozumiewania się w sprawach dotyczących pobytu w pomieszczeniu za pośrednictwem tłumacza.

Podkreślić trzeba, że sam fakt zamieszczenia w pokoju regulaminu pobytu w PdOZ nie stanowi realizacji celu, jakiemu miał służyć ten przepis, bowiem uzasadnieniem dla jego wprowadzenia była i jest potrzeba zapewnienia zatrzymanym informacji na temat ich praw i obowiązków. Z tego względu, poza uwagami dotyczącymi opisaną wyżej sytuację jednego z cudzoziemców, wizytujący w jednej z jednostek Policji³³⁵ zwrócili uwagę na brak niektórych podpisów w karcie zapoznania się z regulaminem³³⁶. Podpis osoby pozbawionej wolności w tego typu dokumencie stanowi potwierdzenie realizacji prawa do informacji, czyli umożliwienia należytego zapoznania się z zasadami panującymi w Izbie. KMPT pragnie zauważyć, że w myśl stanowiska zawartego w standardach CPT *prawa osób pozbawionych wolności nie mają większej wartości, jeśli osoby te nie są świadome ich istnienia*³³⁷.

W jednej z wizytowanych placówek brakowało listy adwokatów i radców prawnych³³⁸. W związku nowelizacją przepisów Kodeksu postępowania karnego i przyznaniem radcom prawnym uprawnień obrończych w sprawach karnych koniecznym jest uzupełnienie wykazów, którymi dysponują Izby także o przedstawicieli tego zawodu. Brakowało ich w przypadku jednego PdOZ³³⁹. Możliwość wglądu do takiej listy należy też traktować jako jedno z zabezpieczeń przeciwko złemu traktowaniu.

Nie jest również powszechną praktyką umożliwienie zatrzymanemu samodzielnego zawiadomienia kogoś bliskiego o fakcie pozbawienia go wolności, mimo iż charakter nie wszystkich czynów wykluczałby taką możliwość ze względu na dobro śledztwa. Zazwyczaj funkcjonariusze Policji, na żądanie zatrzymanego, realizują to uprawnienie³⁴⁰.

Zgodnie z Rezolucją Zgromadzenia Ogólnego ONZ – Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie zatrzymania lub uwięzienia, *niezwłocznie po zatrzymaniu oraz po każdym przeniesieniu z jednego miejsca aresztowania lub uwięzienia do innego, osoba aresztowana lub uwięziona będzie uprawniona powiadomić, bądź też doma-*

³³⁵ PdOZ w Aleksandrowie Kujawskim.

³³⁶ Zgodnie z § 1 ust. 1 zał.1 cytowanego wcześniej rozporządzenia MSWiA *osobę przyjmowaną do pomieszczenia niezwłocznie informuje się o: 1) przysługujących jej prawach i ciążących na niej obowiązkach poprzez zapoznanie jej z niniejszym regulaminem. Osoba przyjmowana do pomieszczenia potwierdza zapoznanie się z regulaminem pobytu poprzez złożenie podpisu w karcie zapoznania z regulaminem pobytu osób w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia.*

³³⁷ § 44 Dwunastego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (2002)12].

³³⁸ PdOZ w Płońsku.

³³⁹ PdOZ w Krasnymstawie.

³⁴⁰ PdOZ w: Płońsku, Aleksandrowie Kujawskim.



gać się od właściwego organu powiadomienia członków jej rodziny lub innych właściwych osób według swojego wyboru, o jej zatrzymaniu, aresztowaniu lub uwięzieniu, bądź o przeniesieniu i o miejscu, w którym jest przetrzymywana (Zasada 16.1). W związku z powyższym, w ocenie KMPT, w pierwszej kolejności należałoby więc rozważyć możliwość samodzielnej realizacji przysługującego zatrzymanym prawa do powiadomienia osoby trzeciej, zaś tylko w sytuacjach szczególnych prawo to realizować za pośrednictwem funkcjonariuszy Policji.

W jednym z PdOZ³⁴¹ ujawniono ponadto, że pomimo deklaracji zatrzymanego o powiadomieniu jego rodziny o fakcie jego zatrzymania, funkcjonariusze nie zrealizowali tego powiadomienia.

5. Warunki bytowe

Warunki bytowe w większości wizytowanych placówek zostały ocenione jako dobre, choć jednocześnie przedstawiciele KMPT zgłosili kilka uwag w tej mierze dotyczących poszczególnych jednostek: zły stan higieniczny poduszek i materacy dla osób pozbawionych wolności³⁴², zniszczone obuwie zastępcze³⁴³, brak kompletnej bielizny zastępczej dla kobiet (jednorazowych staników)³⁴⁴, ściany pomieszczeń wymagające odświeżenia³⁴⁵, brak zasłony prysznicowej i wyłączony z użytkowania skutkiem zniszczenia jeden z sedesów³⁴⁶, usterka monitoringu wizyjnego³⁴⁷, brak szafy pancernej na depozyt osób umieszczonych w PdOZ³⁴⁸.

W dalszym ciągu nie we wszystkich placówkach zamontowane było oświetlenie nocne³⁴⁹. Utrudniało to nocny odpoczynek. W jednym przypadku funkcjonariusze Policji gasili całkowicie światło i do kontroli zatrzymanych korzystali z kamer mających zamontowaną funkcję rejestracji w podczerwieni³⁵⁰. W związku z obowiązkiem funkcjonariuszy Policji pełniących służbę w PdOZ sprawdzania stanu osób umieszczonych w pokojach także

³⁴¹ PdOZ w Aleksandrowie Kujawskim.

³⁴² PdOZ w Krasnymstawie.

³⁴³ PdOZ w Płońsku.

³⁴⁴ PdOZ w: Płońsku, Aleksandrowie Kujawskim.

³⁴⁵ PdOZ w Płońsku.

³⁴⁶ PdOZ w Płońsku.

³⁴⁷ PdOZ w Busko-Zdroju.

³⁴⁸ PdOZ w Aleksandrowie Kujawskim.

³⁴⁹ PdOZ w Krasnymstawie, Płońsku, Aleksandrowie Kujawskim.

³⁵⁰ PdOZ w Aleksandrowie Kujawskim.

w porze nocnej, w opinii KMPT potrzebne jest zamontowanie oświetlenia o takim natężeniu, które będzie umożliwiało funkcjonariuszom Policji wypełnienie zadań służbowych, a zatrzymanym odpoczynek.

6. Personel

Zdaniem KMPT funkcjonariusze Policji wymagają większego wsparcia, zarówno w docenieniu ich pracy, jak i poprzez zapewnienie im większej liczby szkoleń, wzmacniających umiejętność komunikowania się w trudnych sytuacjach, tudzież pomagających poradzić sobie z obciążeniami psychicznymi związanymi ze stresującą pracą.

Na uwagę zasługuje przykład stwierdzenia przewinienia dyscyplinarnego (przypadek mniejszej wagi) popełnionego przez dyżurnego jednostki³⁵¹, który zmienił podstawę prawną zatrzymania w stosunku do osoby poszukiwanej na podstawie nakazu doprowadzenia i polecił ją doprowadzić do wytrzeźwienia. Nie oceniono jednocześnie faktu, że dyżurny zadbał, aby ten sam zatrzymany, przejawiający zachowanie autoagresywne i deklarujący chęć zabicia się, został ponownie zbadany przez lekarza specjalistę w ośrodku pomocy osobom uzależnionym. Zastępca RPO biorący udział wraz z KMPT w wizytacji, podczas której omawiany był ten przypadek, zwracali również uwagę, że funkcjonariusze Policji, którzy udaremnili samobójczy zamach ponownie uznanego przez lekarzy za zdolnego do przebywania w PdOZ mężczyzny, powinni zostać za swoją postawę docenieni.

W celu zwiększenia gwarancji przeciwko złemu traktowaniu osób pozbawionych wolności pożądane jest również zwrócenie uwagi na prawidłowe postępowanie funkcjonariuszy Policji w relacjach z osobami pozbawionymi wolności. Wsparcie to jest niezmiernie ważne dla wzmocnienia pożądanych wzorców traktowania osób zatrzymanych i doprowadzonych do Izb.

Z uwagi na fakt, iż praca funkcjonariuszy Policji pełniących dyżur w PdOZ wymaga nie tylko wiedzy merytorycznej, ale także wysokiego poziomu kompetencji interpersonalnych, nie ulega wątpliwości, że pogłębianie wiedzy w obszarze metod i form pełnienia służby w pomieszczeniach jest niewystarczające. Zgodnie bowiem z rekomendacją zawartą w § 60 Drugiego Raportu Generalnego CPT³⁵² *zdolność do komunikacji interpersonalnej powinna stanowić najważniejszy czynnik w procesie rekrutacji personelu służb egzekwujących przestrzeganie prawa oraz podczas szkolenia powinien zostać*

³⁵¹ PdOZ w Krasnymstawie.

³⁵² CPT/Inf (92)3.



położony znaczny nacisk na rozwijanie umiejętności komunikacji interpersonalnej opartych na szacunku dla godności ludzkiej. Posiadanie takich umiejętności często umożliwia funkcjonariuszowi policji lub służb więziennych rozładowanie sytuacji, które w przeciwnym wypadku mogłyby stać się przyczynkiem do wybuchu przemocy, zaś bardziej ogólnie prowadzi do obniżenia napięcia oraz podniesienia jakości życia w policji oraz zakładach więziennictwa, co przynosi korzyść wszystkim osobom zainteresowanym. CPT kładzie szczególny nacisk na konieczność rozwijania umiejętności w zakresie komunikacji interpersonalnej.

W ocenie wizytujących ofertę szkoleniową należałoby poszerzyć o dodatkowe zagadnienia tak, aby personel izby wiedział jak pracować z trudnymi osobami bez wyrządzania im krzywdy, jak udzielać pierwszej pomocy osobom w różnym stanie fizycznym czy psychicznym oraz jak radzić sobie ze stresem i agresją.

6. Domy pomocy społecznej

6.1. Wprowadzenie

W 2016 r. KMPT przeprowadził wizytacje w 25 domach pomocy społecznej³⁵³ (dalej DPS, dom, placówka). Rok 2016 stanowił jednocześnie swego rodzaju podsumowanie 146 wizytacji przeprowadzonych przez KMPT w latach 2009–2016 w domach pomocy społecznej. Z tego też względu, KMPT rozpoczął w 2016 r. pracę nad raportem tematycznym podsumowującym dotychczasowe wyniki monitoringu. Publikacja pt. *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej*, która ukazała się w 2017 r., ma służyć zarówno ujawnieniu zaistniałych w poszczególnych placówkach nieprawidłowości, jak i zasygnalizowaniu pewnych obszarów problemowych, w których może dojść do naruszenia praw mieszkańców. Cel raportu nie ogranicza się zatem tylko do przedstawienia stanowiska Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w zakresie traktowania osób pozbawionych wolności w domach pomocy społecznej, ale również pobudzenia dyskusji i wyczulenia personelu tych placówek na wystąpienie sytuacji potencjalnie grożących niewłaściwym traktowaniem.³⁵⁴

6.2. Problemy systemowe

Wizytacje przeprowadzone przez KMPT w 2016 r. wykazały, że nadal aktualne są ujawniane w latach ubiegłych problemy systemowe związane z pełnieniem przez pracowników domów funkcji opiekunów prawnych

³⁵³ DPS we: Włocławku (ul. Żeromskiego 28a), Włocławku *Na skarpie*, Włocławku (ul. Nowomiejska 19), Kielcach (ul. Sobieskiego 30), Kielcach im. Florentyny Malskiej, Wrocławiu (ul. Rędzzińska 60/68), Pruszczu (ul. Łowińska 9), Moryniu, Nowym Czarnowie, Suwałkach *Kalina*, Otwocku (ul. Marii Konopnickiej 17), Elblągu *Niezapominajka*, Górnem, Hostel im. Jana Pawła II w Otwocku, Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi w Augustowie (ul. Studzienne 2), Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi w Augustowie (ul. 3 maja 37), Gościnie, im. Stanisława Broniewskiego *Orszy* w Warszawie-Wesołej, Pabianicach (ul. Wiejska 55/61, filia ul. Łaska 68), Katowicach *Zacisze*, nr 1 w Zabrze, Bobrku, Kętrzynie, Krasnymstawie, Warszawie *Na przedwiośniu*.

³⁵⁴ Raport dostępny jest także w wersji elektronicznej na stronie KMP w zakładce *Publikacje dotyczące praw osób pozbawionych wolności*.



osób ubezwłasnowolnionych³⁵⁵, stosowaniem monitoringu wizyjnego³⁵⁶, nadużywaniem alkoholu przez część mieszkańców³⁵⁷, kontaktu ze światem zewnętrznym³⁵⁸ oraz zakresu współpracy z psychologiem³⁵⁹. Wszystkie te kwestie były przedmiotem analizy zawartej zarówno w dotychczasowych raportach z działalności KMPT w Polsce³⁶⁰, jak również wspomnianego wyżej raportu tematycznego poświęconego funkcjonowaniu domów pomocy społecznej.

W roku ubiegłym zwrócono ponadto uwagę³⁶¹ na poważne trudności interpretacyjne, które w praktyce budzi treść § 8 ust. 1 rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania³⁶² (dalej rozporządzenie w sprawie stosowania p.b.). Regulacja ta wskazuje bowiem, że przymus bezpośredni w postaci izolacji stosuje się w pomieszczeniu, które z jednej strony urządzone jest w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi, ale jednocześnie w sposób odpowiadający pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Przepis ten wprowadza zatem wymóg pogodzenia dwóch przeciwstawnych do pewnego stopnia wartości – zabezpieczenia mieszkańca i zagwarantowania mu typowych dla danej placówki warunków bytowych na czas izolacji. W opinii KMPT w sytuacji uzasadniającej zastosowanie przymusu bezpośredniego podstawowym obowiązkiem winno być zapewnienie danej osobie bezpieczeństwa, nawet jeśli w trakcie izolacji będzie ona czasowo pozbawiona urządzeń i sprzętów dostępnych

³⁵⁵ DPS w: Gościnie, Pabianicach, Nowym Czarnowie, Moryniu, Otwocku (ul. Marii Konopnickiej 17), Katowicach *Zacisze*, Zabrze, Górnice, Augustowie (ul. Studzianicza 2 i ul. 3 maja 37), Bobrku, Elblągu *Niezapominajka*, Krasnymstawie.

³⁵⁶ DPS w: Pabianicach, Zabrze, Warszawie-Wesołej im. Stanisława Broniewskiego Orszy, Górnice, Elblągu *Niezapominajka*, Pruszczy.

³⁵⁷ DPS w: Katowicach *Zacisze*, Górnice, Zabrze, Kętrzynie, Krasnymstawie Filia w Ostrowie Krupskim.

³⁵⁸ DPS w: Otwocku (ul. Marii Konopnickiej 17), Krasnymstawie.

³⁵⁹ DPS w: Nowym Czarnowie, Włocławku (ul. Nowomiejska 19), Kielcach (ul. Sobieskiego 30), Kętrzynie, Pruszczy.

³⁶⁰ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2015 r., Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2016, nr 4, Źródła, s. 88-94; Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2014 r., Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2015, nr 4, Źródła, s. 81-85; Raport RPO z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji 2013 r., Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2014, nr 4, Źródła, s. 139-141; Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2012 r., Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2013, nr 5, Źródła, s. 81-83.

³⁶¹ DPS w Augustowie (ul. Studzianicza 2 i ul. 3 maja 37).

³⁶² Dz. U. z 2012 r., poz. 740.

w innych pomieszczeniach. Zgodnie z obowiązującymi przepisami możliwość stosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji w domach pomocy społecznej jest ograniczona czasowo do 8 godzin (§ 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie stosowania p.b.), co wyklucza długotrwały pobyt w tych pomieszczeniach. Tym samym ograniczona zostaje konieczność urządzania ich tak, jak innych dostępnych dla mieszkańców pomieszczeń. Należy mieć na uwadze, że priorytet bezpieczeństwa w tym wypadku nie uzasadnia możliwości odstąpienia od wymogu urządzenia pomieszczeń do stosowania izolacji w sposób respektujący godności mieszkańców.

W toku wizytacji prowadzonych w 2016 r. przedstawiciele KMPT zdiagnozowali także problem niedostatecznej kontroli sprawowanej w domach pomocy społecznej przez sędziów rodzinnych. Zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego³⁶³ (dalej u.o.z.p.) obowiązek sądowej kontroli legalności przyjęcia i przebywania w domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, a także przestrzegania ich praw oraz warunków panujących w placówce, dotyczy wyłącznie domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób psychicznie chorych lub upośledzonych umysłowo. Tymczasem pensjonariusze z zaburzeniami psychicznymi mogą przebywać również w innych typach domów np. w domach dla osób przewlekle somatycznie chorych, z uwagi na ich stan somatyczny i decyzję organów kierujących. W praktyce zatem zdarza się, że ze względu na konstrukcję wskazanego wyżej przepisu, dany dom pomocy społecznej nie jest w ogóle kontrolowany przez sąd mimo, iż przebywają w nim osoby chore psychicznie³⁶⁴. W opinii KMPT takie rozwiązanie stawia część mieszkańców domów pomocy społecznej w gorszej pozycji pozwalając na nieweryfikowane oraz nieokreślone czasowo pozbawienie wolności, pomija konieczność zagwarantowania wolności osobistej każdemu człowiekowi i możliwość domagania się w bezpośrednim kontakcie z sędzią wizytatorem, weryfikacji ich sytuacji w tym zakresie.

Oba przedstawione powyżej zagadnienia RPO zasygnalizował w piśmie skierowanym do Ministra Zdrowia, zawierającym opinię w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw³⁶⁵.

³⁶³ Dz. U. z 2016 r., poz.546 j.t.

³⁶⁴ np. DPS w Suwałkach *Kalina*.

³⁶⁵ Pismo z dnia 27 października 2016 r., KMP.022.4.2016.



6.3. Mocne strony i dobre praktyki

Podczas każdej wizytacji Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur akcentuje wszystkie aspekty funkcjonowania danej placówki, które pozytywnie wyróżniają ją na tle innych lub mogą służyć jako przykład dobrych praktyk.

Na szczególną uwagę i docenienie zasługują działania podjęte przez DPS *Kalina* w Suwałkach. W placówce tej m.in. utworzono Regionalną Izbę Pamięci, gdzie w otoczeniu przedmiotów codziennego użytku z dawnych lat prowadzone są zajęcia terapeutyczne, organizowany jest także cykl spotkań *Ocalić od zapomnienia* w trakcie których prezentowane są sylwetki mieszkańców. Na terenie DPS utworzono profesjonalnie wyposażony teatr umożliwiający mieszkańcom wystawianie własnych przedstawień oraz oglądanie spektakli zaproszonych gości. W placówce tej odbywają się także różne imprezy, w tym *Międzynarodowe Animacje Teatralne, Integracyjne Biegi Uliczne*, z udziałem mieszkańców z innych domów z terenu Polski i Litwy, uczestników warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy oraz dzieci szkolnych. Z inicjatywy personelu powołano ponadto Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej *Kalina* w Suwałkach. Do jego głównych celów należy pomoc w pozyskiwaniu środków finansowych na potrzeby bytowe, zdrowotne i kulturalne mieszkańców. Wśród osiągnięć Stowarzyszenia należy wyróżnić: uruchomienie w parku należącym do placówki rehabilitacyjnej ścieżki zdrowia, zakup kilkudziesięciu łóżek rehabilitacyjnych dla najciężej chorych mieszkańców, zakup 3 wózków inwalidzkich o napędzie elektrycznym, organizowanie szkoleń dla pracowników i konferencji o tematyce związanej z działalnością dps.

Także pracownicy DPS w Górninie powołali Stowarzyszenie Wsparcia Domu Pomocy Społecznej w Górninie, które pozyskuje żywność dla pensjonariuszy z Banków Żywności działających w różnych miastach, organizuje wycieczki i zabawy integracyjne. Placówkę tę wyróżnia ponadto zrealizowany w niej projekt *Poprawa jakości usług świadczonych przez Dom Pomocy Społecznej w Górninie poprzez rozbudowę infrastruktury, doposażenie obiektu oraz szkolenie personelu*, dofinansowany ze Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy Województwa Podkarpackiego na lata 2012-2016. Głównym celem projektu była poprawa dostępności i jakości usług w zakresie pomocy społecznej, a składał się on z dwóch komponentów: zastosowania innowacyjnych rozwiązań w zakresie infrastruktury i zakupu no-

woczesnego sprzętu, a także szkoleń personelu pracującego bezpośrednio z mieszkańcami. Realizacja projektu umożliwiła modernizację obiektów, zakupy inwestycyjne, zagospodarowanie terenu z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnościami, wzmocnienie kompetencji personelu, poprawę jakości obsługi mieszkańców, a także warunków pracy osób zatrudnionych w placówce.

W DPS w Nowym Czarnowie podejmowane są liczne działania wspierające integrację mieszkańców ze środowiskiem oraz ich funkcjonowanie psychofizyczne i psychospołeczne. Działania te zaowocowały usamodzielnieniem jednego z mieszkańców – znalazł on zatrudnienie i zamieszkał w mieszkaniu chronionym. Dzięki staraniom dyrektora zatrudnienie podjęło także dwóch mieszkańców DPS Hostel im. Jana Pawła II w Otwocku.

Za wyróżniający się pod względem możliwości zatrudnienia mieszkańców należy jednak uznać DPS w Bobrku. W placówce tej została stworzona filia spółdzielni pracy, w ramach której 26 mieszkańców znalazło zatrudnienie przy odzysku metali z przewodów elektrycznych. W domu tym zorganizowano ponadto dwa hostele, w których zamieszkiwali bardziej samodzielni mieszkańcy.

Funkcjonowanie DPS w Moryniu oparto o tzw. *metodę rodzinkową* opracowaną przez Założycielkę Zgromadzenia Sióstr Benedyktynek Samarytanek Krzyża Chrystusowego i funkcjonujący w placówkach prowadzonych przez to Zgromadzenie. Każda z rodzynek usytuowana jest we własnym, wydzielonym korytarzu, w którym mieszczą się pokoje mieszkalne i pomieszczenia ogólnodostępne. Każda ma przydzielony także odrębny personel: kierownika rodzinki, opiekunki i pokojowe. Pracownicy rodzinki w ramach indywidualnego podejścia do każdego mieszkańca dokonują rozpoznania jego potrzeb, możliwości i zainteresowań. W opinii KMPT *metoda rodzinkowa* sprzyja realizacji oddziaływań na mieszkańców oraz budowaniu więzi zbliżonych do rodzinnych.

Trzy z wizytowanych placówek posiadają bardzo dobrą bazę do prowadzenia rehabilitacji i terapii. Do dyspozycji mieszkańców DPS w Pabianicach są profesjonalnie wyposażone gabinety kinezyterapii, fizykoterapii, hydroterapii. Pensjonariusze mają także możliwość skorzystania z zabiegów wykonywanych laserem punktowym. W placówce prowadzi się również zabiegi usprawniające, masaże u chorych leżących oraz rehabilitację przyłóżkową. Z kolei w DPS w Augustowie³⁶⁶ obok profesjonalnych gabinetów do

³⁶⁶ ul. 3 maja 57.



kinezyterapii, hydroterapii, zorganizowano pracownię logopedyczną, salę doświadczenia świata (wyposażoną w urządzenia i przedmioty służące do stymulowania rozwoju zmysłów, ułatwiające odbiór i interpretację bodźców pochodzących z otoczenia oraz zapewniających odprężenie, wyciszenie i wypoczynek) oraz kilka pracowni artystycznych (ceramiki, plastyki, papieroplastyki i szycia).

Bogatą infrastrukturą do prowadzenia rehabilitacji i terapii dysponuje również DPS w Bobrku. Obok prowadzonej terapii manualnej, muzykoterapii i biblioterapii w placówce zorganizowano grupę teatralną, pracownię botaniczną i pracownię komputerową. Ponadto mieszkańcy zachęceni są do podejmowania aktywności fizycznej – 60 spośród nich należy do klubu sportowego – a dzięki zaangażowaniu pracownika odpowiedzialnego za treningi sportowe co roku biorą oni udział w olimpiadach dla osób z niepełnościami.

Podkreślenia wymaga fakt, że w DPS w Elblągu *Niezapominajka* przyjęto rozwiązanie, zgodnie z którym mieszkańców mogących mieć trudności z powrotem do placówki (np. z powodu zaburzeń pamięci lub orientacji) wyposaża się, na czas pobytu poza DPS, w urządzenie lokalizujące GPS. Mieszkaniec otrzymuje niewielkie urządzenie, ustalające miejsce jego pobytu i uruchamiające odpowiedni alarm w przypadku wystąpienia określonego zdarzenia (zbyt dalekie odejście od placówki, naciśnięcie przycisku SOS).

Placówka ta współpracuje z Aresztem Śledczym w Elblągu w ramach ogólnopolskiego programu *Razem łatwiej*, którego celem jest readaptacja osób pozbawionych wolności poprzez pracę z osobami niepełnosprawnymi i starszymi. Osoby skierowane przez Areszt pracują jako wolontariusze pełniąc rolę asystenta opiekuna na świetlicy dziennego pobytu. Ponadto mieszkańcy placówki uczestniczyli w projektach organizowanych wspólnie ze Stowarzyszeniem Forum Potrzeb i Wsparcia – *Festyn Niezapominajkowy* oraz Kalendarz 2016 (druga edycja). Ten ostatni był cyklem tematycznych sesji zdjęciowych z udziałem mieszkańców. Z kolei organizacja *Festynu Niezapominajkowego* jest imprezą o charakterze wielopokoleniowym, która daje możliwość aktywnego spędzenia czasu z rodzinami i bliskimi mieszkańców. Pensjonariusze placówki biorą aktywny udział w kilku innych projektach, m.in.: *Wolontariusz w Schronisku dla Bezdomnych zwierząt w Elblągu* oraz *Aktywny Senior Wolontariuszem*.

Poza wyżej wymienionymi przykładami dobrych praktyk realizowanymi przez poszczególne wizytowane domy podkreślenia wymagają również następujące: świadczenie przez zatrudnionego w placówce radcę prawne-

go pomocy w indywidualnych sprawach mieszkańców³⁶⁷, prowadzenie systematycznych ćwiczeń pamięci dla osób z chorobą Alzheimera³⁶⁸, zapewnienie 5 posiłków w ciągu dnia³⁶⁹, prowadzenie książki skarg i wniosków, która oprócz daty złożenia i treści skargi zawierała informację o sposobie jej rozpoznania³⁷⁰, występowanie do sądu z wnioskiem o ustanowienie kuratora na podstawie art. 44 u.o.z.p., w przypadku gdy mieszkaniec potrzebuje pomocy w prowadzeniu swoich spraw, ale stan jego zdrowia nie uzasadnia wystąpienia z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie³⁷¹, kierowanie do DPS przez sąd rejonowy osób ukaranych karą ograniczenia wolności w postaci wykonywania nieodpłatnej pracy na cele społeczne³⁷², zorganizowanie dla personelu szkolenia z wykorzystaniem symulatora starości, dzięki czemu pracownicy mogli wczuć się w sytuację osób w podeszłym wieku i doświadczyć odczuwane przez nich ograniczenia³⁷³, wprowadzenie możliwości posiadania i sprawowania opieki przez mieszkańców nad małymi zwierzętami³⁷⁴, organizowanie w każdą pierwszą niedzielę miesiąca spotkań mieszkańców z ich rodzinami i bliskimi, podczas których odwiedzający mają możliwość porozmawiania z terapeutą, psychologiem oraz dyrektorem na temat swoich bliskich³⁷⁵, wydawania kwartalnika informacyjnego, redagowanego przez mieszkańców i personel³⁷⁶, zapewnienie dostępu do bezpłatnego Internetu dzięki sieci Wi-Fi działającej w jednym z pawilonów mieszkalnych oraz w kawiarence internetowej³⁷⁷, zorganizowanie stanowiska komputerowego ze Skypem³⁷⁸, zainstalowanie na terenie placówki urządzeń umożliwiających wykonywanie ćwiczeń na świeżym powietrzu³⁷⁹.

³⁶⁷ DPS w: Zabrze, Katowicach Zacisze, Kętrzynie.

³⁶⁸ DPS w Pabianicach.

³⁶⁹ DPS Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi w Augustowie (ul. 3 maja 37).

³⁷⁰ DPS w Gościnie.

³⁷¹ DPS w Nowym Czarnowie.

³⁷² DPS Hostel im. Jana Pawła II w Otwocku.

³⁷³ DPS w Pruszczu.

³⁷⁴ DPS w: Pabianicach, Bobrku.

³⁷⁵ DPS w Bobrku.

³⁷⁶ DPS w Suwałkach *Kalina*.

³⁷⁷ DPS w Górnio.

³⁷⁸ DPS w Elblągu *Niezapominajka*.

³⁷⁹ DPS w Górnio.



6.4. Obszary wymagające poprawy

1. Legalność pobytu

Analiza dokumentacji ubezwłasnowolnionych mieszkańców DPS *Kalina* w Suwałkach oraz DPS w Krasnymstawie wykazała, że w odniesieniu do części osób decyzję o umieszczeniu w placówce podjął opiekun prawny, nie występując do sądu rodzinnego o zgodę na umieszczenie podopiecznego w tego typu placówce. W przypadku jednego z pensjonariuszy brak zgody sądu dotyczył przeniesienia mieszkańca do innej placówki zainicjowanego przez opiekuna prawnego.

Wobec powyższego należy wskazać, że na podstawie z art. 175 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy³⁸⁰ (dalej k.r.o.) w związku z art. 156 k.r.o. opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku ubezwłasnowolnionego. W wyroku z dnia 18 maja 1999 r. Naczelny Sąd Administracyjny³⁸¹ sprecyzował, iż *umieszczenie w domu pomocy społecznej bez wątpienia należy do tych ważniejszych spraw, wymagających zezwolenia sądu opiekuńczego*. Także ETPC w sprawie *Kędziór przeciwko Polsce*³⁸² stwierdził, iż w sytuacji, gdy umieszczenie osoby w zakładzie opiekuńczym zostało spowodowane przez przedstawiciela ustawowego bez dokonania kontroli jego prawidłowości przez sąd, zachodzi naruszenie art. 5 ust. 4 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. W opinii Trybunału procedura w wyniku której pozbawia się osobę wolności spełnia kryterium *zgodności z prawem*, w kontekście art. 5 ust. 1 lit. e Konwencji, tylko wówczas gdy przewiduje ona, że każdy środek pozbawiający osobę wolności wywodzi się z właściwego organu, przez ten organ jest wykonany oraz nie jest arbitralny.

Na poważne nadużycia w tym zakresie zwrócił uwagę Komitet ONZ do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych, który stwierdził, że *wciąż aktualnym problemem jest pozbawianie osób z niepełnosprawnościami zdolności do czynności prawnych oraz przetrzymywanie ich w różnego rodzaju placówkach, czy to bez zgody osoby zainteresowanej, czy też za zgodą osoby upoważnionej do zastępczego podejmowania decyzji. Powyższe praktyki stanowią akt arbitralnego pozbawienia wolności oraz naruszenie przepisów artykułu*

³⁸⁰ Tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 682.

³⁸¹ Sygn. akt I SA 114/99.

³⁸² Skarga nr 45026/07, wyrok z dnia 16.10.2012 r.

12 i 14 Konwencji. W związku z powyższym Państwa Strony zobowiązane są powstrzymać się od tego rodzaju środków, a także ustanowić mechanizm badania przypadków, w których osoby z niepełnosprawnościami, bez swojej wyraźnej zgody, zostały umieszczone w różnego rodzaju placówkach opiekuńczych³⁸³.

Omawiana kwestia była również przedmiotem analizy Trybunału Konstytucyjnego, który w wyroku z dnia 28 czerwca 2016 r.³⁸⁴ przyznał, że umieszczanie osób ubezwłasnowolnionych w domach pomocy społecznej stanowi naruszenie ich wolności osobistej, a ograniczenia w zakresie dostępu do sądowej weryfikacji ich pobytu w takich miejscach naruszają konstytucyjne prawa tych osób.

W opinii KMPT optymalne rozwiązanie stanowiłoby uzyskiwanie przez opiekuna prawnego zgody sądu opiekuńczego na każdą zmianę placówki opiekuńczej dla swojego podopiecznego. Wydanie przez sąd jednej, blankietowej zgody na umieszczenie takiej osoby w domu pomocy społecznej, należy uznać za niewystarczające z punktu widzenia ochrony praw osób ubezwłasnowolnionych i mogące prowadzić do powstania nieprawidłowości, zwłaszcza gdy opiekunem prawnym osoby ubezwłasnowolnionej jest pracownik domu. Także w doktrynie³⁸⁵ przyjmuje się, że zmiana miejsca pobytu należy do kategorii *ważniejszych spraw*, wymagających zgody sądu opiekuńczego.

Uwagę przedstawicieli KMPT zwróciła sytuacja jednego z mieszkańców DPS we Wrocławiu. Mężczyzna ten został umieszczony w placówce orzeczeniem sądowym. Z rozmowy z mieszkańcem wynikało, że nie akceptuje on takiego stanu rzeczy w związku z czym złożył wnioski o uchylenie postanowienia. Wniosek ten został jednak rozpatrzony negatywnie. Tymczasem z opinii psychologa Miejskiego Centrum Usług Socjalnych we Wrocławiu oraz pism kierowanym z tej instytucji do sądu wynika, że mieszkaniec jest osobą sprawną, dobrze sobie radzącą w codziennym funkcjonowaniu. Większość czasu spędza w swoim mieszkaniu, a nie w placówce i stanowczo podtrzymuje wolę opuszczenia jej. Wszelkie prośby o stosowanie się do zasad pobytu traktuje jako naruszenie swojej wolności osobistej, w związku z czym pracownicy domu nie są w stanie realizować postanowienia sądu.

³⁸³ Komentarz generalny nr 1 (2014) Komitetu do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych – artykuł 12: Równość wobec prawa (CRPD/C/GC/1), pkt 36.

³⁸⁴ Sygn. K 31/15.

³⁸⁵ J. Ignatowicz (w:) Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2012, s. 1181, T. Smyczyński, Prawo rodzinne i opiekuńcze. Analiza i wykładnia, Warszawa 2001, s. 431.



Obecnie trwa postępowanie w sprawie o ubezwłasnowolnienie mieszkańca, a cała sprawa pozostaje w zainteresowaniu KMPT.

2. Traktowanie

W analizowanym obszarze ujawnione nieprawidłowości dotyczyły podnoszenia głosu na pensjonariuszy³⁸⁶, braku reakcji personelu na agresję przejawianą przez jedną mieszkankę w stosunku do innej³⁸⁷, straszenia pobytem w szpitalu psychiatrycznym³⁸⁸. Jedna z mieszkank DPS w Augustowie³⁸⁹ przekazała natomiast informację o uderzeniu jej w głowę przez opiekunkę podczas kąpieli, co miało być reakcją na wyrwanie z wanny i zniszczenie korka z łańcuszkiem³⁹⁰.

W trakcie oglądu jednego z pokoi w placówce w Krasnymstawie (Filia w Stężycy Nadwieprzańskiej) zauważono jak jedna z opiekunek w obecności osób postronnych i przy otwartych drzwiach (z korytarza zaglądał do pokoju w tym czasie inny mieszkaniec) obnażyła starszą kobietę, by założyć jej pieluchomajtki. Z ustaleń wizytujących wynika, iż takie sytuacje zdarzały się częściej. Reprezentanci KMPT przypomnieli wobec powyższego, że dbałości personelu o to, by pensjonariusze niesamodzielni byli umyć i przebrani musi być realizowana z poszanowaniem ich prawa do intymności.

Podczas wizytacji DPS w Gościnie uzyskano informację, że leżący mieszkańcy nie są wywożeni na świeże powietrze i cały czas spędzają w łóżkach. Zgodnie z wyjaśnieniami udzielonymi przedstawicielom KMPT powyższe było spowodowane zbyt małą liczbą zatrudnionego w placówce personelu. Wizytujący wyrazili zaniepokojenie przedstawioną sytuacją. Dostęp do światła dziennego i świeżego powietrza jest jedną z podstawowych potrzeb i powinien być powszechnym standardem zapewnianym każdemu z mieszkańców. W tej samej placówce w trakcie oglądu zwrócono uwagę, że ustawienie łóżek dwóch mieszkank leżących powoduje, że zmuszone są one patrzeć cały czas w ścianę, a dodatkowo jedna z nich przebywała cały czas w półmroku, bez dostępu do świeżego powietrza. Mieszkancki te nie posiadały telewizora, ani radia, a w czasie rozmowy z wizytującymi zgłosiły, że

³⁸⁶ DPS w: Górnice, Bobrku, Augustowie Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi (ul. 3 maja 37).

³⁸⁷ DPS Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi w Augustowie (ul. 3 maja 37).

³⁸⁸ DPS im. Jana Pawła II w Otwocku.

³⁸⁹ ul. Studzieniczna 2.

³⁹⁰ W piśmie z dnia 17.10.2016 r. dyrektor poinformowała, że przeprowadziła rozmowy zarówno z mieszkanką, jak i opiekunką. Mieszkancka miała zmienić wersję wydarzeń tuż po zakończeniu wizytacji, natomiast opiekunka przedstawiła swoje działania jako zmierzające do ratowania życia i uwolnienia mieszkanki z zaplątanego wokół szyi łańcuszka z korkiem.

nie opuszczają pokoju, gdyż *jest za mało personelu, aby je wywieźć*. KMPT wyraził poważne zaniepokojenie opisaną sytuacją.

W DPS w Górnio odebrano sygnał o sprawdzaniu szafek z prywatnymi rzeczami pensjonariuszy, w związku czym zalecono odstąpienie od powyższej praktyki jako pozbawionej podstaw prawnych i naruszającej prawo do prywatności mieszkańców. Z kolei w DPS we Włocławku *Na skarpie* ujawniono wpis świadczący o konfiskacie alkoholu jednemu z mieszkańców i otwarciu jego szafki celem sprawdzenia zawartości. Również personel DPS w Krasnymstawie Filii w Ostrowie Krupskim oraz Stężycy Nadwieprzańskiej przyznał, że wobec mieszkańców nadużywających alkoholu stosowano praktykę odbierania i wylewania go. Za wyjątkowo rażącą uznano sytuację, opisaną przez Zarząd Rady Mieszkańców DPS we Włocławku³⁹¹ w protokole z dnia 21 stycznia 2016 r. Zgodnie z zawartą w nim relacją kierownik działu terapeutyczno-opiekuńczego napotkawszy na ulicy jednego z mieszkańców, sprawdziła zawartość kieszeni jego kurtki. Całemu zajściu miały przyglądać się osoby postronne. Sytuacja ta wywołała u mieszkańca uczucie upokorzenia oraz wstydu, a po całym zajściu wrócił on roztrzęsiony do domu³⁹².

Od jednej z mieszkanek DPS w Augustowie³⁹³ KMPT uzyskał niepokojącą informację, iż przed ok. 3 lata przed wizytacją była zabierana przez za przyjaźnioną kobietę na wakacje i kilkudniowe przepustki do jej domu, gdzie jakiś mężczyzna, mieszkający z nią lub jedynie ją odwiedzający (rozmówczyni określała obydwój jako *ciocię i wujka*) molestował ją seksualnie. Kiedy mieszkanka zaczęła się skarżyć na tę sytuację kobieta zakazała jej mówienia na ten temat i zerwała dalsze kontakty. Siostry prowadzące dom z kolei nie uwierzyły mieszkance i nie podjęły żadnych działań mających na celu zweryfikowanie tej historii, w tym nie powiadomiły odpowiednich służb o możliwości popełnienia przestępstwa. W opinii KMPT pokrzywdzona, mimo upływu lat, przeżywała relacjonowaną krzywdę i była wyraźnie rozgorączkowaną faktem, że personel DPS odmówił jej wiarygodności. Zaznaczyć w tym miejscu należy, że dyrektor placówki wyjaśniała opisany brak wiary w relację dziewczyny jej wcześniejszymi doniesieniami o molestowaniu w szkole przez innych uczniów. Nie wskazano jednak, aby i ta historia została zweryfikowana przed jej zanegowaniem³⁹⁴. W ocenie KMPT zbagatelizowanie przez

³⁹¹ Ul. Żeromskiego 28a.

³⁹² Mieszkaniec nie chciał poruszać tego zdarzenia w rozmowie z przedstawicielem KMPT.

³⁹³ Ul. 3 maja 57.

³⁹⁴ W raporcie z wizytacji przedstawiciele KMPT zalecili dyrektor DPS zawiadomienie prokuratury o ujawnionym zdarzeniu, o ile wyrazi na to zgodę sama mieszkanka. Z odpowiedzi dyrektor Domu wyni-



dyrekcję placówki tak ważnej informacji przekazanej przez mieszkankę po powrocie z przepustki, stanowiło działanie zupełnie nieuzasadnione. Zaniebdanie to narażało również mieszkankę na niebezpieczeństwo ponawiania tego typu zdarzeń w przyszłości.

Zastrzeżenia KMPT wzbudziła także sytuacja opisana w skardze mieszkańców DPS we Włocławku³⁹⁵ z dnia 21 stycznia 2016 r., zgodnie z którą kierownik działu terapeutyczno-opiekuńczego wyprosiła gości, przybyłych do mieszkańców w Wigilię z okolicznościowym poczęstunkiem. W opinii KMPT personel domu powinien podejmować wszelkie działania służące podtrzymaniu więzi rodzinnych mieszkańców. Pozbawienia możliwości spędzania wspólnie z najbliższymi tak ważnych chwil jak święta należy uznać za niedopuszczalne.

W trakcie wizytacji DPS w Bobrku pracownicy KMPT zapoznali się z sytuacją dwóch mieszkańców, u których, poza niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym, zdiagnozowano także autyzm. W praktyce mieszkańcy wymagają w pełni zindywidualizowanej całodobowej asysty pracownika domu, co biorąc pod uwagę stan zatrudnienia w placówce, nie jest w praktyce możliwe. O ile w porze dziennej mężczyźni uczestniczą w miarę możliwości w zajęciach organizowanych w domu, o tyle problem stanowi pora nocna, w czasie której ich bezpieczeństwo osobiste oraz innych mieszkańców jest zagrożone, w związku z ujawnianymi przez nich skłonnościami (ucieczki, niszczenie sprzętów, demontaż gniazdek elektrycznych i innych urządzeń). W związku z powyższym ich pokoje są zamykane na noc w celu zapewnienia bezpieczeństwa im i innym osobom. Ponadto pokój jednego ze wskazanych mieszkańców, z uwagi na zastosowane w nim zabezpieczenia (wewnętrzna kratka okienna, grzejnik osłonięty kratą) sprawiał wrażenie celi mieszkalnej. W odniesieniu do drugiego z mężczyzn zwrócono uwagę, że stosowany wobec niego środek bezpieczeństwa (zamykanie pokoju na noc), powoduje automatyczne i niczym nieuzasadnione ograniczenie praw dzielących z nim pokój współmieszkańców.

Wobec powyższego KMPT zaleciło przemieszczenie współmieszkańców do innych pokoi tak, by ich prawa nie były ograniczane, zdemontowanie krat i zastosowanie innego rodzaju zabezpieczeń nie rodzących skojarzeń z izolacją więzienną, ale przede wszystkim skonsultowanie obu mężczyzn

ka, że mieszkanka podczas rozmowy prowadzonej przez psychologa, stanowczo odmówiła powiadomienia organów ścigania.

³⁹⁵ ul. Żeromskiego 28a.

ze specjalistą z zakresu autyzmu, dzięki czemu możliwe byłoby uzyskanie informacji o optymalnym sposobie sprawowania opieki i postępowania z mieszkańcami³⁹⁶.

3. Stosowanie przymusu bezpośredniego

Analiza raportów pielęgniarskich w dwóch placówkach³⁹⁷ wskazała na podejrzenie stosowania w nich nieudokumentowanego przymusu bezpośredniego w postaci przymusowego podania leku. Argumenty przemawiające za słusznością takiego wniosku wynikają z treści wpisów zawartych w analizowanej dokumentacji: *... od południa pobudzony. Zrywał się i rzucał krzesłami. Podano Lorafen i wyciszył się; ...po śniadaniu niespokojny, nerwowy, rzucał krzesłami i stołami oraz pociągnął pielęgniarkę za włosy. Podano Lorafen. Spał i budził się; mieszkanka rano nie chciała jeść śniadania, leki przyjęła z wielkimi oporami – krzyczała, odpychała rękoma; w godzinach wieczornych pobudzony, agresywny. Kopał, uderzał głową o ścianę, gryzł własne ręce. Otrzymał relanium.* Z kolei w DPS w Bobrku wizytujący zwrócili uwagę na wpisy świadczące o zastosowaniu przez personel siły fizycznej wobec mieszkańców biorących udział w bójce.

Opisane zdarzenia mogą wskazywać na sytuacje zagrożenia życia lub zdrowia mieszkańców lub innych osób. Tym samym spełniona byłaby przesłanka do zastosowania przymusu bezpośredniego, zgodnie z art. 18 ust. 1 pkt 1 u.o.z.p. Każdy przypadek zastosowania przymusu powinien być jednak odnotowany w prowadzonej w domu dokumentacji, zgodnie z regulacjami zawartymi w rozporządzeniu w sprawie stosowania p.b.

Także w DPS w Krasnymstawie wizytujący zwrócili uwagę, iż niektóre wpisy w raportach pielęgniarskich o zastosowaniu przymusu bezpośredniego nie znalazły odzwierciedlenia w rejestrze przymusu, a w przypadku dwóch unieruchomień, w dokumentacji brakowało odpowiedniego zawia-

³⁹⁶ Tytułem przykładu można wskazać, że w DPS w Krasnymstawie przebywał mieszkaniec, u którego często występowały zachowania agresywne zarówno wobec siebie, innych mieszkańców, jak i personelu. W związku z agresją bardzo często wymagał on zabezpieczenia pasami. O każdej napaści tego mieszkańca na innych współmieszkańców oraz pracowników dyrektor Domu informowała odpowiednie służby o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. W rezultacie, sąd rejonowy wydał postanowienie o zastosowaniu wobec niego środka zabezpieczającego w postaci terapii, wskazując DPS jako miejsce jej wykonywania. Jak ustaliła ekspert KMPT mieszkaniec aktualnie ma rozpisaną indywidualną pracę na cały dzień, a na każde zajęcia przypisana jest konkretna osoba odpowiedzialna. Od momentu wdrożenia programu, mieszkaniec wyciszył się i nie sprawia już zagrożenia dla siebie oraz innych. Wizytujący bardzo dobrze oceniają sposób realizacji postanowienia sądu przez dyrektor, skutkujący zindywidualizowaną opieką, co w efekcie przyczyniło się do zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom i personelowi Domu.

³⁹⁷ DPS w: Otwocku im. Jana Pawła II, Nowym Czarnowie.



domienia kierownika jednostki organizacyjnej. Nadto analiza kart unieruchomienia wykazała przypadki, w których unieruchomienie trwające dłużej niż 4 godziny nie było przedłużone oraz stosowane było przez czas dłuższy niż 8 godzin, co jest niezgodne z § 4 ust. 7 oraz §5 ust. 1 rozporządzenia sprawie stosowania p.b.

W DPS w Augustowie³⁹⁸ zastrzeżenia wzbudziła praktyka unieruchamiania mieszkańek w pokojach zamieszkiwanych także przez inne osoby, które w tym czasie były wyprowadzane do innych pomieszczeń³⁹⁹.

Z kolei w DPS w Krasnymstawie w związku ze stosowaniem przymusu w pokojach mieszkańców, w przypadku, gdy dany mieszkaniec spał na tapczanie/wersalce, w razie konieczności stosowania przymusu w formie pasów, przenoszony był on na wolne łóżko, umożliwiające zastosowanie unieruchomienia. Jak ustaliła w czasie wizytacji ekspert KMPT powyższe doprowadziło do sytuacji, że jeden z mieszkańców, wobec którego zastosowano w godzinach wieczornych w pokoju mieszkalnym przymus bezpośredni został po około pół godzinie odbezpieczony przez innego mieszkańca. W opinii Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, z uwagi na zaistniałą sytuację, wskazane byłoby wydzielenie miejsca stosowania przymusu bezpośrednio, w którym stan mieszkańca podlegałby stałej kontroli przez pielęgniarkę (wymagana kontrola co 15 min) i jednocześnie mieszkaniec byłby zabezpieczony przed ingerencją innych pensjonariuszy.

4. Dyscyplinowanie

Analiza regulaminów, raportów pielęgniarskich, zeszytów obserwacji mieszkańców wykazała, że w części wizytowanych placówek przewidziana jest możliwość lub stosowane są środki dyscyplinujące, w tym udzielenie upomnienia przez radę mieszkańców⁴⁰⁰, wystąpienie z wnioskiem o przeniesienie do innego domu⁴⁰¹, udzielenie nagany ustnej⁴⁰², nagany pisemnej załączonej do akt mieszkańca⁴⁰³, przeniesienie do innego pokoju⁴⁰⁴, w tym do pokoju o niższym standardzie⁴⁰⁵. Z kolei mieszkańcy przekazali informację

³⁹⁸ ul. 3 maja 57.

³⁹⁹ W piśmie z 19.10.2016 r. dnia dyrektor placówki wskazała, że przymus będzie realizowany w oddzielnym pomieszczeniu, jeżeli w danym przypadku miałyby to przeszkadzać współmieszkancom.

⁴⁰⁰ DPS w Kielcach (ul. Sobieskiego 30).

⁴⁰¹ DPS w Kielcach (ul. Sobieskiego 30).

⁴⁰² DPS w: Pabianicach, Włocławku (Nowomiejska 19).

⁴⁰³ DPS w: Pabianicach, Katowicach *Zacisze*.

⁴⁰⁴ DPS we Włocławku *Na skarpie*.

⁴⁰⁵ DPS w: Katowicach *Zacisze*.

o stosowaniu środków dyscyplinujących w postaci kilkugodzinnego zakazu opuszczania pokoju⁴⁰⁶ oraz zakazu wstępu na stołówkę połączonym z koniecznością spożywania posiłków w pokoju⁴⁰⁷.

Wobec powyższego należy podkreślić, iż regulacje wewnętrzne domów pomocy społecznej nie mogą wprowadzać postanowień w przedmiocie karania mieszkańców. Stosowane środki dyscyplinujące pozostają bowiem w związku z wolnością osobistą mieszkańców chronioną przez art. 31 Konstytucji RP. Zgodnie ze wskazaną normą konstytucyjną każda regulacja ograniczająca w jakimkolwiek stopniu tą wolność musi mieć wyraźne umocowanie ustawowe.

5. Prawo do informacji

Biorąc pod uwagę szczególne znaczenie prawa do informacji wizytujący każdorazowo monitorują sposób zapoznawania pensjonariusza z przysługującymi mu prawami i obowiązkami. W tym obszarze najpoważniejsze zastrzeżenia dotyczyły odbierania pisemnych oświadczeń o zapoznaniu z panującym w placówce regulaminem wyłącznie od opiekunów osób ubezwłasnowolnionych⁴⁰⁸. W odniesieniu do jednej z mieszkańek DPS w Gościńcu zwrócono natomiast uwagę, że jej pełnomocnik podpisała oświadczenia o wyrażeniu przez nią zgody na pobyt w placówce, gromadzenie pieniędzy na koncie depozytowym oraz o zapoznaniu z regulaminem, mimo iż pełnomocnictwo udzielone w formie aktu notarialnego obejmowało prawo do zbycia nieruchomości, reprezentowania mieszkanki przed organami administracji publicznej, reprezentowania w postępowaniu podatkowym, odbioru pism w postępowaniu wieczystoksięgowym, otwierania i zamykania kont i rachunków bankowych. Ponadto mieszkanka ta nie była osobą ubezwłasnowolnioną, a przyjetą do domu na mocy postanowienia sądowego. W opinii KMPT, o ile jest to możliwe, tj. nie stoją temu na przeszkodzie względy zdrowotne wykluczające możliwość zrozumienia treści oświadczenia i zrozumienia znaczenia jego treści, podpisy pod oświadczeniami tego typu powinni składać przede wszystkim sami zainteresowani. Dotyczy to przede wszystkim spraw, w których jedynie mieszkaniac może i powinien zająć stanowisko.

⁴⁰⁶ DPS w Augustowie Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi (ul. 3 maja 57).

⁴⁰⁷ DPS we Włocławku *Na skarpie*.

⁴⁰⁸ DPS w Augustowie Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi (ul. 3 maja 57, ul. Studzienicza 2), Elblągu *Niezapominajka*, Górnice, Pruszczu.



Z kolei w odniesieniu do domów przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością intelektualną⁴⁰⁹ zwrócono uwagę, że opracowane w nich regulaminy pobytu, czy też wszelkie informacje związane z prawami i obowiązkami mieszkańców lub instytucjami, do których mogliby się zwrócić w przypadku naruszania ich praw nie są w większości wypadków dostosowane do możliwości poznawczych pensjonariuszy, a przez to pozostają niezrozumiałe i nieprzydatne. W związku z powyższym zalecano opracowanie materiałów przystępnych dla osób z niepełnosprawnością lub przedstawienia ich praw i obowiązków w formie graficznej.

W części spośród wizytowanych placówek w miejscach ogólnodostępnych nie wywieszono adresów instytucji stojących na straży praw człowieka⁴¹⁰, a w DPS we Włocławku *Na Skarpie* zwrócono uwagę na brak możliwości anonimowego składania skarg.

W niektórych placówkach od mieszkańców lub ich opiekunów prawnych nie odbierano zgody na przechowywanie dowodów osobistych przez personel domu⁴¹¹. W związku z powyższym przypomnieć należy, iż zgodnie z art. 79 pkt 2 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych⁴¹² zatrzymanie dowodu osobistego bez podstawy prawnej stanowi wykroczenie. Zgodnie jednak z wykładnią dokonaną przez Wojewódzki Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 9 grudnia 2010 r.⁴¹³ znamiona tego wykroczenia nie są wypełnione jeżeli wejście w posiadanie dowodu nastąpiło za akceptacją i przyzwoleniem osoby uprawnionej.

6. Prawo do ochrony zdrowia

W DPS we Wrocławiu⁴¹⁴ zastrzeżenia wizytujących wzbudziła praktyka podawania mieszkańcom wieczornej dawki leków, w tym leków psychotropowych i nasennych już o godz. 18.00. W kolejnej placówce⁴¹⁵ obiekcje

⁴⁰⁹ DPS w: Augustowie Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi (ul. Studzienieczna 2 i ul. 3 maja 37), Nowym Czarnowie, Moryniu, Otwocku im. Jana Pawła II, Krasnymstawie.

⁴¹⁰ DPS w: Pabianicach, Włocławek (ul. Nowomiejska), Kielcach (ul. Sobieskiego 30, im. Florentyny Malskiej), Otwocku im. Jana Pawła II, Elblągu *Niezapominajka*, Wrocławiu (ul. Rędzinińska), Augustowie Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi (ul. Studzienieczna 2 i ul. 3 maja 37), Gościnie, Zabrzu, Moryniu, Otwocku (ul. Marii Konopnickiej 17), Krasnymstawie Filia w Ostrowie Krupskim.

⁴¹¹ DPS w: Kielcach (ul. Sobieskiego 30, im. Florentyny Malskiej), Pabianicach, Gościnie, Augustowie Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi (ul. 3 maja 37), Otwocku (ul. Marii Konopnickiej 17), Suwałkach *Kalina*.

⁴¹² Tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r., poz. 391.

⁴¹³ Sygn. II AKa 397/10.

⁴¹⁴ Ul. Rędzinińska 60/68.

⁴¹⁵ DPS w Augustowie Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi (ul. Studzienieczna 2 i ul. 3 maja 37).

eksperta KMPT wywołało podawanie leków psychotropowych bez zlecenia lekarza. Z analizy dokumentacji wynikało, że zatrudniona w DPS pielęgniarka podawała neuroleptyki w postaci iniekcji domięśniowych bez zlecenia lekarza. Psychiatra opiekująca się domem w czasie rozmowy telefonicznej z ekspertem KMPT stwierdziła, że nie wypisywała recept na neuroleptyki do podawania w formie iniekcji. Z wyjaśnień pielęgniarki wynikało natomiast, że wykorzystywała ona zapasy leków przepisane przez poprzednio zatrudnionego w placówce lekarza psychiatrę.

Analiza raportów pielęgniarskich DPS w Krasnymstawie Filii w Ostrowie Krupskim oraz Stężycy Nadwieprzańskiej ujawniła, że część silnie działających leków, m.in. antybiotyków podawana była mieszkańcom bez badania pacjenta przez lekarza, wyłącznie na podstawie telefonicznych ustaleń dokonywanych z lekarzami przez pielęgniarki. Na możliwość podawania tego typu leków nie wskazywały żadne pisemne zlecenia. Nie było również jasne, czy następnego dnia pacjenci ci byli wizytowani przez lekarza. KMPT zalecił podawanie pensjonariuszom silnie działających leków wyłącznie po pisemnym zleceniu przez lekarza.

W części placówek wizytujący ujawnili braki w obsadzie pielęgniarskiej⁴¹⁶.

Poważne zastrzeżenia KMPT sformułował do warunków w jakich odbywały się badania lekarskie mieszkańców DPS im. Jana Pawła II w Otwocku. W placówce tej nie wyodrębniono gabinetu lekarskiego, a lekarz przyjmował pacjentów w pomieszczeniu służącym również za pokój dziennego pobytu, w którym jedna ze ścian nie była zabudowana do pełnej wysokości, co powodowało, że badanie odbywało się w warunkach nie zapewniających pełnej intymności i poszanowania tajemnicy lekarskiej. W pomieszczeniu tym, w niezamykanych na klucz szafach przechowywano ponadto dokumentację medyczną mieszkańców, stwarzając tym samym ryzyko dostępu do niej przez osoby niepowołane. Uwagi co do sposobu przechowywania dokumentacji medycznej zgłoszono również podczas wizytacji DPS Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi w Augustowie⁴¹⁷.

Dyżurka pielęgniarek w DPS w Krasnymstawie, Filii w Ostrowie Krupskim wyodrębniona została w przechodnim pokoju, wiodącym do pomieszczenia zajmowanego przez kierownika placówki. W ciągu dnia przechodzi przez niego od kilkunastu do kilkudziesięciu osób. Utrudnia to pracę pielęgniarki i naraża mieszkańców na naruszenie prawa do intymności, co jest

⁴¹⁶ DPS w: Pabianicach, Otwocku (ul. Marii Konopnickiej 17), Kielcach (ul. Sobieskiego 30), Włocławku *Na skarpie*.

⁴¹⁷ Ul. Studziennezna 2.



niezgodne z art. 20 ust 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴¹⁸, zgodnie z którym *pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.*

W dwóch placówkach⁴¹⁹ KMPT zanegował praktykę odbierania od opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych zgód blankietowych na przeprowadzanie zabiegów leczniczych i leczenie szpitalne podopiecznych. Zgodnie z uregulowaniami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁴²⁰ lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32. ust. 1). W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawy tej osoby, a jeżeli jest ona w stanie z rozeznanem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby (art. 32 ust. 4). Wyrażenie zgody ma nastąpić przed przystąpieniem do danej czynności medycznej. Musi być ona poprzedzona przystępną informacją dotyczącą badania i zabiegu oraz ewentualnych ich konsekwencjach czy możliwych innych metodach działania. Jak wskazał bowiem Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 16 maja 2012 r.⁴²¹ *zgoda pacjenta w rozumieniu art. 32 ust. 1 oraz 34 ust. 1 ustawy musi być zgodą objaśnioną, poinformowaną, a więc świadomie akceptującą przez pacjenta zrozumiałe przezeń ryzyko dokonania zabiegu i przejęcie na siebie tego ryzyka. Dopiero taka zgoda pacjenta wyłącza bezprawność interwencji lekarza.*

7. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

W analizowanym obszarze KMPT zanegowało wprowadzenie zakazu używania przez wszystkie mieszkanki DPS w Augustowie⁴²² prywatnych telefonów komórkowych, po przypadku nagrania przez jedną z dziewcząt nagich koleżanek pod prysznicem i prezentowania ich zdjęć w szkole oraz zakazu korzystania przez jednego mieszkańca DPS w Otwocku⁴²³ z komputerów z dostępem do Internetu w celu zapobiegnięcia dokonywaniu przez niego transakcji finansowych, na których realizację nie posiadał wystarczających środków. W opinii KMPT powyższe rozwiązania nie tylko nie znajdo-

⁴¹⁸ Dz. U. z 2016 r., poz. 186, j.t.

⁴¹⁹ DPS w: Augustowie Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi (ul. 3 maja 37), Kętrzynie.

⁴²⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 464 j.t.

⁴²¹ III CSK 227/11.

⁴²² ul. 3 maja 37.

⁴²³ ul. Marii Konopnickiej 17.

wały oparcia w obowiązujących uregulowaniach prawnych, a w przypadku zakazu używania telefonów komórkowych stanowiły formę odpowiedzialności zbiorowej.

W DPS w Katowicach *Zacisze* wizytujący wyrazili wątpliwość w zakresie ograniczania wyjść jednej z mieszkanki na podstawie oświadczenia jej córki, która nie wyrażała zgody na wychodzenie matki poza teren Domu. W czasie złożenia oświadczenia mieszkanka nie była osobą ubezwłasnowolnioną (ubezwłasnowolnienie nastąpiło dopiero po ok. dwóch latach), a opinię lekarską o dotyczącą stanu zdrowia niepozwalającego na opuszczenie placówki wydano po ok. 7 miesiącach od chwili sporządzenia oświadczenia. Przedstawiciele KMPT, rozumiejąc troskę personelu o mieszkańców, zwracają jednak uwagę, że prośba najbliższej rodziny nie stanowi podstawy do ograniczania wolności osobistej pensjonariuszy. Mieszkańcy powinni mieć możliwość samodecydowania o wyjściach poza teren placówki, a jedyną obiektywną przeszkodę do korzystania z takich wyjść może stanowić ich zły stan zdrowia, potwierdzony opinią lekarską.

8. Personel

W części wizytowanych placówek⁴²⁴ wizytujący zwrócili uwagę, że w okresie ponad dwóch lat nie było prowadzone szkolenie na temat praw mieszkańca domu, co stanowi naruszenie §6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej⁴²⁵ nakładającego na pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego obowiązek uczestniczenia raz co najmniej na dwa lata w organizowanych przez dyrektora domu szkoleniach na temat praw mieszkańca, kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami.

Biorąc pod uwagę, że odpowiednio dobrany i wykwalifikowany personel stanowi jedną z najlepszych gwarancji ochrony mieszkańców przed niewłaściwym traktowaniem KMPT zalecał również poszerzenie oferty szkoleniowej dla personelu o kwestie związane m.in. z przeciwdziałaniem wypaleniu zawodowemu, sposobami postępowania z mieszkańcami agresywnymi i uzależnionymi, udzielaniem pierwszej pomocy przedmedycznej, stosowaniem przymusu bezpośredniego⁴²⁶. Również zgodnie z Rekomendacją

⁴²⁴ DPS w: Pabianicach, Warszawie-Wesołej, Włocławku (ul. Nowomiejska 19), Nowym Czarnowie, Kielcach im. Florentyny Malskiej, Kielcach (ul. Sobieskiego 30), Moryniu, Górnio.

⁴²⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 964 ze zm.

⁴²⁶ DPS w: Włocławku (ul. Nowomiejska 19), Warszawie-Wesołej, Gościnie, Kętrzynie.



CM/Rec (2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich, przyjętą w dniu 19 lutego 2014 r., w sprawie promocji praw osób starszych opiekunowie osób starszych powinni być odpowiednio przeszkoleni i otrzymywać wsparcie w celu zapewnienia adekwatnej jakości świadczonych usług.

9. Warunki bytowe

W jednej⁴²⁷ spośród wizytowanych w roku ubiegłym placówek warunki bytowe zapewnione mieszkańcom ocenione zostały jako złe: w domu panował nieprzyjemny zapach, uwagę zwracały brudne i poprzecierane powłoki malarskie, zniszczone podłogi, wyeksploatowane i niepasujące do siebie elementy meblowania, zawilgocenia sufitów, odpadające klamki, wystające gniazdzka elektryczne. Także odzież części mieszkańców była zniszczona lub brudna. Uwagi w zakresie warunków bytowych zapewnionych w części pokoi mieszkalnych (m.in. zabrudzone ściany, wyeksploatowane meble, popękane płytki) sformułowano również w DPS w Gościnie. Przykry, intensywny zapach panował w czasie wizytacji w DPS we Włocławku⁴²⁸. Z kolei jeden z budynku DPS w Pabianicach wymaga, w ocenie KMPT, gruntownego remontu i modernizacji. Budynek ten przekształcony został z dawnego hotelu robotniczego, który odbiega od przyjętego obecnie standardu dla domów pomocy społecznej poprzez wydzielenie zaledwie jednego pomieszczenia pełniącego funkcję jadalni, pokoju dziennego pobytu oraz miejsca kultu religijnego. Podobny problem ujawniono również w DPS w Pruszczu oraz w Katowicach *Zacisze*.

W części domów nie były spełnione, wynikające z przepisów §6 ust. 1 pkt 3 lit. a i b rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej, normy powierzchni przypadające na jednego mieszkańca⁴²⁹ oraz wymóg kwatowania w pokojach czteroosobowych jedynie mieszkańców leżących⁴³⁰.

Wizytujący zwracali uwagę na możliwość wezwania przez mieszkańców personelu za pomocą instalacji przywoławczej. W części placówek przyciski instalacji były zainstalowane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich dla wszystkich mieszkańców, zwłaszcza osób leżących⁴³¹ lub instalacja nie

⁴²⁷ DPS w Otwocku im. Jana Pawła II.

⁴²⁸ Nowomiejska 19.

⁴²⁹ DPS w: Moryniu, Kielcach im. Florentyny Malskiej, Wrocławiu (ul. Rędziańska).

⁴³⁰ DPS w Moryniu, Suwałkach *Kalina*, Krasnymstawie Filia w Stężycy Nadwieprzańskiej.

⁴³¹ DPS w: Włocławku (ul. Nowomiejska 19), Augustowie Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi (ul. 3 maja 37), Wrocławiu (ul. Rędziańska), Kielcach (ul. Sobieskiego 30 i im. Florentyny Malskiej), Górnio, Moryniu, Elblągu *Niezapominajka*, Zabrze, Kętrzynie, Krasnymstawie z Filiami w Ostrowie Krupskim oraz Stężycy Nadwieprzańskiej.

działała⁴³². W DPS we Włocławku wizytujący po uruchomieniu instalacji przywoławczej oczekiwali 15 minut na reakcję pracowników placówki, co uznano za czas stanowczo zbyt długi.

10. Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Wizytując domy pomocy społecznej przedstawiciele KMPT każdorazowo zwracają uwagę na ich dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Mimo iż wszystkie domy osiągnęły standard uznany przez wojewodów, wizytujący stwierdzili istnienie mankamentów utrudniających codzienne życie mieszkańcom z niepełnosprawnościami. Zastrzeżenia w tej kwestii sformułowano w stosunku do 18 placówek⁴³³. Ich zakres był zróżnicowany – począwszy od nieprawidłowej szerokości drzwi, na potrzebie niwelacji terenu zewnętrznego placówki kończąc.

Większość domów posiadała pewne dostosowania do potrzeb osób mających trudności z poruszaniem się. Dostosowania te posiadały jednak pewne mankamenty techniczne, związane m.in. ze zbyt ciasną przestrzenią manewrową dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, zbyt wysokimi progami utrudniającymi przejazd wózkiem, stosowaniem wysokich brodzików prysznicowych w łazienkach, niewłaściwą wysokością montażu przycisków instalacji przyzywowej czy światła. W części placówek, z uwagi na przebywanie w nim mieszkańców z niepełnosprawnością sensoryczną, wizytujący zalecali stosowanie kontrastowych oznaczeń na krawędziach schodów, zakup audiobooków, pętli indukcyjnej czy programu umożliwiającego głosowy odczyt treści wyświetlanej na ekranie komputera.

⁴³² DPS w: Otwocku im. Jana Pawła II, Augustowie Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi (ul. 3 maja 37) .

⁴³³ DPS w Kielcach ul. Sobieskiego, DPS Moryń, DPS Włocławek ul. Nowomiejska 19, DPS w Gościnie, DPS w Otwocku im. Jana Pawła II, DPS w Pabianicach, DPS w Augustowie ul. Studzienieczna 2, DPS Zabrze, DPS we Włocławku *Na Skarpie*, DPS we Włocławku ul. Żeromskiego 28a, DPS w Otwocku ul. Marii Konopnickiej 17, DPS w Górnem, DPS Kalina w Suwałkach, DPS w Pruszczu Gdańskim, DPS w Kętrzynie, DPS w Bobrku, DPS Warszawa-Wesoła, DPS w Krasnymstawie wraz z filiami.

7. Szpitale psychiatryczne

7.1. Wprowadzenie

W roku 2016 przedstawiciele KMPT zwizytowali 17 szpitali i oddziałów psychiatrycznych⁴³⁴. Wizytacja w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Radecznicy miała charakter rewizytacji⁴³⁵. Przedmiotem działań wizytujących był stan przestrzegania praw osób, które znalazły się w nich wbrew swojej woli, tj.:

- sprawców czynów zabronionych, wobec których stosowany jest środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym (w warunkach podstawowego oraz wzmocnionego zabezpieczenia);
- osób umieszczonych w szpitalach na podstawie art. 23 ust. 1, art. 24 ust. 1, art. 28 i art. 29 ust.1 u.o.z.p., tj. osób przyjętych bez swojej zgody oraz osób, które zgodziły się na przyjęcie do placówki, ale podczas pobytu w niej, decyzję tę cofnęły.

⁴³⁴ Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej – Oddział Psychiatryczny w Radzynie Podlaskim (dalej: Szpital w Radzynie Podlaskim), Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryżana w Starogardzie Gdańskim (dalej: Szpital w Starogardzie Gdańskim), Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej Szpital Lipno sp. z o.o. Oddziały Psychiatryczne w Lipnie (dalej: Szpital w Lipnie), Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. dr Antoniego Jurasza – Oddział Psychiatryczny w Bydgoszczy (dalej: Szpital w Bydgoszczy), Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy (dalej: Szpital w Radecznicy), Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (dalej: Szpital w Rybniku), Podhalański Szpital Specjalistyczny im. JP II – Oddział psychiatryczny w Nowym Targu (dalej: Szpital w Nowym Targu), Samodzielny Publiczny ZOZ ul. Leśna 22 Oddział psychiatryczny w Leżajsku (dalej: Szpital w Leżajsku), Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy (dalej: Szpital w Morawicy), Regionalny Szpital – Oddział psychiatryczny w Kołobrzegu (dalej: Szpital w Kołobrzegu), Pabianickie Centrum Medyczne sp. z o.o. Oddział psychiatryczny w Pabianicach (dalej: Szpital w Pabianicach), Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli (dalej: Szpital w Suchowoli), 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ – Oddział psychiatryczny w Żarach (dalej: Szpital w Żarach), Szpital Specjalistyczny sp. z o.o. – Oddział psychiatryczny w Kościerzynie (dalej: Szpital w Kościerzynie), Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ – Oddział psychiatryczny w Łęborku (dalej: Szpital w Łęborku), Powiatowy Szpital – Oddział psychiatryczny w Chrzanowie (dalej: Szpital w Chrzanowie), Samodzielny Publiczny ZOZ – Oddział psychiatryczny w Głuchołazach (dalej: Szpital w Głuchołazach).

⁴³⁵ Wnioski z rewizytacji przeprowadzonych przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur omówione zostały w rozdziale *Rewizytacje*.

7.2. Problemy systemowe

1. Niedofinansowanie oddziałów psychiatrycznych

RPO wskazuje na problem niedofinansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ) psychiatrycznego leczenia szpitalnego, poczynając od *Raportu Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2012 r.*⁴³⁶. Problem ten nie utracił na swojej aktualności również w 2016 r. Jego źródło stanowi w ocenie KMPT, pomijanie przez NFZ w założeniach finansowych faktu, że poza leczeniem psychiatrycznym, szpital musi zapewnić często kosztowniejsze leczenie somatyczne (którego potrzeba w przypadku osób sędziwych jest duża), medykamenty (leki, insulinę dla diabetyków itd.), a także transport na potrzebne konsultacje.

2. Zbyt mała liczba miejsc leczenia szpitalnego

Niestety wizytacje przeprowadzone w 2016 r. potwierdzają zaobserwowaną w latach ubiegłych zbyt małą liczbę miejsc w szpitalach psychiatrycznych.

KMPT wciąż ujawnia przypadki umieszczania pacjentów na korytarzach oddziałów lub dostawiania w salach dodatkowych łóżek, co powoduje nadmierne zagęszczenie i uniemożliwia dostęp do łóżek z 3 stron⁴³⁷. Informacje zgromadzone przez wizytujących wskazują, że jest to praktyka występująca w wielu szpitalach psychiatrycznych⁴³⁸.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca uwagę, że zakwaterowanie osób w części wspólnej, jaką stanowią ciągi komunikacyjne, ogranicza w sposób oczywisty ich prawo do prywatności. To samo odnosi się do zbyt dużej liczby pacjentów w pokojach, co negatywnie wpływa na proces leczenia, powodując napięcia między pacjentami związane z zagęszczeniem oddziałów. Należy mieć także na względzie, że w przypadku pacjentów, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający, hospitalizacja w takich warunkach może trwać wiele lat. Zgodnie z opinią CPT *stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje, w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom (...). Co więcej, Komitet przy-*

⁴³⁶ Zob. *Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2012 r.*, s. 92-97.

⁴³⁷ Zob. § 18 i 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. poz. 739.

⁴³⁸ Szpital w: Lipnie, Pabianicach, Lęborku, Nowym Targu.



wiązuje dużą wagę do wyglądu miejsc zakwaterowania pacjentów. Zgodnie ze stanowiskiem CPT, należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądane jest wyposażenie pomieszczeń w stoliki i szafki stojące obok łóżek; ponadto pacjentom powinno się pozwolić na przechowywanie określonych rzeczy osobistych (fotografie, książki, itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia pacjentom określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii u pacjenta⁴³⁹.

3. Monitoring w szpitalach psychiatrycznych

Tak jak wskazano w Raporcie RPO z działalności KMP w 2015 r., Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się wystąpieniem generalnym do Ministra Zdrowia w sprawie potrzeby uregulowania zagadnienia monitoringu w szpitalach psychiatrycznych. Minister Zdrowia zgodził się z argumentacją przedstawioną przez RPO i zapowiedział wprowadzenie właściwych regulacji do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego⁴⁴⁰. Niestety deklaracja ta nie została wciąż zrealizowana.

W tym miejscu należy przypomnieć, że pewne kwestie dotyczące monitoringu pomieszczeń służących do izolacji i pomieszczeń dla pacjentów internowanych w szpitalach dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, zostały unormowane w aktach prawnych rangi rozporządzenia⁴⁴¹. Istniejące upoważnienia ustawowe do wydania przepisów wykonawczych nie zawierają jednak umocowania do regulowania w jakimkolwiek rozporządzeniu materii dotyczącej stosowania systemu telewizji wewnętrznej w szpitalach psychiatrycznych. Wobec powyższego należy stwierdzić, iż obowiązujące obecnie przepisy regulujące zastosowanie kamer telewizji przemysłowej (monitoringu) w szpitalach psychiatrycznych zostały wprowadzone do systemu prawa z naruszeniem przepisu art. 92 ust. 1 Konstytucji RP. Fragmentaryczne

⁴³⁹ Zob. pkt 34 Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (98) 12].

⁴⁴⁰ Wystąpienie generalne RPO z dnia 5.01.2016 r. do MZ, KMP.574.8.2015.

⁴⁴¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r., poz. 740), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 119.), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739).

regulacje obecnych rozporządzeń pozostają w kolizji również z treścią przepisów art. 47 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP oraz art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności oraz art. 17 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych⁴⁴².

Bez wątplenia pozytywnie należy ocenić projekt ustawy z dnia 29 września 2016 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw, w zakresie, w jakim dopuszcza możliwość instalacji monitoringu w pomieszczeniu przeznaczonym do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji. W dalszym jednak ciągu brakuje adekwatnej regulacji ustawowej odnoszącej się do pomieszczeń jednoosobowych, w których stosuje się przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia osoby z zaburzeniami psychicznymi, jak również w odcinkach obserwacyjnych i oddziałach szpitalnych dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia⁴⁴³.

Poza argumentami przedstawionymi powyżej, związanymi z zasadami prawidłowej legislacji, kwestie monitorowania osób za pomocą urządzeń telewizji przemysłowej mają fundamentalne znaczenie z punktu widzenia praw człowieka. Szczególna troska o sytuację pacjentów szpitala psychiatrycznego związana jest również z wyższym niż w przypadku innych grup społecznych ryzykiem ich wykluczenia społecznego. Nie ulega wątpliwości, iż brak właściwej ochrony praw tych pacjentów, ich danych osobowych oraz wizerunku powoduje zagrożenie niewłaściwego wykorzystania tych informacji. Mając to na uwadze KMPT będzie monitorował wprowadzenie regulacji prawnych zapewniających odpowiednią ochronę pacjentom szpitali psychiatrycznych.

4. Brak regulacji dotyczących konwojowania osób wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający poza placówkę

KMPT od kilku lat apeluje o uregulowanie zasad konwojowania pacjentów przebywających w szpitalach i w oddziałach psychiatrycznych w ramach środka zabezpieczającego, poza teren tych placówek na konsultację lekarską, badanie lub zabieg. Obecnie obowiązek ten spada na administrację szpitali psychiatrycznych. KMPT zwrócił uwagę, że możliwa jest obecnie sytuacja, w której pacjent szpitala psychiatrycznego będzie konwojowany środkami transportu publicznego, co budzi uzasadnione obawy o bezpieczeństwo innych pasażerów. W opinii Ministerstwa Zdrowia uzasadnione jest wprowadzenie do Ko-

⁴⁴² Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167.

⁴⁴³ Opinia RPO z dnia 27.10.2016 r. do projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i niektórych innych ustaw, KMP.022.4.2016.



deksu karnego wykonawczego przepisów dotyczących konwojowania osób, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający. W ocenie KMPT niezbędne wydaje się podjęcie działań legislacyjnych poprzez wskazanie warunków wykonywania konwojów tj. w jakich przypadkach konwoj może mieć miejsce, kto go powinien realizować, jaki powinien być skład osobowy konwojującego personelu, jaki powinien być to środek transportu, jakie powinny być zasady działania w celu zapobiegnięcia agresji czy też samowolnego oddalenia się pacjenta. Obecnie problem zorganizowania transportu i zapewnienia bezpieczeństwa w sytuacji konieczności zrealizowania ważnej konsultacji lekarskiej, badania czy zabiegu pacjenta poza szpitalem psychiatrycznym, spoczywa wyłącznie w gestii szpitali psychiatrycznych.

Korespondencja w tej sprawie jest prowadzona zarówno z Ministrem Zdrowia jak i Ministrem Sprawiedliwości⁴⁴⁴. Minister Sprawiedliwości w odpowiedzi na wystąpienie generalne z dnia 23 sierpnia 2016 r. trafnie zauważył, że szczegółowymi regulacjami dotyczącymi warunków i zasad konwojowania powinni zostać objęci wszyscy pacjenci przebywający w placówkach psychiatrycznych, a nie tylko osoby, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający. W związku z tym wystąpieniem generalnym z dnia 2 marca 2017 r. Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Zdrowia o podjęcie stosownych działań w celu uregulowania konwojów wszystkich pacjentów szpitali psychiatrycznych.

W odpowiedzi z dnia 20 kwietnia 2017 r. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia wskazał, że art. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁴⁵ zawiera regulację dotyczącą transportu sanitarnego osób, wobec których orzeczono środek zabezpieczający. Jednakże materia tej ustawy nie obejmuje kwestii takich jak przebieg realizacji środka zabezpieczającego, w tym ewentualnego przebywania pacjenta poza miejscem orzeczenia środka zabezpieczającego, co pozostaje w gestii sądu.

Omawiana kwestia pozostaje w dalszym ciągu w zainteresowaniu KMPT.

5. Instalacja przyzywowa

Jednym z elementów ochrony praw osób pozbawionych wolności, weryfikowanym każdorazowo przez KMPT w trakcie wizytacji miejsc detencji, jest ich bezpieczeństwo.

⁴⁴⁴ Wystąpienie generalne RPO z dnia 23.08.2016 r. do MS, KMP.571.23.20 14.

⁴⁴⁵ Dz. U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.

W ocenie KMPT nie do przecenienia w tym zakresie jest sprawnie funkcjonująca i łatwo dostępna dla każdego z pacjentów instalacja przyzywo-wa. Umożliwia ona szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi pacjentów. W ocenie reprezentantów KMPT przyciski alarmowo-przyzywowe powinny być dostępne we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje łóżkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania przymusu bezpośredniego m.in. w postaci izolacji). Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma także szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych⁴⁴⁶ powinny mieć zapewnione różne formy pomocy osób, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi oraz którym w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego, powinno się zapewnić racjonalne usprawnienia. W tym kontekście uwagę zwraca stwierdzony brak instalacji alarmowo-przyzywowej również w niektórych wizytowanych oddziałach psychogeriatrycznych, gdzie część pacjentów to wyłącznie leżące osoby, które nie mogą wyjść z pokoju łóżkowego, by w nagłej sytuacji powiadomić personel.

Zalecenie KMPT oparte na powyższych argumentach spotyka się z różnym przyjęciem przez jego adresatów. Część placówek zapowiada montaż instalacji przyzywowej, inne odmawiają, przywołując jako argument przeciwko jej montażowi ryzyko porażenia pacjenta prądem w sytuacji celowego uszkodzenia włącznika takiej instalacji.

Stwierdzana podczas wizytacji KMPT nierówność w standardzie zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom oddziałów szpitalnych wymaga zatem podjęcia rozwiązań o charakterze systemowym.

Artykuł 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą nie stawia jednak wymogu, aby w oddziałach szpitala (w tym – w wizytowanych przez KMPT

⁴⁴⁶ Przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowana przez Polskę w dniu 6 września 2012 r.



oddziałach psychiatrycznych) była zamontowana sygnalizacja alarmowo-przyzywowa, dostępna z pokoi pacjentów, łazienek czy innych pomieszczeń przez nich użytkowanych.

Zgodnie zaś z § 192 lit. a rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie⁴⁴⁷, mieszkania w budynku mieszkalnym wielorodzinnym i odrębne mieszkania w budynku zamieszkania zbiorowego należy wyposażyć w instalację wejściowej sygnalizacji dzwonekowej oraz w odpowiednią sygnalizację alarmowo-przyzywową dostosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Ten wymóg prawny został wprowadzony w 2012 r. i przedstawiony w Informacji Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2012 roku na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych⁴⁴⁸ jako jeden z elementów realizacji postanowień Karty.

KMPT uważa, że montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej w oddziałach szpitalnych stanowi jedną z gwarancji zapewnienia bezpieczeństwa ich pacjentom. Dostrzegając powyższy brak w przepisach, Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Zdrowia⁴⁴⁹ o rozważenie podjęcia działań legislacyjnych polegających na wprowadzeniu stosowanego wymogu w obowiązujących przepisach. W odpowiedzi z dnia 29.06.2017 r.⁴⁵⁰ Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował Rzecznika, że o opinię w tej sprawie został poproszony konsultant krajowego w dziedzinie psychiatrii oraz konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii i młodzieży. Po otrzymaniu stanowiska, Rzecznik zostanie powiadomiony o decyzji Ministra Zdrowia.

7.3. Mocne strony i dobre praktyki

Wizytując szpitale i oddziały psychiatryczne w 2016 r., przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na praktyki, które w ich ocenie zasługują na wskazanie jako przykłady nadające się do zastosowania w innych tego typu miejscach detencji. Znalazły się wśród nich:

⁴⁴⁷ Dz. U. z 2015 r., poz.1422, j.t.

⁴⁴⁸ Druk Sejmowy nr 1672 z dnia 19 sierpnia 2013 r.

⁴⁴⁹ Wystąpienie generalne RPO z dnia 22.05.2017 r. do MZ, KMP574.4.2017.

⁴⁵⁰ Odpowiedź Podsekretarza Stanu w MZ z dnia 29.06.2017 r., OZO.073.21.2017/CP.



- procedura postępowania z pacjentami będącymi ofiarami przemocy seksualnej oraz zasady postępowania wobec osób dotkniętych przemocą w rodzinie⁴⁵¹; procedura zapewnienia porozumienia się z pacjentem obcojęzycznym⁴⁵²;
- zakres programowy zajęć terapeutycznych⁴⁵³;
- swobodny dostęp pacjentów do oddziałowego patio z ogródkiem, superwizja dla zespołu terapeutycznego⁴⁵⁴;
- organizowanie odwiedzin pacjentów przez dzieci w oddzielnym pokoju, w celu uchronienia najmłodszych przed możliwymi negatywnymi doświadczeniami związanymi z kontaktem z innymi pacjentami oddziału; dostęp do bezpłatnego łącza internetowego udostępnianego pacjentom za pośrednictwem szpitalnego Wi-Fi⁴⁵⁵;
- standardowe wizyty środowiskowe personelu medycznego szpitala w ramach opieki psychiatrycznej w miejscu zamieszkania pacjentów, wspomagające proces leczenia, jak również poprawiające funkcjonowanie osób leczonych w społeczności lokalnej i środowisku rodzinnym, co przeciwdziała stygmatyzacji osób chorób psychicznych; współpraca ze Stowarzyszeniem Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz Ich Rodzin i Przyjaciół Feniks⁴⁵⁶;
- zaangażowanie personelu szpitala w pomoc pacjentowi nie władającemu językiem polskim w celu zapewnienia mu warunków bezpiecznego powrotu do rodziny zamieszkującej w kraju jego pochodzenia; odnotowywanie w dokumentacji ze stosowania przymusu bezpośredniego faktu korzystania z parawanu⁴⁵⁷;
- przyjęcie procedury przeciwwzakrzepowej, obejmującej osoby unieruchamiane w ramach zastosowania przymusu bezpośredniego; wprowadzenie arkusza kalkulacyjnego do monitorowania terminowości sporządzania opinii dotyczących zachowania pacjentów w trakcie wykonywania środka; opracowanie dokumentu w którym wymienione są wszystkie akty wewnętrzne obowiązujące w Szpitalu z zastrzeżeniem udostępnienia ich na oddziałach⁴⁵⁸;
- stworzenie sali obserwacyjnej w kompleksie izby przyjęć⁴⁵⁹.

⁴⁵¹ Szpital w Morawicy.

⁴⁵² Szpital w Głuchołazach.

⁴⁵³ Szpital w Pabianicach, Morawicy.

⁴⁵⁴ Szpital w Kościerzynie.

⁴⁵⁵ Szpital w Chrzanowie.

⁴⁵⁶ Szpital w Kołobrzegu.

⁴⁵⁷ Szpital w Lęborku.

⁴⁵⁸ Szpital w Rybniku.

⁴⁵⁹ Szpital w Morawicy.



7.4. Obszary wymagające poprawy

1. Legalność pobytu

W dalszym ciągu reprezentanci KMPT ujawniają braki w dokumentacji pacjentów w zakresie zawiadomień sądu o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody, jak również postanowień sądu o przyjęciu⁴⁶⁰. W dokumentacji indywidualnej pacjentów przyjętych bez zgody znajdowały się tylko zawiadomienia kierownika podmiotu leczniczego, które zostały przesłane w ustawowym terminie. Istnieje zatem poważna, wymagająca wyjaśnienia wątpliwość dotycząca legalności pozbawienia wolności tych osób. Jak wskazuje § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego⁴⁶¹, *kierownik podmiotu leczniczego zawiadamia sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę szpitala psychiatrycznego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi – bez jej zgody (...)*. Konieczne jest zatem umieszczenie zawiadomienia w dokumentacji pacjenta, jak również postanowienia sądu stanowiącego reakcję na zawiadomienie.

W niektórych z wizytowanych placówek⁴⁶² KMPT zwrócił uwagę, iż o przyjęciu pacjenta wbrew woli na oddział z reguły decyduje tylko jeden lekarz, nie zasięgając opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa. Co prawda art. 23 ust. 2 u.o.z.p. stanowi o *zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa*, jednak, jak wynika z organizacji pracy w zwizytowanych przez KMPT placówkach, taka możliwość istnieje w sytuacji, gdy pacjent przyjmowany jest w dzień powszedni w godzinach 8.00-15.00. Ponadto w ocenie przedstawicieli KMPT opinia taka stanowi dodatkowe zabezpieczenie pacjenta przed ewentualną pomyłką lekarską i powinna być w tym przypadku standardem. Należy mieć bowiem na względzie, że przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody stanowi głęboką ingerencję w podstawowe wolności człowieka. W takim przypadku organy władzy publicznej powinny dołożyć wszelkich starań w zakresie zapobiegania ewentualnym pomyłkom w ocenie przesłanek uzasadniających pobyt.

⁴⁶⁰ Szpital w: Lipnie, Radzynie Podlaskim, Pabianicach, Lęborku.

⁴⁶¹ Dz. U z 2012 r., poz. 854.

⁴⁶² Szpital w: Głucholazach, Lipnie, Nowym Targu, Pabianicach, Kościerzynie, Chrzanowie, Kołobrzegu, Lęborku, Leżajsku, Żarach.

Warto w tym miejscu odwołać się do standardów CPT, który wskazał, że *osoby chore psychicznie i niepełnosprawne umysłowo – z racji swojej wrażliwości – wymagają znacznej uwagi, tak aby uniknąć wszelkich działań – czy też nie dopuścić się zaniechania – na ich szkodę. Wynika z tego, że przymusowe umieszczenie w ośrodku psychiatrycznym powinno być zawsze związane z właściwymi gwarancjami.(...) W procedurze podejmowania decyzji o przymusowym umieszczeniu w ośrodku należy zapewnić gwarancje niezależności i bezstronności, a także obiektywne ekspertyzy lekarskie*⁴⁶³. Przedstawiciele KMPT zalecali zasięgnięcie w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, chyba że nie będzie to możliwe ze względu na jego nieobecność na dyżurze.

Wizytujący zwracali też uwagę na brak wskazania przesłanek, na podstawie których nastąpiło przyjęcie⁴⁶⁴, przytoczenie niewłaściwej podstawy prawnej przyjęcia pacjenta bez zgody⁴⁶⁵, przekraczanie terminu na wydanie przez lekarza opinii o pacjencie⁴⁶⁶, przekraczanie przez sąd 6-miesięcznego terminu na wydanie postanowienia dotyczącego dalszego stosowania środka zabezpieczającego⁴⁶⁷.

Problemem jest także umożliwienie pacjentom udziału w posiedzeniach sądu opiekuńczego poświęconych weryfikacji zasadności przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez ich zgody⁴⁶⁸. W czasie rozmowy indywidualnej z przedstawicielem KMPT pacjent zgłosił, że pomimo otrzymania zawiadomienia o terminie posiedzenia sądu i zgłoszenia kierownikowi oddziału i pozostałym lekarzom chęci uczestnictwa w nim, prośba nie została zrealizowana. Pacjent nie otrzymał też żadnej odpowiedzi na swoje zapytanie w tym przedmiocie. Z kolei inny pacjent przekazał, że mimo otrzymania zawiadomienia o terminie rozprawy nie uczestniczył w niej. Był bowiem przekonany, że jego stawiennictwo jest obowiązkowe i zostanie na nią doprowadzony przez personel. Nie sygnalizował więc chęci uczestnictwa w posiedzeniu. W innej placówce⁴⁶⁹ ordynator wskazał, że pacjenci nie są dowożeni na rozprawę sądu opiekuńczego dotyczące przyjęcia ich bez zgody do szpitala psy-

⁴⁶³ Zob. pkt 51 i 52 Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (98) 12].

⁴⁶⁴ Szpital w Nowym Targu.

⁴⁶⁵ Szpital w Kołobrzegu. W zawiadomieniu do sądu o przyjęciu pacjentki wskazano jako podstawę prawną art. 23 u.o.z.p. zamiast art. 28 u.o.z.p. Podstawa prawna z art. 28 u.o.z.p. powinna być wskazana, w związku z cofnięciem zgody przez pacjenta przyjętego do szpitala za jego zgodą.

⁴⁶⁶ Szpital w Rybniku.

⁴⁶⁷ Szpital w Morawicy.

⁴⁶⁸ Szpital Nowy Targ.

⁴⁶⁹ Szpital w Żarach.



chiatrycznego, nawet jeśli zezwała na to ich stan zdrowia, gdyż na przeszkodzie stoją problemy logistyczne związane ze zorganizowaniem wyjazdu.

Odnosząc się do powyższego należy zwrócić uwagę na orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 marca 2017 r.⁴⁷⁰ wydane w sprawie SK 13/14 zainicjowanej skargą konstytucyjną obywatela, do której przystąpił Rzecznik Praw Obywatelskich. Trybunał orzekł, że przepisy niezezwalające osobie przebywającej w zakładzie psychiatrycznym na udział w postępowaniu sądu, w czasie którego rozstrzyga się dalszy jej pobyt w szpitalu, są niekonstytucyjne. To przełomowe orzeczenie potwierdza podnoszony przez Rzecznika Praw Obywatelskich wykonującego funkcję Krajowego Mechanizmu Prewencji problem realizacji konstytucyjnego prawa do sądu, które zawiera w swej treści prawo do bycia wysłuchanym⁴⁷¹. Trybunał wskazał, że ograniczenie internowanemu prawa do sądu, w przypadku przedłużania pobytu w zakładzie psychiatrycznym nie może być uzasadnione dyrektywą szybkości działania sądu. W ocenie TK nadrzędnym celem prowadzonego postępowania jest wydanie sprawiedliwego orzeczenia opartego na wszechstronnie zebranych materiałach dowodowych, a nie tylko, czy przede wszystkim, na opinii o stanie zdrowia sprawcy, wydanej na podstawie art. 203 § 1 k.k.w. Według Trybunału, sąd rozpoznający powinien zetknąć się ze sprawcą i go wysłuchać, skoro podejmuje decyzję o ewentualnym dalszym pozbawieniu go wolności. Trybunał wskazał, że dyrektywa szybkości postępowania ma zasadnicze znaczenie, gdy sąd decyduje o zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym (po raz pierwszy), natomiast gdy orzeka o jego przedłużeniu, podstawowy cel w postaci uchylenia wysokiego prawdopodobieństwa, że popełni on ponownie czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym, jest już osiągnięty.

Kończąc rozważania Trybunał dał również ustawodawcy wskazówkę, wskazując, że prawo do sądu nie jest prawem absolutnym i dopuszczalne jest, tak jak w przypadku art. 354 pkt 2 k.p.k., wyłączenie obecności internowanego w posiedzeniu w przedmiocie dalszego stosowania środka zabezpieczającego, np. ze względu na stan zdrowia. To przełomowe z punktu widzenia praw osób wobec, których wykonywany jest środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie leczniczym orzeczenie wejdzie w życie z chwilą ogłoszenia w Dzienniku Ustaw. Realizacja orzecz-

⁴⁷⁰ Sprawa SK 13/14.

⁴⁷¹ Opinia KMPT z dnia 20.01.2014 r. do projektu ustawy z dnia 10.12.2013 r. o zmiany ustawy Kodeks karny i niektórych innych ustaw, KMP.022.2.2014.

nia będzie poddawana systematycznej weryfikacji w trakcie wizytacji KMPT poświęconym prawom osób internowanych.

W dalszym ciągu aktualny jest problem przedłużania przymusowego pobytu w szpitalu psychiatrycznym z powodu braku odpowiedniej opieki bądź zakwaterowania w środowisku zewnętrznym⁴⁷². CPT⁴⁷³ stwierdził, iż *pozbawienie wolności osoby z racji braku właściwych uwarunkowań w środowisku zewnętrznym stanowi praktykę wysoce dyskusyjną*. Dodać jednak należy, iż szpitale niejednokrotnie skutecznie występują o umieszczenie w domu pomocy społecznej pacjentów niewymagających leczenia. Jednakże czas oczekiwania na przyjęcie do DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych jest długi.

Podczas jednej z wizytacji⁴⁷⁴ KMPT zwrócił uwagę, iż sądy stosujące środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym w ogóle nie uzasadniały swojego orzeczenia, bądź też czyniły to niezwykle lakonicznie, nie odnosząc się w wystarczającym stopniu do przesłanek wymienionych w art. 93 i 94 k.k., w brzmieniu obowiązującym przed dniem 1 lipca 2015 r. Wątpliwości wizytujących budził również okres stosowania detencji wobec osób, którym zarzucono popełnienie czynów z art. 244 k.k. i art. 278 § 1 k.k. (kradzież roweru za kwotę 400 zł), u których okres detencji trwa już ponad 7 lat. Dotychczasowy okres izolacji w zakładzie psychiatrycznym w znaczny sposób przekroczył więc maksymalny wymiar kary, jaki przewidziany jest dla każdego z w/w czynów. W kontekście omawianej problematyki uwagę wizytujących wzbudził również fakt, iż szereg opinii sądowo-psychiatrycznych i postanowień sądowych (wydawanych na przestrzeni miesięcy lub nawet lat) opatrzonych jest niemal identycznym uzasadnieniem, różniącym się od siebie jedynie układem strony lub czcionką.

W innym szpitalu⁴⁷⁵ wizytujący zwrócili uwagę, że w aktach pacjenta internowanego znajduje się opinia, zgodnie z którą dalsze stosowanie środka zabezpieczającego nie jest konieczne. W czasie wizytacji, w dokumentacji pacjenta brak było postanowienia sądu stanowiącego reakcję na przedmiotową opinię. W związku z tym, przedstawiciele KMPT zwrócili się do ordynatora oddziału z pytaniem, czy sąd zajął stanowisko w sprawie wydanej opinii⁴⁷⁶.

⁴⁷² Szpital w: Chrzanowie, Suchowoli.

⁴⁷³ Zob. §57 Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf(98)].

⁴⁷⁴ Szpital w Suchowoli.

⁴⁷⁵ Szpital w Morawicy.

⁴⁷⁶ W odpowiedzi z dnia 14 października 2016 r. ordynator wizytowanego oddziału poinformował, że pacjent został wypisany ze szpitala i przewieziony do domu pomocy społecznej, KMP.574.10.2016.



2. Traktowanie

W dalszym ciągu mocną stroną wizytowanych placówek jest atmosfera tam panująca. We wszystkich szpitalach zarówno w trakcie rozmów indywidualnych, jak i grupowych pacjencie wskazywali, że personel medyczny interesuje się ich bieżącymi sprawami i wykazuje dużą inicjatywę w zakresie pomocy w wyzdrowieniu.

Przeprowadzone czynności pozwoliły jednak na ujawnienie pewnych nieprawidłowości. Dotyczyły one m.in. sprawdzania rzeczy osobistych pacjentów i osób odwiedzających⁴⁷⁷. Przedstawiciele KMPT za każdym razem przypominali, że obowiązujące przepisy prawa nie dają personelowi oddziału uprawnień do dokonywania sprawdzenia rzeczy pacjentów, pod kątem wykrycia ewentualnych przedmiotów zabronionych lub niebezpiecznych.

W innej placówce⁴⁷⁸ KMPT zakwestionował praktykę stosowania pasków ochronnych zakładanych na ręce pacjentów doprowadzanych do stomatologa przyjmującego w innym budynku. Przedstawiciele KMPT podkreślili, że opisany środek nie jest wymieniony w u.o.z.p., której postanowieniom podlegają wszyscy pacjenci wizytowanych oddziałów, w związku z czym załeciono odstąpienie od jego stosowania.

Z obserwacji poczynionych przez wizytujących w jednym szpitalu⁴⁷⁹ wynikało, że osoby nowo przybyłe i będące pod obserwacją ubrane były w ciągu dnia w piżamy. W innej placówce⁴⁸⁰ pacjenci ulokowani w zwykłych salach mogli nosić odzież prywatną wyłącznie za zgodą lekarza⁴⁸¹. Zobowiązanie chorych przez personel szpitala do noszenia przez całą dobę piżam, jest niewłaściwą praktyką, nie tylko ze względów higienicznych. CPT podkreśla, iż praktyka polegająca na stałym ubieraniu pacjentów w piżamy/koszule nocne nie sprzyja wzmocnieniu tożsamości osobistej i poczucia wartości u pacjentów, a indywidualizacja w zakresie garderoby powinna być częścią procesu terapeutycznego⁴⁸². Przedstawiciele KMPT podkreślali, iż noszone przez pacjenta ubranie nie zapobiegnie jego ucieczce, czy targnięciu się na życie, lecz jest postrzegane jako dodatkowa uciążliwość związana z jego pobytom w szpitalu.

⁴⁷⁷ Szpital w: Nowym Targu, Chrzanowie, Bydgoszczy, Żarach.

⁴⁷⁸ Szpital w Starogardzie Gdańskim.

⁴⁷⁹ Szpital w Rybniku.

⁴⁸⁰ Szpital w Suwałkach.

⁴⁸¹ Szpital w Suwałkach.

⁴⁸² Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (98)12].

W jednej z placówek⁴⁸³ dochodziło do niedopuszczalnych form kontroli pacjentów, takich jak kontrole osobiste osób nie będących internowanymi. Warto zauważyć, że Regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających stanowiący załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych⁴⁸⁴, nie przewiduje możliwości stosowania kontroli osobistej nawet wobec pacjentów, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym.

W kolejnym szpitalu⁴⁸⁵ dwóch pacjentów ulokowano na korytarzu oddziału, a nie w salach chorych, mimo iż w oddziale nie było pełnego obłożenia. Według wyjaśnień pielęgniarki oddziałowej pacjenci ci agresywnie zachowywali się wobec innych osób. Zdaniem wizytujących pozbawienie pacjenta miejsca w sali i przeniesienie na korytarz stanowi naruszenie jego prawa do godności. W przypadku omawianych pacjentów, mających trudności w dostosowaniu się do zasad obowiązujących w wieloosobowych salach chorych, należałoby raczej rozważyć umieszczenie ich w salach o mniejszej pojemności.

Podczas oglądu pomieszczeń jednego ze szpitali⁴⁸⁶ wizytujący dostrzegli wywieszony na tablicy informacyjnej, znajdującej się na korytarzu, plan sprzątania stołówki z podziałem na dni tygodnia oraz poszczególne sale pacjentów. Z wyjaśnień udzielonych przez personel oddziału wynikało, że dyżur taki został wprowadzony z inicjatywy samych pacjentów i miał on charakter dobrowolny. W ocenie KMPT niedopuszczalne jest angażowanie pacjentów do wykonywania prac zarezerwowanych dla osób otrzymujących z tego tytułu stałe wynagrodzenie.

3. Stosowanie przymusu bezpośredniego

Wzorem lat ubiegłych wizytujący ujawnili nieprawidłowości w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego. Problemy w tym obszarze stwierdzono niemal we wszystkich wizytowanych placówkach.

Z poważnym przekroczeniem uprawnień i nieprofesjonalnym zachowaniem przedstawiciele KMPT spotkali się w Szpitalu w Bydgoszczy⁴⁸⁷. Sanita-

⁴⁸³ Szpital w Żarach.

⁴⁸⁴ Dz. U. z 2016 r., poz. 119; rozporządzenie weszło w życie z dniem 20 stycznia 2016 r.

⁴⁸⁵ Szpital w Suchowoli.

⁴⁸⁶ Szpital w Kościerzynie.

⁴⁸⁷ Szpital w Bydgoszczy.



riusz, wobec próby oplucia przez leżącą pacjentkę, rzucił się na nią chwytając obiema rękoma za szyję. Zdając sobie sprawę z napięcia towarzyszącemu opisanej sytuacji, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zwrócili uwagę, że personel szpitali psychiatrycznych powinien wykazywać się większą odpornością na prowokacyjne, często nie tylko werbalnie, zachowanie pacjentów, którzy w związku ze swoimi zaburzeniami oraz pobudzeniem w trakcie stosowania przymusu bezpośredniego nie są w stanie w sposób właściwy ocenić swojego postępowania. Reakcja sanitariusza, którą można było zaobserwować na nagraniu, nosi raczej znamiona odwetu, aniżeli zgodnego z prawem postępowania członka personelu stosującego subsydiarny środek oddziaływania w postaci przymusu. Stwierdzenie to jest tym bardziej uzasadnione, że w trakcie gwałtownej reakcji pracownika, pacjentka była już częściowo unieruchomiona, nie zagrażała w sposób bezpośredni jego bezpieczeństwu.

W jednym ze szpitali wizytujący ustalili, że przebieg i forma stosowania przymusu bezpośredniego opisane w dokumentacji nie zawsze są zgodne ze stanem faktycznym i budzą wątpliwości dotyczące traktowania pacjentów⁴⁸⁸. Według informacji o formie przymusu, zawartej w zawiadomieniu o zastosowaniu przymusu bezpośredniego oraz w zleceniu w *karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji*, od godz. 3:30 w dniu 25 kwietnia 2016 r. z powodu samoagresji (nacięcia żyłką szyi) i odgrążania się personelowi Oddziału, pacjent unieruchomiony był w pasach, założonych na kończyny górne i dolne. Tymczasem na nagraniu jest widoczne, że pacjent ten od godz. 3:30 do godz. 8:30 przebywał w jednoosobowym pokoju, w tzw. izolatce, po której poruszał się swobodnie, a nawet palił papierosy przy otwartym oknie. Nie zachowywał się agresywnie: jadł, korzystał kolejno z kaczki/basenu ustawionych na podłodze w kącie pomieszczenia i w końcu położył się spać na stojącym po środku pokoju łóżku. Około godz. 8:30, gdy był on już od pewnego czasu znowu na nogach i zjadł śniadanie, do pomieszczenia weszło 9 osób, wśród których było prawdopodobnie 2–3 lekarzy oraz 2 funkcjonariuszy Policji i 3 salowe lub pielęgniarki. Po krótkiej rozmowie, podczas której pacjentowi podawane były leki lub sam napój (spokojnie przyjął podawane rzeczy), 3 kobiety przygotowały łóżko i pasy do unieruchomienia. W tym czasie pacjent przechadzał się, paląc papierosa w pobliżu okna i rozmawiał z przybyłymi osobami. Następnie ułożył się bez oporu na łóżku i poddał się zapięciu w pasy. Przebieg opisanych zdarzeń, poza kwestią braku spójności

⁴⁸⁸ Szpital w Chrzanowie.

stanu faktycznego i wytworzonej dokumentacji, prowokuje również do zadania pytania o zasadność zastosowania w opisanej sytuacji najbardziej ingerującej w wolność człowieka formy przymusu w formie unieruchomienia. Opisane nieprawidłowości pozostają w dalszym ciągu przedmiotem korespondencji pomiędzy KMPT a dyrektorem wizytowanej placówki.

W innym szpitalu⁴⁸⁹ przedstawiciele KMPT mieli zastrzeżenia co do zasadności dalszego pobytu jednego pacjentów. W związku z jego zachowaniem w oddziale (agresja wobec otoczenia, autoagresja, niszczenie sprzętu i wyposażenia sali) pacjent ten poddawany był systematycznie przymusowi bezpośredniemu w postaci unieruchomienia. Mężczyzna wykazywał ponadto wyraźną lekoodporność. Stosowanie przymusu było przerywane na czas spożywania posiłków oraz załatwiania potrzeb fizjologicznych. Z uwagi na niepełnosprawność intelektualną, mężczyzna nie kontaktował się werbalnie z personelem, wypełniał jedynie proste polecenia pomagające zaspokoić jego podstawowe potrzeby fizjologiczne. Próby zwolnienia go z pasów kończyły się zawsze silnym pobudzeniem psychofizycznym. W ocenie eksperta KMPT, agresywne zachowanie tego pacjenta skutkujące każdorazowo stosowaniem przymusu bezpośredniego, związane było z jego znaczną niepełnosprawnością intelektualną decydującym o utrwalaniu stereotypów jego zachowania. Zdaniem eksperta, pożądanym dla poprawy stanu zdrowia pacjenta, było jego przeniesienie do innego szpitala. W jego ocenie, zmiana środowiska, w którym przebywa pacjent może zadecydować o poprawie jego stanu⁴⁹⁰.

Przedstawiciele KMPT sformułowali również zastrzeżenia dotyczące stosowania unieruchomienia z użyciem pasów na życzenie pacjentów, którzy – zgodnie z informacją ordynatora oddziału – zgłaszają personelowi, że źle się czują i że może dojść z ich strony do agresji⁴⁹¹.

Niedopuszczalna jest praktyka funkcjonująca w niektórych oddziałach⁴⁹², polegająca na stosowaniu unieruchomienia w salach wieloosobowych w sposób niegwarantujący poszanowania godności pacjentów poddanych przymusowi w tej formie.

⁴⁸⁹ Szpital w Morawicy.

⁴⁹⁰ W odpowiedzi na Raport dyrektor poinformował o podjęciu starań o zmianie miejsca pobytu pacjenta, KMP.574.10.2016.

⁴⁹¹ Szpital w: Głucholazach, Nowym Targu, Żarach. Zagadnienie to zostało omówione szerzej w cz. II Raportu, str. 176.

⁴⁹² Szpital w: Lipnie, Nowym Targu, Radzynie Podlaskim, Kołobrzegu, Bydgoszczy, Rybniku, Morawicy.



Odnotowano również inne nieprawidłowości w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego: brak częściowego uwolnienia pacjenta po upływie 4 godzin od momentu zastosowania pasów również w przypadku, gdy jego zachowanie na to pozwalało, niezwalnianie pacjentów, by skorzystać z łazienki (nierzadko osobom chcącym skorzystać z łazienki, podawano kaczkę lub stosowano pieluchomajtki)⁴⁹³, zamontowanie przeszklonych drzwi w pomieszczeniu do izolacji⁴⁹⁴.

W trakcie analizy dokumentacji w niektórych szpitalach reprezentanci KMPT dostrzegli uchybienia dotyczące dokumentowania stosowania przymusu bezpośredniego⁴⁹⁵. Zdarzało się, że brakowało wskazania załatwienia przez pacjenta potrzeb fizjologicznych lub podawano zbyt ogólny powód stosowania przymusu bezpośredniego (np. pobudzenie psychoruchowe, zaburzenia jakościowe świadomości, majaczenie drżenne, ZZA, agresja), brak było zatwierdzenia przedłużenia unieruchomienia po 16 godzinach przez drugiego lekarza, brak uzasadnienia przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego⁴⁹⁶.

Z zapisów kart zastosowania unieruchomienia lub izolacji wynikało, że są sytuacje kiedy w czynnościach tych bierze udział od jednej do czterech osób. Tymczasem sprawne i bezpieczne przeprowadzenia zastosowania przymusu bezpośredniego w tej formie wymaga udziału 5 osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia kończyn, jedna osoba zabezpiecza głowę). Powyższy standard wskazany jest także w uzasadnieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania⁴⁹⁷: efektywne i bezpieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego, tj. samo jego wykonanie, wobec silnej i sprawnej fizycznie osoby wymaga udziału 5 osób.

4. Prawo do informacji

W jednym ze szpitali⁴⁹⁸ wizytujący stwierdzili braki w oświadczeniach pacjentów, załączanych do historii choroby, takich jak druk oświadczenia o udzieleniu zgody na dostęp do dokumentacji medycznej i dostęp do infor-

⁴⁹³ Szpital w: Nowym Targu, Pabianicach, Chrzanowie, Kołobrzegu, Rybniku, Leżajsku, Lipnie.

⁴⁹⁴ Szpital w Radzynie Podlaskim.

⁴⁹⁵ Szpital w: Nowym Targu, Kościerzynie, Leżajsku.

⁴⁹⁶ Szpital w: Pabianicach, Żarach, Lipnie.

⁴⁹⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 740.

⁴⁹⁸ Szpital w Kołobrzegu.

macji o pacjencie, druk świadomej zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego oraz druk informacji o przetwarzaniu danych osobowych, które często były niewypełnione lub wypełnione jedynie częściowo.

KMPT zalecał każdorazowe zapoznawanie pacjentów z ich prawami i obowiązkami oraz odbieranie powyższych oświadczeń od osób, które są w stanie zrozumieć ich treść i samodzielnie wyrazić swoją wolę.

W tej samej placówce w historiach chorób nie było druków oświadczeń wskazujących na to, że pacjenci zostali poinformowani o sposobach leczenia i zaordynowanych lekach. W ocenie KMPT pacjentom należy zapewnić możliwość poświadczenia zapoznania ich z tymi informacjami.

Biorąc pod uwagę stan zdrowia części osób przyjmowanych do szpitali i potrzebę bieżącego dostępu do informacji, zaleceniem sformułowanym przez przedstawicieli KMPT w niektórych wizytowanych szpitalach, było wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu zarówno regulaminu, jak i danych kontaktowych do organów ochrony praw człowieka, m.in. Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (łącznie z numerem darmowej infolinii 800 676 676), Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka).

Wizytujący zwracali też uwagę na swobodny dostęp pacjentów do księgi skarg oraz regulaminów. W niektórych przypadkach pacjent mógł skorzystać z tych dokumentów tylko za pośrednictwem personelu⁴⁹⁹.

5. Prawo do ochrony zdrowia i terapii

W jednym ze szpitali⁵⁰⁰ pacjenci zgłosili problem omawiania ich sytuacji zdrowotnej podczas obchodu sal, czyli w obecności innych osób. Przedstawiciele KMPT ocenili taką sytuację jako krępującą dla pacjentów w związku z czym za zasadne należy uznać organizowanie spotkań indywidualnych w celu omawiania dolegliwości, czy postępów w leczeniu. W innym szpitalu⁵⁰¹ pacjenci zgłaszali trudność w dostępie do lekarza na indywidualną rozmowę.

Podobnie jak w poprzednich latach KMPT stwierdzał braki w dokumentacji prowadzonej w szpitalach. Uwagi dotyczyły niewystarczającego zakresu informacji wpisywanych do książki raportów pielęgniarskich⁵⁰², w tym braku informacji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, o stanie psychicznym

⁴⁹⁹ Szpital w Rybniku.

⁵⁰⁰ Szpital w Lipnie.

⁵⁰¹ Szpital w Bydgoszczy.

⁵⁰² Szpital w Kołobrzegu.



i zachowaniu pacjentów przebywających w oddziale, braku opisu ważniejszych zdarzeń dotyczących zachowania pacjentów w czasie hospitalizacji czy też nazwisk pacjentów przebywających na przepustce.

We wszystkich placówkach, poza farmakoterapią i oddziaływaniami kulturalno-oświatowymi, prowadzone były również inne formy terapii. W obszarze tym jednak wizytujący ujawnili nieprawidłowości polegające na: niemożności udziału części pacjentów w zajęciach odbywających się poza oddziałami⁵⁰³, nieorganizowania zajęć weekendowych, mało urozmaiconej ofercie oddziaływań⁵⁰⁴. W związku z powyższym podkreślano, że zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych⁵⁰⁵ w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną.

Problemem w niektórych szpitalach był dostęp pacjentów do zajęć na świeżym powietrzu⁵⁰⁶. W przypadku, gdy placówka nie dysponowała odpowiednio zabezpieczonym placem spacerowym, możliwość wyjść poza oddział mieli tylko pacjenci, których stan zdrowia na to pozwalał i dysponujący tzw. wolnymi wyjściami (mogący samodzielnie wychodzić na spacer). Pozostały osoby korzystały z wyjść bardzo rzadko lub w ogóle nie miały takiej możliwości.

Wizytujący kwestionowali także sytuacje, w których zasady opuszczania oddziałów funkcjonujących w ramach jednego szpitala⁵⁰⁷ różniły się od siebie (w jednym nie obowiązywały wolne wyjścia). W ocenie wizytujących praktyka taka była pozbawiona uzasadnienia, gdyż na każdym z oddziałów przebywała podobna populacja pacjentów. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zalecił ujednoczenie zasad przyznawania tzw. wolnych wyjść oraz odstąpienie od zakazu samodzielnego opuszczania oddziału względem wszystkich.

W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością warto przytoczyć stanowisko CPT wskazujące, że *leczenie psychiatryczne powinno opierać się na zindywidualizowanym podejściu, które implikuje sporządzenie planu leczenia dla każdego pacjenta. Plan taki powinien obejmować szeroki zakres*

⁵⁰³ Szpital w Pabianicach.

⁵⁰⁴ Szpital w Suchowoli.

⁵⁰⁵ Dz. U. z 2014 r., poz. 522.

⁵⁰⁶ Szpital w: Nowym Targ, Chrzanowie, Kołobrzegu, Żarach.

⁵⁰⁷ Szpital w Lipnie.

*czynności rehabilitacyjnych i terapeutycznych, kontakt ze sztuką, teatrem, muzyką i sportem. Pacjenci powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokojów rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu; pożądaną jest także stworzenie pacjentom możliwości nauki i odpowiedniej pracy*⁵⁰⁸.

Podkreślenia wymaga także zalecenie skierowane przez przedstawicieli CPT do polskiego rządu, wydane w czasie wizyty okresowej w dniach 26 listopada 2009 r. do 8 grudnia 2009 r., odnoszące się do oddziału psychiatrii Szpitala Więziennego w Poznaniu. Przedstawiciele CPT rekomendowali wówczas, aby wszystkim osobom zakwaterowanym na więziennym oddziale psychiatrycznym, zaoferować, jeśli ich zdrowie na to pozwala, co najmniej godzinę ćwiczeń fizycznych na dworze w ciągu dnia, w rozsądnie rozległym i bezpiecznym miejscu⁵⁰⁹.

6. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

Nie ulega wątpliwości, że wszyscy pacjenci, przez cały czas pobytu w szpitalu, powinni mieć zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym poprzez prowadzenie niecenzurowanej korespondencji (również elektronicznej, przy wykorzystaniu własnego urządzenia z dostępem do mobilnego Internetu), niekontrolowanych rozmów telefonicznych (również przez własny telefon komórkowy) oraz odwiedzin bez obecności osób z personelu szpitala.

Na podstawie art. 33 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami⁵¹⁰.

Należy oczywiście zrozumieć, że ze względów zdrowotnych w wyjątkowych sytuacjach konieczne jest czasowe ograniczenie kontaktów pacjentów szpitala z osobami spoza placówki. W żadnym razie jednak ograniczenie to nie może być ustalane w sposób dowolny i nie uwzględniający możliwości indywidualnego potraktowania.

⁵⁰⁸ Zob. pkt 37 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12].

⁵⁰⁹ Zob. § 132 Raportu CPT z wizyty w Polsce w dniach 26.11 – 8.12.2009 r. CPT/Inf (2011) 20

⁵¹⁰ Wyjątkiem są osoby tymczasowo aresztowane przebywające w szpitalu psychiatrycznym, których warunki umieszczenia, zgodnie z art. 213 § 1 k.k.w. określa organ, do dyspozycji którego pozostają i których warunki porozumiewania się z innymi osobami i podmiotami określają przepisy k.p.k. i k.k.w.



W trzech szpitalach⁵¹¹ zastrzeżenia wizytujących wzbudziły obowiązujące ograniczenia czy też utrudnienia związane z odwiedzinami pacjentów przez dzieci. Oczywiście odwiedzające pacjentów małe dzieci mimo, iż przychodzą z dorosłymi opiekunami, mogą nie być przygotowane na wizytę w tak szczególnym miejscu, jakim jest szpital psychiatryczny. W oddziale mogłyby one napotkać pacjentów i swoich krewnych w różnym stanie oraz często zachowujących się w sposób trudny dla małoletnich. Ze względu na ryzyko doznania przez nie uszczerbku psychicznego, w ocenie KMPT, zamiast wykluczać dzieci z kręgu osób odwiedzających czy też dopuszczać do spotkań z nimi wyłącznie poza oddziałami czy placówką (co z kolei jest niemożliwe w przypadku pacjentów nie mogących wychodzić), warto zadbać o wyodrębnienie pokoju, który mógłby służyć do przyjmowania przez pacjentów odwiedzin z udziałem małych dzieci.

Ograniczenia praw w analizowanym obszarze dotyczyły również zastrzeżenia, że pacjenci mogą korzystać z własnych telefonów komórkowych jedynie w określonych godzinach⁵¹² lub pod warunkiem, że ich aparaty nie posiadają funkcji robienia zdjęć⁵¹³. Jako uzasadnienie takiej praktyki wskazywano potencjalne niebezpieczeństwo filmowania lub nagrywania wypowiedzi innych pacjentów i umieszczania tych nagrań w sieci. Reprezentanci KMPT rozumiejąc, co leży u podstaw obaw personelu szpitali, podkreślają, że powyższe ograniczenia nie mają jednak umocowania w obowiązujących przepisach. Umożliwienie pacjentom swobodnej komunikacji ze światem zewnętrznym jest jednym z podstawowych praw człowieka (stanowi realizację prawa do życia prywatnego), a co więcej stanowi istotny czynnik terapeutyczny.

W kilku placówkach⁵¹⁴ obowiązywał całkowity zakaz korzystania przez pacjentów z telefonów komórkowych. W ocenie przedstawicieli KMPT powyższe ograniczenie nie ma umocowania w obowiązujących przepisach. Ograniczenia w tym zakresie powinny mieć charakter wyłącznie indywidualny i podyktowany procesem leczenia. W przedmiotowej kwestii wypowiedział się również Trybunał Konstytucyjny, który w wyroku z dnia z dnia 21 kwietnia 2015 r.⁵¹⁵ orzekł, że przyznanie kierownikowi zakładu psychiatrycznego kompetencji do określania godzin prowadzenia przez pacjentów

⁵¹¹ Szpital w: Pabianicach, Radzynie Podlaskim, Bydgoszczy.

⁵¹² Szpital w Suchowoli.

⁵¹³ Szpital w: Bydgoszczy, Morawicy.

⁵¹⁴ Szpital w: Pabianicach, Kołobrzegu.

⁵¹⁵ Sprawa U 8 /14

niekontrolowanych rozmów telefonicznych jest niezgodne z art. 49 Konstytucji. W związku z tym wizytujący zalecili umożliwienie pacjentom części obserwacyjnej używania telefonów komórkowych i stosowanie ograniczeń w tej kwestii wyłącznie w sytuacjach indywidualnych i podyktowanych względami zdrowotnymi.

W jednym ze szpitali⁵¹⁶ pacjenci, którzy nie posiadali swoich telefonów komórkowych korzystali z aparatu znajdującego się w gabinecie zabiegowym. Rozmowa telefoniczna odbywała się wówczas w obecności personelu. Powyższa praktyka naruszała zatem z art. 49 Konstytucji RP gwarantujący wolność i ochronę tajemnicy komunikowania się, których ograniczenie może nastąpić jedynie w przypadkach i w sposób określony w ustawie. Tymczasem u.o.z.p. nie wprowadza żadnych restrykcji w tym zakresie. KMPT zalecił zapewnienie pacjentom prywatności w czasie prowadzenia przez nich rozmów telefonicznych.

7. Warunki bytowe

W dwóch placówkach⁵¹⁷ przedstawiciele KMPT zalecili wykonania kompleksowego remontu oddziału: odświeżenie ścian, położenie nowej wykładziny podłogowej oraz płytek, wymianę drzwi wewnętrznych, wymianę mebli m.in. łóżek, szaf, szafek przyłóżkowych, zamontowanie klamek w kabinach toaletowych.

W celu podniesienia bezpieczeństwa osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych zalecano montowanie instalacji alarmowo-przyzywowej lub uczynienie jej dostępniejszą dla osób leżących w salach chorych⁵¹⁸.

Reprezentanci KMPT zwrócili także uwagę na konieczność zapewnienia intymności osobom korzystającym z toalety⁵¹⁹.

8. Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami wszystkie szpitale powinny być dostosowane do potrzeb osób z różnymi typami niepełnosprawności⁵²⁰.

⁵¹⁶ Szpital w Lipnie.

⁵¹⁷ Szpital w: Nowym Targu, Pabianicach.

⁵¹⁸ Szpital w: Głuchołazach, Szczecinku, Chrzanowie, Pabianicach, Kołobrzegu, Leżajsku, Żurawicy, Andrychowcie, Radzynie Podlaskim, Suchowoli.

⁵¹⁹ Szpital w Pabianicach.

⁵²⁰ Zob. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475), Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).



Tylko trzy z wizytowanych w 2016 r. placówek zostały w pełni pozbawione barier architektonicznych⁵²¹.

Większość szpitali posiadała pewne dostosowania do potrzeb osób mających trudności z poruszaniem się. Powszechne jest bowiem stosowanie wind umożliwiających wjazd na wszystkie kondygnacje, szerokich korytarzy i drzwi bez progów. Często zapewnia się także podjazdy wiodące do drzwi budynków. W większości sanitariatów znajdują się poręcze i uchwyty, a także natryski wyposażone w krzesła do kąpeli. Dostosowania te mają jednak pewne mankamenty techniczne, związane m.in. ze zbyt ciasną przestrzenią manewrową dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich czy trudnymi dla nich odległościami montażu przycisków oraz uchwytów. Problemem jest też niestosowanie udogodnień w salach chorych.

Poważne trudności w funkcjonowaniu osoby poruszającej się na wózku w budynku z barierami architektonicznymi unaocznili przedstawicielom KMPT pacjent jednego ze szpitali⁵²². Osoba ta, aby skorzystać z toalety musiała zejść z wózka na podłogę, a następnie przeczołgać się do miski ustępowej. Podobnie nieodpowiednia wysokość łóżka sprawiała mu trudności w przedostaniu się na wózek.

⁵²¹ Szpital w: Radzynie Podlaskim, Bydgoszczy, Żarach.

⁵²² Szpital w Głuchołazach.

8. Strzeżone Ośrodki dla Cudzoziemców

8.1. Wprowadzenie

W 2016 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację 4 strzeżonych ośrodków dla cudzoziemców⁵²³ (dalej: SOC, Ośrodek lub placówka).

8.2. Problemy systemowe

1. Detencja małoletnich

Polskie prawo zezwala na umieszczanie małoletnich bez opieki, przebywających nielegalnie w Polsce, w strzeżonym ośrodku dla cudzoziemców. Tymczasem dopuszczalność stosowania detencji wobec małoletnich cudzoziemców była wielokrotnie kwestionowana przez organizacje pozarządowe⁵²⁴, instytucje międzynarodowe⁵²⁵ oraz samego Rzecznika Praw Obywatelskich. Wytyczne Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do Spraw Uchodźców (UNHCR) dotyczące kryteriów i standardów odnośnie detencji osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy stanowią, iż co do ogólnej zasady ubiegający się o status nie powinni być umieszczani w detencji. Wyjątki są dopuszczalne jedynie w celu zapewnienia porządku publicznego, zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa. Ubiegający się o status uchodźcy poniżej 18 roku życia, będący bez opieki, nie powinni być umieszczani w detencji. Wytyczna nr 9 stanowi, iż w miarę możliwości osoby takie powinny być oddane w opiekę członków rodziny, którzy uzyskali już status uchodźcy w danym kraju. Jeżeli rozwiązanie to nie jest możliwe, kompetentne instytucje opieki nad dzieckiem powinny zapewnić małoletniemu cudzoziemcowi alternatywną opiekę w postaci odpowiedniego zakwaterowania oraz właściwego dozoru. W stosunku do dzieci towarzyszących rodzicom UNHCR re-

⁵²³ SOC w: Białej Podlaskiej, Lesznowoli, Krośnie Odrzańskim, Kętrzynie.

⁵²⁴ Zob. stanowisko Stowarzyszenia Interwencji Prawnej z dn. 30.03.2015 r. dostępne na stronie internetowej Stowarzyszenia.

⁵²⁵ m.in. wyrok ETPCz z dnia 19.01.2010 r. w sprawie *Muskhadzyhiewa przeciwko Belgii*, skarga nr 41442/07



komenduje rozważenie wszystkich stosownych alternatyw do detencji. Wytuczne UNHCR kładą nacisk na stosowanie detencji w stosunku do rodzin z dziećmi zgodnie z art. 37 Konwencji o Prawach Dziecka, tj. jako środka ostatecznego i na możliwie najkrótszy czas.

Również w rekomendacjach Komitetu Ministrów, wydanych 16 kwietnia 2003 r., dotyczących środków detencyjnych wobec osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy⁵²⁶ Komitet podkreślił, iż detencja małoletnich ubiegających się o status powinna być środkiem ostatecznym i stosowanym przez możliwie najkrótszy czas. Małoletni nie powinni być wbrew ich woli oddzielani od rodziców ani od innych opiekunów prawnych lub zwyczajowych. Komitet wskazuje, że jeżeli małoletni musi być zatrzymany, nie może przebywać w warunkach więziennych. Zwolnienie z detencji musi mieć miejsce tak szybko jak to możliwe, a osobie takiej zapewnia się osobne zakwaterowanie. Komitet również zaleca wprowadzenie specjalnych rozwiązań w ośrodkach zamkniętych odpowiednich dla rodzin z dziećmi, jak również alternatywnych środków zapewniających zabezpieczenie postępowania, niewiążących się z pozbawieniem wolności, takich jak domy opieki lub domy zastępcze dla małoletnich bez opieki ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy⁵²⁷.

Również zdaniem KMPT, niezależnie od tego, w jak wysokim stopniu zadbano by o dobro małoletnich podczas ich pobytu w SOC, w każdym wypadku pobyt w zamknięciu bardzo negatywnie odbija się na ich psychice i normalnym funkcjonowaniu w przyszłości.

2. Dostęp do badania psychologicznego

Kluczową rolę badania psychologicznego w procesie identyfikacji ofiar tortur akcentuje Protokół Stambulski – Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania⁵²⁸, zgodnie z którym *ocena psychologiczna*

⁵²⁶ Rec 2003)/5.

⁵²⁷ Za: Detencja dzieci cudzoziemskich w Polsce, Raport na temat realizacji międzynarodowych i krajowych standardów dotyczących detencji dzieci cudzoziemskich, Centrum Pomocy Prawnej im Haliny Nieć, 25 marca 2011 r.

⁵²⁸ Publikacja Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) opracowana w 1999 roku przez grupę ekspertów (głównie lekarzy, prawników i psychologów) zawierająca m.in. wskazówki, w jaki sposób identyfikować i dokumentować przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania dla potrzeb postępowania karnego. Protokół Stambulski jest oficjalnym dokumentem ONZ, nie ma on charakteru wiążącego (tzw. miękkie prawo międzynarodowe), lecz jego stosowanie rekomendują zarówno Zgromadzenie Ogólne ONZ jak i Komisja Praw Człowieka ONZ/Rada Praw Człowieka ONZ.

dostarcza użytecznych informacji w kontekście badań medycznych, wykonywanych dla celów analizy prawnej, w związku z wnioskami o status uchodźcy, ustaleniem warunków, w których mogło dojść do uzyskania fałszywych zeznań, zrozumienia regionalnych praktyk stosowania tortur, identyfikacji potrzeb ofiar w zakresie dalszego leczenia i pozyskania zeznań dla potrzeb dochodzenia w sprawach dotyczących naruszeń praw człowieka.

Tymczasem, zgodnie decyzją nr 32 Komendanta Głównego Straży Granicznej z dnia 22 lutego 2013 r., psychologowie zatrudnieni przez SG przede wszystkim wykonują szereg zadań związanych z naborem, pomocą psychologiczną i szkoleniami funkcjonariuszy SG. Opieka nad cudzoziemcami jest jednym z wielu zadań psychologów zatrudnianych przez SG. Nadto, zgodnie z § 5 decyzji psychologowie mogą świadczyć pomoc psychologiczną w przypadku wystąpienia zdarzenia traumatycznego, na pisemny wniosek lekarza badającego cudzoziemca. Zatem cudzoziemiec nie może sam być inicjatorem badania psychologicznego, które skutkować może opinią psychologiczną. Zdaniem KMPT ograniczenie to utrudnia identyfikację potencjalnych ofiar tortur.

8.3. Mocne strony i dobre praktyki

1. Realizowanie obowiązku szkolnego

Małoletni przebywający w Ośrodku w Kętrzynie realizują obowiązek szkolny na podstawie porozumienia ze szkołą podstawową. Ujawniona praktyka zasługuje na słowa uznania w kontekście obowiązujących przepisów. Zarówno ustawa z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach⁵²⁹, (dalej: u.o.c), jak i ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej⁵³⁰ nie wprowadzają obowiązku zapewnienia małoletnim prawa do edukacji w trakcie pobytu w ośrodku strzeżonym.

Jednakże Konstytucja RP w art. 70 ust. 1 przyznaje każdemu prawo do nauki oraz określa, że jest ona obowiązkowa do 18 roku życia. Sformułowanie *każdy* oznacza, że obowiązek ten obejmuje także cudzoziemca przebywającego na terytorium naszego kraju. Zatem nikomu, kto chce się uczyć, a nie ukończył 18 roku życia, nie wolno odmówić tego prawa, a na stosownych

⁵²⁹ Dz.U. z 2013 r., poz.165.

⁵³⁰ Dz.U. z 2012 r., poz. 680 j.t.



instytucjach państwowych ciąży obowiązek zapewnienia odpowiednich ku temu warunków.

Także Konwencja o Prawach Dziecka w art. 22 zwraca szczególną uwagę na dzieci, które zostały uznane za uchodźców bądź ubiegają się o taki status. Zgodnie z jej zaleceniami dzieci te powinny otrzymywać odpowiednią ochronę, przewidzianą przepisami Konwencji, a jednym z jej przejawów jest zapewnienie prawa do nauki (art. 28). Poza tym, zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty osoby⁵³¹, które nie ukończyły 18 roku życia, mają obowiązek nauki. Reasumując, obowiązkowi szkolnemu podlegają wszystkie dzieci, przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od ich statusu prawnego. Ten obowiązek dotyczy zatem także cudzoziemców – niezależnie od tego czy przebywają w Polsce legalnie, czy też nielegalnie. Stąd też, praktyka obowiązująca w ośrodku w Kętrzynie, jako akcentująca prymat ustawy zasadniczej w odniesieniu do edukacji nieletnich do ukończenia przez nich 18 roku życia, zasługuje w ocenie KMPT na uznanie jej za godną naśladowania w innych miejscach detencji tego typu.

2. Rezygnacja z okratowania okien

W Ośrodku w Kętrzynie stopniowo zdejmowane są kraty z okien. Zdaniem wizytujących praktyka ta powinna być realizowana we wszystkich tego typu placówkach, a szczególnie w tych, w których przebywają dzieci. Kraty w oknach kojarzą się bowiem ze środowiskiem więziennym. Cudzoziemcy przebywający w strzeżonych ośrodkach nie popełnili natomiast żadnego przestępstwa. Nadto, placówki te są bardzo dobrze strzeżone oraz wyposażone są w monitoring, co minimalizuje możliwość samodzielnego ich opuszczenia.

3. Wydawanie zastępczych telefonów komórkowych

W związku z zakazem posiadania urządzeń technicznych służących do rejestrowania obrazu (art. 420 u.o.c), osoby posiadające telefony komórkowe z możliwością nagrywania zobowiązane są do ich zdeponowania. Jednakże w wizytowanych placówkach cudzoziemcy mają możliwość uzyskania na czas pobytu w ośrodku telefonu zastępczego, będącego własnością administracji.

⁵³¹ Dz.U. 2015 r., poz. 2156.

4. Wyznaczenie Ośrodka dla osób niepełnosprawnych ruchowo

Ośrodek w Kętrzynie, począwszy od 2017 r., jest wyznaczony do umieszczenia w nim cudzoziemców z niepełnosprawnościami. Przedstawiciele KMPT pozytywnie oceniają tę inicjatywę. Należy bowiem zauważyć, iż zgodnie z ratyfikowaną przez Polskę w dniu 6 września 2012 r. Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, aby umożliwić osobom niepełnosprawnym niezależne życie, Państwa strony podejmą odpowiednie środki obejmujące rozpoznanie i eliminację barier w zakresie dostępności budynków.

5. Szkolenia personelu

W SOC w Białej Podlaskiej wizytujący dobrze ocenili tematykę szkoleń dedykowanych personelowi Ośrodka. W programie znajdowały się zajęcia z zakresu: udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, warsztaty językowe (j. rosyjski i j. angielski), psychologii międzykulturowej, prawa antydiskryminacyjnego oraz praw człowieka w rozumieniu Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności oraz orzecznictwa ETPCz.

6. Cotygodniowe spotkania z opiekunami powrotowymi

W placówce w Krośnie Odrzańskim wprowadzono dobrą praktykę organizowania, poza bieżącą pomocą, cotygodniowych, spotkań cudzoziemców z pracownikami Sekcji Obsługi Administracyjnej Cudzoziemców (opiekunowie powrotowi). Mają one na celu przybliżanie osobom przebywającym w SOC zagadnień prawnych i objaśnianie ich sytuacji administracyjnej.

8.4. Obszary wymagające poprawy

1. Traktowanie

Cudzoziemcy umieszczani w ośrodkach podlegają sprawdzeniu szczegółowemu przy przyjęciu oraz w sytuacjach uzasadnionych względami bezpieczeństwa i porządku. Sama czynność polega na obowiązkowym zdjęciu przez cudzoziemca całej odzieży i bielizny. Poszanowanie prawa osadzonego do intymności i godności osobistej oznacza również szacunek dla indywidualnego poczucia wstydu, które w przypadku pozostawienia tej osoby bez ubrania jest niewątpliwie naruszane. Warto przywołać stanowisko CPT zawarte w raporcie z wizytacji przeprowadzonej w Polsce w dniach 5–17 czerwca



2013 r., zgodnie z *którym kontrola osobista jest środkiem bardzo inwazyjnym i potencjalnie poniżającym. Powinno się podjąć wszystkie rozsądne wysiłki w celu zminimalizowania poczucia zażenowania; osoby osadzone poddawane kontroli osobistej normalnie nie powinny być zobowiązane do zdjęcia całego ubrania w tym samym czasie, np. powinny mieć prawo do zdjęcia ubrań powyżej pasa i do ubrania się przed zdjęciem pozostałych ubrań.*

W piśmie z dnia 31 maja 2016 r.⁵³² Dyrektor Zarządu do Spraw Cudzoziemców Komendy Głównej Straży Granicznej poinformował Dyrektor Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji o wdrożeniu nowych jednolitych dla wszystkich ośrodków strzeżonych rozwiązań dotyczących m.in. wprowadzenia dwuetapowego sprawdzenia cudzoziemca, tj. od pasa w górę i po ubraniu od pasa w dół. Mimo to, wizytujący wciąż spotykali się z praktyką przeprowadzania jednoetapowej kontroli osobistej.

Cudzoziemcy w SOdC w Białej Podlaskiej wskazywali, że poza pomieszczeniem do wykonywania praktyk religijnych, wydzielają oni w pokojach część kultu religijnego, gdzie rozkładają kobierzec modlitewny (saddżada), na co – ich zdaniem – funkcjonariusze nie zważają. Przebywając w ich pokojach zdarza się im deptać go. Ponadto z rozmów z cudzoziemcami wynika, że funkcjonariusze SG przeprowadzają przeszukanie pokoi cudzoziemców, podczas wykonywania przez nich praktyk religijnych. Przedstawiciele KMPT nie mieli możliwości zweryfikowania tych sygnałów. Warto jednak wskazać, że sygnały o niewłaściwym zachowaniu funkcjonariuszy powtarzały się w trakcie indywidualnych rozmów z cudzoziemcami, co może wskazywać na duże prawdopodobieństwo zaistnienia wymienionych sytuacji.

2. Legalność pobytu

Każdorazowo wizytujący zapoznawali się z aktami osób umieszczonych w placówkach. Wątpliwości w tym zakresie wzbudziły 3 przypadki ujawnione w Ośrodku w Kętrzynie i 1 w Białej Podlaskiej świadczące, w ocenie KMPT, o niedziałającym sprawnie systemie identyfikacji ofiar tortur i przemocy, który zabezpieczałby te osoby przed umieszczeniem w ośrodku. Sprawy cudzoziemców z tych ośrodków zostały szczegółowo opisane w rozdziale *Naruszenia praw osób pozbawionych wolności stwierdzone w trakcie wizytacji miejsc detencji (wybrane przykłady).*

⁵³² Odpowiedź Komendanta Nadodrzańskiego Oddziału SG z dnia 20.12.2016 r., FAX/KG/CU/3248/IW/16.

3. Prawo do informacji

W placówce w Białej Podlaskiej oraz w Krośnie Odrzańskim pomieszczenia w których odbywają się spotkania cudzoziemców z pełnomocnikiem prawnym wyposażone były w monitoring. Realizacja spotkań z pełnomocnikiem w takich warunkach narusza standard zawarty w przepisie art. 415 ust. 1 pkt 3 u.o.c. stanowiący, że *cudzoziemiec umieszczony w strzeżonym ośrodku lub przebywający w areszcie dla cudzoziemców ma prawo do kontaktowania się i widzeń ze swoim pełnomocnikiem w warunkach nienaruszających prawa do prywatności.*

4. Opieka psychologiczna

Odnosząc się do najważniejszych problemów psychologicznych cudzoziemców przebywających w ośrodkach strzeżonych za najbardziej niepokojący należy uznać wpływ, jaki wywiera na ich zdrowie psychiczne umieszczenie w placówce zamkniętej. Podczas rozmowy indywidualnej cudzoziemiec narodowości czeczeńskiej⁵³³ w sposób bardzo otwarty opisywał swoje obawy, lęki i frustracje wynikające z pobytu w ośrodku strzeżonym, wpływające bardzo negatywnie na jego zdrowie psychiczne i samopoczucie. Jako osoba starsza, która w kulturze czeczeńskiej zwykła być otoczona szacunkiem młodszych osób, bardzo ciężko znosił poniżające w jego subiektywnym odczuciu rygory panujące w ośrodku strzeżonym, szczególnie w odniesieniu do relacji z młodszymi mężczyznami pełniącymi służbę w Ośrodku, które nie wykazywały szacunku i troskliwości o osoby starsze. Małe pokoje, w odczuciu mężczyzny, przypominały więzienne cele. Każde wyjście nawet na chwilę na papierosa, musiało być uzgodnione z ochroną, co było dla niego bardzo upokarzające. Mówił: papierosy to jedyne co mi zostało a tu traktują mnie jak więźnia. Komunikując swoje obawy, poczucie poniżenia i lęki, płakał, co jest bardzo rzadkie u mężczyzn w kulturze czeczeńskiej i świadczy o bardzo obniżonym nastroju.

Nadto, wątpliwości wizytujących wzbudziła opinia psychologiczna o braku przeciwwskazań do przedłużenia pobytu w Ośrodku wystawiona wyłącznie na podstawie obserwacji cudzoziemki. Zdaniem wizytujących opiniowanie w tak istotnej sprawie jak przedłużenie detencji wyłącznie na podstawie obserwacji, bez przeprowadzenia konsultacji psychologicznej jest dalece niewystarczające⁵³⁴.

⁵³³ SOC w Kętrzynie.

⁵³⁴ SOC w Kętrzynie.



Pracę psychologów ogranicza fakt, że nie zawsze posługują się biegle językiem cudzoziemców, w wyniku czego korzystają z translatora google czy wsparcia innych funkcjonariuszy SG.

5. Opieka medyczna

W wizytowanych placówkach badania lekarskie odbywają się w obecności funkcjonariusza SG, niewykonujących zawodu medycznego. W związku z powyższym należy przytoczyć treść przepisu art. 417 ust. 2 u.o.c, zgodnie z którym *cudzoziemiec otrzymuje świadczenie zdrowotne, leki i artykuły sanitarne na zasadach określonych w art. 115 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny wykonawczy (dalej: k.k.w).* W myśl art. 115 § 8 kkw, (...) *świadczenia zdrowotne mogą być udzielane w obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego na wniosek osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, jeżeli jest to konieczne do zapewnienia jej bezpieczeństwa.* Przedstawiciele KMPT zaznaczają, że obecność osoby trzeciej niewykonującej zawodu medycznego podczas badania lekarskiego prowadzi do naruszenia prawa do prywatności osoby badanej oraz tajemnicy lekarskiej, stąd też obecność funkcjonariusza SG w pomieszczeniu podczas świadczenia leczniczego powinna stanowić wyjątek.

Zdaniem eksperta KMPT niepokojący jest fakt, że Ośrodek w Kętrzynie nie ma na stałe zatrudnionego lekarza – pediatry przyjmującego w Ośrodku, mimo jego przeznaczenia dla rodzin z dziećmi oraz małoletnich bez opieki. Brak zatrudnienia pediatry narusza prawo do adekwatnej pomocy medycznej umieszczanych w ośrodku dzieci. Ponadto w SOC nie zatrudnia się lekarek, a jedynie lekarzy, co samo w sobie stanowi barierę komunikacyjną dla kobiet, których kultura pochodzenia nie umożliwia otwartości wobec lekarzy płci męskiej lub nie dopuszcza możliwości dotyku lub badania kobiety przez mężczyznę. Sytuacja ta jest szczególnie trudna dla kobiet w ciąży, kobiet z problemami ginekologicznymi lub kobiet będących ofiarami przemocy, w tym przemocy seksualnej.

6. Personel

W placówce w Białej Podlaskiej tylko trzy osoby z personelu uczestniczyły w szkoleniu *Identyfikacja osób należących do grup wrażliwych: ofiary handlu ludźmi, osoby ze stresem pourazowym PTSD, z zaburzeniami psychicznymi w kontekście realizowanych procedur administracyjnych.* W Ośrodku w Krośnie Odrzańskim nikt z zatrudnionych lekarzy nie miał specjalistycznego przygotowania w tym zakresie. Nie zostali także oni zapoznani z Pod-

ręcznikiem ONZ skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół Stambulski).

7. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

W SOC w Białej Podlaskiej nie ma warunków gwarantujących prywatność podczas widzeń. Jedna ze ścian sali widzeń jest całkowicie przeszklona, na korytarzu siedzi funkcjonariusz SG pilnujący przebieg spotkania. W salach zaś zamontowane są kamery monitoringu bez możliwości nagrywania. Zdaniem KMPT opisany stan faktyczny narusza przepis art. 415 ust. 1 pkt 19 u.o.c, zgodnie z którym *cudzoziemiec umieszczony w strzeżonym ośrodku lub przebywający w areszcie dla cudzoziemców ma prawo do widzeń z osobami bliskimi w specjalnie do tego przeznaczonych pomieszczeniach, za zgodą organu Straży Granicznej, któremu podlega strzeżony ośrodek lub areszt dla cudzoziemców, lub osoby przez ten organ upoważnionej*. Przedstawiciele KMPT zauważają, że jedynym rygorem widzeń jest obowiązek uzyskania zgody na ich przeprowadzenie. Kierownictwo Ośrodka nie ma upoważnienia ustawowego do obostrzenia warunków realizacji tego prawa cudzoziemców. Tym bardziej nie mam ustawowego uprawnienia do ograniczenia wolności cudzoziemca przez nadzorowanie przebiegu spotkania. Takie ograniczenie przebiegu widzeń jest, w opinii KMPT, sprzeczne z art. 47 Konstytucji RP. Przywołana norma konstytucyjna gwarantuje każdemu ochronę życia prywatnego oraz prawa do decydowania o swoim życiu osobistym. Stosownie do art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie.

8. Warunki bytowe

Przedstawiciele KMPT wyrazili swoje zastrzeżenia w zakresie zapewnienia poczucia intymności i zachowania prawa do prywatności przez cudzoziemców korzystających z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych w Ośrodku w Białej Podlasie i w Krośnie Odrzańskim. Zbyt niskie przesłony pomiędzy kabinami WC oraz prysznicami powodowały bowiem poczucie wstydu u korzystających z nich cudzoziemców.

9. Rewizytacje

W 2016 r. przedstawiciele KMPT dokonali rewizytacji 4 placówek: Zakładu Poprawczego w Nowem nad Wisłą, Zakładu Poprawczego w Świeciu nad Wisłą, Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Radecznicy i Niepublicznego Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Rejowcu.

9.1. Zakłady poprawcze

Podczas rewizytacji Zakładu Poprawczego w Nowem nad Wisłą przedstawiciele KMPT odnotowali, że tylko część zaleceń powizytacyjnych z 2011 r. została w pełni zrealizowana.

W odniesieniu do rekomendacji z 2011 r. zaniechano przymusowej iniekcji leków uspokajających. Wizytujący stwierdzili również, iż w Zakładzie stosuje się jedynie dopuszczalne prawem środki przymusu bezpośredniego wobec nieletnich. Wychowankom przebywającym w izbie przejściowej umożliwiono także telefonowanie do domu rodzinnego oraz przyjmowanie odwiedzin. W regulaminie placówki zagwarantowano prawo do kontaktów z osobami z zewnątrz, bez ograniczania kręgu tych osób.

Wychowankom umieszczanym w izbach przejściowej i indywidualnych oddziaływań, zapewniono możliwość odbywania godzinnego spaceru w ciągu dnia. Zgodnie z zaleceniami KMPT personel zaczął odnotowywać w protokołach pobytu wszelkie prośby i uwagi wychowanków przebywających w tych pomieszczeniach. Izba izolacyjna została wyposażona w przymocowane do podłogi krzesło, stół oraz łóżko. W celu poprawienia warunków bytowych wychowanków przeprowadzono niezbędne remonty w salach lekcyjnych. Zgodnie z wcześniejszymi zaleceniami KMPT zapewniono chłopcom intymność podczas kąpieli i załatwiania potrzeb fizjologicznych poprzez wyposażenie kabin prysznicowych i pisuarów w przesłony lub drzwi. Dodatkowo uzupełniono wyposażenie pomieszczeń sanitarnych w grupie readaptacyjnej w suszarki do wieszania wypranej przez wychowanków bielizny.

Niektóre zalecenia zostały jednak zrealizowane tylko częściowo. Zdaniem KMPT pozornie zrealizowano zalecenie dotyczące korzystania z aparatu telefonicznego. Nadal wychowawca lub pracownik ochrony mógł słuchać rozmowy telefonicznej prowadzonej przez wychowanka. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur podkreślił, że nie ma przepisów zezwalających na kontrolowanie co do zasady wszystkich rozmów telefonicznych nieletnich umieszczonych w zakładach poprawczych. Powyższa praktyka narusza prawo wychowanków do prywatności i KMPT zalecił wyeliminowanie jej stosowania oraz adekwatne przeformułowanie regulaminu Zakładu.

Również częściowo została zrealizowana zmiana treści *Procedury doprowadzenia nieletnich do pielęgniarki, lekarza na terenie zakładu i poza nim (umieszczenie w szpitalu)*. Ostateczną decyzję czy zgłaszający potrzebę kontaktu z lekarzem lub pielęgniarką wychowanek w ogóle trafi do pracownika medycznego, pozostawiono w dalszym ciągu w rękach pracownika pedagogicznego. Brakowało jednocześnie dookreślenia, w jakich sytuacjach decyzja pracownika pedagogicznego może być negatywna. Ze względu na podnoszoną w poprzednim raporcie KMPT argumentację o ryzyku pomyłki w sytuacji odmowy pomocy medycznej, przedstawiciele Mechanizmu zalecili, aby zgłaszający potrzebę kontaktu z pielęgniarką czy lekarzem chłopiec, zawsze był do nich doprowadzany, co powinno znaleźć wyrażne odzwierciedlenie w wymienionej procedurze.

Nie spełniono istotnego zalecenia odnoszącego się do podjęcia działań mających na celu zwiększenie poczucia bezpieczeństwa u wychowanków w Zakładzie, poprzez eliminację przemocy rówieśniczej. Z rozmów z niektórymi nieletnimi wynikało, że są oni sprawcami lub ofiarami takiej przemocy. Większość nieletnich relacjonowała również, że nie ma wśród kadry placówki osób szczególnie zaufanych, a zatem sprawy konfliktowe rozwiązują we własnym gronie i sami radzą sobie z własnymi problemami. Wizytujący podnieśli konieczność dokonania zmian w dotychczasowej metodyce pracy personelu, gdyż mimo upływu kilku lat od ostatniej wizytacji nie nastąpiła wyraźna poprawa w tym zakresie. W regulaminie placówki nie zawarto również informacji o działającej grupie readaptacyjnej i przepisach w niej obowiązujących. Przedstawiciele KMPT ponowili zatem wcześniejsze zalecenie.

Podczas rewizytacji dostrzeżono także inne uchybienia. W części izb przejściowych panowały warunki niezgodne z wymogami rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2001 r. w sprawie zakładów



poprawczych i schronisk dla nieletnich (dalej rozporządzenie)⁵³⁵. Zgodnie z § 44 ust. 4 rozporządzenia *izbą przejściową jest pomieszczenie urządzone w sposób odpowiadający warunkom pomieszczenia mieszkalnego*. Izba powinna zatem mieć te same meble co inne pomieszczenia mieszkalne, w tym łóżka oraz ogólną estetyką przypominać pokoje innych nieletnich, a nie osób pozbawionych wolności. KMPT zalecił dostosowanie wszystkich izb przejściowych, zgodnie z powyższymi uwagami, do wymogów wskazanego rozporządzenia zwłaszcza, że reguły dotyczące warunków bytowych w izbach przejściowych wymienione były w wewnętrznym akcie zatytułowanym *Procedura umieszczania i zasady pobytu wychowanka w izbie przejściowej*. Ponadto, podczas wizytacji placówki jeden z wychowanków przebywał w pomieszczeniu izby przejściowej na własne życzenie (zostało to potwierdzone w rozmowie z pracownikiem KMPT). Obowiązywał go rygor związany z przebywaniem w tym pomieszczeniu, m.in.: nie opuszczał go poza godzinny spacerem, był pilnowany przez pracownika ochrony i generalnie organizacja jego dnia nie odbiegała od przyjętej w *Procedurze umieszczania i zasady pobytu wychowanka w izbie przejściowej*. Przedstawiciele KMPT uznali za niedopuszczalne, umieszczanie nieletnich w izbach specjalnych, w tym izbie przejściowej, na ich własne życzenie.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zgłosił również zastrzeżenia co do czasu archiwizacji monitoringu wizyjnego obejmującego izby specjalne. Zgodnie z § 105⁵ ust. 3 rozporządzenia, zapis z monitoringu jest przechowywany na informatycznym nośniku danych przez 90 dni od dokonania zapisu – w przypadku monitoringu izb mieszkalnych, przejściowych, izolacyjnych i izb chorych, lub przez 60 dni od dokonania zapisu - w przypadku innych pomieszczeń. Natomiast w przypadku zarejestrowania przez monitoring wydarzenia nadzwyczajnego lub użycia wobec wychowanka środka przymusu bezpośredniego, zapis ten jest utrwalany i przechowywany na zewnętrznym informatycznym nośniku danych w aktach wychowanka do ukończenia przez niego 23-ego roku życia. Z wyjaśnień dyrektora placówki wynikało, że z przyczyn technicznych nie jest możliwe archiwizowanie nagrań zgodnie z wskazanymi przepisami, a Ministerstwo Sprawiedliwości wie o problemie braku środków finansowych na zakup nowych urządzeń, które pozwoliłyby na realizację zobowiązań zawartych w rozporządzeniu. W związku z powyższym zalecono, aby w wizytowanej placówce okres archiwizacji nagrań został wydłużony w celu właściwej realizacji obowiązują-

⁵³⁵ Tekst jedn.: Dz.U. z 2017 r., poz. 487

cych przepisów, a Ministerstwo Sprawiedliwości zadbało o przeznaczenie na to odpowiednich środków finansowych.

Na kolejną rewizytację przedstawiciele KMPT udali się do Zakładu Poprawczego w Świeciu nad Wisłą. Z poczynionych na miejscu ustaleń wynikało, że większość zaleceń została zrealizowana. Określono ściśle przeznaczenie izby chorych, przejściowej i izolacyjnej oraz wyposażono je w sposób zgodny z ich funkcją, wyodrębniono w internacie placówki sypialnie dla niezakaźnie chorych członków grupy terapeutyczno-leczniczej. Pomieszczenia sanitarne, w których znajdują się miski ustępowej pisuary wyposażono w umywalki do mycia rąk, kabiny prysznicowe – w maty antypoślizgowe, a pomieszczenia sanitarne – w suszarki do wieszania upranej przez wychowanków bielizny.

Wizytujący po przeprowadzonej rewizytacji nie zgłaszali już uwag co do stosowania środka przymusu bezpośredniego w oparciu o przepisy u.p.n. Zmieniono także zapisy w regulaminach Zakładu, co do których KMPT zgłosił zastrzeżenia (zawarto informacje o prawie wychowanka do odwołania się od zastosowanego wobec niego środka dyscyplinującego i uwzględniono konieczność zasięgnięcia opinii rady Zakładu w przypadku niektórych z wymienionych w regulaminie środków dyscyplinujących, wyłączono z katalogu kar zapis o możliwości przeniesienia wychowanka do innej placówki, wykluczono zasadę kontrolowania całej korespondencji wszystkich wychowanków, zrealizowano również prawo do spotkań wychowanków z osobami spoza kręgu ich rodzin).

Dyrektor w rozmowie z przedstawicielami KMPT przyznał, że zdarzają się sytuacje, w których potrzeba związana z zapewnieniem bezpieczeństwa wychowankom wymagała zastosowania narkotestów. W związku z powyższym, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur podtrzymał swoje stanowisko wskazując na potrzebę uregulowania takich czynności w akcie rangi ustawowej, jako naruszających sferę konstytucyjnie chronionego prawa do prywatności.

Ponadto, w toku przeprowadzonej rewizytacji członkowie KMPT zwrócili uwagę na stosowanie odpowiedzialności zbiorowej wobec nieletnich, polegającej na zakazie wyjść poza teren Zakładu w sytuacji złego zachowania jednego z chłopców. Wizytujący przypomnieli, że stosowanie odpowiedzialności zbiorowej stoi w sprzeczności z Regułami Narodów Zjednoczonych, które mówią, iż sankcje zbiorowe mają być zakazane (Reguła 67 Rezolucji Nr 45/113).



W obydwu opisanych wyżej Zakładach Poprawczych zastrzeżenia wizytujących wzbudził sposób kontroli osobistych przeprowadzanych w monitorowanych pomieszczeniach i polegających na rozbieraniu się wychowanków do naga oraz sprawdzaniu m.in. zawartości jamy ustnej chłopców.

Rzecznik w 2014 r. zwrócił się do Ministra Sprawiedliwości o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do uregulowania możliwości przeprowadzania kontroli osobistej wychowanków zakładów poprawczych w akcie prawnym rangi ustawowej⁵³⁶. W dniu 10 grudnia 2015 r. RPO wystąpił do Ministra Sprawiedliwości o poinformowanie na jakim etapie jest proces legislacyjny w zakresie opisywanych zmian. W swoim wystąpieniu Rzecznik wskazał, że konieczność pilnego uregulowania w ustawie o postępowaniu w sprawach nieletnich podniesionych we wcześniejszych wystąpieniach kwestii, jest związana z potrzebą zachowania konstytucyjnego standardu, zgodnie z którym wszystkie ograniczenia praw i wolności powinny mieć formę ustawową⁵³⁷. W odpowiedzi Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości zapewnił o uwzględnieniu postulatów Rzecznika w projekcie nowej ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich⁵³⁸. Problem ten pozostaje zatem aktualny.

Ze względu na niekonstytucyjność regulacji związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa i porządku w zakładach poprawczych w opisywanym obszarze oraz daleko idącą dowolność i nieprawidłowość praktyk w wizytowanych placówkach, przedstawiciele KMPT zalecali odstąpienie od prowadzenia kontroli osobistych nieletnich do czasu ich uregulowania w ustawie.

KMPT jako dobrą praktykę funkcjonującą w Zakładzie Poprawczym w Świeciu n. Wisłą uznali opracowanie *Informatora o Zakładzie Poprawczym w Świeciu*, który w sposób przystępny (posługując się młodzieżowymi ilustracjami) opisuje Zakład i zasady w nim obowiązujące. Za praktykę wartą rozpropagowywania wśród innych jednostek tego typu wizytujący uznali także stworzenie w obrębie izb przejściowych świetlicy, w której w trakcie dnia mogą przebywać wychowankowie, umieszczeni w izbie przejściowej oraz w izbie chorych. Na korytarzu kompleksu izb przejściowych, izby chorych oraz sypialni, zamontowana została skrzynka na skargi, co wizytujący uznali również za praktykę godną naśladowania.

⁵³⁶ Wystąpienie generalne RPO do MS z dnia 8.04.2014 r., KMP.573.24.2014.

⁵³⁷ Wystąpienie generalne RPO z dnia 10.12.205 r. do MS, KMP.573.42.2015.

⁵³⁸ Odpowiedź Podsekretarza Stanu w MS z dnia 19.02.2016 r., DL-III-072-34/15.

9.2. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy

Kolejną placówką poddaną rewizytacji w 2016 r. był Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy (dalej: Szpital). Podczas wizytacji, która miała miejsce w 2013 r. przedstawiciele KMPT odebrali od pacjentów, przebywających w placówce w ramach środka zabezpieczającego zastrzeżenia dotyczące traktowania i dyscyplinowania przez personel. Wszelkie nieprawidłowości z tym związane zostały wyeliminowane. Zaniechano także ograniczeń związanych z kontaktem ze światem zewnętrznym. W poszczególnych przypadkach, możliwość powrotu pacjenta do domu weryfikowana była uprzednio przez personel szpitala poprzez sprawdzenie warunków panujących w miejscu jego zamieszkania. W ocenie eksperta KMPT wskazane byłoby jednakże usystematyzowanie tych oddziaływań, tak aby dla każdego internowanego pacjenta sporządzony był wywiad dotyczący jego sytuacji socjalnej dołączany do historii choroby. Informacje zawarte w wywiadzie miałyby również podlegać aktualizacji.

Pacjenci mogli korzystać z telefonów komórkowych. Zapewniono im także spacerów grupowe oraz wyjścia do sklepu w asyście pracownika oddziału. Nadal jednak pewnym utrudnieniom podlegała możliwość swobodnego poruszania się przez pacjentów po terenie Szpitala. Internowani nie mogli korzystać z terapii w dziennym oddziale terapii zajęciowej, ze względu na ryzyko oddalenia się w trakcie zajęć.

Dysponowanie środkami finansowymi przez pacjentów nie podlegało już ograniczeniom, jednak przedstawiciele KMPT zanegowali zasadę stanowiącą, iż pacjent nie może odmówić zdeponowania wartościowych rzeczy. Internowanym umożliwiono, pod odpowiednim nadzorem, przygotowywanie napojów podczas aktywności dziennej oraz udostępniono podstawowe produkty spożywcze między posiłkami.

W salach obserwacyjnych zostały zamontowane kamery monitoringu, co było zgodne z zaleceniami KMPT. Jednak nadal nie wyeliminowano obserwacji bezpośredniej. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zalecił odstąpienie od obecności pracownika w świetle drzwi sali obserwacyjnej, aby pacjenci mieli zapewniony spokój i intymność. Pokoje obserwacyjne zostały wyposażone w szafki przyłóżkowe dla każdego pacjenta.

Od czasu wizytacji KMPT w 2013 r. dokonano niezbędnych remontów sal i łazienek. Nadal jednak Szpital wymaga dalszego dostosowania do po-



trzeb osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności i o obniżonej sprawności fizycznej.

Ponadto ekspert KMPT zwrócił uwagę, iż wszelkie zmiany w leczeniu polegające na zlecaniu, odstawieniu lub zmianie dawek leków, powinny być odnotowywane na bieżąco w historiach chorób pacjentów. Nie odstąpiono również całkowicie od praktyki wyręczania lekarzy przez psychologów przy uzupełnianiu dokumentacji medycznej. KMPT podtrzymał zatem swoje poprzednie zalecenia.

9.3. Niepubliczny Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Rejowcu

Pierwsza wizytacja Niepublicznego Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego (dalej: NMOW, Ośrodek) w Rejowcu odbyła się w dniu 18 marca 2016 r. Z powodu rodzaju naruszeń w zakresie praw wychowanków placówki, jej rewizytacja została przeprowadzona już w dniu 28 kwietnia 2016 r. Ustalono, że w związku z decyzją Ministra Edukacji Narodowej, podjętą na podstawie wyników kontroli placówki, począwszy od kwietnia 2016 r., jej wychowankowie byli systematycznie przekierowywani do innych ośrodków.

Na podstawie rozmowy z dyrektorem NMOW w Rejowcu oraz Komentantem Komisariatu Policji w Rejowcu przedstawiciele KMPT ustalili, że od czasu poprzedniej wizytacji w placówce tylko sporadycznie dochodziło do niepożądanych zdarzeń (ujawniono m.in. substancje psychoaktywne, po których zażyciu jeden z wychowanków trafił do szpitala). Sprawa została zgłoszona policji przez dyrektora Ośrodka.

Lubelski Kurator Oświaty w piśmie nadesłanym do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich w dniu 25 kwietnia 2016 r. poinformował, że w dniach 10 i 14 marca 2016 r. miała miejsce kontrola doraźna NMOW w Rejowcu dotycząca spełniania wymogów organizacyjnych i kadrowych w aspekcie zapewnienia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego wychowanków. W wyniku kontroli stwierdzono, że placówka nie zapewnia bezpieczeństwa przebywającym w Ośrodku wychowankom. Zwrócono także uwagę na istotne uchybienia w prowadzeniu dokumentacji placówki. Stwierdzono, że Ośrodek nie zapewniał skutecznego planowania i organizowania procesu wychowawczo-resocjalizacyjnego. Zostały wydane stosowne zalecenia zarówno dyrektorowi Ośrodka, jak i organowi prowadzącemu. Lubelski Kurator Oświaty

zapewnił także, że systematycznie będzie monitorował liczbę i okoliczności zdarzeń niepożądanych oraz podda Ośrodek systematycznemu nadzorowi pedagogicznemu ukierunkowanemu na zapewnienie wychowankom bezpieczeństwa i podejmowania wobec nich właściwych działań resocjalizacyjnych.⁵³⁹

Mając na uwadze zalecenia wszystkich organów nadzorujących pracę NMOw w Rejowcu przeprowadzono diagnozę dotychczasowego funkcjonowania Ośrodka. Na jej podstawie opracowano program naprawczy funkcjonowania NMOw w Rejowcu, sporządzony w dniach 6-7 kwietnia 2016 r. przy współudziale powołanych specjalistów.

Działania naprawcze przewidywały m.in. weryfikację warunków przyjmowania nowych wychowanków, utworzenie pokoju przyjęć wychowanków zapewniającego poczucie bezpieczeństwa, utworzenie nowych grup wychowawczych poprzez dobór podopiecznych uwzględniający rodzaje zaburzeń zachowania, przydzielenie wychowawców do grup uwzględniając wzajemne relacje interpersonalne, opracowanie czytelnego dla wychowanka regulaminu systemu kar i nagród, wprowadzenie grupowych zajęć psychokorekcyjnych i socjoterapeutycznych umożliwiających profesjonalne rozładowanie napięć wychowanków oraz nabycie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i problemowych, wprowadzenie ścisłej współpracy z rodzinami i opiekunami prawnymi wychowanków, wprowadzenie spotkań społeczności ośrodka, wprowadzenie cyklicznych interakcyjnych zajęć niwelujących zachowania agresywne i przemocowe wśród wychowanków Ośrodka, objęcie opieką terapeutyczną wychowanków, wobec których stosowana jest przemoc, wprowadzenie obowiązkowych cyklicznych zajęć superwizyjnych (co najmniej raz na 2 miesiące) dla wszystkich pracowników pedagogicznych Ośrodka, zapewnienie uczestnictwa kadry pedagogicznej w szkoleniach warsztatowych umożliwiających nabycie umiejętności pracy resocjalizacyjnej oraz radzenia sobie w sytuacjach trudnych wychowawczo, poprawę wewnętrznej komunikacji interpersonalnej pomiędzy pracownikami oraz pomiędzy dyrekcją i pracownikami Ośrodka.

Do dnia rewizytacji przedstawicieli KMPT zdołano wykonać już niektóre działania. Stworzono nowe grupy wychowawcze z odpowiednio dobranymi podopiecznymi oraz wychowawcami. Wprowadzono spotkania społeczności, co również potwierdzali wychowankowie. Zapewniono dodatkową oso-

⁵³⁹ Odpowiedź Lubelskiego Kuratora Oświaty z dnia 18.03.2016 r. na zalecenia KMPT wydane w następstwie wizytacji MOW w Rejowcu, WNP.02I.27.2016.AR.



bę wspierającą dla wychowawcy grup podczas wyjść poza teren Ośrodka. Opracowano tryb postępowania wyjaśniającego w przypadku wystąpienia zdarzeń i czynów zagrażających bezpieczeństwu wychowanków NMOw w Rejowcu i innych osób. Ostatnie zdarzenie, które miało miejsce w Ośrodku (ujawnienie substancji psychoaktywnej) opisane zostało według nowej procedury.

W związku z powyższym przedstawiciele KMPT zalecili kontynuowanie powyższych działań naprawczych.

10. Naruszenia praw osób pozbawionych wolności stwierdzone w trakcie wizytacji miejsc detencji (*wybrane przykłady*)

W wyniku wizytacji prewencyjnych Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur ujawniane są sytuacje szczególnie niepokojące, polegające na braku poszanowania elementarnych praw osób pozbawionych wolności. Informacje na temat tych sytuacji przedstawiciele KMPT uzyskują na podstawie rozmów z osobami przebywającymi w miejscach detencji, w wyniku analizy monitoringu oraz dokumentacji prowadzonej w takich miejscach. Opisane poniżej wybrane przypadki stanowią w ocenie KMPT ilustrację systemu ochrony praw osób pozbawionych wolności w Polsce. Wynika z nich, że obowiązujące standardy przestrzegania praw osób pozbawionych wolności, nie zabezpieczają w sposób dostateczny ich interesów. Opisane poniżej wskazanych nieprawidłowości w postępowaniu z osobami pozbawionymi wolności przez funkcjonariuszy publicznych, ma także walor edukacyjny. Ich upublicznienie w ocenie KMPT powinno stanowić cenną wskazówkę dla wszystkich osób odpowiedzialnych za osoby pozbawione wolności w zakresie właściwego postępowania z nimi, w celu uniknięcia opisanych poniżej naruszeń.

10.1. Strzeżone ośrodki dla cudzoziemców

W 2016 r. podczas wizytacji strzeżonych ośrodków dla cudzoziemców przedstawiciele KMPT natrafili na indywidualne przypadki osób⁵⁴⁰, których przebywanie w tych placówkach, zdaniem Mechanizmu, świadczy o nie działającym sprawnie systemie identyfikacji ofiar tortur i przemocy, który zabezpieczałby te osoby skutecznie przed umieszczeniem w ośrodku⁵⁴¹.

Jeden przypadek dotyczył małżeństwa z Czeczenii, które z trojgiem nieletnich dzieci (2, 4, 8 lat) zostało przekazane do Polski z Niemiec. Przekazane

⁵⁴⁰ Trzy pierwsze przypadki ujawniono w SOC w Kętrzynie, ostatni pochodzi zaś ze SOC w Białej Podlaskiej.

⁵⁴¹ Szerzej na ten temat w wystąpieniu generalnym RPO z dnia 30.06.2017 r. do Komendanta Głównego SG, KMP 572.4, 2016.



zanie nastąpiło na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 604/2013 z 26 czerwca 2013 w sprawie ustanowienia kryteriów i mechanizmów ustalania państwa członkowskiego odpowiedzialnego za rozpatrzenie wniosku o udzielenie ochrony międzynarodowej złożonego w jednym z państw członkowskich przez obywatela państwa trzeciego lub bezpaństwowca⁵⁴² (tzw. rozporządzenie Dublin III) oraz i rozporządzenia Komisji (WE) nr 1560/2003 z dnia 2 września 2003 r. ustanawiające szczegółowe zasady stosowania rozporządzenia Rady (WE) nr 343/2003 ustanawiającego kryteria i mechanizmy określania Państwa Członkowskiego właściwego dla rozpatrywania wniosku o azyl, złożonego w jednym z Państw Członkowskich przez obywatela państwa trzeciego⁵⁴³ (dalej rozporządzenie wykonawcze). Zdaniem eksperta KMPT, zarówno wnioski Komendanta Placówki SG w Szczecinie o umieszczenie w Ośrodku, jak i procedura wydania postanowienia przez sąd nie uwzględniły odpowiedniej procedury identyfikacji cudzoziemców pod kątem istnienia przesłanek w postaci zagrożenia dla życia lub zdrowia lub bycia ofiarą przemocy, które to mogły przesądzić w sposób jednoznaczny o braku zasadności umieszczania cudzoziemców w Ośrodku. Jak ustaliła ekspert, przekazanie cudzoziemców przez stronę niemiecką nastąpiło bez zabezpieczenia i przekazania w sposób odpowiedni i jasny informacji o ich aktualnym stanie zdrowia i leczeniu, jakie otrzymywali w okresie ich pobytu jako osoby ubiegające się o status uchodźcy w Niemczech, co wydawało się kluczowe w czasie kierowania wniosku o umieszczenie w Ośrodku strzeżonym przez Polską Straż Graniczną.

Zgodnie z art. 31 rozporządzenia Dublin III kraj przekazujący ma obowiązek przekazania wszelkich właściwych informacji o stanie zdrowia i o potrzebie udzielenia szybkiej pomocy medycznej *by zagwarantować właściwym organom – zgodnie z prawem krajowym – w odpowiedzialnym państwie członkowskim możliwość zapewnienia tej osobie odpowiedniej pomocy, w tym zapewnienia natychmiastowej opieki zdrowotnej wymaganej w celu ochrony jej podstawowych interesów, oraz zapewnienia dalszej ochrony i poszanowania praw przyznanych niniejszym rozporządzeniem i innymi odpowiednimi instrumentami prawnymi dotyczącymi azylu. Dane te dostarczone są odpowiedzialnemu państwu członkowskiemu w racjonalnym terminie przed przeprowadzeniem przekazania w celu zadbania o to, by jego właściwe organy – zgodnie z prawem krajowym – dysponowały czasem wystarczają-*

⁵⁴² Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 180/31.

⁵⁴³ Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 222/3.

cym na podjęcie koniecznych środków. Przekazujące państwo członkowskie dostarcza (...) informacje o wszelkich niezwłocznych środkach, które odpowiedzialne państwo członkowskie musi podjąć w celu właściwego zadbania o szczególne potrzeby osoby przekazywanej, w tym o wszelkiej niezbędnej doraźnej opiece zdrowotnej.

Ponadto w art. 9 rozporządzenia wykonawczego zawarto obowiązek ciążyący na państwie dokonującym przekazania osoby, polegający na powiadomieniu państwa przyjmującego o przeszkodach takiego transferu wynikających ze stanu zdrowia osoby przekazywanej: właściwe Państwo Członkowskie jest niezwłocznie informowane o (...) przeszkodach fizycznych, takich jak zły stan zdrowia osoby ubiegającej się o azyl.

Z weryfikacji dokumentacji medycznej cudzoziemców sporządzonej w języku niemieckim, którą posiadali *nota bene* przy sobie w czasie zatrzymania przez policję niemiecką oraz podczas transferu dublińskiego wynikało, że stan ich zdrowia fizycznego i psychicznego nie tylko prawdopodobnie był nieodpowiedni do wykonania transferu, ale niewątpliwie nie był odpowiedni dla umieszczenia w Ośrodku. Zgodnie z dokumentem wypisu ze szpitala - mężczyzna od 26 lipca 2016 r. do 27 sierpnia 2016 r. był hospitalizowany w klinice psychiatrycznej w Eberswalde z powodu Zespołu stresu pourazowego⁵⁴⁴ (dalej PTSD), epizodu depresji ciężkiej z myślami samobójczymi, które to zaburzenia rozwinęły się jako bezpośredni efekt doznanej w kraju pochodzenia przemocy (w tym tortur).

Zarówno art. 88 i art. 88 b ust. 2 ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej⁵⁴⁵, jak i art. 398 ust. 2 oraz art. 401 ustawy o cudzoziemcach⁵⁴⁶ (dalej: u.o.c.) zabezpieczają cudzoziemców przed możliwością umieszczenia w detencji, ze względu na doznaną przemoc, jak i ze względu na stan zdrowia, dopuszczając zastosowanie w takich sytuacjach środków alternatywnych dla pozbawienia wolności w ośrodku. W tym wypadku jednak cudzoziemcy zostali umieszczeni w strzeżonym ośrodku. W ocenie eksperta KMPT do zaistniałej sytuacji doszło z następujących powodów:

- strona niemiecka nie przekazała odpowiednio zabezpieczonej i przetłumaczonej z języka niemieckiego informacji o ich stanie zdrowia,
- Straż Graniczna przejmując cudzoziemców nie wzięła pod uwagę dokumentacji w języku niemieckim,

⁵⁴⁴ z ang. *Posttraumatic Stress Disorder*.

⁵⁴⁵ Dz. U z 2016, poz. 1836 j.t.

⁵⁴⁶ tekst jedn.: Dz. U z 2016 r., poz. 1990.



- lekarz Izby Przyjęć Samodzielnego Publicznego ZOZ MSWiA w Szczecinie, do którego dowieziono cudzoziemców w dniu 5 października 2016 r., w wyniku badania i przeprowadzonego wywiadu stwierdził, że mogą być konwojowani i brak jest przeciwwskazań do zatrzymania ich w detencji,
- sąd nie wziął pod uwagę dokumentacji medycznej w posiadaniu cudzoziemców, która stanowiła przesłankę do nieumieszczania ich w detencji, a jedynie przychylił się do wniosku SG.

Warto również podkreślić, że po umieszczeniu rodziny w SOC, jej niemiecka dokumentacja lekarska nie została poddana weryfikacji przez lekarza Ośrodka. Utracono tym samym szansę na złożenie zażalenia na postanowienie sądu o umieszczeniu cudzoziemca w SOC w wymaganym przez prawo terminie (7 dni od daty umieszczenia). Dokumentacja medyczna sporządzona przez lekarza polskiego, nie zawierała wzmianki o zdiagnozowanym u mężczyzny PTSD, depresji czy kryzysie samobójczym, które były powodem jego hospitalizacji w Niemczech. W trzecim dniu pobytu pacjent i jego żona poprosili o konsultację psychologiczną, zaś w kolejnym cudzoziemcy udostępniili psychologowi dokumentację medyczną w języku niemieckim. Następnie wykonano EKG oraz przeprowadzono diagnostykę psychologiczną w obecności tłumacza języka rosyjskiego. W drugim tygodniu pobytu odbyła się ponadto konsultacja psychiatryczna, w czasie której lekarz psychiatra zawarł informację o relacjonowanych przez pacjenta torturach, o tendencjach samobójczych po przebytych traumach, spaniu w ubraniu (lęk przed ponownym aresztowaniem w nocy). Zwolnienie rodziny z SOC nastąpiło dopiero po 3 tygodniach od jej zatrzymania.

Zdaniem Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, samo umieszczenie cudzoziemca i jego żony, również wcześniej hospitalizowanej w Klinice Psychiatrii w Niemczech z diagnozą ostrej reakcji na stres w ośrodku i przetrzymywanie ich przez 3 tygodnie było nieadekwatne do ich stanu zdrowia i sytuacji (ofiary przemocy) i spowodowało ich dalszą retraumatyzację. Z wstępnej analizy wynika, że zatrzymanie miało miejsce, ze względu na liczne braki w zakresie zapewnienia należytych procedur w czasie przekazania do Polski przez policję niemiecką, jak i braku odpowiednich do potrzeb algorytmów działania wprowadzonych w celu wczesnej identyfikacji ofiar tortur i przemocy osób, których stan psychofizyczny jest przeciwwskazaniem do umieszczania w detencji.

Kolejne stwierdzone uchybienia dotyczyły samotnej kobiety z trójką dzieci (5, 8, 9, lat) relacjonującej tortury i przemoc również wobec jednego z dzieci. Ekspert KMPT przeprowadziła z cudzoziemką indywidualną rozmowę, pod-

czas której dostrzegła objawy mogące świadczyć o rozwijającym się PTSD. W czasie rozmowy okazało się, że cudzoziemka jest ofiarą tortur i przemocy, zaś jedno z jej dzieci miało w kraju pochodzenia przestrelone stopy w czasie najazdu milicji na dom. Ekspertka zbadała również chłopca, który był wycofany, ostrożny, a na nogach posiadał nieregularne blizny. Z analizy dokumentów medycznych wynikało, że do dnia interwencji KMPT, pracownicy Ośrodka nie dostrzegali przesłanek uzasadniających zwolnienie kobiety z dziećmi z detencji. Po interwencji u komendanta Ośrodka, cudzoziemka wraz z dziećmi została zwolniona z placówki, w dniu następującym po wizycie KMPT.

Następny przypadek dotyczył małżeństwa czeczeńskiego (kobieta w drugim trymestrze ciąży), przebywającego w detencji z trojgiem małych dzieci (2,3,5 lat). Mężczyzna poinformował wizytujących o nadmiernym pobudzeniu i tendencjach do silnych reakcji, które obserwuje u siebie od czasu tortur w kraju pochodzenia. Ekspert KMPT zaniepokojona brakiem kontroli złości cudzoziemca rozmawiała również na osobności z jego żoną, która z powodu złego samopoczucia leżała w swoim pokoju i płakała. Na prośbę cudzoziemców ekspert zapoznała się z ich dokumentacją medyczną.

Z analizy dokumentów wynikało, że przy zatrzymaniu lekarz Służby Zdrowia Morskiego Oddziału SG w Gdańsku nie podpisał się pod brakiem przeciwwskazań do zatrzymania i konwojowania kobiety w ciąży, a jedynie skierował badaną do Kętrzyna. Ta decyzja nie została jednakże wzięta pod uwagę przez sąd jako przesłanka do nieumieszczania cudzoziemki w placówce. W dokumentacji cudzoziemców brakowało również wpisów odnośnie badań przez psychologa. Problemy z nadmiernym pobudzeniem mężczyzny lub depresyjnymi reakcjami jego żony nie wydawały się przyciągnąć uwagi personelu medycznego. W czasie wizytacji KMPT personel Ośrodka nie planował zwolnienia cudzoziemców ze względu na stan zdrowia lub okoliczności wskazujące na bycie ofiarami przemocy w kraju pochodzenia. Zdaniem KMPT, w opisanym przypadku powinno nastąpić zwolnienie małżeństwa z detencji na podstawie art. 406 ust. 1 pkt 2 u.o.c.

W innym wizytowanym Ośrodku, cudzoziemiec poinformował Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur o występowaniu u niego objawów PTSD. Cudzoziemiec został przyjęty do Ośrodka w dniu 29 września 2015r., a rozmowę wstępną z opiekunem socjalnym odbył 1 października, tj. dopiero po dwóch dniach. Na podstawie informacji uzyskanych w trakcie tej rozmowy opiekun socjalny nie dostrzegł konieczności zakwalifikowania cudzoziemca do grupy osób objętych szczególną troską. Poinformował go jedynie o zasadach dotyczących korzystania z opieki medycznej i psychologicznej na tere-



nie Ośrodka. Podczas jednej z kolejnych rozmów (19 października) dotyczących funkcjonowania w placówce cudzoziemiec zgłosił problem występujących u niego niekontrolowanych wybuchów złości. W związku z powyższym mężczyźnie zaproponowano konsultację psychologiczną, na którą ostatecznie nie wyraził on zgody. Następnie, w dniu 20 października przeprowadzono przesłuchanie statusowe, a z opinii psychologa biorącego w nim udział wynikało, że cudzoziemiec *przejawia zaburzenia natury psychologicznej. Na podstawie obserwacji i wywiadów u cudzoziemca zdiagnozowano zespół stresu pourazowego, którego symptomy w znaczący sposób dezorganizują jego normalne funkcjonowanie. Zalecono pomoc specjalistyczną, psychoterapię a w razie konieczności leczenie farmakologiczne.* Mimo to lekarz sprawujący opiekę nad cudzoziemcami przebywającymi w ośrodku nie stwierdził przeciwwskazań do dalszej detencji, a wobec wdrożono jedynie leczenie farmakologiczne (5 listopada). Opiekun socjalny dopiero wówczas, tj. po wystąpieniu wszystkich opisanych zdarzeń i po ponad miesiącu od chwili umieszczenia cudzoziemca w detencji, podjął decyzję o zakwalifikowaniu cudzoziemca do grupy osób wymagających szczególnego traktowania. Bardzo niepokojące jest również to, że na podjęcie decyzji miała wpływ przede wszystkim opinia psychologa biorącego udział w przesłuchaniu statusowym, a nie własne spostrzeżenia z codziennego kontaktu z cudzoziemcem i obserwacji jego zachowania poczynione przez opiekuna socjalnego.

W wyniku opinii psychologicznej wydanej po przesłuchaniu statusowym wobec mężczyzny wdrożono leczenie farmakologiczne, a lekarz sprawujący opiekę medyczną skierował go na konsultację u psychologa zewnętrznego. Konsultacja ta została przeprowadzona 9 listopada 2015 r. Następnego dnia do Ośrodka wpłynął wniosek pełnomocnika cudzoziemca o zwolnienie z ośrodka, z załączoną opinią psychologiczną z badania przeprowadzonego w dniu 13 października 2015 r. W opinii psycholog wskazał, iż stan psychiczny cudzoziemca *nie pozwala na przebywanie w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców. Z uwagi na zespół stresu pourazowego wskazana jest pomoc psychologa/psychiatry. W razie konieczności wdrożenie leczenia farmakologicznego.* Po wpłynięciu przytoczonej opinii cudzoziemiec był konsultowany w poradni zdrowia psychicznego (16 listopada 2015 r.) oraz ponownie przez psychologa zewnętrznego (25 stycznia 2016 r.). Lekarz psychiatra nie stwierdził przeciwwskazań do dalszego pobytu w ośrodku i zalecił kontynuowanie farmakoterapii, psycholog natomiast nie wydał żadnych zaleceń. Ostatecznie cudzoziemiec został zwolniony z detencji 23 lutego 2016 r. – dopiero po blisko 5 miesiącach od umieszczenia w SOC.

10.2. Pomieszczenia dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia

Jeden z przebywających PdOZ w Płońsku mężczyzn złożył skargę przedstawicielom KMPT na sposób traktowania przez funkcjonariuszy Policji dokonujących zatrzymania. Zgodnie z jego relacją dokonujący zatrzymania funkcjonariusze z Komendy Powiatowej Policji w Nowym Mieście nie poinformowali go o powodach zatrzymania, a podczas interwencji zachowywali się w sposób brutalny powalając go na ziemię, wykręcając ręce oraz zbyt ciasno nakładając kajdanki. Funkcjonariusze mieli także nie reagować na prośby zatrzymanego o poluznienie kajdanek. Ponadto skarżący stwierdził, iż w trakcie oczekiwania na badanie lekarskie, w związku z komentowaniem przez niego sposobu postępowania funkcjonariuszy został on zrzucony na podłogę i unieruchomiony poprzez przyciśnięcie głowy kolanami do podłogi. W czasie wizytacji na ciele mężczyzny widoczne były obrażenia w postaci otarć skóry barku i przedramienia oraz spuchnięcia ręki w okolicach nadgarstka. Mężczyzna uskarżał się także na dolegliwości bólowe i ograniczoną możliwość poruszania ręką. W związku z powyższym reprezentanci KMPT zalecili przeprowadzenie ponownego badania lekarskiego zatrzymanego.

Skarga zatrzymanego wraz ze zgromadzonym materiałem dowodowym została przekazana celem zbadania do właściwego Zespołu w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich⁵⁴⁷. W wyniku przekazania skargi jako zawiadomienia o podejrzeniu przekroczenia uprawnień przez funkcjonariuszy Policji⁵⁴⁸, prokuratura po rozpatrzeniu sprawy odmówiła wszczęcia śledztwa⁵⁴⁹. W jej ocenie środki przymusu bezpośredniego zastosowane zostały zgodnie z prawem oraz procedurami dotyczącymi ich wykorzystania.

W tej samej jednostce wizytujący ujawnili przypadek obywatela Gruzji, który przekazał wizytującym informację, iż nie przedstawiono mu powodów zatrzymania oraz nie umożliwiono kontaktu z adwokatem i poinformowania rodziny o zatrzymaniu, mimo jego prośb w tym zakresie. Zgodnie z protokołem zatrzymania cudzoziemiec został zatrzymany przez funkcjonariuszy Straży Granicznej z Placówki Warszawa-Modlin w dniu 5 lipca 2016 r. Pomimo, iż z dokumentacji nie wynika, aby była ona sporządzona w obecności tłumacza w protokole zatrzymania funkcjonariusze SG odnotowali, iż za-

⁵⁴⁷ II.519.711.2016.

⁵⁴⁸ Pismo z dnia 8.09.2016 r., II.519.711.2016.

⁵⁴⁹ Postanowienie PR w Płońsku z dnia 13.10.2016 r. o odmowie wszczęcia śledztwa w sprawie Ds. 1339.2016.



trzymany został poinformowany o przysługujących mu prawach i oświadczył m. in., że nie żąda powiadomienia o zatrzymaniu osoby najbliższej ani kontaktu z adwokatem lub radcą prawnym. Jednocześnie protokół zawiera oświadczenie zatrzymanego, zgodnie z którym odmawia on podpisania jakiegokolwiek dokumentu bez obecności tłumacza. W związku z tym zarówno protokół zatrzymania, jak i pouczenie o przysługujących uprawnieniach nie zostały przez niego podpisane. Dodać należy, że mężczyzna nie posługiwał się językiem polskim, a angielskim w bardzo ograniczonym zakresie. W trakcie pobytu w PdOZ zatrzymanemu nie zapewniono możliwości porozumiewania się w sprawach dotyczących pobytu w pomieszczeniu za pośrednictwem tłumacza, wbrew uregulowaniu zawartemu w §1 ust. 2 Regulaminu. Z uwagi na powyższe oraz wobec braku w Izbie tłumaczenia Regulaminu na język gruziński zastrzeżenia Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur wzbudził fakt złożenia przez zatrzymanego podpisu w Karcie zapoznania z regulaminem pobytu osób w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia. Z informacji przekazanych przez zatrzymanego wizytującym wynikało także, iż nie posiada on żadnej wiedzy o swoich uprawnieniach związanych z umieszczeniem w PdOZ. W tej sprawie KMPT zwróciło się do Komendanta Głównego Policji pismem z dnia 14.04.2017 r. z prośbą o ustalenie czy obywatel Gruzji zatrzymany w PdOZ KPP w Płońsku i znajdujący się w dyspozycji jednostki Straży Granicznej, która dokonała jego zatrzymania, składał prośbę o kontakt z adwokatem⁵⁵⁰. W odpowiedzi z dnia 16.05.2017 r.⁵⁵¹, Komendant Główny Policji wskazał, że wstępne ustalenia nie potwierdzają składania przez zatrzymanego prośby o kontakt z adwokatem. Niemniej jednak, w celu ostatecznego wyjaśnienia sprawy, KGP zwrócił się do Komendanta Wojewódzkiego Policji w Radomiu, z prośbą o dodatkowe wyjaśnienia. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur oczekuje w dalszym ciągu na informacje w przedmiotowej kwestii.

W dwóch⁵⁵² z wizytowanych w 2016 r. pomieszczeń dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia zastrzeżenia wizytujących wzbudził sposób prowadzenia badań przez lekarzy orzekających w sprawie możliwości umieszczenia zatrzymanego w Izbie. W pierwszym z nich⁵⁵³, z informacji przekazanych przez zatrzymanych wynikało bowiem, że w ich przypadku badanie lekarskie miało jedynie formę wywiadu. Najpoważniej-

⁵⁵⁰ Pismo z dnia 14.04.2017 r. do KGP, KMP.570.5.2016.

⁵⁵¹ Odpowiedź KGP z dnia 16.05.2017 r., L.dz. EK 2810/17.

⁵⁵² PdOZ Płońsk, PdOZ Krasnystaw.

⁵⁵³ PdOZ Płońsk.

sze nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w odniesieniu do zatrzymanego, który zgodnie ze swoją relacją w ogóle nie był przez lekarza badany, a jedynie przez chwilę poobserwowany z odległości kilku metrów. Potwierdzenie zarzutu mężczyzny może stanowić brak odnotowania przez lekarza obrażeń widocznych na ciele zatrzymanego. Zauważyć należy również, że zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań medycznych do przebywania w PdOZ zostało wystawione w dniu 5 lipca o godz. 23.45, a już o godz. 1:23 następnego dnia, do zatrzymanego wezwane zostało pogotowie ratunkowe w związku z nagłym pogorszeniem się stanu jego zdrowia (godz. 0:40 według czasu na nagraniach z monitoringu). Biorąc pod uwagę powyższe reprezentanci KMPT zwrócili się do dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Płońsku z prośbą o wyjaśnienia. Udzielając odpowiedzi dyrektor wskazał, że zarzuty formułowane pod adresem lekarza przeprowadzającego badania zatrzymanych mężczyzn, nie potwierdziły się. Zgodnie z oświadczeniem, które przekazał mu w tej sprawie lekarz, oba badania wykonane zostały z należytą starannością. Zdecydowanie więcej zrozumienia dla wagi rzetelnie przeprowadzonych badań lekarskich wykazał w tej sprawie Komendant Powiatowy Policji w Płońsku, który wystąpił do dyrektora SPZZOZ w Płońsku z prośbą o poinstruowanie podległych mu lekarzy o konieczności każdorazowego odnotowywania w zaświadczeniu o możliwości pobytu w PdOZ, wszelkich istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia osoby badanej, w szczególności posiadanych przez nią obrażeń.

Za równie niedopuszczalny z punktu widzenia prawa do ochrony zdrowia osoby zatrzymanej oraz zagwarantowania jej bezpieczeństwa w trakcie pozbawienia wolności, uznać należy sposób przeprowadzenia badania mężczyzny zatrzymanego w drugim z PdOZ⁵⁵⁴. Z jego relacji wynika, że w trakcie badania lekarz stał odwrócony do niego tyłem i poprzestał jedynie na informacjach uzyskanych od zatrzymanego w trakcie wywiadu. Lekarz nie przeprowadził zatem faktycznego badania wstępnego, jak również zaniechał oglądu pacjenta w celu udokumentowania ewentualnych obrażeń. Bez żadnego zalecenia z jego strony pozostała również zgłoszona przez zatrzymanego informacja o przebytych zwalę, co mogło pociągnąć za sobą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia mężczyzny umieszczonego w PdOZ pod nadzorem funkcjonariuszy pozbawionych jakiegokolwiek wiedzy na ten temat.

⁵⁵⁴ PdOZ Krasnystaw.



W tej samej jednostce wizytujący zwrócili uwagę na notatkę w protokole doprowadzenia jednego z zatrzymanych. W protokole znajdowała się informacja, że doprowadzony będąc w stanie nietrzeźwości znajdował się w okolicznościach zagrażających jego życiu lub zdrowiu. Dodatkowo w dniu zatrzymania mężczyzna zgłaszał zamiary samobójcze. Przed umieszczeniem w PdOZ mężczyzna ten był co prawda badany przez lekarza, lecz przez specjalistę onkologii klinicznej. Lekarz nie stwierdził przeciwwskazań medycznych do przebywania w PdOZ. Zatrzymany został zwolniony do domu bez badania przeprowadzonego przez lekarza psychiatrę, który mógłby stwierdzić, czy stan zagrażający zdrowiu lub życiu mężczyzny minął. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur stoi na stanowisku, że mężczyzna ten powinien zostać przebadany przez lekarza psychiatrę. Zgodnie z art. 21 § 1 u.o.z.p. *osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody*. Dodatkowo zgodnie z art. 24 § 1 *osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody (...) do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości*. Zatem można uznać, że w przedmiotowej sprawie były podstawy do konsultacji lekarskiej zatrzymanego, celem wyjaśnienia wątpliwości co do jego stanu zdrowia psychicznego i udzielenia mu ewentualnej pomocy, z zatrzymaniem w szpitalnym oddziale psychiatrycznym łącznie.

W związku z ujawnionymi nieprawidłowościami w zakresie prawa osób zatrzymanych do opieki medycznej, ZRPO zwrócił się w dniu 28 kwietnia 2017 r. do Komendanta Głównego Policji wskazując na potrzebę zapewnienia jednolitych standardów w zakresie opieki medycznej gwarantowanej osobom umieszczonym w PdOZ⁵⁵⁵. W odpowiedzi z dnia 5 czerwca 2017 r. Komendant Główny Policji nie podzielił stanowiska ZRPO odnośnie potrzeby objęcia badaniami lekarskimi wszystkich osób zatrzymanych przez Policję, przed ich umieszczeniem w PdOZ, wskazując, że obecna regulacja prawna zabezpiecza w sposób należyty prawo do ochrony zdrowia takich osób.

⁵⁵⁵ KMP.570.1.2017.



Analiza nagrań z monitoringu pomieszczeń PdOZ w Płońsku, ujawniła upadek jednego z zatrzymanych z podestu do spania na podłogę. Mężczyzna i leżał przez kilkanaście minut na podłodze twarzą do ziemi. Zdarzenie to nie spowodowało jednak reakcji funkcjonariuszy sprawujących nadzór nad PdOZ, mimo iż ok. 30 minut wcześniej stan zdrowia zatrzymanego wymagał interwencji pogotowia ratunkowego. Sytuację tę należy określić jako niedopuszczalną, a wystąpienie powyższego zdarzenia powinno skutkować bezwłoczną interwencją funkcjonariuszy.

CZĘŚĆ II.

1. Wolność od tortur oraz niehumanitarnego, poniżającego traktowania albo karania

Zakaz stosowania tortur oraz niehumanitarnego, poniżającego traktowania albo karania, mający charakter absolutny i bezwzględny, znajduje swoje umocowanie w art. 40 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. – *Nikt nie może być poddany torturom ani okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu. Zakazuje się stosowania kar cielesnych* – a także w najważniejszych dokumentach prawa międzynarodowego. Jest on zawarty m.in. w: Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 r.⁵⁵⁶, Konwencjach Genewskich z 1949 r.⁵⁵⁷, Europejskiej Konwencji Praw Człowieka z 1950 r.⁵⁵⁸, Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych z 1966 r.⁵⁵⁹, Amerykańskiej Konwencji Praw Człowieka z 1969 r.⁵⁶⁰, Afrykańskiej Karcie Praw Człowieka i Ludów z 1981 r.⁵⁶¹, Międzypaństwowej Konwencji dla Zapobiegania i Karania Tortur z 1985 r.⁵⁶²

W europejskim systemie ochrony praw człowieka zagadnienie związane z wolnością od tortur i niehumanitarnego traktowania reguluje przede wszystkim Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, która została podpisana przez Polskę w 1991 r., zaś weszła w życie

⁵⁵⁶ Artykuł 5: *Nikt nie może być poddany torturom albo okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu lub karaniu.*

⁵⁵⁷ Artykuł 3: (...) *W tym celu są i pozostaną zakazane w stosunku do wyżej wymienionych osób w każdym czasie i w każdym miejscu: a) zamachy na życie i nieetykalność cielesną w szczególności zabójstwa we wszelkiej postaci, okaleczenia, okrutne traktowanie, tortury i męki, b) branie zakładników, c) zamachy na godność osobistą, a w szczególności traktowanie poniżające i upokarzające (...).*

⁵⁵⁸ Artykuł 3: *Nikt nie będzie poddany torturom ani niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu lub karaniu.*

⁵⁵⁹ Artykuł 7: *Nikt nie będzie poddawany torturom albo okrutnemu, niehumanitarnemu bądź poniżającemu traktowaniu lub karaniu. W szczególności nikt nie będzie poddawany, bez swej swobodnie wyrażonej zgody, doświadczeniom lekarskim lub naukowym.*

⁵⁶⁰ Artykuł 5 (2): *Nikt nie będzie poddany torturom lub okrutnemu, niehumanitarnemu bądź poniżającemu traktowaniu lub karaniu. Wszystkie osoby zatrzymane będą traktowane z szacunkiem dla przyrodzonej godności osoby ludzkiej.*

⁵⁶¹ Artykuł 5: *Każda osoba ma prawo do poszanowania przyrodzonej godności osoby ludzkiej i do uznania jej podmiotowości prawnej. Wszystkie formy wyzysku i poniżenia człowieka, w szczególności niewolnictwo, handel niewolnikami, tortury, okrutne, niehumanitarnie, poniżające traktowanie lub karanie są zakazane.*

⁵⁶² Artykuł 1 stanowi: *Państwa-strony zobowiązują się zapobiegać i karać tortury stosownie do przepisów niniejszej Konwencji.*



w 1993 r. Zakaz tortur zajmuje w niej trzecie miejsce, tuż za obowiązkiem przestrzegania praw i wolności człowieka oraz prawem do życia, co oznacza, że prawo to *można zaliczyć do grona praw stanowiących twardy rdzeń Konwencji, określanych jako prawa podstawowe*⁵⁶³.

Artykuł 3 Konwencji wyraźnie podkreśla, że *nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu* chroniąc tym samym jedną z podstawowych wartości demokratycznego społeczeństwa. Tak szerokie ujęcie powyższego zakazu było celem zamierzonym. Artykuł 3 tworzony był z myślą, aby ustalić jego minimalną treść (zakaz tortur) i pozostawiającego niemałą swobodę interpretacyjną w praktyce stosowania tego przepisu⁵⁶⁴. Artykuł 3 nie przewiduje ponadto wyjątków i żadnych odstępstw nawet w przypadku wojny lub innego niebezpieczeństwa publicznego zagrażającego życiu narodu. Oznacza to, że winien on obowiązywać nawet w najcięższych sytuacjach, jak walka z terroryzmem i zorganizowaną przestępczością. Konwencja także bezwzględnie zakazuje stosowania tortur i nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, niezależnie od postępowania danych osób⁵⁶⁵. Zatem zakaz ma charakter absolutny i obowiązuje niezależnie od zachowania drugiego człowieka. Użycie siły wobec drugiej osoby możliwe jest jedynie w niektórych sytuacjach o charakterze ściśle koniecznym, określonych w przepisach prawnych (np. stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osób zagrażających życiu swojemu lub życiu i bezpieczeństwu innych osób). Natomiast każde użycie siły, które wykracza poza *ściśłą konieczność* narusza ludzką godność i stanowi naruszenie art. 3 Konwencji⁵⁶⁶.

Ochronę praw człowieka zawartych w Konwencji zapewnia Europejski Trybunał Praw Człowieka (dalej: ETPCz lub Trybunał), który rozpatruje skargi i zobowiązuje Państwa – Strony do udoskonalania i uszczelniania systemów prawnych mogących stanowić pole do nadużyć. Wieloletnia praktyka Trybunału pozwoliła na rozróżnienie pojęć takich jak tortury i nieludzkie, poniżające traktowanie, a także sformułowania definicji tortur, która po raz pierwszy pojawiała się w *Deklaracji w sprawie ochrony wszystkich osób przed*

⁵⁶³ Zob. A. Płoszka, *Zakaz tortur. Czy na pewno bezwzględny?* [w:] Przegląd Prawniczy UW, nr I-II, rok XI, Warszawa 2012, str. 124.

⁵⁶⁴ Zob. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Tom I. Komentarz do artykułów 1-18. Red. L. Garlicki, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2010 r., str. 98.

⁵⁶⁵ Zob. wyrok z dnia 24.07.2014 r w sprawie Al Nashiri przeciwko Polsce, skarga nr 28761/11, § 507 (wyrok w sprawie tajnych więzień CIA w Polsce).

⁵⁶⁶ Zob. Konwencja o Ochronie Praw człowieka i Podstawowych Wolności. Tom I. Komentarz do artykułów 1-18. L. Garlicki red., Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2010 r., str. 99.

torturami oraz innym okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem z dnia 9 grudnia 1975 r.⁵⁶⁷, a następnie w *Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur* przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 10 grudnia 1984 r.⁵⁶⁸

W orzecznictwie ETPC najbardziej znaczącą sprawą w kształtowaniu się definicji tortur jest tzw. sprawa grecka⁵⁶⁹ z 1969 r. (międzypaństwowa skarga Dani, Norwegii, Szwecji i Holandii przeciwko Grecji dotycząca m.in. stosowania tortur przez służby bezpieczeństwa w okresie dyktatury tzw. czarnych pułkowników w Grecji). Tortury określone zostały jako nieludzkie postępowanie, które ma na celu uzyskanie informacji lub wyznania lub nałożenie kary. Nieludzkie postępowanie i karanie określono natomiast, jako umyślne działanie powodujące dotkliwe cierpienie, psychiczne lub fizyczne, którego nie da się usprawiedliwić w konkretnej sytuacji. Z kolei poniżające traktowanie określono, jako postępowanie, które rażąco poniża ofiarę wobec innych osób lub doprowadza ją do czynów sprzecznych z jej wolą lub sumieniem⁵⁷⁰.

Analizując wyroki ETPC, od początku jego funkcjonowania do dziś, zauważyć można jak bardzo zmieniała się interpretacja tortur i nieludzkiego poniżającego traktowania. Praktyki, które w latach 60. nie były uznawane za tortury lub nieludzkie traktowanie, obecnie są zakazywane. Jest to wyraz tego, jak zmienia się nasze społeczeństwo i wzrasta wrażliwość moralna. Coraz częściej potępiane są wszelkie akty okrucieństwa. Obniża się także nasza tolerancja co do różnych metod i form nieludzkiego traktowania. Początkowo Trybunał rozpatrywał skargi dotyczące naruszenia art. 3 z dużą ostrożnością opisując pewne metody i zachowania, ale nie kwalifikując ich jako tortury. Kluczową sprawą była tzw. sprawa irlandzka⁵⁷¹, którą ETPC zajmował się w latach 70-tych. Dotyczyła ona stosowania przez policję brytyjską wobec osób pozbawionych wolności podejrzanych o działalność terrorystyczną w Irlandii Północnej tzw. pięciu technik (przetrzymywanie przez dłuższy czas z nakrytą głową, dręczenie hałasem, zmuszanie do pozostawiania przez wiele godzin w pozycji stojącej z twarzą odwróconą do ściany, pozbawianie snu oraz ograniczanie jedzenia wyłącznie do chleba i wody).

⁵⁶⁷ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 3452(XXX)

⁵⁶⁸ Dz. U. z 1989 r. Nr 63, poz. 378.

⁵⁶⁹ Na tzw. sprawę grecką złożyły się następujące skargi: 3321/67 Dania p. Grecji, 3322/67 Norwegia p. Grecji, 3323/67 Szwecja p. Grecji, 3344/67 Holandia p. Grecji

⁵⁷⁰ Por. A. Kremplewski, *Policja a zakaz tortur oraz innego nieludzkiego postępowania*, w: *Prawa jednostki a prawo karne*. Praca zbiorowa pod red. M. P. Wędrychowskiego, Warszawa, Instytut Prawa Karnego UW, 1995 r. str. 9-39.

⁵⁷¹ Irlandia przeciwko Wielkiej Brytanii (skarga nr 5310/71, wyrok z dnia 18.01.1978 r.).



Mimo tego, że Komisja Praw Człowieka uznała wskazane powyżej techniki za tortury, Trybunał zakwalifikował je jedynie jako niehumanitarne i poniżające traktowanie. Argumentując swoją decyzję Trybunał podkreślił, że techniki stosowane przez policję brytyjską były co prawda poważne i dolegliwe, lecz nie nosiły znamion szczególnej intensywności, co też spowodowało zakwalifikowanie ich do niehumanitarnego traktowania⁵⁷².

W zasadzie dopiero w latach 90., w licznych sprawach przeciwko Turcji, nastąpiło znaczne rozszerzenie pojęć i definicji w zakresie stosowania różnych form złego traktowania. Za niezbędne uznano rozpatrywanie różnych innych aspektów naruszenia zakazu tortur (np. podczas deportacji), nie tylko w kontekście traktowania przez policję lub służby więzienne. ETPC zaczął również dostrzegać konieczność nałożenia na państwa obowiązku opracowania procedur, które chroniłyby obywatela przed tego typu zachowaniami, a także rzetelnego badania zarzutów dotyczących tortur i niehumanitarnego traktowania. Dopiero po 20 latach od wyroku w sprawie irlandzkiej doszło do rozszerzenia interpretacji tortur. Przełomowy wyrok zapadł w 1999 r. w sprawie Selmouni przeciwko Francji⁵⁷³, która dotyczyła wielogodzinnego przesłuchania zatrzymanego w areszcie policyjnym, gdzie był bity oraz zmuszany go do innych czynności o charakterze seksualnym. ETPCz uznał, że policjanci dopuścili się wobec zatrzymanego tortur podkreślając jednocześnie, że pewne działania, które w przeszłości kwalifikowano jako niehumanitarne i poniżające traktowanie mogą zostać w przyszłości zakwalifikowane inaczej⁵⁷⁴.

We współczesnym orzecznictwie Trybunał określa tortury wyłącznie jako umyślne, niehumanitarne traktowanie powodujące bardzo poważne i okrutne cierpienie⁵⁷⁵. Za *niehumanitarne* uznaje zachowanie, jeżeli, między innymi, było ono stosowane z premedytacją przez wiele godzin i spowodowało albo faktyczne uszkodzenie ciała, albo intensywne fizyczne i psychiczne cierpienie. Natomiast traktowanie można określić jako *poniżające*, jeżeli miało ono na celu wywołanie w ofierze uczucia strachu, udręczenia i niższości będącego w stanie poniżyć i upokorzyć. Jednocześnie, Trybunał stale podkreślał, że wchodzące w grę cierpienie i poniżenie musi w każdym razie wykraczać poza nieunikniony element cierpienia lub poniżenia związany z daną formą zgodnego z prawem traktowania lub karania⁵⁷⁶.

⁵⁷² Zob. S. Sykuna, Tortury w XXI wieku, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2013, str. 171.

⁵⁷³ Selmouni przeciwko Francji (skarga nr 00025803/94, wyrok z dnia 28.07.1999 r.).

⁵⁷⁴ Zob. S. Sykuna, Tortury w XXI wieku, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2013, str. 180.

⁵⁷⁵ Por. Sprawa Al Nashiri przeciwko Polsce (skarga nr 28761/11, wyrok z dnia 24.07.2014 r.)

⁵⁷⁶ Por. Sprawa Piechowicz przeciwko Polsce (skarga nr 20071/07, wyrok z dnia 17.04.2012 r.)

Orzecznictwo ETPC oraz działalność obrońców praw człowieka pokazuje, że pojmowanie definicji tortur jest bardzo dynamiczne, podlega ciągłej ewaluacji, zaś wokół samego zakazu w dalszym ciągu pojawiają się nowe aspekty⁵⁷⁷.

Analiza dotychczasowych wyroków ETPC (w latach 1959-2015) pokazuje, że naruszenia art. 3 Konwencji stanowiły ok. 15% w stosunku do naruszeń wszystkich artykułów (2465 spraw), w tym 133 przypadki tortur⁵⁷⁸. Pośród krajów, które najczęściej dopuszczały się w ocenie ETPC naruszenia art. 3 Konwencji jest Rosja i Turcja.

W sprawach przeciwko Polsce Trybunał orzekł dotychczas 45 naruszeń art. 3 Konwencji, w tym 2 przypadki tortur, 34 przypadki niehumanitarnego i poniżającego traktowania oraz 9 – braku przeprowadzenia należytego dochodzenia.

Wspomniane 2 wyroki ujawniające tortury wydano w 2014 r. i dotyczyły traktowania dwóch więźniów przez funkcjonariuszy CIA w tajnych więzieniach na terenie Polski (więźniowie przetrzymywani byli przez 6 miesięcy w bazie wywiadu w Starych Kiejkutach)⁵⁷⁹. Trybunał uznał, że Polska naruszyła artykuł 3 umożliwiając na swoim terytorium stosowanie wobec nich tortur i niewłaściwego traktowania. W pierwszej kolejności Trybunał zaznaczył, że poważnym naruszeniem był brak skutecznego oraz rzetelnego śledztwa w sprawie zarzutów niewłaściwego traktowania podczas przetrzymywania przez CIA na terytorium Polski. Postępowanie rozpoczęło się dopiero 6 lat po tym jak skarżący byli przetrzymywani i niewłaściwie traktowani, mimo iż władze wiedziały o charakterze i celach działalności CIA. Jak wynika z wyroku Trybunału zatrzymywani byli poddawani torturom, które obejmowały dwie pozorowane egzekucje. Pierwsza została wykonana przy pomocy nienaładowanego pistoletu *przeladowanego* przy głowie skarżącego, który był przykuty w pozycji siedzącej, druga - przy pomocy wiertarki elektrycznej, kiedy był zmuszony do stania nago w swojej celi z nałożonym na głowę kapturem. Skarżący został również poddany czemuś, co zostało opisane jako *potencjalnie szkodliwe pozycje napięte*. Oznaczało to, że musiał klęczeć na podłodze i odchyłać się do tyłu, był ustawiany w stojących pozycjach napiętych i był popychany, był podnoszony z podłogi za ramiona,

⁵⁷⁷ Zob. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Tom I. Komentarz do artykułów 1-18. Red. L. Garlicki, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2010 r.

⁵⁷⁸ Statystyka dostępna na stronie internetowej ETPCz.

⁵⁷⁹ Sprawa Al Nashiri przeciwko Polsce (skarga nr 28761/11, wyrok z dnia 24.07.2014 r.) oraz Sprawa Husayn (Abu Zubaydah) przeciwko Polsce (Skarga nr 7511/13, wyrok z dnia 24.07.2014 r.).



gdy były one związane paskiem na jego plecach. To mogło skutkować co najmniej zwichnięciem ramion. Straszono go, że kobiety z jego rodziny zostaną wykorzystane na jego oczach. Aby sprawić skarżącemu ból był on również myty przy pomocy sztywnej szczotki, *którą stosuje się... do usuwania trudno schodzącego brudu*⁵⁸⁰. W świetle powyższego, Trybunał uznał, że traktowanie, któremu zostali poddani skarżący podczas przetrzymywania przez CIA w Polsce w danym czasie stanowiło tortury w rozumieniu artykułu 3 Konwencji.

Natomiast w przypadku naruszenia art. 3 Konwencji w zakresie niehumanizującego i poniżającego traktowania albo karania sprawy dotyczyły głównie warunków odbywania kary przez więźniów (braku zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej, przeludnienia, długotrwałej izolacji oraz reżimu nakładanych na więźniów niebezpiecznych)⁵⁸¹, traktowania przez Policję⁵⁸² oraz traktowania w izbach wytrzeźwień⁵⁸³.

Analiza wyroków ETPC wskazuje na to, że pomimo istnienia wielu systemów ochronnych nadal dochodzi do tortur i niehumanizującego traktowania. System skargowy nastawiony jest przede wszystkim na działania reakcyjne. Pozwala ocenić sytuację oraz wypracować zasady postępowania dopiero po ujawnieniu faktu stosowania tortur lub niehumanizującego i poniżającego traktowania, nie działa natomiast prewencyjnie. Takie podejście dało asumpt do poszukiwań rozwiązań prawnych jeszcze bardziej chroniących praw człowieka. W dniu 26 listopada 1987 r. została sporządzona w Strasburgu Europejska Konwencja o zapobieganiu torturom oraz niehumanizującemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu⁵⁸⁴ niosąca nowe wyzwania. W artykule 1 Konwencja powołuje Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Niehumanizującemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej CPT), którego zadaniem jest badanie, poprzez wizytacje, traktowania osób pozbawionych wolności w celu wzmocnienia, w razie potrzeby, ich ochrony przed torturami bądź niehumanizującym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

⁵⁸⁰ Zob. Sprawa Al Nashiri przeciwko Polsce (Skarga nr 28761/11, wyrok z dnia 24 lipca 2014 r. § 511.

⁵⁸¹ Przykładowe wyroki: wyrok z dnia 3.11.2015 r. w sprawie Chyła przeciwko Polsce, skarga nr 8384/08; wyrok z dnia 4.10.2016 r. w sprawie Klibisz przeciwko Polsce, skarga nr 2235/02; wyrok z dnia 28.06.2016 r. w sprawie Janusz Wojciechowski przeciwko Polsce, skarga nr 54511/11; wyrok z dnia 14.06.2016 r. w sprawie Pugżłys przeciwko Polsce, skarga nr. 446/10; wyrok z dnia 19.04.2016 r. w sprawie Karwowski przeciwko Polsce, skarga nr 29869/13.

⁵⁸² Przykładowe sprawy: wyrok z dnia 13.01.2009 r. w sprawie Lewandowski i Lewandowska przeciwko Polsce, skarga nr 15562/02; wyrok z dnia 12.05.2009 r. w sprawie Artur Mrozowski przeciwko Polsce, skarga nr 9258/04; wyrok z dnia 24.02.2009 r. w sprawie Pieniak przeciwko Polsce, skarga nr 19616/04.

⁵⁸³ wyrok z dnia 31.03.2009 r. w sprawie Wiktoro przeciwko Polsce, skarga nr 14612/02.

⁵⁸⁴ Dz.U. z 1995 r. Nr 46, poz. 238, ze zm.

Niemalże równolegle podobne działania podejmowano w strukturach Narodów Zjednoczonych. W latach 70-tych., w toku prac V Kongresu Narodów Zjednoczonych⁵⁸⁵, mając na uwadze liczne wówczas doniesienia o stosowaniu tortur w różnych częściach świata, opracowano *Deklarację w sprawie ochrony wszystkich osób przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem* z dnia 9 grudnia 1975 r. Jest to pierwszy dokument międzynarodowy wprowadzającym definicję tortur.⁵⁸⁶ Niespełna 10 lat później definicja ta została określona w *Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur*.

W rozumieniu Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur określenie tortury oznaczają każde działanie, którym jakiegokolwiek osobie umyślnie zadaje się ostry ból lub cierpienie, fizyczne bądź psychiczne, w celu uzyskania od niej lub od osoby trzeciej informacji lub wyznania, w celu ukarania jej za czyn popełniony przez nią lub osobę trzecią albo o którego dokonanie jest ona podejrzana, a także w celu zastraszenia lub wywarcia nacisku na nią lub trzecią osobę albo w jakimkolwiek innym celu wynikającym z wszelkiej formy dyskryminacji, gdy taki ból lub cierpienie powodowane są przez funkcjonariusza państwowego lub inną osobę występującą w charakterze urzędowym lub z ich polecenia albo za wyraźną lub milczącą zgodą. Określenie to nie obejmuje bólu lub cierpienia wynikających jedynie ze zgodnych z prawem sankcji, nieodłącznie związanych z tymi sankcjami lub wywołanych przez nie przypadkowo.

Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, mimo wprowadzenia definicji tortur oraz powołania ciała skargowego w postaci Komitetu przeciwko torturom ONZ, którego zadaniem jest m.in. badanie wszelkich zgłoszeń dotyczących tortur, nie odnosi się do kwestii zapobiegania torturom i niehumanitarnemu traktowaniu. Tymczasem w latach 70. rozpoczęła się dyskusja na temat znaczenia działań prewencyjnych w eliminowaniu tego typu prak-

⁵⁸⁵ Por. A. Krempleski, *Policja a zakaz tortur oraz innego niehumanitarnego postępowania*, w: *Prawa jednostki a prawo karne*. Praca zbiorowa pod red. M. P. Wędrychowskiego, Warszawa, Instytut Prawa Karnego UW, 1995 r. str. 9-39.

⁵⁸⁶ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 3452(XXX). W rozumieniu Deklaracji tortury oznaczają jakiegokolwiek działanie, przez które osobie zadaje się umyślnie dotkliwy ból lub cierpienie, fizyczne bądź psychiczne, przez funkcjonariusza publicznego bądź za jego namową, w takich celach jak uzyskanie od niej lub od osoby trzeciej informacji bądź zeznania, ukaranie jej za czyn przez nią popełniony lub o popełnieniu którego się ją podejrzewa, bądź też zastraszenie jej lub innych osób. Określenie to nie obejmuje bólu lub cierpienia wynikających, wiążących się bądź wynikłych przypadkowo ze zgodnych z prawem sankcji, w zakresie w jakim sankcje te zgodne są ze Wzorcowymi regułami minimalnymi postępowania z więźniami. Tortury stanowią rażącą i zamierzoną formę okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania.



tyk⁵⁸⁷. Ukoronowaniem starań o uzupełnienie systemu prewencji tortur było podpisanie w dniu 18 grudnia 2002 r. Protokołu Fakultatywnego do Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur oraz niehumanitarnego i poniżającego traktowania (dalej zwanym Protokołem lub OPCAT). Tym samym społeczność międzynarodowa wyraziła swój oficjalny sprzeciw wobec stosowania tortur oraz innych form okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania.

Zgodnie z Protokołem jednym z najskuteczniejszych sposobów zapobiegania torturom jest stworzenie systemu regularnych, kontrolnych wizyt przeprowadzanych w miejscach, gdzie przebywają osoby pozbawione wolności. Protokół przewiduje powołanie tzw. *międzynarodowego mechanizmu prewencji* oraz *krajowych mechanizmów prewencji*. Zgodnie z OPCAT każde państwo-strona zezwala na przeprowadzanie wizyt przez obydwu mechanizmy w jakimkolwiek miejscu pozostającym pod jego jurysdykcją i kontrolą, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem.

Szczególna innowacyjność OPCAT wynika z komplementarności wizytacji prewencyjnych przeprowadzanych przez instytucję międzynarodową oraz jednego lub kilku krajowych mechanizmów prewencji, które państwa-sygnatariusze muszą wprowadzić po ratyfikacji Protokołu. Niniejsze dwufilarowe podejście realizuje bowiem ideę monitorowania miejsc pozbawienia wolności na poziomie krajowym⁵⁸⁸.

Jako międzynarodowy mechanizm prewencji powołany został Podkomitet do spraw prewencji (dalej SPT), w ramach Komitetu przeciwko torturom ONZ, działającego w oparciu o postanowienia Konwencji o zakazie stosowania tortur. Mandat SPT obejmuje w szczególności przeprowadzanie wizyt na terytorium państw stron, przedstawianie stosownych rekomendacji oraz współpracę i pomoc doradczą na rzecz krajowych mechanizmów prewencji (art. 11 OPCAT).

⁵⁸⁷ Już wówczas kilka organizacji międzynarodowych połączyło swoje siły w celu znalezienia dodatkowych, bardziej pragmatycznych, sposobów zapobiegania takim nadużyciom. Szwajcarski filantrop Jean Jacques Gautier, zainspirowany wynikami wizyt więzień przeprowadzanych przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża podczas wojny, starał się stworzyć system regularnych wizyt wszystkich miejsc zatrzymań na całym świecie. W 1977 r. powołał Stowarzyszenie Zapobiegania Torturom (APT), niezależną organizacją pozarządową z siedzibą w Genewie, które od początku broniło prostej, lecz nowatorskiej zasady wysuniętej przez niego, iż wizytowanie miejsc, w których przebywają ludzie pozbawieni wolności to najbardziej skuteczna metoda zapobiegania torturom i maltretowaniu. Przez wiele lat członkowie APT zabiegali o utworzenie takiego systemu w strukturach ONZ.

⁵⁸⁸ Zob. Monitoring miejsc pozbawienia wolności. Przewodnik Praktyczny, Genewa, Kwiecień 2004 r., str. 7.

Z kolei na płaszczyźnie krajowej OPCAT przewiduje utworzenie tzw. krajowego mechanizmu prewencji. Zgodnie z art. 3 OPCAT państwo strona na poziomie krajowym tworzy, wyznacza bądź utrzymuje już istniejący jeden lub kilka krajowych organów wizytujących określanych jako krajowy mechanizm prewencji. Mandat krajowych mechanizmów prewencji obejmuje w szczególności prawo do regularnego sprawdzania sposobu traktowania osób pozbawionych wolności w miejscach zatrzymań, przedstawiania właściwym władzom rekomendacji oraz przedstawiania propozycji i uwag odnośnie do obowiązujących oraz projektowanych przepisów prawnych. Podobnie jak w przypadku SPT, krajowym mechanizmom prewencji powinny zostać przyznane szerokie uprawnienia w zakresie dostępu do miejsc zatrzymań oraz kontaktu z osobami pozbawionymi wolności⁵⁸⁹.

Pozbawienie wolności, zgodnie z art. 4 OPCAT, oznacza natomiast jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej. Pojęcie miejsce pozbawienia wolności używane jest tutaj w szerokim znaczeniu. Oznacza każde miejsce, gdzie przebywa osoba pozbawiona wolności, w szczególności więzienia, posterunki policji, ośrodki dla cudzoziemców lub uchodźców, placówki resocjalizacyjne dla nieletnich, domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę osobom starszym, niepełnosprawnym i przewlekle chorym, ośrodki psychiatryczne, miejsca zatrzymań dla żołnierzy i inne, gdzie przetrzymywane są osoby pozbawione wolności.

Należy podkreślić, że jest to pierwszy dokument dający tak szerokie możliwości i uprawnienia w działaniach podejmowanych na rzecz eliminowania tortur i niehumanitarnego traktowania. Podczas gdy CPT oraz Komitet ONZ przeciwko torturom mogą podejmować sprawy tylko wtedy, gdy zaistnieją uzasadnione zarzuty systematycznego praktykowania tortur w państwach stronach, to warunek ten nie musi być konieczny w przypadku wizytacji prewencyjnych wynikających z OPCAT. Ponadto OPCAT umożliwia regularne i niezapowiedziane wizytacje ekspertów międzynarodowych i krajowych we wszystkich rodzajach miejsc, w których przebywają osoby pozbawione wolności.

Protokół nie określa precyzyjnie, jaki typ instytucji powinien pełnić rolę krajowego mechanizmu prewencji. Wprowadza jedynie wymóg zagwarantowania funkcjonalnej niezależności krajowych mechanizmów prewencji oraz niezależności ich personelu.

⁵⁸⁹ por. art. 19-20 OPCAT.



Polska ratyfikowała OPCAT w 2005 r.⁵⁹⁰, natomiast krajowy mechanizm prewencji powołany został w 2008 r. Funkcja ta powierzona została RPO, który zgodnie z art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich⁵⁹¹ pełni rolę organu wizytującego do spraw zapobiegania torturom i innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (krajowy mechanizm prewencji).

W związku z powyższym funkcjonujący w ramach struktury Biura Rzecznika Praw Obywatelskich Zespół Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej KMPT) przeprowadza niezapowiedziane prewencyjne wizytacje we wszystkich miejscach pozbawienia wolności. W latach 2008 – 2016 przedstawiciele KMPT przeprowadzili łącznie 934 wizytacje takich miejsc.

W oparciu o dotychczasowe doświadczenia działalności KMPT w Polsce bez wątplenia można uznać, że przeprowadzanie regularnych wizyt w miejscach zatrzymań jest skuteczną metodą w zapobieganiu torturom i innym formom znęcania się. Rozmowa z dyrektorami i personelem placówek i sygnalizowane przez nich problemy często były podstawą do podjęcia dialogu z władzami państwa na temat polepszenia sytuacji w tych placówkach. Ponadto możliwość bycia poddanym niezapowiedzianej kontroli zewnętrznej może mieć istotny efekt odstrasżający. Dodatkowo wizyty niezależnych ekspertów umożliwiają podjęcie i zbadanie sprawy z pierwszej ręki, a nie poprzez pośredników.

Warto na zakończenie podkreślić, że rolą krajowych mechanizm prewencji nie jest jedynie wskazywanie naruszeń, lecz także konstruktywna współpraca ze wszystkimi organami odpowiedzialnymi za funkcjonowanie miejsc detencji. Takie podejście niewątpliwie umożliwia wdrożenie trwałych ulepszeń.

⁵⁹⁰ Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192.

⁵⁹¹ Dz. U. z 2014 r., poz. 1648.

2. Przypadki tortur stwierdzone przez sądy w 2016 r.

Prewencja tortur to nie tylko prowadzenie regularnego monitoringu miejsc pozbawienia wolności w drodze wizytacji, ale również działalność edukacyjna i informacyjna. W związku z tym każdego roku KMPT dokonuje analizy prawomocnych skazań z art. 246 k.k.

W 2016 r. uprawomocniło się 6 wyroków skazujących łącznie 9 funkcjonariuszy Policji z art. 246 Kodeksu karnego (dalej: kk.)⁵⁹². Artykuł ten stanowi, iż *funkcjonariusz publiczny lub ten, który działając na jego polecenie w celu uzyskania określonych zeznań, wyjaśnień, informacji lub oświadczenia stosuje przemoc, groźbę bezprawną lub w inny sposób znęca się fizycznie lub psychicznie nad inną osobą, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10*. Mając na względzie, że w latach 2008–2015 sądy orzekły wyroki skazujące z tego artykułu wobec 33 funkcjonariuszy Policji w 22 sprawach, należy podkreślić, że skala zjawiska stosowania tortur przez tę formację wykazuje tendencję wzrostową.

Przedstawiciele KMPT dokonali na potrzeby niniejszego Raportu analizy prawomocnych wyroków sądowych pod kątem funkcjonowania trzech podstawowych gwarancji zabezpieczających osobę pozbawioną wolności przed torturami. Składają się na nie: dostęp zatrzymanego do adwokata, poddawanie zatrzymanych badaniom lekarskim oraz realizacja prawa zatrzymanego do powiadomienia osoby trzeciej o fakcie zatrzymania⁵⁹³.

⁵⁹² Dane pochodzą z Krajowego Rejestru Karnego. Analizowane sprawy: SR w Bełchatowie II K 25/15; SR w Tarnowskich Górach VI K 539/15; SR w Pruszkowie II K 375/13; SR dla W-wy Pragi Południe III K 1131/13; SR dla W-wy Śródmieścia V K 822/13. Wyrok SR w Kłodzku wydany w sprawie II K 725/12 został uchylony i przekazany do ponownego rozpoznania wobec jednego z dwóch oskarżonych w tej sprawie.

⁵⁹³ Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) wskazuje na trzy podstawowe gwarancje chroniące osoby zatrzymane przed niewłaściwym traktowaniem ze strony Policji: prawo dostępu do adwokata, prawo do żądania badania lekarskiego przez wybranego przez zatrzymanego lekarza i prawo do powiadomienia o fakcie zatrzymania osoby trzeciej, wybranej przez zatrzymanego. Zob. § 36 Drugiego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (92) 3].



Wyniki analizy treści aktów oskarżenia oraz wyroków zapadłych w 2016 r. wskazują w sposób jednoznaczny na wypełnienie przez funkcjonariuszy Policji znamion tortur, których definicja znajduje się w Konwencji Narodów Zjednoczonych w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjętej dnia 10 grudnia 1984 r.⁵⁹⁴ (dalej: Konwencja).

Opisy działań funkcjonariuszy zawarte w treści przeanalizowanych spraw, przybierały postać rozmaitych formy przemocy fizycznej i psychicznej stosowanej wobec osób zatrzymanych, m.in. znieważali i poniżali zatrzymanych, popychali, szarpali, zadawali kilkadziesiąt uderzeń w twarz otwartą dłońią w skórzanej rękawiczce, bili ich w pięty pałkami, kopali po całym ciele, podduszali za pomocą plastikowej torby zakładanej zatrzymanemu na głowę, podtapiali zatrzymanego trzymając jego głowę w umywalce, podnosili do góry za ręce skute kajdankami po czym rzucali go na podłogę, stawiali na klatce piersiowej zatrzymanego, używali ręcznego miotacza gazu jak również podwieszali na wieszaku za ręce skute na plecach kajdankami. W jednym przypadku zatrzymanemu grożono zgwałceniem, w innym – pobiciem.

Ofiarami przemocy nie były osoby podejrzewane o dokonanie najcięższych zbrodni, czy członkowie zorganizowanych grup przestępczych, lecz podejrzani i sprawcy drobnych przestępstw (posiadania niewielkiej ilości marihuany, kradzieży lampek ogrodowych, kradzieży rowerów).

W jednej ze spraw toczącej się przed Sądem Rejonowym w Bełchatowie⁵⁹⁵ ofiarą tortur była młoda studentka, która została zatrzymana w charakterze świadka w sprawie dotyczącej przestępczości zorganizowanej. Zatrzymana w toku czynności prowadzonych na komendzie była wielokrotnie znieważania, wyśmiewania, szarpana i popychana. Jeden z funkcjonariuszy biorących udział w przesłuchaniu wskazywał jej na plamy na ścianie pokoju, w którym się znajdowali sugerując, że pochodzą z pobicia, które i ją może spotkać. Traktowanie tej młodej osoby przez funkcjonariuszy pozostawiło na niej długotrwałe brzemie psychiczne, którego pozbycie się możliwe było w drodze terapii psychologicznej.

W innej z przeanalizowanych spraw⁵⁹⁶ ofiarami tortur padli młodzi mężczyźni zatrzymani w związku z zgłoszeniem kradzieży lampek ogrodowych. Pomimo braku ich rozpoznania przez pokrzywdzonego jako sprawców tego czynu, zostali oni zatrzymani a następnie przewiezieni do

⁵⁹⁴ Dz. U. z 1989 r. Nr 63, poz. 379.

⁵⁹⁵ Sygn. akt II K 25/15.

⁵⁹⁶ Sąd Rejonowy w Tarnowskich Górach, sygn. akt VI K 539/15.

pomieszczeń Komendy Miejskiej Policji w Piekarach Śląskich, gdzie funkcjonariusze stosując przemoc fizyczną i psychiczną, próbowali zmusić ich do przyznania się do popełnienia innych przestępstw przeciwko mieniu, których sprawców nie udało się wykryć. Mężczyźni zostali posadzeni na krzesłach, jednocześnie będąc skutymi jedną parą kajdanek. Każdy z zatrzymanych mężczyzn otrzymał od jednego z funkcjonariuszy kilkadziesiąt ciosów w twarz z otwartej dłoni w rękawiczce. Kiedy jeden z nich zaczął krwawić, funkcjonariusz kazał mu iść do łazienki i umyć się. Mężczyźni cały czas pozostawali skuci. Podczas pobytu w łazience zatrzymany, który krwawił, zasnął. Wtedy funkcjonariusz kazał drugiemu z zatrzymanych przyciągnąć leżącego na ziemi zatrzymanego. W trakcie przeciągania mężczyzny, funkcjonariusz kopał obu zatrzymanych. Po powrocie do pokoju, funkcjonariusze zdecydowali, że przekażą zatrzymanych do izby wytrzeźwień. W protokołach doprowadzenia do wytrzeźwienia sporządzonych przez funkcjonariuszy w związku z przewiezieniem zatrzymanych do izby, nie było wzmianki o obrażeniach, które posiadali mężczyźni.

Rzeczą znaną jest, iż funkcjonariusz stosujący tortury wobec zatrzymanych mężczyzn został skazany nie tylko w związku z tą sprawą, lecz również w związku z przekroczeniem uprawnień (art. 231 kk.), którego dopuścił się podczas interwencji domowej wobec mężczyzny stawiającego czynny opór przed zatrzymaniem oraz próbującego zaatakować policjantów nożem. W trakcie zdarzenia, mężczyzna przewrócił się po kopnięciu przez jednego z funkcjonariuszy. Został następnie skuty kajdankami za ręce na plecach. W związku z próbą kopania policjantów zablokowano jego ruchy drabiną, położoną mu na nogach. Obezwładniony w ten sposób mężczyzna był kopany i bity policyjną pałką po całym ciele. Jeden z kopniaków spowodował dziurę w ścianie pokoju, w którym doszło do obezwładnienia mężczyzny. Po wyprowadzeniu zatrzymanego z domu, policjanci wezwali karetkę. Badający zatrzymanego lekarz stwierdził liczne zasinienia i krwawienie z nozdrzy. Pacjent uniemożliwił jednak przeprowadzenie przez lekarza dokładniejszych badań. Po przewiezieniu do izby wytrzeźwień, mężczyzna stracił przytomność. W związku z tym przetransportowano go do szpitala i poddano dokładnej obdukcji. Podczas późniejszego przesłuchania dotyczącego przekroczenia uprawnień przez funkcjonariuszy Policji, lekarz z izby przyjęć szpitala, który badał zatrzymanego przewiezionego z izby wytrzeźwień wskazał, że *to wyglądało tak jakby ktoś tłukł tego człowieka raz za razem, miejsce obok miejsca. Prawdopodobnie pałką dlatego, że ślady były bardzo charakterystyczne, typowe dla podłużnego przedmiotu, miały długość*



ok. 20-30 cm i szerokość 4-5 cm. Biorąc pod uwagę, że stosującym przemoc fizyczną w obu przypadkach był ten sam funkcjonariusz Policji, analiza czynów jakich się dopuścił wobec osób zatrzymanych oraz skala spowodowanych nimi obrażeń fizycznych, świadczy w ocenie przedstawicieli KMPPT o ewidentnym problemie z agresją występującym u tego policjanta. Warto wskazać, że sąd zastosował wobec tego funkcjonariusza karę 1 roku i 6 miesięcy pozbawienia wolności z zawieszeniem jej wykonania na okres 2 lat, jak również zakaz wykonywania zawodu policjanta przez okres 2 lat.

Do tortur zatrzymanych dochodziło w pomieszczeniach służbowych jednostek organizacyjnych Policji.

Tylko w dwóch ze spraw ofiary tortur stawiały od samego początku aktywne opór związany z interwencją Policji (ucieczka, odmowa wejścia do radiowozu, odmowa dobrowolnego opuszczenia domu, atak na policjanta z użyciem noża). W pozostałych przypadkach sądy w toku procesów potwierdzały, że ofiary w większości zachowywały się spokojnie – nie stawiały oporu przy zatrzymaniu, dobrowolnie zgłaszały się na przesłuchania, nie było konieczności stosowania środków przymusu bezpośredniego. Postawa funkcjonariuszy skazanych z art. 246 kk. od początku zmierzała do konfrontacji. Przemoc wobec zatrzymanych była stosowana bez uprzedzenia, zaś ofiary pozostawały w większości skute kajdankami, nie mając najmniejszych szans obrony.

Brutalność i zastraszanie, którego doświadczyły ofiary tortur wpłynęła na ich decyzje o zaniechaniu złożenia oficjalnego zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Tylko jeden z zatrzymanych poddał się obdukcji, a następnie złożył zawiadomienie do prokuratury. W pozostałych sprawach inicjatorami takich postępowań byli bliscy ofiar.

Kary pozbawienia wolności stosowane przez sądy w przeanalizowanych sprawach orzekane były z zawieszeniem ich wykonania. W dwóch sprawach, sąd zastosował zakaz wykonywania zawodu na okres 2 lat.

Wskazane powyżej przypadki świadczą jednoznacznie o stosowaniu tortur w Polsce. Faktu tego nie zmienia brak regulacji przestępstwa tortur w Kodeksie karnym. Czyny, których dopuścili się względem zatrzymanych funkcjonariusze Policji wskazują bowiem na wypełnienie znamion tego przestępstwa określonego w art. 1 Konwencji. KMPPT wyraża jednocześnie nadzieję, że propozycje ochrony obywateli przed tego typu zdarzeniami zawarte w wystąpieniu Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 18.04.2017 r. do Ministra Sprawiedliwości, spotkają się z jego pełną akceptacją⁵⁹⁷.

⁵⁹⁷ Szerzej na ten temat w Wystąpieniu Generalnym RPO do MS z dnia 18.04.2017 r., KMP.570.3.2017.

3. Stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia na prośbę pacjenta na oddziałach psychiatrycznych

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁵⁹⁸ (dalej: u.o.z.p.) wprowadziła możliwość stosowania wobec pacjentów oddziałów psychiatrycznych przymusu bezpośredniego, w tym przytrzymania (doraźnego, krótkotrwałego unieruchomienia osoby z użyciem siły fizycznej), przymusowego podania leków (doraźnego lub przewidzianego w planie postępowania leczniczego wprowadzenia leków do organizmu osoby bez jej zgody), unieruchomienia (obezwładnienia osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych), izolacji (umieszczenia osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu). Akt wykonawczy w postaci rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania⁵⁹⁹ (dalej: rozporządzenie) określa dokładnie sposób stosowania przymusu bezpośredniego i dokonywanie oceny jego zasadności zastosowania.

Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów oddziałów psychiatrycznych jest formą naruszenia nietykalności osobistej i cielesnej, dlatego też musi być bardzo ściśle kontrolowane. Nie może być on stosowany w innych sytuacjach niż przewidziane przez prawo.

Art. 18 ust. 1 u.o.z.p. upoważnia do użycia przymusu bezpośredniego wobec pacjenta, który:

1. dopuszcza się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby albo
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
2. w sposób gwałtowny niszczy lub uszkodza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu, lub

⁵⁹⁸ Dz. U. z 2016 r., poz. 546.

⁵⁹⁹ Dz. U. z 2012 r., poz. 740.



3. poważanie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej (...).

Jak zauważają Piotr Gałęcki i Kinga Bobińska⁶⁰⁰, *zamach przeciwko życiu lub zdrowiu jest gwałtownym, drastycznym działaniem, którego następstwa zagrażają zdrowiu bądź życiu danej osoby lub osób postronnych. Są to czyny samobójcze, czyny autoagresywne – samookaleczenie się, agresja wobec innych osób. Zamach przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu to wszelkie zachowania osoby stwarzające zagrożenie dla bezpieczeństwa powszechnego, niekoniecznie przebiegające z zachowaniem agresywnym (np. podpalenie przedmiotów). Sytuacja, gdy osoba w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu, wynika najczęściej z silnego wyładowania emocjonalnego przebiegającego z zachowaniem agresywnym. Obiektem, wobec którego skierowana jest agresja, są przedmioty w otoczeniu tej osoby. Zachowanie takie może przejawiać się dużą dezorganizacją, nieprzewidywalnością i niemożliwością kierowania własnym postępowaniem, stąd istnieje bezpośrednie zagrożenie bezpieczeństwa dla otoczenia.*

Poważane zakłócenie lub uniemożliwienie funkcjonowania podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest pojęciem bardzo nieprecyzyjnym, mogącym prowadzić do nadużyć w stosowaniu przymusu bezpośredniego, w szczególności wobec pacjentów uciążliwych, niechętnie wykonujących polecenia personelu oddziału. Należy jednak podkreślić, że zachowanie to jest przesłanką do zastosowania jedynie przytrzymania lub przymusowego podania leku.

Osobą decydującą o zastosowaniu przymusu bezpośredniego i jego rodzaju, zgodnie z ust. 2 art. 18 u.o.z.p., jest lekarz, który jednocześnie jest odpowiedzialny za nadzór jego wykonania. Jeśli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośrednio decyduje i osobiście nadzoruje jego wykonanie pielęgniarka. Jest ona również zobowiązana do bezzwłocznego zawiadomienia o tym fakcie lekarza. Każde zastosowanie przymusu bezpośredniego musi być poprzedzone uprzedzeniem pacjenta o możliwości jego zastosowania, a zastosowanie odpowiednio odnotowane w dokumentacji medycznej. Każde zasadne zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę musi być za-

⁶⁰⁰ Zob. P. Gałęcki, K. Bobińska Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego Komentarz Komentarz, Warszawa 2016, str. 125.

twierdzone przez lekarza. W sytuacji odmiennej lekarz powinien nakazać zaprzestanie jego stosowania. Decydując o zastosowaniu przymusu bezpośredniego należy wybrać środek dla tej osoby najmniej uciążliwy, a w sytuacji dobrowolnego poddania się czynnościom medycznym i podjęciu współpracy w procesie leczniczo-terapeutycznym natychmiast odstąpić od jego dalszego stosowania⁶⁰¹.

Podczas wizytacji przeprowadzanych w oddziałach psychiatrycznych niejednokrotnie przedstawiciele KMPT spotkali się z praktyką stosowania przymusu bezpośredniego na prośbę pacjenta. Osoby je stosujące zazwyczaj stwierdzały, że pacjenci sami najlepiej wiedzą, kiedy powinni zostać zapięci w pasy ze względu na gwałtowne pogorszenie się ich samopoczucia. Ponadto wielokrotnie wskazywali, że w godzinach wieczornych i nocnych jest zbyt mała obsada lekarsko-pielęgniarska oddziałów by zgodnie z prawem stosować przymus bezpośredni, więc kierując się dobrem pacjenta decydują się na stosowanie pasów jeszcze zanim dojedzie do ataku agresji.

Należy z całą stanowczością stwierdzić, że obecnie obowiązujące prawo nie przewiduje sytuacji stosowania przymusu bezpośredniego na prośbę czy żądanie pacjenta. Zgodnie z opinią sformułowaną przez przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego niewłaściwe jest automatyczne i bezrefleksyjne uwzględnianie życzenia pacjenta dotyczące zastosowania przymusu bezpośredniego (unieruchomienie pasami), jedynie na podstawie *prognozy* możliwości dopuszczenia się agresji, samoagresji czy zakłócenia funkcjonowania podmiotu leczniczego. Ponadto unieruchomienie ma na celu opanowanie podniecenia psychoruchowego, gwałtownych, zachowań niszczycielskich oraz eliminację bezpośrednich zagrożeń dla pacjenta i innych osób, a nie niedopuszczenia do powstania tego rodzaju zachowań. Prof. Antoni Kępiński twierdzi, że człowiek skrępowany przeżywa silniej zagrożenie niż ten, który zachowuje swobodę ruchów, a pozycja leżąca znamionuje bezbronność i zdecydowaną przewagę osób z otoczenia. Według opinii prof. dr hab. n. med. Jacka Wciórki – Kierownika I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, personel nie powinien spełniać automatycznie prośby pacjenta, ale zapewnić mu odpowiednią opiekę terapeutyczną lub psychologiczną, która zneutralizuje zbliżający się atak. Spełnianie takich prośb niesie bowiem za sobą niebezpieczeństwo utrwalania w postawie konkretnych pacjentów ich pewnych nawyków, przyzwyczajajeń, które pozbawione jest zupełnie charakteru leczniczego.

⁶⁰¹ Ibidem, str. 128.

4. Plany na przyszłość. Dwa nowe typy miejsc detencji w obszarze mandatu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Od 2017 r. KMPT poszerzył zakres przedmiotowy swoich wizytacji prewencyjnych o kolejne miejsca pozbawienia wolności – placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku działające w oparciu o przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁶⁰² oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze.

Należy zauważyć, że miejsca te przeznaczone są dla osób w podeszłym wieku oraz z problemami zdrowotnymi, co powoduje większe ryzyko naruszenia praw takich osób. Ta grupa obywateli zasługuje zatem na szczególne zainteresowanie KMPT. Objęcie monitoringiem Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur kolejnych miejsc pozbawienia wolności stanowi jednocześnie dobrą okazję do ponownej analizy mandatu krajowych mechanizmów prewencji wynikającego z Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur (dalej: Konwencja) i wydanego na jej podstawie Protokołu fakultatywnego (dalej: Protokół, OPCAT).

Protokół fakultatywny do Konwencji otworzył drogę dla krajowych mechanizmów prewencji do regularnych wizytacji nie tylko zakładów karnych, policyjnych izb zatrzymań, szpitali psychiatrycznych, mieszczących się w tradycyjnym pojęciu miejsc pozbawienia wolności, lecz również innych miejsc, w których przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności. OPCAT operuje bardzo szeroką definicją miejsca detencji. Trudno zatem przyjąć wykładnię jego obowiązywania tylko w odniesieniu do miejsc powszechnie uznawanych za takowe. Na tak szerokie obowiązywanie Protokołu wskazuje m.in. Malcolm D. Evans i C. Haenni-Dale, w publikacji *Preventing Torture? The Development of the Optional Protocol to the UN Convention Against Torture*⁶⁰³ oraz Antenor Hallo de Wolf w swoim artykule *Visits to Less Traditional Places of Detention: Challenges under the OPCAT*⁶⁰⁴.

⁶⁰² Dz. U z 2004 Nr 64, poz. 593.

⁶⁰³ Zob. *Preventing Torture? The Development of the Optional Protocol to the UN Convention Against Torture*. Evans, MD; Haenni-Dale, C. In: *Human Rights Law Review*, Vol. 4 (1), 03.2004, str. 43-44.

⁶⁰⁴ Hallo de Wolf, A. G. 2009 In: *Essex Human rights Review*.

Zakres podmiotowo-przedmiotowy mandatu krajowych mechanizmów prewencji do przeprowadzania wizytacji w miejscach detencji wynika z treści art. 4 ust. 2 Protokołu, który wprowadza definicję pozbawienia wolności stworzoną na jego potrzeby: *Do celów niniejszego protokołu, pozbawienie wolności oznacza jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej.* Cytowany artykuł wskazuje zatem w sposób jednoznaczny na mandat mechanizmów do prowadzenia monitoringu w mniej tradycyjnych miejscach detencji pod warunkiem, że w miejscach tych przebywają, lub mogą przebywać osoby wbrew własnej woli. Tak szerokie rozumienie zakresu przedmiotowego działania mechanizmów pozwala na uwzględnienie w nim także monitoringu miejsc pozbawienia wolności, które prowadzone są przez podmioty prywatne.

W uznaniu konkretnego miejsca za miejsce detencji, kluczowe znaczenie odgrywają cztery sformułowania zawarte w art. 4 Protokołu:

- miejsce znajdujące się pod jurysdykcją i kontrolą państwa (właściwość terytorialna),
- w którym przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności
- na podstawie decyzji organu władzy publicznej, bądź za namową, zgodą lub przyzwoleniem funkcjonariuszy publicznych (właściwość proceduralna)
- którego to miejsca osoba nie może opuścić na mocy jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej.

Warto zatrzymać się na chwilę przy definicji faktycznego pozbawienia wolności. W cytowanym artykule OPCAT oznacza ona jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia. Nieco inaczej określa ją dokument ONZ zatytułowany *Reguły ochrony wszystkich osób uwięzionych lub pozbawionych wolności*⁶⁰⁵. Zgodnie z nimi określenie osób pozbawionych wolności (*detained person*) używane jest w rozumieniu bardzo szerokim, obejmującym swoim zakresem wszelkie formy braku wolności poza tym wynikającym z faktu izolacji więziennej zastosowanej w wyniku popełnienia przestępstwa. Osoby skazane na karę więzienia określone zostały w Regułach jako *imprisoned person*.

⁶⁰⁵ *Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment, General Assembly, UN Doc. A/RES/43/173 (1988).*



Z kolei orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wskazuje na bardziej elastyczne rozumienie pozbawienia wolności, uzależniając uznanie jego występowania od zaistnienia elementów podstawowych takich jak długość pozbawienia wolności, skutki oraz sposób jego wykonywania. Przełomowym w tym zakresie było orzeczenie wydane przez Trybunał w sprawie Guzzardi przeciwko Włochom⁶⁰⁶, w którym sąd uznał, że choć skarżący nie był faktycznie więźniem, to był osobą pozbawioną wolności. Przesądającym w tej sprawie było ustalenie braku możliwości opuszczenia wyznaczonego miejsca przez skarżącego zgodnie z jego wolą. Wobec Guzzardiego sąd zastosował przymusowe osiedlenie wraz z jego rodziną na wyspie Asinara. Pomimo tego, że obszar, po którym mógł poruszać się wnioskodawca znacznie przekraczał wymiary celi więziennej i nie był ograniczony żadnymi fizycznymi barierami, obejmował on zaledwie ułamek powierzchni wyspy Asinar, (resztę, czyli dziewięć dziesiątych zajmowało więzienie). Guzzardi mieszkał w części osady *Cala Reale* składającej się przede wszystkim ze opuszczonych budynków dawnego ambulatorium, posterunku karabinierów, szkoły i kaplicy. Jego współmieszkańcami były osoby wobec, których zastosowano ten sam środek, co wobec niego oraz policjanci. Rdzenna ludność Asinary niemal w całości zamieszkiwała inną jej część zwaną *Cala d'Oliva*, w której Guzzardi nie mógł przebywać. Z kolei mieszkańcy *Cala Reale* mimo ich prawa do swobodnego przemieszczania się po wyspie, nie korzystali z odwiedzin *Cala d'Oliva*. W konsekwencji, skarżący pozostawał niemal przez cały czas w kręgu swej najbliższej rodziny, współmieszkańców oraz personelu. Dodatkowym elementem egzystencji Guzzardiego na wyspie, przemawiającym za określeniem jego sytuacji jako pozbawienie wolności, było poddanie go stałemu nadzorowi (nie mógł opuścić mieszkania w godzinach 7-22 o ile nie powiadomił o takim zamiarze odpowiednio wcześniej kierownictwa, musiał dwukrotnie w ciągu dnia meldować się w biurze oraz podawać nazwisko i numer telefonu rozmówcy za każdym razem, gdy chciał skorzystać z telefonu). Trybunał uznał, że zawężenie egzystencji człowieka do ściśle określonego terytorium, przy jednoczesnym poddaniu go stałemu nadzorowi, wyczerpuje znamiona pozbawienia wolności.

Warto wreszcie zwrócić uwagę na rozumienie pozbawienia wolności, którym operują *Reguły i dobre praktyki ochrony osób pozbawionych wolności*⁶⁰⁷ wydane przez Amerykańską Komisję Praw Człowieka. Stanowią one,

⁶⁰⁶ Zob. Guzzardi przeciwko Włochom, skarga nr 7367/76, wyrok z dnia 6.11.1980 r.

⁶⁰⁷ *Principles and Best Practices on the Protection of Persons Deprived of Liberty in the Americas*; OAS Doc. OEA/Ser/L/V/II.131.

że jest nim każda forma uwięzienia, instytucjonalizacji, opieki sprawowanej przez drugą osobę w publicznym lub prywatnym miejscu, którego nie wolno opuścić na mocy władzy sądowej, administracyjnej lub jakiegokolwiek innej władzy, wynikającej np. z potrzeby leczenia, sprawowania kurateli, czy ochrony⁶⁰⁸.

Pełnej analizy Protokołu fakultatywnego nie sposób dokonać w oderwaniu od treści aktu prawnego, na podstawie którego został przyjęty czyli Konwencji o zakazie stosowanie tortur. Analiza art. 4 ust. 1 OPCAT w połączeniu z treścią art. 1 Konwencji prowadzi do wniosku, że użyte w treści artykułu 4 OPCAT sformułowania: *namowa, zgoda i przyzwolenie* korespondują wprost z treścią artykułu 1 Konwencji w części, w której definiuje ona stosowanie tortur także za nieformalnym przyzwoleniem władz państwa⁶⁰⁹. Sygnatariusze Konwencji uznali, że tortury stosowane są zwykle nieoficjalnie i w tajemnicy, a władza państwowa dystansuje się od nich. Można zatem domniemywać, że sformułowanie *za (...) milczącą zgodą* zostało użyte w art. 1 Konwencji właśnie po to, by wystarczającym do uznania odpowiedzialności państwa za stosowanie tortur, była sama świadomość jego władz, że osoby *prywatne* lub osoby, które nie są urzędnikami państwowymi dopuszczają się takich działań w nieoficjalnych miejscach zatrzymań znajdujących się pod protektoratem danego państwa⁶¹⁰.

W nawiązaniu do zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, przepis art. 4 ust. 1

⁶⁰⁸ z ang.: *Any form of detention, imprisonment, institutionalization, or custody of a person in a public or private institution which that person is not permitted to leave at will, by order of or under de facto control of a judicial, administrative or any other authority, for reasons of humanitarian assistance, treatment, guardianship, protection, or because of crimes or legal offenses.*

⁶⁰⁹ Art. 1 ust. 1 Konwencji „W rozumieniu niniejszej konwencji określenie „tortury” oznacza każde działanie, którym jakiegokolwiek osobie umyślnie zadaje się ostry ból lub cierpienie, fizyczne bądź psychiczne, w celu uzyskania od niej lub od osoby trzeciej informacji lub wyznania, w celu ukarania jej za czyn popełniony przez nią lub osobę trzecią albo o którego dokonanie jest ona podejrzana, a także w celu zastraszenia lub wywarcia nacisku na nią lub trzecią osobę albo w jakimkolwiek innym celu wynikającym z wszelkiej formy dyskryminacji, gdy taki ból lub cierpienie powodowane są przez funkcjonariusza państwowego lub inną osobę występującą w charakterze urzędowym **lub z ich polecenia albo za wyraźną lub milczącą zgodą**. Określenie to nie obejmuje bólu lub cierpienia wynikających jedynie ze zgodnych z prawem sankcji, nieodłącznie związanych z tymi sankcjami lub wywołanych przez nie przypadkowo”.

⁶¹⁰ J. Burgers and H. Danelius, *The United Nations Convention against Torture: A Handbook on the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* („Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur: Przewodnik po Konwencji w sprawie zakazu tortur i innego okrutnego, niezłudzkiego, poniżającego traktowania i karania”. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers, 1988), str. 45–46 i 120. Patrz również: C. Ingelse, *The UN Committee against Torture: an Assessment* („Komitet przeciwko torturom ONZ: ocena działania”. The Hague: Kluwer Law International, 2001), str. 210 i 222–225.

OPCAT potwierdza zatem, że krajowe mechanizmy prewencji muszą mieć dostęp do instytucji prowadzonych przez prywatne podmioty na podstawie umowy z władzami państwowymi, lub w ich imieniu.

Węższa interpretacja omawianego przepisu ograniczona do publicznych miejsc detencji powodowałaby, że sformułowanie: *na podstawie decyzji organu władzy publicznej, bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem*, zostałyby pominięte przy realizacji mandatu krajowych mechanizmów prewencji. Prowadziłyby to z kolei do nieuprawnionego zawężenia ich prewencyjnej roli w zakresie przeciwdziałania torturom. Argumentem świadczącym o poprawności takiego rozumowania, jest przebieg prac nad projektem Protokołu, w których odnajdujemy wolę rozszerzenia jego zastosowania na miejsca, gdzie przebywają osoby pozbawione wolności bez żadnego, mającego podstawy prawne nakazu, jednakże za przyzwoleniem, namową, lub zgodą władz państwowych⁶¹¹.

By wypełnić swój mandat w pełni, przedstawiciele krajowych mechanizmów prewencji muszą mieć zatem dostęp do wszystkich miejsc, gdzie ktoś może być przetrzymywany w związku z decyzją władz państwowych nawet, gdy nie wynika ona z oficjalnego nakazu aresztowania (bądź wyroku sądowego). Objęcie takich miejsc ochroną gwarantowaną w Protokole jest jasno sformułowane w art. 4 ust. 1, w którym wymienione są alternatywne formy nakazu takie jak: namowa, zgoda lub przyzwolenie. Takie sposoby akceptacji przez władzę państwową faktu umieszczenia i pobytu osób w konkretnym miejscu, stanowią zatem samoistną podstawę działania KMPT.

Kolejne miejsca pozbawienia wolności, których wizytacje rozpoczęły się z początkiem 2017 r. wypełniają definicję miejsca detencji również poprzez możliwość przebywania w nich osób pozbawionych wolności. Bez wątpienia wśród takich osób znajdować się będą osoby ubezwłasnowolnione, wobec których o potrzebie umieszczenia w takich placówkach, powinien zadecydować sąd rodzinny.

Warto podkreślić, że spełnienie warunku weryfikacji sądowej woli umieszczenia podopiecznego przez opiekuna prawnego jest również konieczne w odniesieniu do mieszkańca ubezwłasnowolnionego przyjmowa-

⁶¹¹ Zob. Raporty Grupy Roboczej nad projektem Protokołu Fakultatywnego do Konwencji o zakazie stosowania tortur: UN.Doc.E/CN.4/1993/28, punkty 38-40; E/CN.4/2000/58, punkt 30 i 78; E/CN.4/2001/67, punkt 45. Artykuł 32 Konwencji Wiedeńskiej o Prawie Traktatowym mówi, że: „można odwoływać się do uzupełniających środków interpretacji, łącznie z pracami przygotowawczymi do traktatu oraz okolicznościami jego zawarcia (...) gdy interpretacja pozostawia znaczenie „dwuznacznym lub niejasnym” albo „prowadzi do rezultatu wyraźnie absurdalnego lub nierozsądnego”.

nego do placówki całodobowej opieki świadczącej usługi w oparciu o ustawę o pomocy społecznej, mimo że prowadzona jest ona przez podmiot prywatny jako działalność gospodarcza. Jakkolwiek żaden z przepisów regulujących przyjmowanie do tego typu placówek nie doprecyzowuje, że w odniesieniu do mieszkańców ubezwłasnowolnionych wymagana jest zgoda sądu na ich umieszczenie w takim miejscu (w przeciwieństwie do zakładów opiekuńczo-leczniczych⁶¹²), musimy pamiętać, że decyzje podejmowane w takich sytuacjach aktem woli opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych⁶¹³, muszą również podlegać sądowej weryfikacji⁶¹⁴. W przeciwnym razie, nie moglibyśmy mówić o wypełnieniu przez państwo obowiązku ponoszenia odpowiedzialności za takie osoby pozostające w miejscach detencji prowadzone przez podmioty prywatne. Ten obowiązek ma charakter bezwzględny i wynika wprost z podlegania takich placówek prawu krajowemu.

⁶¹² Zob. § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U z 2012 r., poz. 731).

⁶¹³ „Inna” władza w rozumieniu art. 4 Protokołu.

⁶¹⁴ Zob. art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. *Opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku małoletniego.*

5. Standardy techniczne jakie powinny spełniać miejsca detencji pod kątem ich dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

5.1. Wprowadzenie

Współpraca KMPT z ekspertami z Fundacji Polska Bez Barrier w zakresie identyfikacji barier architektonicznych napotykanych w wizytowanych wspólnie miejscach detencji, zaowocowała stworzeniem uniwersalnych standardów technicznych, od których spełnienia zależy uznanie danego miejsca za dostępne dla osób z niepełnosprawnościami.

5.2. Pomieszczenia

Pomieszczenia służące zakwaterowaniu osób z niepełnosprawnością, lub ich czasowemu pobytowi powinny spełniać następujące standardy: odpowiednia szerokość drzwi wynosząca 90 cm; montaż domofonów, gniazdek na wysokości między 80 a 120 cm; przestrzeń manewrowa optymalna dla poruszania się wózkiem wynosząca 150 cm x 150 cm; optymalna wysokość łóżka wraz z materacem mieszcząca się w przedziale 45–55 cm; szafki wiszące zamontowane na wysokości 130 cm; wysokość stołu liczona od dolnej płaszczyzny blatu wynosząca 65 - 80 cm.; rozstaw nóg stołu wynoszący min. 75 cm; wysokość montażu klamki okiennej powinna wynosić 120 cm; umywalka w łazience zamontowana na wysokości 75 cm i pozbawionaokołu utrudniającego podjazd osobie na wózku; bateria przy umywalce oraz pod prysznicem powinna mieć przedłużony uchwyt umożliwiający łatwe korzystanie z niej osobie z przykurczem kończyn górnych; bez progowy brodzik prysznicowy; składane krzeselko zamontowane pod prysznicem na wysokości 45 cm; wysokość muszli klozetowej mieszcząca się w przedziale 45–50 cm; składane uchwyty zamocowane po obu stronach muszli w odległości 45 cm licząc od osi muszli, na wysokości 70 cm (dolna krawędź)

i 85 cm (górna krawędź); lustro z regulacją nachylenia płaszczyzny zawieszona 20 cm nad umywalką tak by wysokość górnej jego krawędzi nie przekraczała 200 cm; instalacja przyzywowa dostępna również w łazience.

5.3. Ciągi komunikacyjne oraz pochylnie

Korzystanie przez osoby z niepełnosprawnościami z praw i uprawnień, które przysługują im w trakcie pobytu w miejscu detencji, nie może mieć miejsca bez spełnienia następujących wymogów architektonicznych infrastruktury znajdującej się poza przystosowanymi do ich potrzeb pomieszczeniami: szerokość korytarzy wynosząca min 90 cm; aparaty telefoniczne zawieszane w taki sposób, by wysokość górnej krawędzi klawiatury nie przekraczała 120 cm; powierzchnia ciągów komunikacyjnych powinna co do zasady być pozbawiona progów (dopuszczalne są jedynie te, których wysokość nie przekracza 2 cm.); jeśli placówka nie dysponuje windą, a droga do miejsc realizacji poszczególnych praw prowadzi przez schody, pożądanym byłby montaż platformy przyschodowej lub podnośnika pionowego; kąt nachylenia pochylni wewnątrz budynku wynoszący nie więcej niż 8% (jeżeli różnica wysokości jest wyższa niż 50 cm), 10% (różnica wysokości pomiędzy 15 a 50 cm), lub 15% (różnica wysokości do 15 cm); kąt nachylenia pochylni zewnętrznych bez zadaszenia nie więcej niż 6% (jeżeli różnica wysokości jest wyższa niż 50 cm), 8% (różnica wysokości pomiędzy 15 a 50 cm), lub 15% (różnica wysokości do 15 cm); pochylnie nie mogą posiadać powierzchni śliskiej; niwelowanie różnicy wysokości drogi prowadzącej z budynku mieszkalnego na plac spacerowy za pomocą tzw. obniżonych krawężników, których kąt nachylenia powinien oscylować w granicach 5–15 %, a różnica pomiędzy krawędzią obniżenia i jezdni nie powinna przekraczać 2 cm.; ławki na placach spacerowych z siedziskiem zamontowanym na wysokości pomiędzy 45–55 cm. wyposażone w oparcie i podłokietniki ułatwiające transfer osoby z wózka na ławkę.



5.4. Inne dostosowania podnoszące komfort osadzonych z niepełnosprawnościami sensorycznymi (wzrok, słuch)

Poza osobami pozbawionymi wolności poruszającymi się na wózkach, w miejscach detencji przebywają również osoby posiadające wady wzroku i słuchu. Wśród rozwiązań, które powinny być wzięte pod uwagę przez władze poszczególnych miejsc, jako ułatwiające takim osobom codzienne funkcjonowanie, wymienić należy: stosowanie kontrastowych oznaczeń zmian wysokości powierzchni i schodów; stosowanie nakładek antypoślizgowych na schodach; rozważenie zastosowania przenośnych pętli indukcyjnych umożliwiających bezzakłócenową komunikację pomiędzy osobą posiadającą aparat słuchowy działający w trybie cewki indukcyjnej, doposażenie bibliotek w audiobooki oraz zakup programu komputerowego *czytającego* wyświetlaną na monitorze komputera treść, niezbędnego do korzystania komputerów przez osoby z wadą wzroku lub niewidome.

6. Zespół wizytujący KMP (w kolejności alfabetycznej)

Magdalena Filipiak – prawnik i psycholog, absolwentka Wydziału Prawa i Administracji oraz Wydziału Nauk Społecznych na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, obecnie uczestniczka Interdyscyplinarnych Studiów Doktoranckich Uniwersytetu SWPS w Warszawie. Pracownik Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich w latach 2012–2016.

Aleksandra Iwanowska – doktor nauk prawnych, absolwentka Wydziału Prawa oraz Wydziału Filologicznego Uniwersytetu w Białymstoku. Autorka publikacji z zakresu prawa karnego wykonawczego. W latach 2008-2012 prowadziła zajęcia dydaktyczne na Wydziale Prawa Uniwersytetu w Białymstoku, a w 2011 r. pełniła funkcję asystenta w realizowanym na Wydziale Prawa projekcie *Opracowanie i wdrożenie programu nauczania prawniczego języka angielskiego z zastosowaniem nowatorskich materiałów dydaktycznych*. W 2011 r. odbyła staż naukowy w Instytucie Języka Rosyjskiego im. Aleksandra Puszkina w Moskwie. Od 2012 r. współpracuje z Fundacją Uniwersyteckich Poradni Prawnych w ramach projektu *Opracowanie trwałych i kompleksowych Mechanizmów wsparcia dla poradnictwa prawnego i obywatelskiego w Polsce*. W Zespole Krajowy Mechanizm Prewencji zatrudniona od kwietnia 2012 roku.

Justyna Józwiak – doktor socjologii Instytutu Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego oraz absolwentka Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego. Od 2008 r. pracownik Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich.

Przemysław Kazimirski – zastępca dyrektora Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji. Prawniki, absolwent Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Od 2002 r. pracuje w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich – początkowo w Zespole Prawa Karnego Wykonawczego, a od 2008 r. w Zespole Krajowy Mechanizm Prewencji. Reprezentował KMP w Programie Współpracy Ombudsmanów Państw Partnerstwa Wschodniego UE 2009 – 2013 oraz w projekcie twiningowym *Support to the Strengthening of the Commissioner for Human rights (Ombudsman) of the Republic of Azerbaijan*. Wśród



wykonywanych aktualnie obowiązków służbowych znajduje się organizacja debat regionalnych Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. W 2013 r. otrzymał Medal Brązowy za Długoletnią Służbę przyznany przez Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego.

Michał Kleszcz – prawnik, absolwent Uniwersytetu Śląskiego oraz Podyplomowego Studium Prawa Gospodarczego i Handlowego. Od 2011 r. radca prawny. Pracownik Biura RPO od 2007 r. Od 2008 r. uczestniczy w wizytacjach Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur na terenie właściwości Pełnomocnika Terenowego Rzecznika Praw Obywatelskich w Katowicach.

Natalia Kłaczyńska – doktor nauk prawnych Uniwersytetu Wrocławskiego, nauczyciel akademicki. Pracownik Biura RPO od 2005 r. Uczestniczy w wizytacjach Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur na terenie właściwości Pełnomocnika Terenowego Rzecznika Praw Obywatelskich we Wrocławiu.

Dorota Krzysztoń – kryminolog, absolwentka Uniwersytetu Warszawskiego. Wieloletni urzędnik państwowy, działający w zakresie ochrony uprawnień obywatelskich oraz mediator w sprawach karnych. W okresie od 1991–1996 r. współpracowała m.in. z Senacką Komisją Praw Człowieka i Praworządności oraz Biurem Interwencji Kancelarii Senatu (interwencje oraz działania systemowe w sprawach osób pozbawionych wolności i na rzecz społeczności romskiej w Polsce). W latach 1997–2001 była doradcą kolejnych ministrów ds. parlamentarnych w rządzie premiera Jerzego Buzka. Współpracowała również z Polską Agencją Rozwoju Przedsiębiorczości i firmą szkoleniową Comartin. W Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich pracuje od kilkunastu lat, w czasie których pełniła m.in. funkcję pełnomocnika RPO ds. osób pokrzywdzonych przestępstwem. Obecnie jest pracownikiem Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. Członkini kilku organizacji pozarządowych m.in. Forum Polsko-Ukraińskiego, Polskiego Centrum Mediacji, Polskiego Stowarzyszenia Edukacji Prawnej.

Łukasz Kuczyński – prawnik, absolwent Uniwersytetu w Białymstoku. W 2013 r. ukończył aplikację adwokacką przy Izbie Adwokackiej w Siedlcach. Od 2014 r. pracownik Biura RPO, od 2015 r. uczestniczy w wizytacjach Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur na terenie właściwości Pełnomocnika Terenowego RPO w Gdańsku.

Rafał Kulas – prawnik, absolwent Wyższej Szkoły Handlu i Prawa im. Ryszarda Łazarskiego w Warszawie. W latach 2011–2015 zajmował stanowisko oskarżyciela skarbowego w Urzędzie Skarbowym w Wołominie, zajmując się prowadzeniem postępowań przygotowawczych w sprawach

o przestępstwa i przestępstwa skarbowe oraz występując przed sądami powszechnymi w charakterze oskarżyciela publicznego. Od marca 2015 r. pracownik Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich.

Marcin Kusy – prawnik, absolwent Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego oraz Szkoły Praw i Wolności Człowieka Instytutu Nauk Prawnych Polskiej Akademii Nauk. Ukończył Centrum Prawa Amerykańskiego KUL, zdobywając certyfikat *Chicago Kent College of Law*. Zainteresowania w dziedzinie orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu oraz prawa antydyskryminacyjnego. Od 2008 r. pracownik Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich.

Justyna Lewandowska – dyrektor Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich. Prawnica, absolwentka Uniwersytetu Warszawskiego. W roku 2007 ukończyła aplikację prokuratorską w Warszawie, a od roku 2010 jest członkiem Izby Adwokackiej w Warszawie. Długoletni pracownik Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka. W Fundacji zajmowała się głównie prawami osób pozbawionych wolności oraz osób zażywających substancje psychoaktywne, a także żyjących z wirusem HIV/AIDS. W latach 2007/2008 była członkiem Zespołu ds. zmiany ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw powołanego przez Ministra Sprawiedliwości.

Marcin Mazur – doktor nauk prawnych Wyższej Szkoły Prawa i Administracji w Rzeszowie, zastępca dyrektora Zespołu ds. Wykonywania Kar w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich. Absolwent Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. W 2011 r. zdał egzamin radcowski i został wpisany na listę radców prawnych OIRP w Warszawie. W latach 2003–2008 odbywał studia doktoranckie w KUL im. Jana Pawła II na Wydziale Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji w zakresie nauk prawnych – prawo karne. W latach 2005–2006 ukończył studia podyplomowe w zakresie – Przygotowanie pedagogiczne. W Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich pracuje od 2004 r., początkowo w Zespole Prawa Karnego Wykonawczego, następnie w Zespole Krajowy Mechanizm Prewencji, a obecnie w Zespole ds. Wykonywania Kar. Autor artykułów naukowych z zakresu prawa karnego i karnego wykonawczego.

Małgorzata Molak – pedagog resocjalizacyjny. Absolwentka Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie oraz studiów podyplomowych w zakresie przygotowania psychologiczno-pedagogiczno-prawnego do pracy z trudną młodzieżą w Wyższej Szkole Gospodarki Euro-



regionalnej im. Alcide De Gasperi w Józefowie. W latach 2009–2011 pełniła funkcję kuratora społecznego w VI Zespole Kuratorskiej Służby Sądowej ds. wykonywania orzeczeń w sprawach rodzinnych i nieletnich Sądu Rejonowego dla Warszawy-Żoliborza. W ramach pracy w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich ukończyła trzeci poziom kursu języka migowego o profilu społecznym. Ponadto pracuje jako konsultant-wolontariusz w Poradni telefonicznej dla osób w kryzysie emocjonalnym. W Zespole Krajowy Mechanizm Prewencji zatrudniona w latach 2011–2016.

Wojciech Sadownik – prawnik, absolwent Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie oraz Studium Polityki Zagranicznej Polskiego Instytutu Spraw Międzynarodowych. Zatrudniony poprzednio m.in. w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Urzędzie Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Od 2010 r. pracownik Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich.

Sulimir Mateusz Szumielewicz – psycholog, psychotraumatolog. Absolwent Uniwersytetu Humanistyczno-Spolecznego SWPS ze specjalnościami interwencja kryzysowa i psychoterapia uzależnień. Ukończył studia podyplomowe z zakresu psychologii śledczej w praktyce operacyjnej i procesowej, przygotowujące do pracy biegłego sądowego oraz terapii traumy, uzyskując tytuł zawodowy specjalisty ochrony zdrowia - psychotraumatologa. Od wielu lat konsultant w Poradni dla Osób w Kryzysie Emocjonalnym oraz Uzależnień Behawioralnych w Instytucie Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Jako radca w Zespole Krajowy Mechanizm Prewencji uczestniczył w 2016 r. w wizytacjach miejsc detencji.

7. Eksperci Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

a. psychiatrzy

Sławomir Biedrzycki – lek. med., psychiatra. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dra Józefa Bednarza w Świeciu. Uznany ekspert w dziedzinie substancji psychoaktywnych i narkotyków.

Przemysław Cynkier – dr n. med., specjalista psychiatra, biegły sądowy. Były pracownik Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Adiunkt w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Od wielu lat związany z Sekcją Psychiatrii Sądowej PTP oraz Polskim Towarzystwem Psychiatrii Sądowej. Autor prac naukowych z zakresu psychiatrii sądowej. Zainteresowania zawodowe: uwarunkowania zachowań agresywnych u osób chorych psychicznie; wykonywanie środków zabezpieczających wobec zaburzonych psychicznie sprawców czynów zabronionych; sytuacje wyjątkowe w psychiatrii sądowej.

Teresa Adamczyk – lekarz specjalista psychiatra. Absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej (1986), uzyskała tytuł specjalisty psychiatrii w 1994 roku, w 2011 roku ukończyła studia podyplomowe w CM UJ w Krakowie, Wydział Nauk o Zdrowiu: Zarządzanie Jednostkami Opieki Zdrowotnej. Jest zatrudniona w Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu. Od 1995 roku biegły sądowy z zakresu psychiatrii i uzależnienia od alkoholu. Pełniła funkcję Przewodniczącej Miejskiej Komisji d/s Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Jest członkiem Zespołu Interdyscyplinarnego do spraw Przeciwdziałania Przemocy działającego przy Burmistrzu Miasta Jarosławia, była Zastępcą Prezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Oddziału Podkarpackiego, pełniła funkcję Zastępcy Przewodniczącego Sądu Koleżeńskiego Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, od 2013 roku jest lekarzem upoważnionym przez Marszałka Województwa Podkarpackiego do dokonywania oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego w województwie podkarpackim.

Leszek Asman – lekarz specjalista psychiatra. Obecnie zatrudniony w Centrum Zdrowia Psychicznego w Zabrze jako kierownik ds. medycznych oraz or-



dynator dziennego oddziału psychiatrycznego i kierownik zespołu poradni (poradnia zdrowia psychicznego, poradnia leczenia zaburzeń nerwicowych, zespół leczenia środowiskowego). Wieloletni ordynator oddziałów psychiatrycznych (Olkusz, Rybnik). Przez rok pracował w Oddziale Śląskim Narodowego Funduszu Zdrowia w wydziale kontroli. Posiada wieloletnie doświadczenie jako biegły sądowy z zakresu psychiatrii. Ukończył szkołę podyplomową w zakresie organizacji ochrony zdrowia. Prowadzi indywidualną praktykę lekarską w Żorach.

Kama Katarasińska-Pierzgalska – lekarz specjalista psychiatra. Absolwentka Akademii Medycznej w Łodzi, doświadczenie zawodowe zdobywała w Szpitalu Psychiatrycznym MSWiA w Łodzi i ZOZ Łódź-Bałuty. Od 2001 r. pracuje w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, a od 2008 r. prowadzi również indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską. Od kilku lat współpracuje także z Helsińską Fundacją Praw Człowieka, prowadząc wykłady, warsztaty oraz uczestnicząc w projektach edukacyjnych. Z wykształcenia również psycholog.

Jolanta Paszko – lekarz specjalista psychiatra. Absolwentka Akademii Medycznej w Lublinie, doświadczenie zawodowe zdobywała w Szpitalu Psychiatrycznym w Gnieźnie, a następnie w Szpitalu Bródnowskim i Bielańskim w Warszawie. W latach 1992–2008 asystent naukowy w IV Klinice Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Autor prac naukowych z zakresu psychiatrii środowiskowej, klinicznej. W chwili obecnej ma otwarty przewód doktorski. Otrzymała szkolenie w psychoterapii psychodynamicznej w Krakowie.

Anna Rusek – dr n. med., absolwentka Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej, specjalista II stopnia w dziedzinie psychiatrii. W 1989 r. uzyskała tytuł doktora nauk medycznych, broniąc pracy dotyczącej zaburzeń psychicznych w chorobie oparzeniowej. Ukończyła studia podyplomowe w zakresie zarządzania kadrami, przedsiębiorczości i doradztwa zawodowego – organizacja zakładów opieki zdrowotnej. W latach 1978–1992 zatrudniona w Klinice Psychiatrii Śląskiej Akademii Medycznej w Tarnowskich Górach. Od 1992 do chwili obecnej zatrudniona w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku. Biegła Sądu Okręgowego w Gliwicach, biegła Sądu Biskupiego w Gliwicach.

Agnieszka Szaniawska-Bartnicka – lekarz specjalista psychiatra (od 1999 r. specjalista II stopnia). Absolwentka Akademii Medycznej w Warszawie. Doświadczenie zawodowe zdobywała w III Klinice Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, gdzie od 1 stycznia 2013 r. kieruje oddziałem ogólnopsychiatrycznym. Absolwentka studiów podyplomowych „Prawa medyczne i bioetyka” na Wydziale Prawa UW.

Stanisław Maciej Teleśnicki – dr n. med., specjalista psychiatra. Były ordynator oddziału obserwacji sądowo-psychiatrycznej szpitala przy Areszcie Śledczym w Krakowie. Biegły z zakresu psychiatrii Sądu Okręgowego w Krakowie od 1975 r. Członek Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (sekcja psychiatrii sądowej) oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Sądowej. Uczestnik wielu konferencji z zakresu psychiatrii w kraju i za granicą. Autor ponad 20 publikacji z zakresu psychiatrii, szczególnie o tematyce dotyczącej związków psychiatrii i prawa.

Maria Załuska – prof. nadzw. dr hab., specjalista psychiatra. Dyplom lekarski uzyskała w 1973 r. w Akademii Medycznej w Warszawie. Ordynator oddziału i Kierownik IV kliniki Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Szpitalu Bielańskim. Wykładowca na Wydziale Studiów nad Rodziną Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

b. lekarz internista

Joanna Klara Żuchowska – doktor nauk medycznych, specjalista chorób wewnętrznych II stopnia. W latach 1961–2011 czynnie wykonywała zawód lekarza. Współautor książki „zawał serca” oraz 12 prac ogłoszonych w fachowych czasopismach polskich i zagranicznych. Absolwent Szkoły Praw Człowieka przy HFPC. Współautor publikacji „Prawa człowieka w szpitalach psychiatrycznych i domach opieki społecznej”(Raporty, Ekspertyzy Opinie HFPC Nr 17/1996). W latach 1996 do 2001 r. uczestniczyła w monitoringu z ramienia HFPC. Od 2009 r. współpracuje z Biurem RPO.

c. geriatra

Jerzy Foerster – dr n. med. Absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku (Wydział Lekarski, ukończony w 1977 r.). Od 1985 r. specjalista chorób wewnętrznych, a od 1990 r. specjalista geriatry. W latach 1980-1993 pracował w domu pomocy społecznej dla osób starszych i przewlekle somatycznie chorych jako kierownik działu leczenia. Z kolei w latach 1989-1991 był ordynatorem Oddziału Geriatrii w Wojewódzkim Ośrodku Gerontologicznym w Gdyni. W latach 1992-2001 był kierownikiem Wojewódzkiej Przychodni Gerontologicznej w Gdańsku oraz kierownikiem Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Gdańsku i Gdyni. Od 2006 r. pełni funkcję Kierownika Zakładu Gerontologii Społecznej i Klinicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Prowadzi również praktykę prywatną w Poradni Geriatrycznej.

d. eksperci zajmujący się problematyką osób niepełnosprawnych

Izabela Sopalska – autorka projektu Kulawa Warszawa (KulawaWarszawa.pl), który polega na zwiększeniu świadomości mieszkańców Warszawy na temat niepełnosprawności, barier architektonicznych i udogodnień dla osób przede wszystkim z niepełnosprawnością ruchową. Współpracuje z Fundacją Polska Bez Barrier, ale także z innymi organizacjami, takimi jak: Fundacja Kultury Bez Barrier, SISKOM, Fundacją MaMa, Towarzystwo Przyjaciół Szalonego Wózkowicza. Kulawa Warszawa była partnerem Warszawskiego Tygodnia Kultury Bez Barrier w 2013r. Współorganizuje szkolenia dla pracowników różnych instytucji m.in. z zakresu profesjonalnej obsługi osób z niepełnosprawnością, robi audyty architektoniczne, pomaga przy projektowaniu nowych budynków oraz przestrzeni. Laureatka Nagrody m. st. Warszawy za zasługi dla miasta w 2014r.

Maciej Augustyniak – jeden z założycieli i prezes Fundacji Polska Bez Barrier. Pedagog, Trener. Prowadzi szkolenia m.in. z zakresu udostępniania wydarzeń kulturalnych osobom z różnymi niepełnosprawnościami., profesjonalnej obsługi klientów z niepełnosprawnościami, dostępnej architektury. Aktywnie działa na rzecz dostosowania przestrzeni i usług do potrzeb osób z różnymi niepełnosprawnościami. Współpracuje z organizacjami działającymi na rzecz walki z dyskryminacją i włączania społecznego oraz kulturalnego. Przez sześć lat koordynował projekty dla Stowarzyszenia Przyjaciół Integracji i Fundacji Integracja. Pracował nad programem „Obsługa Bez Barrier“ dla Banku Zachodniego WBK S.A. Szkolił specjalistów m.in. z Citi Bank. Specjalizuje się w niepełnosprawności ruchowej. Blisko współpracuje z Warszawskim Stowarzyszeniem Rugby na Wózkach, koordynuje projekt „Kultura Włączania“ dla Mazowieckiego Centrum Kultury i Sztuki. Działa jako wolontariusz Fundacji Aktywnej Rehabilitacji podczas rozgrywek Polskiej Ligi Rugby na Wózkach. Aktywnie uczestniczy w procesie treningowym i rehabilitacyjnym zawodników Warszawskiej Drużyny Rugby na Wózkach Four Kings.

e. eksperci zajmujący się problematyką cudzoziemców

Maria Książak – psycholog ze specjalizacją interwencja kryzysowa. Prezes Fundacji Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna. Główne cele Fundacji to: propagowanie inicjatyw pomocy humanitarnej i działalności charytatywnej, pomoc uchodźcom, ofiarom konfliktów zbrojnych i sytuacji wyjątkowych pomoc osobom niepełnosprawnym, potrzebującym szczególnego wsparcia pomoc dzieciom chorym, zaniedbanym, bezdomnym i osieroconym orga-

nizowanie pomocy w sytuacjach wyjątkowych. Obecnie działalność Fundacji skoncentrowana jest na organizowaniu pomocy i szukanie trwałych rozwiązań dla osób, które uciekły do Polski z obszarów objętych konfliktami zbrojnymi. W latach 2001–2004 fundacja prowadziła programy na Kaukazie Północnym dotyczące opieki medycznej, pomocy w sytuacjach wyjątkowych i ochrony praw ludności cywilnej. W 2009 roku dzięki współfinansowaniu Fundacji im. Stefana Batorego pracownicy Fundacji przeprowadzili monitoring dostępu do pomocy medycznej i psychologicznej kobiet w ciąży, matek, dzieci oraz ofiar tortur i urazów wojennych w ośrodkach UDSC dla osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce, a w latach 2010–2011 – monitoring w zakresie dostępu do pomocy medycznej i psychologicznej w Ośrodkach Strzeżonych dla Cudzoziemców prowadzonych przez Straż Graniczną. W latach 2012–2013 Fundacja realizowała na terenie Polski międzynarodowy projekt dotyczący identyfikacji ofiar tortur i innych doświadczeń traumatycznych wśród osób ubiegających się o status uchodźcy. Projekt finansowany był przez Europejski Fundusz na rzecz Uchodźców i realizowany w ośmiu krajach UE przez organizacje Sieci Ośrodków Rehabilitacji Ofiar Tortur. W ramach projektu Fundacja współpracowała z UNHCR w Polsce przy tłumaczeniu Protokołu Istambulskiego na język polski. Fundacja nawiązała również współpracę ze Strażą Graniczną w ramach której wypracowywane są procedury wczesnej identyfikacji ofiar tortur i przemocy wśród osób ubiegających się o status uchodźcy przebywających w Ośrodkach Strzeżonych SG. (pracownicy Fundacji przeprowadzali szkolenia funkcjonariuszy oraz pracowników medycznych SG). Fundacja prowadzi Pracownię Pomocy Psychologicznej dla Cudzoziemców, w ramach której odbywają się konsultacje indywidualne, spotkania grupowe, oraz interwencje kryzysowe dla ofiar tortur, przemocy i niehumanitarnego traktowania szukających w Polsce ochrony międzynarodowej.

8. Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2016 r. – tabela wg jednostek

Zakłady Karne	
Miejscowość	Data
Płock	14–15.01.2016
Bydgoszcz-Fordon (dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami)	23–24.03.2016
Wołów	16–18.05.2016
Gorzów Wielkopolski	26–28.07.2016
Koszalin	21–22.11.2016
Stare Borne	23–24.11.2016
Razem 6	

Areszt Śledczy	
Miejscowość	Data
Poznań (dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami)	19–20.01.2016
Gdańsk (dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami)	11–12.02.2016
Wrocław (dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami)	02–03.03.2016
Lublin (dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami)	15–16.03.2016
Sanok	05.04.2016
Elbląg	22–23.06.2016
Lubsko	17–18.10.2016
Nowa Sól	19–20.10.2016
Razem 8	

Oddział Zewnętrzny jednostki penitencjarnej	
Miejscowość	Data
OZ Poznań (AŚ Poznań)	21–22.01.2016
OZ Moszczaniec (ZK Łupków)	06-07.04.2016
Razem 2	

Pomieszczenia dla osób zatrzymanych jednostek organizacyjnych Policji	
Miejscowość	Data
Busko-Zdrój KPP	15.02.2016
Aleksandrów Kujawski KPP	08.03.2016
Płońsk KPP	06.07.2016
Krasnystaw	07.11.2016
Razem 4	

Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze	
Miejscowość	Data
Marszew	18.01.2016
Rejowiec	18.03.2016
Augustów (ul. Jeziorna 31)	25–26.04.2016
Rejowiec (rewizytacja)	28.04.2016
Różanystok	23–24.05.2016
Przysucha-Kolonia Szczerbacka	30–31.05.2016
Mszana Dolna	13–14.06.2016
Kolonia Ossa	16–17.08.2016
Pogroszyn (opieka psychiatryczna dla nieletnich)	06–07.09.2016
Warszawa (ul. Barska 4) (opieka psychiatryczna dla nieletnich)	08.09.2016
Leśnica	10–11.10.2016
Łódź Nr 3 (ul. Drewnowska 151) (opieka psychiatryczna dla nieletnich)	14–15.11.2016
Przysucha-Kolonia Szczerbacka (opieka psychiatryczna dla nieletnich)	16–17.11.2016
Wałbrzych (ul. Strzegomska 41)	28–29.11.2016
Wrocław (Pl. Grunwaldzki 3 b)	30.11–01.12.2016
Gostchorz	12–13.12.2016
Warszawa (ul. Strażacka 57) (opieka psychiatryczna dla nieletnich)	15–16.12.2016
Razem 17	

Szpitaly Psychiatryczne	
Miejscowość	Data
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej – Oddział Psychiatryczny w Radzynie Podlaskim	04.02.2016
Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim	08–10.02.2016
Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpital Lipno” Sp. z o.o. – Oddziały Psychiatryczne w Lipnie	23–24.02.2016
Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. dr Antoniego Jurasza – Oddział Psychiatryczny w Bydgoszczy	25.02.2016
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy (rewizytacja)	17–18.03.2016
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	11–14.04.2016
Podhalański Szpital Specjalistyczny im. JP II – Oddział Psychiatryczny w Nowym Targu	15–16.06.2016
Samodzielny Publiczny ZOZ (ul. Leśna 22) – Oddział Psychiatryczny w Leżajsku	27–28.06.2016
Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy	11–14.07.2016
Regionalny Szpital – Oddział Psychiatryczny w Kołobrzegu	09.08.2016



Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o – Oddział Psychiatryczny w Pabianicach	22–23.08.2016
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli	08–09.09.2016
105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ – Oddział Psychiatryczny w Żarach	19–20.09.2016
Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. – Oddział Psychiatryczny w Kościerzynie	26–27.09.2016
Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ – Oddział Psychiatryczny w Łęborku	28–29.09.2016
Powiatowy Szpital – Oddział Psychiatryczny w Chrzanowie	03–04.10.2016
Samodzielny Publiczny ZOZ – Oddział Psychiatryczny w Głuchołazach	12–13.10.2016
Razem 17	

Zakłady poprawcze	
Miejscowość	Data
Nowe n/Wisłą (rewizytacja)	09.03.2016
Świecie n/Wisłą (rewizytacja)	10–11.03.2016
Razem 2	

Domy Pomocy Społecznej	
Miejscowość	Data
Włocławek (ul. Żeromskiego 28a) (dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami)	25.01.2016
Włocławek „Na Skarpie” (ul. Dobrzyńska 102)	26–27.01.2016
Włocławek (ul. Nowomiejska 19)	27–28.01.2016
Kielce (ul. Sobieskiego 30)	16.02.2016
Kielce (ul. Tarnowska 10)	17–18.02.2016
Wrocław (ul. Rędzńska 60/68)	29.02–01.03.2016
Pruszcz Pomorski (ul. Łowińska 9)	21–22.03.2016
Moryń	18–19.04.2016
Nowe Czarnowo	20–21.04.2016
Suwałki „Kalina”	27–28.04.2016
Otwock (ul. Marii Konopnickiej 17)	11.05.2016
Elbląg „Niezapominajka”	20–21.06.2016
Górno (ul. Rzeszowska 7)	29–30.06.2016
Otwock Hostel im. JP II (ul. Moniuszki 41)	04–05.07.2016
Augustów (ul. Studzieniczna 2)	18–19.07.2016
Augustów (ul. 3 Maja 57)	20–21.07.2016



Gościno (ul. Karlińska 1)	10–11.08.2016
Warszawa-Wesoła im. Stanisława Broniewskiego „Orszy” (ul. Kilińskiego 10/12)	18–19.08.2016
Pabianice (ul. Wiejska 55/61, filia (ul. Łaska 68)	23–25.08.2016
Katowice „Zacisze” (ul. Traktorzystów 42)	29–30.08.2016
Zabrze Nr 1 (ul. Matejki 62)	31.08–01.09.2016
Bobrek	05–06.10.2016
Kętrzyn (ul. Wileńska 16)	26–27.10.2016
Krasnystaw (filia Ostrów Krupski, Stężycza Nadwieprzańska, Bzowiec)	08–10.11.2016
Warszawa „Na Przedwiośniu” (ul. Przedwiośnie 1)	19–20.12.2016
Razem 25	

Ośrodki strzeżone dla cudzoziemców	
Miejscowość	Data
Biała Podlaska	02–03.02.2016
Lesznowola	09–10.05.2016
Krosno Odrzańskie	21–22.09.2016
Kętrzyn	24–25.10.2016
Razem 4	

9. Warunki pozbawienia wolności w miejscach detencji ocenione przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur jako dobre



DPS Elbląg – nowoczesne wyposażenie łazienki



DPS Elbląg – patio dla mieszkańców



DPS Kielce – jadalnia



DPS Kielce – miejsce spotkań mieszkańców



DPS Kielce – pokój mieszkańca



DPS Moryń – pokój mieszkańców



MOW Gostchorz – siłownia dla wychowanków



MOW Gostchorz – świetlica dla młodzieży

10. Warunki pozbawienia wolności w miejscach detencji ocenione przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur jako złe



Szpital Psychiatryczny Lębork – sala chorych



Szpital Psychiatryczny Lębork – sala chorych – stłoczone łóżka



ZK Wołów – cela



ZK Wołów – kącik sanitarny w celi



ZK Wołów – kącik za kotarą

