



Warszawa, 31-01-2023 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Krajowy Mechanizm Prewencji**

**KMP.571.12.2022.MŻ**

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur  
z wizytacji Aresztu Śledczego w Bydgoszczy**

**1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur**

Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)<sup>1</sup>. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT, Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)<sup>2</sup>.

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa – strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia

---

<sup>1</sup> Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim: Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).

<sup>2</sup> Zob. Art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2020 r., poz. 627, ze zm.).

organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem<sup>3</sup>. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „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<sup>4</sup>”.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego<sup>5</sup>. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane<sup>6</sup>.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu<sup>7</sup>.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg<sup>8</sup>. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ<sup>9</sup> oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu ujawnią ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego

---

<sup>3</sup> Zob. Art. 4 ust. 1 OPCAT.

<sup>4</sup> Zob. Art. 4 ust. 2 OPCAT.

<sup>5</sup> Zob. Art. 20 OPCAT.

<sup>6</sup> Zob. Art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

<sup>7</sup> Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2020 r., Część II – Jak pracuje KMPT?

<sup>8</sup> Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt. 6. Zobacz również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, New York and Geneva 2018, s. 4-6.

<sup>9</sup> Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które już zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji.

## **2. Zakaz represji**

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. osadzeni, personel, osoby odwiedzające) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie od tego, czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że „żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, 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. Uwagi wstępne na temat wizytacji**

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 10-12 października 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację w Areszcie Śledczym w Bydgoszczy, przy ul. Wały Jagiellońskie 4 (dalej: areszt, zakład, jednostka). W skład delegacji KMPT wchodził: Magdalena Dziejcz, Klaudia Kamińska i Michał Żłobecki (prawnicy). W wizytacji udział wzięła także ekspertka zewnętrzna Krajowego Mechanizmu, Marzena Ksel-Teleśnicka (lekarka). Wnioski z ekspertyzy zostały włączone w stosownym zakresie do treści niniejszego raportu.

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osadzonych przebywających w jednostce, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawienie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków osób pozbawionych wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W zainteresowaniu wizytujących pozostawały również m.in. kwestie dotyczące działalności Szpitala Aresztu Śledczego w Bydgoszczy, jak również wpływu znowelizowanych w ostatnim czasie przepisów Kodeksu karnego wykonawczego na sytuację osób osadzonych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania jednostki, przedstawionych przez dyrektora Aresztu Śledczego mjr. Mariusza Cychowskiego oraz jego zastępców: kpt. Roberta Izydorzycyka i mjr. Tomasza Adamczewskiego;
- wysłuchaniu informacji dotyczących działalności medycznej, zaprezentowanych przez dyrektora Szpitala i Ambulatorium z Izbą Chorych Aresztu Śledczego w Bydgoszczy mjr. lek. Wiesława Zmysłowskiego;
- oglądzie terenu jednostki, w tym wybranych przez wizytujących: cel mieszkalnych, w tym cel izolacyjnych i przejściowych, pomieszczeń Szpitala i ambulatorium, łaźni, świetlic, sali widzeń, placów spacerowych oraz rekreacyjnych, warsztatów;
- przeprowadzeniu poufnych, indywidualnych rozmów z osadzonymi i personelem jednostki;
- analizie wybranej dokumentacji, dotyczącej osadzonych i funkcjonowania jednostki;
- wykonaniu dokumentacji fotograficznej.

W ramach prowadzonych działań Krajowy Mechanizm bada każdorazowo kwestie związane m.in. z: traktowaniem osadzonych, warunkami bytowo-sanitarnymi, realizacją prawa do informacji, kontaktem osadzonych ze światem zewnętrznym, zapewnianą opieką medyczną i psychologiczną, możliwością realizacji praktyk religijnych, oddziaływaniami kulturalno-oświatowymi.

W niniejszym raporcie nie opisano całokształtu funkcjonowania Aresztu, uwzględniono jedynie te obszary, które w ocenie KMPT wymagają poprawy. Raport zawiera również problemy o charakterze systemowym, związane z koniecznością zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania.

## **4. Charakterystyka jednostki**

Areszt Śledczy w Bydgoszczy przeznaczony jest dla tymczasowo aresztowanych mężczyzn i kobiet oraz skazanych (mężczyzn) posiadających grupę i podgrupę R-1 (recydywiści penitencjarni zakwalifikowani do odbywania kary w zakładzie karnym typu zamkniętego). W wizytowanej jednostce znajdują się także: oddział zakładu karnego typu półotwartego dla młodocianych kobiet i kobiet odbywających karę po raz pierwszy. Ogólna pojemność Aresztu Śledczego w Bydgoszczy wynosi 451 miejsc. W dniu rozpoczęcia wizytacji ewidencyjny stan osadzonych wynosił 404 osoby.

Funkcjonujący na terenie jednostki Szpital dysponuje łącznie 70 miejscami na dwóch oddziałach: 30 miejsc na Oddziale Wieloprofilowym Zachowawczym oraz 40 na Oddziale Chirurgii. W Szpitalu AŚ zlokalizowane są także 2 pomieszczenia Izby Chorych z łączną liczbą 10 łóżek. W dniu rozpoczęcia wizytacji w Szpitalu przebywało łącznie 55 pacjentów.

Ponadto w jednostce umieszcza się osoby skierowane do Ośrodka Diagnostycznego (maksymalnie 35 osób) oraz objęte programem substytucji metadonowej. W czasie wizytacji w Ośrodku przebywało 4 osadzonych, nie było zaś osób objętych programem substytucji metadonowej.

Jednostka znajduje się w obrębie właściwości Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Bydgoszczy. Nadzór nad jej funkcjonowaniem sprawuje V Wydział Penitencjarny i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych Sądu Okręgowego w Bydgoszczy.

## **5. Problemy systemowe**

### **5.1. Powierzchnia celi mieszkalnej**

Norma powierzchni mieszkalnej przypadającej na jednego osadzonego określona w prawie polskim stanowi problem systemowy, który od lat znajduje się w obszarze zainteresowania Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Krajowego Mechanizmu<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Zob. Wystąpienia generalne Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 maja 2016 r. i 29 lipca 2016 r., KMP.571.5.2016.

W wizytowanej placówce w 97 na łącznie 107 cel mieszkalnych liczba miejsc zakwaterowania ustalona została w oparciu o standard minimum 3 m<sup>2</sup> powierzchni *per capita*.

Zgodnie z rekomendacjami przedstawionymi przez Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), standard w zakresie minimalnej powierzchni mieszkalnej przypadającej na osobę osadzoną wynosi odpowiednio 6 m<sup>2</sup> w celi jednoosobowej oraz 4 m<sup>2</sup> w celi wieloosobowej<sup>11</sup>. Co więcej, zarówno długość, jak i szerokość każdej celi mieszkalnej wynosić powinna co najmniej 2 m, zaś wysokość pomieszczenia – nie mniej niż 2,5 m<sup>12</sup>.

Mimo wieloletnich zaleceń CPT, ustawodawca nie zdecydował się dotychczas na podjęcie prac legislacyjnych ukierunkowanych na dostosowanie krajowych przepisów określających minimalną powierzchnię mieszkalną w celi, przypadającą na każdą osobę osadzoną, do międzynarodowych standardów. Kodeks karny wykonawczy (k.k.w.) określa, że powierzchnia celi w przeliczeniu na osobę powinna wynosić minimum 3 m<sup>2</sup>. Podkreślenia wymaga także, iż w ww. ustawie enumeratywnie wskazano przypadki, kiedy dyrektor jednostki może umieścić czasowo skazanego w celi poniżej normy (więźniowi należy zapewnić wówczas nie mniej niż 2 m<sup>2</sup>)<sup>13</sup>. Na podstawie minimalnej normy powierzchni cel określonej w ustawie obliczana jest pojemność jednostek penitencjarnych.

Na powyższy problem uwagę zwrócił również Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT) w raporcie z wizyty w Polsce w 2018 r. W dokumencie wskazano, iż oficjalna pojemność cel w jednostkach penitencjarnych w Polsce nie jest obliczana zgodnie z europejskim minimalnym standardem przestrzeni życiowej, rekomendowanym przez CPT. SPT zalecił polskim władzom podniesienie minimalnego standardu powierzchni mieszkalnej w przeliczeniu na jednego więźnia do poziomu wskazywanego przez CPT. Należy również dokonać pod tym kątem ponownego przeglądu oficjalnej pojemności jednostek penitencjarnych<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Do metrażu nie wlicza się powierzchni kącika sanitarnego.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Zob. art. 110 § 2, 2a, 2b i 2c ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2023 r. poz. 127).

<sup>14</sup> Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, § 80-81.

Trzeba mieć też na uwadze, iż niezapewnienie minimalnego metrażu 4 m<sup>2</sup> w celi *per capita* prowadzić może do naruszenia art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i odpowiedzialności państwa przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w Strasburgu<sup>15</sup>.

Problem ten nadal pozostaje w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich i Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.

## **5.2. Wpływ programu „Nowoczesne Więziennictwo” na realizację podstawowych praw osób osadzonych**

W 2022 r. doszło do znaczącej nowelizacji przepisów kodeksu karnego wykonawczego<sup>16</sup>, stanowiącej element realizowanego przez Ministerstwo Sprawiedliwości programu „Nowoczesne Więziennictwo”. Zgodnie z założeniami twórców programu, przyjęte rozwiązania stanowić mają największą od ćwierćwiecza zmianę w polskim więziennictwie, a założenia projektu opierają się m.in. na: zmianie warunków korzystania przez skazanych z opieki zdrowotnej, wzmocnieniu bezpieczeństwa w zakładach karnych, lepszym wykszoleniu i skuteczności Służby Więziennej, zwiększeniu dostępności pracy dla osadzonych<sup>17</sup>. RPO już na etapie legislacyjnym przedstawiał liczne uwagi na temat proponowanych zmian, dotyczące m.in.: realizacji prawa osób pozbawionych wolności do składania skarg i wniosków, przeprowadzania kontroli osobistych wobec osadzonych, a także realizacji i prawa do obrony i kontaktu ze światem zewnętrznym<sup>18</sup>. W późniejszym czasie opiniował także projekty aktów wykonawczych do znowelizowanego kodeksu.

Z informacji uzyskanych w trakcie rozmów z osobami osadzonymi w wizytowanej jednostce wynika, że szczególnie dolegliwe są dla nich zmiany dotyczące warunków korzystania z samoinkasujących aparatów telefonicznych, zlokalizowanych w oddziałach mieszkalnych. Do czasu nowelizacji przepisów zarówno skazani, jak i tymczasowo aresztowani mieli bowiem prawo nawiązywania połączeń telefonicznych każdego dnia (w przypadku osób tymczasowo aresztowanych zgodę na to wydać musiał/y organ/y dysponujący/e). Nie istniał także ogólnie ustalony limit

---

<sup>15</sup> Zob. Wyrok Muršić przeciwko Chorwacji z dnia 20 października 2016 r. [Wielka Izba], skarga nr 7334/13.

<sup>16</sup> Zob. Ustawa z dnia 5 sierpnia 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2022, poz. 1855).

<sup>17</sup> Zob. <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/wchodzi-w-zycie-program-nowoczesne-wieziennictwo>.

<sup>18</sup> Zob. Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 listopada 2021 r., IX.022.1.2021, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-zmiany-kkw-kk-kpk-kontakty-rodzina-opinia-ms>.

czasu połączenia, jedynym zaś ograniczeniem było wprowadzenie limitu jednego połączenia dziennie.

Tymczasem na mocy nowo przyjętych przepisów k.k.w., które spowodowały konieczność wprowadzenia zmian w obowiązującym w Areszcie porządku wewnętrznym, kontakt telefoniczny osadzonych z bliskimi zredukowany został do jednokrotnego, maksymalnie 10-minutowego skorzystania z samoinkasującego aparatu telefonicznego w tygodniu (niezależnie od liczby połączeń zrealizowanych i niezrealizowanych).

Zgodnie zaś z § 11 pkt 6 porządku wewnętrznego osadzeni dodatkowo korzystać mogą raz w tygodniu z samoinkasującego aparatu telefonicznego do kontaktu z obrońcą, pełnomocnikiem będącym adwokatem lub radcą prawnym oraz przedstawicielem niebędącym adwokatem ani radcą prawnym, który został zaaprobowany przez Przewodniczącego Izby Europejskiego Trybunału Praw Człowieka do reprezentowania ich przed tym Trybunałem. Wspomnieć przy tym należy, iż osadzeni, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMPT, nie byli w stanie jednoznacznie wskazać zasad, częstotliwości i czasu przysługujących im połączeń telefonicznych. Przykładowo, niektórzy rozmówcy nie mieli świadomości, iż rozmowę z reprezentującym ich prawnikiem odbyć mogą poza limitem 10 minut tygodniowo przyznanym na poczet kontaktów z osobami bliskimi. Wskazywali, iż w ich ocenie muszą dokonać wyboru pomiędzy rozmową z obrońcą lub z członkami rodziny. **W związku z tym niezwykle istotne jest, aby informacje na temat zmian w porządku wewnętrznym jednostki przekazywać w sposób zrozumiały dla osób osadzonych.**

Zauważyć przy tym należy, iż wprowadzone na poziomie Zakładu zmiany w zakresie warunków korzystania z samoinkasujących aparatów telefonicznych pokrywają się z obawami zgłaszanymi przez Rzecznika Praw Obywatelskich. W przytoczonym powyżej wystąpieniu do Ministra Sprawiedliwości, RPO wskazał bowiem, iż minimalny standard jednej rozmowy telefonicznej tygodniowo zostanie przyjęty jako wystarczający w zdecydowanej większości jednostek penitencjarnych, jako że będzie realizował oczekiwania Służby Więziennej zmniejszenia obciążenia pracą funkcjonariuszy.

**Stąd też, w ocenie KMPT, Dyrektor Aresztu Śledczego w Bydgoszczy powinien podjąć działania umożliwiające zwiększenie częstotliwości korzystania przez osadzonych z samoinkasujących aparatów telefonicznych.**



W tym kontekście zasadne wydaje się przytoczenie stanowiska Stowarzyszenia Zapobiegania Torturom (APT), zgodnie z którym tortury i inne okrutne, nieludzkie lub poniżające traktowanie lub karanie, w prawie wszystkich przypadkach mają miejsce w tajemnicy. Dostęp osób pozbawionych wolności do prawników, lekarzy oraz kontakt z przyjaciółmi lub członkami rodziny tworzy bardziej otwarte środowisko przetrzymywania, które pomaga zapobiegać torturom i złemu traktowaniu. Zapewnienie zatrzymanym możliwości utrzymywania kontaktu z rodziną poprzez wizyty, rozmowy telefoniczne i korespondencję jest podstawowym prawem osadzonego, które dodatkowo może zapewniać mu istotne wsparcie i pomagać w ponownej integracji po zwolnieniu<sup>19</sup>.

Uwagę wizytujących zwróciły także dodatkowe restrykcje względem osadzonych, wdrożone na mocy decyzji Dyrektora Generalnego Służby Więziennej<sup>20</sup>. Zmiana praktyki postępowania z osobami przebywającymi w zakładach karnych i aresztach śledczych nie wynika wprost ze znowelizowanych przepisów k.k.w., niemniej jednak zdaje się realizować jeden z celów programu „Nowoczesne Więziennictwo”, którym jest zwiększenie bezpieczeństwa w jednostkach penitencjarnych. Z treści przytoczonego pisma wynika również, iż wszelkie wytyczne dotyczące funkcjonowania Służby Więziennej, zawarte w dokumencie, uzgodnione zostały uprzednio z kierownictwem Ministerstwa Sprawiedliwości.

W czasie prowadzonych czynności wizytujący dostrzegli zwłaszcza zmiany związane z prewencyjnym stosowaniem kajdanek poza celą mieszkalną, jako zasadą. Zgodnie z informacją przekazaną przez kierownictwo Aresztu, do czasu wizytacji z prewencyjnego stosowania kajdanek poza celą zwolniono ok. 50 osadzonych.

Przedstawiciele KMPT odnotowali także wprowadzenie stref funkcjonariusza i osadzonego w pomieszczeniach wychowawców, oddziałowych, terapeutów i psychologów. Drzwi wejściowe do wskazanych pomieszczeń wyposażone zostały w przeszklone otwory; taśmą na posadzce wydzielono linię, której nie wolno przekraczać osadzonym; osoby pozbawione wolności rozmowy prowadzą, siedząc na przytwierdzonych do ścian, opuszczanych, plastikowych siedziskach o wymiarach 32 x 23 cm. Personel doposażony został także w dodatkową instalację alarmowo-przyzywową. W ocenie Krajowego Mechanizmu, opisane powyżej warunki sprowadzają kontakt z każdym osadzonym, niezależnie od zindywidualizowanych

---

<sup>19</sup> Zob. Association for the Prevention of Torture - Legal Safeguards to Prevent Torture The Right of Access to Lawyers for Persons Deprived of Liberty; March 2010; APT.

<sup>20</sup> Zob. Pismo Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 6 kwietnia 2022 r., BDG.070.40.2022.KS.

przesłanek, do potencjalnego zagrożenia. Uniemożliwiają tym samym nawiązanie relacji opartej na elementarnym zaufaniu.

**Rozumiejąc konieczność zapewnienia bezpieczeństwa personelowi jednostki, KMPT zwraca uwagę, iż wielość wprowadzonych ograniczeń może utrudniać odpowiednią komunikację między osadzonymi a wychowawcami lub psychologami. Wszelkie decyzje zwiększające stopień dolegliwości związane z faktem pozbawienia wolności winny być poprzedzone wnikliwą analizą ryzyka w konkretnym przypadku, a podejmowane w jej następstwie kroki – proporcjonalne do poziomu rzeczywistego zagrożenia.**

### **5.3. Badanie lekarskie osób umieszczanych w jednostkach penitencjarnych oraz problem braku procedur w przypadku zgłoszenia tortur i dokumentowania obrażeń**

Nie każda osoba umieszczana w jednostce penitencjarnej poddawana jest badaniu lekarskiemu. Badani są tylko osadzeni przyjmowani „z wolności”, natomiast przetransportowani z innego zakładu karnego czy też aresztu śledczego, jedynie gdy zajdzie taka potrzeba.

Z informacji uzyskanych w trakcie wizytacji wynika, iż po przyjęciu do jednostki nowego osadzonego „z wolności”, w pierwszej kolejności wywiad z nim przeprowadza pielęgniarka, następnie pacjent badany jest przez lekarza, potem zaś wykonywane jest obligatoryjnie badanie radiologiczne klatki piersiowej, jako badanie zapobiegające szerzeniu się gruźlicy. Badanie na obecność wirusa HIV jest proponowane i każdorazowo osadzony wyraża zgodę, podpisując ją w tzw. książeczce zdrowia. W wyniku analizy wybranych książeczek zdrowia nowo przyjętych osadzonych ustalono, iż wszyscy zostali poddani wywiadowi pielęgniarskiemu i lekarskiemu.

Jak wynika z analizy dokumentacji medycznej prowadzonej w jednostce, w ciągu miesiąca poprzedzającego wizytację Krajowego Mechanizmu, do Aresztu przyjęto dwie osoby z widocznymi i stwierdzonymi obrażeniami. W pierwszym przypadku, po przeprowadzeniu badania przedmiotowego (fizykalnego) przy przyjęciu, wpisano: „otarcie naskórka przed uchem lewym; skaleczenie na twarzy”. Niemniej w opisie badania podmiotowego (wywiad lekarski) brak było jakichkolwiek informacji na temat obrażeń.

W drugim zaś przypadku, w dokumentacji pacjenta skierowanego do Szpitala AŚ ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w placówce wolnościowej, umieszczono zapis

o treści: „Przed dwoma dniami podaje pobicie, uraz latki piersiowej – złamanie żeber (...) i odma opłucnowa. (...)”. Natomiast w karcie informacyjnej SOR zapisano: „Wywiad: Dwa dni temu skopany przez policję – wg pacjenta”. Stwierdzone obrażenia nie zostały jednak udokumentowane przy pomocy fotografii lub tzw. map ciała. W wizytowanej jednostce nie prowadzi się także rejestru stwierdzanych obrażeń.

Według standardów SPT, wstępne badanie wszystkich osadzonych powinno odbywać się przy użyciu standardowego kwestionariusza, który oprócz ogólnych pytań o stan zdrowia powinien zawierać opis wszelkich niedawnych aktów przemocy stosowanych wobec nich. Lekarz powinien przeprowadzić pełne badanie lekarskie, w tym badanie całego ciała. Jeżeli lekarz ma powody, by sądzić, iż doszło do tortur lub innych form złego traktowania, powinien niezwłocznie powiadomić właściwe organy. To samo dotyczy obrażeń odniesionych w zakładzie karnym. Ponadto Podkomitet przypomina zalecenie CPT, aby wprowadzić procedury w celu zapewnienia, by zawsze, gdy odnotowane obrażenia odpowiadają doniesieniom osadzonego o niewłaściwym traktowaniu (albo które nawet w przypadku braku doniesień wskazują na takie traktowanie), były systematycznie przekazywane do wiadomości właściwym organom, niezależnie od życzenia osadzonego. Wyniki tych badań powinny być także dostępne dla osadzonego, którego dotyczą, oraz jego prawnika<sup>21</sup>.

Nadal aktualny pozostaje także postulat KMPT wyrażany w kolejnych raportach rocznych od 2016 r., dotyczący konieczności przyjęcia przez Służbę Więzienną procedur określających sposób postępowania i dokumentowania obrażeń, gdy więzień zgłosi, że padł ofiarą tortur lub przemocy lub gdy zachodzi podejrzenie stosowania tortur lub przemocy wobec więźnia<sup>22</sup>. W 2019 r. Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się w tej kwestii do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej. Prowadzona z zastępcą Dyrektora Generalnego Służby Więziennej polemika nie przyniosła jednak oczekiwanego przez KMPT rezultatu<sup>23</sup>.

Podkreślenia wymaga także, że przedstawiciele personelu medycznego, z którymi rozmawiali wizytujący, nie znali treści Protokołu stambulskiego czyli Podręcznika skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego

---

<sup>21</sup> Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, § 106 i 107.

<sup>22</sup> Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r., 2019 r., 2020 i 2021 r.

<sup>23</sup> Tamże.

okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, będącego oficjalnym dokumentem ONZ<sup>24</sup>.

Protokół stambulski zawiera m.in. standardy międzynarodowe w zakresie ochrony praw człowieka i prewencji tortur oraz wskazówki dotyczące prowadzenia skutecznych dochodzeń w sprawach o tortury, np. w zakresie metodyki przesłuchań ofiary i świadka, pozyskiwania i zabezpieczania dowodów rzeczowych (w tym dowodów natury medycznej), informacji, które należy pozyskać w toku śledztwa, gromadzenia i analizowania dokumentacji. Zwraca też uwagę na psychiczne skutki tortur i ryzyko retraumatyzacji ofiary. Protokół ten wskazuje również, w jaki sposób należy dokumentować wszelkie urazy poprzez nanoszenie ich na tzw. mapy ciała.

Należy mieć także na uwadze, iż wstępne badania medyczne, jak również właściwa procedura postępowania i dokumentowania obrażeń osadzonych, którzy stali się ofiarą tortur lub przemocy, chronią także samych funkcjonariuszy przed fałszywymi zarzutami dotyczącymi stosowania przemocy w danej jednostce penitencjarnej.

#### **5.4. Transport więźniów wymagających specjalistycznej opieki lekarskiej**

Zgodnie z art. 115 § 4 k.k.w., świadczenia zdrowotne udzielane są skazanemu przede wszystkim przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności. W kontekście przeprowadzonej wizytacji szczególną uwagę zwraca fakt, iż w Szpitalu Aresztu Śledczego w Bydgoszczy funkcjonuje jedyny w skali kraju więzienny oddział chirurgii ogólnej. Zgodnie z informacją przekazaną przez dyrektora placówki, zakres wykonywanych zabiegów jest ograniczony, gdyż Szpital nie dysponuje oddziałem intensywnej opieki medycznej, nie ma także możliwości leczenia pacjentów, którzy wymagają leczenia respiratorem. Niemniej w 2022 r. (do czasu wizytacji) w Szpitalu wykonano 132 zabiegi chirurgiczne w znieczuleniu ogólnym i 78 w znieczuleniu miejscowym.

Tryb zgłaszania do zabiegów planowych w oddziale chirurgii został wypracowany i odbywa się w formie pisemnej. Z informacji przekazanych w czasie

---

<sup>24</sup> Zob. <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>.

wizytacji wynikało, iż czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału wynosił ok. 5 miesięcy<sup>25</sup>.

Przedstawiciele KMPT poinformowani zostali, że pomimo opracowania listy zabiegów operacyjnych możliwych do przeprowadzenia w warunkach oddziału chirurgii ogólnej, zdarzają się przypadki przywożenia do Szpitala AŚ w Bydgoszcy z innych jednostek, czasem bardzo odległych, osadzonych w stanie zdrowia średnio ciężkim i ciężkim, bez wcześniejszego uzgodnienia. Osoby te wymagają często pilnego leczenia w pozawięziennych placówkach ochrony zdrowia i wówczas kierowane są do bydgoskich szpitali. Wziąwszy pod uwagę przede wszystkim dobro pacjentów i konieczność zapewnienia im adekwatnej opieki medycznej w możliwie najkrótszym czasie, w ocenie KMPT leczenie osadzonych w stanach nagłych powinno być realizowane w placówkach wolnościowych, zlokalizowanych najbliższej jednostki penitencjarnej, w której są osadzeni. Nie bez znaczenia pozostaje także fakt, iż konwoje, w szczególności z odległych zakładów karnych i aresztów śledczych, generują znaczne koszty pokrywane ze środków publicznych. Stanowią także dodatkowe obciążenie dla funkcjonariuszy.

**Wskazana kwestia pozostaje w zainteresowaniu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. Jednocześnie KMPT zwraca się do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z prośbą o udzielenie informacji, czy na poziomie centralnym prowadzone są działania ukierunkowane na rozwiązanie problemu systemowego, polegającego na nieuzasadnionym konwojowaniu do szpitali więziennych pacjentów, którym placówki te nie będą w stanie zapewnić odpowiedniego leczenia.**

### **5.5. Osadzenie w jednostkach penitencjarnych więźniów ciężko chorych**

Podczas wizytacji zakładów karnych i aresztów śledczych przedstawiciele KMPT niejednokrotnie spotykali osadzonych w bardzo złym, nierokującym poprawy stanie zdrowia. W ocenie Krajowego Mechanizmu detencja tej kategorii osób nie znajduje uzasadnienia, a z uwagi na brak dostępu do odpowiednich oddziaływań medycznych, w tym terapii paliatywnej<sup>26</sup>, dalsze przebywanie w warunkach izolacji penitencjarnej może eskalować do nieludzkiego lub poniżającego traktowania.

---

<sup>25</sup> Na zabieg operacyjny w Szpitalu AŚ w Bydgoszcy oczekiwało łącznie 168 osób w różnych jednostkach penitencjarnych w całym kraju.

<sup>26</sup> Jedyne w strukturze Służby Więziennej Oddział dla Osób Przewlekłe Chorych znajduje się w Zakładzie Karnym w Czarnem.

Na powyższy problem uwagę zwracał także Rzecznik Praw Obywatelskich, którego przedstawiciele zbadali na miejscu, w zakładach karnych i aresztach śledczych, sytuację osób ciężko chorych lub wymagających świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych<sup>27</sup>. Na kanwie wniosków wynikających z przeprowadzonych wizytacji, RPO skierował wystąpienie do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej<sup>28</sup>. Analiza zebranego materiału pozwoliła na wyodrębnienie trzech grup osadzonych, którzy wymagają szczególnego traktowania:

Grupa I – chorzy w stanie terminalnym, u których choroba spowodowała postępujące, poważne i trwałe pogorszenie stanu zdrowia i istnieje uzasadnione medycznie przekonanie, że leczenie będzie nieskuteczne.

Grupa II – chorzy, którzy wymagają dalszego specjalistycznego leczenia, a więzienna służba zdrowia nie jest w stanie zapewnić im odpowiednich świadczeń medycznych z uwagi na brak miejsc w szpitalu więziennym lub wąski zakres świadczonych usług.

Grupa III – osoby niesamodzielne, wymagające świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych, najczęściej w związku z głębokim zespołem otępiennym, dla których pobyt w warunkach więziennych nie stanowi zagrożenia dla zdrowia i życia, ale stan ich zdrowia uniemożliwia osiągnięcie celów kary, o których mowa w art. 67 k.k.w. Kara spełnia wówczas jedynie cel sprawiedliwościowy i izolacyjny.

Rzecznik wskazał przy tym, iż przepisy prawa krajowego, a zwłaszcza art. 153 § 1 w zw. z art. 150 § 1 k.k.w., stanowią przesłankę do obligatoryjnego udzielenia przerwy w karze w wypadku choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby uniemożliwiającej wykonywanie tej kary. Przede wszystkim jednak zarówno dyrektorzy jednostek penitencjarnych, którzy uprawnieni są do składania wniosków o udzielenie przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności, jak i sądy penitencjarne orzekające w tym przedmiocie powinny kierować się generalną zasadą humanitaryzmu wyrażoną w art. 4 k.k.w.

W kontekście wizytowanej jednostki uwagę wizytujących zwrócił fakt, iż personel lekarski sprawujący opiekę nad pacjentami w Szpitalu AŚ i Ambulatorium realizuje, co do zasady, w sposób właściwy obowiązek wynikający z art. 118 § 1 k.k.w. Na mocy

---

<sup>27</sup> W dniach 18-28 lutego 2019 r. pracownicy Biura RPO udali się do następujących jednostek penitencjarnych: Areszt Śledczy w Gdańsku, Areszt Śledczy w Radomiu, Zakład Karny w Czarnem, Zakład Karny Nr 2 w Łodzi, Zakład Karny w Rawiczu, Zakład Karny w Siedlcach.

<sup>28</sup> Zob. Pismo z dnia 22 marca 2019 r., IX.517.532.2019.JN.

wskazanego przepisu, w wypadku gdy wykonywanie kary pozbawienia wolności może zagrażać życiu skazanego lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo, dyrektor zakładu karnego, na wniosek lekarza, niezwłocznie powiadamia o tym sędziego penitencjarnego.

Z analizy prowadzonej dokumentacji wynika, iż w 2021 r. wydano 47 świadectw lekarskich o stanie zdrowia osób pozbawionych wolności, z czego 14 z wnioskiem, iż pacjent nie może być leczony w zakładzie karnym. Na tej podstawie sąd penitencjarny udzielił 11 przerw w odbywaniu kary. Od początku 2022 r. do czasu wizytacji wydano łącznie 59 świadectw lekarskich, z czego 12 z wnioskiem o braku możliwości dalszego leczenia w warunkach zakładu karnego, a 9 osadzonych uzyskało przerwy w odbywaniu kary.

Nie zmienia to jednak faktu, iż pomimo przytoczonych powyżej norm prawnych, w więzieniach w dalszym ciągu przebywają osadzeni w bardzo złym stanie zdrowia. W tym kontekście podkreślenia wymaga, że od początku 2020 r. do dnia rozpoczęcia wizytacji, w Areszcie Śledczym w Bydgoszczy zmarło łącznie 27 osób, z czego 10 – w przebiegu rozsialego procesu nowotworowego. Problem ten pozostaje w zainteresowaniu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.

## **5.6. Standard dotyczący liczby psychologów penitencjarnych**

W wizytowanej jednostce, w dziale penitencjarnym zatrudnionych jest czworo psychologów, z czego dwie osoby przebywają na długotrwałym zwolnieniu lekarskim, a jedna pełniła czasowo służbę w dziale ochronnym. Natomiast w działającym w jednostce Ośrodku Diagnostycznym zatrudnionych jest 3 psychologów – funkcjonariuszy SW oraz psycholog niebędący funkcjonariuszem, zatrudniony w wymiarze 0,3 etatu. W tym kontekście zauważyć należy, iż w czasie wizytacji w Ośrodku Diagnostycznym przebywało tylko 4 osadzonych. Z uzyskanych informacji wynika także, że pomimo informacji udzielonej przez kierownictwo placówki, psychologowie pracujący w Ośrodku nie udzielali wsparcia osobom przebywającym w oddziałach ogólnych.

W trakcie wizytacji przedstawiciele Krajowego Mechanizmu rozmawiali z pacjentem operowanym z powodu samouszkodzenia, polegającego na połknięciu trzech zapalniczek. Przy przyjęciu do Szpitala mężczyzna nie umiał podać przyczyn swojego zachowania. Po zabiegu osadzony skonsultowany został przez psychiatrę, który zalecił rozpoczęcie terapii psychologicznej. Niemniej, z uwagi na fakt, iż w

Szpitalu nie jest zatrudniony psycholog, a w Areszcie brak jest psychologów klinicznych, realizacja powyższego zalecenia lekarskiego jest w praktyce niemożliwa.

Od 2016 r. KMPT podnosi postulat zwiększenia liczby psychologów zatrudnionych w jednostkach penitencjarnych. W opinii Krajowego Mechanizmu opieka psychologiczna w więzieniach nie jest wystarczająca, a wyznaczony standard (jeden psycholog na 200 osadzonych) przekłada się na niską efektywność oddziaływań psychologicznych<sup>29</sup>. Wśród tak licznej grupy osób psychologowie nie są w stanie wykonywać swoich obowiązków.

Jak podkreśla w swoim raporcie Najwyższa Izba Kontroli, „bardzo duża liczba osadzonych przypadająca na jednego psychologa, skutkuje ograniczoną możliwością, nawet pilnego, badania osoby zgłaszającej myśli samobójcze, czy też objęcie opieką i przygotowanie zaleceń dla osób objętych kartą OZS. Wątpliwości te dotyczą także realnej możliwości udzielenia pomocy osobom potrzebującym, choćby w ramach interwencji kryzysowej”<sup>30</sup>.

Za szczególnie istotne uznać należy zapewnienie adekwatnego wsparcia psychologicznego osadzonym należącym do tzw. grup wrażliwych, w tym osobom z niepełnosprawnościami czy cudzoziemcom. Z uzyskanych informacji, popartych analizą dokumentacji, wynika, że w wizytowanej jednostce osoby należące do grup wrażliwych nie są konsultowane przez psychologa lub kontakt ten jest sporadyczny. Dzieje się tak nawet w sytuacjach, gdy sam osadzony zgłasza potrzebę uzyskania wsparcia. W jednym z analizowanych przypadków mężczyźnie deklarującemu niepełnosprawność intelektualną, będącemu w złym stanie psychicznym, nie udało się spotkać z psychologiem przez około 2 miesiące, pomimo zgłaszania potrzeby uzyskania tego typu wsparcia. Podkreślenia wymaga także, że informacja dotycząca szczególnie trudnej sytuacji osadzonego znana była zarówno personelowi psychologicznemu (mężczyzna był już wcześniej konsultowany), jak i dyrektorowi jednostki, który nakazał umieszczenie go w celi, w której współwięźniowie nie będą zagrażali jego bezpieczeństwu.

---

<sup>29</sup> Zob. Zarządzenie Nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 3 pkt 2.

<sup>30</sup> Najwyższa Izba Kontroli, Informacja o wynikach kontroli, bezpieczeństwo osadzonych, KPB.430.002.2020, Nr ewid. 52/2020/P/19/040/KPB, s. 58.



**Krajowy Mechanizm zaleca zatem zwiększenie liczby psychologów pracujących w Areszcie, w tym zatrudnienie psychologa klinicznego.**

### **5.7. Aktywność osób tymczasowo aresztowanych**

Zgodnie z informacjami zawartymi w Wykazie pomieszczeń w budynkach mieszkalnych, w oddziałach mieszkalnych Aresztu Śledczego w Bydgoszczy dostępnych są łącznie 4 świetlice, wyposażone w telewizory, stoły do tenisa stołowego oraz ściennie drążki treningowe. Tymczasowo aresztowani większość czasu spędzają w celach mieszkalnych (23 godziny dziennie). Przez godzinę dziennie mogą korzystać ze spaceru lub świetlicy. Mogą także wypożyczać książki z zakładowej biblioteki. Z uzyskanych informacji wynika, że równie uboga oferta występuje w przypadku osób skazanych, dlatego też **KMPT rekomenduje zwiększenie liczby zajęć kulturalno-oświatowych.**

Z obserwacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur wynika, iż w większości wizytowanych jednostek penitencjarnych działalność kulturalno-oświatowa ogranicza się w znacznej mierze do możliwości korzystania przez osadzonych ze świetlic. Poza tym nie ma właściwie żadnych innych zajęć, które prowadzone byłyby dla tymczasowo aresztowanych poza celami mieszkalnymi. W dalszym ciągu aktualne pozostają zatem postulaty zawarte w raporcie tematycznym KMPT dotyczącym sytuacji osób pozbawionych wolności przebywających w oddziałach dla tymczasowo aresztowanych oraz oddziałach terapeutycznych<sup>31</sup>.

KMPT podkreśla, że zapewnienie osadzonym aktywności fizycznej nie tylko wpływa na ich dobre samopoczucie, ale stanowi istotny czynnik rozładowania napięć i przeciwdziałania agresji. Szczególne istotne są zajęcia na świeżym powietrzu pozwalające zintensyfikować wysiłek.

Problem ten akcentował także CPT, zwracając 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 min. godziny dziennie) i skorzystania ze świetlicy (do godziny, kilka razy w tygodniu)<sup>32</sup>. CPT wezwał polskie władze do podjęcia zdecydowanych działań w celu opracowania programów aktywności dla osób

---

<sup>31</sup> Raport dostępny jest na stronie internetowej: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/wizytacje-krajowego-mechanizmu-prewencji-oddzialow-terapeutycznych>.

<sup>32</sup> Tamże, § 72.

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.<sup>33</sup> Pomimo wydanych rekomendacji, władze krajowe nie wprowadziły dotychczas postulowanych zmian.

Z kolei SPT zauważa, że programy oddziaływań dla więźniów odgrywają ważną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa i dobrego samopoczucia zarówno osadzonych, jak i personelu. Wymuszona bezczynność zwiększa napięcie w więzieniu i może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia i dobrostanu psychicznego osób pozbawionych wolności, a także dla przyszłej reintegracji po opuszczeniu zakładu.

Skrajna i wymuszona całkowita nieaktywność w dłuższym okresie może stanowić nieludzkie traktowanie<sup>34</sup>. Podobnie kwestia ta została przedstawiona w Europejskich Regułach Więziennych, które wspominają, że rygor panujący w jednostkach penitencjarnych powinien pozwalać więźniom na spędzanie jak największej liczby godzin w ciągu dnia poza ich celą dla zapewnienia właściwego poziomu ludzkich i społecznych interakcji (reguła 25.2).

## **6. Obszary wymagające poprawy**

### **6.1. Materialne warunki detencji**

W ocenie przedstawicieli Krajowego Mechanizmu, warunki bytowo-sanitarne w wizytowanej jednostce nie odbiegają standardem od innych zakładów karnych i aresztów śledczych funkcjonujących w Polsce. Osadzeni zakwaterowani są w maksymalnie 8-osobowych celach mieszkalnych.

Wizytujący pozytywnie odnieśli się do przedstawionych przez dyrektora Aresztu informacji na temat podejmowanych w jednostce inwestycji ukierunkowanych na poprawę materialnych warunków detencji, m.in. budowy 12 nowych placów spacerowych czy instalacji paneli fotowoltaicznych.

Niemniej jednak, zdaniem KMPT, w jednostce konieczne są dalsze prace remontowe, w celu poprawy standardu życia osób w niej osadzonych. W trakcie

---

<sup>33</sup> Tamże, § 73. Zobacz również uwagi SPT, CAT/OP/POL/ROSP/1, § 86-91.

<sup>34</sup> Raport SPT z wizyty w Beninie, CAT/OP/BEN/1, § 273.

oglądu pomieszczeń przedstawiciele Krajowego Mechanizmu dostrzegali m.in. ubytki w tynku i farbie na ścianach w celach mieszkalnych i świetlicach. W czasie prowadzonych rozmów sygnalizowano również przejściowe problemy z dostępem do ciepłej wody w celach mieszkalnych i awarie instalacji elektrycznej. Podkreślenia wymaga także, iż w części cel mieszkalnych po zewnętrznej stronie okien zamontowane są tzw. blindy, czyli półprzezroczyste płyty maskujące kraty. Stąd też w tych celach dostęp do naturalnego światła był ograniczony.

Zgłaszane przez osadzonych uwagi znalazły potwierdzenie w pisemnej informacji przekazanej przez Dział Kwatermistrzowski AŚ w Bydgoszczy. Jak wskazano, „awarie instalacji wodnej zdarzają się 1 raz na miesiąc, a awarie urządzeń doprowadzających wodę do cel 1 raz na tydzień i wynikają one z dewastacji tych urządzeń przez osadzonych. Instalacja wodna wymaga modernizacji w celu zmniejszenia jej awaryjności. Usterki elektryczne występują 2 razy w tygodniu i też wynikają z dewastacji instalacji i urządzeń elektrycznych przez osadzonych”. Administracja placówki zadeklarowała, iż zgłaszane awarie usuwane są niezwłocznie.

Z przekazanych informacji wynika również, iż zgodnie z przeprowadzanymi cyklicznie pomiarami oświetlenia, w celach mieszkalnych utrzymuje się ono na poziomie 100–200 lx. Dodatkowo w dwóch oddziałach mieszkalnych zainstalowano oświetlenie typu LED, z zabezpieczeniem przeciwko uszkodzeniu urządzeń przez osadzonych. Kierownictwo jednostki otrzymało także środki finansowe na kontynuację prac modernizacyjnych w tym zakresie, w kolejnych dwóch oddziałach mieszkalnych.

**Krajowy Mechanizm docenia, iż w odpowiedzi na zgłoszone w czasie wizytacji uwagi dotyczące zaobserwowanych usterek technicznych, już dzień po zakończeniu wizytacji wymieniono lampy sufitowe w dwóch celach mieszkalnych, o czym drogą pisemną poinformowano wizytujących. Niezależnie od powyższego, KMPT zaleca modernizację sieci wodociągowej i bieżące usuwanie występujących w Areszcie awarii.**

W kontekście tzw. blind Krajowy Mechanizm zwraca uwagę, iż w zaleceniach Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu po wizycie w Polsce w 2017 r. skierowanych do strony polskiej, Komitet jasno wskazał, iż tego rodzaju rozwiązania są w większości przypadków niepotrzebne. Ograniczają bowiem osadzonym możliwość wyglądania na zewnątrz, dostęp w odpowiedniej ilości do naturalnego światła i świeżego powietrza. CPT zalecił polskim władzom usunięcie paneli maskujących i, jeżeli jest to rzeczywiście

konieczne, zastąpienie ich rozwiązaniami umożliwiającymi dostęp naturalnego światła i świeżego powietrza do cel w odpowiedniej ilości<sup>35</sup>.

**Mając to na uwadze, KMPT rekomenduje usunięcie blind z okien w celach mieszkalnych i, jeżeli jest to uzasadnione względami bezpieczeństwa, wprowadzenie innych rozwiązań spełniających wskazane powyżej standardy.**

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali także oglądu nowo powstających 12 placów spacerowych. Uwagę wizytujących zwrócił fakt, iż w ramach toczących się prac zbudowano od podstaw osłonięte ze wszystkich stron wysokim, betonowym murem boksy. Place posiadają fragmentaryczne zadaszenie.

W ocenie CPT place spacerowe znajdujące się na świeżym powietrzu powinny być nie tylko przestronne, ale także powinny dawać schronienie przed niepogodą<sup>36</sup>. Daje to gwarancję, że osadzeni będą mogli korzystać z przysługujących im aktywności na świeżym powietrzu też podczas opadów atmosferycznych lub zbyt intensywnego nasłonecznienia. Dodatkowo powinno się umożliwić osadzonym odbycie codziennych ćwiczeń na zewnątrz w warunkach, które umożliwią im wysiłek fizyczny. Co więcej, pożądane jest także, aby osadzeni mieli podczas spaceru widok na przestrzeń zewnętrzną, otaczającą plac spacerowy<sup>37</sup>.

**Mając świadomość, iż prowadzone prace remontowe są na ukończeniu i brak jest możliwości wprowadzenia zmian konstrukcyjnych, KMPT zaleca dostosowanie placów spacerowych do potrzeb osadzonych, gwarantujące odpowiednią cyrkulację powietrza i dopływ naturalnego światła, jak również możliwość wykonywania ćwiczeń fizycznych na świeżym powietrzu.**

Kolejną kwestią wymagającą poprawy jest, w ocenie Krajowego Mechanizmu, ubogie wyposażenie świetlic w oddziałach mieszkalnych, gdzie znajdują się telewizory, stoły do tenisa stołowego oraz ścienne drążki treningowe.

Należy podkreślić, że CPT, wizytując wybrane jednostki penitencjarne w 2017 r., także zwracał uwagę na niewystarczające w ocenie Komitetu wyposażenie świetlic w oddziałach mieszkalnych. CPT rekomendował polskim władzom, by podjęły kroki mające na celu odpowiednie wyposażenie świetlic w oddziałach mieszkalnych.

---

<sup>35</sup> Zob. Raport z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 69.

<sup>36</sup> Zob. Raport CPT z 1991 r. CPT/Inf (92) 3, § 48.

<sup>37</sup> Zob. Raport z wizyt w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 74.

**Ze względu na powyższe Krajowy Mechanizm rekomenduje sukcesywne doposażanie świetlic w oddziałach mieszkalnych o sprzęty i gry, które pozwolą urozmaicić osadzonym spędzany w nich czas.**

## **6.2. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z ograniczoną mobilnością**

Przedstawiciele KMPT każdorazowo sprawdzają poziom dostosowania wizytowanych placówek do potrzeb osób z ograniczoną mobilnością. Trzeba mieć przy tym na uwadze, iż ograniczenia w poruszaniu nie muszą wynikać ze stwierdzonej niepełnosprawności, mogą być także wynikiem przejściowych kontuzji lub naturalnego procesu starzenia. **Stąd też istotne jest podejmowanie przez kierownictwo jednostki wysiłków na rzecz usuwania występujących na terenie Zakładu barier architektonicznych.**

W świetle obowiązujących przepisów prawa krajowego jednostka penitencjarna powinna zapewnić każdemu osadzonemu, także osadzonemu z niepełnosprawnością ruchową, warunki adekwatne do jego stanu zdrowia. Obowiązek ten wynika m.in. z art. 97 § 2 k.k.w., który stanowi, że wykonywanie kary pozbawienia wolności musi być dostosowane do potrzeb więźnia w zakresie leczenia, higieny i warunków sanitarnych.

W tym kontekście zauważyć także należy, iż zgodnie z Załącznikiem do Zarządzenia nr 85/21 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 29 grudnia 2021 r. w sprawie określenia przeznaczenia zakładów karnych i aresztów śledczych, Areszt Śledczy w Bydgoszczy wyznaczony został do osadzania tymczasowo aresztowanych i skazanych (z podgrupą klasyfikacyjną R-1) poruszających się na wózku inwalidzkim. Tym samym jednostka powinna zostać w pełni dostosowana do potrzeb wskazanej grupy osadzonych.

Z kolei Europejski Trybunał Praw Człowieka podkreśla w swym orzecznictwie, że w sytuacji, kiedy władze decydują się pozbawić wolności osobę z niepełnosprawnością, powinny zagwarantować warunki odpowiadające jej szczególnym potrzebom<sup>38</sup>.

Podczas prowadzonych czynności, wizytujący dokonali oglądu jedynej na terenie Aresztu, zlokalizowanej w Ambulatorium, celi mieszkalnej przeznaczonej dla osób poruszających się na wózku. W pomieszczeniu przebywało trzech osadzonych. W ocenie KMPT, przyjęte rozwiązania architektoniczne jedynie pozornie zwiększały

---

<sup>38</sup> Zob. Wyrok ETPCz z dnia 10 lipca 2001 r. w sprawie Price przeciwko Wielkiej Brytanii, skarga nr 33394/96.

dostępność celi i kąpika sanitarnego do potrzeb zamieszkujących w niej osób. Mowa tu zwłaszcza o: niewłaściwym usytuowaniu uchwytów, przez co osadzony musiał oprzeć się na umywalce, aby skorzystać z toalety; braku rzeczywistej możliwości zamknięcia drzwi do kąpika sanitarnego przez osobę poruszającą się na wózku; braku możliwości skorzystania ze znajdujących się w kąpiku sanitarnym lustra i półki na przybory przez osoby poruszające się przy pomocy kul ortopedycznych i na wózku, z uwagi na ich zbyt wysokie umiejscowienie. Szczególnie niepokojący był fakt, iż osadzeni ze stwierdzonymi, poważnymi schorzeniami kręgosłupa spali na trzyczęściowych, więziennych materacach, które rozsuwały się pod wpływem ruchu, powodując przy tym znaczny dyskomfort.

Z uwagi na znaczną dolegliwość wynikającą z przytoczonych powyżej rozwiązań, delegacja KMPT przekazała dyrektorowi Aresztu Śledczego swoje spostrzeżenia w tym zakresie już podczas wizytacji. Należy przy tym pozytywnie ocenić fakt, iż w odpowiedzi na zgłoszone uwagi, już 14 października 2022 r. przedstawicielom Krajowego Mechanizmu przekazano notatkę służbową, z której wynika, że w celi przeznaczonej dla osadzonych poruszających się na wózkach:

- zamontowano półkę na przybory, na wysokościach dostosowanych dla osób poruszających się przy pomocy kul ortopedycznych i na wózku;
- na drzwiach do ubikacji zamontowano uchwyt umożliwiający ich zamknięcie przez osobę poruszającą się na wózku;
- wymieniono trzyczęściowe materace więzienne na materace szpitalne;
- zamontowano lustro na dwóch wysokościach;
- zamontowano uchwyty przy umywalce.

Jednocześnie wizytujący otrzymali sygnały dotyczące występujących w jednostce barier architektonicznych, skutkujących koniecznością przenoszenia osadzonych poruszających się na wózku do pomieszczeń, w których odbywają się posiedzenia sądu i widzenia, przez współwięźniów. Brak odpowiedniego dostosowania jednostki ograniczał im także możliwość korzystania ze spacerów i zajęć prowadzonych na świetlicy.

**W związku z tym KMPT zaleca podjęcie przez dyrektora Aresztu dalszych działań zmierzających do maksymalnego zwiększenia dostępności jednostki do**

## **potrzeb osób z ograniczoną mobilnością, w tym poruszających się przy pomocy kul ortopedycznych lub na wózku.**

Szczegółowe zalecenia dotyczące dostosowania pomieszczeń i przestrzeni do potrzeb osadzonych z niepełnosprawnościami zostały przedstawione w raporcie KMPT „Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną. Raport z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur”. Zostały one opracowane w porozumieniu z Fundacją Polska Bez Barrier<sup>39</sup>.

### **6.3. Opieka medyczna**

#### **6.3.1. Formalne aspekty świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom pozbawionym wolności w Areszcie Śledczym w Bydgoszczy**

Opieka medyczna w Areszcie Śledczym w Bydgoszczy realizowana jest w ramach Ambulatorium z Izbą Chorych zarejestrowanego przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego dla działalności Poradni lekarza POZ, Izby chorych (4 łóżka), Poradni Stomatologicznej, jak również Szpitala z Izbą Przyjęć z Oddziałami: Wieloprofilowym Zachowawczym (30 łóżek), Chirurgii Ogólnej wraz z Pododdziałem Laryngologii (50 łóżek) i blokiem operacyjnym, Oddziałem Otolaryngologii (20 łóżek), Oddziałem Ginekologiczno-położniczym (18 łóżek) z blokiem operacyjnym i salą porodową. W strukturze Szpitala znajdują się także: Apteka zakładowa, Zakład Diagnostyki Obrazowej, Laboratorium Analityczne, Pracownie EKG i badań endoskopowych, Poradnia Rehabilitacyjna, Pracownia Fizykoterapii, Poradnie: Okulistyczna, Dermatologiczna, Radiologiczna, Neurologiczna, Psychiatryczna, Urologiczna, Ortopedyczna, Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej, Otolaryngologii, Ginekologiczno-położnicza i Neonatologiczna oraz Poradnie lekarza POZ w Oddziale Zewnętrznym AŚ w Bydgoszczy-Fordonie i w Oddziale Zewnętrznym AŚ w Strzelewie<sup>40</sup>.

Przedstawiona rejestracja wykracza poza zakres Statutu Szpitala i Ambulatorium z Izbą Chorych nadanego Zarządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2021r. W Statucie nie uwzględniono bowiem Oddziału Otolaryngologicznego, ponadto w rejestracji występują inne niż faktycznie liczby łóżek w Oddziale Chirurgii Ogólnej i w izbach chorych.

---

<sup>39</sup> Raport dostępny jest na stronie internetowej KMPT, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnoscia-fizyczna-i-sensoryczna-raport-z>.

<sup>40</sup> Oddział ginekologiczno-położniczy oraz poradnie: ginekologiczno-położnicza i neonatologiczna zlokalizowane są na terenie Zakładu Karnego w Grudziądzu.

**Z uwagi na powyższe wskazane jest dokonanie uwzględniającej stan faktyczny korekty w zapisach Statutu Szpitala i jego rejestracji.**

### **6.3.2. Warunki bytowe w Szpitalu i Ambulatorium**

Ambulatorium Aresztu Śledczego w Bydgoszczy mieści się na parterze budynku mieszkalnego i składa się z pomieszczeń gabinetu przyjęć pacjentów, gabinetu zabiegowego, gabinetu stomatologicznego, dwóch izb chorych (jedna jednoosobowa, druga przewidziana dla 3 osób poruszających się na wózkach). Stan pomieszczeń Ambulatorium i ich wyposażenia nie budzi zastrzeżeń, poza brakami stwierdzonymi w celi mieszkalnej dla osób poruszających się na wózku, opisanymi w pkt 6.2 niniejszego raportu.

Szpital AŚ zlokalizowany jest w oddzielnym trzykondygnacyjnym budynku, na parterze którego znajduje się Izba Przyjęć, Pracownia radiologiczna, pracownia endoskopowa oraz 2 pomieszczenia Izby Chorych (łącznie 10 łóżek) – w miejscu dawnego Oddziału Laryngologicznego. Na pierwszym piętrze znajduje się Oddział Wieloprofilowy Zachowawczy z 30 łóżkami oraz blok operacyjny. Na piętrze drugim zaś zlokalizowany jest Oddział Chirurgii Ogólnej, posiadający 40 łóżek.

Budynek Szpitala został poddany generalnemu remontowi ponad 15 lat temu. W trakcie inspekcji pomieszczeń szpitalnych zauważono zacieki na suficie i łuszczenie się farby i tynku, co zgodnie z przekazanymi informacjami, jest prawdopodobnie wynikiem awarii systemu kanalizacji na wyższej kondygnacji.

**W związku z tym KMPT zaleca przeprowadzenie koniecznych prac remontowych w pomieszczeniach szpitalnych i usunięcie występujących awarii.**

Szpital i Ambulatorium są wyposażone w niezbędny sprzęt medyczny, który przechodzi okresową kontrolę techniczną. Z przekazanych przez dyrektora Szpitala informacji wynika, że najpilniejszym zakupem jest unit stomatologiczny, bo obecnie posiadany jest częściowo niesprawny, w związku z czym niemożliwe jest wdrożenie leczenia stomatologicznego zachowawczego. **Z uwagi na powyższe, Krajowy Mechanizm rekomenduje zakup nowego unitu stomatologicznego.**

### **6.3.3. Obsada etatowa oraz tryb udzielanych świadczeń zdrowotnych**

Szpital i Ambulatorium zarządzane są przez Dyrektora. Funkcję tę od 2020 r. pełni lekarz – specjalista z zakresu chirurgii i onkologii, który jest jednocześnie jedynym funkcjonariuszem Służby Więziennej wśród kadry lekarskiej. Pozostali lekarze



zatrudnieni są na podstawie umów cywilnoprawnych (11 osób, w łącznym wymiarze 5,2 etatu) lub na kontraktach (13 kontraktów, w tym kontrakt na dyżury nocne i świąteczne pełnione w Szpitalu). Personel średni zaś złożony jest w większości z funkcjonariuszy i funkcjonariuszek SW, w służbie pozostaje bowiem 18 na 22 pielęgniarki oraz 6 spośród 7 ratowników medycznych.

Zgodnie z informacją otrzymaną od dyrektora Szpitala, w czasie prowadzonej wizytacji, w służbie zdrowia do obsadzenia pozostawało 6 etatów dla funkcjonariuszy SW i 3,15 etatu dla pracowników cywilnych. Mimo wielokrotnie ponawianych ogłoszeń i rozmów prowadzonych z kandydatami, brak jest chętnych do podjęcia pracy w Szpitalu. Z uzyskanych informacji wynika, iż główny problem stanowi niekonkurencyjne, w stosunku do pozawieziennych placówek ochrony zdrowia, wynagrodzenie oraz trudne warunki pracy.

**W ocenie KMPT, konieczna jest systemowa zmiana dotycząca wysokości wynagrodzenia dla personelu medycznego zatrudnionego w jednostkach penitencjarnych oraz opracowanie strategii dotyczącej pozyskiwania personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w przyszłości.**

Świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane są w Ambulatorium Aresztu codziennie w godz. 7:00–19:00 przez trójkę lekarzy (zatrudnionych w sumie na 1 i 1/3 etatu) oraz 3 ratowników medycznych (z czego jeden z nich został czasowo oddelegowany z Oddziału Chirurgii). Ambulatorium przyjmuje od 20 do 50 pacjentów dziennie, w tym wszystkich osadzonych nowo przyjętych do jednostki. Z uzyskanych informacji wynika, iż konsultacje u większości specjalistów, którzy są zatrudnieni w Szpitalu, realizowane są bezzwłocznie. W wizytowanej jednostce prowadzone są konsultacje przez lekarzy specjalistów z zakresu m.in. kardiologii, urologii czy laryngologii.

Podkreślenia wymaga, iż największe problemy w zakresie dostępności lekarza specjalisty dotyczą pacjentów wymagających konsultacji psychiatrycznej. W czasie wizytacji na konsultację oczekiwało 106 osób. Z uwagi na fakt, iż lekarz psychiatra przyjmuje pacjentów w wymiarze 20 godzin miesięcznie, średni czas oczekiwania na wizytę wynosił ponad 3 miesiące i stale się wydłużał, ze względu na konieczność przyjęcia poza kolejnością pacjentów w stanach nagłych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia.

Mając na względzie powyższe i biorąc pod uwagę znaczną rotację osób przyjmowanych do Aresztu, poziom zatrudnienia personelu medycznego

w Ambulatorium uznać należy za niewystarczający. **Krajowy Mechanizm rekomenduje zatem zwiększenie czasu pracy lekarzy udzielających świadczenia zdrowotne z zakresu opieki podstawowej w Ambulatorium oraz kadrowe wzmocnienie średniego personelu medycznego. W ocenie KMPT, konieczne jest także zwiększenie dostępności konsultacji psychiatrycznych.**

#### **6.3.4. Leczenie szpitalne**

W Szpitalu funkcjonują dwa oddziały: Oddział Wieloprofilowy Zachowawczy (OWZ), który swoim obszarem działania obejmuje jednostki penitencjarne Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Bydgoszczy, oraz jedyny na terenie Polski więzienny Oddział Chirurgii Ogólnej. Z otrzymanych danych statystycznych wynika, iż od początku 2022 r. do dnia rozpoczęcia wizytacji do Szpitala przyjęto łącznie 451 chorych, w tym 291 pacjentów wymagających leczenia chirurgicznego.

Świadczenia zdrowotne udzielane są całodobowo: od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00–15:00 w tzw. pełnym zabezpieczeniu, a poza wskazanym czasem w trybie dyżurowym. W praktyce oznacza to, że obecny jest jeden lekarz dyżurny i po jednej pielęgniarki na oddziale OWZ i oddziale chirurgicznym. W tym miejscu należy dodać, że personel medyczny pracujący w trybie dyżurowym (nocnym i świątecznym) zabezpiecza także medycznie osoby znajdujące się w Areszcie.

Niepokój KMPT budzi fakt, iż w konsekwencji pojawia się konieczność udzielania świadczeń zdrowotnych wykraczających poza kompetencje zawodowe i specjalizację lekarza dyżurnego, co prowadzić może do zagrożenia stanu zdrowia pacjentów. Co więcej, w odniesieniu do pielęgniarek, które odpowiedzialne są za wydanie nocnej porcji leków osadzonym przebywającym w Areszcie<sup>41</sup>, na terenie Szpitala pozostaje w tym czasie jedna pielęgniarka.

**W ocenie KMPT, zasadne jest wprowadzenie tożsamyh zasad funkcjonowania trybu dyżurowego w Szpitalu AŚ, jak w placówkach ochrony zdrowia z całodobową opieką medyczną będących w podległości Ministerstwa Zdrowia.**

Na oddziale OWZ liczącym 30 łóżek<sup>42</sup> pracuje jeden lekarz koordynator, w wymiarze 120 godzin miesięcznie. Raz w tygodniu przyjmuje tam także kardiolog. Ponadto na oddziale zatrudnionych jest łącznie 7 pielęgniarek, w tym pielęgniarka

---

<sup>41</sup> Z przekazanych informacji wynika, iż jest to grupa od 70 do 100 osadzonych.

<sup>42</sup> W czasie wizytacji w OWZ było hospitalizowanych 23 pacjentów.

oddziałowa i jedna pracująca w systemie 8-godzinnym przez 5 dni w tygodniu. Pozostałe pielęgniarki pracują na dyżurach 12-godzinnych, zatem w praktyce w godzinach 8:00–15:00, na oddziale dostępne są maksymalnie 3 przedstawicielki personelu pielęgniarskiego.

Na Oddziale Chirurgii Ogólnej, o pojemności 40 łóżek<sup>43</sup>, pracuje ordynator w wymiarze etatu, dwóch chirurgów zatrudnionych w sumie na 0,8 etatu oraz trzech kolejnych na kontraktach (w sumie do 140 godzin miesięcznie, co stanowi ok. 0,9 etatu). Przekłada się to na łącznie 2,7 etatu personelu lekarskiego. Dodatkowo na oddziale zatrudnieni są anestezjolodzy: jeden w wymiarze 0,6 etatu, pozostali raz w tygodniu, w dniu, w którym wykonywane są zabiegi operacyjne.

Na oddziale pracuje również 9 przedstawicieli personelu średniego: 2 pielęgniarki (w tym pielęgniarka oddziałowa) w systemie 5 dni w tygodniu po osiem godzin, 6 pielęgniarek sprawujących opiekę w systemie 12-godzinnych zmian oraz ratownik medyczny, skierowany tymczasowo do pracy w Ambulatorium.

Pomimo obserwowanych braków kadrowych i związanego z tym niedostatecznego zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej w Szpitalu, z otrzymanych informacji wynika, iż pielęgniarki kierowane są także do wykonywania zadań niezwiązanych z opieką nad pacjentami, takich jak: przeszukania, obsługa przycisków otwierających kraty czy obserwacja podglądu z kamer monitoringu wizyjnego.

**Krajowy Mechanizm uważa wskazaną praktykę za niedopuszczalną i zwraca się o niezwłoczne zaprzestanie delegowania personelu pielęgniarskiego do pełnienia zadań niezwiązanych ze świadczeniem usług medycznych.**

**Jednocześnie KMPT zaleca zwiększenie liczby personelu lekarskiego i pielęgniarskiego pełniącego dyżury na oddziałach szpitalnych.**

### **6.3.5. Obecność funkcjonariuszy w czasie prowadzonych konsultacji i badań medycznych**

Przedstawiciele KMPT otrzymali informację, iż konsultacje lekarskie odbywają się, co do zasady, w obecności funkcjonariuszy SW. Byli także świadkami sytuacji, kiedy funkcjonariusz obecny był podczas badania USG.

---

<sup>43</sup> W trakcie wizytacji w oddziale leczono 37 pacjentów.

W tym kontekście zauważyć należy, że przepisy art. 115 § 7a–8 k.k.w. nakładają obowiązek obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego podczas udzielania świadczenia medycznego w przypadku niektórych kategorii skazanych. W innych przypadkach funkcjonariusz obecny może być w gabinecie medycznym wyłącznie na wniosek osoby udzielającej świadczenie medyczne.

Niemniej, zdaniem KMPT, wszystkie badania medyczne osadzonych (zarówno tuż po przyjęciu, jak i na późniejszym etapie) powinny być przeprowadzane poza zasięgiem słuchu funkcjonariuszy Służby Więziennej, a także poza zasięgiem wzroku, chyba że lekarz w danej sprawie zgłosił zastrzeżenie. W obecności personelu ochronnego więzień może nie czuć się na tyle swobodnie, by opowiedzieć lekarzowi o sposobie, w jaki był traktowany. Może także ukryć informację na temat schorzeń, które uważa za wstydlive. Taka sytuacja rodzi ryzyko naruszenia intymności więźniów, poszanowania ich godności i tajemnicy lekarskiej. Może też ograniczać skuteczność podjętych działań terapeutycznych.

Analogiczne stanowisko prezentuje także CPT. Obecność funkcjonariusza podczas badania jest szkodliwa dla budowania właściwej relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem i zwykle nie jest konieczna z punktu widzenia bezpieczeństwa. Komitet zachęca też personel jednostek penitencjarnych do wypracowania alternatywnych rozwiązań mających na celu pogodzenie wymogów bezpieczeństwa i zasady tajemnicy lekarskiej (np. zainstalowanie systemu nagłośnienia przywoławczego)<sup>44</sup>.

**Krajowy Mechanizm zaleca ograniczenie obecności funkcjonariuszy działu ochronnego podczas udzielania świadczeń medycznych do sytuacji, w których wniosek taki zgłasza osoba udzielająca świadczenia.**

#### **6.4. Kontrole osobiste**

Wizytujący otrzymali sygnały wskazujące na przypadki prowadzenia jednoetapowej, polegającej na rozebraniu się do naga i wykonaniu przysiadu, kontroli osobistej osadzonych.

Krajowy Mechanizm przypomina, iż poszanowanie prawa osadzonego do intymności i godności osobistej oznacza również szacunek dla indywidualnego poczucia wstydu, które w przypadku pozostawienia tej osoby bez ubrania, nawet na krótki czas, jest niewątpliwie naruszane.

---

<sup>44</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 79.

Rekomendowany sposób przeprowadzania kontroli osobistej został uwzględniony w treści rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 9 grudnia 2022 r. w sprawie szczegółowego sposobu przeprowadzania kontroli skazanych, tymczasowo aresztowanych, miejsc i przedmiotów oraz określenia wzorów protokołów tych kontroli<sup>45</sup>.

Wskazać przy tym należy na stanowisko CPT, przedstawione w raporcie z wizytacji przeprowadzonej w Polsce w 2013 r. Komitet podkreślił, iż kontrola osobista jest środkiem bardzo inwazyjnym i potencjalnie poniżającym. Z tego też powodu kontrola osobista powinna każdorazowo znajdować uzasadnienie w indywidualnej ocenie ryzyka i podlegać rygorystycznym kryteriom oraz nadzorowi. Należy również podjąć wszystkie rozsądne wysiłki w celu zminimalizowania poczucia zażenowania; osoby osadzone, poddawane kontroli osobistej nie powinny być zobowiązane do zdjęcia całego ubrania w tym samym czasie<sup>46</sup>.

Powyzszą ocenę podziela SPT, który stwierdził, iż praktyka przeszukania ciała stosowana wobec osób pozbawionych wolności powinna być ograniczona do wyjątkowych przypadków i powinna spełniać kryteria konieczności, racjonalności i proporcjonalności<sup>47</sup>.

**Krajowy Mechanizm zaleca kierownictwu jednostki przypomnienie funkcjonariuszom Służby Więziennej o konieczności wykonywania kontroli osobistej w sposób dwuetapowy i wyłącznie w uzasadnionych przypadkach.**

## **6.5. Kontakt ze światem zewnętrznym**

Poza zastrzeżeniami dotyczącymi ograniczenia w zakresie korzystania przez osadzonych z samoinkasujących aparatów telefonicznych, opisanymi w pkt 5.2 raportu, przedstawiciele KMPT otrzymali informacje o restrykcjach związanych z możliwością nawiązywania połączeń za pośrednictwem komunikatora internetowego Skype. W trakcie rozmów osadzeni wskazywali, że prawo to przysługuje tylko osobom, których rodziny zamieszkują w odległości powyżej 100 km od jednostki.

Jak wynika z Porządku Wewnętrznego Aresztu Śledczego w Bydgoszczy: „§11 pkt 10. Kontakt skazanego z rodziną i innymi osobami bliskimi umożliwia się również za pośrednictwem programu Skype, **w szczególnie uzasadnionych**

---

<sup>45</sup> Dz. U. z 2022 r., poz. 2701.

<sup>46</sup> Raport z wizyty CPT przeprowadzonej w Polsce w dniach 5–17 czerwca 2013 r., pkt 106.

<sup>47</sup> Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, § 111.

**przypadkach.** Realizacja kontaktu skazanego z rodziną i innymi osobami bliskimi, za pośrednictwem programu Skype wymaga zgody dyrektora jednostki.

11. Z możliwości kontaktu z rodziną i innymi osobami bliskimi, za pośrednictwem programu Skype może w pierwszej kolejności skorzystać skazany spełniający

**przynajmniej trzy** z niżej wyliczonych kryteriów:

- a) rodzic lub opiekun prawny dziecka do lat 15-u;
- b) którego rodzina zamieszkuje w odległości przekraczającej 100 km od lokalizacji jednostki;
- c) którego sytuacja rodzinna, zdrowotna lub finansowa uniemożliwia przyjazd bliskich na widzenie;
- d) korzystający nieregularnie z widzeń, o których mowa w art. 90 pkt. 6 k.k.w. - tj. taki, który w okresie ostatnich 2 m-cy nie korzystał z widzeń.

12. W dalszej kolejności zgody na połączenia Skype udzielane są pozostałym osadzonym, którzy wskażą w uzasadnieniu wniosku inne istotne okoliczności uzasadniające udzielenie zgody na takie połączenia.”

W ocenie KMPT przyjęte rozwiązania w znaczący sposób zawężają grupę osób uprawnionych do skorzystania z połączenia za pośrednictwem komunikatora internetowego. Ponadto na terenie jednostki dostępne są jedynie 2 stanowiska komputerowe obsługujące połączenia przez Skype, co w praktyce uniemożliwia skorzystanie z tej formy kontaktu zdecydowanej większości potencjalnie zainteresowanych osób.

Podkreślenia wymaga także standard CPT w tym zakresie, zgodnie z którym bardzo ważne jest, aby osadzeni utrzymywali względnie dobry kontakt ze światem zewnętrznym. Przede wszystkim osadzonemu należy stworzyć warunki, w których będzie miał możliwość utrzymywania relacji z rodziną i bliskimi przyjaciółmi. Promowanie kontaktów osadzonego ze światem zewnętrznym powinno stanowić zasadę wiodącą; wszelkie ograniczenia w kontaktowaniu się powinny być oparte wyłącznie na racjonalnych względach bezpieczeństwa lub uwzględnieniu możliwości fizycznych<sup>48</sup>.

Z obserwacji Krajowego Mechanizmu poczynionych w trakcie wizytacji jednostek penitencjarnych na terenie całego kraju wynika, że połączenia internetowe, które w wielu przypadkach stały się jedyną możliwością utrzymywania kontaktu

---

<sup>48</sup> Zob. Wyciąg z Drugiego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf (92)3-part2, § 51.

z najbliższymi w dobie ograniczeń związanych z pandemią COVID-19, cieszą się ogromnym zainteresowaniem także po zniesieniu restrykcji. Jednocześnie trzeba mieć na względzie, iż w Polsce w dalszym ciągu obowiązuje stan zagrożenia epidemicznego, stąd też kierownictwo Aresztu dążyć powinno do zapewnienia osadzonym możliwości kontaktu z najbliższymi za pomocą komunikatorów internetowych.

**KMPT rekomenduje zatem stworzenie kolejnych stanowisk do nawiązywania połączeń za pośrednictwem komunikatora Skype i wprowadzenie w Porządku Wewnętrzny zmian ułatwiających większej grupie osadzonych kontakt w tej formie.**

## **6.6. Prawo do informacji**

Prawo do informacji stanowi jedną z podstawowych gwarancji prewencji tortur. Otrzymanie przez pozbawionych wolności zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych kwestiach, np. przysługujących prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg, zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną rolę w zabezpieczaniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni funkcję prewencyjną w zapobieganiu przemocy. Szczególnie istotna jest tutaj sytuacja cudzoziemców, którzy najczęściej nie znają języka polskiego oraz prawa i procedur obowiązujących w Polsce.

W przypadku cudzoziemców szczególne znaczenie ma reguła 30.1 Europejskich Reguł Więziennych, stwierdzająca, 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.

W przypadku postępowania z osadzonymi będącymi cudzoziemcami, KMPT każdorazowo zaleca, aby postępować według następujących zasad: odnotowywać w dokumentacji więźnia informację o barierze językowej, zaopatrzyć jednostkę w informatory dla cudzoziemców i za każdym razem wydawać je osadzonym, w odpowiednim dla nich języku, informować więźnia o jego prawach i obowiązkach w języku dla niego zrozumiałym oraz odnotowywać w dokumentacji: w jakim języku zostały wykonane obowiązki informacyjne i kto brał udział w czynnościach z udziałem więźnia (np. tłumacz), dokonywać tłumaczenia wszelkich istotnych dla więźnia dokumentów (np. porządku wewnętrznego, oświadczeń, decyzji) na język dla niego zrozumiały, zwłaszcza gdy dokumenty te rodzą dla więźnia określone skutki i musi on

poświadczyć pisemnie fakt zapoznania się z nimi, korzystać z pomocy tłumacza, zwłaszcza w trakcie rozmowy wstępnej i świadczenia medycznego, gdzie więzień może zgłosić stosowanie wobec niego przemocy.

W tym kontekście szczególne zaniepokojenie wizytujących wzbudziła informacja o śmierci cudzoziemca doprowadzonego do Szpitala Aresztu Śledczego w Bydgoszczy.

Jak wynika ze sporządzonej notatki służbowej: „(dane osobowe usunięto) w dniu 2 kwietnia 2022 roku został doprowadzony do Aresztu Śledczego Warszawa-Białołęka, (...). Tego samego dnia został przetransportowany do szpitala Aresztu Śledczego w Bydgoszczy z uwagi na względy medyczne. (...) Osadzony w dniu 4 kwietnia 2022 roku był konsultowany kontrolnie z uwagi na stan zdrowia. Pozostawał wówczas w utrudnionym kontakcie ze względu na barierę językową. Z informacji od służby zdrowia wynikało wówczas, że najprawdopodobniej wstrzyknął sobie ślinę pod skórę kończyn dolnych. Podczas rozmowy usiłowano ustalić z osadzonym dlaczego to zrobił, nie potrafił odpowiedzieć. Ciężko stwierdzić, czy rozumiał pytania. Dopytywany o to, kiedy to zrobił pokazał na palcach siedem, co oznacza, że dokonał tego przed umieszczeniem w warunkach izolacji więziennej. Z danych archiwalnych wynika, że jest uzależniony od narkotyków. Bariera językowa uniemożliwiła uzyskanie szczegółowych danych od osadzonego. Pytany o próby samobójcze i autoagresję gestykulował przecząco, tak samo reagował na pytanie dotyczące myśli tego typu. Nie stwierdzono wówczas konieczności obejmowania osadzonego oddziaływaniami z zakresu polityki presuicydalnej II rzędu. Osadzony nie ujawniał cech kryzysu emocjonalnego, nie ujawniał objawów zespołu abstynencyjnego. (...)

W dniu 13 kwietnia 2022 r. w godzinach wieczornych z uwagi na pogarszający się stan zdrowia osadzony (dane osobowe usunięto) został przetransportowany do Szpitala im. dr Biziela w Bydgoszczy na Szpitalny Oddział Ratunkowy, gdzie nastąpił zgon osadzonego.”.

Wskazać także należy, iż decyzja o konieczności konsultacji medycznej w placówce pozawięziennej wynikała z pogarszającego się stanu zdrowia mężczyzny i podejrzenia wstrząsu septycznego. Ze zgromadzonej dokumentacji wynika, iż osadzony skarżył się na nasilającą duszność, był niespokojny, bledy, spocony. Miał także obniżoną temperaturę ciała. Po przewiezieniu na SOR podjęto akcję reanimacyjną, po ok. 10 minutach lekarz oddziału ratunkowego stwierdził zgon mężczyzny.



**Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Dyrektora Aresztu Śledczego w Bydgoszczy o udzielenie informacji w przedmiocie działań podjętych wobec ww. osadzonego w Szpitalu Aresztu Śledczego w Bydgoszczy, ukierunkowanych na ustalenie przyczyny występujących u niego dolegliwości, w świetle stwierdzonej bariery językowej (w szczególności na temat skorzystania z pomocy tłumacza).**

Wizytujący odebrali także informację, iż w przypadku jednego z cudzoziemców, który nie posługuje się językiem polskim, wychowawcy porozumiewali się przy pomocy innego osadzonego. Rozwiązanie to budzi zastrzeżenia KMPT, gdyż w przypadku występującej bariery językowej cudzoziemiec może obawiać się przekazania personelowi informacji za pośrednictwem osoby niebędącej profesjonalnym, zewnętrznym i niezależnym tłumaczem i niedającej w konsekwencji rękojmi poufności. Analogiczne stanowisko w tym zakresie prezentuje CPT<sup>49</sup>.

**Przez wzgląd na powyższe, KMPT rekomenduje odstąpienie od praktyki wykorzystywania osadzonych cudzoziemców w roli tłumaczy. Wyjątkiem są sytuacje nagłe, kiedy występująca bariera językowa mogłaby prowadzić do zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa osadzonego. W pozostałym zakresie z cudzoziemcami nieznającymi języka polskiego należy komunikować się przy pomocy elektronicznych translatorów lub poprzez profesjonalnych tłumaczy.**

W trakcie prowadzonych rozmów indywidualnych wizytujący ustalili, iż stopień znajomości Porządku Wewnętrznego wśród osadzonych różnił się, większość z nich była w stanie udzielić jedynie fragmentarycznych odpowiedzi na pytania dotyczące zasad ich pobytu w jednostce i przysługujących im praw. Rozmówcy KMPT wskazywali przy tym, iż przekazano im informacje na temat zmian wynikających z nowelizacji przepisów k.k.w., ich wiedza w tym zakresie była jednak bardzo ogólna.

**W związku z tym Krajowy Mechanizm zaleca udostępnienie wszystkim osadzonym dokumentu „Porządek Wewnętrzny Aresztu Śledczego w Bydgoszczy” oraz organizację dodatkowych spotkań poświęconych omówieniu zmiany przepisów kodeksu karnego wykonawczego.**

---

<sup>49</sup> Zob. Raport z wizyty CPT w Bułgarii w 2010 r., [CPT/Inf (2012) 9], § 53.

W oddziałach mieszkalnych wizytowanej jednostki znajdują się 3 stanowiska umożliwiające osadzonym dostęp do stron Biuletynu Informacji Publicznej (tzw. infokioski BIP). W czasie prowadzonych czynności przedstawiciele KMPT ustalili jednak, że wszystkie infokioski były niesprawne. Co więcej, żadna z osób, z którymi rozmawiali wizytujący, nie korzystała z nich nigdy wcześniej.

Po zakończeniu wizytacji dyrektor Zakładu przekazał przedstawicielom Krajowego Mechanizmu, że wszystkie 3 stanowiska zostały naprawione. Zostało to potwierdzone przy pomocy dokumentacji fotograficznej. **KMPT rekomenduje zatem bieżące sprawdzanie stanu technicznego urządzeń, jak również przekazanie wszystkim osadzonym informacji na temat możliwości skorzystania ze infokiosków Biuletynu Informacji Publicznej i umieszczenie w widocznym miejscu listy dostępnych stron internetowych.**

Z ustaleń KMPT wynika, iż dostęp do informacji o prawach pacjenta zapewniony został osobom przebywającym w Szpitalu AŚ poprzez wywieszenie na tablicy informacyjnej dokumentu „Prawa Pacjenta – Osoby Pozbawionej Wolności – wyciąg z przepisów określających status i prawa osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych”. Jest to ustandaryzowany, 28-stronnicowy dokument, używany także w innych jednostkach penitencjarnych.

Krajowy Mechanizm zwraca uwagę, że skuteczna realizacja prawa do informacji polegać powinna na przedstawieniu istotnych dla osadzonych zagadnień w zrozumiałym dla nich sposób. Trzeba mieć zwłaszcza na względzie, że wśród populacji więziennej są osoby o zróżnicowanym poziomie zdolności intelektualnych i posiadanej wiedzy, stąd też dla części z nich pełne zrozumienie języka prawnego może być w praktyce niemożliwe.

**W ocenie KMPT wskazane jest zatem opracowanie tekstu Praw Pacjenta – Więźnia, odnoszącego się do zasad wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego. Dokument ten powinien w jasny i precyzyjny sposób omawiać istotne kwestie. Pożądane jest także przygotowanie ww. informacji w formie łatwej do dystrybucji broszury, aby umożliwić zapoznanie się z nimi jak najszerszej grupie odbiorców.**

## 7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

### I. Dyrektorowi Aresztu Śledczego w Bydgoszczy:

1. podejmowanie decyzji dotyczących wdrażanych środków bezpieczeństwa na podstawie analizy ryzyka w konkretnym przypadku i proporcjonalnie do rzeczywistego poziomu zagrożenia (pkt 5.1 raportu);
2. udostępnienie wszystkim osadzonym dokumentu „Porządek Wewnętrzny Aresztu Śledczego w Bydgoszczy” oraz organizację dodatkowych spotkań poświęconych omówieniu zmiany przepisów kodeksu karnego wykonawczego (pkt 6.6 raportu);
3. umożliwienie zwiększenia częstotliwości korzystania przez osadzonych z samoinkasujących aparatów telefonicznych (pkt 5.1 raportu);
4. stworzenie kolejnych stanowisk do nawiązywania połączeń za pośrednictwem komunikatora Skype i wprowadzenie w Porządku Wewnętrznym zmian ułatwiających większej grupie osadzonych kontakt w tej formie (pkt 6.5 raportu);
5. przypomnienie funkcjonariuszom Służby Więziennej o konieczności wykonywania kontroli osobistej w sposób dwuetapowy i wyłącznie w uzasadnionych przypadkach (pkt 6.4 raportu);
6. ograniczenie obecności funkcjonariuszy działu ochronnego podczas udzielania świadczeń medycznych do sytuacji, w których wniosek taki zgłasza osoba udzielająca świadczenia (pkt 6.3.5 raportu);
7. podjęcie dalszych działań zmierzających do maksymalnego zwiększenia dostępności jednostki do potrzeb osób z ograniczoną mobilnością, w tym poruszających się przy pomocy kul ortopedycznych lub na wózku (pkt 6.2 raportu);
8. usunięcie blind z okien w celach mieszkalnych i, jeżeli jest to uzasadnione względami bezpieczeństwa, wprowadzenie innych rozwiązań spełniających międzynarodowe standardy (pkt 6.1 raportu);

9. dostosowanie placów spacerowych do potrzeb osadzonych, gwarantujące odpowiednią cyrkulację powietrza i dopływ naturalnego światła, jak również możliwość wykonywania ćwiczeń fizycznych na świeżym powietrzu (pkt 6.1 raportu);
10. zwiększenie czasu pracy lekarzy udzielających świadczenia zdrowotne z zakresu opieki podstawowej w Ambulatorium oraz kadrowe wzmocnienie średniego personelu medycznego (pkt 6.3.3 raportu);
11. zwiększenie dostępności konsultacji psychiatrycznych (pkt 6.3.3 raportu);
12. wprowadzenie tożsamyh zasad funkcjonowania trybu dyżurowego w Szpitalu AŚ, jak w placówkach ochrony zdrowia z całodobową opieką medyczną będących w podległości Ministerstwa Zdrowia (pkt 6.3.4 raportu);
13. niezwłoczne zaprzestanie delegowania personelu pielęgniarskiego do pełnienia zadań niezwiązanych ze świadczeniem usług medycznych (pkt 6.3.4 raportu);
14. zwiększenie liczby personelu lekarskiego i pielęgniarskiego pełniącego dyżury na oddziałach szpitalnych (pkt 6.3.4 raportu);
15. zwiększenie liczby psychologów pracujących w Areszcie, w tym zatrudnienie psychologa klinicznego (pkt 5.6 raportu);
16. zwiększenie liczby konsultacji psychologicznych, zwłaszcza prowadzonych z osadzonymi nowo przyjętymi do Aresztu i osobami należącymi do tzw. grup wrażliwych;
17. odstąpienie od praktyki wykorzystywania osadzonych cudzoziemców w roli tłumaczy; wyjątkiem są sytuacje nagłe, kiedy występująca bariera językowa mogłaby prowadzić do zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa osadzonego; w pozostałym zakresie z cudzoziemcami nieznającymi języka polskiego należy komunikować się przy pomocy elektronicznych translatorów lub poprzez profesjonalnych tłumaczy (pkt 6.6 raportu);
18. bieżące sprawdzanie stanu technicznego stanowisk dostępu do Biuletynu Informacji Publicznej, jak również przekazanie wszystkim osadzonym informacji na temat możliwości skorzystania z tzw. infokiosków i umieszczenie w widocznym miejscu listy dostępnych stron internetowych (pkt 6.6 raportu);

19. zwiększenie liczby zajęć kulturalno-oświatowych dostępnych dla osadzonych w Areszcie (pkt 5.7 raportu);
20. sukcesywne doposażanie świetlic w oddziałach mieszkalnych o sprzęty i gry, które pozwolą urozmaicić osadzonym spędzany w nich czas (pkt 6.1 raportu);
21. modernizację sieci wodociągowej i bieżące usuwanie występujących w jednostce awarii (pkt 6.1 raportu);
22. przeprowadzenie koniecznych prac remontowych w pomieszczeniach szpitalnych i usunięcie występujących awarii (pkt 6.3.2 raportu);
23. zakup nowego unitu stomatologicznego (pkt 6.3.2 raportu);
24. opracowanie tekstu Praw Pacjenta – Więźnia, objaśniającego w zrozumiałym sposobie zasady wynikające z przepisów prawa powszechnie obowiązującego (pkt 6.6 raportu);
25. dokonanie uwzględniającej stan faktyczny, korekty w zapisach Statutu Szpitala i jego rejestracji (pkt 6.3.1 raportu).

Ponadto Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Dyrektora Aresztu Śledczego w Bydgoszczy z prośbą o udzielenie informacji w przedmiocie działań podjętych wobec osadzonego w Szpitalu Aresztu Śledczego w Bydgoszczy, ukierunkowanych na ustalenie przyczyny występujących u niego dolegliwości, w świetle stwierdzonej bariery językowej (przypadek opisany w pkt 6.6 raportu).

## **II. Dyrektorowi Okręgowemu Służby Więziennej w Warszawie:**

1. Zapewnienie środków finansowych na realizację tych spośród powyższych zaleceń, które wymagają dodatkowych nakładów pieniężnych.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się również do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z prośbą o udzielenie informacji, czy na poziomie centralnym prowadzone są działania ukierunkowane na rozwiązanie problemu

systemowego, polegającego na nieuzasadnionym konwojowaniu do szpitali więziennych pacjentów, którym placówki te nie będą w stanie zapewnić odpowiedniego leczenia (problem opisany został w pkt 5.4 raportu).

Sporządził: Michał Żłobecki

Za Zespół podpisuje:

Z poważaniem

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/