



**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Warszawa, 02-11-2021 r.

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.571.5.2021.MD

Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji tematycznej Zakładu Karnego nr 2 w Strzelcach Opolskich dotyczącej realizacji zaleceń Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)

1. Wstęp

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej: OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 17-19 sierpnia 2021 r., Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT) przeprowadził wizytację Zakładu Karnego nr 2 w Strzelcach Opolskich, przy ul. Klonowej 3 (dalej: Zakład Karny, jednostka).

W skład zespołu wizytującego wchodziły: Magdalena Dziejczak (prawniczka) i Justyna Zarecka (politolożka, specjalistka ds. bezpieczeństwa wewnętrznego).

Wizytacja miała charakter tematyczny, a jej celem było sprawdzenie stopnia realizacji zaleceń Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), przedstawionych polskim władzom w raporcie z wizyty w 2017 r.¹ Zakład Karny nr 2 w Strzelcach Opolskich był bowiem jednym z miejsc pozbawienia wolności, które delegacja CPT odwiedziła podczas swojej wizytacji.

¹ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Raport z wizyty przeprowadzonej w Polsce, w dniach 11-22 maja 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, § 56-91. Dokument dostępny jest na stronie: <https://www.coe.int/en/web/cpt/poland>

Przeprowadzone przez przedstawicielki KMPT czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania jednostki, które przedstawił ppłk Wojciech Dudziec (Zastępca Dyrektora Zakładu Karnego nr 2 w Strzelcach Opolskich);
- oglądzie terenu jednostki, w tym wybranych przez wizytujące cel mieszkalnych, cel: przejściowych, izolacyjnych i zabezpieczających, ambulatorium, łaźni, świetlic, sali widzeń, placów spacerowych;
- przeprowadzeniu poufnych, indywidualnych rozmów z osadzonymi i personelem jednostki;
- analizie dokumentacji dotyczącej osadzonych i funkcjonowania jednostki, w tym dokumentacji medycznej oraz danych zgromadzonych w Centralnej Bazie Danych Osób Pozbawionych Wolności.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną wybranych pomieszczeń. Po zakończeniu wizytacji poddano analizie dokumentację i informacje przekazane przez Dyrektora jednostki.

Niniejszy raport składa się z dwóch części. W pierwszej części raportu (pkt 4) przedstawiono stopień realizacji zaleceń CPT odnoszących się do jednostek penitencjarnych, które zostały przedstawione polskim władzom w sprawozdaniu z wizyty w Polsce w 2017 r. Druga część raportu (pkt 5) zawiera uwagi KMPT, które nie odnoszą się bezpośrednio do powyższego sprawozdania.

Raport zawiera też zalecenia, które zgodnie z art. 19 pkt. b) OPCAT mają na celu poprawę traktowania oraz warunków osób pozbawionych wolności i zapobieganie torturom oraz innemu okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (pkt 6).

Informacje zebrane przez KMPT podczas niniejszej wizytacji posłużą do przygotowania raportu tematycznego, obrazującego stopień realizacji zaleceń CPT przez polskie władze.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. osadzony, funkcjonariusz Służby Więziennej, pracownik cywilny jednostki, osoba odwiedzająca osadzonego) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej. Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że *żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaze, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek*

informacji, prawdziwej bądź fałszywej i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

3. Charakterystyka jednostki

Zakład Karny nr 2 w Strzelcach Opolskich jest jednostką penitencjarną typu zamkniętego, przeznaczoną dla skazanych recydywistów penitencjarnych. W Zakładzie wyodrębnione są również cele przeznaczone dla mężczyzn tymczasowo aresztowanych.

W jednostce mogą być osadzeni tymczasowo aresztowani oraz skazani poruszający się na wózku inwalidzkim. Na jej terenie funkcjonuje również oddział terapeutyczny, przeznaczony dla osadzonych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi oraz osadzonych z niepełnosprawnością intelektualną, dysponujący 66 miejscami, stan rzeczywisty i ewidencyjny w czasie wizytacji wynosił 64 osadzonych. Na oddziale terapeutycznym wyodrębnione są cele przystosowane dla skazanych stwarzających poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu (tzw. skazanych szczególnie niebezpiecznych), którzy dodatkowo cierpią na niepsychotyczne zaburzenia psychiczne.

Pojemność jednostki w czasie wizytacji wynosiła 611 miejsc. W pierwszym dniu wizytacji KMPT w jednostce osadzonych było 588 osób, w tym 37 tymczasowo aresztowanych oraz 2 skazanych uznanych za stwarzających zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi.

Zakład Karny nr 2 w Strzelcach Opolskich podlega Dyrektorowi Okręgowemu Służby Więziennej w Opolu.

4. Stan realizacji zaleceń Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)

4.1. Powierzchnia celi mieszkalnej

Standard minimalny rekomendowany państwom Rady Europy przez CPT wynosi 6 m² powierzchni mieszkalnej w celi jednoosobowej oraz 4 m² powierzchni mieszkalnej w celi wieloosobowej (do metrażu nie wlicza się kącika sanitarnego). Ponadto każda cela przeznaczona do zamieszkania przez osadzonych powinna mieć przynajmniej 2 m między ścianami celi oraz 2,5 m między podłogą, a sufitem².

² Zob. Living space per prisoner in prison establishments: CPT standards, 15 grudnia 2015 r., CPT/Inf (2015) 44; Dwudziesty Szósty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2017) 5, § 56; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 59.

CPT zalecił polskim władzom³:

- podwyższenie minimalnego standardu powierzchni mieszkalnej na osadzonego do minimum 4 m² w celach wieloosobowych (z pominięciem powierzchni przeznaczonej na sanitariaty) oraz 6 m² w celach jednoosobowych. Oficjalna pojemność jednostek powinna zostać odpowiednio skorygowana;
- zapewnienie, by między ścianami celi występowała odległość 2 m między ścianami. Cele, które nie spełniają tego kryterium powinny zostać powiększone lub wycofane z użytku.

Zalecenie jest częściowo zrealizowane. W jednostce znajdują się 24 cele jednoosobowe, przy czym tylko siedem z nich spełnia standard wskazany przez CPT, tj. minimum 6 m². Dwie cele jednoosobowe znajdują się na oddziale terapeutycznym i przeznaczone są dla skazanych stwarzających poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu (tzw. skazanych szczególnie niebezpiecznych), cierpiących na niepsychotyczne zaburzenia psychiczne – te cele mają powierzchnię 7,2 m².

Pozostałe cele jednoosobowe w większości mają powierzchnię zbliżoną do standardu rekomendowanego przez CPT – są to cele o powierzchni 5,78 m². Jedna cela ma powierzchnię 5,5 m².

Istotnym mankamentem cel jednoosobowych jest fakt, że wszystkie one mają niezabudowane kąćki sanitarne, w związku z czym nie zapewniają prywatności podczas otwarcia drzwi do celi lub kontroli przez wizjer w drzwiach.

Cele wieloosobowe w przeważającej części odpowiadają jedynie minimalnej normie powierzchni mieszkalnej przypadającej na osadzonego, określonej w Kodeksie karnym wykonawczym (dalej także: k.k.w.)⁴, tj. 3 m². Poza tym, w użyciu jest również jedna cela dwuosobowa, której powierzchnia wynosi 10,2 m² (5,1 m²/os.) oraz jedna cela, która przeznaczona jest dla osób z niepełnosprawnością fizyczną, o powierzchni 9,8 m² (4,9 m²/os.). Paradoksalnie, cela przeznaczona dla osób z niepełnosprawnością jest zatem mniejsza niż ta, przeznaczona dla osób o pełnej sprawności – obie spełniają jednak standard wyznaczony przez CPT.

Problem powierzchni cel mieszkalnych ma jednak przede wszystkim wymiar systemowy. Mimo wieloletnich zaleceń CPT odnoszących się do tej kwestii, ustawodawca nie zdecydował się na zwiększenie normy określającej minimalną dopuszczalną powierzchnię mieszkalną w celi, przypadającą na jednego osadzonego. Jak wskazano powyżej, Kodeks karny wykonawczy określa, że powierzchnia celi w przeliczeniu na osobę powinna wynosić minimum 3 m². Co więcej, w niektórych sytuacjach dyrektor jednostki może umieścić skazanego w celi poniżej tego metrażu

³ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 59, 67 i 68.

⁴ Art. 110 ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2021 r. poz. 53 z późn. zm.).

(więźniowi należy zapewnić wówczas nie mniej niż 2 m²)⁵. Na podstawie minimalnej normy powierzchni cel określonej w ustawie obliczana jest pojemność jednostek penitencjarnych.

Na problem ten zwrócił uwagę Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)⁶ w raporcie z wizyty w Polsce w 2018 r. Podkreślił wówczas, że oficjalna pojemność cel w jednostkach penitencjarnych w Polsce nie jest obliczana zgodnie z europejskim minimalnym standardem przestrzeni życiowej, rekomendowanym przez CPT. SPT zalecił Polsce podniesienie minimalnego standardu powierzchni mieszkalnej w przeliczeniu na jednego więźnia, do poziomu wskazywanego przez CPT. Polska powinna również dokonać pod tym kątem przeglądu oficjalnej pojemności jednostek penitencjarnych⁷.

Niezapewnienie minimalnego metrażu 4 m² w celi znacznie zwiększa ryzyko naruszenia zakazu tortur określonego w art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i odpowiedzialności prawnej przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w Strasburgu⁸.

4.2. Aktywność osób tymczasowo aresztowanych

CPT zwrócił uwagę na reżim stosowany w odniesieniu do osób tymczasowo aresztowanych. Większość osadzonych zaliczających się do tej kategorii więźniów spędzała w celi do 23 godzin na dobę. Jednostki penitencjarne oferowały jedynie możliwość ćwiczeń na świeżym powietrzu (w wymiarze m.in. godziny dziennie) i skorzystania ze świetlicy (do godziny, kilka razy w tygodniu)⁹.

CPT wezwał polskie władze do podjęcia zdecydowanych działań, w celu opracowania programów aktywności dla osób tymczasowo aresztowanych. Celem tych działań powinno być zapewnienie, by wszyscy osadzeni spędzali 8 godzin lub więcej poza swoimi celami, zaangażowani w działania różnego rodzaju – praca, edukacja, sport itp.¹⁰

Zalecenie zostało częściowo zrealizowane. Zalecenie to, nie dotyczyło bezpośrednio wizytowanej jednostki, ale stanowiło ogólną rekomendację w oparciu o obserwację sposobu funkcjonowania jednostek penitencjarnych w Polsce. W tym obszarze, kompetencja wprowadzenia zmian postulowanych przez Komitet leży po stronie Dyrekcji poszczególnych jednostek. Przepisy Kodeksu karnego wykonawczego co do zasady nie ograniczają znacząco możliwości spędzenia czasu przez osoby tymczasowo aresztowane poza celą.

⁵ Zob. art. 110 § 2, 2a, 2b i 2c k.k.w.

⁶ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT).

⁷ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, § 80-81.

⁸ Zob. Wyrok Muršić v. Chorwacji z dnia 20 października 2016 r. [Wielka Izba], skarga nr 7334/13.

⁹ Tamże, § 72.

¹⁰ Tamże, § 73. Zobacz również uwagi SPT, CAT/OP/POL/ROSP/1, § 86-91.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że pomimo iż k.k.w. nie ogranicza istotnie zakresu aktywności, które osoby tymczasowo aresztowane mogą podejmować w wolnym czasie, to sytuacja tej kategorii osadzonych jest istotnie trudniejsza. Biorąc pod uwagę status penitencjarny tych osadzonych oraz potrzebę zabezpieczenia toku postępowania karnego, osoby tymczasowe mogą funkcjonować jedynie w obrębie określonych grup w oddziale. Konieczność odseparowania poszczególnych osadzonych od siebie może w praktyce powodować zmniejszoną możliwość korzystania z oferty kulturalno-oświatowej.

Podobnie, osoby tymczasowo aresztowane mogą w teorii być zatrudniane – jednak w przypadku zatrudnienia poza obrębem jednostki, również wymaga ono zgody organu prowadzącego. Osoby tymczasowo aresztowane, jak zauważył CPT, w praktyce większość dnia zmuszone są spędzać w celi.

W wizytowanej jednostce do dyspozycji osób tymczasowo aresztowanych pozostaje świetlica centralna (wyposażona w instrumenty muzyczne, telewizor oraz stół do tenisa stołowego), biblioteka z ok. 11 000 woluminów, w tym audiobookami oraz filmami dla osadzonych posiadających w celi odpowiedni odtwarzacz. Zgodnie z grafikiem świetlicy centralnej osadzeni tymczasowo aresztowani mogą raz w tygodniu skorzystać z zajęć kółka sportowego (trening cardio 1h 45min) oraz klubu filmowego (projekcja filmu ok. 2 h). Na oddziale funkcjonuje również odrębna świetlica, w której osadzeni przez ok 1,5 h dziennie mogą korzystać ze stołu do tenisa stołowego, telewizora oraz prasy. W oddziale dostępne są również gry planszowe, szachy, warcaby oraz kości. Za zgodą Dyrektora jednostki, tymczasowo aresztowani mogą posiadać w celi również konsolę do gier.

Co do zasady organizowane są również koncerty, spotkania oraz inne wydarzenia kulturalne i religijne dostępne również dla osób tymczasowo aresztowanych, jednak ich organizacja została wstrzymana z uwagi na pandemię koronawirusa.

Dodatkowo na terenie jednostki znajduje się boisko do gry w siatkówkę plażową (wyposażone również w kosz do gry w koszykówkę), jednak jak wynika z obserwacji poczynionych w trakcie wizytacji i rozmów z funkcjonariuszami oraz osadzonymi, nie jest ono często używane. Jedna z osób wskazała, że przyczyną takiego stanu rzeczy może być fakt, iż boisko zlokalizowane jest zbyt blisko zewnętrznego muru jednostki, co stwarza z kolei możliwość podejmowania prób przerzutu niedozwolonych substancji na jej teren. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zachęca do dalszego rozszerzania oferty kulturalno-oświatowej oraz sportowej dla osadzonych oraz jak najczęstszego wykorzystywania posiadanej infrastruktury umożliwiającej osadzonym spędzanie czasu na świeżym powietrzu i odpowiedniego zabezpieczenia boiska przed przerzutem niedozwolonych przedmiotów.

Możliwość spędzania znacznej części dnia poza celą pozytywnie wpływa bowiem nie tylko na samych osadzonych, ale pośrednio dzięki temu na atmosferę i bezpieczeństwo całej jednostki. Dodatkowo aktywność ruchowa, szczególnie na świeżym powietrzu korzystnie wpływa na zdrowie zarówno fizyczne jak i psychiczne osób pozbawionych wolności.

4.3. Place spacerowe

CPT w ogólnych rekomendacjach odnoszących się do jednostek penitencjarnych, zwrócił uwagę na stan materialny i wyposażenie placów spacerowych polskich zakładów karnych i aresztów śledczych. W raporcie z wizyty w Polsce podkreślono, że zdecydowana większość odwiedzonych jednostek posiadała małe dziedzińce otoczone wysokim, betonowym murem. Wyposażone były one jedynie w ławkę i pozbawione były ochrony przed niekorzystnymi warunkami pogodowymi. CPT zalecił władzom, by podjęto kroki celem umożliwienia wszystkim osadzonym odbycia codziennych ćwiczeń na zewnątrz w warunkach, które umożliwiają im fizyczne zmęczenie się. Dodatkowo, wszystkie dziedzińce przeznaczone do wykonywania ćwiczeń powinny zostać zaopatrzone w pewien rodzaj ochrony przed niekorzystnymi warunkami pogodowymi i najlepiej umożliwiać widok horyzontalny¹¹.

Zalecenie zostało częściowo zrealizowane. Wizytowana jednostka posiada place spacerowe przy każdym pawilonie mieszkalnym. Place spacerowe są obecnie w różnicowanym stanie – tylko jeden z placów spacerowych jest wyremontowany i częściowo zadaszony (remont został przeprowadzony w 2018 r.). Pozostałe dwa place spacerowe nie są obecnie wyremontowane, jednak jak wynika z zapewnień Dyrektora jednostki taki stan rzeczy spowodowany jest przede wszystkim pandemią COVID-19 i znacznym wzrostem cen usług remontowych oraz materiałów budowlanych. Jednostka dysponuje środkami przeznaczonymi na remont placów spacerowych jednak ze uwagi na czynniki, o których mowa powyżej nie dokonano ostatecznego wyboru oferty na remont placów. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przyjmuje jednak wyjaśnienia, że place, które nie zostały dotychczas wyremontowane, zostaną odnowione odpowiednio w 2021 (pawilon B) oraz 2022 roku (pawilon A).

Godnym uwagi jest fakt, że wyremontowany plac spacerowy posiada dwie ściany zewnętrzne z siatki ochronnej – betonowe są jedynie ściany oddzielające poszczególne pola od siebie. Dzięki zastosowaniu siatki, pola spacerowe dają poczucie przestrzeni oraz możliwość obserwacji otoczenia co może mieć pozytywny wpływ na samopoczucie osadzonych.

¹¹ Tamże, § 74.

4.4. Badanie lekarskie

Jak wynika z obserwacji poczynionych w 2017 r. przez Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom wstępne badanie lekarskie osadzonych przy przybyciu do jednostek penitencjarnych było powierzchowne i ogólne (ograniczało się do kilku ogólnych pytań o stan zdrowia i nie obejmowało pełnego badania fizykalnego). Ponadto nie odbywało się w ciągu 24 godzin od przybycia więźnia do jednostki (opóźnienia wynosiły nawet do tygodnia)¹².

CPT zalecił polskim władzom:

- przypomnienie personelowi opieki zdrowotnej, że z każdym nowo przyjmowanym osadzonym należy przeprowadzić wywiad, zbadać go niezwłocznie (nie później niż w terminie 24 godzin od przybycia; badanie powinien przeprowadzić lekarz lub w pełni wykwalifikowana pielęgniarka pod nadzorem lekarza)¹³;
- wykonywanie badań lekarskich poza zasięgiem słuchu oraz poza zasięgiem wzroku funkcjonariuszy Służby Więziennej (chyba, że dany lekarz wyraźnie poprosi o obecność funkcjonariusza, w konkretnym przypadku)¹⁴;

Zalecenia CPT zostały zrealizowane. Osadzeni w znakomitej większości wskazywali, że badanie lekarskie po przyjęciu do jednostki odbywa się bardzo szybko, najczęściej w dniu przyjęcia. W ramach badania zapewniany jest kontakt z pielęgniarką i lekarzem. W sytuacjach gdy lekarz nie jest dostępny w danym dniu, zapewniany jest kontakt z pielęgniarką, a z lekarzem w najbliższym możliwym terminie – najczęściej w dniu następnym. Takie badanie odbywa się zazwyczaj bez obecności funkcjonariuszy Służby Więziennej, chyba że personel medyczny poprosi o taką asystę w indywidualnych przypadkach, ze względów bezpieczeństwa.

Część osadzonych wskazywała jednak, że kontakt z lekarzem ograniczał się do wywiadu lekarskiego, podczas którego lekarz dopytywał o ewentualne blizny czy inne znaki szczególne – nie przeprowadzano jednak oglądu ciała.

Delegacja KMPT ustaliła również, że podczas badań lekarskich realizowanych na terenie jednostki, osadzeni nie byli skuci kajdankami. Taka praktyka powinna być stosowana również w przypadku badań przeprowadzanych poza jednostką. Zdaniem CPT stosowanie kajdanek (w tym kajdanek na nogi) podczas badania lub konsultacji lekarskiej jest praktyką naruszającą

¹² Tamże, § 78.

¹³ Tamże, § 78.

¹⁴ Tamże, § 79.

godność więźnia, utrudniającą rozwój właściwej relacji lekarza z pacjentem i szkodliwą dla obiektywnych ustaleń medycznych¹⁵.

4.5. Dokumentowanie obrażeń

CPT zalecił polskim władzom zapewnienie (w tym poprzez wydanie instrukcji i szkoleń), by wszystkie badania lekarskie były odpowiednio rejestrowane. Dotyczyło to zarówno przejawów przemocy zaobserwowanych podczas badania przy przyjęciu więźnia do jednostki, jak i badania po incydencie w jednostce penitencjarnej¹⁶. CPT wskazał jakie elementy powinna zawierać dokumentacja z takiego badania lekarskiego¹⁷. Zwrócił uwagę m.in. na:

- konieczność rejestracji obrażeń za pomocą specjalnego formularza przeznaczonego do tego celu, zawierającego zarysy sylwetki do zaznaczenia umiejscowienia obrażeń (map ciała), który powinien być przechowywany w kartotece medycznej osadzonego;
- zamieszczanie zdjęć obrażeń (o ile zostały wykonane) w dokumentacji medycznej więźnia;
- zaprowadzenie specjalnego rejestru urazów, w którym należy odnotowywać wszelkiego rodzaju obrażenia.

Delegacja KMPT zapoznała się z dokumentacją medyczną osadzonych i wysłuchała opinii personelu medycznego na temat sposobu dokumentowania obrażeń.

Zalecenia CPT w tym obszarze nie zostały wdrożone.

Osadzeni są pytani przez wychowawców o posiadanie ewentualnych obrażeń przy przyjęciu do jednostki. Notatki z tych rozmów umieszczane są w Centralnej Bazie Danych Osób Pozbawionych Wolności. Poziom ogólności opisów obrażeń w notatkach analizowanych w trakcie wizytacji był jednak znaczny, np. ograniczały się one do stwierdzenia: „*zasinienie na lewej nodze*” lub „*tataże na całym ciele*”. Tak nieprecyzyjne opisy mogą utrudnić monitorowanie powstawania obrażeń, które mogą świadczyć o stosowaniu tortur, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania.

Ewentualne obrażenia więźniów są opisywane również w indywidualnych książeczkach zdrowia osadzonych. Dokumentacja medyczna nie zawiera specjalnego formularza do umiejscowienia urazów (map ciała), ani dokumentacji fotograficznej. W formularzach udostępnionych delegacji KMPT znajdowało się jedynie na opis ewentualnych obrażeń lub znaków szczególnych.

¹⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 79; Raport CPT z wizyty w Czechach, CPT/Inf (2019) 23, § 70.

¹⁶ Tamże, § 80.

¹⁷ Tamże, § 80.

W jednostce nie opracowano również specjalnego rejestru urazów. Odrębnie prowadzony jest jedynie rejestr samouszkodzeń, natomiast jest w nim odnotowywany jedynie sam fakt samouszkodzenia i jego ogólny opis.

Jeden z osadzonych poinformował, że zgłaszał pielęgniarce uszkodzenia skóry i ślady po ciasnym zapięciu kajdanek przez funkcjonariuszy Policji, która w reakcji na zgłoszenie miała powiedzieć: „trochę brzydko Pana potraktowali”. Pielęgniarka finalnie odmówiła jednak zastosowania jakiegokolwiek opatrunku lub maści wskazując, że rany same muszą się zagoić.

Inny z osadzonych, doprowadzony został do wizytowanej jednostki z Komendy Miejskiej Policji w Opolu. W rozmowie z przedstawicielką KMPT mężczyzna wskazał, że został pobity przez funkcjonariusza Policji podczas kontroli osobistej przed umieszczeniem w Pomieszczeniu dla Osób Zatrzymanych Komendy Miejskiej Policji w Opolu¹⁸. Mężczyzna zdecydował się na złożenie oficjalnej skargi do Biura RPO¹⁹. Osadzony deklarował, że o tym wydarzeniu poinformował m.in. psychologkę podczas rozmowy wstępnej w dniu przyjęcia do ZK. W rozmowie z przedstawicielką KMPT psychologka wskazała, że zapytała mężczyznę o widoczne na twarzy obrażenia, wówczas osadzony odpowiedział, że „miał incydent z funkcjonariuszami”, miał też sugerować, że we wszystkich służbach panuje zмова milczenia. Jak wskazała psychologka po zakończeniu rozmowy z osadzonym, zadzwoniła do ambulatorium i poinformowała, że mężczyzna miał zaschniętą krew na twarzy i uskarżał się na obite żebro. Informacja ta nie pojawiała się jednak w oficjalnych notatkach z rozmów psychologki odnotowanych w CBDOPW. W bazie tej znajduje się jednak wpis wychowawcy z dnia przyjęcia mężczyzny, w którym wskazano: „Zgłoszone obrażenia ciała – opis zadrapania na skroni lewej”. Uraz ten był widoczny także na zdjęciu wykonanym podczas przyjęcia do ZK2 i widnieje w bazie osadzonych. Natomiast jak wynika z analizy dokumentacji medycznej, kolejnego dnia mężczyzna został zbadany przez lekarza który odnotował posiadane obrażenia oraz zalecił podawanie leków przeciwbólowych. W dokumentacji medycznej znalazł się jedynie opis obrażeń, bez dokumentacji fotograficznej ani oznaczenia obrażeń na mapach ciała. Wykonano jednak RTG żeber.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rekomenduje w związku z powyższym, aby wprowadzić w jednostce stosowanie map ciała, w celu rejestracji obrażeń ujawnionych w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności. W przypadku ujawnienia jakichkolwiek obrażeń u osadzonego należy również wykonać dokumentację fotograficzną obrażenia, w sposób umożliwiający identyfikację osadzonego posiadającego te obrażenia (tj. z uwidocznieniem twarzy

¹⁸ Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację PdOZ KMP w Opolu, z której sporządzony zostanie odrębny raport opisujący szczegółowo wskazany przypadek (KMP. 570.17.2021).

¹⁹ Sprawa prowadzona pod sygn. II.519.1172.2021

osadzonego). Dokumentacja fotograficzna, odpowiednio zabezpieczona, powinna być przechowywana razem z dokumentacją medyczną osadzonego. Niezależnie od sporządzania dokumentacji w formie formularzy zawierających tzw. mapy ciała, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rekomenduje również założenie odrębnego Rejestru obrażeń, w którym odnotowywane będą przypadki ujawnienia obrażeń u osadzonych. Odpowiednio prowadzona dokumentacja będzie miała działanie nie tylko prewencyjne, ale również będzie stanowiła kluczowy dowód w przypadku wszczęcia postępowania przeciwko funkcjonariuszom dopuszczającym się stosowania przemocy wobec osób pozbawionych wolności.

Powyższe rekomendacje zgodne są z wytycznymi zawartymi w Podręczniku ONZ skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej także: Protokół Stambulski)²⁰.

Protokół stambulski stanowi kluczowy element właściwego wykrywania i dokumentowania śladów tortur i innych form znęcania się (zarówno fizycznych, jak i psychologicznych) i ma ogromne znaczenie dla prewencji tych zjawisk i zwalczania bezkarności sprawców. Jego stosowanie rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet Przeciwko Torturom ONZ (CAT)²¹, Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)²², Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur²³ i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)²⁴.

Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur podkreśla, że personel odpowiedzialny za badania lekarskie powinien odbyć specjalne szkolenie w zakresie identyfikacji i dokumentowania oznak tortur oraz złego traktowania, zgodnie z Protokołem stambulskim²⁵.

4.2. Dostępność lekarzy ogólnych

Podczas wizyty CPT w Zakładzie Karnym nr 2 w Strzelcach Opolskich w 2017 r., opieka zdrowotna zapewniana była przez 11 lekarzy zatrudnionych na część etatu (m.in. internistę, neurologa, okulistę, laryngologa, stomatologa, psychiatrę, chirurga). Członkowie CPT uznali jednak

²⁰ Zob. Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania; Biuro Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka; Professional Training Series No. 8/Rev.1.; Nowy Jork i Genewa 2004.

²¹ Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, § 27-28.

²² Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, § 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, § 55.

²³ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, § 77 (e).

²⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019)16, par. 80.

²⁵ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, § 77 (e).

że poziom zatrudnienia na stanowisku lekarza ogólnego jest niewystarczający i zalecił zapewnienie ich dostępności w wymiarze równoważnym dwóm pełnym etatom²⁶.

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Obecnie w jednostce, lekarze różnych specjalności²⁷ dostępni są dla osadzonych od poniedziałku do piątku, przy czym konsultacja ze specjalistą możliwa jest po skierowaniu przez lekarza ogólnego. Lekarze zatrudnieni są na część etatu lub w ramach kontraktu.

Z informacji uzyskanych przez członków delegacji KMPT wynika, że w jednostce wydzielono 2,19 etatu dla stanowiska lekarza. Aktualny stan zatrudnienia wynosi natomiast 1,89 etatu. Jest to współczynnik uwzględniający wspólnie lekarzy wszystkich specjalności, zatrudnionych w jednostce, zatem dostępność lekarzy ogólnych w jednostce jest znacznie niższa.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rekomenduje w związku z powyższym zapewnienie, zgodnie z rekomendacją CPT, dostępności lekarzy ogólnych w wymiarze dwóch etatów, niezależnie od zapewnienia dostępności lekarzy specjalistów.

4.6. Dostępność personelu pielęgniarskiego

CPT zalecił, by przez cały czas (także nocą i w weekendy) obecna była osoba potrafiąca udzielić pierwszej pomocy, w tym przeszkolona w administrowaniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz używaniu defibrylatora. Taką osobą powinna być wykwalifikowana pielęgniarka²⁸. W odniesieniu do Zakładu Karnego nr 2 w Strzelcach Opolskich, Komitet zalecił również zwiększenie zespołu pielęgniarskiego²⁹.

Zalecenia zostały częściowo zrealizowane. Zespół pielęgniarski został zwiększony do 6 osób w stosunku do obsady w roku 2017, gdy została przeprowadzona wizytacja CPT – wówczas wynosiła ona pięć osób. Obecna liczebność zespołu pielęgniarskiego odpowiada liczbie etatów przeznaczonych dla personelu pielęgniarskiego.

Personel pielęgniarski dostępny jest od poniedziałku do soboty, w ciągu dnia. W przypadku konieczności udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej podczas nieobecności pielęgniarki wzywane jest pogotowie ratunkowe.

Zalecenie CPT dotyczące zapewnienia opieki pielęgniarskiej również w godzinach nocnych pozostaje niezrealizowane.

²⁶ Tamże, § 75, 76 i przypis nr 68.

²⁷ Lekarz ogólny, okulista, laryngolog, stomatolog, dermatolog, chirurg, pulmonolog, neurolog, psychiatra, ortopeda.

²⁸ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 76.

²⁹ Tamże, § 76.

4.7. Osadzeni uzależnieni od narkotyków

CPT zwrócił uwagę na postępowanie z osadzonymi uzależnionymi od narkotyków. Wskazał, że wprawdzie programy metadonowe były dostępne we wszystkich wizytowanych jednostkach penitencjarnych, jednak mimo powtarzających się zaleceń, nie wprowadzono żadnych środków ograniczających szkody (tzw. *harm reduction*), takich jak np. programy wymiany igieł, dostarczanie prezerwatyw, udzielanie informacji o sposobie sterylizacji igieł i sterylizacji materiału używanego do wstrzykiwania narkotyków³⁰.

W ocenie CPT zarządzanie osadzonymi, którzy są uzależnieni od narkotyków, musi być zróżnicowane. Powinno z jednej strony skupiać się na eliminowaniu dostaw narkotyków do jednostek, z drugiej strony skupiać się na samym problemie nadużywania narkotyków (poprzez identyfikowanie i angażowanie osób nadużywających narkotyków, zapewnianie możliwości leczenia, opracowywanie standardów, monitorowanie i badania w kwestiach związanych z narkotykami, zapewnianie szkoleń i rozwoju personelu). Powyższe działania powinny być powiązane z odpowiednią krajową polityką prewencyjną. CPT podkreśla, że personel medyczny powinien odgrywać kluczową rolę w opracowywaniu, wdrażaniu i monitorowaniu danych programów oraz musi ściśle współpracować z innymi zaangażowanymi pracownikami (psycho-społeczno-edukacyjnymi)³¹.

CPT wezwał polskie władze do opracowania i wdrożenia kompleksowej strategii udzielania pomocy więźniom mającym problemy związane z narkotykami (w ramach szerszej krajowej strategii antynarkotykowej)³².

Zalecenie zostało częściowo zrealizowane.

W Zakładzie Karnym nr 2 w Strzelcach Opolskich dostępny jest program metadonowy jednak jego stosowanie nie jest częste. W latach 2020-21 jeden osadzony wymagał zastosowania metadonu i był objęty tym programem.

W jednostce nie wprowadzono środków ograniczających szkody (tzw. *harm reduction*), które rekomenduje CPT. Jeden z pracowników personelu medycznego argumentował, że dystrybuowanie czystych igieł stanowiłoby oznakę akceptacji dla zażywania w jednostce nielegalnych substancji. Osadzeni otrzymywaliby bowiem podwójny przekaz – z jednej strony ponosiliby odpowiedzialność dyscyplinarną za ewentualne zażywanie substancji psychoaktywnych, z drugiej poprzez dostarczanie np. czystych igieł, byłoby to postrzegane jako przyzwolenie na zażywanie nielegalnych substancji. Takie rozwiązanie byłoby odpowiednie w warunkach

³⁰ Tamże, § 81.

³¹ j.w.

³² Tamże, § 81.

wolnościowych, gdzie niemożliwa jest kontrola nad osobami uzależnionymi, a działania pomocowe są istotnie ograniczone. W warunkach jednostki penitencjarnej, osadzeni pozostają pod całkowitym jej nadzorem, a na władzach jednostki spoczywa obowiązek zapobiegania przemytom substancji odurzających.

4.8. Kontakt ze światem zewnętrznym osób tymczasowo aresztowanych

CPT wyraził zaniepokojenie brakiem implementacji wieloletniego zalecenia, dotyczącego kontaktów osób tymczasowo aresztowanych ze światem zewnętrznym. W czasie wizyty w 2017 r. osoby te nadal musiały uzyskać zgodę sędziego lub prokuratora na każdą wizytę.

CPT powtórzył swój standard, że osoby tymczasowo aresztowane powinny być z zasady uprawnione do wizyt i rozmów telefonicznych. Możliwość takiego kontaktu nie powinna zależeć od upoważnienia przez inny organ. Istnieje jednak możliwość odmowy kontaktu w indywidualnym przypadku. Każda odmowa powinna być jednak szczegółowo uzasadniona potrzebami dochodzenia, zatwierdzona przez organ sądowy i stosowana przez określony czas. W przypadku uznania, że istnieje ciągłe ryzyko zmowy, poszczególne wizyty lub rozmowy telefoniczne, mogą być monitorowane. CPT wezwał polskie władze, do bezzwłocznego dostosowania polskiego prawa do tych zasad³³.

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Kontakt osób tymczasowo aresztowanych odbywa się stosownie do przepisów art. 217 kodeksu karnego wykonawczego³⁴. W dalszym ciągu do kontaktu z osobą tymczasowo aresztowaną wymagana jest zgoda organu dysponującego. Brak implementacji zalecenia CPT w tym obszarze ma zatem charakter systemowy. Jego wdrożenie wymaga zmiany polskiego prawa i dostosowania go do standardów CPT.

Innym aspektem wymagającym uwagi jest fakt, że tymczasowo aresztowani muszą wybierać pomiędzy możliwością wykonania telefonu do rodziny a kontaktem z adwokatem lub radcą prawnym. Jak podają, kontakt z obrońcą nie jest limitowany czasowo, natomiast fakt wykonania połączenia uniemożliwia, w późniejszym czasie kontakt z rodziną. Problem ten był już sygnalizowany Ministrowi Sprawiedliwości przez RPO³⁵.

Konieczność wyboru pomiędzy rozmową z najbliższymi oraz kontaktem z obrońcą może negatywnie wpływać na korzystanie przez tymczasowo aresztowanych z prawa do obrony, w przypadku gdy osadzeni priorytetowo traktować będą utrzymanie relacji z rodziną w trakcie przebywania w jednostce.

³³ Tamże, § 84.

³⁴ Zob. art. 217 k.k.w.

³⁵ Sygn. IX.517.1268.2017

Żaden z osadzonych tymczasowo aresztowanych, z którymi członkowie delegacji prowadzili rozmowy nie miał wiedzy na temat możliwości korzystania z komunikatora internetowego Skype. Funkcjonariusze wskazywali zaś, że jak dotąd nikt z tymczasowo aresztowanych nie zgłaszał takiej potrzeby.

Pozytywnym aspektem jest wsparcie jakie osoby tymczasowo aresztowane otrzymują ze strony personelu jednostki w uzyskaniu pomocy prawnej z urzędu. Kilku tymczasowo aresztowanych wskazywało na brak wcześniejszej rzetelnej informacji w tym aspekcie ze strony Policji, natomiast podkreślali, że wychowawca lub psycholog udzielili im kompleksowych informacji czy pomogli w sformułowaniu stosowanego wniosku w jednostce.

4.9. Odwiedziny osadzonych

CPT zwrócił uwagę, że skazani osadzeni w jednostkach zamkniętych mieli prawo tylko do dwóch jednogodzinnych wizyt w miesiącu. Zdaniem CPT wszyscy osadzeni (zarówno skazani, jak i tymczasowo aresztowani) powinni korzystać z możliwości wizyt w wymiarze minimum jednej godziny tygodniowo. Komitet zalecił, by polskie władze podwyższyły odpowiednio obecne uprawnienie do wizyt dla osadzonych³⁶.

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Zasady przeprowadzenia widzeń w jednostce odpowiadają przepisom kodeksu karnego wykonawczego, przy czym w odniesieniu do ich częstotliwości, w przypadku osób tymczasowo aresztowanych przysługują w wymiarze większym niż minimalny wskazany w kodeksie karnym wykonawczym³⁷– tj. w wymiarze dwóch widzeń w miesiącu.

W czasie prowadzenia wizytacji w ZK nr 2 w Strzelcach Opolskich obowiązywało wydane na podstawie art. 247 § 1 k.k.w., Zarządzenie nr 29/2021 Dyrektora Zakładu Karnego nr 2 w Strzelcach Opolskich z dnia 20 lipca 2021, dotyczące m.in. zasad udzielania widzeń osadzonym. W zarządzeniu określono m.in.: zakaz kontaktu fizycznego pomiędzy osadzonymi a odwiedzającymi, wyłączenie kąpielni dla dzieci oraz brak udzielania nagród, o których mowa w art. 138 § 1, pkt. 1-3 k.k.w.

Wdrożenie standardu CPT wymagałoby zmiany przepisów prawa krajowego. Problem ma więc wymiar systemowy, niezależny od władz wizytowanej jednostki.

³⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 85.

³⁷ Zgodnie z art. 217 kkw: *Tymczasowo aresztowany (...) ma prawo do co najmniej jednego widzenia w miesiącu z osobą najbliższą.*

4.10. Procedura dyscyplinarna

Standardy dotyczące postępowania z osadzonymi, na których ciężą zarzuty dyscyplinarne, CPT przedstawił w raporcie z wizyty w 2013 r.³⁸ W czasie wizyty okresowej w 2017 r. Komitet odnotował brak postępów w tej materii. Więźniowie przed nałożeniem sankcji dyscyplinarnych nie byli odpowiednio wysłuchiwanym, w związku z zaistniałym zdarzeniem, zakończonym nałożeniem kary. Na ogół nie byli też informowani (lub byli informowani tylko ustnie) o dostępnych sposobach odwołania od sankcji dyscyplinarnej i nie otrzymywali kopii decyzji dyscyplinarnej. CPT wezwał polskie władze do usunięcia tych braków³⁹.

Zalecenie zostało zrealizowane. Delegacja KMPT ustaliła, że osadzeni wobec których stosowana jest kara dyscyplinarna w postaci umieszczenia w celi izolacyjnej informowani są o wymierzeniu tej kary na komisji, w której w skład wchodzi m.in. dyrektor oraz wychowawca. Osadzeni z którymi rozmawiali członkowie delegacji KPT twierdzili, że byli informowani o powodzie i okresie na jaki kara zostaje wymierzona, a także o możliwości odwołania się od tej decyzji a informacja/decyzja w tym przedmiocie została im przekazana również w formie pisemnej.

4.11. Okres umieszczenia w celi izolacyjnej

CPT wyraził zaniepokojenie, że zgodnie z polskim prawem maksymalny okres umieszczenia w celi izolacyjnej dla skazanych wynosi 28 dni i mimo wieloletniego już zalecenia Komitetu, nie został skrócony. CPT wezwał polskie władze do dokonania zmiany odpowiednich przepisów, tak aby dostosować maksymalny okres umieszczenia skazanych w celi izolacyjnej do przepisów dotyczących tymczasowo aresztowanych (tj. by wynosił on nie więcej niż 14 dni). Ponadto powinien istnieć zakaz stosowania następujących po sobie kar dyscyplinarnych, które skutkowałyby nieprzerwanym okresem odosobnienia przekraczającym maksymalny okres 14 dni. Wszelkie przewinienia popełnione przez więźnia, które uzasadniają bardziej dotkliwe sankcje, powinny być rozpatrywane w ramach systemu sądownictwa karnego⁴⁰.

Zalecenia CPT nie zostały zrealizowane. W latach 2020-2021 nie odnotowano w jednostce przypadków umieszczenia więźnia w celi izolacyjnej na okres 28 dni. Maksymalny okres stosowania tej kary wyniósł 14 dni, w większości przypadków był jednak stosowany przez 7 dni.

Przepisy polskiej ustawy nie zostały jednakże dostosowane do standardu CPT⁴¹. Nadal więc istnieje systemowe ryzyko umieszczenia więźnia w celi izolacyjnej na okres powyżej 14 dni

³⁸ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 99.

³⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 87.

⁴⁰ Tamże, § 88.

⁴¹ Zob. art. 143 § 1 pkt 8) k.k.w.

(maksymalnie na okres do 28 dni) i to od woli dyrektora zależy, czy z możliwości tej skorzysta. Ponadto przepisy umożliwiają łączenie kar dyscyplinarnych, co w efekcie może skutkować izolacją do 28 dni⁴².

Warto także uwypuklić, że zgodnie z polskim prawem wymierzenie kary poniżej 14 dni nie wymaga zgody sędziego penitencjarnego⁴³. Proces decyzyjny odbywa się w tym przypadku poza systemem sądownictwa.

Pełna implementacja zalecenia CPT wymaga zatem zmiany polskiego prawa. Tylko takie rozwiązanie wyeliminuje systemowe ryzyko nadużywania izolacji ponad minimalny standard określony przez CPT.

4.12. Rola lekarzy więziennych w procedurze umieszczenia w celi izolacyjnej

CPT wyraził zaniepokojenie faktem, że lekarze biorą udział w procedurze umieszczenia więźnia w celi izolacyjnej. W ocenie CPT personel medyczny nigdy nie powinien brać udziału w żadnej części procesu decyzyjnego skutkującego jakimkolwiek odosobnieniem, z wyjątkiem przypadków, gdy środek jest stosowany z przyczyn medycznych. Wymaganie od lekarzy potwierdzenia, że więzień jest w stanie zdrowia umożliwiającym odbycie kary jest nieetyczne i nie promuje nawiązania pozytywnych relacji pomiędzy lekarzem, a pacjentem⁴⁴.

Personel medyczny powinien zostać niezwłocznie powiadomiony o każdym umieszczeniu w celi izolacyjnej i odwiedzić więźnia niezwłocznie po umieszczeniu. Ponadto powinien też regularnie (przynajmniej raz dziennie, nie tylko w sytuacjach, gdy osadzony o to poprosi) odwiedzać więźnia w izolacji oraz zapewnić mu szybką pomoc medyczną i leczenie⁴⁵. CPT zalecił polskim władzom, by praktyka w całym systemie więziennictwa odpowiadała przedstawionym wyżej standardom⁴⁶.

Zalecenie zostało zrealizowane częściowo. W Zakładzie Karnym nr 2 w Strzelcach Opolskich wnioski o umieszczenie osadzonego w celi izolacyjnej opiniuje psycholog, nie lekarz. Z analizy dokumentacji osadzonych, wobec których zastosowano karę dyscyplinarną w postaci umieszczenia w celi izolacyjnej wynika, że notatki psychologiczne są obszerne, odnoszą się nie tylko do ogólnego stanu psychicznego osadzonego, ale również jego stosunku do zdarzenia

⁴² Zob. art. 146 § 1 i 2 k.k.w.

⁴³ Zob. art. 145 § 3 k.k.w.

⁴⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 89.

⁴⁵ Tamże, § 90.

⁴⁶ Tamże, § 89 i 90.

skutkującego karą oraz samej kary. Z punktu widzenia obowiązujących przepisów krajowych obowiązek konsultacyjny jest więc spełniony⁴⁷.

W wizytowanej jednostce nie wdrożono jednak standardu codziennych, profilaktycznych wizyt lekarskich w czasie izolacji. Kontakt więźnia umieszczonego w celi izolacyjnej z lekarzem ma miejsce jedynie w sytuacji, gdy osadzony o to poprosi lub zaistnieją jakieś szczególne względy medyczne (np. obawa personelu o stan zdrowia więźnia).

Pełna implementacja zaleceń CPT dotyczących roli lekarzy w procedurze umieszczenia i odbywania kary dyscyplinarnej w postaci celi izolacyjnej, wymaga więc zmiany nie tylko praktyki, ale też przepisów prawa.

4.13. Rola lekarzy więziennych w kontekście stosowania mechanicznych środków przymusu bezpośredniego

CPT zwrócił uwagę, że w przypadkach, gdy wobec więźniów stosowane są mechaniczne środki przymusu bezpośredniego (takie jak umieszczenie w celi zabezpieczającej lub stosowanie pasów) powinni oni, przed zastosowaniem środka, zostać zbadani przez lekarza. Tymczasem, jak ustaliła delegacja CPT, badania medyczne nie odbywały się profilaktycznie, a jedynie na wniosek personelu penitencjarnego, gdy istniały wyraźne wskazania medyczne (np. widoczne obrażenia lub inne objawy zagrożenia życia lub zdrowia)⁴⁸.

Zdaniem CPT wszelkie zastosowanie mechanicznych środków przymusu bezpośredniego musi być niezwłocznie zgłaszane lekarzowi w celu oceny, czy stan psychiczny danego więźnia wymaga hospitalizacji lub czy konieczne są jakiegokolwiek inne środki w związku ze stanem zdrowia więźnia. Komitet zalecił polskim władzom podjęcie niezbędnych środków w celu zmiany zastanej praktyki⁴⁹.

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Delegacja KMPT zapoznała się z dokumentacją osadzonych, wobec których stosowano środek przymusu bezpośredniego w postaci celi zabezpieczającej. Osadzeni przed umieszczeniem w celi nie byli badani przez lekarza, natomiast w trakcie stosowania tego środka przymusu bezpośredniego odbywały się rozmowy z psychologiem. W jednym przypadku zakończenie stosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci umieszczenia w celi zabezpieczającej związane było z koniecznością udzielenia pomocy. Osadzony konstruował pętle wykonaną z rozerwanej bielizny i próbował wielokrotnie zakładać ją na szyję, pomimo licznych interwencji funkcjonariuszy, osadzony kontynuował próby zakładania pętli na

⁴⁷ Zob. art. 148 § 3 k.k.w.

⁴⁸ Tamże, § 91.

⁴⁹ Tamże, § 91.

szyję w związku z czym został przewieziony do szpitala. Badania lekarskie przeprowadzane były w przypadkach konieczności udzielenia pomocy lekarskiej, najczęściej w związku z obrażeniami powstałymi w wyniku przebiegu zdarzenia, które było przyczyną zastosowania środka przymusu bezpośredniego.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rekomenduje wprowadzenie praktyki poddawania badaniom lekarskim każdego osadzonego przed umieszczeniem go w celi zabezpieczającej, niezależnie od tego czy posiada jakiegokolwiek widoczne obrażenia czy też nie.

5. Kwestie niezwiązane z weryfikacją zaleceń CPT

5.1. Dostosowanie jednostki do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową

Zakład Karny nr 2 w Strzelcach Opolskich jest jednostką przeznaczoną dla osób z niepełnosprawnością ruchową. Pomimo tego, w jednostce funkcjonuje szereg barier architektonicznych, które uniemożliwiają osobom z niepełnosprawnością fizyczną pełne korzystanie z przysługujących im uprawnień. Jednym z aspektów dostrzeżonych przez wizytujących był stopień, którego pokonanie konieczne jest w drodze na pole spacerowe z oddziału, w którym przebywa osoba z niepełnosprawnością. Po zakończeniu wizytacji problem został rozwiązany poprzez wybudowanie zjazdu, umożliwiającego samodzielne pokonanie go osobie poruszającej się przy pomocy wózka inwalidzkiego.

W drzwiach wejściowych pól spacerowych przy oddziale, na którym jest cela dla osób z niepełnosprawnością znajdują się niewielkie progi, które mogą stanowić trudność dla osób poruszających się przy pomocy wózka inwalidzkiego. Place spacerowe, które nie zostały jeszcze wyremontowane posiadają bardzo wąskie ścieżki z licznymi ubytkami, co również może zniechęcać zwłaszcza osoby z niepełnosprawnością fizyczną do korzystania ze spacerów. Biorąc pod uwagę planowany remont pól spacerowych Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca usunięcie progów w wejściach na pole spacerowe oraz rozplanowanie szerokich, prostych ścieżek umożliwiających swobodne i samodzielne poruszanie się osobom z niepełnosprawnością fizyczną.

Kolejną barierą architektoniczną są wysokie schody prowadzące do budynku, w którym odbywają się widzenia osadzonych. W trakcie rozmów z funkcjonariuszami pełniącymi służbę w wizytowanej jednostce wskazywali oni, że w razie potrzeby osadzeni poruszający się na wózku inwalidzkim mogą być wniesieni do budynku przez innych osadzonych. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur pragnie podkreślić, że taka praktyka nie jest prawidłowa, a uzależnianie możliwości korzystania przez osadzonych od pomocy współwięźniów może stanowić przejaw poniżającego traktowania. Warto wskazać, że powyższy problem może być zniwelowany poprzez zamontowanie podjazdu umożliwiającego osadzonym z niepełnosprawnością

fizyczną samodzielne wejście do budynku i takie rozwiązanie Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rekomenduje⁵⁰.

Należy zwrócić również uwagę na fakt, że wszelkie zajęcia terapeutyczne oraz zajęcia kulturalno-oświatowe odbywają się w salach, do których wejście również wymaga pokonania schodów. Z uwagi na fakt, iż w wizytowanej jednostce nie ma dostępnej windy należy zorganizować infrastrukturę jednostki w sposób, który umożliwi osobom z niepełnosprawnością ruchową swobodne korzystanie ze wszelkich przysługujących im uprawnień.

5.2. Konsultacje psychologiczne osadzonych, o których mowa w art. 88a k.k.w.

W Zakładzie Karnym nr 2 w Strzelcach Opolskich znajdują się również dwie jednoosobowe cele przeznaczone dla skazanych zakwalifikowanych jako stwarzający poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu karnego (dalej również: skazani o statusie „N”).

Z uwagi na reżim w jakim skazani ci odbywają karę pozbawienia wolności oraz związane z tym procedury bezpieczeństwa, rozmowy skazanych o statusie „N” z psychologiem odbywają się w obecności funkcjonariuszy.

W opinii Krajowego Mechanizmu Tortur, takie zasady uniemożliwiają efektywne odbywanie poufnych rozmów z psychologiem oraz zbudowanie atmosfery zaufania, co jest elementem niezbędnym w prawidłowym oddziaływaniu psychologicznym. W trakcie rozmowy z psychologiem skazanemu należy zagwarantować pełną swobodę wyrażania myśli oraz umożliwić nieskrępowaną wypowiedź. Skazany musi mieć możliwość zgłoszenia psychologowi ewentualnego nieprawidłowego traktowania ze strony funkcjonariuszy lub innych osadzonych (jeśli przebywa w celi wieloosobowej) oraz wszelkich innych uchybień, w tym tych mogących świadczyć o stosowaniu tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.

Bezspornym jest jednocześnie, że priorytetem jest zapewnienie bezpieczeństwa psychologom, którzy udzielają wsparcia skazanym. W jednostkach przeznaczonych skazanym lub tymczasowo aresztowanym dla zakwalifikowanych jako stwarzający poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu karnego lub aresztu śledczego, konieczne jest wyodrębnienie specjalnej sali uniemożliwiającej bezpośredni kontakt, która zapewni jednak warunki do prowadzenia poufnych rozmów osadzonych o statusie „N” z psychologiem, bez

⁵⁰ Kwestia dostosowania jednostek penitencjarnych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami była przedmiotem szczegółowej analizy KMPT. Wnioski i zalecenia przedstawiono w publikacji pt. „Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną. Raport z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur” [w:] <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnoscia-fizyczna-i-sensoryczna-raport-z>

obecności osób trzecich. W trakcie takiej rozmowy, gdy osadzony przebywa w zabezpieczonej przestrzeni nie należy również stosować środków przymusu bezpośredniego w postaci kajdanek. Powinny one zostać rozpięte niezwłocznie po doprowadzeniu go do pomieszczenia przeznaczonego do odbywania rozmów z psychologiem. Warto bowiem zauważyć, że CPT podkreśla, iż *należy dołożyć szczególnych starań, aby rozwijać dobrą atmosferę wewnętrzną na terenie ośrodków o zastrzonym rygorze bezpieczeństwa. Celem tych starań powinno być zbudowanie pozytywnych relacji pomiędzy personelem a osadzonymi. Ma to znaczenie nie tylko dla humanitarnego traktowania osadzonych, lecz także dla utrzymania skutecznej kontroli i bezpieczeństwa, także jeśli chodzi o bezpieczeństwo osobiste personelu*⁵¹.

6. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

I. Dyrektorowi Zakładu Karnego nr 2 w Strzelcach Opolskich:

1. Zabudowanie kąpoków sanitarnych również we wszystkich celach jednoosobowych w jednostce, aby umożliwić zachowanie intymności osadzonym również w trakcie kontroli cel mieszkalnych.
2. Rozszerzenie oferty kulturalno-oświatowej oraz sportowej dla skazanych oraz tymczasowo aresztowanych oraz poinformowanie wszystkich osadzonych o możliwości korzystania z boiska.
3. Kontynuowanie remontów placów spacerowych oraz dostosowanie ich do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną, w tym osób poruszających się przy pomocy wózka inwalidzkiego.
4. Przeszkolenie personelu jednostki (w szczególności personelu medycznego i psychologów) w zakresie treści Protokołu stambulskiego;
5. Wprowadzenie w jednostce jednolitej procedury dokumentowania obrażeń zgodnie z wytycznymi Protokołu stambulskiego, z wykorzystaniem map ciała do precyzyjnego oznaczania obrażeń zaobserwowanych u osadzonego, sporządzanie dokładnych opisów znaków szczególnych, blizn i obrażeń oraz fotografowanie ich w sposób uwidaczniający twarz osadzonego. Dokumentacja fotograficzna powinna być przechowywana w odpowiednio zabezpieczonej dokumentacji medycznej osadzonego.

⁵¹ Zob. fragment § 32 Jedenastego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (2001) 16].

6. Wprowadzenie odrębnego rejestru obrażeń w którym odnotowywane będą przypadki ujawnienia obrażeń u osadzonych.
7. Zwiększenie zatrudnienia lekarzy ogólnych w wymiarze równoważnym dwóm etatom.
8. Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w godzinach nocnych.
9. Umożliwienie osadzonym tymczasowo aresztowanym kontaktu z obrońcą niezależnie od skorzystania z prawa do kontaktu z osobami najbliższymi.
10. Wprowadzenie standardu codziennej kontroli lekarskiej u osób wobec których stosowana jest kara dyscyplinarna w postaci umieszczenia w celi izolacyjnej, niezależnie od kontroli dokonywanej przez psychologa.
11. Wprowadzenie praktyki poddawania badaniom lekarskim każdego osadzonego przed umieszczeniem go w celi zabezpieczającej, niezależnie od tego czy posiada on jakiegokolwiek widoczne obrażenia.
12. Zamontowanie podjazdu umożliwiającego osadzonym z niepełnosprawnością fizyczną samodzielne wejście do budynku, w którym realizowane są widzenia.
13. Dostosowanie infrastruktury jednostki w sposób umożliwiający osobom z niepełnosprawnością ruchową korzystanie z zajęć terapeutycznych, kulturalno-oświatowych oraz praktyk religijnych.
14. Wyodrębnienie w oddziale terapeutycznym sali uniemożliwiającej bezpośredni kontakt, przeznaczonej do prowadzenia konsultacji psychologicznych dla osadzonych stwarzających poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu, bez obecności funkcjonariuszy działu ochrony.

II. Dyrektorowi Okręgowemu Służby Więziennej w Opolu:

1. Zapewnienie Dyrektorowi Zakładu Karnego nr 2 w Strzelcach Opolskich środków finansowych na realizację powyższych zaleceń.

Sporządziła: Magdalena Dziedzic

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/