



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

## **Monografia**

# **Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną osadzone w jednostkach penitencjarnych**

**Z uwzględnieniem wyników badań  
przeprowadzonych przez pracowników Biura  
Rzecznika Praw Obywatelskich**

**Redakcja naukowa:  
dr Ewa Dawidziuk  
dr Marcin Mazur**

**Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną  
osadzone w jednostkach penitencjarnych.  
Z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez  
pracowników Biura Rzecznika Praw Obywatelskich  
Monografia**

**Autorzy:**

Ewelina Brzostymowska  
Ewa Dawidziuk  
Janusz Heitzman  
Klaudia Kamińska  
Małgorzata Kiryluk  
Zbigniew Kuźma  
Marcin Mazur  
Jolanta Nowakowska  
Krzysztof Olkowicz  
Tomasz Rozwadowski

**Recenzenci:**

dr hab. Barbara Stańdo-Kawecka, prof. UJ  
prof. dr hab. Teodor Szymanowski

**Redakcja naukowa:**

dr Ewa Dawidziuk  
dr Marcin Mazur

**Wydawca:**

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich  
al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa  
www.rpo.gov.pl  
Infolinia Obywatelska 800 676 676

© Copyright by Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich  
Warszawa 2017

**ISBN 978-83-65029-34-8**

Oddano do składu w listopadzie 2017 r.  
Podpisano do druku w listopadzie 2017 r.

Nakład: 500 egz.

Projekt okładki:  RZECZYOBRAZKOWE

**Projekt, opracowanie DTP, korekta, druk i oprawa:**

*Argrafpol* Agnieszka Blicharz-Krupińska  
ul. Czarnieckiego 1, 53-650 Wrocław  
tel. 507 096 545; mail: argrafpol@argrafpol.pl

# Spis treści

<b>Wykaz skrótów</b> .....	5
<b>Krzysztof Olkowicz</b> Słowo wstępne .....	7
<b>Jolanta Nowakowska</b> Wprowadzenie .....	11
<b>Janusz Heitzman</b> Niepełnosprawni intelektualnie i chorzy psychicznie w jednostkach penitencjarnych .....	17
<b>Zbigniew Kuźma</b> Regulacje prawa polskiego odnoszące się do osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną .....	31
<b>Ewa Dawidziuk</b> Zalecenia organów międzynarodowych odnoszące się do osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną .....	59
<b>Ewa Dawidziuk, Klaudia Kamińska</b> Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka dotyczące osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną .....	73
<b>Marcin Mazur</b> Wybrane aspekty prawa do obrony w kontekście osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną .....	105
<b>Jolanta Nowakowska</b> Wczesna identyfikacja osób wymagających szczególnego traktowania, będących uczestnikami postępowania karnego.....	149
<b>Jolanta Nowakowska</b> Prawidłowe rozpoznanie jako punkt wyjścia postępowania Służby Więziennej wobec osób z niepełnosprawnością.....	173

<b>Ewelina Brzostymowska</b>	
Osoby pozbawione wolności z niepełnosprawnością psychiczną .....	189
<b>Tomasz Rozwadowski</b>	
Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w izolacji penitencjarnej .....	211
<b>Małgorzata Kiryluk</b>	
Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych .....	237
<b>Marcin Mazur</b>	
Nadzór penitencjarny sędziów nad legalnością i prawidłowością osadzenia osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną .....	271
<b>Ewa Dawidziuk, Marcin Mazur</b>	
Seminarium dotyczące sytuacji osób zatrzymanych przez Policję, a przejawiających dysfunkcje psychiczne – relacja z najważniejszych wypowiedzi (wybrane fragmenty) .....	291
<b>Noty biograficzne autorów poszczególnych rozdziałów monografii .....</b>	<b>321</b>
<b>Załącznik nr 1</b>	
Wykaz aktów prawnych i innych dokumentów powołanych w monografii .....	323
<b>Załącznik nr 2</b>	
Wykaz wyroków ETPC powołanych w monografii .....	325
<b>Załącznik nr 3</b>	
Wykaz rekomendacji i umów międzynarodowych dotyczących niepełnosprawnych intelektualnie lub psychicznie (kolejność datami – od najstarszych) .....	327
<b>Załącznik nr 4</b>	
Wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną .....	329
<b>Załącznik nr 5</b>	
Przykłady kasacji RPO i orzeczeń Sądu Najwyższego .....	332
<b>Summary of the monography .....</b>	<b>351</b>

## Wykaz skrótów:

**AŚ** - Areszt Śledczy

**BRPO** - Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

**CPT** - Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu

**CZSW** - Centralny Zarząd Służby Więziennej

**EKPC** - Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284)

**ERW** - Zalecenia Rec(2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych

**ETPC** - Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu

**HFPC** - Helsińska Fundacja Praw Człowieka

**k.k.** – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137 ze zm.)

**k.k.w.** - ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557 ze zm.)

**k.p.k.** - ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 1749 ze zm.)

**k.p.w.** - ustawa z dnia 24 sierpnia 2001 r. Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz.U. z 2016 r. poz. 1713 ze zm.)

**k.w.** – ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2015 r. poz. 1094 ze zm.)

**KMP** - Krajowy Mechanizm Prewencji

**MS** - Ministerstwo Sprawiedliwości

**MSW** - Ministerstwo Spraw Wewnętrznych

**MSWiA** - Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

**PdOZ** – Pomieszczenia dla Osób Zatrzymanych jednostek organizacyjnych Policji

**SN** - Sąd Najwyższy

**SW** - Służba Więzienna

**ś.p.b.** - środki przymusu bezpośredniego

**regulamin k.p.w.** - rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz. U. poz. 2231)

**regulamin t.a.** – rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania tymczasowego aresztowania (Dz. U. poz. 2290)

**RPO** - Rzecznik Praw Obywatelskich

**u.o.z.p.** - ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 546 ze zm.)

**u.ś.p.b.** - ustawa z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz. U. poz. 628 ze zm.)

**Wyd.** - Wydawnictwo

## Słowo wstępne

Pobyt w aresztach śledczych i zakładach karnych osób tymczasowo aresztowanych i skazanych chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie rodzi liczne problemy, które obserwowałem przez wiele lat mojej pracy w Służbie Więziennej. Podobnie jak wielu więzienników uważałem, że zadaniem Służby Więziennej jest wykonywanie kary, nie zaś ocena zdolności skazanego do rozpoznania znaczenia czynu, czy przesłanek wyłączających odpowiedzialność karną.

Mimo, że do systemu penitencjarnego trafiają osadzeni, którzy popełnili nie-raz przerażające czyny, to przede wszystkim są oni ludźmi i zasługują na szacunek, a Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej i przyjęte do polskiego porządku prawnego umowy międzynarodowe gwarantują poszanowanie ich praw i wolności.

Osoby z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną stanowią szczególnie wrażliwą grupę osadzonych ze względu na ich bezradność i brak zrozumienia własnej sytuacji.

Należy się zastanowić, jak to się dzieje, że do więzienia trafiają osoby, które przez całe życie cierpiały na choroby psychiczne, a jednak w chwili popełnienia przestępstwa stopień ich winy pozwalał na orzeczenie kary bezwzględnej i osadzenie ich w zakładzie karnym. Jaką funkcję pełni kara bezwzględna w przypadku skazanego z umiarkowanym upośledzeniem umysłowym, odpowiadającym poziomowi rozwoju psychicznego i przystosowania społecznego 8-9-latka? Niejednokrotnie widziałem, jaką udrękę stanowiło nie tylko dla nich samych, ale i dla administracji więziennej wykonywanie wobec nich kary pozbawienia wolności.

Sprawa Radosława A. okazała się przełomowa w moim postrzeganiu sytuacji skazanych z niepełnosprawnością intelektualną. Ten młody, urodzony przedwcześnie ze stwierdzoną encefalopatią okołoporodową człowiek trafił do więzienia za drobne kradzieże. Ze świadectwa szkoły specjalnej wynikało, że „potrafi kolorować wewnątrz konturów i ciąć nożyczkami po kresce”. Nie umiał czytać, pisać i nie potrafił powiedzieć, jaki mamy rok, dzień tygodnia. Komisja ds. Orzekania o Niepełnosprawności uznała go za trwale niezdolnego do pracy

i samodzielnej egzystencji, wymagającego pomocy osób trzecich w codziennym funkcjonowaniu. Biegli lekarze psychiatrzy ustalili umiarkowany stopień upośledzenia, sądy jednak nadal orzekały wobec niego kary bezwzględne.

Nawet w sytuacji, kiedy toczyło się już zainicjowane przez Prokuratora Generalnego postępowanie o ułaskawienie, a biegli psychiatrzy w orzeczeniu sądowno-psychiatrycznym określili, że Radosław A. nie może przebywać w zakładzie karnym, Sąd Rejonowy badający sprawę uznał, że od strony prawno-karnej nie istnieje dla skazanego lepsza regulacja niż kara pozbawienia wolności odbywana w systemie terapeutycznym, która miała spełniać również funkcje represyjne. Badając tę sprawę, już po opuszczeniu przez Radosława A. zakładu karnego, przekonałem się jakim dramatem było dla niego wykonanie kary i jakich upokorzeń doznawał niemal codziennie.

Niestety, ani dyrektor aresztu śledczego, w którym przebywał, ani psycholodzy czy wychowawcy, nie dostrzegali codziennej udręki osadzonego i nie potrafili, wykazując się empatią i wrażliwością etyczną, zapewnić mu bezpieczeństwa. Administracja więzienna stosowała środek przymusu bezpośredniego w postaci umieszczenia w celi zabezpieczającej, mimo że na nagraniach z monitoringu widać bezradność osadzonego, płacz i dramatyczne prośby o kontakt z mamą. Ostatecznie dopiero ułaskawienie przez Prezydenta RP zakończyło ten dramat. Dzisiaj, dzięki prawidłowo zorganizowanej opiece środowiskowej, Radosław A. przebywa na wolności pod opieką mamy.

Nagłośnionym przez media przypadkiem skazanego, odbywającego karę pozbawienia wolności za nieuiszczoną grzywnę była sprawa Arkadiusza K. Ten kiedyś bardzo zdolny człowiek uległ wypadkowi drogowemu, w wyniku którego doznał organicznego uszkodzenia mózgu. Stwierdzono u niego schizofrenię paranoidalną. Arkadiusz K. został całkowicie ubezwłasnowolniony i wyznaczono mu opiekuna prawnego.

O odbywaniu kary przez tego osadzonego zostałem poinformowany nie dlatego, że administracja aresztu śledczego zorientowała się, jaka była sytuacja zdrowotna skazanego, ale z uwagi na wartość przedmiotu kradzieży – batonik za 99 groszy.

Miałem możliwość spotkania i rozmowy z Arkadiuszem K. Już po kilku zdaniach przekonałem się o jego problemach ze zdrowiem psychicznym. Było też dla mnie oczywiste, że należało jak najszybciej naprawić błąd wymiaru sprawiedliwości. Pozostały jednak pytania. Dlaczego ktoś, kto zostaje ubezwłasnowolniony z powodu niepełnosprawności psychicznej, w tym samym sądzie zostaje skazany na karę grzywny, którą następnie zamienia się na karę pozbawienia wolności. Jak to możliwe, że osoba ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną trafia do więzienia. Kto i na jakim etapie mógł temu zapobiec? Jakie systemowe rozwiązania są wadliwe?





Trzecim alarmującym przypadkiem była sprawa Patryka K., skazanego na karę ograniczenia wolności za kradzież złomu kolorowego. Komisja ds. Orzekania o Niepełnosprawności, z uwagi na zaburzenia psychiczne, uznała go za niepełnosprawnego w stopniu znacznym z ustalonym zakazem wykonywania pracy. Z przyczyn zdrowotnych nie mógł on więc wykonać wyroku polegającego na nieodpłatnej kontrolowanej pracy na cele społeczne. Na wniosek kuratora, który bardzo pobieżnie zbadał sytuację skazanego, bez udziału obrońcy, sąd zamienił karę ograniczenia wolności na bezwzględne pozbawienie wolności. O stopniu adaptacji Patryka K. do warunków więziennych najlepiej świadczy sytuacja, w której każdorazowo przy otwieraniu drzwi celi osadzony chował się pod łóżkiem. Pomimo informacji przekazanych do sądu penitencjarnego, skazany przebywał w zakładzie jeszcze około 2 miesięcy.

Opisane przykłady świadczą ewidentnie o braku systemowych rozwiązań dotyczących sposobu postępowania wobec osób chorujących psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie.

Kiedy objąłem funkcję Zastępcy Rzecznika Praw Obywatelskich, otrzymałem od Rzecznika dr. Adama Bodnara zadanie zdiagnozowania problematyki osób cierpiących na choroby psychiczne i niepełnosprawnych intelektualnie, przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych. Wraz z Zespołem do spraw Wykonywania Kar, Biurami Pełnomocników Terenowych oraz Krajowym Mechanizmem Prewencji Tortur odbyliśmy wizyty w wielu jednostkach penitencjarnych.

Spośród przeanalizowanych w Zespole Prawa Karnego postępowań sądowych, doszło do zakwestionowania około 40% rozstrzygnięć. Już sama ta liczba wskazuje, że nie jest to jednostkowy problem i potrzebne są odpowiednie zmiany systemowe.

Niniejsza monografia, dzięki zaangażowaniu i wielomiesięcznej pracy całego Zespołu do spraw Wykonywania Kar, a także znakomitej koordynacji Dyrektora tego Zespołu - dr Ewy Dawidziuk, opisuje zarówno aktualny stan prawny, praktykę, jak i wnioski dotyczące postępowania z tą kategorią osadzonych. Powinna stanowić asumpt do podjęcia przez poszczególne organy działań na rzecz poprawy obecnego stanu rzeczy.



## Wprowadzenie

Doktor Adam Bodnar, obejmując w 2015 r. funkcję Rzecznika Praw Obywatelskich, uznał, że jednym z największych zagrożeń, z punktu widzenia przestrzegania praw człowieka i obywatela w naszym kraju, jest brak systemowych rozwiązań dotyczących sposobu postępowania wobec osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną, które są uczestnikami postępowania karnego. Zdecydował podjąć tę sprawę w aspekcie generalnym i zbadać sytuację osób z tego rodzaju niepełnosprawnością, przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych<sup>1</sup>.

W ramach projektu badawczego zweryfikowano sytuację:

- 1/ 69 osób pozbawionych wolności (skazanych i tymczasowo aresztowanych), u których rozpoznano upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym – wskazanych przez Ministerstwo Sprawiedliwości<sup>2</sup>;
- 2/ 42 osadzonych z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną – wytypowanych przez pracowników Biura Rzecznika podczas wizytacji w jednostkach penitencjarnych – wobec których pojawiły się wątpliwości, co do ich sytuacji w zakresie zapewnienia im prawa do obrony w postępowaniu karnym oraz przesłanek do dalszego przebywania w warunkach izolacji więziennej. W tej grupie było 18 skazanych, którzy w czasie objętym badaniem przebywali w ośrodkach diagnostycznych i byli poddani badaniom psychologicznym i psychiatrycznym, z przyczyn określonych w rozporządzeniu Ministra

---

<sup>1</sup> Informacja o tym, że w więzieniach przebywają osoby z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną, które nie potrafią ocenić swoich czynów i nie są zdolne do osiągnięcia celów kary określonych w art. 67 k.k.w., ze szczególną siłą wybrzmiała już wcześniej - na posiedzeniu Sejmowej Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka w dniu 9 października 2013 r. Rzecznik Praw Obywatelskich prof. Irena Lipowicz, przedstawiając tę sprawę na forum Sejmowej Komisji, zwróciła uwagę, że przedmiotowy problem ma charakter systemowy i istnieje konieczność podjęcia przez organy władzy publicznej działań, zmierzających do zmiany tego stanu rzeczy na zgodny ze standardami praw człowieka.

<sup>2</sup> Lista osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, przebywających w jednostkach penitencjarnych (74 osoby), została przekazana RPO przez Ministerstwo Sprawiedliwości w dniu 21 października 2015 r. W badanym okresie w jednostkach penitencjarnych nie przebywali osadzeni z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym, 5 osób zostało zwolnionych z zakładu karnego przed rozpoczęciem badań.

Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych<sup>3</sup>;

3/ 11 skazanych, którzy sami lub ich przedstawiciele skierowali wnioski do Rzecznika Praw Obywatelskich.

Przeprowadzono wizytację w 15 ośrodkach diagnostycznych<sup>4</sup>, utworzonych na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 14 marca 2000 r. w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych<sup>5</sup> - w Areszcie Śledczym w Białymstoku, Areszcie Śledczym w Bydgoszczy, Areszcie Śledczym w Gdańsku, Areszcie Śledczym w Katowicach, Areszcie Śledczym w Koszalinie, Areszcie Śledczym w Krakowie, Areszcie Śledczym w Lublinie, Areszcie Śledczym w Łodzi, Areszcie Śledczym w Olsztynie, Areszcie Śledczym w Opolu, Areszcie Śledczym w Poznaniu, Zakładzie Karnym w Rzeszowie, Areszcie Śledczym w Szczecinie, Areszcie Śledczym w Warszawie-Białołęce, Areszcie Śledczym we Wrocławiu.

Przedstawiciele Rzecznika, udając się do 37 jednostek penitencjarnych, osobiście spotkali się ze 108 osadzonymi<sup>6</sup> i przeprowadzili z nimi rozmowę. Wysłuchali opinii, uwag i spostrzeżeń personelu więziennego (wychowawców, psychologów, kierowników ośrodków diagnostycznych) na temat funkcjonowania tych osób w warunkach izolacji, a w przypadku skazanych także odnośnie ich zdolności do świadomego uczestniczenia w procesie wykonywania kary.

Dokonano analizy akt osobowych, będących w dyspozycji Służby Więziennej - zapoznano się z dokumentacją odnoszącą się do stanu zdrowia psychicznego i sprawności intelektualnej osadzonego, orzeczeniem psychologiczno-penitencjarnym, orzeczeniem o niepełnosprawności albo o stopniu niepełnosprawności, wydanym przez powiatowy/miejski lub wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, w przypadkach, gdy postępowanie orzecznicze było przeprowadzone, opiniami sądowno-psychiatrycznymi przeprowadzonymi w postępowaniu przygotowawczym lub jurysdykcyjnym, opiniami biegłych powołanych w postępowaniu wykonawczym w związku z wnioskiem o udzielenie przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności albo warunkowego przedterminowego zwolnienia.

Zapoznano się z aktami sądowymi, dokonując analizy pod kątem istnienia przesłanek kasacyjnych lub uzasadniających wystąpienie do właściwego organu o rozważenie wznowienia postępowania, a w szczególności ustalenia, czy

<sup>3</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 1067.

<sup>4</sup> Na podstawie przywołanego rozporządzenia utworzono 15 ośrodków diagnostycznych.

<sup>5</sup> Dz. U. Nr 29, poz. 369.

<sup>6</sup> Z trzema osobami nie przeprowadzono rozmowy, zostały zwolnione, badanie oparto wyłącznie na analizie dokumentacji.



postępowanie sądowe, prowadzone wobec osoby wykazującej zaburzenia psychiczne i intelektualne, toczyło się zgodnie z przepisami procedury karnej.

Przedmiotem analizy – dokonanej w Zespole Prawa Karnego BRPO - było 77 postępowań sądowych toczących się wobec 32 skazanych<sup>7</sup>. W ich wyniku doszło do zakwestionowania 31 rozstrzygnięć, co stanowi 40% analizowanych spraw. Analiza skutkowała wniesieniem w przedmiotowych sprawach 9 kasacji<sup>8</sup>, a w przygotowaniu pozostają kolejne projekty. Ponadto, w odniesieniu do 22 postępowań Rzecznik wystąpił do Prezesów Sądów o rozważenie wznowienia postępowania, co zaowocowało wydaniem pozytywnego rozstrzygnięcia w tej materii w 18 sprawach.

W przypadku sygnalizowania zaistnienia podstaw do wznowienia postępowania wskazywano, iż po zapadnięciu wyroku ujawniły się nowe, istotne i nieznane sądowi orzekającemu okoliczności wskazujące, że orzeczenie zapadło z naruszeniem przepisów dotyczących konieczności zapewnienia obrony obligatoryjnej.

Odnośnie kasacji, większość z nich zawierała zarzuty rażącego i mającego istotny wpływ na treść orzeczenia naruszenia przepisów postępowania, co skutkowało naruszeniem szeroko pojętego prawa do obrony. W kasacjach podnoszono zignorowanie przez sąd informacji o stanie zdrowia oskarżonego, uzasadniających powzięcie wątpliwości co do poczytalności i błędne procedowanie w trybie nakazowym, pomimo istnienia ustawowego zakazu. W postępowaniach dochodziło również do zaistnienia bezwzględnych przyczyn odwoławczych wskazanych w art. 439 § 1 pkt 10 k.p.k., wobec niezapewnienia obrońcy z urzędu. W części kasacji zarzucano również rażące naruszenie prawa, niezwiązane bezpośrednio ze stanem zdrowia lub sferą poczytalności strony. Mianowicie, formułowano zarzuty naruszenia przepisów postępowania polegające na rozpoznaniu przez sąd sprawy pod nieobecność oskarżonego i wydaniu wyroku zaocznego w sytuacji, gdy strona nie została prawidłowo powiadomiona o terminie rozprawy, czy też poprzez nierozważenie i nienależyte ustosunkowanie się w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku do wszystkich istotnych zarzutów podniesionych w apelacji obrońcy oskarżonego.

Podjęto również działania o charakterze instytucjonalnym: w przypadku 4 skazanych skierowano wystąpienia do przewodniczących wydziałów penitencjarnych sądów okręgowych o rozważenie możliwości zbadania, czy istnieją podstawy do wszczęcia z urzędu postępowania w przedmiocie udzielenia przerwy w wykonaniu kary, w przypadku 8 skazanych zwrócono się do sędziego penitencjarnego, by w ramach czynności nadzorczych zbadał prawidłowość wykonywania wobec nich kary pozbawienia wolności. Zwracano się również do władz więziennych z prośbą o podjęcie działań w jednostkowych sprawach, np. dotyczących błędnych decyzji

<sup>7</sup> Stan na dzień 31.12.2016 r.

<sup>8</sup> Przykłady treści kasacji oraz zapadłych w tych sprawach rozstrzygnięć Sądu Najwyższego, zostały zawarte w załączniku nr 5 do monografii.

komisji penitencjarnej w przedmiocie skierowania skazanego z niepełnosprawnością intelektualną do odbywania kary w zakładzie karnym typu półotwartego, gdzie bezpieczeństwo osobiste skazanego było zagrożone w uwagi na zmniejszony system nadzoru nad osadzonymi, udzielenie wsparcia działań skazanego w celu uzyskania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, objęcia właściwymi świadczeniami medycznymi z zakresu psychiatrii skazanego, u którego przedstawiciele Rzecznika w trakcie rozmowy zaobserwowali wysoki poziom wycofania się z relacji społecznych, bądź skazanego w wyraźnie zarysowanym kryzysie emocjonalnym.

Ponadto, dokonano analizy sprawozdań z wizytacji w jednostkach penitencjarnych sędziów penitencjarnych, w ramach sprawowanego nadzoru penitencjarnego.

Zwrócono się również o opinię do trzech ekspertów w dziedzinie psychiatrii: prof. nadzw. dr. hab. Janusza Heitzmana - wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kierownika Kliniki Psychiatrii Sądowej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, prof. dr. hab. med. Jacka Wciórki - kierownika I kliniki psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, członka zarządu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, członka Polskiej Akademii Nauk oraz prof. nadzw. dr. hab. Piotra Gałęckiego - Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii.

Pytania do ekspertów dotyczyły:

- 1/ czy osoby chore psychicznie, które wymagają leczenia szpitalnego z powodu ostrej psychozy powinny być przyjmowane do aresztu śledczego/zakładu karnego, o czym stanowi rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności<sup>9</sup>;
- 2/ w jakich placówkach służby zdrowia mają być hospitalizowani skazani chorzy psychicznie, szczególnie niebezpieczni, u których objawy choroby psychicznej ujawniły się w trakcie pobytu w zakładzie karnym, a więzienne szpitale psychiatryczne nie są już w stanie zapewnić im odpowiednich świadczeń medycznych. Obecne regulacje prawne i systemowe nie przewidują bowiem zakładów psychiatrycznych o odpowiednim stopniu zabezpieczenia, w których można byłoby umieszczać osoby, które w momencie popełnienia czynu karalnego w świetle opinii biegłych były poczytalne i nie orzeczono wobec nich środka zabezpieczającego, a obecnie odbywają karę pozbawienia wolności i stanowią poważne zagrożenie społeczne.

---

<sup>9</sup> Dz. U. poz. 927.



Powyższe kwestie zostały szczegółowo omówione w rozdziale zatytułowanym „Osoby pozbawione wolności z niepełnosprawnością psychiczną”.

W ramach działań o charakterze generalnym Rzecznik skierował 23 wystąpienia generalne, w tym do Komendanta Głównego Policji, Przewodniczącego Krajowej Rady Kuratorów, Rzecznika Praw Pacjenta, Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, Ministra Sprawiedliwości Prokuratora Generalnego, Ministra Zdrowia, Prezesa Rady Ministrów<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Lista wystąpień generalnych została zawarta w Załączniku nr 4 do monografii.





# Niepełnosprawni intelektualnie i chorzy psychicznie w jednostkach penitencjarnych

## 1. Wprowadzenie

Tylko pozornie wydaje się, że w systemie penitencjarnym nie powinny znajdować się osoby upośledzone umysłowo, czy też chore psychicznie. O tym, że problem ten jest poważny, świadczą nie tylko przeprowadzane badania oceniające stan zdrowia psychicznego więźniów przebywających w zakładach karnych w wielu krajach świata, ale też incydentalne przypadki szczególnych zachowań osadzonych - chorych psychicznie lub niepełnosprawnych intelektualnie.

Niezależnie od faktu, że choroby psychiczne i upośledzenie umysłowe (niepełnosprawność intelektualna) stwierdzone u sprawców w trakcie popełniania przez nich czynu zabronionego, wykluczające zdolność rozpoznania jego znaczenia i pokierowania ich postępowaniem, powodują wyłączenie poczytalności, to w praktyce istnieje szereg przypadków skazywania takich osób na karę pozbawienia wolności.

Wydaje się, że badania psychiatryczne powinny eliminować z systemu penitencjarnego osoby chore psychicznie i upośledzone umysłowo. Dlaczego tak się nie dzieje? Przy założeniu, że opiniowanie sądowo-psychiatryczne i sądowo-psychologiczne, zostało przeprowadzone w sposób poprawny metodologicznie, a wydane opinie nie budziły wątpliwości w całym etapie postępowania procesowego, można zaakceptować sytuację, że w przypadku choroby psychicznej jej objawy ujawniły się dopiero w trakcie odbywania kary. Nie można jednak wykluczyć, że w trakcie badań przed osadzeniem w zakładzie karnym, u części sprawców objawy choroby były na tyle słabo rozwinięte, iż ich dostępność dla psychiatrycznej czy psychologicznej oceny była znikoma. Najczęściej u tych osób w czasie dokonywania przestępstwa rozpoznaje się zaburzenia osobowości, zaburzenia emocjonalne o charakterze upośledzenia kontroli impulsów. Niekiedy stwierdza się dyssymulację (świadome zatajenie objawów choroby, celowe wprowadzanie w błąd dla uzyskania osobistych korzyści).

Przyczyny, dlaczego tak się dzieje, są złożone. Należą do nich: dynamicznie zmieniający się w czasie stan psychiczny, uniemożliwiający wyciągnięcie jednoznacznych wniosków, niedostrzeganie patologii psychiatrycznej i tym samym nieposiadanie wątpliwości co do stanu psychicznego przez organa procesowe, jak i ewidentne błędy diagnostyczne, związane choćby z niestwierdzeniem dysymulacji, czyli chorobowo motywowanego skrywania objawów choroby psychicznej. Wśród chorób psychicznych, które ujawniają się u osadzonych w zakładach karnych i wymagają podjęcia zdecydowanych działań terapeutycznych i stosownego postępowania prawnego, jest schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, duża depresja, ale też psychozy związane z wystąpieniem objawów towarzyszących nadużywaniu substancji (podwójna diagnoza). Objawy choroby psychicznej czynią realizację celów kary pozbawienia wolności niemożliwymi. Nie wynika to jedynie z upośledzonej zdolności do racjonalnej oceny rzeczywistości, ale też z zaburzonej zdolności do komunikowania się, czy zaspokajania codziennych potrzeb życiowych. Stany przesadnie wyrażanych emocji, pobudzenia, niepokoju, ale też depresyjny zanik jakiegokolwiek aktywności w konfrontacji ze środowiskiem zakładu karnego, mogą prowadzić do zachowań agresywnych czy też samobójczych. Osoby chore psychicznie, zanim fakt ich choroby zostanie prawidłowo zidentyfikowany, mogą funkcjonować w warunkach więziennych przez wiele miesięcy, a nawet lat, stając się obiektem agresji i znęcania się współwięźniów. Częściej niż inni, tacy skazani podejmują próby samobójcze.

Niezwykle istotne jest nazwanie i opisanie tych czynników, które będą przydatne do wczesnego wykrywania przypadków chorób psychicznych w zakładach karnych na etapie przedmedycznym. Konieczne jest przygotowanie organizacyjne zakładów karnych na wystąpienie takich zdarzeń, jak i umiejętność postępowania z osobami chorymi psychicznie przez służby penitencjarne.

## 2. Niepełnosprawność intelektualna

Zjawiskiem stosunkowo często spotykanym jest obecność w zakładach karnych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Pojęcie niepełnosprawności intelektualnej zaczęło przebijać się do stosowanej terminologii począwszy od 1998 roku, kiedy to Międzynarodowe Stowarzyszenie do Badań Naukowych nad Upośledzeniem Umysłowym stwierdziło, że należy zastąpić stygmatyzujące określenie *upośledzenie umysłowe* terminem niepełnosprawności intelektualnej. Z perspektywy klinicznej niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie umysłowe) jest rozwojowym i nieodwracalnym zaburzeniem psychicznym występującym przed 18 rokiem życia, będącym wynikiem trwałego uszkodzenia lub dysfunkcji mózgu, które skutkuje określonymi zaburzeniami w zakresie funkcjonowania poznawczego (pamięci, uwagi, zdolności skupienia się, tempa procesów myślowych). Niepełnosprawność intelektualna charakteryzuje się znaczą-



cym ograniczeniem w funkcjonowaniu intelektualnym i w obszarze zachowań adaptacyjnych. Mimo, że rozpowszechnienie niepełnosprawności intelektualnej sięga ok. 3% ogólnej populacji to według światowych badań osoby z tą dysfunkcją stanowią od 4 do 10% osadzonych w więzieniach. Gdyby przyjąć, że w polskim systemie penitencjarnym przebywa 70 tysięcy osadzonych i obowiązują takie dane szacunkowe, to grupa upośledzonych umysłowo przebywających w więzieniach w Polsce liczyłaby od 3 do 7 tysięcy.

Proces zastępowania kategoryzacji upośledzenia umysłowego terminologią niepełnosprawności intelektualnej jest powolny. Z trudem przebija się on do klasyfikacji diagnostycznych, w ograniczonym zakresie spotykamy go w opiniowaniu dla potrzeb sądowych, nie mówiąc już o powszechnym i codziennym stosowaniu terminologii upośledzenia umysłowego w praktyce policyjnej, sądowej i penitencjarnej. Co więcej, reguły prawne, biorąc choćby pod uwagę obowiązujący polski kodeks cywilny, „konserwują” nadal (mimo wielokrotnych napomnień psychiatrów i psychologów) dziewiętnastowieczne pojęcie „niedorozwoju umysłowego”, a na porządku dziennym w postępowaniu procesowym przewija się zamienne stosowanie terminów niedorozwoju umysłowego i upośledzenia umysłowego jako równoznacznych kategorii medycznych. Gdyby zestawić te pojęcia z niepełnosprawnością intelektualną, to większość funkcjonariuszy wymiaru sprawiedliwości traktuje termin intelektualnej niepełnosprawności jako coś niezwykle błędnego, niewiele znaczącą cechę, którą można porównać do drobnej „wady wymowy”, ograniczającej jedynie możliwości porozumiewania się z taką osobą.

Pozostawiając z boku ten ważny wątek, o znaczeniu stygmatyzującym i dyskryminującym, dla potrzeb tego rozdziału pozostaniemy przy operowaniu kategoriami upośledzenia umysłowego.

### 3. Upośledzenie umysłowe

Jedna z najbardziej popularnych definicji upośledzenia umysłowego opisała przez Amerykańskie Towarzystwo ds. Upośledzenia Umysłowego (*American Association on Mental Retardation* – AAMR) określa je jako poważne ograniczenie codziennego funkcjonowania. Obejmuje ono znacząco niższe funkcjonowanie intelektualne, które współistnieje z innymi, przynajmniej dwoma ograniczeniami w zakresie zdolności przystosowawczych spośród: komunikacji, samodzielności, prowadzenia domu, umiejętności społecznych, korzystania z zasobów społeczności, samostanowienia, zdrowia i bezpieczeństwa, praktycznych umiejętności edukacyjnych, wypoczynku i pracy<sup>11</sup>. Ta definicja upośledzenia umysłowego włączona do klasyfikacji diagnostycznej zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego począwszy od DSM-IV (Diagnostic

<sup>11</sup> M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2003, 354 – 359.

and Statistical Manual of Mental Disorders)<sup>12</sup> nie wyklucza możliwości jego stwierdzenia, tak u dzieci z autyzmem, jak i schizofrenią. Z powyższej definicji widać, że wcześniejsze rozumienie upośledzenia umysłowego, jako zahamowany lub niepełny rozwój umysłowy uwarunkowany genetycznie lub spowodowany trwałymi zmianami patologicznymi w układzie nerwowym (Strelau) było bardzo wąskie i pozbawione koniecznego i nieodłącznego scharakteryzowania niedoborów w zdolności radzenia sobie z wymaganiami życia codziennego.

To, co przysparza największej trudności w zdiagnozowaniu upośledzenia umysłowego to opieranie się na trudno definiowanym pojęciu inteligencji. Wśród kilku miar oceniających zdolności umysłowe, najbardziej przydatny okazał się test Wechslera<sup>13</sup> i Stanfordzka Skala Inteligencji Bineta<sup>14</sup>. Dzięki tym narzędziom, stworzono czysto statystyczne kryteria podziału na cztery stopnie upośledzenia umysłowego. Stanowi je odchylenie standardowe w wartości ilorazu inteligencji II (lub IQ). Jako wartość graniczną, między normą a upośledzeniem umysłowym, przyjęto liczbę mniejszą niż 100 minus 2 odchylenia standardowe. Począwszy od tej wartości, czyli od II=67, do każdego stopnia upośledzenia przypisuje się 16 jednostek ilorazu inteligencji (jedno odchylenie standardowe). Tak zatem poniżej inteligencji wysokiej i przeciętnej dokonał się teoretyczny, przyjęty przez Światową Organizację Zdrowia podział na następujące stopnie upośledzenia umysłowego w oparciu o test Wechslera:

- lekkie upośledzenie umysłowe z II w przedziale 50 – 69
- umiarkowane upośledzenie umysłowe z II w przedziale 35 – 49
- znaczne upośledzenie umysłowe z II w przedziale 20 – 34
- głębokie upośledzenie umysłowe z II poniżej 20<sup>15</sup>.

Powyższy podział zawarty jest w Międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 (w opracowaniu jest kolejna wersja ICD-11)<sup>16</sup>.

W charakteryzowaniu osób upośledzonych umysłowo niezwykle istotne jest uznanie, że wynik liczbowy nie jest wyłącznym czynnikiem oceny poziomu funkcjonowania intelektualnego. Trzeba stale podkreślać, że iloraz inteligencji sam w sobie nie stanowi żadnego dowodu upośledzenia umysłowego. Jest on jedynie wynikiem specyficznego laboratoryjnego testu obejmującego tylko pe-

<sup>12</sup> J. Wciórka (red. wyd. pol.), *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.

<sup>13</sup> Test Wechslera - WAIS-R (PL) pol. adapt., składa się z 11 testów badających poziom rozwoju różnych zdolności intelektualnych (poznawczych), pozwala ocenić nie tylko ogólny poziom inteligencji, ale także informacje o silnych i słabych punktach osoby badanej.

<sup>14</sup> Stanfordzka Skala Inteligencji Bineta – służy do badań indywidualnych sprawności umysłowych, opisuje IQ w kategoriach związku pomiędzy wiekiem umysłowym i chronologicznym (reczywistym).

<sup>15</sup> J. Strelau, *Inteligencja człowieka*, Wyd. Żak, Warszawa 1997, 235-238.

<sup>16</sup> ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Badawcze kryteria diagnostyczne, Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków - Warszawa 1998.



wien wąski obszar funkcjonowania intelektualnego. Wręcz uważa się, że wskaźnik liczbowy testu inteligencji (IQ) ma jedynie wartość orientacyjną i w ocenie rzeczywistej sprawności intelektualnej może mieć znaczenie krzywdzące<sup>17</sup>.

Rozpoznawanie upośledzenia umysłowego powinno być powiązane z identyfikowaniem jego biologicznych uwarunkowań. Mogą być obecne w obszarze chorób genetycznych, patologii w przebiegu ciąży (alkohol, narkotyki, urazy), urazów okołoporodowych, czy schorzeń ośrodkowego układu nerwowego, występujących już po urodzeniu (np. zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, powikłań chorób zakaźnych)<sup>18</sup>.

Z punktu widzenia konsekwencji społecznych i prawnych, wiedza o ewentualnych zaburzeniach rozwojowych powinna uczulać na możliwość występowania niepełnosprawności intelektualnej i w przypadkach naruszania prawa, oznaczać konieczność przeprowadzania diagnostyki psychologicznej i psychiatrycznej.

**Upośledzeni umysłowo w stopniu lekkim** stanowią ok. 85 procent wszystkich niepełnosprawnych intelektualnie. Dzieci z takim poziomem upośledzenia charakteryzują się tym, że na początku edukacji przedszkolnej lub szkolnej nie odbiegają od przeciętnego rozwoju rówieśników. Najczęściej, począwszy od ok. 10 roku życia (4 – 6 klasa) mogą być zauważalne pierwsze trudności w nauce, przyswajanie wiedzy wymaga więcej czasu, posługiwanie się pojęciami abstrakcyjnymi, operowanie symbolami i ich rozumienie staje się problemem. Coraz trudniej takim dzieciom przychodzi przystosowywanie się do wymagań i zmieniającego się otoczenia. W procesie edukacyjnym mogą występować przerwy, powtarzanie klas, obniżanie wymagań programowych i w dalszej konsekwencji kontynuowanie nauki w systemie szkoły specjalnej. Może się jednak zdarzyć, że dobra opieka pedagogiczna, właściwa pomoc, brak stresu ekonomicznego i społecznego powoduje, że dzieci z lekkim upośledzeniem umysłowym mogą całkiem dobrze funkcjonować do ukończenia szkoły na poziomie gimnazjalnym. Problemem staje się zdobycie kwalifikacji i wykonywanie zawodu.

W życiu dorosłym, osoby z lekkim upośledzeniem umysłowym najczęściej nie mają wyuczonego żadnego zawodu, nie posiadają żadnych kwalifikacji lub są one bardzo niskie. Choć iloraz inteligencji osoby dorosłej z lekkim upośledzeniem umysłowym odpowiada rozwojowi umysłowemu dziecka w przedziale wiekowym od 9 do 12 roku życia, nie oznacza, że funkcjonuje ona jak dziecko. Taka osoba korzysta w różnym stopniu ze swojego doświadczenia życiowego, jest poddana procesom przystosowawczym zarówno w znaczeniu pozytywnym

<sup>17</sup> A. Golonka, *Niepoczytalność i poczytalność ograniczona*, LEX a Wolter Kluwer business, Warszawa 2013, 115-125.

<sup>18</sup> J. Strelau, *Inteligencja człowieka*, Wyd. Żak, Warszawa 1997, 236-240; J. Komender, *Upośledzenie umysłowe – niepełnosprawność umysłowa* (w:) *Psychiatria*, t. II, *Psychiatria kliniczna*, pod red. S. Pużyńskiego, J. Rybakowski, J. Wciórka, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, 567-590.

poprzez nabycie umiejętności wykonywania prostej pracy, jak i procesom demoralizacji odpowiadającej za naruszenia prawa. W trakcie nawiązywania z nią kontaktu (przesłuchania, rozmowy) zwraca uwagę, że nie komunikuje się na poziomie swojej normy wiekowej, ma ograniczony zasób słów, nie rozumie zadawanych jej pytań lub odpowiada niezrozumiale, nie potrafi swoimi słowami zinterpretować pytania, pamięć jej jest ograniczona, ma trudności w czytaniu i pisaniu, z trudem może się skupić, a uwaga łatwo ulega rozproszeniu. Do innych cech charakteryzujących lekkie upośledzenie umysłowe należy nieadekwatna ekspresja emocji (śmiech, płacz, mimika, gesty), impulsywność i niemożność kontrolowania emocji. Myślenie ma charakter schematyczny, oparty na konkretnych. Osoby takie są naiwne, łatwowierne, podatne na sugestie, łatwo jest nimi manipulować i je wykorzystywać, ich krytycyzm jest obniżony. Mimo pewnej „sztywności myślenia”, ujawniają silne pragnienie przypodobania się innym, podporządkowania osobom silnym i dominującym. W uzyskanych informacjach na ich temat, często pojawia się, że w okresie rozwojowym byli odrzucani przez rówieśników, zdyskwalifikowani ze służby wojskowej, ich matki znacząco statystycznie mają za sobą historię nadużywania alkoholu, narkotyków lub doznanych urazów w trakcie trwania ciąży. Nigdy nie byli zdolni do samodzielnego, zaspokajającego potrzeby, życia i żyli w zależności od innych. Przyczyną naruszenia przez nich prawa była ich łatwowierność, wysoka podatność na sugestie, skłonność do naśladowania innych. Ich udział w grupach przestępczych wynika z silnej potrzeby podporządkowania się i pragnienia przypodobania się innym. Warto wiedzieć, że osoby lekko upośledzone umysłowo starają się nie eksploatować swoich deficytów intelektualnych. Swoją ograniczoną pamięć, upośledzenie liczenia, trudności w koncentracji maskują i ukrywają. Często „nadrabiają miną”, ale też sytuacja trudna (np. obecność Policji) je przytłacza, bardziej ogranicza zdolności poznawcze i mogą być traktowani jako osoby świadomie unikające np. przypominania sobie zdarzeń, opisywania faktów i szczegółów przestępstwa. Fakt, że często „chcą wypaść dobrze” i spełnić czyjeś oczekiwania, np. przesłuchujących, powoduje, że zgadzają się na sugestie, przyznają do czegoś, czego nie zrobili, biorą winę innych na siebie. Ich nieumiejętność kontrolowania emocji powoduje, że działają często w zdenerwowaniu, starają się uciekać, gdy nie ma ku temu sposobności, są niespokojni, nadmiernie przestraszeni lub agresywni. Poważnym problemem w sytuacjach prawnych takich osób jest nierozumienie przez nich swoich praw. Ta sytuacja, może jedynie pozornie ułatwiać prowadzenie postępowania, przyspieszać proste (niekiedy błędne) rozwiązania, które w dalszych etapach procesowych powodują, że postępowanie dowodowe wraca do początku<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające – zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2013, 111-118.



**Lekkie upośledzenie umysłowe** rzadko jest identyfikowane w czasie aresztowania, wstępnych policyjnych przesłuchań, przedstawienia zarzutów, zastosowania aresztu. Podobnie, gdy nie dochodzi do znaczących zaburzeń zachowania, nie jest identyfikowane w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności. Wydaje się jednak, że już sam fakt ukończenia edukacji szkolnej na poziomie szkolnictwa specjalnego, nawet w zakresie szkoły przygotowującej do wykonywania pracy niewymagającej bardziej złożonych umiejętności, w konfrontacji z jakimś obszarem zaburzeń przystosowawczych, w połączeniu z zachowaniami antysocjalnymi, powinien stanowić sygnał do wręcz koniecznej oceny poziomu intelektualnego.

Upośledzeni umysłowo w stopniu lekkim, o ile zostaną w trakcie postępowania procesowego opiniowani sędowo - psychiatrycznie i poprawnie zdiagnozowani, to najczęściej uznawani są za osoby z poczytalnością ograniczoną w stopniu znacznym i trafiają do zakładów karnych. Nie wszyscy sprawcy przestępstw, zanim trafią do zakładu karnego są badani psychiatrycznie i psychologicznie. To, że wielu skazanych można zaliczyć do osób z lekkim upośledzeniem umysłowym, okazuje się często dopiero w trakcie odbywania kary, gdy zostaną przeprowadzone w zakładzie karnym dokładne badania psychologiczne.

Rozpoznanie upośledzenia umysłowego lekkiego na etapie postępowania dowodowego nie jest łatwe. Obniżone funkcjonowanie intelektualne jest traktowane jako zaniedbanie środowiskowe, efekt nieprawidłowej socjalizacji, zaniedbania wychowawczego i pedagogicznego. Dopiero w trakcie odbywania kary ujawniają się nieodwracalne deficyty zaburzeń adaptacyjnych i przystosowania społecznego w zakresie porozumiewania się z innymi. Osoby takie nie potrafią gromadzić koncepcyjnych, społecznych i praktycznych umiejętności pomagających im funkcjonować w codziennym życiu, dlatego w zakładach karnych są często wykorzystywane przez osoby bardziej dominujące, choć niekoniernie o znacząco wyższym ilorazie inteligencji. Otwartym pozostaje pytanie, czy zakłady karne są najbardziej odpowiednim miejscem do pobytu w nich osób z lekkim upośledzeniem umysłowym. Przy znaczącym odsetku osób z lekkim upośledzeniem umysłowym wśród sprawców przestępstw w zestawieniu z nieskutecznością i niemożliwością zastosowania znanych metod terapeutycznych do zniwelowania intelektualnego deficytu, pozostaje stosowanie takich środków zabezpieczających, które łączyłyby w sobie zarówno możliwości oddziaływań psychologiczno-pedagogicznych i izolacyjno-naprawczych. Celem tych oddziaływań winno być z jednej strony wyrównywanie zaniedbań edukacyjnego i społecznego rozwoju (nie wszyscy upośledzeni umysłowo w stopniu lekkim są w szczególności predysponowani do naruszania prawa), a z drugiej stosowanie metod właściwego nadzoru, wraz z narzucaniem podstawowych wartości pozwalających na różnicowanie dobra od zła i utrwalanie prospołecznych postaw. Na podstawie własnych doświadczeń postępowania z upośledzonymi

umyślowo sprawcami przestępstw wydaje się, że dla celu uzyskania poprawy (niepowracania na drogę przestępczości) nie można rozdzielić procesu psychologicznych i pedagogicznych oddziaływań od całego systemu resocjalizacyjnego. W tym kontekście rozważania o ocenie stopnia zawinienia osób z lekkim upośledzeniem umysłowym, które dokonują przestępstw, wielokrotnie okazują się tylko teoretyczne. Skutki tego są jednak znaczące. Osoby w stosunku do których zastosowano teoretyczne kryterium ilorazu inteligencji (IQ) mogą być uznane za osoby niepoczytalne i podlegać procesom terapeutyczno - izolacyjnym w systemie psychiatrycznych środków zabezpieczających, albo – z uznaniem ich za osoby ze znacznie ograniczoną poczytalnością - osadzone w więzieniu. Gdy jednak w stosunku do osób upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim, a nawet umiarkowanym, nie prowadzono postępowania diagnostycznego i nie poddano ich z różnych przyczyn (m.in. zanegowania możliwości dysymulacji, czyli udawania zdrowia) sądowo-psychologicznemu i psychiatrycznemu opiniowaniu, może się zdarzyć, że takie osoby, traktowane jako w pełni zdrowe, trafią do zakładów karnych. Fakt, że ich możliwości przystosowania się do systemu penitencjarnego są znacznie ograniczone i niemal niemożliwe jest zrealizowanie w ich przypadku zakładanego celu kary pozbawienia wolności, nie może budzić wątpliwości. Doświadczenie dzisiejszego dnia uczy, że osoba upośledzona umysłowo w stopniu umiarkowanym będąca ubrana w elegancki garnitur i z teczką dyplomatką w ręce, na komisji orzekającej stopień niepełnosprawności, może być uznana za osobę w pełni sprawną, choć jeszcze kilkadziesiąt lat temu stosowano wobec niej pejoratywną diagnozę *debilizmu salonowego*, zapewniając, tam gdzie to było możliwe, społeczną izolację i azylowo – opiekuńcze zabezpieczenia. **Z punktu widzenia skuteczności kary pozbawienia wolności, współczesny system penitencjarny stosowany wobec niepełnosprawnych intelektualnie osadzonych wymaga głębokich przekształceń. W obecnie obowiązującej praktyce nie może on być skuteczny.** Dlatego, dla zrealizowania celów stawianych prawu niezbędne jest jego zróżnicowanie i sprofilowanie. Dzisiejsze zakłady karne nie mogą być skuteczne w swoim celu naprawczym, gdy przyjmują konserwatywną doktrynę uzyskiwania poprawy. **Konieczne jest wyodrębnienie zakładów karnych przeznaczonych dla niepełnosprawnych intelektualnie, w których będzie zatrudnionych więcej psychologów, psychiatrów, pedagogów i socjologów, niż strażników<sup>20</sup>.**

**Upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym** jest kategorią obejmującą ok. 10 procent dzieci z upośledzeniem umysłowym. Dzieci te w okresie przedszkolnym nabywają umiejętności rozmowy i komunikowania się. Już wtedy jednak ujawniają trudności w uczeniu się i utrzymywaniu relacji społecznych. Poddane odpowiedniej pedagogicznej pracy i treningowi, są w stanie współpra-

<sup>20</sup> R.E. Hales, S.C. Yudofsky, G.O. Gabbard (red.), *Psychiatria*, t I-IV, Medipage, Warszawa 2012.





cować z innymi, wykonując proste prace, są nawet w stanie częściowo zarabiać na swoje utrzymanie. Zasilają oni zasadniczo grupę pracowników niewykwalifikowanych i funkcjonują w niej na poziomie 8-9-latków<sup>21</sup>. W przypadku naruszenia prawa (czyny wynikające z ich niewykształconego systemu normatywnego np. dokonywanie pospolitych kradzieży, zaburzeń w kontrolowaniu popędów – w tym przestępstwa o charakterze seksualnym) do zakładów karnych trafiają także dość często. Szczególnie wtedy, gdy wynik badania testem Wechslera jest na pograniczu upośledzenia umysłowego lekkiego i umiarkowanego (kolejne kontrolne badanie może bez wątpliwości wskazać na umiarkowany poziom upośledzenia), a w trakcie procesu, podejście sądu do tego liczbowego wyniku, było mało krytyczne.

Ważną kwestią jest rola obrońcy w procesie osób upośledzonych umysłowo. Ich udział jest obligatoryjny, gdy na jakimkolwiek etapie postępowania stan psychiczny osoby budzi wątpliwości. **Czasami zapomina się o tym, że niepełnosprawność intelektualna to również szczególny stan psychiczny wymagający ochrony i wsparcia ze strony wymiaru sprawiedliwości.** Niestety, wiele przypadków pokazuje, że udział obrońcy w procesie jest iluzoryczny, sama tylko fizyczna obecność aplikantów adwokackich z urzędu, brak wnikliwej oceny osoby sądzonej, brak analizy dowodów od strony ich jakościowej powagi, przy akceptacji faktu, że oskarżony mówi wszystko, czego się od niego oczekuje („tak”, „nie”, „nie wiem”) lub powtarza kierowane do niego słowa, skutkuje podejmowaniem rozstrzygnięć nie mających wiele wspólnego nie tylko z poczuciem sprawiedliwości, ale i ze zdrowym rozsądkiem. Stąd, w więzieniu może znaleźć się osoba upośledzona umysłowo w stopniu umiarkowanym za przysłowiowy skradziony batonik, czy zabrany sprzed domu rower. Celowość, a raczej bezcelowość zastosowanej kary bezwzględnego pozbawienia wolności wobec upośledzonego umysłowo, staje się przedmiotem troski pracowników więziennictwa, choć pozostaje pytanie czy wszystkich. Mimo, że jedyny kontakt z takim skazanym polega na zapewnianiu go, że niedługo wyjdzie, uspokajaniu, gdy płacze za mamą i akceptowaniu, gdy powtarza za innymi, że nigdy nie zabierze batonika czy roweru, nie ma na dzisiaj takiego systemu, który pozwoliłby we wszystkich przypadkach na weryfikowanie rozstrzygnięć budzących bardzo poważne wątpliwości. Warto wspomnieć, że nie każdy skazany ma rodzinę, która skutecznie sprzeciwia się aresztowaniu i skazaniu osoby upośledzonej umysłowo. Gdy są to rodziny społecznie niewydolne, to decyzje o uwięzieniu jednego z jej członków są dla części z nich rozwiązaniem korzystnym i zwalniającym z konieczności opieki nad osobą uciążliwą.

Mimo tych uwag, jak wspomniano, wśród skazanych w zakładach karnych, upośledzeni umysłowo w stopniu umiarkowanym zdarzają się dość często. Naj-

<sup>21</sup> A. Golonka, *Niepoczytalność ...*, s. 121-122.

część niej wynika to z błędnej interpretacji skali Wechslera lub nieprzeprowadzenia badania oceniającego poziom sprawności intelektualnej sprawcy przestępstwa. Stwierdzenie upośledzenia umysłowego z ilorazem inteligencji poniżej 50, u sprawców czynów karalnych, zasadniczo skutkuje przyjęciem niepoczytalności i umieszczeniem sprawcy czynu zabronionego (w zależności od jego charakteru, poprawnego oszacowania jego społecznej szkodliwości) w psychiatrycznym systemie środków zabezpieczających.

**Upośledzeni umysłowo w stopniu znacznym**, intelektualnie funkcjonują na poziomie 3-6 letniego dziecka, a kontakt z nimi jest ograniczony do bardzo wąskiego zakresu słów. Gdy zostaną umiejętnie uczone samodzielności, niekiedy mogą wykonywać proste czynności niewymagające większej sprawności motorycznej. Najczęściej wymagają stałej opieki i są całkowicie ubezwłasnowolnione. Mogą czasami stać się sprawcami czynów zagrożonych odpowiedzialnością karną, takich jak sprowadzenie powszechnego niebezpieczeństwa i zagrożenia dla życia i zdrowia innych osób (np. podpalenia), ale jest to skutkiem niezapewnienia im wystarczającego nadzoru i opieki. W takich przypadkach postępowanie sądowe wobec nich jest najczęściej umarzone na etapie śledztwa.

**Upośledzenie umysłowe głębokie** odpowiada rozwojowi ok. 3 letniego dziecka, nie tylko w zakresie intelektualnym i możliwości komunikacji, ale też sprawności ruchowej czy umiejętności chodzenia, samodzielnego jedzenia, treningu czystości. itp. **Z oczywistych względów upośledzeni umysłowo w stopniu znacznym i głębokim nie powinni trafiać do aresztów i więzień.**

We współczesnych pracach z zakresu psychiatrii sądowej i kryminologii, w sposób szczególny, podkreśla się, że osoby niepełnosprawne intelektualnie nie popełniają przestępstw częściej niż osoby sprawne intelektualnie, a znacząca większość z nich nigdy nie łamie prawa. Częściej takie osoby, z uwagi na swoje deficyty intelektualne, mogą być wykorzystywane przez innych do podejmowania działań niosących konsekwencje prawne. To, że w populacji penitencjarnej upośledzonych umysłowo jest więcej, niż w populacji ogólnej, wynika z faktu, że osoby niepełnosprawne intelektualnie łatwiej dają się ująć, częściej przyznają do winy, częściej są skazywane na karę pozbawienia wolności i rzadziej są zwalniane warunkowo. Również istnieje duże prawdopodobieństwo, iż z uwagi na swoje cechy charakterologiczne, dużą podatność na sugestie i chęć zaspokojenia oczekiwań otoczenia, częściej będą przyznawać się do przestępstw, których nie popełniły<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające – zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2013, 111-118; K. Bobińska, K. Eichstaedt, P. Gałeczki, *Aspekty prawa karnego i cywilnego dotyczące zagadnienia niepełnosprawności intelektualnej. Psychiatria i Psychologia Sądowa*, 2011, 4, 23-28.



## 4. Choroby psychiczne w systemie więziennictwa

**Chorzy psychicznie** w systemie penitencjarnym nie powinni przebywać. Rozróżnienia jednak wymaga, kogo można uznać za osobę chorą psychicznie. Nie będą to osoby z zaburzeniami osobowości, gdy jedynie charakter dokonanego przestępstwa jest „nienormalny”, czy absurdalny w swoim okrucieństwie. To, co jest wyróżnieniem choroby psychicznej to jej tzw. psychotyczny wymiar. Jest nim oderwanie się całkowite lub częściowe od rzeczywistości, zaburzenia treści myślenia o charakterze urojeń czy obsesji myślowych, zaburzenia spostrzegania zmysłowego jakimi są omamy (halucynacje), głębokie zaburzenia nastroju, zaburzenia świadomości.

Do zakładu karnego osoba chora psychicznie, co do zasady, nie powinna trafić, gdy:

- powołani biegli psychiatrzy rozpoznają w czasie popełnienia czynu zabronionego przez sprawcę istnienie choroby psychicznej oraz upośledzenia umysłowego, które wyłączyły lub ograniczyły jego zdolność do rozpoznania i zaznaczenia czynu lub/i pokierowania postępowaniem;
- biegli zawnioskują (a sąd orzeknie) o zastosowanie izolacyjnego środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym (detencji), o ile istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że sprawca popełni ponownie czyn zabroniony o znacznej szkodliwości społecznej w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym;
- choroba psychiczna ujawni się w trakcie postępowania procesowego i podejrzany/oskarżony wedle oceny biegłych psychiatrów będzie niezdolny do odbywania kary pozbawienia wolności.

Gdy objawy psychozy ujawniły się w trakcie już rozpoczętego odbywania kary pozbawienia wolności i z uwagi na stwarzane niebezpieczeństwo zagrożenia zdrowia i życia swojego lub innych, konieczne jest podjęcie stosownego leczenia, by takim niebezpieczeństwom skutecznie zapobiec. **Leczenie psychiatryczne osób, u których objawy psychozy ujawniły się w trakcie odbywania kary, powinno odbywać się w warunkach szpitalnych, zapewniających wymogi bezpieczeństwa, choć niekoniecznie ma to mieć miejsce w oddziałach szpitalnych więziennej służby zdrowia.** Fakt, że wśród skazanych zdarzają się osoby chore psychicznie wynika z samej natury choroby, gdy jej podstawowym objawem jest brak poczucia choroby psychicznej. Nie każda psychoza wiąże się z zauważalnym porozrywaniem wątku myślowego i chaosem. Istnieją psychozy z kręgu schizofrenii o zwartym systemie urojeniowym (z urojeniami prześladowczymi, wielkościowymi, odnoszącymi, posłanniczymi, mistycznymi, reformatorskimi, zdrady, itp.), które nie naruszają logiki myślenia, mimo chorobowych treści. Nie jest zatem konieczne dyssymulowanie objawów, ich ukrywanie, maskowanie. Paranoja, jeśli jest przekonująca, może być przez otoczenie potraktowana, jako prawdziwe przeżycie nawet, jeśli

w niej kryje się początek i uzasadnienie przestępstwa, do którego dokonania sprawca się przyznaje i chce ponieść „zasłużoną karę”.

Podobną trudność, dla celu zweryfikowania diagnozy, będą sprawiały osoby z zaburzeniami świadomości (z zaburzeniami orientacji co do miejsca, czasu i własnej osoby w czasie czynu), z którymi nawiązanie kontaktu było niemożliwe lub kontakt ten był opaczny (pozorny). Trudność ta jest tym większa, gdy zaburzenia świadomości pojawiają się nagle, trwają epizodycznie i mają swoje podłoże w chorobach neurologicznych (np. padaczce), zatruciach, doznanych urazach mózgu. Ustąpienie zaburzeń świadomości nie jest dowodem na to, że ktoś całkowicie ozdrowiał. Zaburzenia te, jak większość spowodowanych organicznym uszkodzeniem mózgu, może występować napadowo, po okresie różnie długo trwającego braku jakichkolwiek objawów. Zaburzeń o charakterze depresyjnym trudno nie znaleźć w zakładach karnych. Konieczne jest jednak odrzucenie tych zaburzeń o charakterze depresyjnym, będących naturalną reakcją na fakt aresztowania, skazania, czy samą świadomość dokonanego przestępstwa i związane z tym poczucie winy. Tam, gdzie przyczyna przestępstwa wynika z depresji psychotycznej, poprawne opiniowanie psychiatryczne w trakcie postępowania procesowego, da uzasadnienie dla wnioskowania o zastosowanie psychiatrycznego środka zabezpieczającego. Pozwoli on na podjęcie leczenia osoby i zarazem zapewni należyłą ochronę przed negatywnymi konsekwencjami choroby. Ramy tego rozdziału nie pozwalają na szersze omówienie zagadnień związanych z obrazem klinicznym psychoz. Warto sięgnąć do materiałów źródłowych z psychiatrii klinicznej<sup>23</sup>.

Korzystanie z możliwości, jakie daje ustawodawca, pozwala na umieszczanie chorych psychicznie sprawców przestępstw w szpitalach poza systemem penitencjarnym. Może się zdarzyć, że osoba pierwotnie upośledzona umyślowo wykazuje równocześnie przejawy choroby psychicznej. Tu, poza niskim poziomem intelektualnym, dostrzeżemy stosunkowo prosto oderwanie od rzeczywistości, niemożność podjęcia choćby prymitywnego kontaktu, stwierdzimy brak poczucia realności w odniesieniu do siebie samego, czasu, miejsca, otoczenia.

## 5. Podsumowanie

**Dostrzeżenie zjawiska obecności w zakładach karnych osób z niepełnosprawnością intelektualną jest istotne z uwagi na konieczność dostosowania się w komunikacji z nimi do ich możliwości intelektualnych. Wymagają cierpliwego podejścia, ale też nie zawsze są zdolni do przyjmowania skutecznych zachowań psychokorekcyjnych.** Mogą mieć pełne rozumienie do-

<sup>23</sup> S. Puzyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*, t. II, *Psychiatria kliniczna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.; J. Heitzman (red.), *Psychiatria – podręcznik dla studiów medycznych*, PZWL, Warszawa 2007.; R.E. Hales, S.C. Yudofsky, G.O. Gabbard (red.), *Psychiatria*, t I-IV, Medipage, Warszawa 2012.



konanego przestępstwa, ale ograniczone rozumienie faktu skazania i wyroku, tym samym trudno im modelować swoje zachowanie. Nawet, gdy mają poczucie swojej niepełnosprawności to nie chcą być z tego powodu zauważani. Nie zawsze zależy im na zidentyfikowaniu pod względem poziomu intelektualnego, wiedzy, umiejętności choćby czytania czy pisania. W codziennych kontaktach są bardzo konkretni, o sztywnym myśleniu i wymagają wsparcia. Kara pozbawienia wolności, która w swym znaczeniu jest bezwzględnym przymusem i nie można, gdy zostaje prawomocnie orzeczona, się od niej uchylić, dla osób niepełnosprawnych intelektualnie i chorych psychicznie jest niczym innym jak formą przemocy, którą przeżywają, jako szczególny rodzaj torturowania.

**Zakłady karne i areszty w swoim powszechnym i tradycyjnym charakterze nie są najwłaściwszym miejscem do leczenia chorób psychicznych i pobytu w nich osób niepełnosprawnych intelektualnie. Kiedy ktoś zachoruje psychicznie w trakcie odbywania kary, winien mieć zapewnianą pomoc specjalistyczną najszybciej jak to tylko możliwe i równie najszybciej powinien być leczony tam, gdzie jest to najbardziej skuteczne.**



# Regulacje prawa polskiego odnoszące się do osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną

## 1. Wstęp

Poniższe opracowanie koncentruje się na źródłach powszechnie obowiązującego prawa Rzeczypospolitej Polskiej (art. 87 Konstytucji RP<sup>24</sup>) oraz aktach prawa wewnętrznego, które mają szczególne znaczenie z perspektywy sytuacji osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną. Analiza aktów wewnętrznych Służby Więziennej oraz Policji, które doprecyzowują akty powszechnie obowiązujące, wskazuje pełny zakres unormowań w jakich poruszamy się gdy omawiamy problematykę zatrzymania, etapu oskarżenia, a następnie osadzenia w jednostce penitencjarnej osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną bądź osoby, u której zaburzenia psychiczne ujawniły się dopiero w toku odbywania kary pozbawienia wolności.

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej już w 1997 r. przyjął Uchwałę w sprawie Karty Praw Osób Niepełnosprawnych<sup>25</sup>, zwracając tym samym uwagę na tę problematykę. Wskazano w niej, że osoby niepełnosprawne, czyli osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji. Zgodnie z uchwałą, osoby niepełnosprawne mają prawo w szczególności do: dostępu do dóbr i usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym; dostępu do leczenia i opieki medycznej, wczesnej diagnostyki, rehabilitacji i edukacji leczniczej, a także do świadczeń zdrowotnych uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności, w tym do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny; dostępu do wszechstronnej rehabilitacji mającej

<sup>24</sup> Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.

<sup>25</sup> Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, M.P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475.

na celu adaptację społeczną, nauki w szkołach wspólnie ze swymi pełnosprawnymi rówieśnikami, jak również do korzystania ze szkolnictwa specjalnego lub edukacji indywidualnej, pomocy psychologicznej, pedagogicznej i innej pomocy specjalistycznej umożliwiającej rozwój, zdobycie lub podniesienie kwalifikacji ogólnych i zawodowych, zatrudnienia na otwartym rynku pracy zgodnie z kwalifikacjami, wykształceniem i możliwościami oraz korzystania z doradztwa zawodowego i pośrednictwa, a gdy niepełnosprawność i stan zdrowia tego wymaga - prawo do pracy w warunkach dostosowanych do potrzeb niepełnosprawnych.

Omówienie obowiązujących w Polsce regulacji prawnych należy rozpocząć od zwrócenia uwagi na Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych<sup>26</sup>, którą rząd Polski podpisał w dniu 20 marca 2007 r., zaś Polska ratyfikowała w dniu 6 września 2012 r. Od tego czasu Konwencja stanowi część polskiego porządku prawnego i jest bezpośrednio stosowana, zgodnie z art. 91 Konstytucji RP. Jest to obecnie najważniejszy akt regulujący sytuację osób z różnego rodzaju niepełnosprawnościami. Warto nadmienić, iż jest też najszybciej przyjętą konwencją z zakresu praw człowieka w historii ONZ, a jednocześnie pierwszą taką umową przyjętą w XXI wieku<sup>27</sup>. Unia Europejska jako pierwsza organizacja międzynarodowa ratyfikowała Konwencję w dniu 26 listopada 2009 r.<sup>28</sup>. Jej celem jest popieranie, ochrona i zapewnienie pełnego i równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności przez wszystkie osoby niepełnosprawne oraz popieranie poszanowania ich przyrodzonej godności.

Zgodnie z definicją zawartą w tej umowie międzynarodowej, do osób niepełnosprawnych zalicza się te osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami.

Z perspektywy spraw, które zostaną opisane w poszczególnych rozdziałach monografii warto przytoczyć przepis art. 10 Konwencji, stanowiący, że każda istota ludzka ma przyrodzone prawo do życia. Państwa-Strony podejmą wszelkie niezbędne środki w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym skutecznego korzystania z tego prawa, na zasadzie równości z innymi osobami. Na tym tle warto zwrócić uwagę, że niejednokrotnie w toku badania spraw poszczególnych osób chorych psychicznie, pracownicy Biura RPO spotykali się z opiniami lekarzy więziennych, że dalszy pobyt w jednostce penitencjarnej takiej osoby zagraża jej życiu i zdrowiu.

<sup>26</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 1169.

<sup>27</sup> Gazeta internetowa osób niepełnosprawnych Razem z Tobą: <http://www.razemztoba.pl/index.php?NS=srode-k&nrartyk=1375> (dostęp: 9.10.2017 r.).

<sup>28</sup> Decyzja Rady Unii Europejskiej z dnia 26 listopada 2009 r. 2010/48/WE w sprawie zawarcia przez Wspólnotę Europejską Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych, Dz. Urz. Unii Europejskiej z 2010 r. L. 23, s. 35-61. Decyzja weszła w życie 21 stycznia 2011 r.





Ponadto, w myśl art. 13 Konwencji Państwa - Strony zapewnią osobom niepełnosprawnym, na zasadzie równości z innymi osobami, skuteczny dostęp do wymiaru sprawiedliwości, w tym poprzez wprowadzenie dostosowań proceduralnych i dostosowań odpowiednich do ich wieku, w celu ułatwienia skutecznego udziału, bezpośredniego lub pośredniego, zwłaszcza jako świadków, we wszystkich postępowaniach prawnych, w tym na etapie śledztwa i innych form postępowania przygotowawczego. Aby wesprzeć gwarancje skutecznego dostępu osób niepełnosprawnych do wymiaru sprawiedliwości, na zasadzie równości z innymi osobami, Państwa - Strony będą popierać odpowiednie szkolenia osób pracujących w wymiarze sprawiedliwości, w tym w Policji i w więziennictwie.

Państwa - Strony zapewnią również, że osoby niepełnosprawne, na zasadzie równości z innymi osobami: (a) będą korzystały z prawa do wolności i bezpieczeństwa osobistego, (b) nie będą pozbawiane wolności bezprawnie lub samowolnie, a także, że każde pozbawienie wolności będzie zgodne z prawem oraz że niepełnosprawność w żadnym przypadku nie będzie uzasadniać pozbawienia wolności. Ponadto, Państwa - Strony zapewnią osobom niepełnosprawnym, które zostaną pozbawione wolności w wyniku jakiegokolwiek postępowania, prawo, na zasadzie równości z innymi osobami, do gwarancji zgodnych z międzynarodowym prawem praw człowieka i traktowanie zgodne z celami i zasadami Konwencji, włączając w to zapewnienie racjonalnych usprawnień (art. 14).

Omawiana umowa międzynarodowa podkreśla także wolność od tortur lub okrutnego, niehumanitarnego albo poniżającego traktowania lub karania (art. 15). Państwa Strony podejmą skuteczne środki ustawodawcze, administracyjne, sądowe i inne w celu zapobiegania, na zasadzie równości z innymi osobami, poddawaniu osób niepełnosprawnych torturom lub okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu lub karaniu.

Z kolei art. 25 Konwencji stanowi, że Państwa Strony uznają, że osoby niepełnosprawne mają prawo do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia, bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Państwa Strony podejmą wszelkie odpowiednie środki w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do usług opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę szczególnie wymogi związane z płcią, w tym rehabilitacji zdrowotnej.

Wśród umów międzynarodowych odnoszących się do osób z niepełnosprawnościami, których jednak Polska dotąd nie ratyfikowała<sup>29</sup>, należy wymienić Protokół fakultatywny do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych przyjęty podczas 61 sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 (Rezolucja 61/106). Przewiduje on, że każda osoba, która czuje

<sup>29</sup> Zob. apel RPO do Prezesa Rady Ministrów z dnia 21.01.2016 r. (XI.516.1.2016) w sprawie ratyfikowania Protokołu fakultatywnego: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Apel%20do%20PRM%20ws.%20Protoko%C5%82u%20fakultatywnego%20do%20KPON.pdf> (dostęp: 28.06.2017 r.).

się pokrzywdzona w wyniku działań instytucji państwowych niezgodnych z postanowieniem Konwencji, może zwrócić się o pomoc do Komitetu Praw Osób z Niepełnosprawnościami.

Decyzję o braku ratyfikacji przez Polskę Protokołu fakultatywnego podjęła minister A. Kalata tłumacząc, że: „wynikało to z faktu istnienia istotnych wątpliwości co do tego, czy skargi indywidualne bądź zbiorowe są właściwymi procedurami weryfikacji przestrzegania przez państwa norm międzynarodowych określających prawa społeczne. Wątpliwości te mają charakter praktyczny oraz prawny. Towarzyszące konwencjom międzynarodowym protokoły, które obejmują quasi-sądowe procedury kontrolne, właśnie dlatego mają charakter fakultatywny, aby dać państwom możliwość właściwego wyboru procedury weryfikacji norm materialnych. Polska, tak jak wiele innych państw, skorzystała z tej możliwości”<sup>30</sup>.

Wskazując na ważne z perspektywy niniejszego opracowania umowy międzynarodowe, które stanowią część polskiego porządku prawnego, nie sposób nie wymienić Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności<sup>31</sup>. Jej poszczególne postanowienia są interpretowane w wyrokach Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Ponieważ te dotyczące osób niepełnosprawnych intelektualnie lub psychicznie w jednostkach penitencjarnych zostały opisane w odrębnym rozdziale, w tym miejscu warto jedynie wskazać, że najczęściej podnoszonymi zarzutami było naruszenie: prawa do życia – art. 2 EKPC, zakazu tortur oraz niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karnania - art. 3 EKPC, prawa do wolności i bezpieczeństwa osobistego - art. 5 EKPC, prawa do rzetelnego procesu sądowego - art. 6 EKPC, prawa do skutecznego środka odwoławczego - art. 13 EKPC.

Na pytanie, na ile wskazane międzynarodowe konwencje znajdują odzwierciedlenie w praktyce organów krajowych i są przez nie wdrażane w życie w kontakcie z osobami z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, będzie można odpowiedzieć po zapoznaniu się z poszczególnymi rozdziałami monografii, gdzie opisano konkretne przykłady postępowania z osobami osadzonymi w izolacji penitencjarnej, ze wskazanymi rodzajami niepełnosprawności.

## 2. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej

Wskazując na konkretne przepisy Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, należy podkreślić, że zawarte w nich normy odnoszą się do ogółu osób będących pod jurysdykcją państwa polskiego. Zasadnicze znaczenie dla osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną ma jednak rozdział II Konstytucji RP, który określa wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela.

<sup>30</sup> Wywiad z 20.04.2007 r. z ówczesną Minister Pracy i Polityki Społecznej - Anną Kalatą, w portalu internetowym niepełnosprawni.pl: <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/18562> (dostęp: stan na dzień 9.10.2017 r.).

<sup>31</sup> Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284.



Przystępując do omawiania konkretnych uregulowań, wskazać należy w pierwszej kolejności na przepis art. 69 Konstytucji RP. Stanowi on, że osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej. Jest to jeden z przepisów programowych, określających zadania państwa, jakie powinny być realizowane wobec tych osób. Komunikacja społeczna to możliwość osobistego, fizycznego i duchowego kontaktu z innymi ludźmi. Bywa ona dla osób niepełnosprawnych trudna na skutek istnienia m.in. barier architektonicznych<sup>32</sup>.

Przepisem o znaczeniu fundamentalnym jest bez wątpienia art. 30 Konstytucji RP, statuujący przyrodzoną godność człowieka jako źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Zgodnie z tym przepisem godność jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Niezależnie zatem od stanu psychicznego lub fizycznego jednostki, nie może ona zrzec się, czy też zrezygnować – w sposób bezpośredni lub dorozumiany – ze swojej godności. Z drugiej zaś strony żadne działania, ale także zaniechania funkcjonariuszy publicznych nie mogą doprowadzić do naruszenia tej godności<sup>33</sup>.

Kolejny przepis, art. 31 Konstytucji RP, ustanawia zasadę ochrony prawnej wolności człowieka (ust. 1) oraz stanowi, iż każdy jest obowiązany szanować wolności i prawa innych. Nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje (ust. 2).

Ważne dla sytuacji omawianej kategorii osób jest także prawo do równego traktowania i zakaz dyskryminacji z jakiegokolwiek przyczyny (art. 32 ust. 1 i 2 Konstytucji). Oznacza to, iż „wszyscy są wobec prawa równi”, a zasady tej władze publiczne muszą przestrzegać. Wynika z niej także zakaz stosowania dyskryminacji w życiu politycznym, społecznym i gospodarczym. Od zasady równości Konstytucja nie przewiduje żadnych odstępstw lub wyjątków<sup>34</sup>.

Podrozdział zatytułowany *Wolności i prawa osobiste* zawiera szereg przepisów o zasadniczym znaczeniu dla osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną. Należy wskazać tu przede wszystkim: art. 38 (prawna ochrona życia), art. 40 (zakaz tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania i karania, w tym zakaz stosowania kar cielesnych) oraz art. 41 (nietykalność i wolność osobista). W tym ostatnim przepisie uregulowane zostały konstytucyjne podstawy pozbawienia wolności (ust. 1-3), zasada humanitarnego traktowania osoby pozbawionej wolności (ust. 4) oraz prawo do odszkodowania w przypadku bezprawnego pozbawienia wolności (ust. 5).

<sup>32</sup> P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Wyd. Liber, Warszawa 2000, s. 92.

<sup>33</sup> W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*, Komentarz do art. 30, LEX, 2013.

<sup>34</sup> W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*, Komentarz, Zakamycze 1999, s. 36.

Z punktu widzenia osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną wskazać należy także na art. 41 ust. 1 Konstytucji RP. Zgodnie z jego brzmieniem, pozbawienie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonym w ustawie. O fakcie pozbawienia wolności należy powiadomić rodzinę lub osobę wskazaną przez pozbawionego wolności (art. 41 ust. 2). Szczególnego znaczenia dla osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną nabiera także wyartykułowany w art. 41 ust. 3 nakaz poinformowania w sposób zrozumiały o przyczynach zatrzymania. Osoby te mogą mieć trudności z percepcją przyczyn zatrzymania i podejmowanych wobec nich czynności. Z tego względu więcej czasu może wymagać wytłumaczenie im – w sposób dla nich zrozumiały – dlaczego są pozbawione wolności. Równie ważny jest nakaz traktowania w sposób humanitarny każdego pozbawionego wolności, wyrażony w art. 41 ust. 4 Konstytucji RP. Traktowanie humanitarne to takie obchodzenie się z osobą pozbawioną wolności, które uwzględnia i respektuje pewne minimalne potrzeby każdego człowieka, odnosząc je do przeciętnych standardów danego społeczeństwa<sup>35</sup>.

Kolejny przepis Konstytucji RP wskazuje prawo do obrony we wszystkich stadiach postępowania, w tym prawo do wyboru obrońcy lub korzystania z obrońcy z urzędu - na zasadach przewidzianych w ustawie (art. 42 ust. 2) oraz określa zasadę domniemania niewinności do czasu stwierdzenia winy prawomocnym wyrokiem (art. 42 ust. 3)<sup>36</sup>.

Ważną konstytucyjną gwarancją dla osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną zawiera art. 45 ust. 1 Konstytucji RP, ustanawiający prawo do sądu, prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki przez właściwy, niezależny, bezstronny i niezawisły sąd.

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną mają zagwarantowane na poziomie konstytucyjnym - podobnie jak inni skazani i tymczasowo aresztowani - prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47). Do sytuacji tych osób mogą odnosić się także konstytucyjne normy gwarantujące: tajemnicę komunikowania się (art. 49), prawo do ochrony danych osobowych (art. 51), wolność sumienia i wyznania (art. 53).

Zasadą jest także możliwość korzystania przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną z prawa do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego (art. 67 ust. 1), a także z prawa do ochrony zdrowia (art. 68).

<sup>35</sup> P. Sarnecki (w.): *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Tom III, Komentarz*, L. Garlicki (red.), Wyd. Sejmowe, Warszawa 2003, komentarz do art. 41, s. 8.

<sup>36</sup> Na temat realizacji prawa do obrony w kontekście osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, zob. M. Mazur, *Wybrane aspekty prawa do obrony w kontekście osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną*.



Powyżej wskazane regulacje ustawy zasadniczej odnoszą się nie tylko do grupy osób poddanej szczególnej analizie w niniejszym opracowaniu monografii, ale do ogółu osób przebywających w więziennej izolacji. Niemniej jednak, dla uporządkowania wywodu, zostały one wymienione. Warto także podkreślić, że zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.

### **3. Kodeks karny<sup>37</sup> oraz Kodeks postępowania karnego<sup>38</sup>**

Zatrzymanie przez Policję realizowane jest na podstawie art. 244 § 1 k.p.k. Paragraf 2 tego przepisu stanowi, że zatrzymanego należy natychmiast poinformować o przyczynach zatrzymania i przysługujących mu prawach, w tym o prawie do: skorzystania z pomocy adwokata lub radcy prawnego, korzystania z bezpłatnej pomocy tłumacza, jeżeli nie włada w wystarczającym stopniu językiem polskim, złożenia oświadczenia i odmowy złożenia oświadczenia, otrzymania odpisu protokołu zatrzymania, dostępu do pierwszej pomocy medycznej, kontaktu zatrzymanego z adwokatem lub radcą prawnym, złożenia zażalenia na zatrzymanie, nawiązania w dostępnej formie kontaktu z właściwym urzędem konsularnym lub przedstawicielstwem dyplomatycznym. Dodatkowo należy poinformować go o treści przepisów, które określają granice czasowe zatrzymania, a także wysłuchać go.

Ważnym dokumentem z punktu widzenia poszanowania praw osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną jest protokół zatrzymania (art. 244 § 3 k.p.k.), który, oprócz danych osobowych funkcjonariusza sporządzającego protokół i osoby zatrzymanej, powinien zawierać m.in. wskazanie przyczyn zatrzymania, z podaniem o jakie przestępstwo podejrzewa się daną osobę, adnotację o udzieleniu zatrzymanemu informacji o przysługujących mu prawach.

Istotne jest zidentyfikowanie już na wstępnym etapie czynności procesowych<sup>39</sup> osób wymagających szczególnego traktowania, które w przypadku osadzenia ich w jednostce penitencjarnej administracja powinna pilnie objąć opieką (osoby ze znacznie obniżoną sprawnością psychiczną, intelektualną, fizyczną lub sensoryczną, chore psychicznie lub z zaburzeniami funkcji poznawczych, które utrudniają jej zrozumienie postępowania karnego i skuteczne w nim uczestnictwo). Policjanci realizujący czynności procesowe jako pierwsi

<sup>37</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz. U. z 2016 r. poz. 1137 ze zm.

<sup>38</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz. U. z 2016 r. poz. 1749 ze zm.

<sup>39</sup> Szerzej to zagadnienie zostanie przedstawione w opracowaniu Jolanty Nowakowskiej - w rozdziale poświęconym wczesniej identyfikacji osób wymagających szczególnego traktowania, będących uczestnikami postępowania karnego.

mają kontakt z osobami zatrzymanymi i mogą odnotować nietypowe zachowania, budzące wątpliwości co do stanu zdrowia psychicznego danego człowieka bądź jego niepełnosprawności intelektualnej. Nie powinni przemilczeć tych informacji, bowiem mogą one wpłynąć niekorzystnie na ich prawo do obrony. Zazwyczaj, wykonywane po zatrzymaniu czynności łączą się z przesłuchaniem osoby zatrzymanej.

Dyrektywy dotyczące sposobu przesłuchania znajdują się w k.p.k. oraz w Wytycznych Nr 1 Komendanta Głównego Policji z dnia 23 lipca 2015 r. w sprawie wykonywania niektórych czynności dochodzeniowo-śledczych przez policjantów<sup>40</sup>, wydanych na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji<sup>41</sup>.

Ocena stanu psychicznego i intelektualnego danej osoby, może również nastąpić podczas prowadzonego przesłuchania, bowiem wówczas osoba ta ma szersze możliwości wypowiedzenia się. W myśl art. 171 § 1 k.p.k. osobie przesłuchiwanej należy umożliwić swobodne wypowiedzenie się w granicach określonych celem danej czynności, a dopiero następnie można zadawać pytania, zmierzające do uzupełnienia, wyjaśnienia lub kontroli wypowiedzi.

Wydaje się, że z punktu widzenia rozpoznania właściwości i potrzeb podejrzanego lub oskarżonego pozbawionego wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, istotne znaczenie może mieć również wywiad środowiskowy, przeprowadzany na podstawie art. 214 k.p.k. Zgodnie z tym przepisem, w razie potrzeby, a w szczególności gdy niezbędne jest ustalenie danych co do właściwości i warunków osobistych oraz dotychczasowego sposobu życia oskarżonego, sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, zarządza w stosunku do oskarżonego przeprowadzenie wywiadu środowiskowego przez kuratora sądowego lub inny podmiot uprawniony, na podstawie odrębnych przepisów, a w szczególności uzasadnionych wypadkach przez Policję. Obligatoryjne jest przeprowadzenie wywiadu środowiskowego w dwóch przypadkach: w sprawach o zbrodnie oraz w stosunku do oskarżonego, który w chwili czynu nie ukończył 21 roku życia, jeżeli zarzucono mu popełnienie umyślnego występku przeciwko życiu. *De lege ferenda* ustawodawca powinien rozważyć wprowadzenie trzeciego przypadku, gdy przeprowadzenie wywiadu środowiskowego byłoby obligatoryjne, tj. w sytuacji podejrzenia u oskarżonego niepełnosprawności intelektualnej lub psychicznej. Wiedza zdobyta w ramach wywiadu środowiskowego, mogłaby poprzedzać ewentualne badanie pod kątem ww. niepełnosprawności, dokonane przez psychiatrę czy psychologa.

Wywiad środowiskowy powinien między innymi zawierać informacje dotyczące stanu zdrowia oskarżonego, a także o nadużywaniu przez niego alkoholu, środków odurzających, środków zastępczych lub substancji psychotropowych (art. 214 § 4 pkt 4 k.p.k.).

<sup>40</sup> Dz. Urz. KGP z 2015 r. poz. 59.

<sup>41</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1782 ze zm.



Na podstawie art. 214 § 9 k.p.k. Minister Sprawiedliwości wydał rozporządzenie z dnia 11 czerwca 2003 r. w sprawie regulaminu czynności w zakresie przeprowadzania wywiadu środowiskowego oraz wzoru kwestionariusza tego wywiadu<sup>42</sup>. Z przepisu § 5 ust. 1 pkt 7 tego rozporządzenia wynika, że wywiad obejmuje informacje dotyczące między innymi stanu zdrowia oskarżonego, z uwzględnieniem stanu zdrowia psychicznego, uzależnienia od alkoholu lub środków odurzających. We wzorze kwestionariusza wywiadu wskazano ponadto na potrzebę uwzględnienia danych dotyczących stopnia ograniczenia zdolności do pracy i renty.

Niezaprzeczalne znaczenie dla kwestii ponoszenia odpowiedzialności karnej ma wyrażona w art. 1 § 3 k.k. zasada, że nie popełnia przestępstwa sprawca czynu zabronionego, jeżeli nie można mu przypisać winy w czasie popełnienia czynu. Od samej winy należy odróżnić warunki, których identyfikacja pozwala na jej przypisanie sprawcy, w tym przede wszystkim podmiotową zdolność sprawcy do przypisania mu winy. Z punktu widzenia niniejszego opracowania istotnym jest, że zdolność ta zależy od odpowiedniego stanu umysłowego (psychicznego), który pozwala człowiekowi rozpoznać znaczenie swego czynu i pokierować swoim postępowaniem, co określa się mianem poczytalności. Konsekwencją takiego ujęcia jest stwierdzenie w art. 31 § 1 k.k., że nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem. Natomiast w odniesieniu do osób, których zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem w czasie popełnienia przestępstwa była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary (art. 31 § 2 k.k.).

W przypadku całkowitego zniesienia poczytalności sprawcy czynu zabronionego, w ogóle nie może zostać wobec niego orzeczona kara, w tym kara pozbawienia wolności, co nie wyklucza orzeczenia tytułem środka zabezpieczającego, środka wymienionego w art. 93a § 1 k.k.<sup>43</sup> (elektroniczna kontrola miejsca pobytu, terapia, terapia uzależnień, pobyt w zakładzie psychiatrycznym) oraz – ewentualnie nakazów i zakazów określonych w art. 39 pkt 2 - 3 k.k.<sup>44</sup>.

<sup>42</sup> Dz. U. Nr 108, poz. 1018.

<sup>43</sup> Art. 93a § 1 Środkami zabezpieczającymi są: 1) elektroniczna kontrola miejsca pobytu; 2) terapia; 3) terapia uzależnień; 4) pobyt w zakładzie psychiatrycznym § 2. Jeżeli ustawa tak stanowi, tytułem środka zabezpieczającego można orzec nakaz i zakazy określone w art. 39 pkt 2-3.

<sup>44</sup> Art. 39 Środkami karnymi są: 2) zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej; 2a) zakaz prowadzenia działalności związanej z wychowaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub z opieką nad nimi; 2b) zakaz przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, kontaktowania się z określonymi osobami, zbliżania się do określonych osób lub opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu; 2c) zakaz wstępu na imprezę masową; 2d) zakaz wstępu do ośrodków gier i uczestnictwa w grach hazardowych; 2e) nakaz okresowego opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym; 3) zakaz prowadzenia pojazdów.

Przepis art. 31 § 1 k.k. wyznacza zatem warunki graniczne, po których ziszczeniu sprawca czynu zabronionego - osoba, której czynności psychiczne w czasie popełnienia tego czynu zostały zakłócone na skutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub z innego powodu - nie trafi do jednostki penitencjarnej jako skazany na karę pozbawienia wolności. Stwierdzenie popełnienia czynu w warunkach tego przepisu może natomiast prowadzić do orzeczenia w przedmiocie stosowania środków zabezpieczających (art. 93a § 1 k.k.), przy czym orzeczenie środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu w zakładzie psychiatrycznym można orzec jedynie, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości (art. 93b § 1 zdanie 2 k.k.).

Warunków takich nie wyznacza wprost art. 31 § 2 k.k. Oskarżony odpowiadający w warunkach przewidzianych w tym przepisie może - jak wspomniano powyżej - skorzystać z dobrodziejstwa nadzwyczajnego złagodzenia kary, nie jest ono jednak obligatoryjne.

Ustalenie, czy sprawca działał w warunkach zniesionej lub w znacznym stopniu ograniczonej możliwości rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem, jest obowiązkiem organów procesowych. Stwierdzenie przesłanek z art. 31 § 1 k.k. powoduje bowiem konieczność umorzenia postępowania na podstawie art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. - w takim przypadku sprawca nie popełnia przestępstwa. Ponadto, sprawca odpowiadający w warunkach art. 31 § 1 lub 2 k.k., ale także wtedy, gdy zachodzi uzasadniona wątpliwość, czy stan jego zdrowia psychicznego pozwala na udział w postępowaniu lub prowadzenie obrony w sposób samodzielny oraz rozsądny, musi mieć w postępowaniu karnym zapewnionego obrońcę (art. 79 § 1 pkt 3 i 4 k.p.k.). Obowiązek organów procesowych zarządzenia badań psychiatrycznych, w razie zaistnienia uzasadnionych wątpliwości co do poczytalności oskarżonego, ma swoje odzwierciedlenie w nałożonym na tego ostatniego obowiązku poddania się badaniom psychiatrycznym (i psychologicznym) - art. 74 § 2 pkt 2 k.p.k. Badania mierzące do ustalenia stanu zdrowia psychicznego oskarżonego przeprowadzają co najmniej dwaj biegli lekarze psychiatry, na których wniosek może być powołany biegły lub biegli innych specjalności (art. 202 § 1 i 2 k.p.k.). W razie zgłoszenia przez biegłych takiej konieczności, badanie stanu zdrowia psychicznego oskarżonego może być połączone z obserwacją w zakładzie leczniczym. Dodatkowym, lecz niezbędnym warunkiem przeprowadzenia takiej obserwacji jest ustalenie, że zebrane dowody wskazują na duże prawdopodobieństwo, że oskarżony popełnił przestępstwo (art. 203 § 1 k.p.k.). Obserwacji nie stosuje się jeśli na podstawie okoliczności sprawy można przewidywać, że sąd orzeknie w stosunku do oskarżonego karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania lub karę łagodniejszą albo, że okres obserwacji przekroczy przewidywany wymiar kary pozbawienia wolności bez warunkowego





zawieszenia (art. 203 § 1 w zw. z art. 259 § 2 k.p.k.) – chyba, że sam oskarżony wnosi o poddanie go obserwacji. Przepis art. 203 k.p.k. reguluje także istotne dla oskarżonego kwestie, takie jak: orzekanie w przedmiocie zarządzenia obserwacji psychiatrycznej przez sąd (w postępowaniu przygotowawczym na wniosek prokuratora - art. 203 § 2 k.p.k.), długość obserwacji – 4 tygodnie z możliwością przedłużenia na wniosek zakładu na czas oznaczony, nieprzekraczający łącznie 8 tygodni (art. 203 § 3 k.p.k.); mająca charakter gwarancyjny zaskarżalność postanowienia o obserwacji i jej przedłużeniu (art. 203 § 4 k.p.k.). Opinia biegłych po przeprowadzeniu badań powinna zawierać stwierdzenie dotyczące zarówno poczytalności oskarżonego w chwili popełnienia zarzucanego mu czynu, jak i jego aktualnego stanu zdrowia psychicznego, a zwłaszcza wskazanie, czy stan ten pozwala oskarżonemu na udział w postępowaniu i na prowadzenie obrony w sposób samodzielny i rozsądny, a w razie potrzeby także stwierdzenia co do okoliczności prawdopodobieństwa ponownego popełnienia przez oskarżonego czynu zabronionego w kontekście potrzeby zastosowania środków zabezpieczających (art. 202 § 5 k.p.k.).

Wątpliwości co do stanu psychicznego sprawcy nie powodują niemożności zastosowania wobec sprawcy środków zapobiegawczych, w tym tymczasowego aresztowania. W niektórych okolicznościach zaburzenia psychiczne mogą być podstawą do odstąpienia od stosowania tymczasowego aresztowania, zgodnie z art. 259 § 1 pkt 1 k.p.k., a mianowicie wtedy, gdy zastosowanie tego środka spowodowałoby dla życia lub zdrowia tymczasowo aresztowanego poważne niebezpieczeństwo. W takim przypadku regułą powinno być odstąpienie od stosowania tymczasowego aresztowania. Sąd może jednak nie uwzględnić tej przesłanki, jeżeli stoją temu na przeszkodzie szczególne względy, „przez co należy rozumieć sytuację, gdy przesłanki przemawiające za stosowaniem tymczasowego aresztowania, jako jedyne, skutecznego środka zapobiegawczego, występują, w okolicznościach konkretnej sprawy, ze szczególnym nasileniem i jest to ta wyjątkowa sytuacja, gdy niezakłócony przebieg postępowania karnego stanowi, z punktu widzenia oceny społecznej, dobro większej wartości niż związane ze stosowaniem tymczasowego aresztowania poważne niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia oskarżonego czy też wystąpienie ciężkich skutków dla oskarżonego lub jego rodziny”<sup>45</sup>.

Przepis art. 259 k.p.k. określa także inne sytuacje, w których tymczasowe aresztowanie nie powinno być stosowane. Paragraf 2 tego przepisu stanowi, że tymczasowe aresztowania nie stosuje się, gdy na podstawie okoliczności sprawy można przewidywać, że sąd orzeknie w stosunku do oskarżonego karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania lub karę łagodniejszą albo że okres tymczasowego aresztowania przekroczy przewidywa-

<sup>45</sup> L. K. Paprzycki, *Komentarz aktualizowany do art. 259 Kodeksu postępowania karnego*, LEX/el., 2015.

ny wymiar kary pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia. Ograniczenia, o którym mowa w art. 259 § 2 k.p.k. nie stosuje się, gdy zachodzi wysokie prawdopodobieństwo orzeczenia środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu sprawcy w zakładzie zamkniętym (art. 259 § 4 zd. 2 k.p.k.). Oznacza to, że nawet w przypadku przewidywania, że zostanie orzeczony środek zabezpieczający z art. 93a § 1 k.k., tymczasowe aresztowanie może być stosowane w stosunku do sprawców, odpowiadających w warunkach art. 31 § 1 lub 2 k.k.

Szczególne warunki wykonywania tymczasowego aresztowania wynikają z art. 260 § 1 k.p.k. Mianowicie, jeżeli stan zdrowia oskarżonego tego wymaga, tymczasowe aresztowanie może być wykonywane tylko w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym, w tym w zakładzie psychiatrycznym. Przepis ten bez wątplenia może odnosić się również do osób tymczasowo aresztowanych z niepełnosprawnością psychiczną. W celu wykonania delegacji zawartej w art. 260 § 2 k.p.k. Minister Sprawiedliwości wydał w dniu 16 czerwca 2015 r. rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów<sup>46</sup>. Odnotować należy, że w wykazie, stanowiącym załącznik do tego rozporządzenia, wymienione są jedynie zakłady lecznicze funkcjonujące przy jednostkach penitencjarnych. Jednakże w myśl § 2 ust. 2 tego rozporządzenia, tymczasowe aresztowanie może być wykonywane również przez inne zakłady lecznicze, jeżeli wykonują świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej w warunkach stacjonarnych, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>47</sup>, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, o ile wymaga tego stan zdrowia tymczasowo aresztowanego lub względy organizacyjne.

Osoba pozbawiona wolności (w praktyce tymczasowo aresztowany), u której w wyniku badania psychiatrycznego połączonego z obserwacją stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenie czynności psychicznych w rozumieniu art. 31 § 1 k.k., może pozostać w oddziale psychiatrycznym podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności, do czasu wydania przez sąd stosownego orzeczenia. Wobec takiej osoby stosuje się przepisy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>48</sup> (§ 14 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności<sup>49</sup>).

<sup>46</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1733.

<sup>47</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.

<sup>48</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 882.

<sup>49</sup> Dz. U. poz. 738 ze zm.



Ważne regulacje z punktu widzenia określenia stosowania tymczasowego aresztowania wobec sprawcy, w stosunku do którego postępowanie umorzono z powodu niepoczytalności i orzeczono środek zabezpieczający, w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, zawierają przepisy art. 264 § 2a - 4 k.p.k. Zgodnie z jego treścią, orzeczenie środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu go w zakładzie zamkniętym może stanowić samodzielny przesłankę do zastosowania tymczasowego aresztowania (art. 264 § 2a k.p.k.). Tymczasowe aresztowanie w wypadku prawomocnego orzeczenia środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu sprawcy w zakładzie zamkniętym może być stosowane do czasu rozpoczęcia wykonywania środka, jednak nie dłużej niż przez okres 3 miesięcy, z możliwością jednorazowego przedłużenia w szczególnie uzasadnionym wypadku na kolejny miesiąc (art. 264 § 3 k.p.k.). W tych okolicznościach tymczasowe aresztowanie wykonuje się w warunkach umożliwiających stosowanie odpowiedniego postępowania leczniczego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego oraz resocjalizacyjnego (art. 263 § 4 k.p.k.).

#### **4. Kodeks karny wykonawczy<sup>50</sup> i wydane na jego podstawie akty wykonawcze**

Zasadniczym aktem prawnym regulującym sytuację osób pozbawionych wolności jest Kodeks karny wykonawczy. Ponieważ większość przepisów tego Kodeksu odnosi się do skazanych odbywających karę pozbawienia wolności lub osób tymczasowo aresztowanych, to dotyczą one zarówno osób w pełni sprawnych, jak i osób z różnego rodzaju niepełnosprawnościami. Dla celów niniejszego opracowania wymienione zostaną te regulacje, które w sposób szczególny definiują sytuację osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną.

Niejako na wstępie należy wyjaśnić, że jeżeli zachodzi długotrwała przeszkoda uniemożliwiająca postępowanie wykonawcze, a w szczególności jeżeli nie można ująć skazanego albo nie można wykonać wobec niego orzeczenia z powodu choroby psychicznej lub innej przewlekłej, ciężkiej choroby, postępowanie zawiesza się w całości lub części na czas trwania przeszkody (art. 15 § 2 k.k.w.).

Ponadto, należy pamiętać, że skazany zachowuje prawa i wolności obywatelskie (art. 4 § 2 k.k.w.). Ograniczenie praw może wynikać jedynie z ustawy oraz z wydanego na jej podstawie prawomocnego orzeczenia.

##### **a) Przyjęcie do jednostki penitencjarnej**

Gdy skazany trafi do zakładu karnego poddaje się go badaniom lekarskim wstępnym: podmiotowym (wywiad chorobowy) i przedmiotowym (fizykalnym).

<sup>50</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r., Dz. U. z 2017 r. poz. 665 ze zm.

Wstępne badania lekarskie oraz osobopoznawcze przeprowadza się podczas pobytu osadzonego w celi przejściowej, w której umieszcza się go po przyjęciu do aresztu śledczego, na okres niezbędny, nie dłużej jednak niż na 14 dni (art. 79b § 1 k.k.w.).

Badania te przeprowadza się niezwłocznie po przyjęciu do jednostki penitencjarnej, nie później jednak niż w terminie 3 dni roboczych od dnia przyjęcia (§ 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności<sup>51</sup>).

Treść ww. przepisów nakłada na lekarza obowiązek ustalenia aktualnego stanu zdrowia skazanego, w tym informację o przebytych chorobach; zaś na wychowawcę obowiązek przeprowadzenia wstępnych badań osobopoznawczych. Umieszczając bowiem skazanego w celi mieszkalnej, stosownie do przepisu art. 110 § 4 pkt 4 k.k.w. (w przypadku tymczasowo aresztowanego - zgodnie z art. 212 § 1 pkt 3 k.k.w), bierze się pod uwagę w szczególności zalecenia: lekarskie, psychologiczne i rehabilitacyjne.

Spośród aktów prawnych wydanych na podstawie k.k.w., które są ważne w kontekście przyjęcia do jednostki penitencjarnej osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, należy wskazać rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawienie wolności oraz dokumentowania tych czynności<sup>52</sup>. Stosownie do § 35 ust. 1 tego rozporządzenia w wypadku przyjęcia do jednostki penitencjarnej osoby wymagającej natychmiastowego leczenia szpitalnego ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia lub kobiety od 28. tygodnia ciąży, osobie tej natychmiast zapewnia się odpowiednią opiekę lekarską. Kolejne przepisy § 35 rozporządzenia doprecyzowują obowiązki spoczywające na Służbie Więziennej. O przyjęciu do jednostki penitencjarnej takiej osoby, natychmiast powiadamia się sędziego penitencjarnego oraz sąd, który skierował orzeczenie do wykonania, a w wypadku tymczasowo aresztowanego - organ dysponujący. Jeżeli osoba ta zgłosiła się albo została doprowadzona do jednostki penitencjarnej, przy której funkcjonuje szpital z oddziałem mogącym zapewnić jej specjalistyczną opiekę lekarską, powiadomienie obejmuje również tę informację. Kopię powiadomienia włącza się do akt ewidencyjnych. Stan zdrowia takiej osoby stwierdza się na podstawie doręczonego przez organ doprowadzający dokumentu sporządzonego przez lekarza. Dokument może być również wystawiony przez lekarza podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności w areszcie śledczym, do którego nastąpiło doprowadzenie, a jeżeli nie jest to możliwe - lekarza innego podmiotu leczniczego. Na podstawie

<sup>51</sup> Dz. U. poz. 738 ze zm.

<sup>52</sup> Dz. U. poz. 927 ze zm.



tego dokumentu wskazuje się ponadto areszt śledczy, przy którym funkcjonuje szpital z oddziałem mogącym zapewnić tej osobie specjalistyczną opiekę lekarską. W takim wypadku przyjęcie do aresztu śledczego, przy którym funkcjonuje szpital, następuje także wówczas, gdy w nakazie przyjęcia wskazano inną jednostkę penitencjarną.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 11 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu informacji dotyczących osoby skazanego, przesyłanych przez sąd dyrektorowi zakładu karnego lub aresztu śledczego<sup>53</sup>, w § 1 stanowi, iż razem ze skierowaniem do wykonania orzeczenia skazującego na karę pozbawienia wolności lub aresztu wojskowego sąd przesyła dyrektorowi zakładu karnego lub aresztu śledczego posiadane w sprawie informacje dotyczące osoby skazanego w zakresie określonym w wykazie informacji. Stosownie do załącznika do rozporządzenia informacje te obejmują między innymi dane dotyczące stanu zdrowia (należy uwzględnić przede wszystkim, jeżeli są zawarte w aktach, odpisy orzeczeń i opinii lekarskich oraz psychologicznych z zakładów leczniczych, w których skazany był leczony lub przebywał na obserwacji).

### **b) Badania psychologiczne i psychiatryczne**

Indywidualizacji postępowania ze skazanymi służy ich klasyfikacja, której jednym z kryteriów jest stan zdrowia fizycznego i psychicznego, w tym stopień uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych (art. 82 § 2 pkt 6 k.k.w.).

Ważnym elementem klasyfikacji w odniesieniu do osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną są badania psychologiczne i psychiatryczne. Przeprowadza się je za zgodą skazanego lub na zarządzenie sędziego penitencjarnego bez takiej zgody, w odpowiednich ośrodkach diagnostycznych (art. 83 § 1 i 2 k.k.w.). Na tych samych zasadach przeprowadza się w razie potrzeby badania tymczasowo aresztowanym (art. 212c k.k.w. – koniecznym jest przy tym powiadomienie organu, do którego dyspozycji tymczasowo aresztowany pozostaje). Zgodnie z art. 116 § 1 pkt 3 k.k.w. skazany, co do którego sędzia penitencjarny zarządził przeprowadzenie badań psychologicznych lub psychiatrycznych, ma obowiązek udzielania osobom prowadzącym badania informacji o stanie zdrowia, przebytych chorobach i urazach oraz warunkach, w jakich się wychowywał, oraz wykonywania zleconych przez psychiatrę lub psychologa czynności niezbędnych na potrzeby badania.

Ośrodki diagnostyczne powoływane są na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, które określa także zasady organizacji i warunki przeprowadzania badań w tych ośrodkach (art. 83 § 3 k.k.w.). Na podstawie delegacji zawartej w tym

<sup>53</sup> Dz. U. Nr 181, poz. 1333.

przepisie, Minister Sprawiedliwości wydał rozporządzenie z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych<sup>54</sup>. Z rozporządzenia tego wynika, że podstawą skierowania skazanego na badania w ośrodku jest decyzja dyrektora jednostki penitencjarnej, wydana na piśmie i uzasadniony wniosek psychologa, wychowawcy lub psychiatry, wraz z załączoną pisemną zgodą skazanego; w razie braku zgody skazanego dyrektor zakładu występuje z wnioskiem do sędziego penitencjarnego o zarządzenie przeprowadzenia badań (§ 2 ust. 1 i 2). Badania w ośrodku nie powinny trwać dłużej niż 2 tygodnie. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek prowadzącego badania, kierownik ośrodka przedłuża badania na czas niezbędny dla ich przeprowadzenia, o czym powiadamia sędziego penitencjarnego, jeżeli skazany nie wyraża na to zgody (§ 2 ust. 4, 5 rozporządzenia). Na podstawie przeprowadzonych badań psycholog wydaje orzeczenie psychologiczno-penitencjarne, a lekarz psychiatra - opinię psychiatryczną. Wyniki badań stanowią podstawę do weryfikacji decyzji klasyfikacyjnej, o której mowa w art. 82 § 1 k.k.w. (§ 3 ust. 2 i 3 rozporządzenia). Treść orzeczenia psychologiczno-penitencjarnego regulowana jest w § 4 ust. 1 rozporządzenia. Powinno ono zawierać między innymi: wyjaśnienie procesu wykojenia społecznego skazanego oraz stopnia jego demoralizacji i podatności na oddziaływanie, psychologiczną charakterystykę aktualnego stanu psychicznego skazanego oraz jego stosunku do popełnionego przestępstwa, a także do zadań i obowiązków wiążących się z wykonywaniem kary, ustalenie ewentualnej potrzeby oddziaływania specjalistycznego i skierowania skazanego do odbywania kary w systemie terapeutycznym, wskazania w zakresie klasyfikacji, nauczania, zatrudnienia oraz zalecenia dotyczące potrzeby uwzględnienia psychologicznych i socjologicznych mechanizmów zachowania skazanego przy stosowaniu zindywidualizowanych oddziaływań. Natomiast, zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia, opinia psychiatryczna powinna zawierać w szczególności: ocenę stanu zdrowia psychicznego, rozpoznanie psychiatryczne stanu zdrowia psychicznego skazanego, zalecenia w zakresie dalszej opieki psychiatrycznej nad skazanym, w szczególności odnoszące się do potrzeby zapewnienia psychiatrycznego leczenia szpitalnego, leczenia i rehabilitacji w związku ze stwierdzeniem uzależnienia od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych, zatrudnienia w warunkach pracy chronionej oraz skierowania do odbywania kary w systemie terapeutycznym.

Stosownie do art. 88 § 3 pkt 3 k.k.w., skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazanych za przestępstwo określone w art. 197-203 k.k., popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych lub upośledzonych umysłowo, osadza się w zakładzie karnym typu zamkniętego.

<sup>54</sup> Dz. U. Nr 29 poz. 369.



Zgodnie z art. 96 § 1 k.k.w. skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197-203 k.k., popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeni umysłowo, a także uzależnieni od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz skazani niepełnosprawni fizycznie - wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej, odbywają karę w systemie terapeutycznym.

Karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wykonuje się przede wszystkim w oddziale terapeutycznym o określonej specjalizacji (art. 96 § 4 k.k.w.). Celami wykonywania kary w systemie terapeutycznym są w szczególności: zapobieganie pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywracania równowagi psychicznej oraz kształtowanie zdolności współżycia społecznego i przygotowania do samodzielnego życia (art. 97 § 1 k.k.w.). Wykonywanie kary dostosowuje się do potrzeb w zakresie leczenia, zatrudnienia, nauczania i wymagań higieniczno-sanitarnych. Jeżeli względy zdrowotne tego wymagają, organizuje się zatrudnienie w warunkach pracy chronionej (art. 97 § 2 k.k.w.). O zakwalifikowaniu skazanego do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym decyduje komisja penitencjarna, jeżeli nie określił tego sąd w wyroku (art. 76 § 1 pkt 2 k.k.w.).

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych<sup>55</sup>, w § 11 wskazuje określone grupy skazanych, którym obligatoryjnie należy sporządzić orzeczenie psychologiczno-penitencjarne, przy czym katalog grup jest otwarty, ze względu na użycie w treści przepisu określenia „w szczególności”. Wyliczenie obejmuje m.in. skazanego sprawiającego trudności wychowawcze, przede wszystkim takiego, którego zachowanie wskazuje na poważny stopień demoralizacji, zaburzenia psychiczne albo szczególnie brak umiejętności przystosowania się do warunków i wymagań zakładu oraz co do którego zachodzi podejrzenie konieczności stosowania oddziaływań w warunkach oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo.

Z rozporządzenia wynika, że jednym z oddziałów, w którym może zostać umieszczony skazany zakwalifikowany do odbywania kary w systemie terapeutycznym, jest oddział terapeutyczny dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo (§ 15 ust. 1 pkt 1). Wniosek o skierowanie do odpowiedniego oddziału terapeutycznego sporządza lekarz (§ 16 pkt 3).

Warto również zwrócić uwagę, że dla osiągnięcia celów kary, określonych w art. 67 § 1 k.k.w., prowadzi się zindywidualizowane oddziaływanie na skaza-

<sup>55</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 1067.

nych w ramach określonych w ustawie systemów wykonywania kary, w różnych rodzajach i typach zakładów karnych (art. 67 § 2 k.k.w.). Środkami do osiągnięcia celu kary są – obok pracy i nauczania: zajęcia kulturalno-oświatowe i sportowe, podtrzymywanie kontaktów z rodziną i światem zewnętrznym oraz środki terapeutyczne (art. 67 § 3 k.k.w.).

### **c) Oddziaływania penitencyjne**

W kontekście oddziaływań penitencyjnych należy zwrócić uwagę na zarządzenie nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencyjnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencyjnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencyjnych<sup>56</sup>. W zarządzeniu przyjęto, że osoba niepełnosprawna to ta, która nie może samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznej lub psychicznej. Prowadzenie oddziaływań penitencyjnych wobec osób niepełnosprawnych powinno sprzyjać ich integracji społecznej i przystosowaniu do samodzielnego życia. W prowadzeniu oddziaływań penitencyjnych wobec tych osób uwzględnia się w szczególności potrzeby: uwrażliwienia ogółu osadzonych na szczególną sytuację osób niepełnosprawnych, podejmowania działań mających na celu niwelowanie uprzedzeń i stereotypów wobec osób niepełnosprawnych, aktywnego włączenia w dostępne dla wszystkich skazanych programy resocjalizacyjne i zajęcia kulturalno-oświatowe, obejmowania zatrudnieniem, szkoleniem zawodowym i umożliwiania udziału w zajęciach sportowych, z uwzględnieniem wskazań lekarskich dotyczących stanu zdrowia, organizowania w miarę możliwości terapii zajęciowej, współpracy w realizowaniu przez więzienną służbę zdrowia programach promocji zdrowia.

Do potrzeb niezbędnych do prowadzenia oddziaływań penitencyjnych zaliczono również: organizowanie kursów zawodowych dla skazanych opiekunów osób niepełnosprawnych oraz współpracę z instytucjami i organizacjami pozarządowymi, których działalność jest ukierunkowana na pomoc osobom niepełnosprawnym.

#### **• Nauczanie**

W zakładach karnych prowadzi się nauczanie obowiązkowe w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum<sup>57</sup>. Zakład karny ma również obowiązek prowadzenia nauczania młodocianych skazanych, stosownie do ich możliwości i uzdolnień<sup>58</sup>.

<sup>56</sup> Wydane na podstawie art. 249a pkt 3 k.k.w.

<sup>57</sup> Art. 130 § 1 k.k.w.

<sup>58</sup> Art. 130 § 2 k.k.w.





Z realizacji tego obowiązku, czasowo zwalnia się skazanego, na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 listopada 2016 r. w sprawie sposobu i trybu prowadzenia nauczania w zakładach karnych i aresztach śledczych<sup>59</sup>, który ze względu na zaburzenia psychiczne, potwierdzone orzeczeniem psychologiczno-penitencjarnym, nie jest w stanie uczestniczyć w nauczaniu, jak również osadzonego wymagającego długotrwałej hospitalizacji lub rehabilitacji, uniemożliwiającej uczestniczenie w nauczaniu, potwierdzone zaświadczeniem lekarskim (§ 38 ust. 1). Ważne z punktu widzenia osób z niepełnosprawnością intelektualną i psychiczną jest to, że w jednostkach penitencjarnych istnieje możliwość kształcenia indywidualnego. Jak stanowi § 37 ust. 1 rozporządzenia, w przypadku gdy zachodzi konieczność organizowania obowiązkowego nauczania dla jednego osadzonego lub kilku osadzonych, naukę organizuje się w wymiarze czasowym przewidzianym dla indywidualnego nauczania.

- **Zatrudnienie**

W przypadku zatrudnienia skazanego podczas odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania, jego zdolność do pracy oraz w miarę potrzeby rodzaj, warunki i czas pracy określa lekarz zatrudniony w zakładzie karnym (art. 121 § 6 k.k.w.), który w oparciu o badanie i posiadaną dokumentację powinien określić na jakim stanowisku pracy można zatrudnić osobę z niepełnosprawnością.

- d) Opieka medyczna**

Przepis art. 102 k.k.w. wymienia prawa skazanego, spośród których najistotniejsze dla osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną są: prawo do odpowiedniego ze względu na zachowanie zdrowia wyżywienia, odzieży, warunków bytowych, pomieszczeń oraz świadczeń zdrowotnych i odpowiednich warunków higieny.

Przepis art. 115 k.k.w. stanowi o zapewnieniu bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, leków i artykułów sanitarnych. Protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zapewnia się skazanemu bezpłatnie, jeżeli ich brak mógłby pogorszyć stan zdrowia lub uniemożliwić odbywanie kary pozbawienia wolności, a w innych wypadkach odpłatnie.

Na podstawie art. 115 § 9 k.k.w. Minister Sprawiedliwości wydał rozporządzenie z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności<sup>60</sup>. Rozporządzenie to określa szczegółowe warunki, zakres i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności, przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Sprawie-

<sup>59</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 2004.

<sup>60</sup> Dz. U. poz. 738 ze zm.

dliwości. Podmioty te udzielają osobom pozbawionym wolności świadczeń zdrowotnych związanych między innymi z: badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem i terapią psychologiczną, rehabilitacją leczniczą, badaniem diagnostycznym, w tym analityką medyczną, pielęgnacją chorych, pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób przez działania profilaktyczne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne, zaopatrzeniem w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Zgodnie z § 12 rozporządzenia w razie podejrzenia u osoby pozbawionej wolności zaburzeń psychicznych, upośledzenia umysłowego, uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych, lekarz określa wskazania dotyczące miejsca umieszczenia tej osoby w zakładzie karnym, sposobu prowadzenia obserwacji jej zachowania i metod dalszego postępowania oraz kieruje tę osobę na badania do lekarza psychiatry.

W przypadku rozpoznania zaburzeń psychicznych wymagających badania lub leczenia w warunkach oddziału psychiatrycznego, osobę pozbawioną wolności umieszcza się w oddziale psychiatrycznym szpitala na podstawie skierowania lekarza psychiatry podmiotu leczniczego, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry - innego lekarza podmiotu leczniczego, z zachowaniem zasad określonych w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>61</sup>. W oddziale psychiatrycznym szpitala umieszcza się także osobę pozbawioną wolności, jeżeli sąd zarządził jej badanie psychiatryczne połączone z obserwacją. Termin przyjęcia osoby pozbawionej wolności do oddziału psychiatrycznego szpitala wyznacza kierujący tym szpitalem lub ordynator tego oddziału, zawiadamiając o tym odpowiednio sąd lub dyrektora zakładu karnego, w którym osoba pozbawiona wolności przebywa (§ 13 rozporządzenia).

W przypadku skierowania osoby pozbawionej wolności na badanie psychiatryczne połączone z obserwacją, lekarz podmiotu leczniczego sporządza opinię o stanie zdrowia osoby pozbawionej wolności (§ 16 ust. 1 pkt 3).

Poddanie się przewidzianym przepisami badaniom, leczeniu, zabiegom lekarskim, sanitarnym oraz rehabilitacji jest obowiązkiem skazanego, wynikającym z art. 116 § 3 k.k.w.

W przepisie § 51 ust. 2 regulaminu k.p.w. doprecyzowane zostały obowiązki wynikające z art. 116 § 1 pkt 3 k.k.w. Mianowicie skazany, co do którego sędzia penitencjarny zarządził przeprowadzenie badań psychologicznych lub psychiatrycznych: udziela osobom prowadzącym badania informacji o stanie zdrowia, przebytych chorobach i urazach oraz warunkach, w jakich się wychowywał; wykonuje zleczone przez psychologa lub psychiatrę czynności niezbędne dla potrzeb badania; poddaje się lekarskim oględzinom ciała i innym niezbędnym badaniom lekarskim. Stosownie do § 51 ust. 3 regulaminu k.p.w., o odmowie

<sup>61</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 882.



skazanego poddania się leczeniu, rehabilitacji albo badaniom psychologicznym lub psychiatrycznym powiadamia się odpowiednio sąd lub sędziego penitencjarnego.

Występowanie u skazanego choroby psychicznej jest podstawą do obligatoryjnego odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności (art. 150 § 1 k.k.w.). Jak wskazuje się w literaturze, przez chorobę psychiczną należy rozumieć tylko taki ciężki stan poczytalności skazanego, który uniemożliwia mu zachowanie świadomości celu wykonywania wobec niego kary oraz nie pozwala na świadome uczestniczenie w procesie wykonywania kary<sup>62</sup>. Wystąpienie u skazanego przesłanek do odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności winno powodować, że w ogóle nie zaczyna on odbywać tej kary - do czasu ustąpienia tych przesłanek. Należy jednak pamiętać, że orzekając o odroczeniu wykonania kary, sąd winien określić datę końcową odroczenia – w przeciwieństwie do sytuacji związanej z zawieszeniem postępowania wykonawczego. Odraczając wykonanie kary pozbawienia wolności, sąd może zobowiązać skazanego między innymi do poddania się odpowiedniemu leczeniu lub rehabilitacji, oddziaływaniom terapeutycznym lub uczestnictwu w programach korekcyjno-edukacyjnych. Niewykonywanie tych obowiązków może spowodować odwołanie odroczenia wykonania kary.

Wystąpienie u skazanego przesłanek, o których mowa w art. 150 § 1 k.k.w. po rozpoczęciu odbywania kary pozbawienia wolności obliguje sąd penitencjarny do udzielenia mu przerwy w wykonaniu tej kary do czasu ustania przeszkody (art. 153 § 1 k.k.w.). Przepis ten ma szczególne znaczenie, ponieważ osoby będące w grupie zainteresowania pracowników Biura RPO to niekiedy osoby, u których choroba psychiczna ujawniła się w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności. W takich przypadkach osadzony musi mieć wyznaczonego obrońcę. W świetle bowiem art. 8 § 2 pkt 2 k.k.w., w postępowaniu wykonawczym przed sądem skazany musi mieć obrońcę, jeśli zachodzi uzasadniona wątpliwość co do jego poczytalności. Ważny z punktu widzenia omawianego tematu będzie również przepis art. 8 § 2 pkt 5 k.k.w., stanowiący o obowiązku ustanowienia obrońcy ze względu na okoliczności utrudniające obronę, gdy sąd uzna to za niezbędne.

Szczególna jest sytuacja sprawców skazanych na karę pozbawienia wolności w warunkach art. 31 § 2 k.k., wobec których sąd orzekł karę pozbawienia wolności i zarazem środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym. Sytuacja ta regulowana jest w art. 202a k.k.w. Zgodnie z tym przepisem pobyt w zakładzie psychiatrycznym orzeczony wobec sprawców, skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k., następuje przed wykonaniem kary pozbawienia wolności,

<sup>62</sup> K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, LEX/WK, 2016 (pkt 19).

podczas przerwy w wykonywaniu tej kary lub po jej wykonaniu. O zwolnieniu z zakładu rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia. Sąd zalicza na poczet kary okres pobytu skazanego w zakładzie psychiatrycznym. Skazanego można warunkowo zwolnić z odbycia reszty kary, jeżeli zostały spełnione warunki, o których mowa w art. 77-79 k.k., a wyniki leczenia za tym przemawiają; dozór jest obowiązkowy.

Stosownie do art. 213 § 1 k.k.w., w wypadkach określonych w Kodeksie postępowania karnego (wspomniany uprzednio art. 260 k.p.k.) tymczasowe aresztowanie wykonuje się poza aresztem śledczym, w podmiocie leczniczym, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, wskazanym przez organ, do którego dyspozycji tymczasowo aresztowany pozostaje. Organ ten określa również warunki umieszczenia tymczasowo aresztowanego we wskazanym podmiocie. W myśl art. 213 § 2 k.k.w. koszty pobytu tymczasowo aresztowanego w tym podmiocie ponosi organ, do którego dyspozycji tymczasowo aresztowany pozostaje. Dyspozycja przepisu art. 213 § 2 k.k.w. powoduje, iż organ, do którego dyspozycji tymczasowo aresztowany pozostaje niechętnie będzie korzystał z możliwości leczenia takich osób poza placówkami więziennymi, bowiem to jego obciążają koszty pobytu tymczasowo aresztowanego w podmiocie leczniczym pozawięziennym.

Wobec tymczasowo aresztowanych, u których stwierdzono niepsychotyczne zaburzenia psychiczne, upośledzonych umysłowo, uzależnionych od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz niepełnosprawnych fizycznie dyrektor może dokonywać niezbędnych odstępstw od przewidzianego w regulaminie sposobu wykonywania tymczasowego aresztowania w zakresie uzasadnionym stanem ich zdrowia po zasięgnięciu opinii lekarza lub psychologa (§ 32 ust. 2 regulaminu t.a.). Tożsame uregulowanie prawne, jak w przypadku osób tymczasowo aresztowanych, zostało zawarte w regulaminie k.p.w.<sup>63</sup>.

### **e) Zwalnianie z jednostki penitencjarnej**

Stosownie do § 119 ust. 2 pkt 4 oraz ust. 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności, zwolnienie tymczasowo aresztowanego ze sprawy następuje po otrzymaniu odpisu prawomocnego orzeczenia sądu o zastosowaniu środka zabezpieczającego, wraz z poleceniem doprowadzenia do zakładu psychiatrycznego, o którym mowa w art. 201 § 3 k.k.w., a jeżeli wobec tymczasowo aresztowanego wykonywana jest również kara orzeczona w innej sprawie - ponadto zarządze-

<sup>63</sup> § 27 ust. 2 regulaminu k.p.w.



nia sędziego penitencjarnego o wykonaniu w pierwszej kolejności środka zabezpieczającego; wykonywane jest tymczasowe aresztowanie w innej sprawie - ponadto dokumentu, z treści którego wynika, że ma zostać zwolniony także z tej sprawy, wraz z nakazem zwolnienia. Jeżeli zachodzi konieczność doprowadzenia tymczasowo aresztowanego do zakładu psychiatrycznego położonego w znacznej odległości od siedziby jednostki penitencjarnej, w której tymczasowo aresztowany przebywa, a jednocześnie wystąpią trudności w realizacji doprowadzenia w dacie wpływu wskazanych dokumentów, jego zwolnienie może nastąpić także pierwszego dnia po dacie wpływu tych dokumentów. Analogiczną sytuację w odniesieniu do zwalnianych skazanych (i ukaranych) reguluje § 120 ust. 2 pkt 7 i ust. 4 rozporządzenia.

Jeżeli osoba zwolniona z zakładu karnego wymaga leczenia szpitalnego, a jej stan zdrowia nie pozwala na przeniesienie do szpitala, pozostaje ona – po wyrażeniu zgody - na leczeniu w zakładzie karnym do czasu, gdy jej stan zdrowia pozwoli na takie przeniesienie (art. 167a § 4 k.k.w.). W razie niemożności wyrażenia tej zgody przez osobę zwolnioną, decyzję o pozostawieniu jej na leczeniu w zakładzie karnym podejmuje dyrektor zakładu karnego na wniosek lekarza (art. 167a § 5 k.k.w.).

Jeżeli zwalniany skazany jest niezdolny z powodów zdrowotnych do samodzielnego powrotu do miejsca zameldowania lub miejsca przebywania bez zameldowania, administracja zakładu karnego jest obowiązana w okresie poprzedzającym zwolnienie nawiązać kontakt z rodziną, osobą bliską lub wskazaną przez skazanego inną osobą i powiadomić ją o terminie zwolnienia. W wypadku, gdy działania administracji zakładu karnego okazały się bezskuteczne, administracja zakładu karnego jest obowiązana udzielić zwolnionemu pomocy w udaniu się do miejsca zameldowania lub miejsca przebywania bez zameldowania albo podmiotu leczniczego (art. 167a § 6 k.k.w.).

W przypadku pozostawienia w areszcie śledczym osoby zwolnionej z powodu, o którym mowa w art. 167a § 4 i 5 k.k.w., zgodnie z § 53 regulaminu t.a., zawiadamia się niezwłocznie sędziego penitencjarnego, organ dysponujący, a w miarę możliwości rodzinę lub osobę bliską albo osobę wskazaną przez zwolnionego.

O pozostawieniu osoby zwolnionej w zakładzie karnym z powodu, o którym mowa w art. 167a § 4 k.k.w., stosownie do § 61 regulaminu k.p.w., zawiadamia się te same osoby, z wyłączeniem organu dysponującego.

## **5. Inne akty prawne dotyczące osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną**

Przedstawione poniżej akty prawne regulują wprawdzie sytuację osób niepełnosprawnych funkcjonujących poza jednostkami penitencjarnymi, jednak część przepisów w nich zawartych ma również zastosowanie wobec osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną.

### **a) Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego**

Wcześniej już wskazano przypadek stosowania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (u.o.z.p.) wobec osób pozbawionych wolności. Mianowicie, ma to miejsce wobec osoby, u której w wyniku badania psychiatrycznego, połączonego z obserwacją, stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenie czynności psychicznych w rozumieniu art. 31 § 1 k.k., która pozostaje w oddziale psychiatrycznym podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności, do czasu wydania przez sąd stosownego orzeczenia.

Stosownie do art. 3 pkt 2 lit. d) u.o.z.p., szpitalem psychiatrycznym jest między innymi zakład leczniczy podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawujący całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje.

Zgodnie z art. 10a u.o.z.p., osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw. Prawo do pomocy w ochronie praw tej osoby, przysługuje również jej przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu. Świadczeniodawca informuje wskazanych uprawnionych o zakresie działania i sposobie kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Pacjent szpitala psychiatrycznego, jego przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub faktyczny, mają prawo w szczególności do przekazania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia praw pacjenta, spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby oraz uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy.

W razie stwierdzenia, że dobro osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga jej ubezwłasnowolnienia, kierownik podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym prokuratora (art. 16 u.o.z.p.). Na marginesie należy zauważyć, iż w doktrynie wskazuje się szeroko na potrzebę likwidacji instytucji ubezwłasnowolnienia i zastąpienia jej instytucją, która stawiałaby na wspomaganie osób niepełnosprawnych intelektualnie lub psychicznie w podejmowaniu ważnych dla nich decyzji.

W razie stwierdzenia, że przedstawiciel ustawowy osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo nie wykonuje należycie swoich obowiązków wobec tej osoby, kierownik podmiotu leczniczego, udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zawiadamia o tym sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby (art. 17 u.o.z.p.).

Wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie można stosować przymus bezpośredni (art. 18 u.o.z.p.). Przymus bezpośredni stanowią (art. 3 pkt 6 u.o.z.p.): przytrzymanie (doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej), przymusowe za-



stosowanie leków (doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby - bez jej zgody), unieruchomienie (obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych), izolacja (umieszczenie osoby pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu). Przymus bezpośredni można stosować tylko wtedy, gdy osoba dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu, w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w otoczeniu, poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej<sup>64</sup>. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Lekarz niezwłocznie zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę - ocenia w terminie 3 dni kierownik tego podmiotu, jeżeli jest lekarzem, lub lekarz przez niego upoważniony.

Na podstawie art. 18 ust. 11 u.o.z.p. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 28 czerwca 2012 r., w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania<sup>65</sup>. Wydane przez Ministra Zdrowia rozporządzenie doprecyzowuje regulacje prawne dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego. Warto przy tym odnotować, że zgodnie z przepisem § 3 rozporządzenia przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyny jego zastosowania<sup>66</sup>.

<sup>64</sup> Przymus bezpośredni stosuje się także wtedy, gdy przepis u.o.z.p. do tego upoważnia, jednakże przewidziane w omawianej ustawie sytuacje (art. 21, 34, 40, 46a) raczej nie mają zastosowania w przypadku skazanych odbywających karę pozbawienia wolności lub tymczasowo aresztowanych.

<sup>65</sup> Dz. U. poz. 740.

<sup>66</sup> Zagadnieniu temu poświęcono odrębny rozdział, autorstwa Małgorzaty Kiryłuk.

## **b) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych<sup>67</sup>**

Rozporządzenie, wydane na podstawie art. 15 ust. 2 u.o.z.p. określa: cele, rodzaje, zakres programowy i wymiar czasu zajęć rehabilitacyjnych, organizowanych w szpitalach psychiatrycznych, sposób prowadzenia i dokumentowania tych zajęć; sposób nagradzania ich uczestników.

Celem zajęć rehabilitacyjnych jest: zmniejszenie nasilenia objawów chorobowych i przeciwdziałanie ich nawrotom; nauka aktywnego udziału we własnym leczeniu; nauka i doskonalenie umiejętności społecznych, praktycznych, w tym samoobsługi; poszukiwanie odpowiednich form rozwoju osobistego i wspieranie rozwoju osobistego; integracja społeczna; wsparcie i edukacja rodzin (§ 2 rozporządzenia).

W rozporządzeniu w § 3 i 4 określono następujące rodzaje zajęć rehabilitacyjnych: sesje pomocy psychologicznej, w szczególności w postaci psychoterapii indywidualnej, grupowej lub rodzinnej (przygotowanie do rozwiązywania problemów emocjonalnych, interpersonalnych, do postępowania w sytuacjach kryzysowych, także z udziałem rodzin pacjentów); edukacja i psychoedukacja (przedstawienie pacjentowi podstawowej wiedzy na temat jego choroby); terapia zajęciowa (dostosowane do potrzeb i możliwości pacjentów ćwiczenie umiejętności koncentracji, ćwiczenie umiejętności organizacji wykonywania kolejnych czynności prowadzących do realizacji określonego zadania); trening umiejętności społecznych (dostosowane do potrzeb i możliwości pacjentów nabywanie i ćwiczenie umiejętności o charakterze samoobsługowym, umiejętności rozwiązywania problemów społecznych, komunikacyjnych oraz umiejętności radzenia sobie z problemami wynikającymi z procesu leczenia); arteterapia (poznawanie i doskonalenie zróżnicowanych form i technik sztuki pomocnych we wzmacnianiu rozwoju osobistego pacjenta); terapia ruchowa (zajęcia sportowe, turystyka i rekreacja).

Zajęcia rehabilitacyjne są prowadzone zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacji, opracowanym przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii i psychologa lub terapeutę zajęciowego, we współdziałaniu z pacjentem. W indywidualnym planie rehabilitacji uwzględnia się takie rodzaje zajęć rehabilitacyjnych, aby stanowiły system skoordynowanych oddziaływań, mających prowadzić do umożliwienia pacjentowi samodzielnej egzystencji, integracji społecznej, podjęcia aktywności zawodowej i nabycia umiejętności zapewniających możliwie największą niezależność. W planie tym określa się indywidualny rodzaj i wymiar czasu zajęć rehabilitacyjnych dla danego pacjenta z uwzględnieniem przebiegu choroby, nasilenia jej objawów oraz oczekiwań i możliwości tego pacjenta (§ 5 rozporządzenia).

<sup>67</sup> Dz. U. poz. 522.





Zajęcia rehabilitacyjne są prowadzone 5 razy w tygodniu w wymiarze od 2 do 5 godzin dziennie, w tym co najmniej 2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych. W godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnią się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną (§ 6 rozporządzenia).

Z informacji uzyskanej od Dyrektora Biura Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej, w sprawie realizowania w szpitalach więziennych przepisów omawianego rozporządzenia wynika, że w więziennych szpitalach z oddziałami psychiatrycznymi realizowane są wprawdzie oddziaływania o których mowa w rozporządzeniu, ale w ograniczonym zakresie wynikającym ze specyfiki oddziałów psychiatrycznych więziennej służby zdrowia, czyli oddziałów dla osób pozbawionych wolności i wynikających z tego ograniczeń uregulowanych przepisami Kodeksu karnego wykonawczego czy w wewnętrznych porządkach obowiązujących w poszczególnych jednostkach penitencjarnych. Zajęcia rehabilitacyjne, które zostały unormowane w przedmiotowym rozporządzeniu są głównie prowadzone w formie regularnych rozmów terapeutycznych i korekcyjnych z psychologiem oraz lekarzem psychiatrą. Działania takie obejmują zajęcia rehabilitacyjne z zakresu psychoterapii indywidualnej oraz terapii zajęciowej, arteterapii, ergoterapii, edukacji i psychoedukacji wraz z elementami treningu umiejętności społecznych.

## 6. Podsumowanie

Osoby z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną to kategoria sprawców czynów zabronionych, którzy stawiają organom ścigania, wymiaru sprawiedliwości i postępowania wykonawczego szczególne wymagania. Dzieje się tak dlatego, że ze względu na swe właściwości psychiczne niejednokrotnie nie są w stanie należycie bronić swoich interesów, co z kolei może powodować swego rodzaju łatwość zakończenia postępowania w sposób, który nie uwzględnia należycie ich praw.

Jak wynika z powyższego, przepisy powszechnie obowiązujące dostrzegają szczególną kategorię osób pozbawionych wolności, jaką są osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną. Jednak w praktyce, jak pokazują przeprowadzone przez pracowników Biura RPO badania na grupie 120 osadzonych, respektowanie ich praw napotyka na trudności, a niekiedy wyraźnie widać potrzebę wprowadzenia określonych zmian legislacyjnych. Niezmiernie ważne jest uwrażliwienie funkcjonariuszy na potrzeby tych osób oraz ukształtowanie w nich umiejętności prawidłowego stosowania obowiązujących regulacji wobec konkretnego człowieka. Szczegółowa ocena unormowań prawnych, w tym propozycje zmian legislacyjnych, zostały zaprezentowane w poszczególnych rozdziałach monografii.



# Zalecenia organów międzynarodowych odnoszące się do osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną

## 1. Wprowadzenie

Społeczność międzynarodowa wypracowała, zwłaszcza w ostatniej dekadzie, szereg dokumentów, które odnoszą się do osób z niepełnosprawnością. Zasadniczo określone umowy międzynarodowe, zalecenia, czy rezolucje dotyczą osób z różnego rodzaju niepełnosprawnością żyjących poza murami więziennymi. Natomiast jak wykazała analiza dokumentów prawa międzynarodowego typu hard i soft law<sup>68</sup>, konkretne odniesienie do sytuacji osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, pojawia się w nich stosunkowo rzadko.

W niniejszym rozdziale wskazano rekomendacje, które są niewiążące<sup>69</sup> dla poszczególnych państw członkowskich Rady Europy, Organizacji Narodów Zjednoczonych, czy Unii Europejskiej, a odnoszą się do grupy osób pozbawionych wolności będących przedmiotem omówienia monografii. Zwrócono przy tym szczególną uwagę na zalecenia Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT).

Pominięto zaś omówienie orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu, wiążącego dla Państw, które dopuściły się naruszenia postanowień Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności,

---

<sup>68</sup> Termin soft law odnosi się do norm międzynarodowych, które nie mają charakteru wiążącego, a posiadają jednocześnie swoistą doniosłość prawną. Pojęcie to pozwala odróżnić takie nietraktatowe porozumienia jak m. in: rezolucje, wskazówki, rekomendacje, kodeksy postępowania, od aktów prawnie wiążących oraz zwykłych deklaracji politycznych; <https://ms.gov.pl/pl/prawa-czlowieka/miekkie-prawo-miedzynarodowe/>

Termin hard law obejmuje dokumenty prawnie wiążące jak np. konwencje międzynarodowe.

<sup>69</sup> Umowy międzynarodowe, stanowiące część polskiego porządku prawnego, zostały uwzględnione w rozdziale Zbigniewa Kuźmy *Regulacje prawa polskiego odnoszące się do osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną*.

a stanowiącego rekomendację dla pozostałych Państw-Stron tej umowy międzynarodowej<sup>70</sup>.

## 2. Dokumenty Organizacji Narodów Zjednoczonych<sup>71</sup>

Podstawowe dokumenty z zakresu praw człowieka, jakie przyjęła albo otworzyła do podpisu Organizacja Narodów Zjednoczonych, takie jak: Karta Narodów Zjednoczonych<sup>72</sup>, Powszechna Deklaracja Praw Człowieka<sup>73</sup>, Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych<sup>74</sup>, Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych<sup>75</sup>, nie stanowią wprost o prawach osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną bądź psychiczną. Można je wywodzić z ogólnych norm w nich zawartych. Nie wyróżnia to jednak tej grupy skazanych bądź tymczasowo aresztowanych od pozostałych osadzonych w izolacji penitencjarnej.

Pierwszym dokumentem ONZ, który odnosił się do osób niepełnosprawnych intelektualnie była **Deklaracja praw osób upośledzonych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 20 grudnia 1971 r.**<sup>76</sup>. Już w pkt. 1 podkreślono, że osoba z upośledzeniem umysłowym ma, w możliwie największym stopniu, te same prawa, co inni ludzie. W pkt. 6 zaś, że osoba z upośledzeniem umysłowym ma prawo do ochrony przed wyzyskiem, nadużyciami i poniżającym traktowaniem. Postawiona w stan oskarżenia ma zaś prawo do postępowania sądowego, z pełnym uwzględnieniem stopnia jej odpowiedzialności ze względu na stan zdrowia psychicznego.

Kolejny dokument ONZ - **Deklaracja praw osób niepełnosprawnych - została przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 9 grudnia 1975 r.**<sup>77</sup>. Zapoznając się z jej treścią, w kontekście omawianego tematu, odnotowania wymaga punkt 11. Stanowi on, że osoba niepełnosprawna powinna mieć możliwość skorzystania z fachowej pomocy prawnej w sytuacji, kiedy taka pomoc

<sup>70</sup> Ze względu na obszerność zagadnienia poświęcono mu odrębny rozdział autorstwa Klaudii Kamińskiej i Ewy Dawidziuk pt. *Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka dotyczące osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną*, który stanowi tym samym dopełnienie omawianej w tym miejscu tematyki.

<sup>71</sup> Wykaz dokumentów dotyczących osób niepełnosprawnych dostępny jest pod linkiem: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/compendium.htm> (dostęp: 9.10.2017 r.).

<sup>72</sup> Karta Narodów Zjednoczonych z dnia 26 czerwca 1945 r., Dz. U. z 1947 r. Nr 23, poz. 90.

<sup>73</sup> Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 A (III) przyjęta i proklamowana w dniu 10 grudnia 1948 r.

<sup>74</sup> Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 16 grudnia 1966 r., Dz. U. z 1997 r. Nr 38, poz. 167.

<sup>75</sup> Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z dnia 16 grudnia 1966 r., Dz. U. z 1997 r. Nr 38, poz. 169.

<sup>76</sup> Rezolucja A/RES/26/2856, <http://www.un-documents.net/a26r2856.htm>, w tekście zawarto tłumaczenie własne autorki.

<sup>77</sup> Rezolucja A/RES/30/3447, <http://www.un-documents.net/a30r3447.htm>, w tekście zawarto tłumaczenie własne autorki.



jest niezbędna dla ochrony jej osoby i mienia. Jeśli prowadzone jest przeciw niej postępowanie sądowe, w zastosowanej procedurze należy w pełni uwzględnić jej stan fizyczny i psychiczny.

Kolejnym dokumentem ONZ w dziedzinie ochrony praw osób z niepełnosprawnością psychiczną, są **przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 17 grudnia 1991 r. Zasady ochrony osób z chorobą psychiczną i poprawy opieki nad chorymi psychicznie**<sup>78</sup>. W rezolucji tej zostało wymienionych 25 zasad, z których najważniejsze z perspektywy omawianego zagadnienia opisano poniżej.

Po pierwsze w myśl reguły 8, każdy pacjent ma prawo do otrzymania takiej opieki medycznej i socjalnej, jaka jest odpowiednia do jego potrzeb zdrowotnych oraz jest uprawniony do opieki i traktowania zgodnego ze standardami przewidzianymi dla innych pacjentów. Każdy pacjent powinien być chroniony przed krzywdą, w tym nieusprawiedliwionym użyciem leków, znęcaniem się przez innych pacjentów, personel albo przed czynami powodującymi niepokój psychiczny bądź fizyczny dyskomfort.

Po drugie, reguła 9 odnosząca się do traktowania stanowi, że każdy pacjent powinien mieć prawo być traktowanym w jak najmniej restrykcyjny sposób, odpowiednio do jego potrzeb zdrowotnych, z uwzględnieniem potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa innych osób.

Leczenie i opieka każdego pacjenta powinna być oparta na indywidualnie określonym planie, omówionym z pacjentem, weryfikowanym regularnie i zmienianym w razie potrzeby, realizowanym przez wykwalifikowany personel (reg. 9.2). Ponadto, opieka psychiatryczna powinna być zapewniona zgodnie ze standardami etyki określonymi dla lekarzy psychiatrów, uwzględniając przyjęte standardy międzynarodowe, takie jak Zasady Etyki Medycznej<sup>79</sup>, odpowiednio do roli pracowników służby zdrowia w zapobieganiu stosowania wobec osób pozbawionych wolności tortur oraz nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karaniam (reg. 9.3). Traktowanie każdego pacjenta powinno być ukierunkowane na zachowanie i wzmocnienie jego osobistej autonomii (reg. 9.4).

Reguła 10 odnosi się do zagadnienia podawania leków osobom chorującym psychicznie i podkreśla, że wszystkie leki powinny być przepisane przez lekarza psychiatrę oraz odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta (reg. 10.2). Ponadto, w regule tej przewidziano, że ich podawanie pacjentowi może nastąpić tylko ze względów terapeutycznych albo diagnostycznych. Nigdy nie powinny być one podane jako forma kary bądź dla wygody innych osób. Lekarze

<sup>78</sup> Rezolucja A/RES/46/119, <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>, w tekście zawarto tłumaczenie własne autorki.

<sup>79</sup> Rezolucja A/RES/37/194, <https://www.un.org/documents/ga/res/37/a37r194.htm>, to kodeks etyki medycznej, odnoszący się do roli personelu medycznego w zapobieganiu torturom oraz nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu. Przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 18 grudnia 1982 r.



psychiatrzy powinni stosować leki wyłącznie o znanej i sprawdzonej skuteczności (reg. 10.1).

Reguła 15 stanowi, że jeśli dana osoba wymaga leczenia w szpitalu psychiatrycznym, podejmuje się szereg działań, aby uniknąć przyjęcia pacjenta bez zgody. Dostęp do szpitala psychiatrycznego powinien być zapewniony na tych samych zasadach co w przypadku przyjęcia do innego podmiotu leczniczego z powodu jakiegokolwiek innej choroby. Ponadto, każdy pacjent, który został przyjęty do szpitala psychiatrycznego dobrowolnie, ma prawo opuścić szpital w każdym czasie, chyba że zachodzą przesłanki zatrzymania pacjenta w szpitalu bez jego zgody.

Istotna z punktu widzenia monografii - reguła 20 - odnosi się do osób odbywających karę pozbawienia wolności w związku z popełnieniem przestępstwa bądź tymczasowo aresztowanych w toku prowadzonego postępowania karnego, u których zdiagnozowano chorobę psychiczną bądź przypuszcza się, że taka choroba występuje. Wszystkie takie osoby powinny otrzymać opiekę na najwyższym, dostępnym poziomie, zgodnie z regułą 1. Przy czym omawiane zasady powinny być stosowane wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w najszerszym możliwym zakresie, z takimi określonymi odstępstwami i modyfikacjami, które są niezbędne w określonych okolicznościach. Żadne modyfikacje i wyjątki nie mogą jednak naruszać praw określonych w regule 1.5<sup>80</sup>. Prawo krajowe może upoważniać sąd lub inny kompetentny organ do tego, aby na podstawie niezależnej opinii medycznej umieścić daną osobę w szpitalu psychiatrycznym. Przy czym traktowanie osób, u których stwierdzono chorobę psychiczną, powinno być w każdych okolicznościach zgodne z regułą 11, która odnosi się do wyrażenia zgody na leczenie.

Przy omawianiu rekomendacji ONZ istotną rolę odgrywa również świeżo zrewidowana wersja Wzorcowych reguł minimalnych postępowania z więźniami z 1955 r., tj. **Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli)**<sup>81</sup>, przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 17 grudnia 2015 r. Są one stosunkowo nowym dokumentem, uwzględniającym zmiany jakie zaszły w systemach penitencjarnych poszczególnych państw – członków Organizacji Narodów Zjednoczonych.

<sup>80</sup> Reg. 1.5 stanowi: Każda osoba chora psychicznie powinna mieć prawo do korzystania z pełni praw obywatelskich, politycznych, społecznych i kulturalnych, jak uznano w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych oraz innych odpowiednich dokumentach, takich jak Deklaracja praw osób niepełnosprawnych oraz Zasady dotyczące ochrony wszystkich osób pozbawionych wolności.

<sup>81</sup> Rezolucja A/RES/70/175, w tekście przytoczono tłumaczenie dostępne na stronie internetowej Rzecznika Praw Obywatelskich: [https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Reguly\\_Mandeli.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Reguly_Mandeli.pdf)



Reguły Mandeli odnoszą się w kilku miejscach do interesującego nas zagadnienia. Reguła 5.1 podkreśla, że reżim instytucji o charakterze izolacyjnym powinien dążyć do zminimalizowania różnic pomiędzy życiem w więzieniu a życiem na wolności, które powodują zmniejszenie u więźniów poczucia odpowiedzialności lub szacunku należnego im jako istotom ludzkim. Reguła 5.2 stanowi z kolei, że administracja więzienna podejmie wszystkie uzasadnione działania w celu zapewnienia więźniom niepełnosprawnym fizycznie, psychicznie lub w inny sposób, pełnego i skutecznego dostępu do życia więziennego na sprawiedliwych zasadach.

W dalszej części, odnoszącej się do opieki medycznej Reguły Mandeli stanowią, iż każdy zakład karny powinien posiadać służby medyczne zajmujące się oceną, promowaniem, ochroną i poprawą fizycznego i psychicznego zdrowia więźniów, zwracając szczególną uwagę na więźniów ze specjalnymi potrzebami medycznymi lub problemami zdrowotnymi, hamującymi proces ich resocjalizacji (reg. 25.1). Lekarz lub w stosownych przypadkach inny wykwalifikowany pracownik służby zdrowia będzie sprawował codzienną opiekę nad chorymi więźniami oraz wszystkimi, którzy uskarżają się na problemy fizyczne lub psychiczne, czy urazy oraz nad każdym więźniem, na którego stan zdrowia zwróci szczególną uwagę. Wszystkie badania lekarskie będą wykonywane z zachowaniem całkowitej tajemnicy lekarskiej (reg. 31). Przed wymierzeniem kary dyscyplinarnej administracja więzienna rozważy, czy i w jaki sposób choroba psychiczna więźnia lub jego upośledzenie, mogły przyczynić się do postępowania osadzonego. Administracja więzienna nie nałoży kary za jakiegokolwiek postępowanie więźnia, które zostanie uznane za mające związek z chorobą psychiczną lub upośledzeniem więźnia (reg. 39). Pracownicy służby zdrowia mogą skontrolować wykonywanie kary przymusowej izolacji więźnia i zalecić zmianę tego rodzaju kary dyscyplinarnej, aby zapewnić, że odosobnienie nie zaostrzy stanu zdrowia więźnia bądź też jego upośledzenia psychicznego lub fizycznego (reg. 46). Jeśli więzień nie potrafi czytać, powyższe informacje (prawa, obowiązki itd.) zostaną mu przekazane ustnie. Więźniowie z niepełnosprawnością sensoryczną otrzymają te informacje w sposób dostosowany do ich potrzeb (reg. 55). Osoby, co do których okaże się, że nie ponoszą odpowiedzialności karnej, bądź u których zdiagnozowano poważną chorobę psychiczną lub upośledzenie umysłowe, dla których przebywanie w zakładzie karnym wiązałoby się z zaostrzeniem ich stanu, nie będą przetrzymywane w jednostce penitencjarnej. Powinny one zostać jak najszybciej przeniesione do zakładu psychiatrycznego. Jeśli jest to konieczne, inni więźniowie chorzy psychicznie lub upośledzeni umysłowo mogą zostać umieszczeni w celu obserwacji i leczenia w wyspecjalizowanych placówkach, pod nadzorem wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia. Personel medyczny zapewni leczenie psychiatryczne wszystkich pozostałych więźniów, którzy takiego leczenia wymagają (reg. 109). Pożądane jest aby, w drodze poro-

zumienia z odpowiednimi instytucjami, podejmowane były kroki w celu zapewnienia po zwolnieniu z zakładu karnego kontynuacji leczenia psychiatrycznego oraz odpowiedniej opieki społecznej i psychiatrycznej (reg. 110).

Wśród dokumentów Organizacji Narodów Zjednoczonych, należy również zwrócić uwagę na **Protokół Stambulski czyli Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania**<sup>82</sup>, wydany przez ONZ w 2004 r. W kontekście osób pozbawionych wolności, które są niepełnosprawne intelektualnie lub psychicznie, znajomość Protokołu przez lekarzy może odegrać istotną rolę w procesie dokumentowania przejawów stosowania wobec nich niedopuszczalnych form traktowania. Osoby przebywające w więziennej izolacji, które są osadzonymi z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, należą do wrażliwej grupy osób pozbawionych wolności. Stąd umiejętność rozpoznania oznak stosowania wobec nich tortur albo niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, stanowi istotną formę ochrony tych osób, gwarancję, że pracownik medyczny odpowiednio je udokumentuje, a docelowo przekaze zebrane materiały organom ścigania.

### 3. Rekomendacje Rady Europy

Rada Europy, podobnie jak Organizacja Narodów Zjednoczonych, wydała wiele rekomendacji odnoszących się do osób pozbawionych wolności. Analizę ich treści przeprowadzono pod kątem zapisów dotyczących osadzonych z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną. Najważniejsze, wybrane przez autorkę zalecenia, zostały wymienione poniżej.

Najbardziej znanymi zaleceniami w systemie Rady Europy, z perspektywy osób pozbawionych wolności, są **Europejskie Reguły Więzienne z 2006 r.**<sup>83</sup> (zwane dalej: ERW 2006), które zastąpiły uprzednie Reguły z 1987 r.<sup>84</sup>

Reguła 12 przewiduje, że osoby cierpiące na choroby psychiczne i osoby, których stan psychiczny jest nie do pogodzenia z przebywaniem w więzieniu, powinny być osadzone w placówkach specjalnie przeznaczonych do tego celu (reg. 12.1). Niemniej jednak, jeśli takie osoby są wyjątkowo przetrzymywane w jednostce penitencjarnej, to obowiązują tam specjalne przepisy, biorące pod uwagę ich status i potrzeby (reg. 12.2).

<sup>82</sup> [https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Protokol\\_Stambulski.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Protokol_Stambulski.pdf) (dostęp: 09.10.2017 r.).

<sup>83</sup> Rekomendacja Rec (2006) 2 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich Rady Europy Europejskie Reguły Więzienne (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 11 stycznia 2006 r. na 952. posiedzeniu delegatów; Tekst opublikowany w: Przegląd Więziennictwa Polskiego, 2011/72-73, s. 33-69. Tłumaczenie dostępne także pod linkiem: <http://www.bip.sw.gov.pl/SiteCollectionDocuments/CZSW/prawaczl/document.pdf> (dostęp: 09.10.2017 r.).

<sup>84</sup> Zalecenie nr R(87) 3 dla państw członkowskich Rady Europy Europejskie Reguły Więzienne (przyjęte przez jej Komitet Ministrów dnia 12 lutego 1987 r. podczas 404 posiedzenia Delegatów Ministrów); interesujących nas zagadnień dotyczyły reguły 26, 32 i 100.





Reguła 40.4 stanowi, że zapewnienie usług medycznych w więzieniu ma na celu diagnozowanie i leczenie chorób fizycznych lub psychicznych albo upośledzeń, na które mogą cierpieć więźniowie. W tym celu każdy więzień korzysta z pomocy medycznej, chirurgicznej i psychiatrycznej dostępnej dla społeczeństwa na wolności (reg. 40.5). Lekarz dba o zdrowie fizyczne i psychiczne więźniów oraz przyjmuje wszystkich chorych więźniów, tych którzy zgłaszają chorobę lub zranienie oraz wszystkich innych więźniów wymagających specjalnej troski na zasadach i z częstotliwością zgodną ze standardami stosowanymi wobec całego społeczeństwa (reg. 43.1). Lekarz informuje dyrektora każdorazowo kiedy uzna, iż istnieje ryzyko dla zdrowia fizycznego lub psychicznego więźnia w związku z dalszym pozbawieniem wolności lub przez jakiegokolwiek warunki osadzenia, włączając w to okoliczności osadzenia w odosobnieniu (reg. 43.3).

Chorzy więźniowie wymagający specjalistycznego leczenia przenoszeni są do specjalistycznych placówek lub szpitali, jeśli określona forma leczenia nie jest dostępna w zakładzie (reg. 46.1). W sytuacji, gdy zakład karny posiada pomieszczenia szpitalne to powinien dysponować także odpowiednią kadrami i wyposażeniem, tak by zapewnić skierowanym do nich więźniom właściwą opiekę i leczenie (reg. 46.2).

Specjalistyczne jednostki lub oddziały są dostępne dla prowadzenia obserwacji i leczenia więźniów cierpiących na zaburzenia psychiczne lub inne anomalie, a którzy nie są objęci treścią reguły 12 ERW 2006 (reg. 47.1). Więzienna służba zdrowia powinna zapewnić leczenie psychiatryczne wszystkim więźniom, którzy takiego leczenia potrzebują, zwracając szczególną uwagę na zapobieganie samobójstwom (reg. 47.2).

Oprócz ERW 2006, wśród rekomendacji Rady Europy warto zwrócić uwagę na **Zalecenie Komitetu Ministrów Rady Europy nr R (98) 7 dotyczące aspektów etycznych i organizacyjnych opieki zdrowotnej w więzieniach**<sup>85</sup>. Zgodnie z jego regulacjami, dostęp do konsultacji psychiatrycznych i pomocy terapeutycznej powinien być zagwarantowany. W większych jednostkach penitencjarnych powinny funkcjonować zespoły psychiatrów. Jeśli nie jest to zapewnione, tak jak w mniejszych więzieniach, konsultacje powinny być zagwarantowane przez psychiatrów praktykujących w szpitalach bądź prywatnie (reg. 5). Więzienni lekarze powinni dobrze znać się zarówno na ogólnych kwestiach medycznych, jak i zaburzeniach psychicznych. Ich szkolenia powinny obejmować zdobywanie wstępnej teoretycznej wiedzy, zrozumienie środowiska więziennego, jak i jego wpływu na wykonywanie pracy w warunkach więziennej izolacji, następnie zaś trening pod okiem bardziej doświadczonych kolegów – lekarzy. Powinno im się zapewniać systematyczne, wewnętrzne szkolenia (reg. 34). Więźniowie cierpiący na poważne zaburzenia psychiczne, powinni być osadzeni i poddani

<sup>85</sup> [https://bip.ms.gov.pl/Data/Files/\\_public/bip/prawa\\_czlowieka/zalecenia/987.pdf](https://bip.ms.gov.pl/Data/Files/_public/bip/prawa_czlowieka/zalecenia/987.pdf), w tekście zawarto tłumaczenie własne autorki.

opiece w szpitalu, który jest należycie wyposażony i posiada właściwie wykwalifikowany personel (reg. 55)<sup>86</sup>. Administracja więzienna oraz minister zdrowia powinni współpracować przy organizowaniu opieki psychiatrycznej dla więźniów (reg. 52). Opieka psychiatryczna oraz pomoc społeczna, związane z jednostkami penitencjarnymi, powinny dążyć do zapewnienia opieki dla osadzonych, wzmacniać ich umiejętności radzenia sobie oraz zdolności adaptacyjne (reg. 53). Decyzja o umieszczeniu osadzonego w publicznym szpitalu psychiatrycznym powinna zostać podjęta przez lekarza psychiatrę i podlegać zatwierdzeniu przez odpowiedni organ. Reguła 56 przewiduje, że w sytuacji gdy odosobnienie osadzonego z niepełnosprawnością psychiczną jest konieczne, powinno ono zostać zredukowane do absolutnego minimum i być zastąpione indywidualną opieką psychiatryczną, tak szybko jak to tylko możliwe.

W wyjątkowych okolicznościach fizyczny przymus bezpośredni może być stosowany przez krótki okres czasu w stosunku do poważnie chorej psychicznie osoby, w czasie gdy podane leki zaczynają działać w sposób uspokajający (reg. 57). Ryzyko popełnienia samobójstwa powinno być stale oceniane przez kadrę więzienną, w tym medyczną. W sytuacjach kryzysowych powinny być użyte fizyczne metody zapobiegające samouszkodzeniu, stała i bezpośrednia obserwacja oraz dialog (reg. 58).

Oprócz powyżej opisanych dokumentów typu soft law, należy odnotować także **Rekomendację 1235 (1994) Rady Europy o Psychiatrii i Prawach Człowieka**<sup>87</sup> przyjętą w dniu 12 kwietnia 1994 r. przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy. Przewiduje ona w regule 7.4, że każda osoba pozbawiona wolności powinna zostać przebadana przez lekarza. Wszystkie jednostki penitencjarne powinny współpracować z psychiatrą oraz specjalnie przeszkolonym personelem. Ponadto, wszystkie reguły z niniejszej rekomendacji, jak i reguły etyczne, powinny być stosowane wobec osób pozbawionych wolności, w szczególności, tajemnica lekarska. Programy socjoterapii powinny zostać ustanowione w określonych jednostkach penitencjarnych dla więźniów z niepełnosprawnością psychiczną.

Poza tym, **Rekomendacja Komitetu Ministrów Rady Europy Rec(2004)10 dotycząca ochrony praw człowieka i godności osób z zaburzeniami psychicznymi, przyjęta 22 września 2004 r.**<sup>88</sup>, w rozdziale VI odnosi się do wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych. Poszczególne jego postanowienia zacytowano poniżej.

<sup>86</sup> Na wagę tej rekomendacji zwrócił uwagę ETPC m.in. w wyrokach Musiał przeciwko Polsce, Dybeku przeciwko Albanii, Rivièrę przeciwko Francji, Naumenko przeciwko Ukrainie.

<sup>87</sup> Oryg. Recommendation 1235 (1994) on psychiatry and human rights, <http://assembly.coe.int>, w tekście zawarto tłumaczenie własne autorki.

<sup>88</sup> Oryg. Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum, tłumaczenie zawarto w: P. Jaros, Prawa dziecka. Dokumenty Rady Europy, Warszawa 2012, s. 701-719.



W trakcie wypełniania swych obowiązków, Policja powinna koordynować swe interwencje z działaniami służb medycznych i społecznych, o ile to możliwe za zgodą osoby zainteresowanej, jeśli zachowanie tej osoby świadczy wyraźnie o zaburzeniach psychicznych i grozi wyrządzeniem krzywdy tej osobie lub innym (art. 32 ust. 1). Jeżeli nie ma innych możliwości, Policja być może będzie musiała, podczas wykonywania swych obowiązków, pomóc w przeniesieniu lub przyprowadzeniu z powrotem osoby, która ma być umieszczona w odpowiedniej placówce (art. 32 ust. 2). Funkcjonariusze Policji powinni szanować godność i prawa człowieka osób z zaburzeniami psychicznymi. Znaczenie tego obowiązku powinno być podkreślane na szkoleniach zawodowych (art. 32 ust. 3). Potrzebne są zatem stosowne szkolenia w zakresie oceny i postępowania w sytuacjach z udziałem osób z zaburzeniami psychicznymi (art. 32 ust. 4). Przepis art. 33 stanowi z kolei, że jeśli aresztowana zostanie osoba, której zachowanie wyraźnie wskazuje na zaburzenia psychiczne:

- i. osoba ta powinna mieć prawo do pomocy ze strony przedstawiciela lub odpowiedniego rzecznika osobistego podczas procedury;
- ii. należy niezwłocznie przeprowadzić odpowiednie badanie w stosownym miejscu w celu ustalenia:
  - a) potrzeby tej osoby w zakresie opieki medycznej, w tym opieki psychiatrycznej;
  - b) zdolności tej osoby do uczestniczenia w przesłuchaniu;
  - c) czy osoba ta może być w bezpieczny sposób zatrzymana w placówce niemedycznej.

Na mocy prawa karnego, sądy mogą narzucić umieszczenie w placówce lub leczenie zaburzeń psychicznych, bez względu na to, czy osoba zainteresowana wyraża na to zgodę czy nie. Państwa członkowskie powinny zagwarantować, że osoba zainteresowana może skutecznie korzystać z prawa do przekazywania sądom w rozsądnych odstępach czasu decyzji o zastosowanych środkach w celu kontroli legalności tej decyzji; pozostałe zapisy rozdziału III także należy wziąć pod uwagę w przypadku takich pobytów w placówkach lub leczenia; jakiegokolwiek niezastosowanie tych zapisów powinno być uzasadnione (art. 34 ust.1). Sądy powinny wydawać decyzje o umieszczeniu w placówce lub na leczenie zaburzeń psychicznych na podstawie obowiązujących, wiarygodnych standardów ekspertyzy medycznej, z uwzględnieniem potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi dotyczących leczenia w miejscu, które odpowiada ich potrzebom zdrowotnym. Zapis ten pozostaje bez szkody dla prawa sądu, do nakazania dokonania diagnozy psychiatrycznej oraz do narzucenia programu leczenia psychicznego lub psychiatrycznego jako alternatywy dla umieszczenia w zakładzie karnym lub wydania ostatecznej decyzji (art. 34 ust. 2).

Zgodnie z treścią art. 35 osoby z zaburzeniami psychicznymi nie powinny być obiektem dyskryminacji w zakładach karnych. W szczególności, w odnie-

sieniu do ich stanu zdrowia, powinna być respektowana zasada ekwiwalencji opieki z opieką poza zakładem karnym. Osoby te powinny być przenoszone z zakładu karnego do szpitala i odwrotnie w zależności od ich stanu zdrowia (ust. 1). Należy udostępnić osobom z zaburzeniami psychicznymi zatrzymanym w zakładach karnych odpowiednie opcje leczenia (ust. 2). Leczenie przymusowe nie powinno się odbywać w zakładach karnych z wyjątkiem oddziałów szpitalnych lub medycznych przystosowanych do leczenia zaburzeń psychicznych (ust. 3). Niezależny system powinien monitorować leczenie i opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w zakładach karnych (ust. 4).

### **A. Rekomendacje organu wizytującego miejsca pozbawienia wolności**

Organem Rady Europy, który już od ponad 25 lat przeprowadza wizytacje m.in. jednostek penitencjarnych, zakładów psychiatrycznych, policyjnych izb zatrzymań, jest **Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)**. Po przeprowadzeniu każdej wizytacji Komitet sporządza z niej sprawozdanie, w którym prezentuje stwierdzone w trakcie wizytacji ustalenia, przedstawia rekomendacje. Corocznie publikowane jest także sprawozdanie z działalności Komitetu<sup>89</sup>.

Trzeci raport generalny CPT odnosi się do opieki medycznej w jednostkach penitencjarnych, w tym do opieki psychiatrycznej<sup>90</sup>. Komitet podnosi w nim, że w związku z tym, iż liczba osób w izolacji więziennej, które charakteryzują się zaburzeniami psychicznymi, jest duża, w każdej jednostce penitencjarnej powinien być zatrudniony lekarz psychiatra, a niektóre z zatrudnionych pielęgniarek powinny mieć przeszkolenie w tym obszarze. Zaopatrzenie i rozkład więzienia powinny być takie, aby zapewnić regularną farmakoterapię, psychoterapię i programy zajęciowe (§ 41). CPT podkreśla rolę kadry kierowniczej więzienia we wczesnym wykrywaniu więźniów cierpiących na zaburzenia psychiczne, celem zapewnienia im odpowiednich dostosowań, co można osiągnąć poprzez odpowiednie szkolenie dla kadry więziennej (§ 42). Więźniowie chorzy psychicznie powinni przebywać w szpitalach, odpowiednio wyposażonych i posiadających wykwalifikowaną kadrę. Może być to szpital psychiatryczny cywilny bądź odpowiednio wyposażona placówka w obrębie systemu więziennego. Z etycznego punktu widzenia, dla osób pozbawionych wolności z zaburzeniami psychicznymi, odpowiednie jest hospitalizowanie w placówkach pozawięziennych, za które odpowiada system powszechnej opieki zdrowotnej. Z drugiej jednak strony zorganizowanie więziennych szpitali psychiatrycznych umożliwia zapewnienie opieki w warunkach optymalnego zabezpieczenia oraz zintensyfikowaną ak-

<sup>89</sup> Art. 11 i 12 Europejskiej konwencji o zapobieganiu torturom oraz niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu.

<sup>90</sup> Health care service in prison, Extract from the 3rd General Report of the CPT, 1993, CPT/Inf(93)12-part, s. 3.



tywność służb medycznych i socjalnych. Jednocześnie Komitet zwraca uwagę, że zbyt często okres oczekiwania na przetransportowanie jest za długi, a przetransportowanie do pozawięziennego szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie powinno być traktowane jako sprawa najwyższej wagi (§ 43).

Środki przymusu bezpośredniego bardzo rzadko mogą być usprawiedliwione i zawsze muszą być wyraźnie zarządzane przez lekarza albo zatwierdzone przez niego. W stosunku do osób chorych psychicznie środki przymusu bezpośredniego powinny zostać usunięte jak najszybciej. Nigdy zaś nie powinny być stosowane lub przedłużane w formie kary. W sytuacji gdy zastosowanie środków było niezbędne, należy dokonać odpowiednich wpisów w dokumentacji, w szczególności wskazać powód zastosowania środków, początek i koniec ich użycia wobec osadzonego.

Jeżeli chodzi o osoby z niepełnosprawnością intelektualną<sup>91</sup>, to CPT zwraca uwagę, że wśród pacjentów jest zawsze grupa nie zrównoważonych, z historią przeżytych traum rodzinnych, osób uzależnionych przez długi czas od narkotyków. Mogą być oni gwałtowni, zagrożeni samobójstwem, czy prezentować zachowania seksualne, których nie sposób zaakceptować, niezdolni kontrolować siebie bądź troszczyć się o siebie (§ 68). Potrzeby takich więźniów nie są tak naprawdę medyczne, ale więzienny lekarz może promować rozwój socjoterapeutycznych programów dla takich osadzonych w ramach określonych oddziałów jednostek penitencjarnych i szczegółowo je nadzorować. Takie oddziały mogą zmniejszyć poziom poniżenia więźniów, niskie poczucie wartości, dając im poczucie odpowiedzialności, przygotowując do powrotu do społeczeństwa. Kolejną korzyścią programów tego typu jest to, że wymagają one aktywnego udziału i zaangażowania funkcjonariuszy Służby Więziennej (§ 69).

Z kolei na tle raportów opracowanych przez Komitet po wizytacjach okresowych w poszczególnych krajach można wskazać, iż np. po wizytacji Wielkiej Brytanii w 2008 r. CPT odniósł się m.in. do opieki psychiatrycznej dla osób umieszczonych w policyjnej izbie zatrzymań. Komitet otrzymał bowiem niepokojące informacje w czasie wizytacji, że jeśli osoba zatrzymana zachowuje się w sposób wskazujący na chorobę psychiczną, funkcjonariusze Policji przywiązywali ją rozebraną do krzesła aby zapobiec dokonaniu przez nią samouszkodzeń. CPT podkreśla, że takie postępowanie funkcjonariuszy jest niedopuszczalne i powinno zostać zaniechane natychmiast. W takich przypadkach funkcjonariusz powinien niezwłocznie wezwać lekarza i postępować zgodnie z jego wskazówkami. Ponadto, osoba zatrzymana z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, powinna

<sup>91</sup> Health care service in prisons, Extract from the 3rd General Report of the CPT, 1993, CPT/In-f(93)12-part, s. 7.

zostać przetransportowana do szpitala psychiatrycznego. Do czasu przetransportowania powinno jej się zapewnić odpowiednią opiekę i leczenie<sup>92</sup>.

Analiza raportów CPT z wizytacji okresowych w Polsce pozwala natomiast zwrócić uwagę na kilka zaleceń. W raporcie po wizytacji przywięziennego szpitala psychiatrycznego w Areszcie Śledczym we Wrocławiu w 1996 r.<sup>93</sup>, CPT zalecił m.in. zwiększenie liczby zajęć terapeutycznych, w szczególności dla więźniów, którzy przebywają tam przez przedłużający się czas. Analogiczne zalecenia przedstawił Komitet po wizytacji oddziału psychiatrii sądowej w Zakładzie Karnym Nr 2 w Łodzi<sup>94</sup>. Podobnie po wizytacji oddziału psychiatrii sądowej w Areszcie Śledczym w Warszawie-Mokotowie CPT wydał zalecenia odnośnie potrzeby rozwoju szerszego zakresu psychosocjalnych, terapeutycznych aktywności dla pacjentów, zwłaszcza tych którzy przebywają tam przez dłuższy okres czasu<sup>95</sup>.

Zdaniem Komitetu każdy szpital psychiatryczny powinien mieć kompleksową, dobrze opracowaną politykę stosowania środków przymusu bezpośredniego. Zaangażowanie pracowników i kadry w określenie tych reguł jest niezbędne. Reguły te powinny określać jakie środki mogą być używane, w jakich okolicznościach oraz przewidywać nadzór nad ich stosowaniem. Poza tym, jeżeli niezbędne jest przymusowe podanie leków, to procedura ta powinna być poddana takim samym zabezpieczeniom jak inne środki przymusu.

Poza tym, po wizytacji szpitala przywięziennego w Areszcie Śledczym w Poznaniu CPT zaleciło m.in. podjęcie środków, aby określać indywidualne plany terapeutyczne dla pacjentów, oparte na szerszym zakresie oddziaływań terapeutycznych, aktywności rehabilitacyjnej i rekreacyjnej. To wymaga zatrudnienia odpowiedniej liczby personelu. Ponadto, wszyscy pacjenci szpitala psychiatrycznego przywięziennego powinni mieć dostęp do godzinnego spaceru na świeżym powietrzu, na odpowiedniej i zabezpieczonej przestrzeni. Powinny być także podjęte odpowiednie kroki w celu zagwarantowania stosowania odpowiednich zasad przymusu bezpośredniego<sup>96</sup>.

<sup>92</sup> Report to the Government of the United Kingdom on the visit to the United Kingdom carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 18 November to 1 December 2008, CPT/Inf (2009) 30, § 148.

<sup>93</sup> Report to the Polish Government on the visit to Poland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 30 June to 12 July 1996, CPT/Inf (98) 13, s. 45-46.

<sup>94</sup> Report to the Polish Government on the visit to Poland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 8 to 19 May 2000, CPT/Inf (2002) 9, s. 45.

<sup>95</sup> Report to the Polish Government on the visit to Poland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 4 to 15 October 2004, CPT/Inf (2006) 11, s. 48.

<sup>96</sup> Report to the Polish Government on the visit to Poland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 26 November to 8 December 2009, CPT/Inf (2011) 20, s. 73.



### 3. Zalecenia Komisji Unii Europejskiej

Z perspektywy niniejszego opracowania nie bez znaczenia pozostaje także Zalecenie Komisji Europejskiej z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie gwarancji procesowych dla osób wymagających szczególnego traktowania podejrzanych lub oskarżonych w postępowaniu karnym<sup>97</sup>. Zgodnie z jego brzmieniem, za „osobę wymagającą szczególnego traktowania” uznaje się osobę ze znacznie obniżoną sprawnością psychiczną, intelektualną, fizyczną lub sensoryczną lub cierpiącą na chorobę psychiczną lub zaburzenia funkcji poznawczych, które utrudniają jej zrozumienie postępowania karnego i skuteczne w nim uczestnictwo. W postępowaniu karnym osoby te potrzebują szczególnych gwarancji w celu zabezpieczenia, że rozumieją one swoje prawa i z nich korzystają. Komisja Europejska w Zaleceniu nawołuje do podjęcia przez państwa członkowskie wszelkich kroków w celu zapewnienia, aby w przypadku osób wymagających szczególnego traktowania, a do takich należą osoby cierpiące na chorobę psychiczną, pozbawienie wolności przed wydaniem wyroku skazującego było środkiem ostatecznym, proporcjonalnym i podejmowanym w warunkach dostosowanych do potrzeb tych osób (reg. 14). Należy bez zwłoki zidentyfikować osoby wymagające szczególnego traktowania i uznać ich szczególne potrzeby. Państwa członkowskie powinny zapewnić wszystkim właściwym organom możliwość korzystania z badań lekarskich przeprowadzanych przez niezależnego eksperta w celu zidentyfikowania osób wymagających szczególnego traktowania oraz ustalenia powagi ich szczególnie trudnej sytuacji oraz ich szczególnych potrzeb. Wspomniany ekspert może wydać uzasadnioną opinię dotyczącą adekwatności środków podjętych lub przewidzianych wobec osób wymagających szczególnego traktowania (reg. 4). Ponadto, reg. 7 stanowi, że Państwa członkowskie powinny wprowadzić domniemanie szczególnie trudnej sytuacji, zwłaszcza wobec osób ze znacznie obniżoną sprawnością psychiczną, intelektualną, fizyczną lub sensoryczną lub osób cierpiących na chorobę psychiczną lub zaburzenia funkcji poznawczych, które utrudniają im zrozumienie postępowania i skuteczne uczestnictwo w postępowaniu. Jeżeli zaś osoba wymagająca szczególnego traktowania nie jest w stanie zrozumieć i śledzić przebiegu postępowania, nie może się ona zrzec prawa dostępu do adwokata, zgodnie z dyrektywą 2013/48/UE (reg. 11).

### 4. Podsumowanie

Trudną sytuację i szczególne potrzeby osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, dostrzegają organizacje międzynarodowe, wydając wiele dokumentów mówiących o ich prawach. W aktach prawa międzynarodowego więźniów z niepełnosprawnością intelektualną lub

<sup>97</sup> Dziennik Urzędowy UE C 378 z 2013 r., tom 56.

psychiczną wyodrębnia się jako osobną grupę osób pozbawionych wolności, która wymaga szczególnego traktowania. Poszczególne reguły odnoszą się wprost do tej kategorii osadzonych. Ich odmienne traktowanie od pozostałych więźniów wynika z zasady humanitaryzmu w wykonywaniu kary pozbawienia wolności, która zobowiązuje do traktowania więźniów w sposób uwzględniający ich osobiste właściwości, a zwłaszcza uwarunkowane nimi ograniczone możliwości adaptacyjne. Postępowanie z tymi więźniami ma przede wszystkim zapobiegać pogłębianiu się ich zaburzeń, a podejmowane w stosunku do nich oddziaływania specjalistyczne mają poprawić ich zdolności przystosowania do życia społecznego<sup>98</sup>.

Rodzi się pytanie na ile wskazane rekomendacje ONZ, Rady Europy czy Komisji Europejskiej, znajdują odzwierciedlenie w praktyce polskich organów wymiaru sprawiedliwości i są przez nie wdrażane w życie. Próby odpowiedzi na nie będzie można podjąć po zapoznaniu się z poszczególnymi rozdziałami monografii, gdzie opisano konkretne przykłady postępowania z osobami ze wskazanymi rodzajami niepełnosprawności, osadzonymi w izolacji penitencjarnej.

Trzeba jednak podkreślić, że ze wszystkich wymienionych dokumentów prawa międzynarodowego wynika jednolite zalecenie, że pojedyncze osadzenie więźniów z zaburzeniami psychicznymi powinno być ograniczone do całkowitego minimum, a w sytuacji gdyby stanowiło ono poważne zagrożenie, lekarz jest zobowiązany poinformować o tym niezwłocznie dyrektora jednostki penitencjarnej. Przede wszystkim jednak więźniowie cierpiący z powodu poważnych zaburzeń psychicznych powinni być leczeni w odpowiednio wyposażonych szpitalach, zatrudniających adekwatną liczbę personelu. Z zakładu karnego do szpitala psychiatrycznego powinni być przetransportowani tak szybko jak to tylko możliwe.

---

<sup>98</sup> Maria Gordon, Rekomendacja 1235 (1944) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy o psychiatrii i prawach człowieka. Komentarz. Więźniowie z zaburzeniami psychicznymi (w:) Przegląd Więziennictwa Polskiego, 2011/72-73, s. 246.



# Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka dotyczące osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną

## 1. Wprowadzenie

Niniejszy rozdział poświęcony jest orzecznictwu Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (dalej: ETPC lub Trybunał) w zakresie postępowania z osobami z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, które są pozbawione wolności. Został on przygotowany w oparciu o analizę wybranych wyroków i decyzji Trybunału<sup>99</sup>. We wszystkich sprawach skarżący byli obywatelami państwa, przeciwko któremu wnosili skargę do Trybunału.

Analizie poddano 19 wyroków oraz 2 decyzje, w tym 6 wyroków i 2 decyzje przeciwko Polsce. Łączna kwota zadośćuczynienia lub odszkodowania, jaką Trybunał przyznał skarżącym w omawianych sprawach, wyniosła ok. 126 tys. euro. W dwóch sprawach: Mocarska przeciwko Polsce, Renolde przeciwko Francji, skarżący nie wnosili o zadośćuczynienie. Natomiast w sprawie Drew przeciwko Wielkiej Brytanii skarga została odrzucona przez Trybunał jako oczywiście bezzasadna.

Należy przy tym podkreślić, że orzeczenia wydane przez ETPC w sprawach skierowanych przeciwko Polsce są wiążące i podlegają wykonaniu, na podstawie art. 46 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (dalej: Konwencja lub EKPC<sup>100</sup>). Natomiast wyroki ETPC odnoszące się do innych

<sup>99</sup> Opis tych wyroków ETPC, których wersja w języku polskim nie była dostępna w bazie HUDOC lub na stronie Ministerstwa Sprawiedliwości, jest oparty na własnym tłumaczeniu autorek.

<sup>100</sup> Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.).

Artykuł 46 Konwencji stanowi:

1. Wysokie Układające się Strony zobowiązują się do przestrzegania ostatecznego wyroku Trybunału we wszystkich sprawach, w których są stronami.
2. Ostateczny wyrok Trybunału przekazuje się Komitetowi Ministrów, który czuwa nad jego wykonaniem.

państw członkowskich Rady Europy, mają dla Polski charakter rekomendacji.

W rozdziale zostały zawarte szczegółowe opisy wybranych wyroków albo decyzji Trybunału. Wynika z nich wyraźnie, że osoby pozbawione wolności z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną są traktowane przez ETPC jako osoby należące do grupy o podwójnej wrażliwości – z jednej strony ze względu na osadzenie w jednostkach penitencjarnych, z drugiej ze względu na swoją niepełnosprawność.

W opisanych wyrokach, Europejski Trybunał Praw Człowieka orzekł naruszenie:

- a) prawa do życia – art. 2 EKPC,
- b) zakazu tortur oraz nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karnia - art. 3 EKPC,
- c) prawa do wolności i bezpieczeństwa osobistego - art. 5 EKPC,
- d) prawa do rzetelnego procesu sądowego – art. 6 EKPC,
- e) prawa do skutecznego środka odwoławczego – art. 13 EKPC.

## 2. Tymczasowe aresztowanie osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną

Europejski Trybunał Praw Człowieka zajmował się osobami z niepełnosprawnością psychiczną w kontekście m.in. zastosowania wobec nich tymczasowego aresztowania. W sprawach skierowanych przeciwko Polsce można wymienić w szczególności: *Mocarska przeciwko Polsce*<sup>101</sup>, *Pankiewicz przeciwko Polsce*<sup>102</sup> i *Kumenda przeciwko Polsce*<sup>103</sup>.

W sprawie **Mocarska przeciwko Polsce** skarga została wniesiona do Trybunału w dniu 2 czerwca 2005 r. przez Bożenę Mocarską, ur. w 1965 r. Skarżąca w dniu 28 grudnia 2004 r. była przesłuchiwana przez Policję w związku z kradzieżą kuchenki mikrofalowej, należącej do jej siostry, a także w związku ze

---

3. Jeśli Komitet Ministrów uważa, że czuwanie nad wykonaniem ostatecznego wyroku jest utrudnione przez problem z wykładnią wyroku, może on przekazać to zagadnienie Trybunałowi w celu rozstrzygnięcia w kwestii wykładni. Decyzja o przekazaniu podejmowana jest większością dwóch trzecich głosów przedstawicieli uprawnionych do zasiadania w Komitecie.

4. Jeśli Komitet Ministrów uważa, że Wysoka Układająca się Strona odmawia przestrzegania ostatecznego wyroku w sprawie, w której jest stroną może on, po doręczeniu tej Stronie formalnego zawiadomienia oraz na podstawie decyzji podjętej większością dwóch trzecich głosów przedstawicieli uprawnionych do zasiadania w Komitecie, przekazać Trybunałowi zapytanie, czy ta Strona nie wykonała swojego zobowiązania na podstawie ustępu 1.

5. Jeśli Trybunał stwierdza, że miało miejsce naruszenie ustępu 1, przekazuje sprawę Komitetowi Ministrów w celu rozważenia środków, jakie należy podjąć. Jeśli Trybunał stwierdza brak naruszenia ustępu 1, przekazuje sprawę Komitetowi Ministrów, który kończy rozpatrywanie sprawy.

<sup>101</sup> Wyrok ETPC z 6 listopada 2007 r. w sprawie *Mocarska przeciwko Polsce*, skarga nr 26917/05 (wyrok ostateczny z dnia 6 lutego 2008 r.).

<sup>102</sup> Wyrok ETPC z 12 lutego 2008 r. w sprawie *Pankiewicz przeciwko Polsce*, skarga nr 34151/04 (wyrok ostateczny z dnia 12 maja 2008 r.).

<sup>103</sup> Wyrok ETPC z 8 czerwca 2010 r. w sprawie *Kumenda przeciwko Polsce*, skarga nr 2369/09 (wyrok ostateczny z dnia 8 września 2010 r.).



znęcaniem się nad siostrą. Podczas przesłuchania poinformowała Policję, że jest w trakcie leczenia psychiatrycznego. W dniu 5 maja 2005 r. została aresztowana i osadzona w areszcie śledczym, w zwykłym oddziale mieszkalnym. Z aresztu do Szpitala Psychiatrycznego w Pruszkowie została przeniesiona w dniu 30 czerwca 2006 r.

W skardze skierowanej do Trybunału skarżąca podnosiła, że była przetrzymywana w areszcie śledczym zamiast w szpitalu psychiatrycznym. Wskazywała, że nie została zwolniona z aresztu, ani też nie podjęto decyzji o jej przetransportowaniu do szpitala psychiatrycznego nawet wtedy, gdy powołani w sprawie biegli stwierdzili, iż przedłużenie tymczasowego aresztowania ma poważny wpływ na jej sytuację zdrowotną. Zdaniem skarżącej, przetrzymywanie jej w areszcie po umorzeniu postępowania karnego (wobec stwierdzonej niepoczytalności w momencie popełnienia czynu zabronionego) nie było konieczne, w szczególności ze względu na zły stan jej zdrowia psychicznego oraz fakt, iż odmawiała przyjmowania posiłków. W skardze skierowanej do Trybunału skarżąca podniosła zatem zarzut naruszenia art. 5 § 1 Konwencji<sup>104</sup>, wobec bezprawnego stosowania tymczasowego aresztowania w okresie od 25 października 2005 r. do 30 czerwca 2006 r.

Trybunał wskazał, że długość pobytu w areszcie śledczym osoby, która jest skierowana do szpitala psychiatrycznego, nie jest określona w żadnym z przepisów prawa krajowego. Jednakże, zdaniem Trybunału należało ustalić, czy w opisywanym przypadku utrzymywanie tymczasowego aresztowania przez okres ośmiu miesięcy jest zgodne z obowiązującym prawem krajowym (art. 264 § 3 k.p.k.). Trybunał przyjął jednocześnie argument rządu, iż nierealne i zbyt surowe byłoby oczekiwanie od władz natychmiastowego zapewnienia dostępności miejsca w wybranym szpitalu psychiatrycznym. Jednakże między wchodzącymi w grę interesami musi

<sup>104</sup> Artykuł 5 § 1 Konwencji stanowi: Każdy ma prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Nikt nie może być pozbawiony wolności, z wyjątkiem następujących przypadków i w trybie ustalonym przez prawo:

- a) zgodnego z prawem pozbawienia wolności w wyniku skazania przez właściwy sąd;
- b) zgodnego z prawem zatrzymania lub aresztowania w przypadku niepodporządkowania się wydanemu zgodnie z prawem orzeczeniu sądu lub w celu zapewnienia wykonania określonego w ustawie obowiązku;
- c) zgodnego z prawem zatrzymania lub aresztowania w celu postawienia przed właściwym organem, jeżeli istnieje uzasadnione podejrzenie popełnienia czynu zagrożonego karą, lub, jeśli jest to konieczne, w celu zapobieżenia popełnieniu takiego czynu lub uniemożliwienia ucieczki po jego dokonaniu;
- d) pozbawienia nieletniego wolności na podstawie zgodnego z prawem orzeczenia w celu ustanowienia nadzoru wychowawczego lub zgodnego z prawem pozbawienia nieletniego wolności w celu postawienia go przed właściwym organem;
- e) zgodnego z prawem pozbawienia wolności osoby w celu zapobieżenia szerzeniu przez nią choroby zakaźnej, osoby umysłowo chorej, alkoholika, narkomana lub włóczęgi;
- f) zgodnego z prawem zatrzymania lub aresztowania osoby, w celu zapobieżenia jej nielegalnemu wkroczeniu na terytorium państwa, lub osoby, przeciwko której toczy się postępowanie o wydalenie lub ekstradycję.

być zachowana racjonalna równowaga. Trybunał wskazał, że przy równoważeniu tych interesów szczególną wagę należy przywiązywać do prawa skarżącej do wolności. Znaczne opóźnienie w przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, a tym samym późniejsze rozpoczęcie terapii, było szkodliwe dla skarżącej<sup>105</sup>.

Trybunał orzekł, że w tej sprawie okres ośmiu miesięcy oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego jest niedopuszczalny. Jak podkreślił, odmienne stwierdzenie prowadziłoby do poważnego osłabienia fundamentalnego prawa do wolności osobistej i działałoby na szkodę osoby, której ochrona dotyczy. W związku z tym podważałoby istotę prawa chronionego postanowieniami art. 5 Konwencji<sup>106</sup>. Stwierdzając naruszenie tego przepisu Trybunał nie zasądził żadnego zadośćuczynienia, wobec braku wniosku skarżącej w tym przedmiocie.

W sprawie **Pankiewicz przeciwko Polsce** skarga została wniesiona do ETPC w dniu 1 września 2004 r. przez Władysława Pankiewicza, ur. w 1952 r. Skarżący w dniu 4 czerwca 2003 r. został aresztowany pod zarzutem kierowania gróźb karalnych. W dniu 5 stycznia 2004 r. Sąd Rejonowy w Nowej Soli wydał postanowienie o umorzeniu postępowania wobec skarżącego i zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym. Sąd uznał niezdolność skarżącego do ponoszenia odpowiedzialności karnej za dokonany czyn zabroniony z powodu występującego u niego zespołu urojeniowego na podłożu organicznym<sup>107</sup>. Tymczasowe aresztowanie, w okresie oczekiwania na wyznaczenie terminu przyjęcia skarżącego do zakładu psychiatrycznego, było przedłużane. Przeniesienie do miejsca wykonywania środka zabezpieczającego nastąpiło w dniu 30 marca 2004 r. (skąd został zwolniony 26 września 2004 r.). Co istotne w 2006 r. Sąd Rejonowy w Zielonej Górze zasądził na rzecz skarżącego 17.093 zł odszkodowania za szkody majątkowe oraz 8.516 zł za szkody niemajątkowe. Jak podkreślono, Sąd opierał się na uchwale Sądu Najwyższego z 15 września 1999 r.<sup>108</sup>. Niemniej jednak przyznana kwota nie obejmowała pozbawienia wolności skarżącego po tym, jak sąd umorzył postępowanie i zdecydował o zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci pobytu w szpitalu psychiatrycznym. Skarżący wniósł apelację w zakresie wysokości zasądzzonego mu odszkodowania, ale także wskazując, że nie objęto nim całego okresu pozbawienia go wolności. Apelacja została oddalona.

<sup>105</sup> Wyrok w sprawie Mocarcka przeciwko Polsce, § 47.

<sup>106</sup> Wyrok w sprawie Mocarcka przeciwko Polsce, § 48.

<sup>107</sup> Art. 31 § 1 k.k.

<sup>108</sup> Uchwała SN z 15 września 1999 r., I KZP 27/99, zgodnie z którą:

1. Odpowiedzialność Skarbu Państwa z tytułu niewątpliwie niesłusznego tymczasowego aresztowania (art. 552 § 4 k.p.k.) opiera się na zasadzie ryzyka.
2. Niewątpliwie niesłusznym, w rozumieniu art. 552 § 4 k.p.k., jest także tymczasowe aresztowanie, które było stosowane z obrazą przepisów rozdziału 28 k.p.k., oraz tymczasowe aresztowanie oskarżonego (podejrzanego), powodujące dolegliwość, której nie powinien doznać, w świetle całokształtu okoliczności ustalonych w sprawie, a także, w szczególności, prawomocnego jej rozstrzygnięcia.



W przedmiotowej sprawie skarżący zarzucił naruszenie art. 5 § 1 EKPC z tego powodu, że bezprawnie przebywał w areszcie śledczym (był osobą chorą psychicznie), zamiast w szpitalu psychiatrycznym, art. 5 § 3 Konwencji<sup>109</sup> w związku z tym, że jego pozbawienie wolności było nieracjonalnie długie oraz art. 6 § 1 Konwencji<sup>110</sup>, ze względu na brak rzetelności prowadzonego postępowania. Trybunał uznał skargę za dopuszczalną tylko w zakresie pierwszego zarzutu, tj. niezgodnego z prawem zatrzymania w areszcie w okresie między 5 stycznia 2004 r. a 30 marca 2004 r.

Trybunał zaznaczył, iż mimo że dwumiesięczna i dwudziestopięciodniowa zwłoka w przyjęciu do szpitala psychiatrycznego na pierwszy rzut oka może nie wydawać się nadmierna, to jednak nie może być uznana za dopuszczalną<sup>111</sup>. Trybunał podkreślił, podobnie jak w sprawie *Mocarska przeciwko Polsce*, że odmienne stwierdzenie prowadziłyby do poważnego osłabienia fundamentalnego prawa do wolności osobistej, działałoby na szkodę osoby, której ochrona dotyczy i podważało istotę prawa chronionego postanowieniami art. 5 Konwencji. W rezultacie Trybunał orzekł naruszenie art. 5 § 1 EKPC i przyznał skarżącemu kwotę 10.000 euro zadośćuczynienia za szkodę niematerialną. Pozostałe zarzuty zostały uznane za niedopuszczalne wobec odpowiednio uzyskania odszkodowania na poziomie krajowym oraz niewyczerpania środków krajowych.

W kolejnej sprawie **Kumenda przeciwko Polsce** skarga została wniesiona do Trybunału w dniu 8 stycznia 2009 r. przez Stanisława Kumendę, ur. w 1939 r. Został on aresztowany w dniu 20 października 2007 r. w związku z podejrzeniem stosowania przemocy domowej i uzasadnionym przypuszczeniem, że może ponownie popełnić przestępstwo. Sąd zarządził jego 6-tygodniową obserwację psychiatryczną. Tymczasowe aresztowanie przedłużano kilkakrotnie. Sąd zaś tłumaczył przedłużającą się procedurę faktem, że biegły, jak i obrońca skarżącego przebywali na urlopie. W dniu 20 października 2008 r. sąd umorzył postępowanie i zastosował środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psy-

<sup>109</sup> Artykuł 5 § 3 Konwencji stanowi: Każdy zatrzymany lub aresztowany zgodnie z postanowieniami ustępu 1 lit. c niniejszego artykułu powinien zostać niezwłocznie postawiony przed sędzią lub innym urzędnikiem uprawnionym przez ustawę do wykonywania władzy sądowej i ma prawo być sądzony w rozsądnym terminie albo zwolniony na czas postępowania. Zwolnienie może zostać uzależnione od udzielenia gwarancji zapewniających stawienie się na rozprawę.

<sup>110</sup> Artykuł 6 § 1 Konwencji stanowi: Każdy ma prawo do sprawiedliwego i publicznego rozpatrzenia jego sprawy w rozsądnym terminie przez niezawisły i bezstronny sąd ustanowiony ustawą przy rozstrzygnięciu o jego prawach i obowiązkach o charakterze cywilnym albo o zasadności każdego oskarżenia w wytoczonej przeciwko niemu sprawie karnej. Postępowanie przed sądem jest jawne, jednak prasa i publiczność mogą być wyłączone z całości lub części rozprawy sądowej ze względów obyczajowych, z uwagi na porządek publiczny lub bezpieczeństwo państwowe w społeczeństwie demokratycznym, gdy wymaga tego dobro małoletnich lub gdy służy to ochronie życia prywatnego stron albo też w okolicznościach szczególnych, w granicach uznanych przez sąd za bezwzględnie konieczne, kiedy jawność mogłaby przynieść szkodę interesom wymiaru sprawiedliwości.

<sup>111</sup> Wyrok w sprawie *Pankiewicz przeciwko Polsce*, § 45.

chiatrycznym. Zdaniem sądu skarżący popełnił przestępstwo, jednak nie może ponosić odpowiedzialności karnej ze względu na urojenia psychiatryczne, jakie zostały u niego zdiagnozowane.

Skarżący zarzucił naruszenie art. 5 § 1 EKPC twierdząc, że powinien być umieszczony w szpitalu psychiatrycznym, a nie przebywać w areszcie śledczym. Przetransportowanie do placówki służby zdrowia nastąpiło bowiem dopiero po upływie blisko 2 lat. Skarżący podniósł także zarzut naruszenia art. 5 § 3 EKPC, z powodu nieuzasadnionej długości trwania okresu pozbawienia wolności w zwykłej jednostce penitencjarnej (zamiast w szpitalu psychiatrycznym). Dodatkowo na podstawie art. 6 § 1 EKPC zarzucił brak rzetelności postępowania, ale w tym zakresie skarga została odrzucona jako oczywiście bezzasadna.

Trybunał orzekł naruszenie art. 5 § 1 Konwencji. W okolicznościach przedmiotowej sprawy nie miał bowiem podstaw stwierdzić, że została zachowana niezbędna równowaga pomiędzy sprzecznymi interesami stron. Trybunał zwrócił szczególną uwagę na fakt, iż skarżący był przetrzymywany w zwykłym areszcie, bez odpowiedniego wyposażenia medycznego. Ponadto Trybunał zauważył, że rząd nie wyjaśnił w żaden sposób opóźnienia w przyjęciu skarżącego do zakładu psychiatrycznego, a zwłoka w tym zakresie nie może zostać uznana za dopuszczalną<sup>112</sup>.

Dodatkowo ETPC stwierdził naruszenie art. 5 § 3 Konwencji jeżeli chodzi o okres przed 3 lutego 2009 r. (data prawomocnej decyzji sądu o umorzeniu śledztwa ze względu na chorobę psychiczną skarżącego). Przy rozpoznawaniu tego zarzutu Trybunał brał zatem pod uwagę 1 rok 3 miesiące i 12 dni pozbawienia wolności. Trybunał podkreślił, że wskazany przepis Konwencji nie może być postrzegany jako usprawiedliwienie dla stosowania aresztu tymczasowego. Stąd, władze muszą przekonująco umotywować każdy, nawet najkrótszy okres tymczasowego aresztowania<sup>113</sup>. Trybunał akceptuje w sprawie Kumenda, że początkowo występujące uzasadnione podejrzenie, że skarżący popełnił poważne przestępstwo, stanowiło usprawiedliwienie dla stosowania najsurowszego środka zapobiegawczego. Także potrzeba zabezpieczenia prawidłowego toku postępowania stanowiła usprawiedliwienie dla pierwszego okresu tymczasowego aresztowania. Z upływem czasu przesłanki te stawały się mniej adekwatne i nie mogły usprawiedliwiać całego okresu pozbawienia wolności. W tych okolicznościach Trybunał stwierdził, że nie jest konieczna ocena, czy postępowanie było prowadzone z wyjątkową starannością.

Trybunał zasądził na rzecz skarżącego 1.500 euro zadośćuczynienia z tytułu szkód niematerialnych.

Kolejną sprawą odnoszącą się do tematyki tymczasowego aresztowania osób z zaburzeniami psychicznymi, jest sprawa **Kudła przeciwko Polsce**. Skar-

<sup>112</sup> Wyrok w sprawie Kumenda przeciwko Polsce, § 32.

<sup>113</sup> Wyrok w sprawie Kumenda przeciwko Polsce, § 42.



ga została wniesiona do Europejskiej Komisji Praw Człowieka w dniu 12 kwietnia 1995 r. przez Andrzeja Kudłę. Skarżący został tymczasowo aresztowany w dniu 8 sierpnia 1991 r. pod zarzutem oszustwa. Jak wskazywała opinia dotycząca stanu zdrowia skarżącego, przedstawiona przez biegłych, pacjent wykazywał ciągłe tendencje samobójcze. Cierpiał on na syndrom głębokiej depresji, której towarzyszą myśli samobójcze. Stąd, powinien on być poddany leczeniu psychiatrycznemu. Zdaniem specjalistów, stosowanie tymczasowego aresztowania wobec skarżącego poważnie zagrażało jego życiu, wobec wysokiego prawdopodobieństwa, że podejmie on kolejne próby samobójcze.

Trybunał podkreśla, że przepisu art. 3 EKPC nie można interpretować jako nakładającego generalne zobowiązanie do zwolnienia skarżącego ze względów zdrowotnych albo umieszczenia go w szpitalu znajdującym się poza strukturą więziennictwa, w celu umożliwienia mu uzyskania konkretnego rodzaju leczenia. Tym niemniej, zgodnie z tym przepisem Konwencji, państwo musi zagwarantować, że osoba aresztowana ma zapewnione warunki, które są zgodne z poszanowaniem jej godności ludzkiej, a rodzaj i sposób wykonywania tymczasowego aresztowania nie naraża jej na cierpienie przekraczające nieunikniony poziom związany z aresztowaniem. Zdrowie i dobre samopoczucie osoby pozbawionej wolności powinny być odpowiednio zabezpieczone, między innymi przez zapewnienie niezbędnej opieki lekarskiej.

Skarżący Kudła zarzucił naruszenie art. 3 EKPC w związku z tym, że w areszcie śledczym nie powzięto działań mających na celu leczenie jego chronicznej depresji, co w konsekwencji prowadziło do podejmowania prób samobójczych. Ponadto, podniósł naruszenie art. 5 § 3 Konwencji w związku z tym, że jego tymczasowe aresztowanie trwało zbyt długo. Zdaniem skarżącego doszło również do naruszenia art. 6 § 1 EKPC, a więc prawa do rozpoznania sprawy w rozsądnym terminie, jak również art. 13 EKPC. W kontekście tego ostatniego zarzutu twierdził, że nie posiadał skutecznego krajowego środka odwoławczego, aby poskarżyć się na przewlekłość postępowania karnego.

Trybunał przyznał, że istota stanu psychicznego skarżącego czyniła go bardziej wrażliwym, niż przeciętnego aresztowanego, a jego pozbawienie wolności mogło zaostriżyć do pewnego stopnia jego poczucie niepokoju, udręczenia i strachu. Trybunał odnotował również fakt, że od 11 czerwca do 29 października 1996 r. skarżący był przetrzymywany w areszcie, mimo opinii psychiatrycznej stwierdzającej, że dalsze aresztowanie skarżącego może zagrazić jego życiu ze względu na prawdopodobieństwo podejmowania dalszych prób samobójczych. Jednakże, w oparciu o przedstawione dowody Trybunał orzekł, iż w tym przypadku nie doszło do naruszenia art. 3 EKPC.

Trybunał orzekł natomiast naruszenie art. 5 § 3 EKPC twierdząc, że powody, na które powoływały się sądy przedłużając tymczasowe aresztowanie, nie są wystarczające. Każdorazowo wskazywano bowiem, iż istnieje niebezpieczeństwo

ucieczki skarżącego. Na tej podstawie przebywał on w areszcie przez okres 2 lat i 4 miesięcy. Doszło również do naruszenia art. 6 § 1 Konwencji, wobec zwłoki w rozpoznaniu sprawy, której nie da się usprawiedliwić. Trybunał uznał także, że w sprawie miało miejsce naruszenie art. 13 Konwencji w związku z tym, że skarżący nie posiadał żadnego krajowego środka odwoławczego, na podstawie którego mógłby wprowadzić w życie prawo do rozpoznania sprawy w rozsądnym terminie, zgodnie z gwarancją art. 6 § 1 Konwencji. Trybunał przyznał skarżącemu 30.000 zł zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej.

Kwestii tymczasowego aresztowania osoby z chorobą psychiczną dotyczy także decyzja Trybunału w sprawie **Łukasz Zawadzki przeciwko Polsce**<sup>114</sup>. Skarga została wniesiona w dniu 9 sierpnia 2012 r. przez skarżącego, ur. w 1981 r., u którego w dzieciństwie stwierdzono zaburzenia zachowania oraz niepełnosprawność intelektualną, w życiu dorosłym zaś schizofrenię paranoidalną. W 2000 r. skarżący został oskarżony o stosowanie gróźb i wszczęto wobec niego postępowanie karne. W opiniach biegłych podkreślano, że skarżący wymaga leczenia w warunkach oddziału psychiatrycznego. W dniu 23 lutego 2001 r. Sąd Rejonowy w Łodzi umorzył postępowanie karne uznając, że w momencie w którym skarżący dopuścił się czynu zabronionego nie był w stanie rozpoznać znaczenia swojego zachowania ze względu na zaburzenia psychiczne i postanowił o umieszczeniu go w szpitalu psychiatrycznym. Skarżący przebywał jednak nadal na wolności. W dniu 26 października 2001 r. został on zatrzymany pod zarzutem montażu bomby i tymczasowo aresztowany. Rok później Sąd Okręgowy w Łodzi uznał skarżącego winnym i skazał go na 3 lata więzienia, wyznaczając system terapeutyczny, w jakim powinien odbywać karę. W dniu 31 marca 2006 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi w innym postępowaniu postanowił o zastosowaniu wobec skarżącego środka zapobiegawczego w postaci tymczasowego aresztowania. Do dnia 14 lutego 2012 r. sądy wydały osiem wyroków wobec skarżącego, po czym został on zwolniony z aresztu śledczego i przeniesiony do szpitala psychiatrycznego. Skarżący zarzucił naruszenie art. 3 EKPC, wobec pozbawienia go odpowiedniej opieki medycznej i psychiatrycznej w trakcie tymczasowego aresztowania. Skarżył się w szczególności na okres od czerwca 2009 r. do lutego 2012 r., podczas którego był osadzony w warunkach przewidzianych dla więźniów niebezpiecznych, mimo braku oficjalnej decyzji w tym przedmiocie – miał wówczas ograniczony kontakt z rodziną oraz nie zapewniano mu warunków odpowiednich do jego stanu zdrowia. Skarżący zarzucił także naruszenie art. 5 § 1 lit. c i e EKPC, w związku z tym, że jego pozbawienie wolności w warunkach zwykłego zakładu karnego było bezprawne, ponieważ sądy karne, które skazywały go

<sup>114</sup> Decyzja ETPC z dnia 10 lutego 2015 r. w sprawie Łukasz Zawadzki przeciwko Polsce, skarga nr 50868/12.





wielokrotnie, nakazywały odbywanie przez niego kary w szczególnych warunkach, zapewniających odpowiednią opiekę medyczną i psychiatryczną<sup>115</sup>. Podnosił również naruszenie art. 6 EKPC, wobec braku egzekwowania wyroków sądów, które nakazywały umieszczenie w takich zakładach karnych, gdzie możliwe byłoby odpowiednie leczenie medyczne i psychiatryczne.

W dniu 25 listopada i 6 grudnia 2014 r. ETPC otrzymał deklaracje podpisane przez strony, na podstawie których skarżący zgodził się odstąpić od jakichkolwiek dalszych roszczeń wobec Polski. Rząd zobowiązał się zapłacić skarżącemu 25.000 zł z tytułu szkody materialnej i niematerialnej.

### 3. Osoby z niepełnosprawnością psychiczną w relacji z organami ścigania i wymiaru sprawiedliwości

Oprócz wskazanych powyżej spraw, w których długość okresu tymczasowego aresztowania odgrywała zasadniczą rolę, bowiem dotyczyła osób chronionych przez zasadę domniemania niewinności, Trybunał zajmował się także sprawami, w których skarżący byli pozbawieni wolności na innej podstawie niż środek zapobiegawczy – byli skazani bądź zatrzymani w policyjnej izbie zatrzymań.

W sprawie **Brand przeciwko Holandii**<sup>116</sup> skarga została wniesiona w dniu 15 kwietnia 1999 r. przez F.C. Branda, ur. w 1956 r. Został on skazany za udział w rabunku z użyciem przemocy, powodującej ciężki uszczerbek na zdrowiu poszkodowanego, na okres 15 miesięcy pozbawienia wolności. Sąd zdecydował o umieszczeniu skarżącego w więziennej klinice dla sprawców poważnych przestępstw, zwanej w Holandii TBS<sup>117</sup>, biorąc pod uwagę, że cierpi on na zaburzenia psychiczne oraz stwarza niebezpieczeństwo. Skarżący nie został jednak przeniesiony do kliniki z uwagi na brak wolnych miejsc. Nadal odbywał karę pozbawienia wolności w zwykłym zakładzie karnym. Celem przyspieszenia procedury umieszczenia go w oddziale TBS, skarżący wszczął postępowanie cywilne przeciwko Holandii.

Brand zarzucił naruszenie art. 5 § 1 EKPC w związku z pobytem w zwykłym zakładzie karnym (gdzie był pozbawiony niezbędnych oddziaływań), począwszy od dnia 10 października 1994 r., kiedy zaczęło obowiązywać zarządzenie o umieszczeniu w TBS. Trybunał orzekł naruszenie przez Holandię wskazanego

<sup>115</sup> Obowiązujący wówczas przepis art. 95 § 1 k.k. stanowił: skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k., sąd może orzec umieszczenie sprawcy w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze lub rehabilitacyjne.

<sup>116</sup> Wyrok ETPC z 11 maja 2004 r. w sprawie Brand przeciwko Holandii, skarga nr 49902/99 (wyrok ostateczny z dniem 10 listopada 2004 r.).

<sup>117</sup> W TBS leczeni są pacjenci, którzy popełnili poważne przestępstwo, po dokonaniu oceny ryzyka recydywy, stopnia nasilenia zaburzeń psychicznych oraz rodzaju patologii umysłowej, Hans Perik, *Holandia - TBS: program psychiatrii sądowej*, s. 87, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1998, Nr 7, suplement 3, <http://www.ppn.ipin.edu.pl/archiwum/1998-suplement-3/holandia-xxx-tbsx-program-psychiatrii-sadowej.html>. (dostęp: 25.08.2017 r.).

przepisu Konwencji podkreślając, że nawet opóźnienie sześciomiesięczne przy przyjęciu takiej osoby do TBS nie jest możliwe do zaakceptowania. Inne stanowisko Trybunału pociągnęłoby za sobą poważne osłabienie podstawowego prawa do wolności osobistej, a tym samym naruszyłoby istotę prawa chronionego na podstawie art. 5 § 1 Konwencji. Trybunał przyznał skarżącemu 1.500 euro tytułem zadośćuczynienia za szkody niematerialne.

Odnosząc się do zagadnienia pozbawienia wolności osoby niepełnosprawnej psychicznie w kontekście pobytu w policyjnej izbie zatrzymań, warta uwagi jest z kolei sprawa **M.S. przeciwko Wielkiej Brytanii**<sup>118</sup>. Skarga została wniesiona do Trybunału w dniu 9 maja 2008 r. przez M.S, ur. w 1970 r. Skarżący został zatrzymany przez Policję w związku z otrzymanym zgłoszeniem, iż przebywa on w samochodzie, zachowując się przy tym w sposób wzburzony i nadużywa dźwięku klaksonu. Skarżący przebywał przez okres trzech dni w policyjnej izbie zatrzymań. Zatrzymany mężczyzna dawał wyraźne oznaki zaburzeń psychicznych. Uznano, że wizyta lekarza jest niezbędna. M.S. twierdził, że to czego doświadczył w trakcie pobytu w policyjnej izbie zatrzymań naruszało art. 3 EKPC, stanowiąc nieludzkie i poniżające traktowanie<sup>119</sup>. Zdaniem skarżącego oczywiste było od samego początku i przez cały okres jego zatrzymania przez Policję, że był poważnie chory psychicznie i wymagał leczenia szpitalnego. Skarżący podnosił, że zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego z 1983 r. możliwe było zatrzymanie do 72 godzin, jednakże tylko w wyjątkowych przypadkach. Dobra praktyka wymagała, aby osoba zatrzymana była w możliwie najszybszym czasie przeniesiona do odpowiedniej placówki służby zdrowia.

Trybunał orzekł w tej sprawie, iż doszło do poniżającego traktowania, stąd miało miejsce naruszenie art. 3 EKPC. Trybunał nie miał przy tym wątpliwości, że początkowe zatrzymanie przez Policję było uzasadnione – zaatakował swoją ciocię, był w stanie wzburzenia, stwarzając zagrożenie zarówno dla siebie, jak i społeczeństwa. Niemniej jednak, jak podkreślił Trybunał, osoby wykazujące objawy choroby psychicznej, co miało miejsce w przypadku skarżącego, są traktowane przez ETPC jako osoby szczególnie wrażliwe. Stąd, zagadnienie poszanowania ich fundamentalnego prawa do godności pojawia się ilekroć są one pozbawione wolności<sup>120</sup>. Pytanie na które Trybunał musi w takich sprawach odpowiedzieć brzmi: czy władze danego kraju wypełniły swoje zobowiązanie, aby chronić skarżących przed traktowaniem naruszającym art. 3 EKPC. W sprawie M.S. przeciwko Wielkiej Brytanii Trybunał dostrzegł, że nie było intencji, aby

<sup>118</sup> Wyrok ETPC z 3 maja 2012 r. w sprawie M.S. przeciwko Wielkiej Brytanii, skarga nr 24527/08 (wyrok ostateczny z 3 sierpnia 2012 r.).

<sup>119</sup> Artykuł 3 Konwencji stanowi: nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu.

<sup>120</sup> Trybunał podkreślał tę zasadę także w innych sprawach, m.in. w wyroku ETPC z 18 grudnia 2007 r. w sprawie Dybeku przeciwko Albanii, skarga nr 41153/06 (wyrok ostateczny z dniem 2 czerwca 2008 r.), § 41.



traktować skarżącego w sposób naruszający art. 3 EKPC, czy to przez Policję, czy pracowników służby zdrowia. Były podejmowane wysiłki, aby przetransportować skarżącego do placówki medycznej, tak szybko jak to możliwe. Niemniej jednak, dopóki przebywał on w policyjnej izbie zatrzymań nie mógł otrzymać żadnych form leczenia psychiatrycznego, którego pilnie potrzebował. Podkreślał to każdy z badających go lekarzy. Zdaniem Trybunału, taki stan rzeczy, który trwał do czasu przetransportowania do szpitala psychiatrycznego, naruszał jego godność. Władze miały obowiązek chronić jego godność i są odpowiedzialne za traktowanie, jakiego doświadczył. Stąd ETPC zasądził na rzecz skarżącego 3.000 euro zadośćuczynienia z tytułu szkód niematerialnych.

W tym miejscu warto także zwrócić uwagę na zakomunikowaną rządowi polskiemu sprawę **M.B. przeciwko Polsce**<sup>121</sup>, którą do ETPC w 2015 r. skierowała Helsińska Fundacja Praw Człowieka<sup>122</sup>. Dotyczy ona mężczyzny ur. w 1985 r. i jego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym na podstawie postanowienia sądu opartego na nieaktualnej opinii biegłych. Interesującym aspektem sprawy jest kwestia czasu, jaki może upłynąć pomiędzy dniem badania osoby pozbawionej wolności przez psychiatrów a dniem wydania ostatecznego wyroku w oparciu o taką opinię. Zwraca także uwagę brak rozważenia przez sąd, czy nie należałoby zezwolić skarżącemu na kontynuowanie terapii psychiatrycznej, która przynosiła dobre efekty, w warunkach wolnościowych<sup>123</sup>.

W 2014 r. M.B. zaatakował swoich rodziców nożem. W związku z tym wszczęto postępowanie karne. W dniu 17 stycznia i 3 lutego 2014 r. dwóch psychiatrów i psycholog dokonało oceny stanu jego zdrowia, wydając wspólną opinię na jego temat. Stwierdzili w niej, że skarżący cierpi na schizofrenię paranoidalną, urojeń i powinien zostać umieszczony w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Pod koniec marca 2014 r. prokurator zawnioskował o umorzenie postępowania karnego w związku z niepoczytalnością skarżącego w momencie popełnienia czynu zabronionego. W maju 2014 r. skarżący rozpoczął tymczasem terapię w Hostelu Inkubator Samodzielności, całodobowej placówce rehabilitacji psychiatrycznej, przeznaczonej dla młodych osób cierpiących na schizofrenię. Mimo zaświadczenia z Hostelu, że przyjmuje leki regularnie i nie ma epizodów halucynacji czy urojeń, w dniu 4 sierpnia 2015 r. skarżący został umieszczony w szpitalu psychiatrycznym<sup>124</sup>.

<sup>121</sup> Sprawa M.B. przeciwko Polska, skarga nr 60157/15, wniesiona w dniu 30 listopada 2015 r., zakomunikowana rządowi polskiemu w dniu 12 maja 2017 r.

<sup>122</sup> [http://www.hfhrpol.waw.pl/precedens/images/Raport\\_PSP\\_fin.pdf](http://www.hfhrpol.waw.pl/precedens/images/Raport_PSP_fin.pdf) (dostęp: 25.08.2017 r.).

<sup>123</sup> W kontekście spraw badanych przez pracowników Biura RPO, oba aspekty są godne uwagi, o czym w poszczególnych rozdziałach monografii.

<sup>124</sup> W dniu 20 listopada 2015 r. Rzecznik Praw Obywatelskich wniósł kasację na korzyść skarżącego do Sądu Najwyższego.

W dniu 4 lutego 2016 r. lekarze psychiatrzy przedstawili okresową opinię na temat skarżącego. Odnotowali, że jest spokojniejszy, przestrzega regulaminu szpitala i akceptuje potrzebę dalszego leczenia. Niemniej jednak poprawa jego stanu zdrowia nie była jeszcze trwała, nadal istniało ryzyko, że popełni podobny czyn zabroniony. W ocenie lekarzy istniała więc potrzeba przedłużenia jego pobytu w zakładzie psychiatrycznym.

Na prośbę rodziców skarżącego, M.B. został przebadany przez prywatnych psychiatrów, którzy stwierdzili, że ryzyko popełnienia podobnego przestępstwa jest niskie i może być on leczony w warunkach wolnościowych. Mimo to w maju 2016 r. po raz kolejny przedłużono pobyt w zakładzie psychiatrycznym. Sąd postanowił o zwolnieniu skarżącego dopiero w dniu 22 listopada 2016 r. Skarżący zarzucił naruszenie art. 5 § 1 lit. e EKPC wobec bezprawności pozbawienia wolności w zakładzie psychiatrycznym.

#### **4. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w relacji z wymiarem sprawiedliwości**

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną to inna grupa szczególnie wrażliwa wśród osób pozbawionych wolności. Analizując orzecznictwo ETPC wartość uwagi w kontekście sytuacji tych osób jest sprawa **Z.H. przeciwko Węgrom**<sup>125</sup>.

Skarga została wniesiona w dniu 19 listopada 2011 r. przez Z.H., ur. w 1987 r. Skarżący jest od urodzenia osobą niesłyszącą i niemą, jest upośledzony w stopniu umiarkowanym, nie potrafi pisać ani czytać. Z.H. był tymczasowo aresztowany w okresie pomiędzy 10 kwietnia a 4 lipca 2011 r., zarzucano mu dokonanie rozboju. W trakcie izolacji penitencjarnej stał się ofiarą molestowania ze strony współwięźniów. W jednostce penitencjarnej przebywał przez blisko 3 miesiące.

Skarżący zarzucił w szczególności, że nie został poinformowany, w języku który rozumie, o przyczynach aresztowania i stawianych mu zarzutach, co stanowi naruszenie art. 5 § 2 EKPC<sup>126</sup>. Podkreślił, że był tylko w stanie komunikować się z matką za pomocą języka migowego. Wyjaśnił, że jego podpis na protokole przesłuchania nie mógł być uznany za ważny, biorąc pod uwagę fakt, że był głuchy, niemy oraz nie potrafił pisać i czytać. Poza tym, jako osoba z niepełnosprawnością intelektualną, powinien być wspomagany przez adwokata lub osobę upoważnioną do działania w jego imieniu, aby mógł zrozumieć powody aresztowania.

Skarżący zarzucił, że pozbawienie go wolności spowodowało naruszenie art. 3 EKPC, będąc poniżającym i nieludzkim. Wskazał, że był molestowany seksualnie przez więźniów. Wyjaśnił, że z powodu swojej niepełnosprawności intelektualnej

<sup>125</sup> Wyrok ETPC z 8 listopada 2012 r. w sprawie Z.H. przeciwko Węgrom, skarga nr 28973/11 (wyrok ostateczny z dniem 8 lutego 2013 r.).

<sup>126</sup> Artykuł 5 § 2 Konwencji stanowi: Każdy, kto został zatrzymany, powinien zostać niezwłocznie i w zrozumiałym dla niego języku poinformowany o przyczynach zatrzymania i o stawianych mu zarzutach.



i ogólnej niezdolności do komunikowania się, nie był w stanie złożyć skargi, czy przekazać informacji o nieprawidłowościach. Nierozsądne było oczekiwanie od niego, że to zrobi. Dwa widzenia w miesiącu z matką nie były zaś wystarczające, aby mógł zgłaszać swoje problemy i potrzeby komunikacyjne w warunkach izolacji.

Trybunał zauważył, że z racji tego, iż skarżący należy do szczególnie wrażliwej grupy, władze powinny podjąć kroki w celu zapobieżenia sytuacjom, które mogłyby prowadzić do nieludzkiego i poniżającego traktowania. Nieuniknione poczucie izolacji i bezradności, płynące z niepełnosprawności skarżącego, w połączeniu z przypuszczalnym brakiem zrozumienia własnej sytuacji spowodowały, że doświadczona udręka i poczucie niższości osiągnęły próg nieludzkiego i poniżającego traktowania, naruszając art. 3 EKPC. Miało to miejsce zwłaszcza w świetle faktu, że został odizolowany od jedynej osoby (jego matki), z którą mógł się skutecznie komunikować.

Trybunał orzekł również naruszenie art. 5 § 2 EKPC. Skarżący był przesłuchiwany na komisariacie Policji w obecności tłumacza języka migowego. Skarżący nie posługiwał się jednak oficjalnym językiem migowym, stąd Trybunał nie został przekonany przez rząd węgierski, że zatrzymany otrzymał informacje, które umożliwiłyby mu podważenie faktu pozbawienia wolności. Funkcjonariusze Policji, którzy przesłuchiwali skarżącego, musieli zdawać sobie sprawę, że komunikacja z nim nie była możliwa. Powinni zatem poszukać pomocy w pierwszej kolejności u matki skarżącego (która przynajmniej poinformowałaby funkcjonariuszy o problemach komunikacyjnych syna), nie zaś dać mu protokół przesłuchania do podpisania. Trybunał odnotował, że władze nie podjęły faktycznie żadnych rozsądnych kroków – pojęcie odpowiadające rozsądnym warunkom z art. 2, 13 i 14 Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych<sup>127</sup> – aby zapewnić mu pomoc prawnika albo innej odpowiedniej osoby. Trybunał zasądził na rzecz skarżącego 16.000 euro zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej.

Wartą uwagi w omawianym zakresie jest również sprawa **Nelissen przeciwko Holandii**<sup>128</sup>. Skarga została wniesiona w dniu 4 lutego 2007 r. przez Rafaela Hubertusa Simona Nelissena ur. w 1968 r. Skarżący podnosił, że okres, przez jaki przebywał w areszcie śledczym przed przeniesieniem do TBS, stanowił naruszenie art. 5 § 1 EKPC, zaś przedłużający się areszt naruszał art. 3 Konwencji.

Skarżący został zatrzymany w policyjnej izbie zatrzymań w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa, a następnie tymczasowo aresztowany. Psychiatrzy i psychologowie zdiagnozowali, że jest osobą upośledzoną umysłowo. Dodatkowo stwierdzili u badanego schizofrenię paranoidalną i uznali, że nie ma on świadomości swojego stanu, więc proces leczenia będzie przebiegał z trudnościami. Biegli zgodnie wypowiedzieli się, że istnieje duże prawdopodobieństwo,

<sup>127</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 1169.

<sup>128</sup> Wyrok ETPC z 5 kwietnia 2011 r. w sprawie *Nelissen przeciwko Holandii*, skarga nr 6051/07 (wyrok ostateczny z dniem 5 lipca 2011 r.).

iż pacjent ponownie popełni przestępstwo, zatem powinien zostać umieszczony w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Skarżący został skazany za kradzież na karę 7 miesięcy pozbawienia wolności. Jednocześnie sąd wydał zarządzenie o umieszczeniu skarżącego w TBS. Miał on bowiem ograniczoną zdolność do rozpoznania czynu, a jednocześnie stwarzał zagrożenie dla społeczeństwa.

Trybunał stwierdził naruszenie art. 5 § 1 Konwencji uznając, że czas po jakim skarżący został przeniesiony do kliniki zamkniętej (rok, jeden miesiąc i sześć dni) nie może zostać zaakceptowany. Trybunał przyznał skarżącemu zadośćuczynienie w wysokości 3.525 euro.

W zakresie omawianej problematyki wydano również decyzję w sprawie **M.P. przeciwko Polsce**<sup>129</sup>. Skarga została wniesiona przez skarżącą w dniu 13 marca 2013 r., w sprawie jej syna, ur. w 1974 r., niepełnosprawnego intelektualnie i ubezwłasnowolnionego. Syn skarżącej twierdził, że został zgwałcony przez swojego terapeutę, pracownika dziennego centrum dla osób niepełnosprawnych, do którego uczęszczał. W postępowaniu karnym terapeuta został ostatecznie uniewinniony. Skarżąca w oparciu o to, że sąd odmówił wiarygodności zeznań wyłącznie z powodu poważnej niepełnosprawności intelektualnej jej syna, zarzuciła naruszenie art. 6 § 1 EKPC w związku z art. 14 EKPC<sup>130</sup>. Podniosła także, że sąd nie stworzył warunków, w których syn skarżącej mógłby dać dowód swoim zeznaniem w sposób zgodny z jego możliwościami. ETPC uznał jednostronną deklarację rządu polskiego, w której przyjęto naruszenie art. 3 Konwencji, wobec braku przeprowadzenia skutecznego śledztwa w niniejszej sprawie. Rząd zadeklarował zapłatę 40.000 zł zadośćuczynienia. Sprawa została wykreślona z listy spraw do rozpoznania.

W niniejszym rozdziale warto także nadmienić, że w ostatnim czasie do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wniosła skargę Helsińska Fundacja Praw Człowieka w sprawie **P.M. przeciwko Polsce** - mężczyzny z niepełnosprawnością intelektualną, skazanego na dwadzieścia pięć lat pozbawienia wolności za podwójne zabójstwo. Podniesiono w niej naruszenie przez Polskę art. 6 § 2 i 3 lit. c EKPC<sup>131</sup>, czyli zakazu zmuszania do obciążania samego siebie i prawa do korzystania z pomocy obrońcy.

<sup>129</sup> Decyzja ETPC z dnia 6 grudnia 2016 r. w sprawie M.P. przeciwko Polsce, skarga nr 20416/13.

<sup>130</sup> Artykuł 14 Konwencji stanowi: korzystanie z praw i wolności wymienionych w niniejszej konwencji powinno być zapewnione bez dyskryminacji wynikającej z takich powodów, jak płeć, rasa, kolor skóry, język, religia, przekonania polityczne i inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, przynależność do mniejszości narodowej, majątek, urodzenie bądź z jakichkolwiek innych przyczyn.

<sup>131</sup> Art. 6 § 2: Każdego oskarżonego o popełnienie czynu zagrożonego karą uważa się za niewinnego do czasu udowodnienia mu winy zgodnie z ustawą.

Art. 6 § 3 lit. c: Każdy oskarżony o popełnienie czynu zagrożonego karą ma co najmniej prawo do: bronięcia się osobiście lub przez ustanowionego przez siebie obrońcę, a jeśli nie ma wystarczających środków na pokrycie kosztów obrony, do bezpłatnego korzystania z pomocy obrońcy wyznaczonego z urzędu, gdy wymaga tego dobro wymiaru sprawiedliwości.



Zatrzymany P.M. w trakcie nieformalnej rozmowy przyznał się funkcjonariuszom Policji do popełnienia zabójstwa. Został więc początkowo przesłuchany w charakterze świadka, a następnie jako podejrzany. Dopiero na tym etapie pouczono go o przynależnych mu prawach, w tym prawie do odmowy składania wyjaśnień. Mimo stosunkowo szybkiego wyznaczenia obrońcy (po pięciu dniach), do pierwszego kontaktu pomiędzy nim a P.M. doszło dopiero po trzech miesiącach od zatrzymania<sup>132</sup>. Sprawa ta jest przykładem niewłaściwego postępowania organów ścigania w sytuacji, gdy podejrzany jest osobą z niepełnosprawnością intelektualną. Wyraźnie wskazuje na problem systemowy, dostrzeżony także przez RPO. W tej sprawie rzetelność postępowania, gdy osoba z niepełnosprawnością intelektualną jest przesłuchiwana bez obecności obrońcy i dokonuje się rejestracji czynności z jego udziałem, budzi wątpliwość.

## **5. Opieka medyczna, środki przymusu i warunki bytowe zapewniane osobom z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną w izolacji penitencjarnej**

Wśród wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, odnoszących się do osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną, warto zwrócić uwagę na te, które w sposób szczególny dotyczą dostosowania opieki medycznej, czy warunków bytowych do stanu zdrowia tej szczególnie wrażliwej kategorii osób pozbawionych wolności.

W sprawie **Romanov przeciwko Rosji**<sup>133</sup>, skarga została wniesiona do Trybunału w dniu 16 października 2000 r., przez Ilyę Eduardovicha Romanova, ur. w 1967 r. Skarżący zarzucił, że warunki panujące w przywieziennym oddziale psychiatrycznym, w którym przebywał przez ponad rok i trzy miesiące, były niezgodne z art. 3 EKPC. Podniósł również naruszenie art. 5 § 3 Konwencji. Ponadto, Romanov wskazał na naruszenie art. 6 Konwencji, polegające na tym, że został pozbawiony możliwości uczestnictwa w rozprawach sądowych. Skarżący podkreślał, że jednym z powodów podawanych przez sąd dla odrzucenia jego wniosku o możliwość osobistego udziału w rozprawie, była jego niezdolność procesowa, która uniemożliwiała przyjęcie jego zeznań jako dowód.

W opisywanej sprawie skarżący został zatrzymany przez patrol Policji, z uwagi na stwierdzony stan nietrzeźwości. Podczas przeszukania na komisariacie znaleziono przy nim marihuanę. Skarżący cierpiał na zaburzenia psychiczne w postaci psychozy dysocjacyjnej. Trybunał zauważył, że powód dla którego skarżący został zatrzymany, jest niewystarczający dla uzasadnienia stosowania tymczasowego aresztowania przez okres dłuższy niż rok. Trybunał stwierdził ponadto,

<sup>132</sup> <http://www.hfhr.pl/wmowione-morderstwo-skarga-do-etpc-w-sprawie-osoby-z-niepelno-sprawnoscia-intelektualna/> (dostęp: 25.08.2017 r.).

<sup>133</sup> Wyrok ETPC z 20 października 2005 r. w sprawie Romanov przeciwko Rosji, skarga nr 63993/00 (wyrok ostateczny z 20 stycznia 2006 r.).

że odwołanie się przez Sąd Rejonowy do wagi domniemanego przestępstwa, jako jedynej podstawy przedłużenia skarżącemu okresu aresztowania, po tym jak środek ten był wobec niego stosowany przez rok i prawie pięć miesięcy, nie może uzasadniać tak długiego stosowania środka zapobiegawczego. W związku z powyższym Trybunał stwierdził naruszenie art. 5 § 3 Konwencji.

Poza tym, z ustaleń Trybunału wynikało, że skarżący był umieszczony w warunkach przeludnienia, powierzchnia celi mieszkalnej skarżącego przypadająca na jednego więźnia wynosiła między 1,0 a 1,6 m<sup>2</sup>. W oknach zamontowane były blendy, które ograniczały dopływ światła. Skarżącemu ograniczano możliwość utrzymywania higieny osobistej, pozwalano mu bowiem korzystać z prysznicza jedynie raz w tygodniu. Został także zarażony świerzbem. W ocenie Trybunału warunki przetrzymywania, które skarżący musiał znosić przez co najmniej jedenaście miesięcy, naruszały jego godność osobistą i rodziły w nim poczucie poniżenia i upodlenia. Stąd, Trybunał stwierdził naruszenie art. 3 EKPC.

Trybunał uznał także naruszenie art. 6 § 1 EKPC i art. 6 § 3 lit. c Konwencji<sup>134</sup>, gdyż w niniejszej sprawie władze nie podjęły żadnych kroków, aby umożliwić skarżącemu obecność na rozprawach. Nie ma natomiast żadnych dowodów, które by wskazywały, że stan fizyczny i psychiczny uniemożliwiał skarżącemu stawiennictwo przed sądem. Ponadto, Trybunał zauważył, że sąd karny uznał skarżącego za niepoczytalnego w momencie popełnienia czynu zabronionego i nakazał umieszczenie go w szpitalu psychiatrycznym. Przed sądem przedstawione były jednak dwie opinie psychiatryczne. Zgodnie z pierwszą opinią nie było potrzeby umieszczenia skarżącego w szpitalu psychiatrycznym, natomiast z drugiej wynikało, że istnieje taka konieczność. W związku z tym, sąd nie mógł dokonać oceny sprawy bez przesłuchania skarżącego. Trybunał zaznaczył, że obecność adwokata nie rekompensuje nieobecności samego skarżącego. Przyznał skarżącemu 5.000 euro z tytułu szkody niemajątkowej.

Warunki pobytu w jednostce penitencjarnej osoby chorej psychicznie mogą być niekiedy uciążliwe także z powodu trudności w porozumiewaniu się z personelem medycznym, z uwagi na nieposługiwanie się przez osobę pozbawioną wolności takim samym językiem jak lekarze i pielęgniarki. Z taką sytuacją mieliśmy do czynienia w sprawie **Rooman przeciwko Belgii**<sup>135</sup>. Skarżący wniósł skargę do Trybunału w dniu 1 marca 2011 r., zarzucając naruszenie artykułu 3 EKPC oraz 5 § 1 EKPC, w związku z brakiem opieki psychiatrycznej w zakładzie, w którym był przetrzymywany.

<sup>134</sup> Artykuł 3 § 6 lit. c Konwencji stanowi: każdy oskarżony o popełnienie czynu zagrożonego karą ma co najmniej prawo do bronięcia się osobiście lub przez ustanowionego przez siebie obrońcę, a jeśli nie ma wystarczających środków na pokrycie kosztów obrony - do bezpłatnego korzystania z pomocy obrońcy wyznaczonego z urzędu, gdy wymaga tego dobro wymiaru sprawiedliwości.

<sup>135</sup> Wyrok ETPC z dnia 18 lipca 2017 r. w sprawie Rooman przeciwko Belgii, skarga nr 18052/11.





W 1997 r. skarżący (ur. w 1957 r.) został skazany za kradzież i przemoc seksualną. Koniec odbywania kary przewidziany był na dzień 20 lutego 2004 r. Podczas odbywania kary więzienia skarżący popełnił nowe przestępstwa. Stąd w 2003 r., na mocy artykułu 7 ustawy z dnia 9 kwietnia 1930 r. dot. bezpieczeństwa społecznego w odniesieniu do recydywistów, jak i sprawców pewnych wykroczeń seksualnych oraz powołując się na raport neuropsychiatry i psychologiczny dotyczący skarżącego, zdecydowano o umieszczeniu go w zakładzie zamkniętym. W dniu 21 stycznia 2004 r. skarżący został tam przeniesiony na mocy decyzji Komisji ds. bezpieczeństwa społecznego.

Skarżący ma obywatelstwo belgijskie oraz niemieckie, ale jedynym językiem jakim się posługuje jest język niemiecki. Podnosił on, iż brak możliwości porozumiewania się z lekarzami w języku mu znanym, wpływał niekorzystnie na jego sytuację, skutkując brakiem możliwości efektywnego leczenia oraz poprawy jego zachowania. Wnioski o warunkowe zwolnienie były odrzucane, co motywowano tym, że sytuacja zdrowotna skarżącego nie poprawiła się, a readaptacja społeczna jest niemożliwa. Skarżący zarzucił, iż z powodu stanu jego zdrowia psychicznego klasyfikowany jest jako więzień niebezpieczny, ale bez odpowiedniego leczenia jego stan nie rokuje poprawy.

Trybunał przypomina, iż Państwa-Strony Konwencji są zobowiązane do zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej i psychiatrycznej osobom pozbawionym wolności<sup>136</sup>. Ponieważ język niemiecki jest jednym z trzech języków oficjalnych w Belgii, Trybunał orzekł, iż władze belgijskie nie zapewniły skarżącemu odpowiedniej i adekwatnej opieki psychiatrycznej, skoro była ona udzielana przez lekarzy mówiących w języku dla niego niezrozumiałym. Ponadto, przetrzymywanie skarżącego w przywięziennym szpitalu psychiatrycznym przez trzynaście lat, bez odpowiedniej opieki psychiatrycznej, jest dla osadzonego szczególnie bolesnym doświadczeniem, które przekracza poziom cierpienia związanego nierozzerwalnie z pozbawieniem wolności. Trybunał orzekł, iż zachowanie skarżącego, które utrudniało zapewnienie mu należytej opieki medycznej, nie zwalnia państwa z takiego obowiązku. W związku z tym, Trybunał orzekł, iż doszło do naruszenia art. 3 Konwencji. Trybunał przyznał skarżącemu 15.000 euro z tytułu szkody niemajątkowej.

W kolejnej sprawie - **Dybeku przeciwko Albanii**<sup>137</sup> - skarga została wniesiona do Trybunału w dniu 25 września 2006 r. przez Ilira Dybeku, ur. w 1971 r. Skarżący podnosił, że podczas pobytu w więzieniu, warunki w jakich był osadzony oraz zastosowane leczenie były niewystarczające ze względu na stan jego zdrowia. Dybeku cierpiał na schizofrenię paranoidalną. Trybunał zauważył, że

<sup>136</sup> Zob. także wyrok ETPC z 17 listopada 2015 r. w sprawie Bammouhammad przeciwko Belgii, skarga nr 47687 (ostateczny z 17 lutego 2016).

<sup>137</sup> Wyrok ETPC z 18 grudnia 2007 r. w sprawie Dybeku przeciwko Albanii, skarga nr 41153/06 (wyrok ostateczny z 2 czerwca 2008 r.).

pomimo faktu, iż skarżący nie powołał się wyraźnie na art. 3 Konwencji, jego roszczenia powinny zostać zbadane w ramach tego przepisu. Dodatkowo skarżący, powołując się na art. 6 § 1 Konwencji, zarzucił nierzetelność postępowania w sprawie jego wniosku o zwolnienie z więzienia lub umieszczenie w specjalistycznej placówce zapewniającej świadczenia odpowiednie do jego stanu zdrowia psychicznego. W szczególności twierdził, że sądy krajowe uniemożliwiły mu badanie przez niezależnego i bezstronnego specjalistę w celu ustalenia charakteru jego zaburzeń psychicznych, co postawiło go w niekorzystnej sytuacji wobec prokuratora i naruszyło zasadę równości broni.

W niniejszej sprawie skarżący Dybeku został umieszczony w więzieniu o wysokim poziomie zabezpieczenia, w celi ze współosadzonymi, którzy nie przejawiali żadnych zaburzeń psychicznych. Trybunał podkreślił, że regularne wizyty skarżącego w szpitalu więziennym nie mogą być postrzegane jako rozwiązanie w zakresie zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej. Trybunał uznał, że sama natura stanu psychicznego skarżącego czyniła go bardziej narażonym na zagrożenia niż to ma miejsce w przypadku przeciętnego osadzonego. W związku z tym Trybunał zauważył, że fakt przyznania przez rząd, iż skarżący był traktowany jak inni więźniowie, niezależnie od jego stanu zdrowia, pokazuje brak zaangażowania w poprawę warunków izolacji zgodnie z zaleceniami Rady Europy<sup>138</sup>. Trybunał uznał naruszenie art. 3 Konwencji i przyznał skarżącemu 5.000 euro zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej.

Na tle ww. sprawy Trybunał przypomniał, że pomimo iż art. 3 EKPC nie może być traktowany jako ogólny obowiązek zwolnienia osadzonego z powodów zdrowotnych, to niemniej jednak nakłada on na państwo obowiązek, aby chronić dobro fizyczne osoby, która jest pozbawiona wolności, np. poprzez zapewnienie niezbędnego wsparcia medycznego. Brak odpowiedniej opieki medycznej może prowadzić do naruszenia art. 3 EKPC. W przypadku osób z niepełnosprawnością psychiczną, przy ocenie, czy konkretne warunki detencji są zgodne ze standardem art. 3 EKPC, należy wziąć pod uwagę wrażliwość tej grupy osób i niejednokrotnie brak możliwości skutecznego złożenia skargi na niewłaściwe traktowanie. Są przy tym trzy szczególne elementy, które są brane pod uwagę w kontekście zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej w trakcie pozbawienia wolności: stan zdrowia osadzonego, adekwatność opieki medycznej i wsparcia medycznego w warunkach izolacji, zasadność utrzymania środków pozbawiających daną osobę wolności w związku z jej stanem zdrowia.

<sup>138</sup> Rekomendacja Rec (2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych 1 (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 11 stycznia 2006 r. na 952 posiedzeniu delegatów).



W kolejnej sprawie - **G. przeciwko Francji**<sup>139</sup> - skarga została wniesiona do Trybunału w dniu 13 maja 2009 r. przez G., ur. w 1974 r. Skarżący cierpiał na zaburzenia zachowania, schizofrenię, psychozę z halucynacjami i urojeniami. Podniósł w szczególności, że pozbawienie go wolności było niehumanitarne i stanowiło poniżające traktowanie, ponieważ nie otrzymał odpowiedniego leczenia. Zarzucił naruszenie art. 3 i art. 6 § 1 Konwencji. W dniu 21 maja 2005 r. skarżący został przeniesiony do więzienia, po tym jak spowodował szkody w szpitalu psychiatrycznym. W rezultacie, został skazany na dwanaście miesięcy pozbawienia wolności. Skarżący po przybyciu do więzienia został umieszczony w jednej celi mieszkalnej z osadzonym, który także miał zaburzenia psychiczne. W celi doszło do powstania pożaru, w rezultacie czego współwięzień zmarł. W sprawie podpalenia wszczęto śledztwo, skarżący został tymczasowo aresztowany w związku z podejrzeniem dokonania tego czynu. Sąd pierwszej instancji skazał go na karę 10 lat pozbawienia wolności. Dopiero sąd apelacyjny orzekł, że był niepoczytalny w momencie popełnienia czynu.

Przy rozpoznawaniu tej sprawy Trybunał zwrócił uwagę, że miał już okazje do weryfikowania dopuszczalności przetrzymywania w jednostkach penitencjarnych osób, u których występują poważne fizyczne czy psychiczne dolegliwości. W takich sprawach jak **Rivière przeciwko Francji**<sup>140</sup> zasadniczym pytaniem było, czy warunki więzienne same w sobie były nieodpowiednie dla osoby z niepełnosprawnością psychiczną, czy też ciężkie doświadczenie związane z detencją było szczególnie uciążliwe ze względu na niemożliwość zniesienia przez tę osobę warunków, w których się znalazła. Skarżący był osobą niepełnosprawną psychicznie, chorował m.in. na schizofrenię, wymagał zatem długotrwałego leczenia. Istniało wysokie ryzyko popełnienia przez niego samobójstwa. Ponadto, w okresie pozbawienia wolności jego stan kilkukrotnie się pogarszał, na co wskazuje liczba przymusowych hospitalizacji.

W sprawie G. przeciwko Francji Trybunał zwrócił uwagę, że przez 4-letni okres pobytu w warunkach więziennej izolacji, lekarze stale rekomendowali, że oprócz otrzymywania leków, skarżący powinien przebywać pod specjalistycznym, długoterminowym nadzorem psychiatrycznym, włączając w to leczenie w warunkach oddziału dla pacjentów trudnych, ze względu na nieprzewidywalne zachowanie oraz niebezpieczeństwo, jakie mógł stwarzać dla otoczenia.

Skarżący wielokrotnie był przewożony do szpitala psychiatrycznego poza więzienną służbą zdrowia. Pokazuje to jak poważny był stan psychiczny skarżącego. Za każdym razem kiedy wracał z okresu przymusowej hospitalizacji poza jednostką penitencjarną, był umieszczany albo w przywięziennym szpitalu psychiatrycz-

<sup>139</sup> Wyrok ETPC z 23 lutego 2012 r. w sprawie G. przeciwko Francji, skarga nr 27244/09 (wyrok ostateczny z dniem 23 maja 2012 r.).

<sup>140</sup> Wyrok ETPC z 11 lipca 2006 r. w sprawie Rivière przeciwko Francji, skarga nr 33834/03 (wyrok ostateczny z dniem 11 października 2006 r.).

nym<sup>141</sup>, albo w normalnym oddziale mieszkalnym, dopóki jego stan zdrowia się nie pogorszył. Takie naprzemienne umieszczanie osadzonego – w szpitalu bądź w więzieniu, wyraźnie opóźniało ustabilizowanie jego stanu zdrowia.

Podsumowując, mimo że Trybunał dostrzegł jak wiele władze zrobiły, aby zapewnić leczenie zaburzeń psychicznych skarżącego i jak trudne było zorganizowanie właściwego postępowania wobec pacjenta chorego psychicznie, to jednak ETPC stwierdza, że pozbawienie wolności G. przez okres 4 lat powodowało, że zapewnienie mu adekwatnego postępowania w związku z jego niepełnosprawnością psychiczną było jeszcze trudniejsze i narażało go na dolegliwości, które przekraczały nieunikniony poziom cierpienia, nierozłącznie związanego z pozbawieniem wolności. Trybunał przytoczył przy tym regulę 12.1 ERW 2006, zgodnie z którą osoba, która cierpi z powodu poważnej choroby psychicznej powinna zostać umieszczona w szpitalu psychiatrycznym, odpowiednio wyposażonym oraz z odpowiednią liczbą personelu. Biorąc to wszystko pod uwagę ETPC orzekł, iż doszło do nieludzkiego i poniżającego traktowania, a tym samym naruszenia art. 3 EKPC i przyznał skarżącemu 10.000 euro zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej.

Pozostając przy kwestii postępowania wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, naruszającej obowiązujący porządek i dyscyplinę, warta przytoczenia jest sprawa **Kucheruk przeciwko Ukrainie**<sup>142</sup>. Porusza ona również problem zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osoby z chorobą psychiczną.

Skarżący Vladimir Viktorovich Kucheruk, ur. w 1980 r., wniósł skargę do Trybunału w dniu 29 grudnia 2003 r. W 1998 r. u skarżącego zdiagnozowano schizofrenię i od tego czasu był on poddawany leczeniu. W 2001 r. został oskarżony i skazany na karę 1,5 roku pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania. Następnie w 2002 r. został zatrzymany i osadzony w policyjnej izbie zatrzymań pod zarzutem popełnienia przestępstwa o charakterze chulikańskim i kradzieży. Sędzia zarządził tymczasowe aresztowanie skarżącego. W tym samym dniu skarżący został zbadany w szpitalu. Uznano, że cierpi on na schizofrenię, jednakże może zostać tymczasowo aresztowany.

<sup>141</sup> § 33 wyroku G. przeciwko Francji, Raport OIP – Międzynarodowego Obserwatorium Więzień – odnoszący się do warunków detencji we Francji z 2012 r. stanowi, w rozdziale zatytułowanym „Psychiatria”, że ponad 20% osadzonych cierpi z powodu różnych form psychozy, a 7,3% jest chorych na schizofrenię. To rodzi dezorientację pomiędzy karą a leczeniem, które jest bardziej problematyczne. Dla wielu osób z niepełnosprawnością psychiczną więzienie nie ma żadnego sensu. Podpadają oni na zdrowiu, są problematyczni w relacjach z innymi osadzonymi, a administracja więzienna nie zapewnia im odpowiedniej opieki. Psychiatrzy wypowiadając się na temat przywiezionych szpitali psychiatrycznych podkreślają, że nie są to odpowiednie miejsca w których hospitalizuje się celem leczenia. Są to miejsca gdzie zapewnia się opiekę, generalnie nie w pełnym wymiarze dobowym, gdzie osadzony jest poddany rygorom więziennego życia.

<sup>142</sup> Wyrok ETPC z 6 września 2007 r. w sprawie Kucheruk przeciwko Ukrainie, skarga nr 2570/04 (wyrok ostateczny z 6 grudnia 2007 r.).



Skarżący został przeniesiony do szpitala psychiatrycznego, gdzie został przebadany. Eksperti sądowi sporządzili sprawozdanie, w którym stwierdzono m.in. że Kucheruk wykazuje objawy ostrych zaburzeń osobowości oraz że nie jest możliwe określenie stanu, w jakim znajdował się skarżący w chwili popełnienia przestępstwa ze względu na złożoność objawów, jakie wykazuje. Wskazano, że wymaga leczenia psychiatrycznego w szpitalu.

W dniu 5 lipca 2002 r. sąd uznał skarżącego za winnego zarzucanego mu czynu i postanowił o jego przymusowym leczeniu psychiatrycznym. Skarżący trafił do aresztu śledczego. Skarżący podniósł zarzut naruszenia art. 3 EKPC z powodu nieuzasadnionego i nieproporcjonalnego użycia siły przez funkcjonariuszy więziennych podczas pobytu w więziennej izolacji, zwłaszcza zastosowanie kajdanek w trakcie osadzenia w celi izolacyjnej, niezapewnienie odpowiedniej opieki medycznej i pomocy podczas pobytu w jednostce penitencjarnej oraz brak skutecznego i niezależnego dochodzenia w kontekście jego zarzutów dotyczących niewłaściwego traktowania. Ponadto, podniósł zarzut naruszenia art. 13 EKPC z tego powodu, że władze państwowe nie przeprowadziły skutecznego śledztwa w sprawie nadmiernego użycia siły przez funkcjonariuszy więziennych, nie było ono niezależne i trwało zbyt długo. W związku z tym, że kwestia zarzutów skarżącego w zakresie nieprzeprowadzenia przez władze skutecznego dochodzenia w kontekście złego traktowania została zbadana na podstawie art. 3 Konwencji, Trybunał uznał, że nie jest konieczne czynienie tego na podstawie art. 13 EKPC. Dodatkowo skarżący zarzucił naruszenie art. 5 § 1 EKPC, wskazując na bezprawność pozbawienia wolności.

Trybunał podkreśla, że zastosowanie siły fizycznej w stosunku do osoby pozbawionej wolności, w sytuacji gdy nie jest to bezwzględnie konieczne, narusza godność osobistą oraz prawo określone w art. 3 Konwencji. Trybunał stwierdził naruszenie art. 3 Konwencji, w związku z użyciem wobec skarżącego pałek przez funkcjonariuszy Służby Więziennej. Strażnicy użyli siły, aby w ten sposób uspokoić Kucheruka, który zachowywał się gwałtownie, agresywnie, znajdował się w stanie silnego pobudzenia. Zdaniem Trybunału użycie pałek w takiej sytuacji było nieuzasadnione i stanowiło nieludzkie traktowanie.

Trybunał stwierdził naruszenie art. 3 Konwencji także w związku z zastosowaniem wobec skarżącego kajdanek przez okres 7 dni, podczas jego pobytu w celi izolacyjnej. Trybunał zauważył, że zastosowanie kajdanek wobec osoby chorej psychicznie bez jakiegokolwiek uzasadnienia psychiatrycznego, brak leczenia ran doznanych w trakcie stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz samouszkodzeń w trakcie pobytu w celi izolacyjnej, jest poniżające i stanowi nieludzkie traktowanie. Trybunał uznał również naruszenie art. 3 Konwencji w związku z niezapewnieniem skarżącemu odpowiedniej opieki medycznej.

Kucheruk utrzymywał, że dochodzenie w sprawie nadmiernego użycia siły przez funkcjonariuszy więziennych pozbawione było wielu zabezpieczeń pro-

ceduralnych oraz nie było niezależne i trwało nadmiernie długo. Rząd twierdził natomiast, że badanie zarzutów skarżącego podjęto natychmiast po tym, jak matka skarżącego złożyła skargę. Zdaniem Rządu przeprowadzono kompleksowe i obiektywne dochodzenie.

Trybunał przypomniał, że jeżeli ktoś podnosi, iż został potraktowany przez Policję niewłaściwie, z naruszeniem art. 3 Konwencji, przepis ten jest interpretowany w związku z art. 1 EKPC i wymaga skutecznego przeprowadzenia dochodzenia. Minimalne standardy wyznaczone przez orzecznictwo Trybunału obejmują wymogi, zgodnie z którymi dochodzenie musi być niezależne, bezstronne i poddane kontroli publicznej oraz że władze muszą działać z należytą starannością i skutecznością. Trybunał uznał, że zarzuty przedstawione przez skarżącego były bezsporne. W związku z tym władze miały obowiązek przeprowadzić skuteczne postępowanie dotyczące okoliczności złego traktowania skarżącego. Trybunał zauważył, że wstępne badanie skargi osadzonego nie było niezależne. Niezależne postępowanie w sprawie skarżącego rozpoczęło się dwa lata i dwa miesiące po zdarzeniu. Takie opóźnienie nie oznacza, że było one z góry skazane na niepowodzenie, jednakże postępowanie prokuratury nie konwalidowało zaniechań z jego początkowych etapów.

Zdaniem Trybunału zaniechania sądów krajowych oraz brak niezależności, szybkości i kontroli publicznej ze strony organów prowadzących dochodzenie są wystarczającą podstawą do uznania, że postępowanie, które jeszcze nie zostało zakończone, nie spełniło minimalnych standardów efektywności. W tych okolicznościach Trybunał orzekł naruszenie art. 3 Konwencji.

Trybunał stwierdził także, że nastąpiło naruszenie art. 5 § 1 Konwencji. Trybunał wskazał, że wszelkie formalności administracyjne związane ze zwolnieniem nie mogą być usprawiedliwieniem opóźnienia dłuższego niż kilka godzin. Trybunał odrzucił argument, że okres pozbawienia wolności skarżącego pomiędzy 22 lipca a 6 sierpnia 2003 r. był uzasadniony na mocy art. 5 § 1 EKPC.

Trybunał stwierdził także, że nastąpiło naruszenie art. 5 § 4 Konwencji w następstwie braku skutecznej możliwości ze strony skarżącego do spowodowania wszczęcia postępowania, w celu sprawdzenia przez sąd zgodności z prawem jego przymusowej izolacji w zakładzie psychiatrycznym. Analogiczne stanowisko zajął Trybunał w sprawie Gorshkov przeciwko Ukrainie<sup>143</sup>. Trybunał przyznał skarżącemu 20.000 euro zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej.

<sup>143</sup> Wyrok ETPC z 8 listopada 2005 r. w sprawie Gorshkov przeciwko Ukrainie, skarga nr 67531/01 (wyrok ostateczny z 8 lutego 2006 r.).



## 6. Prawo do życia a osadzenie w jednostce penitencjarnej osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną

Analizując orzecznictwo ETPC zwrócono uwagę na te sprawy, w których skarżący w trakcie izolacji penitencjarnej przejawiali tendencje samobójcze. Trybunał orzekł wówczas głównie w kontekście art. 2 EKPC (prawo do życia)<sup>144</sup>. W sytuacji śmierci osoby pozbawionej wolności lub w innej formie pozostającej pod pełną kontrolą władz – obowiązki negatywne i pozytywne państwa kształtują się tu w sposób szczególny. Zwłaszcza, gdy śmierć jest wynikiem choroby czy samobójstwa – obowiązek ochrony życia może stanowić podstawowy punkt orzeczniczych odniesień<sup>145</sup>.

Sprawą, która dotyka tej kwestii oraz dodatkowo mieści się w zakresie innego istotnego problemu, z jakim stykają się osoby z chorobą psychiczną w jednostkach penitencjarnych – stosowanie wobec nich kar dyscyplinarnych – jest sprawa **Renolde przeciwko Francji**<sup>146</sup>. W tym przypadku skarga została wniesiona do Trybunału w dniu 3 lutego 2005 r. przez Héléne Renolde, siostrę osadzonego Joselito Renolde, który zmarł w dniu 20 lipca 2000 r., popełniając samobójstwo w więzieniu, gdzie przebywał w związku z zastosowaniem wobec niego tymczasowego aresztowania. Skarżąca twierdziła, że władze francuskie nie podjęły niezbędnych środków w celu ochrony życia jej brata, a umieszczenie go w celi izolacyjnej przez czterdzieści pięć dni było zbyt długie w kontekście jego słabej psychiki. Swoją skargę oparła zasadniczo na art. 2 i 3 Konwencji.

Joselito Renolde został umieszczony w areszcie śledczym, po tym jak oskarżono go o napaść na byłą partnerkę i ich trzyletnią córkę. Z opinii medycznej wynikało, że cierpi on na wiele zaburzeń psychicznych. W dniu 2 lipca 2000 r. Joselito Renolde usiłował popełnić samobójstwo, podcinając sobie żyły. Kilka dni po próbie samobójczej, za napaść na funkcjonariusza Służby Więziennej, została mu wymierzona kara dyscyplinarna w postaci umieszczenia w celi izolacyjnej na okres 45 dni. Trybunał rozpatrując tą sprawą wyraził zaskoczenie faktem, że pomimo tego, że Joselito Renolde podjął próbę samobójczą i pomimo zdiagnozowania jego stanu psychicznego, nie rozważono umieszczenia go w szpitalu

<sup>144</sup> Artykuł 2 Konwencji stanowi: 1. Prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę. Nikt nie może być umyślnie pozbawiony życia, wyjąwszy przypadki wykonania wyroku sądowego, skazującego go za przestępstwo, za które ustawa przewiduje taką karę.

2. Pozbawienie życia nie będzie uznane za sprzeczne z tym artykułem, jeżeli nastąpi w wyniku bezwzględnie koniecznego użycia siły:

- a) w obronie jakiegokolwiek osoby przed bezprawną przemocą;
- b) w celu wykonania zgodnego z prawem zatrzymania lub uniemożliwienia ucieczki osobie pozbawionej wolności zgodnie z prawem,
- c) w działaniach podjętych zgodnie z prawem w celu stłumienia zamieszek lub powstania.

<sup>145</sup> L. Garlicki, Komentarz do art. 2 (w:) L. Garlicki (red.) *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*, Tom I, Komentarz do artykułów 1-18, Warszawa 2010, s. 90.

<sup>146</sup> Wyrok ETPC z 16 października 2008 r. w sprawie Renolde przeciwko Francji, skarga nr 5608/05 (wyrok ostateczny z 16 stycznia 2009 r.).

psychiatrycznym. Tymczasem do obowiązków państwa należy podjęcie środków prewencyjnych, aby chronić osobę, której życie jest zagrożone. Należało się spodziewać, że władze w obliczu wiedzy, że cierpi on na poważne zaburzenia psychiczne i stwarza ryzyko samobójstwa, podejmą środki dostosowane do jego stanu zdrowia tak, aby zapewnić mu bezpieczeństwo osobiste. Trybunał podkreślił również, że brak nadzoru nad codziennym przyjmowaniem leków także miał znaczenie dla śmierci Joselito Renolde. Trybunał zauważył, że umieszczenie osadzonego w celi izolacyjnej, pozbawiając go w tym czasie widzeń, może zwiększyć ryzyko samobójstwa. Dodał również, że więźniowie cierpiący na poważne zaburzenia psychiczne i stwarzający ryzyko samobójstwa, wymagają specjalnych środków dostosowanych do ich kondycji w celu zapewnienia zgodności z wymogami humanitarnego traktowania. Trybunał zauważył w tej sprawie, że kara dyscyplinarna umieszczenia w celi izolacyjnej na okres 45 dni nie jest zgodna ze standardem leczenia wymagany w odniesieniu do osoby chorej psychicznie, stanowiąc nieludzkie i poniżające traktowanie i karanie<sup>147</sup>. Trybunał orzekł naruszenie art. 2 i 3 Konwencji.

Jeżeli chodzi o art. 2 EKPC, nakazuje on państwu nie tylko powstrzymać się od celowego i bezprawnego pozbawienia życia, ale również podjęcie odpowiednich kroków, aby chronić życie osób będących w jego jurysdykcji. Zadaniem Trybunału jest zatem weryfikacja, czy w okolicznościach konkretnej sprawy władze krajowe zrobiły wszystko, czego można było wymagać, aby zapobiec narażeniu życia danej osoby na niebezpieczeństwo. Przy czym, nie każde stwierdzone zagrożenie życia może pociągać za sobą obowiązek podjęcia działań, które zapobiegną zmaterializowaniu się tego ryzyka popełnienia samobójstwa. Władze więzienne są zobowiązane wykonywać swoje obowiązki w sposób nie naruszający praw i wolności jednostki. Istnieją bowiem środki natury ogólnej, które są dostępne, aby zmniejszyć możliwość dokonania aktów samoagresji, bez ingerencji w autonomię jednostki. Przy czym rozsądne zastosowanie tych środków zależy od okoliczności danej sprawy. Trybunał podkreśla, że w przypadku skarżących z niepełnosprawnością psychiczną należy zawsze uwzględnić ich szczególną wrażliwość.

W sprawie Renolde, począwszy od dnia kiedy próbował popełnić samobójstwo, władze wiedziały o chorobie psychicznej skarżącego. Ryzyko popełnienia samobójstwa było realne i dlatego w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia osadzony wymagał szczegółowego monitoringu. Władze podjęły kroki, aby chronić skarżącego, udzielono mu pomocy, umieszczono w celi monitorowanej, gdy zaś został umieszczony w celi izolacyjnej, kontrolowano go co pół godziny. Niemniej jednak Trybunał stwierdził także zaniedbania. Dwa razy w tygodniu przekazywano mu leki bez jakiegokolwiek nadzoru, czy faktycz-

<sup>147</sup> Wyrok w sprawie Renolde przeciwko Francji § 129.





nie je przyjmuje. Weryfikacja sprawy wykazała, że ostatni raz wziął leki w dniu 17 lipca 2000 r., a więc trzy dni przed zgonem. Zdaniem ekspertów, do popełnienia samobójstwa mogło dojść w stanie halucynacji, zwłaszcza jeżeli nie przyjmował systematycznie leków. Ta okoliczność, zdaniem Trybunału, miała zasadnicze znaczenie dla zaistnienia zgonu. W końcu Trybunał zwrócił uwagę, że 3 dni po usiłowaniu samobójstwa został ukarany najbardziej surową karą dyscyplinarną w postaci 45 dni pobytu w celi izolacyjnej. To zaś zwiększa ryzyko samobójstwa.

Trybunał podkreśla, że wrażliwość osób chorych psychicznie wymaga szczególnej ochrony. Znacznie więcej jest wymagane, gdy więzień cierpiący z powodu poważnych zaburzeń, tak jak w niniejszej sprawie, zostaje osadzony w celi izolacyjnej przez przedłużający się okres. To ma bowiem nieuchronnie wpływ na jego stan psychiczny. Stąd Trybunał orzekł, że władze państwowe nie dopełniły pozytywnego obowiązku, aby chronić życie skarżącego. Doszło zatem do naruszenia art. 2 EKPC.

Ponadto, w sprawie Renolde przeciwko Francji Trybunał podkreślił, że traktowanie osób z niepełnosprawnością psychiczną może naruszać art. 3 EKPC w kontekście poszanowania godności człowieka, nawet w sytuacji, gdy dana osoba może nie być w stanie, aby wskazać jakiegokolwiek nieprawidłowości.

Trybunał zauważył, że Joselito Renolde cierpiał na ostre zaburzenia psychiczne, których wyrazem była próba samobójcza. W dniach następujących po tym zdarzeniu, mimo że jego stan się poprawił pod wpływem leków, nadal zachowywał się w sposób wskazujący na problemy natury psychicznej. Dał temu wyraz poprzez zaatakowanie strażnika więziennego, duże wzburzenie, wypowiedanie niespójnych myśli. Trybunał uwzględniając konieczność ukarania za napaść na funkcjonariusza, jest zaskoczony jednak faktem, że Joselito Renolde otrzymał maksymalną karę dyscyplinarną. Nie wzięto pod uwagę jego stanu psychicznego oraz faktu, że był to jego pierwszy taki incydent. Kara dyscyplinarna osadzenia w celi izolacyjnej obejmuje zakaz widzeń i kontaktów z innymi osadzonymi. Skarżący swoim zachowaniem dawał oznaki złego samopoczucia, o czym świadczą wypowiedzi współosadzonego oraz adwokata Renolde. Ten ostatni osiem dni przed śmiercią skarżącego zawnioskował o zarządzenie badań psychiatrycznych celem weryfikacji, czy stan więźnia pozwala na pobyt w jednostce penitencjarnej, w szczególności w celi izolacyjnej. Na tym tle Trybunał podkreśla, że więźniowie, co do których wiadomo, że są niepełnosprawni psychicznie i występuje u nich ryzyko popełnienia samobójstwa, wymagają stosowania specjalnych środków dostosowanych do ich stanu, aby zapewnić zgodność z wymogami humanitarnego traktowania. Trybunał zwraca uwagę, że 45 dni kary dyscyplinarnej mogło wzbudzić w nim poczucie strachu. Taka kara nie jest zgodna ze standardami traktowania wymaganymi wobec osób chorych psychicznie, stanowiąc nieludzkie i poniżające traktowanie, a więc naruszając art. 3 EKPC.

Sprawą, która odnosi się do problemów z zakresu zapewnienia bezpieczeństwa osobistego osadzonemu z niepełnosprawnością psychiczną, jest sprawa **Keenan przeciwko Wielkiej Brytanii**<sup>148</sup>. Porusza ona istotne kwestie z zakresu prowadzenia odpowiedniej dokumentacji związanej ze sprawowaniem opieki medycznej nad osobami z niepełnosprawnością psychiczną.

Skarga w tej sprawie została wniesiona do Europejskiej Komisji Praw Człowieka przez Susan Keenan w dniu 28 lutego 1995 r. Zdaniem skarżącej, jej syn Mark Keenan zmarł w więzieniu w wyniku samobójstwa spowodowanego tym, że władze więzienne nie chroniły jego życia oraz w związku z tym, że doznał tam nieludzkiego i poniżającego traktowania ze względu na warunki, w jakich był osadzony. Skarżąca oparła swoją skargę na art. 2, 3 i 13 EKPC. Z historii choroby Marka Keenana wynikało, że przejawiał on objawy paranoi, agresji, i dokonywał samookaleczeń. Początkowo diagnozowano u niego schizofrenię paranoidalną. Trybunał podkreślił, że bezspornym jest to, iż Mark Keenan był osobą chorą psychicznie. Jednakże przed Trybunałem nie przedstawiono żadnego dokumentu sporządzonego przez lekarza psychiatrę, który by potwierdził, że Mark Keenan cierpiał na schizofrenię paranoidalną. Trybunał uważa, że stan psychiczny więźnia był taki, że jego groźby musiały być poważnie brane pod uwagę przez administrację więzienną. Bezpośredniość ryzyka była jednak zróżnicowana. Zachowanie Marka Keenana wykazywało okresy pozornej normalności lub przynajmniej zdolność do radzenia sobie ze stresem. Nie można zatem stwierdzić, że znajdował się on w bezpośrednim zagrożeniu podczas całego okresu izolacji. Wymagał natomiast dokładnego monitorowania na wypadek pogorszenia stanu zdrowia psychicznego. Ponadto, Trybunał zauważył, że administracja jednostki penitencjarnej postępowała rozsądnie umieszczając Marka Keenana w szpitalu psychiatrycznym wtedy, kiedy przejawiał on tendencje samobójcze. Był on wówczas pod stałą opieką lekarzy. W związku z powyższym Trybunał nie stwierdził naruszenia art. 2 Konwencji.

W kontekście tego wyroku istotne jest również podkreślenie, że obowiązkiem władz państwowych jest ochrona zdrowia osób pozbawionych wolności. Brak zapewnionej opieki medycznej może bowiem stanowić traktowanie niezgodne z art. 3 EKPC.

Trybunał przypomniał, że Mark Keenan cierpiał na przewlekłe zaburzenia psychiczne, które obejmowały epizody psychotyczne, paranoję, zaburzenia osobowości. W trakcie jego pobytu w więzieniu od 14 kwietnia 1993 r. ujawniły się zaburzenia w jego zachowaniu. Nie można stwierdzić w jakim stopniu zaburzenia na które cierpiał, a potem jego śmierć, wynikały z warunków jego izolacji. Posługiwanie się jednak siłą fizyczną w stosunku do osoby pozbawionej wolności, w sytuacji gdy nie było to bezwzględnie konieczne, stanowi naruszenie godności ludzkiej, a tym samym art. 3 EKPC.

<sup>148</sup> Wyrok ETPC z 3 kwietnia 2001 r. w sprawie Keenan przeciwko Wielkiej Brytanii, skarga nr 27229/95.



Trybunał zauważył również, że od 5 do 15 maja 1993 r. (kiedy zmarł) nie było żadnych wpisów w jego dokumentacji medycznej. Biorąc pod uwagę, że wielu lekarzy więziennych było zaangażowanych w opiekę nad nim, pokazuje to niedostateczną troskę o prowadzenie pełnej i szczegółowej dokumentacji medycznej osadzonego, osłabiając skuteczność jakiegokolwiek procesu monitorowania i nadzorowania jego stanu zdrowia. Nie było to zatem zgodne ze standardem leczenia wymaganym w przypadku osoby chorej psychicznie. Dlatego też Trybunał orzekł nieludzkie i poniżające traktowanie, a więc naruszenie art. 3 EKPC.

Ponadto, Trybunał stwierdził naruszenie art. 13 EKPC. Markowi Keenanowi wymierzono bowiem karę dyscyplinarną osadzenia w celi izolacyjnej, a nie zagwarantowano prawa do środka, który uchyliłby tą karę zanim została wykonana lub dobiegła końca. Zgodnie z ustaleniami Trybunału, wewnątrz ścieżka złożenia skargi do dyrektora zakładu karnego zajmowała ok. 6 tygodni, a więc nie istniała żadna sprawna procedura. Nie ulega wątpliwości, że śledztwo w sprawie jego śmierci nie stanowiło środka naprawczego, określającego odpowiedzialność organów za złe traktowanie lub zapewniającego odszkodowanie.

Trybunał zasądził 10.000 funtów brytyjskich zadośćuczynienia za szkodę niemajątkową.

Trybunał w omawianym zakresie orzekł również w sprawach skierowanych przeciwko Polsce. Jako przykład można wskazać sprawę **Jasińska przeciwko Polsce**<sup>149</sup>. Skarga została wniesiona przez Kazimierę Jasińską, ur. w 1938 r., a dotyczyła jej wnuka – R.Ch. Skarżąca zarzuciła w szczególności, że doszło do naruszenia art. 2 Konwencji. Jednostka penitencjarna, w której przebywał jej wnuk, nie dopełniła bowiem obowiązku w postaci ochrony życia R.Ch. Wnuk skarżącej był od najmłodszych lat leczony z powodu lekkiej psychozy, nadmiernej pobudliwości, drażliwości oraz silnych i uporczywych bólów głowy. W 2002 r. trafił do aresztu śledczego. W trakcie pobytu w izolacji penitencjarnej był konsultowany przez wielu lekarzy więziennych, w tym psychiatrę, a także był badany poza zakładem karnym. W 2004 r. został przeniesiony do zakładu karnego. Dnia 28 sierpnia 2004 r. jeden ze współosadzonych powiadomił strażnika, że R.Ch. ma konwulsje i drgawki, jak się później okazało, wskutek zażycia nadmiernej ilości leków. Ostatecznie osadzony zmarł. Trybunał podniósł w tej sprawie, że podczas ostatniej konsultacji medycznej, która miała miejsce trzy dni przed samobójstwem, doktor J.M. opisał następującymi słowami dolegliwości, na które skarżył się R.Ch.: „ustawicznie czarne myśli, złe samopoczucie, stany depresyjne, ataki bólów głowy”<sup>150</sup>. Trybunał uznał również, że stan zdrowia R.Ch. uległ pogorszeniu, pomimo tego, że przepisano mu różnego rodzaju leki psychotropowe. Zdaniem Trybunału, nieprawidłowo prowadzone leczenie mogło przyczynić

<sup>149</sup> Wyrok ETPC z 1 czerwca 2010 r. w sprawie Jasińska przeciwko Polsce, skarga nr 28326/05 (ostateczny z dniem 1 września 2010 r.).

<sup>150</sup> Tamże, § 66.

się do popełnienia przez niego samobójstwa. Ponadto, w toku sprawy ustalono, że R.Ch często zgłaszał się do ambulatorium z problemami natury fizycznej, jak i psychicznej. Trybunał stwierdził, że polskie władze penitencjarne dysponują pełnym zbiorem środków umożliwiających upewnienie się, że zlecone leki zostały prawidłowo przyjęte przez osadzonych cierpiących na zaburzenia psychiczne<sup>151</sup>. Trybunał w przedstawionej sprawie podniósł nieudolność systemu, który umożliwił osadzonemu odbywającemu karę pozbawienia wolności po raz pierwszy, o wrażliwej strukturze psychicznej i pogarszającym się stanie zdrowia, zgromadzenie bez wiedzy personelu medycznego odpowiedzialnego za nadzór nad przyjmowaniem leków, śmiertelnej dawki leków psychotropowych, a następnie zażycie ich<sup>152</sup>. Trybunał podkreślił, że obowiązek zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej osadzonemu byłby całkowicie pozbawiony sensu, jeśli miałyby ograniczać się do zlecenia odpowiedniego leczenia, bez upewnienia się czy jest ono prawidłowe i należyście kontynuowane. Odpowiedzialność jest tym bardziej istotna w przypadku osadzonych z zaburzeniami psychicznymi<sup>153</sup>. Ostatecznie Trybunał uznał, że doszło do naruszenia art. 2 Konwencji i przyznał skarżącej 16.000 euro zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej.

## 7. Podsumowanie

Trybunał wielokrotnie podkreślał w przytaczanych w niniejszym rozdziale wyrokach lub decyzjach, że niewłaściwe traktowanie musi osiągnąć minimalny poziom uciążliwości, aby mieścić się w zakresie art. 3 EKPC. Ocena minimalnego poziomu uciążliwości jest względna – zależy od wszystkich okoliczności sprawy, takich jak długość czasu określonego sposobu traktowania danej osoby, fizyczne i psychiczne skutki takiego traktowania, a w niektórych przypadkach, znaczenie mogą mieć także płeć, wiek i stan zdrowia danej osoby. Przy ocenie, czy dany sposób traktowania można uznać za naruszający art. 3 EKPC, Trybunał musi odpowiedzieć na pytanie, czy zamiarem było poniżenie i upokorzenie danej osoby. Przy czym brak takiego zamiaru, nie może jednak w sposób decydujący wykluczyć naruszenia tego przepisu Konwencji.

Ponadto, ilekroć władze zdecydują o pozbawieniu wolności osoby z niepełnosprawnościami (psychiczną, intelektualną bądź fizyczną), powinny wykazać szczególną troskę w zagwarantowaniu takich warunków, które korespondują z indywidualnymi potrzebami wynikającymi z jej niepełnosprawności. Państwo ma obowiązek podjąć szczególne środki, które zapewnią efektywną ochronę takim osobom oraz zapobiegną niewłaściwym formom traktowania, o których władze miały bądź powinny mieć wiedzę. Jakakolwiek ingerencja w prawa osoby należącej do grupy szczególnie wrażliwej, jak np. osoby z niepełnosprawno-

<sup>151</sup> *Tamże*, § 77.

<sup>152</sup> *Tamże*, § 77.

<sup>153</sup> *Tamże*, § 78.



ścią intelektualną, wymaga, aby poddać ją szczegółowej ocenie i tylko bardzo ważne powody mogą usprawiedliwiać jakiegokolwiek ograniczenia.

Jak już wspomniano we wprowadzeniu do niniejszego rozdziału, orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka dotyczące Polski są dla naszego kraju wiążące i podlegają wykonaniu. Warto zatem zwrócić uwagę, że wyroki z grupy Mocarska przeciwko Polsce, Pankiewicz przeciwko Polsce i Kumenda przeciwko Polsce, gdzie Trybunał stwierdził naruszenie art. 5 ust. 1 lit. e EKPC, z powodu nadmiernej długości tymczasowego aresztowania skarżących podczas ich oczekiwania na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym, zostały uznane za wykonane. Raport z wykonania tych wyroków został przesłany do Rady Europy w dniu 5 października 2015 r.<sup>154</sup>

W sprawach z grupy Kudła oraz Podbielski, Komitet Ministrów, w dniu 9 grudnia 2015 r., przyjął rezolucję końcową CM/ResDH (2015)248 zamykającą nadzór na wykonaniem 205 wyroków merytorycznych dotyczących przewlekłości postępowań w sprawach karnych i cywilnych. Oznacza to, iż pozytywnie ocenił podejmowane od 2007 r. przez rząd Polski działania legislacyjne, mające na celu opracowanie i wprowadzenie w życie krajowego środka w postaci skargi na nadmierną długość postępowania, a także zmiany organizacyjne mające na celu wyeliminowanie zjawiska przewlekłości postępowania. Należy jednak zwrócić uwagę, iż rezolucja zamknęła jedynie niektóre z wyroków w obu grupach<sup>155</sup>.

W sprawie Jasińska przeciwko Polsce, zgodnie z informacjami zawartymi w raporcie z wykonywania wyroków za rok 2013, wśród działań przedstawionych w dniu 1 sierpnia 2013 r. znalazły się informacje na temat zmian legislacyjnych, organizacyjnych, w tym monitoringu cel oraz na temat działań szkoleniowych i upowszechniających wyrok, a także dane statystyczne świadczące o stale spadającej liczbie samobójstw w jednostkach penitencjarnych<sup>156</sup>.

Realizowanie wyroków ETPC ma na celu wyeliminowanie przede wszystkim uchybień systemowych, jakie pojawiają się w związku ze skargami obywateli. Dlatego też ważną rolę ogrywają nie tylko środki indywidualne podjęte przez państwo w danej sprawie, ale również środki o charakterze generalnym. W przypadku wyroków z grupy Mocarska przeciwko Polsce, Pankiewicz przeciwko Polsce i Kumenda przeciwko Polsce, dokonano nowelizacji Kodeksu postępowania karnego, która weszła w życie w dniu 1 lipca 2015 r., wprowadziła ramy czasowe tymczasowego aresztowania orzeczanego wobec osób oczekujących na przeniesienie do szpitala psychiatrycznego. Obecnie, zmieniony art. 264 § 3 k.p.k.

<sup>154</sup> *Raport z wykonywania wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka przez Polskę za 2015 r.*, s. 7; <http://www.msz.gov.pl/resource/85bbb843-13fc-4474-a9df-ac970651dbc6:JCR> (dostęp: 25.08.2017 r.).

<sup>155</sup> *Op. cit.*, s. 9.

<sup>156</sup> *Raport z wykonywania wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka przez Polskę za 2013 r.*, s. 14, <http://www.msz.gov.pl/resource/68a5442b-f7da-463b-83d0-6eeafc871f0a:JCR> (dostęp: 25.08.2017 r.),

przewiduje dla takich osób maksymalny trzymiesięczny okres tymczasowego aresztowania, z możliwością jednokrotnego przedłużenia tego okresu na kolejny miesiąc w szczególnie uzasadnionych przypadkach. Ponadto, należy odnotować, że w celu zagwarantowania, by tymczasowy areszt osób oczekujących na przeniesienie do szpitala psychiatrycznego (jak w sytuacji skarżących) odbywał się w warunkach umożliwiających stosowanie odpowiednich oddziaływań, art. 264 § 3 k.p.k. wprowadził obowiązek wykonywania takiego tymczasowego aresztowania w warunkach umożliwiających odpowiednie leczenie, terapię i rehabilitację<sup>157</sup>.

W sprawie z grupy Kudła przeciwko Polsce, wśród środków generalnych wskazano, że nakłady na sądownictwo stale wzrastają, podjęto plan mający na celu zwiększenie etatów w jednostkach sądownictwa powszechnego we wszystkich grupach zawodowych, podjęto działania na rzecz prawidłowego rozmieszczenia kadr w sądach powszechnych oraz podjęto działania legislacyjne zmierzające do zwiększenia szybkości i sprawności postępowań sądowych<sup>158</sup>.

Natomiast wśród środków generalnych podjętych w sprawie Jasińska przeciwko Polsce, w celu zwiększenia bezpieczeństwa i efektywnego zapobiegania samobójstwom w zakładach karnych, wskazano wprowadzenie szeregu środków prawnych, ogólnych jak i szczegółowych. W dniu 18 czerwca 2009 r. znoveelizowany został Kodeks karny wykonawczy. Wprowadzono art. 116 § 5a k.k.w., który dopuścił monitorowanie zachowania osadzonych w uzasadnionych przypadkach z powodów medycznych lub w celu zapewnienia im bezpieczeństwa. Zgodnie z art. 116 § 6 k.k.w., decyzję o monitorowaniu osadzonych podejmuje dyrektor zakładu karnego. Od decyzji można się odwołać do sądu penitencjarnego, zgodnie z art. 7 k.k.w.

Ponadto, w dniu 13 sierpnia 2010 r. Dyrektor Generalny Służby Więziennej wydał Zarządzenie nr 43/2010 w sprawie ustalania metod i form działalności w zakresie ochrony jednostek organizacyjnych Służby Więziennej. Art. 14 § 5 tego aktu wewnętrznego przewiduje, że w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia osadzonych oficer pełniący służbę może, zachowując szczególną ostrożność, otworzyć celę po uprzednim powiadomieniu kierownika zmiany.

Ponadto, w dniu 13 sierpnia 2010 r. Dyrektor Generalny Służby Więziennej wydał Instrukcję nr 16/2010 w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności. Instrukcja zunifikowała istniejącą praktykę i określiła jasne kryteria postępowania w przypadku ryzyka popełnienia samobójstwa przez więźnia. Określa ona zasady przyjmowania programów profilaktycznych i podkreśla, że zapobieganie samobójstwom jest obowiązkiem każdego oficera

<sup>157</sup> Załącznik B do Raportu z wykonywania wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka przez Polskę za 2015 r., s. 195-196. Dostępny na stronie: <http://www.ms.gov.pl/resource/ad9d-9554-61ed-4c33-8a09-3835be2bf729>:JCR (dostęp: 25.08.2017 r.).

<sup>158</sup> *Tamże*, s. 155-161.



więziennictwa. Wskazuje również na szerszy kontekst na poziomie podstawowych jednostek więziennych, co może mieć wpływ na zmniejszenie liczby samobójstw i tendencji samobójczych.

W dniu 23 grudnia 2010 r. Minister Sprawiedliwości wydał rozporządzenie w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności. Przepis art. 9 § 5 rozporządzenia przewiduje, że silne lub odurzające leki będą wydawane osadzonym w pojedynczych dawkach. Klauzula ta powinna zmniejszyć ryzyko zatrucia lub przedawkowania leków<sup>159</sup>. Ponadto, oprócz środków legislacyjnych podjęto również środki organizacyjne w postaci monitorowania „wypadków nadzwyczajnych” w zakładach karnych, czy też przeprowadzenia stosownych szkoleń<sup>160</sup>.

Jak wskazano, realizacja wyroków Trybunału powinna opierać się nie tylko na zaspokojeniu roszczeń jednostki, ale też na zrealizowaniu interesu ogółu. Obowiązek ten wynika z art. 1 Konwencji zgodnie z którym, państwo zapewnia każdemu człowiekowi, podlegającemu jego jurysdykcji, prawa i wolności określone w rozdziale I Konwencji. W celu pełnej realizacji tego obowiązku Polska jako przykład powinna również brać pod uwagę rekomendacje wynikające z orzeczeń ETPC przeciwko innym państwom. Pozwoli to w sposób skuteczniejszy eliminować niedoskonałości systemu odnoszące się do izolacji osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną w zakładach karnych i aresztach śledczych.

<sup>159</sup> Załącznik B do Raportu z wykonywania wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka przez Polskę za 2013 r., s. 156. Dostępny na stronie: <http://www.msz.gov.pl/resource/acf5ce1b-9bda-4eba-95b8-42f265bfc9c0:JCR> (dostęp: 25.08.2017 r.).

<sup>160</sup> *Tamże*, s. 156-157.





# Wybrane aspekty prawa do obrony w kontekście osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną

## I. Wprowadzenie

Prawo do obrony (*ius defensionis*) możemy analizować na różnych płaszczyznach, tzn. na płaszczyźnie regulacji konstytucyjnej, regulacji ustawowych oraz praktyki jego stosowania. To zagadnienie znalazło swoje odzwierciedlenie w licznych wystąpieniach generalnych i publikacjach Rzecznika Praw Obywatelskich<sup>161</sup>, ale również było przedmiotem publikacji naukowych<sup>162</sup>.

W niniejszym rozdziale zostaną zarysowane w różnym stopniu wszystkie trzy płaszczyzny prawa do obrony, przy czym mając na uwadze tematykę całego opracowania, analiza będzie ukierunkowana na pokazanie sytuacji osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną.

Rozważania teoretyczne będą dotyczyły tylko wybranych aspektów prawa do obrony. Przede wszystkim możliwości korzystania z pomocy obrońcy/pełnomocnika. Ten obszar prawa do obrony jest szczególnie istotny ze względu na fakt, iż osoby z dysfunkcjami psychicznymi i intelektualnymi w mniejszym stopniu ze względu na posiadane ograniczenia mogą i umieją korzystać ze swojego prawa. Wraz z istniejącymi u tych osób dysfunkcjami, występują również skojarzone z nimi ograniczenia (np. w zakresie sporządzania pism).

Z tego względu nacisk i akcent niniejszego rozdziału będzie położony na zapewnienie tym osobom obrońcy w ramach tzw. obrony obowiązkowej. Mając jednak na uwadze, iż obrona obowiązkowa jest zapewniana ze względu na róż-

<sup>161</sup> Zob. M. Kolendowska-Matejczuk, *Konstytucyjne prawo do obrony w działalności Rzecznika Praw Obywatelskich*, Wyd. BRPO, Warszawa 2013; Opracowanie zbiorowe, *Prawo do obrony w postępowaniu penalnym. Wybrane aspekty*, Wyd. BRPO, Warszawa 2014. Publikacje są dostępne na stronie internetowej RPO w zakładce monografie.

<sup>162</sup> Zob. R. A. Stefański, *Obrona obowiązkowa w polskim procesie karnym*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2012; P. Wiliński, *Zasada prawa do obrony w polskim procesie karnym*, Kraków 2006; P. Wiliński (red.), *Obrońca i pełnomocnik w procesie karnym po 1 lipca 2015 r. Przewodnik po zmianach*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2015.



ne niejednorodne okoliczności (np. ze względu na wiek oskarżonego), w niniejszym rozdziale zostaną szerzej omówione te przesłanki ustanowienia obrony obligatoryjnej, które należy łączyć ze stanem intelektualnym i psychicznym danej osoby, a w szczególności z zaburzeniami na tym tle.

Zostanie przedstawionych kilka spraw analizowanych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, w których Rzecznik dostrzegł naruszenie prawa do obrony i w związku z tym skierował do odpowiednich sądów kasację albo wnioski o rozważenie wznowienia postępowania<sup>163</sup>.

## II. Prawo do obrony w znaczeniu konstytucyjnym

Przepis art. 42 ust. 2 Konstytucji RP stanowi, że każdy, przeciw komu prowadzone jest postępowanie karne, ma prawo do obrony we wszystkich stadiach postępowania. Może on w szczególności wybrać obrońcę lub na zasadach określonych w ustawie korzystać z obrońcy z urzędu.

Konstytucyjną normę rozwijają poszczególne ustawy<sup>164</sup>, które określają procedurę postępowania przed organami wymiaru sprawiedliwości czy innymi właściwymi organami, jak również regulacje prawa międzynarodowego, których stroną jest państwo polskie. W tym kontekście wymienić należy m.in. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych<sup>165</sup>, który w art. 14 ust. 3 lit. b i d stanowi, że każda osoba oskarżona o popełnienie przestępstwa ma prawo do bronięcia się przez obrońcę i porozumiewania się z obrońcą przez siebie wybranym, jak również Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności<sup>166</sup>, która w art. 6 ust. 3 lit. c stanowi, że każdy oskarżony o popełnienie czynu zagrożonego karą ma prawo do bronięcia się osobiście lub przez ustanowionego przez siebie obrońcę, a jeśli nie ma wystarczających środków na pokrycie kosztów obrony - do bezpłatnego korzystania z pomocy obrońcy wyznaczonego z urzędu, gdy wymaga tego dobro wymiaru sprawiedliwości. Prawo do obrony statuuje również Powszechna Deklaracja Praw Człowieka<sup>167</sup>, która w art. 11 ust. 1 stanowi, że każdy człowiek oskarżony o popełnienie przestępstwa ma prawo, aby uznawano go za niewinnego dopóty, dopóki nie udowodni mu się winy

<sup>163</sup> Przedmiotem analizy w 2016 r. było 77 postępowań sądowych toczących się wobec 32 skazanych. W ich wyniku doszło do zakwestionowania 31 rozstrzygnięć, co stanowi 40 % analizowanych spraw. Analiza skutkowała wniesieniem w przedmiotowych sprawach 9 kasacji, w przygotowaniu pozostają kolejne projekty. Ponadto, w odniesieniu do 22 postępowań kierowane były wystąpienia do Prezesów Sądów o rozważenie wznowienia postępowania, co zaowocowało wydaniem pozytywnego rozstrzygnięcia w tej materii w 18 sprawach.

<sup>164</sup> M.in. ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 1749, ze zm.); ustawa z dnia 24 sierpnia 2001 r. Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1713, ze zm.); ustawa z dnia 10 września 1999 r. Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2137, ze zm.).

<sup>165</sup> Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167 zał.

<sup>166</sup> Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.

<sup>167</sup> [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/pql.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/pql.pdf) (dostęp: 25.08.2017 r.).



zgodnie z prawem podczas publicznego procesu, w którym zapewniono mu wszystkie konieczne środki obrony.

Konstytucyjne prawo do obrony ma wymiar materialny i formalny. Celnie wyjaśnia ten aspekt Trybunał Konstytucyjny, który w wyroku z dnia 11 grudnia 2012 r. (K 37/11) podkreślił, że: „konstytucyjne prawo do obrony należy rozumieć szeroko, jest ono bowiem nie tylko fundamentalną zasadą procesu karnego, ale też elementarnym standardem demokratycznego państwa prawnego. Prawo to przysługuje każdemu od chwili wszczęcia przeciwko niemu postępowania karnego (w praktyce od chwili przedstawienia zarzutów) aż do wydania prawomocnego wyroku, obejmuje również etap postępowania wykonawczego. (...). Obrona materialna to możliwość bronięcia przez oskarżonego jego interesów osobiście (np. możliwość odmowy składania wyjaśnień, prawo wglądu w akta i składania wniosków dowodowych). Obrona formalna to prawo do korzystania z pomocy obrońcy z wyboru lub z urzędu”<sup>168</sup>.

Aspekt prawa do obrony w sensie formalnym, tj. prawo do korzystania z pomocy obrońcy, wydaje się być kluczowy w sytuacji osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną. Trzeba zauważyć, iż w niektórych sytuacjach, albo ze względu na cechy sprawcy (zachodzi uzasadniona wątpliwość co do stanu zdrowia psychicznego), prawo to przekształca się w obowiązek posiadania obrońcy.

Akcentowanie w normie konstytucyjnej możliwości działania obrońcy jest istotne ze względu na fachowość tych osób. W doktrynie prawa podnosi się, że „chodzi o osoby szczególnie biegłe w sprawach prawnych, które są w stanie wykorzystać wszelkie możliwości, jakie istnieją w przepisach, w celu podważania wysuwanych zarzutów. (...) [obrońca-M.M.] jest zobowiązany podnosić wszelkie momenty (wskazywać na określone zeznania, na wymowę pewnych dokumentów, na wyniki pewnych czynności procesowych itd.), mogące rzucić korzystne światło na działanie i na sylwetkę podejrzanego”<sup>169</sup>. Wskazuje się także, iż „istota prawa do posiadania obrońcy i korzystania z jego pomocy sprowadza się do zapewnienia jednostce kompetentnej i niezbędnej pomocy w skutecznym realizowaniu przysługujących jej praw tam, gdzie umiejętności samego oskarżonego nie są wystarczające”<sup>170</sup>.

<sup>168</sup> Bogate w tej mierze pozostaje orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego. Zob. wyrok TK z 17 lutego 2004 r., sygn. SK 39/02, OTK ZU nr 2/A/2004, poz. 7, pkt III 3.; por. też m.in. wyroki TK z: 6 grudnia 2004 r., sygn. SK 29/04; 19 marca 2007 r., sygn. K 47/05, OTK ZU nr 3/A/2007, poz. 27; 28 kwietnia 2009 r., sygn. P 22/07, OTK ZU nr 4/A/2009, poz. 55.

<sup>169</sup> P. Sarnecki (w:) *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Tom III, Komentarz*, L. Garlicki (red.), Wyd. Sejmowe, Warszawa 2003, komentarz do art. 42, s. 8-9.

<sup>170</sup> P. Wiliński, P. Karlik (w:) *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1-86*, M. Safjan, L. Bosek (red.), Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 1058.

W doktrynie prawa karnego procesowego dostrzega się następujące racje, które uzasadniają udział obrońcy w procesie:

1. racja fachowości – obrońca dzięki wykształceniu i doświadczeniu zawodowemu lepiej poprowadzi obronę, niżby miał to uczynić sam oskarżony, w większości wypadków bezradny wobec norm prawnych,
2. racja stanu psychicznego – obrońca nie jest zaangażowany w obronę swego interesu prawnego; jego więc stosunek jest znacznie mniej emocjonalny do sprawy niż oskarżonego; widzi pewne kwestie wyraźniej, niezależność od sprawy pozwala mu na bardziej trzeźwą ocenę faktów i prawa, umożliwia mu wybór odpowiedniej taktyki obrończej;
3. racja zdolności wyręczenia – nie zawsze oskarżony jest w stanie wykonać wszystkie czynności procesowe, wchodzące w zakres obrony. Inny zupełnie dostęp do sekretariatu sądowego ma dobrze znany tam obrońca niż oskarżony. Obrońca, jeśli nawet nie ma „wydeptanych ścieżek” do organów procesowych, wie dobrze, jak można do nich dotrzeć. Staje się on całkowicie nieodzowny, gdy oskarżony jest pozbawiony wolności, jest chory, przebywa za granicą lub jest w inny sposób niezdolny do osobistego działania;
4. racja pomocy psychologicznej – obrońca bywa osobą zaufaną oskarżonego, często jedynym człowiekiem, który może wpłynąć na rozbudzenie aktywności we własnej obronie; niekiedy tylko obrońca umie wyjaśnić oskarżonemu sens wyroku skazującego<sup>171</sup>.

W normie konstytucyjnej rozstrzyga się, że prawo do obrony przysługuje we wszystkich stadiach postępowania, a więc w postępowaniu przygotowawczym, w postępowaniu rozpoznawczym, jak też w postępowaniu wykonawczym<sup>172</sup>.

Konstytucyjne prawo do obrony jest szerokie, bowiem zawiera niejako w sobie inne prawa, bądź inaczej, z niego wyodrębniają się inne prawa<sup>173</sup>. W ramach tego prawa wskazać należy: prawo do wyboru sposobu obrony, prawo do znajomości stawianych zarzutów, prawo do odpowiedniego czasu i możliwości przygotowania obrony, prawo do obrony osobistej, prawo do posiadania i korzystania z pomocy obrońcy, prawo do swobody wypowiedzi, prawo do dostępu do materiału dowodowego, prawo do inicjatywy dowodowej, prawo do udziału w czynnościach procesowych, prawo do zaskarżania decyzji procesowych i czynności organów procesowych<sup>174</sup>.

<sup>171</sup> S. Waltoś, *Proces karny. Zarys systemu*, Wyd. Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2003, s. 299-300.

<sup>172</sup> Por. P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Wyd. Liber, Warszawa 2000, s. 63; B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. 2, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2012, s. 278.

<sup>173</sup> P. Wiliński mówi o zasadzie prawa do obrony. Por. P. Wiliński, *Proces karny w świetle Konstytucji*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 174-176.

<sup>174</sup> Por. P. Wiliński, P. Karlik, *Konstytucja RP...*, *op. cit.*, s. 1057-1060.



Naruszenie prawa do obrony może polegać na: niedopuszczalnym ograniczeniu uprawnień niepodlegających ograniczeniu, nadmiernym ograniczeniu któregośkolwiek z pozostałych uprawnień (podlegających ograniczeniu), pozbawieniu oskarżonego jednego lub więcej uprawnień<sup>175</sup>.

W doktrynie dostrzega się, że z punktu widzenia skutków naruszenia prawa do obrony zasadnicze znaczenie ma rodzaj zaistniałych naruszeń oraz ich skala. W zależności bowiem od natężenia negatywnych skutków mogą one przybrać postać naruszenia prawa do obrony o charakterze bezwzględnym, naruszenia prawa do obrony o charakterze względnym, bądź pozostawać bez wpływu na postępowanie i wydane orzeczenie. Naruszenia o charakterze bezwzględnym skutkują koniecznością uchylecia orzeczenia zapadłego w postępowaniu, w którym te naruszenia wystąpiły (art. 439 § 1 k.p.k.). Natomiast naruszenia o charakterze względnym, które mogą mieć wpływ na wydane orzeczenie podlegają każdorazowo ocenie sądu odwoławczego (art. 438 pkt 2 k.p.k.)<sup>176</sup>.

Konstytucyjne prawo do obrony muszą urzeczywistniać odpowiednie normy proceduralne i ich właściwa wykładnia przez organy stosujące, które sprawia, że prawo do obrony będzie miało charakter realny<sup>177</sup>. Taka konkluzja została również zawarta w wyroku Trybunału Konstytucyjnego, w którym wskazano, że prawo do obrony musi być także zagwarantowane proceduralnie po to, aby miało charakter realny i efektywny, a nie iluzoryczny i abstrakcyjny<sup>178</sup>.

Na element realności obrony wskazuje również orzecznictwo Sądu Najwyższego. W wyroku z dnia 7 lipca 2006 r.<sup>179</sup> Sąd Najwyższy przyjął, że prawo do obrony, w tym korzystanie z pomocy obrońcy winno być realne. Oznacza to między innymi, że ustanowiony obrońca z urzędu musi mieć zapewnioną możliwość rzetelnego zaznajomienia się z aktami sprawy. W konkretnym przypadku, poddanym kontroli SN, od momentu wyznaczenia obrońcy z urzędu do momentu rozpoczęcia jego działań nie upłynęły nawet 2 godziny. W ocenie Sądu Najwyższego, takie postępowanie jest wręcz zaprzeczeniem traktowania obrony z urzędu jako realnej. Bez znaczenia jest fakt, iż obrońca w takich warunkach podjął się wykonywania swoich obowiązków. Jak podnosi SN, realną obronę zapewnić ma sąd, który jednocześnie ma czuwać nad właściwą jej realizacją. Sąd Najwyższy podnosi bowiem, że mamy tu do czynienia z sytuacją zbliżoną do

<sup>175</sup> P. Wiliński, P. Karlik wskazują, że tam, gdzie nie ma uprawnienia stanowiącego element prawa do obrony (np. prawa do zaskarżenia czynności organów procesowych), tam nie można zasadnie mówić o naruszeniu prawa do obrony, lecz co najwyżej uprawnień określających pozycję oskarżonego w procesie. *Tamże*, s. 1060-1061.

<sup>176</sup> *Tamże*, s. 1061.

<sup>177</sup> Por. S. Steinborn, *Kodeks postępowania karnego. Komentarz do wybranych przepisów*, [komentarz do art. 6 k.p.k.], LEX/el. 2016; T. H. Grzegorzczak, *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Artykuły 1-467*, LEX, 2014.

<sup>178</sup> Wyrok TK z 28 listopada 2007 r., sygn. K 39/07, OTK ZU nr 10/A/2007, poz. 129, pkt III 11.2.1.

<sup>179</sup> Sygn. akt III KK 418/05, LEX nr 193010, Prok. i Pr.- wkł. 2006/12/5.

przewidzianej w art. 85 § 2 k.p.k.<sup>180</sup> - kolizji interesów przy obronie - do której sąd nie może dopuścić nawet, gdy tego nie zauważa obrońca. Podobnie sąd nie może dopuścić do wykonywania obowiązków obrońcy, w sytuacji wyraźnie wskazującej, że obrona może nie mieć realnego charakteru. Zatem, to sąd orzekający musi gwarantować realność wykonywania obrony. W związku z naruszeniem prawa do obrony SN przyjął, że niezapewnienie realnego prawa do obrony rażąco narusza to prawo określone w art. 6 k.p.k.<sup>181</sup> oraz art. 451 k.p.k.<sup>182</sup>, bowiem obecność obrońcy oskarżonego może być uznana za wystarczającą tylko wtedy, gdy obrońca rzeczywiście może wypełniać swoje obowiązki.

W kolejnym wyroku<sup>183</sup> z dnia 21 października 2004 r. SN wskazał, że zasada prawa do obrony, sformułowana w art. 6 k.p.k., jest wyrazem gwarancji przewidzianej w Konstytucji RP. Oskarżony nie może ponosić negatywnych konsekwencji ani zbyt późnego ustanowienia obrońcy, ani zdarzeń losowych, do jakich należy zaliczyć nagłe zachorowanie ustanowionego obrońcy.

### III. Prawo do obrony w wymiarze dogmatyczno-prawnym

#### a) w postępowaniu przygotowawczym

Postępowanie przygotowawcze zaczyna się w momencie wpłynięcia do organu ścigania informacji o podejrzeniu popełnienia czynu zabronionego. Na początku tego postępowania organ weryfikuje otrzymane informacje, celem podjęcia decyzji procesowej o wszczęciu dochodzenia albo śledztwa. Początkowo przez jakiś czas postępowanie jest prowadzone *in rem* (w sprawie), a dopiero na dalszym jego etapie może przekształcić się w postępowanie *ad personam*, kiedy dochodzi do wydania postanowienia o przedstawieniu zarzutów (art. 313 § 1 k.p.k.) lub przystąpienia do przesłuchania (art. 308 § 2 k.p.k.).

Ustawodawca dla zagwarantowania prawa do obrony w k.p.k. stanowi regulacje, które nakładają wobec określonych osób obowiązek zapewnienia im obrony obligatoryjnej. Te regulacje określone są w art. 79 § 1 i 2 k.p.k. Przepis

<sup>180</sup> Art. 85 § 2 k.p.k. stanowi: Stwierdzając sprzeczność sąd wydaje postanowienie, zakreślając oskarżonemu termin do ustanowienia innych obrońców. W wypadku obrony z urzędu sąd wyznacza innego obrońcę. Na postanowienie przysługuje zażalenie.

<sup>181</sup> Art. 6 k.p.k. stanowi: Oskarżonemu przysługuje prawo do obrony, w tym prawo do korzystania z pomocy obrońcy, o czym należy go pouczyć.

<sup>182</sup> Art. 451 k.p.k. stanowi: Sąd odwoławczy, na wniosek oskarżonego pozbawionego wolności złożony w terminie 7 dni od daty doręczenia mu zawiadomienia o przyjęciu apelacji, zarządza sprowadzenie go na rozprawę, chyba że uzna za wystarczającą obecność obrońcy. Wniosek złożony po terminie podlega rozpoznaniu, jeżeli nie powoduje to konieczności odroczenia rozprawy. O prawie złożenia wniosku należy pouczyć oskarżonego. Jeżeli sąd nie zarządza sprowadzenia oskarżonego, który nie ma obrońcy, sąd, prezes sądu lub referendarz sądowy wyznacza obrońcę z urzędu.

<sup>183</sup> Sygn. akt II KK 239/04, LEX nr 137480, Prok. i Pr. - wkł. 2005/7-8/5.



art. 79 § 1 k.p.k. stanowi, że w postępowaniu karnym oskarżony<sup>184</sup> musi mieć obrońcę, jeżeli:

- 1) nie ukończył 18 lat;
- 2) jest głuchy, niemy lub niewidomy;
- 3) zachodzi uzasadniona wątpliwość, czy jego zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania swoim postępowaniem nie była w czasie popełnienia tego czynu wyłączona lub w znacznym stopniu ograniczona;
- 4) zachodzi uzasadniona wątpliwość, czy stan jego zdrowia psychicznego pozwala na udział w postępowaniu lub prowadzenie obrony w sposób samodzielny oraz rozsądny.

Dodatkową przesłankę obligatoryjnej obrony określa również art. 79 § 2 k.p.k., który brzmi: oskarżony musi mieć obrońcę również wtedy, gdy sąd uzna to za niezbędne ze względu na inne okoliczności utrudniające obronę<sup>185</sup>.

W doktrynie wyrażany jest pogląd, iż konstytucyjne prawo do obrony, które jest pojęciem autonomicznym jest szersze niż jego rozumienie na gruncie ustaw, np. kodeksu postępowania karnego i obejmuje prawo do obrony, także przed formalnoprawnym przedstawieniem zarzutów danej osobie. W. Wróbel wskazuje, że niewątpliwie przepis konstytucyjny nie uzależnia możliwości korzystania z prawa do obrony od formalnego uzyskania statusu podejrzanego lub oskarżonego i w tym zakresie ma szersze zastosowanie niż literalnie odczytany art. 6 k.p.k., niemniej nie daje podstaw dla twierdzenia, że prawo do obrony przysługuje już przed wszczęciem jakiegokolwiek postępowania<sup>186</sup>.

Podobna konkluzja przebija w wypowiedziach innego autora, który podnosi, że „konstytucyjnie określony przywilej prawa do obrony stanowi immanentne uprawnienie nie tylko sprawcy czynu karalnego, ale także każdego podmiotu, wobec którego toczy się postępowanie karne, od momentu podjęcia jakichkolwiek działań organów ścigania wobec danej jednostki, przy czym nie jest istotna wiedza tychże organów o okoliczności popełnienia przez tę jednostkę przestępstwa czy też wykroczenia (a więc np. podczas przeprowadzania nieformalnego rozpytania)”<sup>187</sup>. Autor ten przyjmuje, że regulacje ustawowe w zakresie określenia momentu początkowego obowiązywania prawa do obrony nie są zgodne z Konstytucją RP, jednakże sugerowana niekonstytucyjność może być stwierdzona jedynie przez Trybunał Konstytucyjny, nie może natomiast prowa-

<sup>184</sup> Art. 71 § 3 k.p.k. stanowi, że regulacja która odnosi się do oskarżonego ma zastosowanie także do podejrzanego.

<sup>185</sup> Przesłanki obrony obligatoryjnej dla podejrzanego, a po wniesieniu aktu oskarżenia dla oskarżonego są takie same i zostaną omówione w dalszej części publikacji.

<sup>186</sup> W. Wróbel, *Konstytucyjne prawo do obrony w perspektywie prawa karnego materialnego* (w:) *Węzłowe problemy prawa karnego, kryminologii i polityki kryminalnej. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Andrzejowi Markowi*, V. Konarska-Wrzošek, J. Lachowski, J. Wójcikiewicz (red.), Warszawa 2010, s. 225.

<sup>187</sup> P. Nowak, *Definicja podejrzanego i oskarżonego a konstytucyjne prawo do obrony*, CPKiNP 20016, z. 4, s. 72.

dzić do orzekania przez sąd powszechny na podstawie Konstytucji RP zamiast na podstawie ustawy<sup>188</sup>.

Również praktycy (np. adwokaci) wskazują na potrzebę zapewnienia prawa do obrony od pierwszych chwil toczącego się postępowania<sup>189</sup>. Słusznie wskazuje się, iż „realna możliwość udziału adwokata w pierwszych czynnościach z udziałem zatrzymanego, a najczęściej przyszłego podejrzanego w sprawie, jest niezbędna dla zapewnienia podsądnemu prawa do obrony, a w szczególności wolności od samooskarżania się (...). Standardy prawa do obrony w pierwszych chwilach postępowania karnego powinny być w szczególności respektowane w tych sprawach, w których występuje tzw. wrażliwy podsądny (ang. vulnerable suspect), a więc osoba, co do której istnieją podstawy, by przypuszczać, że cierpi ona na zaburzenia psychiczne lub z innych ważnych względów nie jest zdolna, by w pełni skorzystać z przysługującego jej prawa do obrony”<sup>190</sup>. Jak wskazuje przywołany autor, przypadki kiedy obrońca jest obecny już w pierwszych chwilach postępowania są rzadkie<sup>191</sup>.

Na ten aspekt prawa do obrony zwraca uwagę również Trybunał w Strasburgu w swoich licznych orzeczeniach<sup>192</sup>. W sprawie Salduz przeciwko Turcji, ETPC wyraził szereg wartych odnotowania twierdzeń istotnych z punktu widzenia prawa do obrony. Wskazał bowiem, że w celu zapewnienia, że prawo do rzetelnego procesu pozostaje wystarczająco „praktyczne i skuteczne”, przepis artykułu 6 ust. 1 EKPC wymaga, by – co do zasady – prawo dostępu do adwokata przysługiwało począwszy od pierwszego przesłuchania podejrzanego przez Policję, chyba że w świetle szczególnych okoliczności wykazano, że istnieją istotne podstawy ograniczenia takiego prawa. Nawet jeżeli istotne podstawy mogą wyjątkowo uzasadniać odmowę dostępu do adwokata, ograniczenie takie – niezależnie od jego uzasadnienia – nie może bezprawnie naruszać praw oskarżonego

<sup>188</sup> Tamże, s. 83-34. Autor określa także proponowany zakres niekonstytucyjności przepisów k.p.k. z art. 42 ust. 2 Konstytucji RP, wskazując, że „Trybunał Konstytucyjny powinien stwierdzić, iż art. 6 k.p.k. w związku z art. 71 § 3 k.p.k. w zakresie, w jakim gwarantują prawo do obrony dopiero od momentu uzyskania statusu co najmniej podejrzanego, oraz art. 233 § 1a k.k. w związku z art. 233 § 3 k.k. w zakresie, w jakim przewidują karalność faktycznego sprawcy przestępstwa za składanie fałszywych zeznań co do okoliczności dotyczących tego czynu mających wpływ na jego odpowiedzialność karnoprawną, są niezgodne z art. 42 ust. 2 Konstytucji RP”.

<sup>189</sup> M. Pietrzak, *Prawo do obrony w pierwszych chwilach postępowania karnego (w:) Prawo do obrony w postępowaniu penalnym. Wybrane aspekty*, Opracowanie zbiorowe, Wyd. BRPO, Warszawa 2014, s. 59. W. Jasiński, *Prawo do obrony w znowelizowanym postępowaniu przygotowawczym (w:) Prawo do obrony...*, op. cit., s. 86; B. Nita-Świątłowska, W. Hermeliński, *Prawo do pomocy obrońcy przysuguje zatrzymanemu od początku postępowania*, Dziennik Gazeta Prawna z 7 marca 2017 r., nr 46 (4445), D4-D5; A. Łukaszewicz, P. Rochowicz, *Prawo do adwokata w Polsce nie działa*, Rzeczpospolita z dnia 17 lutego 2017 r., nr 40 (10678), Prawo do dnia, C1.

<sup>190</sup> M. Pietrzak, op. cit., s. 58-59.

<sup>191</sup> <http://www.adwokatura.pl/z-zycia-nra/przepisy-i-dobra-praktyka-gwarancja-wlasciwej-pomocy-prawnej-z-urzedu/> (dostęp: 25.05.2017 r.).

<sup>192</sup> M.in. sprawa Salduz przeciwko Turcji, skarga nr 36391/02; sprawa Płonka przeciwko Polsce, skarga nr 201310/02.





wynikających z artykułu 6 EKPC. **Prawo do obrony zostaje co do zasady naruszone w sposób nieodwracalny w przypadku, gdy obciążające wyjaśnienia, złożone podczas przesłuchania przez Policję bez dostępu do adwokata, zostaną wykorzystane w celu skazania**<sup>193</sup>.

Niezmiernie istotne jest wskazanie przez ETPC, iż późniejsze ustanowienie adwokata nie konwalidowało naruszeń dokonanych na początku prowadzonego postępowania. Trybunał przyznał bowiem, że „ograniczenie prawa dostępu do adwokata oraz fakt wykorzystania złożonych na Policji wyjaśnień w celu skazania skarżącego niewątpliwie wywarły wpływ na sytuację skarżącego. Pomoc świadczona następnie przez adwokata i kontrydiktoryjny charakter dalszego postępowania nie mogły naprawić nieprawidłowości do których doszło w trakcie aresztowania policyjnego”<sup>194</sup>.

W sprawie Płonka przeciwko Polsce ETPC wskazał, że z artykułu 6 EKPC, gwarantującego prawo do rzetelnego procesu, wynika, iż skarżący musi mieć zagwarantowane prawo do korzystania z pomocy obrońcy już od samego początku postępowania polegającego na przesłuchaniu przez Policję<sup>195</sup>.

Jak informuje Ministerstwo Spraw Zagranicznych, nadzór Komitetu Ministrów (dalej: KM) nad wykonaniem przez Polskę wyroku Płonka przeciwko Polsce został zakończony rezolucją końcową<sup>196</sup> z dnia 9 grudnia 2015 r. Według MSZ „przyjmując rezolucję końcową, KM pozytywnie ocenił podjęte przez Rząd działania polegające przede wszystkim na wprowadzeniu stosownych zmian legislacyjnych (kilkukrotna nowelizacja przepisów Kodeksu postępowania karnego (...)), zapewniających prawidłowe informowanie osoby zatrzymanej jeszcze przed pierwszym przesłuchaniem o przysługujących jej prawach oraz poprawę systemu ustanawiania obrońcy nie tylko za sprawą zmiany przesłanek dla obowiązkowego ustanawiania obrońcy, ale również zasad regulujących proces ustanawiania obrońcy w celu zagwarantowania skutecznego dostępu do prawnika na wstępnym etapie postępowania. Ponadto, dzięki wydaniu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie sposobu zapewnienia oskarżonemu korzystania z pomocy obrońcy w postępowaniu przyspieszonym (Dz. U. z 2015 r. poz. 920), zapewniono osobie zatrzymanej możliwość skontaktowania się z prawnikiem zaraz po zatrzymaniu”.

<sup>193</sup> Por. wyrok Salduz przeciwko Turcji, § 55. Wyrok dostępny na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości, Zakładka prawa człowieka, Orzecznictwo ETPC.

<sup>194</sup> Por. wyrok Salduz przeciwko Turcji, § 58. Podobnie wyrok Płonka przeciwko Polsce, § 41. Wyrok dostępny na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości, Zakładka prawa człowieka, Orzecznictwo ETPC.

<sup>195</sup> Por. wyrok Płonka przeciwko Polsce, § 40.

<sup>196</sup> CM/ResDH(2015)235. Zob. Ministerstwo Spraw Zagranicznych, *Raport z wykonywania wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka przez Polskę za 2015 r.*, s. 11.

Wobec stanowiska MSZ należy wyrazić wątpliwość i postawić pytanie **czy rzeczywiście polskie regulacje gwarantują prawo do obrony od samego początku postępowania? W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich tak nie jest.** De facto jest to pytanie o okoliczność, co uznajemy za początek postępowania. Nie ulega żadnej wątpliwości, że moment postawienia zarzutu podejrzanemu konkretyzuje prawo do obrony tej osoby. Wcześniej jednak podejrzany może mieć status osoby podejrzanej, wobec której podejmowane są określone czynności, np. dochodzi do jej zatrzymania, do jej przesłuchania w charakterze świadka, czy podjęcia innych czynności procesowych (np. przeszukania jej lokalu i składania przy tej okazji określonych oświadczeń).

Osobą podejrzaną jest ta, co do której istnieje uzasadnione przypuszczenie, że popełniła ona przestępstwo. Regulacje k.p.k. przyznają tylko określone uprawnienia osobie zatrzymanej dotyczące prawa do obrony. Przepis art. 244 § 2 k.p.k. stanowi, że zatrzymanego należy natychmiast poinformować o przyczynach zatrzymania i o przysługujących mu prawach, w tym o prawie do skorzystania z pomocy adwokata lub radcy prawnego, do korzystania z bezpłatnej pomocy tłumacza, jeżeli nie włada w wystarczającym stopniu językiem polskim, do złożenia oświadczenia i odmowy złożenia oświadczenia, do otrzymania odpisu protokołu zatrzymania, do dostępu do pierwszej pomocy medycznej oraz o prawach wskazanych w art. 245 k.p.k. (nawiązania w dostępnej formie kontaktu z adwokatem lub radcą prawnym<sup>197</sup>), art. 246 § 1 k.p.k. (złożenia zażalenia na zatrzymanie) i art. 612 § 2 k.p.k. (kontaktu z właściwym urzędem konsularnym lub przedstawicielstwem dyplomatycznym), jak również o treści art. 248 § 1 i 2 k.p.k. (prawie do natychmiastowego zwolnienia, jeżeli przyczyny zatrzymania przestały istnieć albo po upływie określonego w przepisach czasu zatrzymania), a także wysłuchać go.

Pouczenie zatrzymanego o jego prawach, następuje w oparciu o wzór pouczenia, stanowiący załącznik do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 czerwca 2015 r. w sprawie określenia wzoru pouczenia o uprawnieniach zatrzymanego w postępowaniu karnym<sup>198</sup>. W doktrynie dostrzega się, iż zatrzymany, który de facto jest osobą podejrzaną, nie jest informowany o prawie do milczenia, które jest immanentną częścią prawa do obrony. Nie jest bowiem - co do zasady - kwestionowane prawo osoby podejrzanej do milczenia<sup>199</sup> i samooskarżania się (*nemo se ipsum accusare tenetur*), chociaż k.p.k. o tym prawie stanowi tylko co do oskarżonego (art. 175 § 1 k.p.k., art. 74 § 1 k.p.k.) i podej-

<sup>197</sup> Rzecznik Praw Obywatelskich sygnalizował w kolejnych wystąpieniach do Ministra Sprawiedliwości kwestię telefonicznego porozumiewania się osób zatrzymanych z adwokatem. Zob. wystąpienia generalne z dnia 29.04.2016 r. i 25.01.2017 r., II.5150.9.2014.

<sup>198</sup> Dz. U. poz. 835.

<sup>199</sup> Zob. S. Steinborn, *Status osoby podejrzanej w procesie karnym z perspektywy Konstytucji RP (uwagi de lege lata i de lege ferenda)* (w:) *Państwo prawa i prawo karne. Księga Jubileuszowa Profesora Andrzeja Zolla*, P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel (red.), T. II, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 1795.



znanego (art. 71 § 3 k.p.k.). W tym zakresie de lege ferenda należałoby dokonać zmian prawa<sup>200</sup>.

O ile dla osoby zatrzymanej prawo do korzystania z pomocy adwokata lub radcy prawnego gwarantuje art. 245 § 1 i § 2 k.p.k., o tyle fachowa pomoc prawna dla osoby podejrzanej do innych czynności procesowych może być ograniczana. Jak bowiem stanowi art. 87 § 2 k.p.k. osoba niebędąca stroną może ustanowić pełnomocnika, jeżeli wymagają tego jej interesy w toczącym się postępowaniu.

Stroną w postępowaniu przygotowawczym jest podejrzany (por. art. 299 § 1 k.p.k.), natomiast osoba podejrzana jest osobą, o której mowa w art. 87 § 2 k.p.k. i od decyzji organu (uznaniowej) zależy czy będzie mogła korzystać z pomocy prawnej. Trzeba przy tym pamiętać, iż sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, może odmówić dopuszczenia do udziału w postępowaniu pełnomocnika, o którym mowa w § 2, jeżeli uzna, że nie wymaga tego obrona interesów osoby niebędącej stroną (art. 87 § 3 k.p.k.). Nie ma zatem gwarancji, iż prawo do obrony osoby podejrzanej, ale jeszcze nie podejrzanego, zostanie należycie zabezpieczone.

W kontekście orzeczenia Płonka przeciwko Polsce oraz konstytucyjnego prawa do obrony, istotne jest, iż ustanowiony dla zatrzymanego (osoby podejrzanej) adwokat, w przypadku przesłuchania, czy podjęcia innych czynności procesowych ma status pełnomocnika, a nie obrońcy. Zauważa się w doktrynie, że kwestia, czy osoba podejrzana może korzystać z pomocy obrońcy, czy też pełnomocnika, nie jest jedynie problemem natury terminologicznej, lecz zasadniczo wpływa na sytuację procesową osoby podejrzanej<sup>201</sup>.

Fakt, iż osoba podejrzana może korzystać z pomocy pełnomocnika, a nie obrońcy, ma dalej idące konsekwencje, bowiem obrońca mógłby też brać na podstawie art. 316 i 317 k.p.k. udział w czynnościach śledztwa przeprowadzanych jeszcze przed formalnym przedstawieniem zarzutów zatrzymanemu, czego w odniesieniu do pełnomocnika osoby zatrzymanej wskazane przepisy wydają się nie przewidywać<sup>202</sup>.

<sup>200</sup> Niektórzy przyjmują, iż dyspozycja art. 244 § 2 k.p.k. – „zatrzymanego należy natychmiast poinformować o przyczynach zatrzymania i o przysługujących mu prawach, w tym o prawie do (...) złożenia oświadczenia i odmowy złożenia oświadczenia (...)” w cytowanym fragmencie stanowi o prawie do milczenia zatrzymanego. Tak R. Wojtuszek, *O prawnej przyszłości „osoby podejrzanej”*, Policja 997, 2017, Nr 2 (143), s. 42.

Innego zdania i słusznie jest S. Steinborn, *Status...*, j.w., s. 1796 oraz autorzy tam powołani. T. Grzegorzczak wskazuje, że „protokół zatrzymania powinien ponadto zawierać oświadczenia złożone przez zatrzymanego w związku z zatrzymaniem, które należy «wciągnąć do protokołu» (§ 3 zdanie drugie *in principio*), a więc zapisać „z możliwą dokładnością” (zob. art. 148 § 2) to, co oświadczył on, gdy został „faktycznie” zatrzymany. Nie są to jednak ani wyjaśnienia, ani zeznania w rozumieniu kodeksu”. T.H. Grzegorzczak, *Kodeks postępowania karnego. Komentarz, T. I*, Artykuły 1 - 467, LEX, 2014.

<sup>201</sup> S. Steinborn, *Status...*, *op. cit.*, s. 1791.

<sup>202</sup> *Tamże*, s. 1791-1792.

Trzeba zauważyć zatem, że prawo do obrony, od początku postępowania karnego nie jest właściwie uregulowane i fakt zakończenia nadzoru nad wykonaniem wyroku Płonka przeciwko Polsce wcale o tym nie przesądza.

**Zmiana**, która powinna nastąpić, aby prawa osoby podejrzanej były chronione tak, jak tego wymaga konstytucyjne prawo do obrony, **powinna polegać na przyjęciu materialnej definicji podejrzanego, gdzie konstytuujący charakter uzyskania statusu podejrzanego miałyby nie tyle formalna decyzja o przedstawieniu zarzutów (art. 313 § 1 k.p.k.) lub przystąpienie do przesłuchania (art. 308 § 2 k.p.k.), a podejrzenie, że określona osoba popełniła przestępstwo**<sup>203</sup>. Takie rozwiązanie prawne funkcjonuje w wielu państwach europejskich<sup>204</sup>. Należy w pełni zgodzić się ze stanowiskiem, że „uzyskanie statusu podejrzanego (strony w postępowaniu przygotowawczym) uzależnione powinno być od istnienia takiego podejrzenia oraz jego zmanifestowania, wyrażającego się w podjęciu wobec tej osoby przez organ prowadzący postępowanie przygotowawcze czynności będącej konsekwencją takiego podejrzenia oraz wyrażającej wolę jej ścigania. Zmanifestowanie podejrzenia nie musi zresztą nastąpić wobec podejrzanego. Istotne jest jedynie, aby miało ono obiektywny charakter, a więc polegało na uzewnętrznieniu podejrzenia w postaci zainicjowania ścigania podejrzanego (np. zarządzenie podsłuchu procesowego wobec podejrzanego)”<sup>205</sup>.

Trzeba podnieść, iż na prawo do obrony od najwcześniejszego momentu postępowania karnego wskazują regulacje europejskie, jak też organy międzynarodowe (ETPC, CPT czy Komitet Praw Człowieka ONZ). Zgodnie z dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/48/UE z dnia 22 października 2013 r. w sprawie prawa dostępu do adwokata w postępowaniu karnym i w postępowaniu dotyczącym europejskiego nakazu aresztowania oraz w sprawie prawa do poinformowania osoby trzeciej o pozbawieniu wolności i prawa do porozumiewania się z osobami trzecimi i organami konsularnymi w czasie pozbawienia wolności, państwa członkowskie zapewniają aby podejrzani i oskarżeni mieli prawo dostępu do adwokata w takim terminie i w taki sposób, aby osoby te mogły rzeczywiście i skutecznie wykonywać przysługujące im prawo do obrony. Ponadto, w każdym wypadku podejrzani lub oskarżeni mają dostęp do adwokata począwszy od najwcześniejszego spośród wskazanych terminów: przed przesłuchaniem przez Policję lub inny organ ścigania lub sądowny, w momencie prowadzenia czynności dochodzeniowych i dowodowych,

<sup>203</sup> Wśród innych rozwiązań jest pomysł stworzenia ustawowej definicji osoby podejrzanej i przyznania jej określonych uprawnień procesowych, np. R. Wojtuszek, *op. cit.*, s. 42 czy autorzy przywołani w artykule S. Steinborn, *Status...*, *op. cit.*, s. 1799, przypis 72.

<sup>204</sup> *Tamże*, s. 1800.

<sup>205</sup> *Tamże*, s. 1800.



niezwłocznie po pozbawieniu wolności, przed wezwaniem do stawiennictwa przed sądem karnym<sup>206</sup>.

Władze polskie przyjmują, iż przepisy krajowe w pełni odpowiadają regulacjom ww. dyrektywy. Posługuje się ona bowiem pojęciami podejrzanego i oskarżonego, których definicje ustawodawca polski rozumie tak, jak w przepisach k.p.k. O fakcie, iż regulacje dyrektywy należy rozumieć szerzej świadczy chociażby treść pkt. 21 preambuły dyrektywy. Wskazuje się w nim, że „w przypadku gdy osoba inna niż podejrzany lub oskarżony - na przykład świadek - staje się podejrzanym lub oskarżonym, osoba ta powinna być chroniona przed samooskarżeniem i ma prawo do nieskładania wyjaśnień, co potwierdza orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Dlatego też niniejsza dyrektywa zawiera wyraźne odniesienie do sytuacji, w której taka osoba staje się podejrzanym lub oskarżonym w czasie przesłuchania przez Policję lub inny organ ścigania w ramach postępowania karnego. Jeżeli w czasie takiego przesłuchania osoba inna niż podejrzany lub oskarżony staje się podejrzanym lub oskarżonym, przesłuchanie należy natychmiast zawiesić. Jednakże należy umożliwić kontynuowanie takiego przesłuchania, jeżeli dana osoba została poinformowana, że jest podejrzanym lub oskarżonym, i ma możliwość skorzystania w pełni z praw przewidzianych w niniejszej dyrektywie”.

Zastrzeżenia w zakresie pełnej implementacji dyrektywy wyraża również Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego. W opracowaniu pt. „Uwagi o stwierdzonych nieprawidłowościach i lukach w prawie”, stwierdza, że zakres podmiotowy dyrektywy obejmuje podejrzanych i oskarżonych, przy czym dyrektywa definiuje podejrzanego w sposób autonomiczny. Uwzględniając treść art. 2 ust. 1 i 3 dyrektywy, jak również punkt 21 preambuły dyrektywy, należy uznać, że w niektórych sytuacjach „podejrzanym” w myśl dyrektywy jest osoba mająca procesowy status „osoby podejrzananej” na gruncie prawa polskiego. W szczególności z art. 2 ust. 3 dyrektywy należy wywodzić, że status podejrzanego i związane z nim prawo dostępu do adwokata lub radcy prawnego przysługuje świadkowi, który w czasie składania zeznań zaczyna dostarczać informacji samooskarżających. Jak wprost napisano w punkcie 21 preambuły, w takich okolicznościach przesłuchanie należy natychmiast zawiesić, aby umożliwić osobie skorzystanie z uprawnień przewidzianych w dyrektywie. Standard określony w dyrektywie koresponduje w tym względzie ze stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego<sup>207</sup>

<sup>206</sup> Zob. art. 3 ust. 1 i 2 dyrektywy (Dz. Urz. UE L 294/1 z 6.11.2013 r.). Tożsame regulacje w stosunku do dzieci określa art. 6 i 18 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/800 z dnia 11 maja 2016 r. w sprawie gwarancji procesowych dla dzieci będących podejrzanymi lub oskarżonymi w postępowaniu karnym (Dz. Urz. UE L 132/1 z 21.05.2016 r.).

<sup>207</sup> Wyrok TK z dnia 11 grudnia 2012 r., K 37/11, OTK-A 2012, nr 11, poz. 133 – pkt III.2.3 uzasadnienia.

(...) i Sądu Najwyższego<sup>208</sup> (...) <sup>209</sup>. Podkreśla się również, że zastrzeżenia wywołuje brak precyzyjnego uregulowania możliwości przeprowadzenia przez podejrzanego konsultacji z obrońcą przed pierwszym przesłuchaniem w ramach instytucji przedstawienia zarzutów<sup>210</sup>.

Ilustracją naruszenia prawa do obrony na etapie postępowania przygotowawczego jest sprawa, w której Rzecznik Praw Obywatelski wniósł kasację<sup>211</sup>. Orzeczeniu sądu II instancji Rzecznik zarzucił rażące i mające istotny wpływ na jego treść naruszenie prawa procesowego, to jest art. 433 § 1 k.p.k. w zw. z art. 440 k.p.k. Polegało ono na tym, że Sąd II instancji rozpoznając apelację obrońcy wyszedł poza podniesione w niej zarzuty wyłącznie w zakresie dotyczącym kontrawencjonalizacji<sup>212</sup> czynu przypisanego Pawłowi W., a nie dostrzegł z urzędu, że wyrok Sądu I instancji jest rażąco niesprawiedliwy, albowiem zapadł z jaskrawą obrazą art. 6 ust. 1 w zw. z art. 6 ust. 3 lit. c EKPC. Sąd orzekający dokonał bowiem ustaleń o sprawstwie Pawła W. co do zarzucanego mu czynu w oparciu o wyjaśnienia złożone przez niego w postępowaniu przygotowawczym, pod nieobecności obrońcy, mimo że wówczas – z uwagi na deficyt intelektu – nie mógł on prowadzić swojej obrony w sposób samodzielny i racjonalny, co skutkowało ograniczeniem się przez Sąd odwoławczy do ukształtowania zaskarżonego wyroku tylko z uwzględnieniem korzystnej dla oskarżonego zmiany stanu prawnego, a nie naruszenia prawa do obrony.

Stan faktyczny był następujący.

*Paweł W. wyrokiem Sądu Rejonowego w P. z dnia 17 września 2013 r. został uznany za winnego tego, że w dniu 20 listopada 2012 r. znajdując się w stanie nietrzeźwości (1,15 mg/l i 1,14 mg/l alkoholu w wydychanym powietrzu) kierował rowerem po drodze publicznej, pomimo orzeczonego przez Sąd zakazu prowadzenia rowerów. Sąd Rejonowy w P. wymierzył mu karę czterech miesięcy pozbawienia wolności. Ponadto, Sąd orzekł wobec oskarżonego środek karny w postaci zakazu prowadzenia wszelkich pojazdów mechanicznych i rowerów na okres czterech lat i orzekł podanie wyroku do publicznej wiadomości poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń tegoż Sądu przez okres trzydziestu dni. Od powyższego wyroku apelację wywiódł obrońca oskarżonego zaskarżając go w całości.*

<sup>208</sup> Uchwała SN z dnia 26 kwietnia 2007 r., I KZP 4/07, OSNKW 2007, z. 6, poz. 45; uchwała SN z dnia 20 września 2007 r., I KZP 26/07, OSNKW 2007, z. 10, poz. 71.

<sup>209</sup> Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego, *Uwagi o stwierdzonych nieprawidłowościach i lukach w prawie*, Warszawa 2017, s. 86.

<sup>210</sup> *Tamże*, s. 87. Podobnie J. Kosonoga, *Przedstawienie i modyfikacja zarzutów a rola obrońcy* (w:) P. Wiliński (red.), *Obrońca i pełnomocnik w procesie karnym po 1 lipca 2015 r. Przewodnik po zmianach*, Warszawa 2015, s. 111.

<sup>211</sup> Pismo z dnia 14 marca 2017 r.; II.510.1281.2015.

<sup>212</sup> Kontrawencjonalizacja (inaczej depenalizacja częściowa) – przeniesienie czynu z kategorii przestępstw do kategorii wykroczeń.



*Sąd Okręgowy w P. dokonał zmiany orzeczenia Sądu Rejonowego w P. przyjmując, iż Paweł W. tym samym czynem wypełnił znamiona przestępstwa z art. 244 k.k. oraz wykroczenia z art. 87 § 1a k.w. Z treści pisemnego uzasadnienia Sądu Okręgowego wynikało, iż nie znalazł on podstaw do uwzględnienia apelacji obrońcy, zaś z urzędu dokonał modyfikacji zaskarżonego wyroku z powodu zmiany obowiązujących przepisów prawa, zgodnie z którymi prowadzenie na drodze publicznej, w strefie zamieszkania lub w strefie ruchu innego pojazdu niż pojazd mechaniczny, w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem podobnie działającego środka stanowi wykroczenie, a nie przestępstwo.*

Rzecznik ustalił, że Paweł W. będąc przesłuchiwanym w charakterze podejrzanego w dniu 30 listopada 2012 r. przez funkcjonariusza Policji podał, że leczy się neurologicznie od 9 roku życia; najpierw w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w P., a w dacie czynności w poradni w P. Następnie, przesłuchanie kontynuowano i oskarżony złożył wyjaśnienia, w których przyznał się do zarzucanego mu czynu oraz opisał okoliczności jego popełnienia. W toku dalszego postępowania prokurator je nadzorujący powziął wątpliwość, co do poczytalności oskarżonego, wobec czego postanowił zasięgnąć opinii dwóch biegłych psychiatrów i wskazał im okoliczności, które winny zostać przez nich stwierdzone bądź wykluczone.

Ze sporządzonej przez biegłych opinii sądowo-psychiatrycznej wynikało, że stan psychiczny Pawła W. w odniesieniu do czynu, o jaki był podejrzany nie zniósł ani nie ograniczał jego zdolności do rozpoznania znaczenia czynu ani zdolności do pokierowania swoim postępowaniem. Nadto biegli stwierdzili, iż Paweł W. dobrze rozumie istotę zarzucanego mu czynu i jego konsekwencje. Wreszcie zdaniem biegłych mógł stawać przed Sądem, a jego poczytalność nie budziła wątpliwości.

Rzecznik Praw Obywatelskich nie kwestionując opisanych wyżej konkluzji biegłych, wskazał na inne poczynione przez nich spostrzeżenia i ustalenia. Otóż, biegli zauważyli, że oskarżony np. odpowiadając na pytania używa uboższego zasobu słów i pojęć. Ponadto, rozpoznali u Pawła W. organiczne zaburzenia osobowości z deficytem intelektu oraz szkodliwe picie alkoholu. Poziom intelektu określili jako niski.

Owe mankamenty oskarżonego rzutowały na możliwość podjęcia przez niego samodzielnej, racjonalnej obrony, co zostało dostrzeżone przez sąd orzekający już przy pierwszej osobistej styczności z podsądnym. Na pierwszym terminie rozprawy głównej przewodnicząca składu orzekającego stwierdziła, iż oskarżony ma kłopoty z wymową – jąka się oraz ma problemy z właściwym, konkretnym sformułowaniem wypowiedzi. Następnie, przewodnicząca zarządziła, na podstawie art. 79 § 2 k.p.k., ustanowienie dla oskarżonego obrońcy z urzędu.

Na kolejny termin rozprawy Paweł W. się nie stawił, mimo że został o nim prawidłowo zawiadomiony, a jego prawnych interesów bronił substytut obrońcy z urzędu – aplikant adwokacki. W tej sytuacji, Sąd postanowił prowadzić postępowanie bez udziału oskarżonego, a następnie m.in. odczytał uprzednio złożone przez Pawła W. wyjaśnienia, a także uznał za ujawnione bez odczytywania i zaliczył w poczet materiału dowodowego inne dokumenty.

Treść pisemnych wywodów zawartych w uzasadnieniu wyroku Sądu Rejonowego w P. uprawnia do wniosku, iż w oparciu o wyjaśnienia Pawła W. z postępowania przygotowawczego, sąd dokonał ustaleń faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia. Postępowanie to zostało zakwestionowane przez obrońcę w apelacji, jednakże jedynie z tego względu, że nie były one niebudzące wątpliwości, z uwagi na stwierdzone u oskarżonego „niski intelekt”, jego problemy z pamięcią, przyjmowanie leków w związku z leczeniem neurologicznym.

Sąd Okręgowy w P. dokonując kontroli odwoławczej zaskarżonego wyroku nie ograniczył się tylko i wyłącznie do rozpoznania zarzutów oraz wniosków zaprezentowanych w apelacji obrońcy, gdyż z urzędu dokonał modyfikacji zaskarżonego wyroku, podyktowanej kontrawencjonalizacją. W ocenie Rzecznika, Sąd Okręgowy w P. pozostawił poza polem widzenia najważniejsze zagadnienie wyłaniające się na tle wyjaśnień Pawła W. złożonych przez niego w postępowaniu przygotowawczym, a mianowicie, czy jest dopuszczalne ich procesowe wykorzystanie.

W ocenie RPO widoczna „na pierwszy rzut oka” nieporadność Pawła W., wynikająca z deficytu intelektualnego, czyniła koniecznym udział obrońcy przy pierwszej czynności przesłuchania Pawła W. w charakterze podejrzanego, aby można było mówić o rzetelnym procesie w ujęciu art. 6 ust 1 w zw. z art 6 ust. 3 lit. c EKPC. W świetle ugruntowanej linii orzeczniczej ETPC, gwarancje wpływające z art. 6 Konwencji, zwłaszcza prawo do obrony, mają zastosowanie do postępowania przygotowawczego, jeżeli ten początkowy etap był prowadzony sprzecznie z wymogami powyższego artykułu, wskutek czego doszło do poważnego naruszenia rzetelności późniejszego postępowania sądowego.

We wniesionej kasacji RPO powołał się również na postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2013 r. (sygn. akt III KK 327/12)<sup>213</sup>, w którym SN przeprowadził pogłębioną analizę dotychczasowego dorobku ETPC dotyczącego omawianej materii i skonkludował, że sam brak obrońcy podczas pierwszego przesłuchania w postępowaniu przygotowawczym podejrzanego nie stanowi przeszkody do wykorzystania na rozprawie złożonych w takich warunkach jego wyjaśnień, ze względu na treść art. 6 ust 1 w zw. z art. 6 ust. 3 lit. c EKPC, o ile nie wystąpiła obiektywnie istniejąca podatność podejrzanego na pokrzywdzenie. Sąd Najwyższy podał przykładowo, odwołując się do indywidualnych spraw zawisłych przed ETPC, iż podatność taka może być związana z wiekiem podej-

<sup>213</sup> OSNKW 2013/7/60, Biul.SN 2013/7/20.





rzanego, bezradnością wywołaną czynnikami społecznymi lub stanem zdrowia (w tym uzależnieniem od narkotyków lub alkoholu).

RPO zauważył, iż **niewątpliwie Paweł W. – z uwagi na deficyt intelektu – w trakcie przesłuchania przez funkcjonariusza Policji był podatny na pokrzywdzenie, co powodowało, że złożone wówczas przez niego wyjaśnienia, pod nieobecność obrońcy, nie mogły stać się podstawą do poczynienia przez Sąd I instancji istotnych dla odpowiedzialności karnej oskarżonego ustaleń faktycznych, czy też służyć sądowi odwoławczemu jako argument dla uznania zarzutów podniesionych przez obrońcę za bezzasadne.**

W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich zaistniała w niniejszej sprawie uchybienie powoduje właśnie, iż proces Pawła W. nie spełniał standardów rzetelnego procesu<sup>214</sup>.

Podsumowując należy stwierdzić, iż w obecnym stanie prawnym prawo do obrony w postępowaniu przygotowawczym do momentu postawienia zarzutów (uzyskania statusu podejrzanego) ma charakter iluzoryczny i abstrakcyjny. Charakter realny i efektywny uzyska w momencie dokonania zmian w przepisach k.p.k.

Organy międzynarodowe sygnalizują jeszcze jeden aspekt, związany z obecnością obrońcy (pełnomocnika) od pierwszych chwil pozbawienia wolności. Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) zwrócił również uwagę na kluczowe znaczenie pierwszych chwil po zatrzymaniu jako potencjalnie najbardziej niebezpiecznych z punktu widzenia ryzyka niewłaściwego traktowania osoby pozbawionej wolności. W ocenie Komitetu ryzyko zaistnienia przemocy fizycznej lub zastraszania osoby pozbawionej wolności jest bowiem największe w okresie następującym bezpośrednio po pozbawieniu człowieka wolności. W celu ochrony osób przebywających w policyjnym areszcie, które mogą być narażone na tortury i niehumanitarne traktowanie, wszystkie państwa muszą wypracować odpowiedni system pomocy prawnej dla tych osób, których sytuacja nie pozwala na poniesienie przez nie kosztów profesjonalnego pełnomocnika procesowego<sup>215</sup>.

Na ten aspekt prawa do obrony, ale także na zapobieganie torturom oraz innym formom niewłaściwego traktowania zwrócił uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich w wystąpieniu generalnym skierowanym do Ministra Sprawiedliwości<sup>216</sup>.

### **b) w postępowaniu rozpoznawczym**

Jak już wskazano, na etapie postępowania rozpoznawczego oskarżony musi mieć obrońcę w określonych w przepisach okolicznościach. Mając na uwadze

<sup>214</sup> Postanowieniem z dnia 27 czerwca 2017 r. (II KK 82/17) Sąd Najwyższy oddalił kasację RPO.

<sup>215</sup> Zob. § 26 Report on the visit to Poland carried out by the CPT from 26 November to 8 December 2009 r., CPT/Inf (2011) 20. Podobnie wypowiada się Komitet Praw Człowieka ONZ. Zob. Concluding observations of the Human Rights Committee, CCPR/C/POL/CO/6.

<sup>216</sup> Pismo z dnia 18 kwietnia 2017 r., KMP.570.3.2017.

przedmiot całego opracowania, analiza prawa do obrony będzie prowadzona jedynie w stosunku do pewnych grup osób.

Jak stanowi art. 79 § 1 pkt 2 k.p.k. oskarżony musi mieć obrońcę jeżeli jest głuchy, niemy lub niewidomy. Te ograniczenia sensoryczne są tak istotne, że ustawodawca przyjmuje, że oskarżony musi mieć obrońcę, który pomoże mu w sposób rozsądny prowadzić obronę. W doktrynie i orzecznictwie wskazuje się, iż upośledzenia zmysłów wskazane w art. 79 § 1 pkt 2 k.p.k. muszą być takie, że znoszą funkcjonowanie danego zmysłu<sup>217</sup>, a tym samym uniemożliwiają samodzielny obronę. Upośledzenia utrudniające jedynie obronę i porozumienie się z oskarżonym (niedosłyszanie, niedowidzenie, mowa bełkotliwa itd.) powinny być kwalifikowane z art. 79 § 2 k.p.k.<sup>218</sup>.

Na kanwie tej przesłanki obrony obligatoryjnej należy spojrzeć na sytuację osób, które nie potrafią czytać i pisać.

W doktrynie przyjmuje się, iż analfabetyzm nie jest równoznaczny z okolicznością bycia osobą niemą, w rozumieniu art. 79 § 1 pkt 2 k.p.k. Wskazuje się, że „tego rodzaju utożsamianie pojęć jest nieuprawnione i obarczone swego rodzaju błędem przesunięcia kategoryjnego. Analfabetyzm jest rozumiany jako brak umiejętności pisania i czytania oraz wykonywania czterech podstawowych działań matematycznych u osób dorosłych. Nie stanowi on postaci zaburzenia mowy i występuje niezależnie od ewentualnego jej upośledzenia”<sup>219</sup>. Słusznie jednak podnosi Sąd Apelacyjny w Krakowie w postanowieniu z dnia 28 października 2002 r.<sup>220</sup>, że analfabetyzm jest tak poważnym utrudnieniem obrony w fazach wymagających sporządzenia tekstów pisemnych, jak wnioski i zażalenie, że wręcz uniemożliwia swobodne, nieskrępowane komunikowanie się z sądami, a oddaje osobę nim dotkniętą w zależność od dobrej woli innych, posiadających sztukę pisania. W tej sytuacji prawo skazanego do sądu zależy od innych osób. Dlatego należy ustanowić skazanemu obronę z urzędu, by proces był rzetelny (...) **Analfabeta nie mogąc wypowiadać się na piśmie jest w tej formie niemy, jakby nie władał językiem polskim.** Sąd Apelacyjny zauważa, iż jest to stan rzadko obecnie w Polsce występujący i może dlatego zapomniany<sup>221</sup>. Trzeba wskazać, iż wśród osób z niepełnosprawnościami intelektualnymi lub psychicznymi, z którymi spotkali się przedstawiciele Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, wiele osób nie posiadało umiejętności pisania i czytania.

<sup>217</sup> Zob. postanowienie SN z dnia 10 marca 1997 r., III KKN 155/96, Prok. i Pr. - wkł. 1997, nr 7-8, poz. 8.

<sup>218</sup> T. H. Grzegorzczak, *Kodeks postępowania karnego. Komentarz, T. I, Artykuły 1-467*, LEX, 2014. Za rozszerzającą interpretacją tych niesprawności opowiedzieli się J. Satko, A. Seremet, *Przesłanki obowiązkowej obrony oskarżonego głuchego, niemego lub niedowidzącego*, Paestra 1995, nr 9-10, s. 37; R. Jamroży, *Obrona obligatoryjna w procesie karnym*, NKPK 2000, t. VI, s. 129.

<sup>219</sup> J. Kosonoga, *Przesłanki obrony obligatoryjnej w postępowaniu wykonawczym (w:) Pozbawienie wolności – funkcje i koszty. Księga jubileuszowa Profesora Teodora Szymanowskiego*, A. Rzepliński, I. Rzeplińska, M. Niełacna, P. Wiktorska (red.), Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 519.

<sup>220</sup> Sygn. akt II AKz 456/02; *Krakowskie Zeszyty Sądowe* 2002, nr 10, poz. 59.

<sup>221</sup> Ze wskazaną tezą nie zgadzają się niektórzy autorzy, por. T. H. Grzegorzczak, *Kodeks... , op. cit.*, J. Kosonoga, *Przesłanki... , op. cit.*, s. 519.



Przyjęcie tezy, iż osoba nie umiejąca czytać i pisać jest niema w zakresie języka pisanego i dlatego potrzebuje obligatoryjnie obrońcy, ma uzasadnienie również w fakcie, że postępowanie karne charakteryzuje się zasadą pisemności. Oczywiście oskarżony, podejrzany czy skazany mogą przedkładać sądowi oświadczenia ustne, niemniej jednak w przypadku środków odwoławczych, obowiązuje zasada pisemności (art. 428 § 1 k.p.k.). Także wszelkie oświadczenia składane poza rozprawą muszą mieć formę pisma procesowego, którego warunki określa art. 119 k.p.k. W takiej sytuacji osoba, nie umiejąca czytać i pisać nie jest w stanie samodzielnie prowadzić obrony i jest w pełni zależna od dobrej woli osób trzecich. Trzeba również mieć na uwadze, że także organy prowadzące postępowanie, kierują pisma do stron dając możliwość korzystania z pewnych uprawnień procesowych, bądź żądając ewentualnie wypowiedzenia się w określonym terminie, którego niezachowanie niweczy uprawnienie strony. W takiej sytuacji osoba nieumiejąca czytać i pisać, również nie będzie mogła skutecznie prowadzić swojej obrony. Można powiedzieć, że brak możliwości czytania i pisania jest to okoliczność, którą sąd może wziąć pod uwagę w oparciu o dyspozycję art. 79 § 2 k.p.k., który stanowi, że oskarżony musi mieć obrońcę również wtedy, gdy sąd uzna to za niezbędne ze względu na inne okoliczności utrudniające obronę. Trzeba jednak zauważyć, iż art. 79 § 2 k.p.k. warunkuje przyznanie obligatoryjnej obrony („musi mieć obrońcę”) od decyzji sądu i uznania przez ten sąd, że zaistniały okoliczności, które obronę utrudniają. Wydaje się, iż nie każdy sąd będzie skory przyznać, iż analfabetyzm jest taką okolicznością, szczególnie kierując się wskazaniem niektórych przedstawicieli doktryny. Z tego względu przyjęcie interpretacji rozszerzającej pojęcia „niemy”, szczególnie, że jest ona na korzyść oskarżonego i wzmacnia jego prawo do obrony, jest dopuszczalne. Ponadto, nieprzyswojenie umiejętności czytania i pisanie w obecnych warunkach społecznych, powinno wzbudzić w sądzie uzasadnione przypuszczenie, że trudności w tym zakresie mogą mieć podłoże natury psychicznej lub ograniczeń intelektualnych. Przyjęcie takiej interpretacji obliguje sąd do ustanowienia obrońcy i nie uzależnia obrony obligatoryjnej od uznania sądu, które ma miejsce na gruncie art. 79 § 2 k.p.k.

W jednej ze spraw Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do właściwego Sądu Okręgowego<sup>222</sup> o rozważenie wznowienia postępowania na korzyść obwinionego Arkadiusza G.

*Arkadiusz G. jest osobą, u której jak wynika z opinii sądowo – psychiatrycznej nie rozpoznano choroby psychicznej, cierpi on na upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym. W trakcie rozmowy z pracownikiem KMP*

<sup>222</sup> Właściwy Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 17 maja 2016 r. wznowił postępowanie w tej sprawie, uchylił wyrok nakazowy Sądu Rejonowego w N. i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania.

*osadzony posługiwał się ubogim zakresem słownictwa, w zachowaniu przypominał kilkuletnie dziecko. Nie potrafił czytać i pisać. Karę pozbawienia wolności odbywał w oddziale terapeutycznym. Pozostawał pod stałą opieką psychologiczną i medyczną, z których regularnie korzystał. Program terapeutyczny realizował z trudem, wymagał stałej mobilizacji i kontroli.*

*Wyrokiem nakazowym z dnia 20 lutego 2015 r. Arkadiusz G. został uznany za winnego popełnienia wykroczenia z art. 124 § 1 kw i została mu wymierzona kara 1 miesiąca ograniczenia wolności z obowiązkiem wykonywania nieodpłatnej dozorowanej pracy na cele społeczne. Odpis wyroku z pouczeniem o terminie i środku zaskarżenia został prawidłowo doręczony. Wyrok uprawomocnił się w dniu 12 marca 2015 r.*

*Prawomocnym postanowieniem z dnia 11 września 2015 r. Sąd Rejonowy w N. określił zastępczą karę 15 dni aresztu za karę 1 miesiąca ograniczenia wolności. Odpis postanowienia z pouczeniem o terminie i środku zaskarżenia został prawidłowo doręczony, a po uprawomocnieniu się orzeczenia, sąd skierował orzeczenie do wykonania.*

*Z akt sprawy wynika, że żaden dowód, na etapie postępowania sądowego jak i na etapie postępowania wykonawczego, do czasu prawomocnego zakończenia postępowania w przedmiocie orzeczenia zastępczej kary aresztu, nie wskazywał, aby sąd mógł i powinien powziąć wątpliwość co do stanu zdrowia psychicznego obwinionego. Obwiniony przy złożeniu wyjaśnień podał, że nie leczy się i nie leczył psychiatrycznie, neurologicznie ani od uzależnień.*

*Opinia sądowo-psychiatryczna wydana przez dwóch biegłych psychiatrów do postępowania w innej sprawie Sądu Rejonowego w N., m.in. co do podobnego czynu z art. 124 § 1 kw wskazuje, że Arkadiusz G. nie umie czytać ani pisać, ukończył klasę życia, ma patologicznie uwarunkowane zaburzenia w sferze kontroli emocji, a stan psychiczny uwarunkowany jest zmianami organicznymi centralnego układu nerwowego.*

Rzecznik podniósł, że opinia, wskazująca na wystąpienie okoliczności, o jakich mowa w art. 31 § 2 kk (przyjęta w treści wyroku) nie wiąże sądu orzekającego w innej sprawie. Jednak odnosząc ją do realiów sprawy Sądu Rejonowego w N. uzasadnia stwierdzenie, że po prawomocnym zakończeniu postępowania w tej sprawie ujawnił się nowy, nieznaný przedtem sądowi dowód, który może stanowić przesłankę do wznowienia z urzędu postępowania zakończonego prawomocnym orzeczeniem sądu.

Przesłanki, które wprost stanowią o zaburzeniach psychicznych, są określone w art. 79 § 1 pkt 3 i 4 k.p.k. Trzeba zauważyć, iż istotna zmiana art. 79 k.p.k. w tym zakresie nastąpiła w dniu 1 lipca 2015 r. Przed tą datą art. 79 § 1 pkt 3 k.p.k. stanowił, że w postępowaniu karnym oskarżony musi mieć obrońcę, jeżeli zachodzi uzasadniona wątpliwość co do jego poczytalności. Obecnie w postępowaniu



karnym oskarżony musi mieć obrońcę, jeżeli zachodzi uzasadniona wątpliwość, czy jego zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania swoim postępowaniem nie była w czasie popełnienia tego czynu wyłączona lub w znacznym stopniu ograniczona (art. 79 § 1 pkt 3 k.p.k.) oraz w sytuacji, gdy zachodzi uzasadniona wątpliwość, czy stan jego zdrowia psychicznego pozwala na udział w postępowaniu lub prowadzenie obrony w sposób samodzielny oraz rozsądny (art. 79 § 1 pkt 4 k.p.k.).

Przed zmianą z dnia 1 lipca 2015 r. art. 79 § 1 pkt 3 k.p.k. nie rozgraniczał poczytalności w czasie popełnienia czynu zabronionego (*tempore criminis*) i w czasie prowadzenia postępowania karnego (*tempore procedendi*). Praktykę orzeczniczą kształtowano, kierując się uchwałą Sądu Najwyższego (7 sędziów) z dnia 21 stycznia 1970 r.<sup>223</sup>. Zgodnie z nią istnienie uzasadnionej wątpliwości co do poczytalności oskarżonego w chwili popełnienia przestępstwa (ograniczenie zdolności rozpoznania czynu lub kierowania postępowaniem) albo w czasie postępowania karnego (ograniczenie możliwości skutecznej obrony) powoduje obligatoryjną obronę (art. 79 § 1 lit. c) i art. 80 § 2 k.p.k. z 1928 r. bądź art. 70 § 1 pkt 2 i 74 § 1 k.p.k. z 1969 r.) i potrzebę wydania przez biegłych lekarzy opinii o stanie psychicznym oskarżonego.

Przyjmowano również, w myśl kolejnej uchwały 7 sędziów SN z dnia 16 czerwca 1977 r.<sup>224</sup>, iż dopuszczenie dowodu z opinii biegłych lekarzy psychiatrów o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego (art. 183 k.p.k.) jest równoznaczne z istnieniem „uzasadnionej wątpliwości” co do jego poczytalności i powoduje obligatoryjną obronę (art. 70 § 1 pkt 2 i art. 74 § 1 k.p.k.).

Zmiana dokonana 1 lipca 2015 r. poprzez odrębne traktowanie ułomności psychicznych w czasie popełnienia czynu zabronionego (*tempore criminis*) i w czasie prowadzenia postępowania karnego (*tempore procedendi*) jest ze wszecch miar słuszna, tak samo jak odstępianie od używania pojęcia poczytalności<sup>225</sup>. Ustawodawca dał temu wyraz w uzasadnieniu do zmiany ustawy z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw<sup>226</sup> wskazując, iż odchodzi od trudnego do zdefiniowania pojęcia „poczytalności”<sup>227</sup>. Jednocześnie zaznaczono, iż nowe brzmienie przepisów art. 79 § 1 pkt 3 i 4 k.p.k. eliminuje mankament powstały w wyniku nowelizacji dokonanej w 2003 r., polegający na odniesieniu użytego w dotychczasowej

<sup>223</sup> Sygn. akt VI KZP 23/69.

<sup>224</sup> Sygn. akt VII KZP 11/77, OSNKW 1977/7-8/68, Lex Nr 19272.

<sup>225</sup> Na problemy z interpretacją pojęcia „poczytalności w czasie postępowania” wskazuje M. Zbrojewska, Zob. M. Zbrojewska, *Glosa do postanowienia SN z dnia 29 czerwca 2010 r.*, I KZP 6/10, Lex/el. 2011.

<sup>226</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 1247.

<sup>227</sup> W doktrynie podnoszono, że „pojęcie „poczytalności” jest tworem sztucznym, nieposiadającym bezpośrednich desygnatów w nauce psychiatrii, co tylko dodatkowo komplikowało opiniowanie w tym zakresie”. Zob. P. Nycz, *Obrona obligatoryjna związana ze stanem psychiki oskarżonego – uwagi na marginesie postanowienia SN z 29 czerwca 2010 r.*, I KZP 6/10, CPKiNP, 2011, z. 3, s. 57.

treści art. 79 § 4 k.p.k. pojęcia poczytalności nie tylko do chwili popełnienia czynu, ale także do czasu trwania postępowania karnego.

W doktrynie wskazywano, że posługiwanie się tym samym pojęciem „poczytalności” zarówno w znaczeniu materialnoprawnym, tj. w odniesieniu do stanu psychicznego relewantnego z punktu widzenia prawa karnego materialnego (*tempore criminis*), jak i do stanu psychicznego istotnego z punktu widzenia prawa karnego procesowego (*tempore procedendi*), mogłoby prowadzić do paradoksu, że pomimo identycznego stanu psychicznego oskarżonego zarówno w chwili popełnienia przestępstwa, jak i w czasie postępowania, mógłby on być potraktowany równocześnie jako „poczytalny” (w tym pierwszym znaczeniu) i „niepoczytalny” lub „nie w pełni poczytalny” (w tym drugim znaczeniu), gdyby mimo zdolności do rozpoznania znaczenia czynu i kierowania swoim postępowaniem *tempore criminis* okazał się jednocześnie „psychicznie niezdolny” do udziału w postępowaniu<sup>228</sup>.

Słusznie zauważa się, że po zmianie art. 79 § 1 pkt 3 k.p.k. nie budzi wątpliwości, że przepis ten nawiązuje do stanów określonych w art. 31 § 1 i 2 k.k. Chodzi zatem o sytuację, gdy określone okoliczności wskazują, że z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych oskarżonego, zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania swoim postępowaniem nie była w czasie popełnienia tego czynu wyłączona lub w znacznym stopniu ograniczona. Oznacza to, że uzasadniona wątpliwość dotyczy tego, czy oskarżony w czasie popełnienia czynu był niepoczytalny lub miał poczytalność ograniczoną w stopniu znacznym. Wprawdzie w przepisie tym (art. 79 § 1 pkt 3 k.p.k.) nie użyto tych określeń, lecz odwołano się do treści charakteryzujących te stany i to pozwala na użycie tych określeń<sup>229</sup>.

Z kolei przesłanki określone w art. 79 § 1 pkt 4 k.p.k. służą ocenie możliwości realizacji przez oskarżonego przysługującego mu prawa do obrony w toku postępowania karnego, prowadzenia samodzielnej i efektywnej obrony. Celem posłużenia się w tym przypadku przesłankami „samodzielności” i „rozsądnego sposobu prowadzenia obrony”, było wskazanie na kryteria zobiektywizowane, lecz jednocześnie odwołujące się do pewnego wzorca przeciętnego zachowania, w którym istnieje faktyczna możliwość oceny własnego zachowania i realizacji przyznanych uprawnień<sup>230</sup>.

Trzeba zauważyć, iż obecne brzmienie art. 79 § 1 pkt 4 k.p.k. wskazuje na stan zdrowia psychicznego pozwalający na udział w postępowaniu. Jeżeli są w tej mierze uzasadnione wątpliwości zachodzi obowiązek ustanowienia obrońcy.

<sup>228</sup> R. A. Stefański, *Konstytucyjne prawo do obrony a obrona obligatoryjna w świetle noweli z dnia 27 września 2013 r.* (w:) Opracowanie zbiorowe, *Prawo do obrony w postępowaniu penalnym. Wybrane aspekty*, Wyd. BRPO, Warszawa 2014, s. 23. Podobnie, P. Nycz, *Obrona...*, *op. cit.*, s. 58.

<sup>229</sup> R. A. Stefański, *Konstytucyjne...*, *op. cit.*, s. 22.

<sup>230</sup> Por. Uzasadnienie do zmiany ustawy z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1247).



R.A. Stefański podaje, że wskazanie w tym przepisie na stan zdrowia psychicznego oznacza, że „chodzi o utrzymywanie się przez pewien czas sposobu odczuwania i postrzegania rzeczywistości oraz reagowania na nią, będący wynikiem działania pewnych bodźców. Ponadto, powiązanie tego stanu z możliwością udziału w postępowaniu lub prowadzeniem obrony w sposób samodzielny oraz rozsądny dowodzi, że w przepisie tym nie chodzi o dodatni stopień zdrowia psychicznego w znaczeniu braku objawów zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Powiązanie to wykazuje, że chodzi o ujemny stopień zdrowia psychicznego, charakteryzujący się zaburzeniami psychicznymi”<sup>231</sup>.

Druga z przesłanek odnosi się do możliwości prowadzenia obrony, która ma przebiegać w sposób samodzielny oraz rozsądny. Wskazuje się, iż prowadzenie obrony przy zastosowaniu ww. określeń oznacza, że „oskarżony jest zdolny do działania z rozumą, z rozsądkiem podejmować działania w procesie, posiada umiejętność trafnego, realnego oceniania sytuacji i właściwego zachowania się wobec niej, skłonny jest do namysłu i refleksji nad działaniem”<sup>232</sup>. Dostrzega się również, że w niektórych stanach faktycznych może być problem z oceną przez organ procesowy, czy obrona jest rozsądna, skoro organ nie zna rzeczywistych intencji podejmowania określonych działań przez stronę. W doktrynie wskazuje się, że błędne przyjęcie, iż oskarżony prowadzi nierozsądną obronę może też wynikać ze stereotypowego postrzegania problematyki procesowej i przekonania, że łagodniejszy wymiar kary jest zawsze korzystny dla oskarżonego<sup>233</sup>.

Ocena dokonana przez organ procesowy nie powinna pogarszać sytuacji procesowej oskarżonego. Ponadto wydaje się, iż zmiana art. 79 § 1 k.p.k. dokonana z dniem 1 lipca 2015 r., odrzucając pojęcie poczytalności i rozdzielając przesłanki ustanowienia obligatoryjnego obrońcy, akcentuje w większym stopniu niepełnosprawność intelektualną, która może być przeszkodą do prowadzenia obrony samodzielnie i w sposób rozsądny. Trzeba bowiem zauważyć, iż osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają utrudnioną obronę, często nie zdając sobie do końca sprawy z wszelkich konsekwencji składanych przed różnymi organami oświadczeń. Przed wskazaną zmianą poczytalność była bardziej łączona z występującymi zaburzeniami psychicznymi w sensie choroby psychicznej, niż

<sup>231</sup> R. A. Stefański, *Konstytucyjne...*, *op. cit.*, s. 25.

<sup>232</sup> *Tamże*, s. 27.

<sup>233</sup> S. Ładoś, *Wątpliwości co do stanu zdrowia psychicznego jako przesłanka obligatoryjnej obrony formalnej* (w:) *Opracowanie zbiorowe, Prawo do obrony w postępowaniu penalnym. Wybrane aspekty*, Wyd. BRPO, Warszawa 2014, s. 91. Autor tytułem przykładu wskazał sytuację procesową, w której oskarżony składa wniosek o dobrowolne poddanie się karze pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres dwóch lat próby w sytuacji, gdy oskarżyciel publiczny skłonny jest zaakceptować wymiar samoistnej kary grzywny. Jak podaje autor taka postawa oskarżonego – na pierwszy rzut oka – może być przejawem skrajnie niekorzystnego działania na swą niekorzyść. Z drugiej strony postawa ta może wynikać z dążenia do orzeczenia kary, z którą wiąże się krótszy okres prowadzący do zatarcia skazania, co ma dla oskarżonego pierwszorzędne znaczenie chociażby ze względu na wykonywany zawód.

z niepełnosprawnością intelektualną, mimo że na gruncie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, określenie osoba z zaburzeniami psychicznymi, jest odnoszone również do osób upośledzonych umysłowo<sup>234</sup>.

Nie wyznaczenie obrońcy w sytuacji, gdy jego udział w postępowaniu sądowym jest obligatoryjny, stanowi bezwzględną przyczynę odwoławczą określoną w art. 439 § 1 pkt 10 k.p.k. **Trzeba wskazać, iż przywołany artykuł odnosi się jedynie do etapu postępowania sądowego, co wydaje się nie być właściwe, skoro prawo do obrony i korzystania z obrońcy, jest gwarantowane również na etapie przedsądowym, a uchybienia w tym względzie często nie mogą być „naprawione” na etapie postępowania sądowego.**

W sprawach, które były przedmiotem zainteresowania RPO dostrzeżono, iż w kilku prowadzonych postępowaniach rozpoznawczych sąd zaniechał wyjaśnienia wszystkich istotnych okoliczności, dotyczących stanu zdrowia psychicznego oskarżonego, w sytuacji, gdy ze zgromadzonego w aktach sprawy materiału dowodowego wynikało, iż wątpliwości w tym przedmiocie należało powziąć.

Ilustracją takiej sytuacji jest sprawa<sup>235</sup>, w której RPO wniósł kasację na korzyść oskarżonego, a kasacja została zgodnie z wnioskiem Rzecznika uwzględniona<sup>236</sup>.

*M. K., którego sprawa dotyczy nie był ubezwłasnowolniony. Po przebadaniu w ośrodku diagnostycznym stwierdzono, że „badany jest osobą upośledzoną umysłowo w stopniu umiarkowanym, uzależnioną od alkoholu w fazie psychodegradacji. Z uwagi na zaburzenia osobowości i zachowania uwarunkowane organicznymi uszkodzeniami CUN (urazy głowy, wieloletnia intoksykacja alkoholowa) oraz obniżoną sprawność intelektualną nie kwalifikował się do leczenia odwykowego w warunkach oddziału terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od alkoholu”. W orzeczeniu psychologiczno-penitencjarnym przyjęto, że „wskazane jest skierowanie go do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w oddziale dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo w celem przepracowania między innymi problemu uzależnienia”.*

*Sąd Rejonowy w R. wyrokiem zaocznym z dnia 26 kwietnia 2013 r. uznał M. K. za winnego tego, że w dniu 29 listopada 2012 r. w miejscowości S. po*

<sup>234</sup> Na gruncie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, określenie osoba z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się do osoby:

- a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),
- b) upośledzonej umysłowo,
- c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym (art. 3 pkt 1 u.o.z.p.).

<sup>235</sup> II.511.611.2016. Pełna treść kasacji RPO i orzeczenia SN – zob. załącznik 5.

<sup>236</sup> Podobną argumentację RPO przedstawił w innej sprawie II.511.125.2016, a wyrokiem z dnia 3 listopada 2016 r. SN (sygn. akt IV KK 184/16) kasację uwzględnił. Zob. Załącznik 5.





*uprzednim wybiciu szyby w pomieszczeniu po byłej stolarni dostał się do wnętrza budynku, skąd zabrał w celu przywłaszczenia różnego rodzaju elementy metalowe służące obróbce drewna, powodując stratę o łącznej wartości 500 zł na szkodę Wojciecha S., tj. przestępstwa z art. 279 § 1 k.k.*

*Za ten czyn Sąd wymierzył karę jednego roku pozbawienia wolności. Działając na podstawie art. 63 § 1 k.k. na poczet orzeczonej wobec oskarżonego kary Sąd Rejonowy zaliczył okres rzeczywistego pozbawienia wolności w sprawie. Wobec niezaskarżenia rozstrzygnięcia, orzeczenie uprawomocniło się z dniem 25 maja 2013 r. Pisemne uzasadnienie wyroku nie zostało sporządzone.*

W ocenie RPO, przedmiotowy wyrok został wydany z rażącym i mającym istotny wpływ na jego treść naruszeniem przepisów prawa procesowego, to jest art. 366 § 1 k.p.k. (w brzmieniu obowiązującym w dacie orzekania), polegającym na zaniechaniu wyjaśnienia wszystkich istotnych okoliczności, dotyczących stanu zdrowia psychicznego, niedorozwoju umysłowego lub innych zaburzeń psychicznych oskarżonego, w sytuacji, gdy ze zgromadzonego w aktach sprawy materiału dowodowego wynika, że M. K. był już uprzednio skazany z zastosowaniem art. 31 § 2 k.k., w wyniku czego doszło do rażącego naruszenia prawa do obrony, wynikającego z art. 42 ust. 2 Konstytucji RP, skonkretyzowanego w art. 6 k.p.k.

W toku postępowania przygotowawczego przesłuchiwany M. K. wskazywał, że jest osobą zdrową. Akt oskarżenia nie zawierał również informacji odnośnie zdrowia psychicznego oskarżonego. Według Rzecznika, w niniejszej sprawie zachodziły jednak przesłanki do powzięcia uzasadnionej wątpliwości co do stanu zdrowia oskarżonego, w tym jego poczytalności. Uszło uwadze sądu, że w materiale dowodowym zgromadzonym w aktach sprawy znajdują się informacje o dotychczasowej karalności M. K., z których wprost wynika, że był on już karany z zastosowaniem art. 31 § 2 k.k. w sprawie prowadzonej przez Sąd Rejonowy w L.

Zgodnie z treścią art. 366 § 1 k.p.k. (w brzmieniu obowiązującym w dniu orzekania w niniejszej sprawie) powyższy stan obligował przewodniczącego do wyjaśnienia istotnych okoliczności sprawy. Rolą przewodniczącego było takie prowadzenie postępowania karnego, by podstawę wszelkich rozstrzygnięć stanowiły prawdziwe ustalenia faktyczne (art. 2 § 2 k.p.k.). Okolicznością o takim charakterze jest niewątpliwie stan zdrowia psychicznego oskarżonego, tj. wystąpienie choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub innego zaburzenia psychicznego.

Materiał dowodowy zgromadzony w aktach sprawy powinien wzbudzić w Sądzie wątpliwości co do ewentualnego stanu zdrowia oskarżonego i jego możliwości rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem. Kierując się dyrektywą z art. 366 § 1 k.p.k. skład orzekający przede wszystkim zobligowany był dążyć do wyjaśnienia i ustalenia, czy wątpliwości te mają

charakter uzasadniony również w tym postępowaniu. Powinien tę okoliczność wyjaśnić tym bardziej, gdy oskarżony mimo prawidłowego wezwania nie stawiał się na termin rozprawy, nie usprawiedliwił swojej nieobecności oraz nie wniósł o odroczenie rozprawy.

RPO wskazał, że nie przesądzając jakie powinno zapaść rozstrzygnięcie co do meritum postępowania, kwestie odnoszące się do stanu poczytalności oskarżonego wymagały dowodowego, dogłębnego wyjaśnienia - chociażby poprzez dążenie składu orzekającego do osobistego kontaktu z oskarżonym. Rzecznik dostrzegł, że ustalenie stanu poczytalności ograniczonej w stopniu znacznym w postępowaniu toczącym się co do konkretnego czynu nie jest podstawą do obligatoryjnego i automatycznego ustalania stanu poczytalności niemalże a priori w niezależnie prowadzonym postępowaniu, którego przedmiotem jest zupełnie inne zachowanie oskarżonego.

Sąd jednak pomijając informację wynikającą z danych przekazanych przez Krajowy Rejestr Karny pozbawił się możliwości ustalenia czy w ogóle zachodzą uzasadnione wątpliwości co do stanu poczytalności strony i czy w prowadzonym postępowaniu zachodziła dalsza potrzeba pogłębionej analizy stanu zdrowia psychicznego oskarżonego poprzez np. dopuszczenie dowodu z opinii biegłych z zakresu psychiatrii.

Zaniechanie wyjaśnienia przez Sąd stanu zdrowia psychicznego oskarżonego było uchybieniem, które niewątpliwie mogło mieć wpływ na treść zaskarżonego wyroku (za wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2014 r. sygn. akt IV KK 363/14) i skutkować mogło pozbawieniem oskarżonego konstytucyjnego prawa do obrony. Konsekwencją było zaniechanie rozważenia ewentualnego ustanowienia obrońcy z urzędu, aby w pełni chronić prawo osoby, wobec której zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że nie jest w stanie w sposób samodzielny oraz racjonalny prowadzić swojej obrony. Okoliczności dotyczące stanu psychicznego, a co za tym idzie ewentualnej poczytalności lub poczytalności ograniczonej w stopniu znacznym oskarżonego, miały również bardzo istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia w aspekcie jego winy.

RPO zauważył, że okoliczność występowania u oskarżonego zaburzeń osobowości, zaburzeń zachowania i emocji wraz z upośledzeniem funkcji poznawczych, przebytego urazu głowy i padaczki oraz występowania zespołu uzależnienia od alkoholu, a w konsekwencji ograniczona w stopniu znacznym zdolność do rozpoznawania znaczenia czynu i kierowania swoim postępowaniem w rozumieniu art. 31 § 2 k.k. potwierdzona została dwukrotnie, tj. w toku spraw prowadzonych przed Sądem Rejonowym w L. oraz Sądem Rejonowym w K.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 14 grudnia 2016 r. (III KK 451/16)<sup>237</sup> uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Rejonowemu w R. do ponownego

<sup>237</sup> <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia3/III%20KK%20451-16.pdf> (dostęp: 28.06.2017 r.).



rozpoznania. Stwierdził jednocześnie, że wniesiona kasacja jest oczywiście zasadna i w związku z tym podlega uwzględnieniu. SN stwierdził, że samo ujawnienie w danych o karalności faktu skazania z zastosowaniem art. 31 § 2 k.k. nie oznacza jeszcze automatycznie – co oczywiste – wystąpienia uzasadnionych wątpliwości co do poczytalności oskarżonego w niniejszej sprawie. Jednak rzetelność procedowania wymagała podjęcia z urzędu w tym zakresie czynności sprawdzających poprzez zapoznanie się z aktami sprawy, w której zapadło rozstrzygnięcie z zastosowaniem art. 31 § 2 k.k. Powyższe było tym bardziej uzasadnione, że w przedmiotowej sprawie zapadł wyrok zaoczny, a sąd nie miał w ogóle bezpośredniego kontaktu z oskarżonym, w trakcie którego mógłby poczynić stosowne ustalenia.

Rzecznik Praw Obywatelskich analizując akta postępowań rozpoznawczych badał, czy Sąd mógł i powinien powziąć wątpliwość co do poczytalności oskarżonego w prowadzonym postępowaniu, na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego. Trzeba bowiem wskazać, iż w postępowaniach nakazowych, sąd nie ma bezpośredniego kontaktu z oskarżonym, co wynika z dyspozycji art. 500 § 4 k.p.k. który stanowi, że sąd wydaje wyrok nakazowy na posiedzeniu bez udziału stron. Mimo, iż w wyroku nakazowym sąd może orzec jedynie karę ograniczenia wolności lub grzywnę (art. 500 § 1 k.p.k.), to jednak w następstwie niewykonania tych kar, osoba skazana wyrokiem nakazowym, po zamianie takich kar na zastępczą karę pozbawienia wolności może trafić do więzienia. W sytuacji, gdy RPO dostrzegł, iż sąd nie miał możliwości dowiedzieć się, iż istnieją przesłanki do stosowania obrony obligatoryjnej, a prawomocne orzeczenie znajduje się w obiegu prawnym, zwracał się do właściwego sądu o rozważenie wznowienia postępowania karnego. Tak było w poniższej sprawie.

*RPO z urzędu podjął sprawę, w celu ustalenia czy prawomocne orzeczenie kończące postępowanie przeciwko Patrykowi K. obarczone jest rażącym uchybieniem mogącym mieć istotny wpływ na jego treść oraz w celu ustalenia czy zaistniały przesłanki do wznowienia ww. postępowania.*

*Patryk K. jest od urodzenia niepełnosprawny w stopniu znacznym, wymaga stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, a nadto był leczony w Poradni Zdrowia Psychicznego. W jego zachowaniu dostrzegalna jest nieumiejętność radzenia sobie w prostych sytuacjach społecznych.*

*W opinii o stanie zdrowia osoby pozbawionej wolości, sporządzonej w dniu 9 kwietnia 2015 r. przez kierownika Ambulatorium z Izby Chorych Aresztu Śledczego w K. stwierdzono, że znaczny stopień społecznego wycofania Patryka K., w połączeniu z jego upośledzeniem umysłowym stopnia lekkiego oraz nieumiejętnością radzenia sobie w prostych sytuacjach*

*społecznych stanowi znaczną trudność do egzystencji osadzonego w warunkach więziennych i winien on przebywać w ośrodku opiekuńczym.*

Dokonana analiza akt głównych i akt wykonawczych kary ograniczenia wolności nie wykazała, aby prawomocny wyrok nakazowy Sądu Rejonowego w W. z dnia 2 lipca 2013 r. obarczony był rażącym uchybieniem mogącym mieć istotny wpływ na jego treść. Brak było więc podstaw do wywiedzenia od niego przez Rzecznika Praw Obywatelskich kasacji na korzyść skazanego.

Jednakże, w ocenie RPO, powyższy wyrok winien być wzruszony w drodze innego nadzwyczajnego środka zaskarżenia – wniosku o wznowienie postępowania sądowego zakończonego prawomocnym orzeczeniem, bowiem po zapadnięciu wyroku nakazowego ujawniły się nowe, istotne i nieznane sądowi orzekającemu okoliczności, które wskazują, że orzeczenie to zapadło z naruszeniem art. 79 pkt 3 k.p.k., co stanowi tzw. bezwzględną przyczynę odwoławczą określoną w art. 439 § 1 pkt 10 k.p.k.

W toku całego postępowania karnego prowadzonego przeciwko Patrykowi K. nie wyznaczono mu obrońcy z urzędu (nie korzystał on także z pomocy obrońcy z wyboru). Wyżej wskazane informacje na temat stanu intelektualnego i psychicznego Patryka K. nie były znane sądowi orzekającemu.

Ze względu na brak przesłanek kasacyjnych z art. 523 § 1 k.p.k., zwrócono się do Sądu Okręgowego w G. z pismem sygnalizującym potrzebę wznowienia z urzędu prawomocnego postępowania przeciwko Patrykowi K., zakończonego wyrokiem nakazowym.

Sąd Okręgowy w G. postanowieniem z dnia 21 marca 2016 r. wznowił postępowanie, uchylił wyrok nakazowy i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania sądowi I instancji. W uzasadnieniu Sąd Okręgowy w G. wskazał, że w sprawie zaistniały przesłanki skutkujące koniecznością wznowienia postępowania, z uwagi na ujawnienie się faktów nieznanych uprzednio sądowi w czasie rozpoznania sprawy, a mianowicie, iż w toku całego postępowania karnego Patrykowi K. nie został wyznaczony obrońca z urzędu, w sytuacji gdy w świetle dokumentacji medycznej dołączonej do niniejszej sprawy winien zostać zbadany stan poczytalności oskarżonego tak in tempore criminis, jak również w toku postępowania, ponieważ oskarżony jest niepełnosprawny w stopniu znacznym, a niepełnosprawność wynika także z upośledzenia umysłowego.

W realizacji prawa do obrony istotne są możliwości faktyczne realizacji tego prawa, w szczególności możliwość utrzymywania kontaktu osobistego, korespondencyjnego czy telefonicznego z obrońcą. Będzie to istotne dla wszystkich podejrzanych (oskarżonych), chociaż niektóre grupy będą mogły faktycznie realizować ten kontakt tylko przez określone kanały, np. dla osób nieumiejących czytać i pisać, kluczowy będzie kontakt osobisty i telefoniczny.



Trzeba mieć na uwadze, iż prawo do obrony w stosunku do osób tymczasowo aresztowanych (w postępowaniu rozpoznawczym) może być również utrudniane poprzez błędną wykładnię przepisów przez organy dysponujące. Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Sprawiedliwości z wystąpieniem generalnym<sup>238</sup> z dnia 24 października 2016 r. sygnalizując, iż do RPO wpływają wnioski osób tymczasowo aresztowanych, w których podnoszą oni, że nie otrzymują zgody organu dysponującego na korzystanie z samoinkasującego aparatu telefonicznego w celu porozumiewania się z obrońcą, co narusza ich prawo do obrony. Rzecznik zauważył, iż wdrażając do porządku prawnego wyrok Trybunału Konstytucyjnego<sup>239</sup>, ustawodawca przyznał osobie tymczasowo aresztowanej prawo do korzystania z aparatu telefonicznego na zasadach określonych w regulaminie organizacyjno-porządkowym wykonywania tymczasowego aresztowania, za zgodą organu, do którego dyspozycji pozostaje.

Jednocześnie w art. 217c § 2 k.k.w. wymienione zostały przesłanki, na podstawie których możliwa jest odmowa udzielenia zgody na wykonywanie połączeń telefonicznych. Może to nastąpić wówczas, gdy zachodzi uzasadniona obawa, że rozmowa zostanie wykorzystana w celu bezprawnego utrudniania postępowania karnego lub do popełnienia przestępstwa, w szczególności podżegania do przestępstwa. Przesłanki odmowy odnoszą się do rozmów ze wszystkimi osobami, w tym z obrońcą.

Należy mieć jednak na uwadze, iż zarówno adwokaci, jak i radcowie prawni wykonują zawody zaufania publicznego, w myśl art. 17 ust. 1 Konstytucji RP. Obrońca jest zobowiązany do postępowania zgodnie z zasadami etyki wykonywanego zawodu, a przede wszystkim zgodnie z prawem. Wobec powyższego *a priori* należy przyjąć, iż jego działania są zgodne z tymi normami. Jeżeli organ dysponujący znajduje się w posiadaniu informacji, iż obrońca wykorzystuje kontakt telefoniczny z tymczasowo aresztowanym do utrudniania postępowania karnego czy też popełnienia przestępstwa, to niewyrażenie zgody na rozmowę telefoniczną należy uznać za uzasadnione. Jednak w takim przypadku powinny zostać podjęte dodatkowe działania, w postaci co najmniej poinformowania odpowiednio Okręgowej Rady Adwokackiej lub Okręgowej Izby Radców Prawnych. W sprawach, które były badane w Biurze RPO, takich działań nie podejmowano, zatem należy przypuszczać, że organ dysponujący nie posiadał informacji uzasadniających niewyrażenie zgody na kontakt telefoniczny tymczasowo aresztowanego z obrońcą.

Trzeba też podkreślić, iż administracja jednostki penitencjarnej ma możliwość skontrolowania z jakim numerem chciałby się połączyć tymczasowo aresztowany. Najczęściej numer telefonu do kontaktu z obrońcą jest także wskazywany w zarządzeniu organu dysponującego. Funkcjonariusz Służby Więziennej

<sup>238</sup> IX.517.2656.2016.

<sup>239</sup> Sygn. akt K 54/13.

sprawdza prawdziwość danego numeru przy próbie połączenia się z kancelarią, w której zawód wykonuje obrońca.

Należy wreszcie zauważyć, że wykorzystanie kontaktu z obrońcą do podjęcia działań bezprawnych może mieć miejsce nie tylko podczas kontaktu telefonicznego, ale również listownego lub osobistego. Przyjęcie takiego założenia byłoby jednak nieracjonalne i mogłoby doprowadzić do całkowitego zakazu kontaktu tymczasowo aresztowanego z obrońcą.

Dodatkowo, jak słusznie zauważył w przytaczanym już wyroku Trybunał Konstytucyjny, pozbawienie tymczasowo aresztowanego możliwości telefonicznego porozumiewania się z obrońcą zagraża zachowaniu zasady równości broni w postępowaniu karnym, czyli sprawiedliwości proceduralnej. Nie daje równych szans w przygotowaniu się do postępowania tymczasowo aresztowanemu, który może kontaktować się ze swoim obrońcą w kwestiach dotyczących toczącego się postępowania wyłącznie w czasie widzeń i listownie, jak i oskarżycielom, mającym do swojej dyspozycji wszystkie nowoczesne środki komunikacji, w tym telefon. Tymczasowo aresztowanemu należy zagwarantować takie same możliwości przygotowania się do postępowania karnego, jak oskarżycielowi.

W odpowiedzi z dnia 22 marca 2017 r. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości wskazuje, że „istotną wagę należy przywiązać do zgodnego z przepisami art. 217c k.k.w. oraz z celem tej instytucji stosowania unormowań regulujących możliwość odmówienia tymczasowo aresztowanemu zgody na kontakt telefoniczny z obrońcą. Nie budzi wątpliwości, że takie rozstrzygnięcie powinno zapadać jedynie w wyjątkowych, szczególnie uzasadnionych wypadkach, w których w okolicznościach konkretnej sprawy zachodzi niebezpieczeństwo bezprawnego lub wręcz przestępnego wykorzystania tej formy porozumiewania się pomiędzy oskarżonym (podejrzanym) a jego obrońcą. Istotne jest przy tym, by zagrożenia takiego można było uniknąć, stosując wyłącznie inne formy tego kontaktu (osobisty, korespondencyjny). Kluczową rolę powinna odgrywać w tym zakresie prawidłowa praktyka organów procesowych, realizująca unormowania ustawowe, konstytucyjne i konwencyjne, które na gruncie normatywnym wydają się należycie zharmonizowane”.

Mając na uwadze cytowaną odpowiedź podnieść należy, iż w sytuacji gdy organ dysponujący nie przedstawia przekonujących argumentów, wskazujących na rzeczywiste zaistnienie przesłanek ograniczenia rozmów telefonicznych z obrońcą, o których mowa w art. 217c § 2 k.k.w., Rzecznik Praw Obywatelskich winien zwrócić się do tego organu, o precyzyjne uzasadnienie faktu odmowy, bądź w przypadku dalszej odmowy ze strony organu umożliwienia kontaktu telefonicznego z obrońcą, stwierdzić naruszenie prawa do obrony.



### c) w postępowaniu wykonawczym

Nie ulega wątpliwości, iż także podczas wykonywania kar albo środków karnych, skazanemu należy zagwarantować prawo do obrony. W kodeksie karnym wykonawczym to zagadnienie określa art. 8. Przepis art. 8 § 2 k.k.w. wskazuje kilka grup osób, dla których ustanowienie obrońcy jest obligatoryjne. W postępowaniu przed sądem skazany musi mieć obrońcę, jeżeli:

- 1) jest głuchy, niemy lub niewidomy,
- 2) zachodzi uzasadniona wątpliwość co do jego poczytalności,
- 3) nie ukończył 18 lat,
- 4) (uchylony),
- 5) sąd uzna to za niezbędne ze względu na okoliczności utrudniające obronę.

Mankamentem takiej regulacji w stosunku do osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną jest odwoływanie się do przesłanek poczytalności. Ustawodawca nie był konsekwentny i dokonując zmian w k.p.k. nie pociągnął tożsamych w k.k.w. Słusznie podnosi się w doktrynie, że wymóg posiadania obrońcy przed sądem w postępowaniu wykonawczym ograniczony powinien być do przesłanek występujących tempore procedendi [art. 79 § 1 pkt 4 k.p.k. – M.M.], skoro kwestia zdolności rozpoznania przez skazanego znaczenia czynu lub kierowania swoim postępowaniem w czasie jego popełnienia (...) była już przedmiotem oceny w postępowaniu rozpoznawczym<sup>240</sup>.

**Należy zatem zaakcentować potrzebę zmiany art. 8 § 2 pkt 2 k.k.w. poprzez przyjęcie tożsamej regulacji, jak w art. 79 § 1 pkt 4 k.p.k.**

Uwagi poczynione co do tożsamyh przesłanek obrony obligatoryjnej, jak w art. 79 § 1 pkt 2 i § 2 k.p.k. pozostają aktualne, bowiem niemalże w pełni odzwierciedlają zapisy normatywne art. 8 § 2 pkt 1 i 5 k.k.w. Różnica jaka występuje polega na tym, że art. 79 § 2 k.p.k. stanowi, że oskarżony musi mieć obrońcę również wtedy, gdy sąd uzna to za niezbędne ze względu na inne okoliczności utrudniające obronę, natomiast art. 8 § 2 pkt 5 k.k.w. mówi jedynie o okolicznościach utrudniających obronę (pominięto w przepisie słowo „innych”). Nie wydaje się jednak, iż pominięcie słowa innych (niż wymienione wcześniej – taki był zapewne zamysł ustawodawcy) będzie miało jakiegokolwiek przełożenie na praktykę. Jedyna różnica, jaką można wskazać jest taka, że art. 79 § 2 k.p.k. wyklucza możliwość równoczesnego powołania jako podstawy prawnej ustanowienia obrony obligatoryjnej art. 79 § 1 k.p.k., natomiast art. 8 § 2 pkt 5 k.k.w. może stanowić wraz z innymi przepisami art. 8 § 2 pkt 1-3 k.k.w. łączną podstawę ustanowienia obrony obligatoryjnej.

Z punktu widzenia niniejszego opracowania, obligatoryjnego udziału obrońcy w postępowaniu przed sądem penitencjarnym należy upatrywać w postępowaniu, gdy będzie rozstrzygana kwestia odroczenia wykonania kary po-

<sup>240</sup> J. Kosonoga, *Przesłanki...*, op. cit., s. 534.

zbawienia wolności lub w przypadku gdy skazany odbywa karę, przerwy w jej wykonaniu z powodu choroby psychicznej (art. 150 § 1 k.k.w., art. 153 § 1 k.k.w.). Należy jednak mieć na uwadze, że również w postępowaniach o zawieszenie postępowania wykonawczego, a także w postępowaniu o warunkowe przedterminowe zwolnienie, kwestia obligatoryjnej obrony musi pozostać kluczowa w kontekście niepełnosprawności intelektualnej lub psychicznej skazanych.

Tak jak już wskazano wcześniej w doktrynie i orzecznictwie dostrzeżono problem osób, które nie umieją pisać i czytać. Regulacje k.k.w. dają możliwość złożenia wniosku do sądu ustnie (art. 19 § 2 k.k.w.). O ile zatem skazany może zapoczątkować postępowanie przed sądem nie posługując się pismem, o tyle środek odwoławczy musi być złożony w formie pisemnej, bowiem obowiązuje tu regulacja art. 428 § 1 k.p.k. w zw. z art. 1 § 2 k.k.w. Dodatkowo należy zauważyć, iż więzienie jest instytucją totalną, w której skazany co do zasady nie może liczyć na pomoc i życzliwość osób, które napiszą mu stosowne pismo, tym bardziej zatem w przypadku osób, które nie potrafią pisać i czytać, przebywających w więzieniu, obrona obligatoryjna winna być przez sąd uruchamiana.

W postępowaniu wykonawczym w stosunku do osób niepełnosprawnych intelektualnie lub niepełnosprawnych psychicznie zapadają orzeczenia, w których pierwotne kary nieizolacyjne (np. warunkowe zawieszenie wykonania kary pozbawienia wolności) są zamieniane na kary izolacyjne. Do trwałego przekształcenia wykonania kary dochodzi ze względu na fakt, iż skazani nie wywiązują się z nałożonych obowiązków, którym często nie mogą sprostać ze względu na posiadane zaburzenia lub deficyty (ułomności, ograniczenia). Także w takich postępowaniach udział obrońcy jest obligatoryjny.

*W jednej z takich spraw RPO wniósł kasację<sup>241</sup>, w której zarzuca rażące naruszenie prawa procesowego, to jest art. 8 § 2 pkt 2 k.k.w., polegające na przeprowadzeniu przez Sąd Rejonowy w Ł. postępowania w przedmiocie zarządzenia wobec Dariusza U. wykonania kary pozbawienia wolności warunkowo zawieszanej, orzeczonej wyrokiem tegoż Sądu Rejonowego z dnia 12 listopada 2012 r., bez udziału obrońcy, mimo istnienia uzasadnionych wątpliwości co do poczytalności tego skazanego, co sta-*

<sup>241</sup> II.510.1277.2015. Postanowieniem z dnia 26 lipca 2016 r. (II KK 175/16) SN uchylił zaskarżone postanowienie Sądu Rejonowego w Ł. i umorzył wobec skazanego, w oparciu o art. 15 § 1 k.k.w., postępowanie wykonawcze.

W innych sprawach RPO wnosząc kasację również dostrzegł, rażące naruszenie prawa procesowego, to jest art. 8 § 2 pkt 2 k.k.w., polegające na przeprowadzeniu przez Sąd postępowania w przedmiocie zarządzenia wykonania kary pozbawienia wolności, bez udziału obrońcy, pomimo istnienia uzasadnionych wątpliwości co do poczytalności skazanego, co stanowi bezwzględną przyczynę odwoławczą wskazaną w art. 439 § 1 pkt 10 k.p.k. w zw. z art. 1 § 2 k.k.w. M.in. w sprawach II.510.689.2016, II.510.691.2016 (zob. załącznik 5). Podobnie jak w ww. sprawie, SN uchylił zaskarżone postanowienia sądów i umorzył wobec skazanych, w oparciu o art. 15 § 1 k.k.w., postępowania wykonawcze (odpowiednio: V KK 68/17 i V KK 67/17).





*nowi bezwzględną przyczynę odwoławczą wskazaną w art. 439 § 1 pkt 10 k.p.k. w zw. z art. 1 § 2 k.k.w.*

*Jednocześnie Rzecznik wniósł o uchylenie zaskarżonego postanowienia Sądu Rejonowego w Ł. i umorzenie wobec skazanego, w oparciu o art. 15 § 1 k.k.w., postępowania wykonawczego.*

*Sąd Rejonowy w Ł. wyrokiem z dnia 12 listopada 2012 r. uznał Dariusza U. za winnego tego, że w dniu 2 stycznia 2012 r. w Ł. dokonał uszkodzenia samochodu marki Opel Vectra, w ten sposób, że uderzał pałką teleskopową w szybę tylną powodując jej stłuczenie, co spowodowało szkodę w wysokości 620,00 zł na rzecz Zbigniewa W., przy czym wówczas miał ograniczoną zdolność rozumienia i kierowania swoim postępowaniem w stopniu znacznym, tj. popełnienia czynu z art. 288 § 1 k.k. w zw. z art. 31 § 2 k.k. Za ten występki Sąd wymierzył oskarżonemu karę trzech miesięcy pozbawienia wolności, wykonanie której warunkowo zawiesił na okres trzech lat próby. Jednocześnie – w tym okresie – poddano Dariusza U. pod dozór kuratora sądowego, a także zobowiązano go do podjęcia leczenia odwykowego. Nadto, Sąd Rejonowy w Ł., na podstawie art. 71 § 1 k.k., wymierzył oskarżonemu grzywnę w wymiarze dwudziestu stawek dziennych, ustalając wysokość każdej stawki na kwotę dziesięciu złotych. Powyższy wyrok uprawomocnił się w dniu 20 listopada 2012 r.*

*W dniu 3 marca 2014 r. kurator zawodowy złożył wniosek do Sądu Rejonowego w Ł. o zarządzenie wobec Dariusza U. wykonania kary pozbawienia wolności. Postanowieniem z dnia 12 maja 2014 r. Sąd Rejonowy w Ł. zarządził, na podstawie art. 75 § 2 k.k., wobec skazanego Dariusza U. wykonanie kary trzech miesięcy pozbawienia wolności. Rozstrzygnięcie to nie zostało zaskarżone przez strony i uprawomocniło się w dniu 10 czerwca 2014 r.*

Rzecznik Praw Obywatelskich ocenił, że wskazane postanowienie Sądu Rejonowego w Ł. z dnia 12 maja 2014 r. nie może się ostać, albowiem dotknięte jest wadą prawną.

Zgodnie z art. 8 § 2 pkt 2 k.k.w. w postępowaniu przed sądem skazany musi mieć obrońcę, jeżeli zachodzi uzasadniona wątpliwość co do jego poczytalności. Jest to jeden ze ściśle określonych przypadków, wymienionych w kodeksie karnym wykonawczym, który nakłada na prezesa sądu właściwego do rozpoznania sprawy lub referendarza sądowego obowiązek wyznaczenia dla skazanego obrońcy z urzędu, oczywiście pod warunkiem, że na tym etapie nie korzysta on już z pomocy obrońcy z wyboru (art. 81 § 1 k.p.k. w zw. z art. 1 § 2 k.k.w.).

W sprawie, w której Rzecznik wniósł kasację, pomimo wystąpienia ww. przesłanki obrony obligatoryjnej, Dariusz U. w toku postępowania wykonawczego przed Sądem Rejonowym w Ł. nie miał obrońcy. Uwadze sądu uszło bowiem, iż Dariusz U. dopuścił się przypisanego mu występkowi z art. 288 § 1 k.k. w warunkach znacznie ograniczonej poczytalności – art. 31 § 2 k.k. Zdaniem Rzecznika

Praw Obywatelskich okoliczność ta ma niezwykle doniosłe znaczenie dla oceny, czy skazany w postępowaniu wykonawczym przed sądem musi mieć obrońcę, aczkolwiek – sama w sobie – nie przesądza o konieczności udziału tego profesjonalisty. Rzecznik w pełni podziela pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 29 października 2015 r.<sup>242</sup>, w myśl którego skazanie określonej osoby z przyjęciem ograniczonej w znacznym stopniu jej poczytalności powinno być brane pod uwagę przy orzekaniu w postępowaniu wykonawczym dla rozważenia, czy *in concreto* oznacza to także, że i w tym postępowaniu, z uwagi na okoliczności sprawy, realne stają się wątpliwości, o jakich mowa w art. 8 § 2 pkt 2 k.k.w. Jest to bowiem to samo postępowanie karne, tyle tylko, że w *innym jego, bo wykonawczym*, stadium. Nie chodzi jednak o automatyczne przyjmowanie zaistnienia omawianych wątpliwości przez sam fakt skazania z uwzględnieniem art. 31 § 2 k.k., ale niepominanie tej okoliczności i każdorazowe uprzednie rozważenie, w tym także w oparciu o dowody przeprowadzone w postępowaniu rozpoznawczym, czy zachodzą w obecnym stadium procesu karnego wątpliwości odnośnie do poczytalności skazanego.

Rzecznik uznał, że stanowisko Sądu Najwyższego zasługuje na aprobatę, albowiem w pełni chroni prawa osób, wobec których zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że nie są w stanie w sposób samodzielny oraz racjonalny prowadzić swojej obrony<sup>243</sup>. W ocenie RPO uzasadniona wątpliwość co do poczytalności Dariusza U. wynikała nie tylko z przyjętej w wyroku Sądu Rejonowego w Ł. kwalifikacji prawnej czynu przypisanego oraz jego opisu, ale również z innej dokumentacji, znajdującej się w przekazanej sądowi przez kuratora sądowego teczce dozoru, to jest z: wywiadu środowiskowego przeprowadzonego przez kuratora sądowego w dniach 21 i 27 maja 2013 r., w trybie art. 14 § 1 k.k.w., dotyczącego Dariusza U., w którym wskazano, iż skazany jest upośledzony umyślowo; załączonej do tego wywiadu kopii dokumentacji medycznej dostarczonej przez matkę skazanego; opinii o tymczasowo aresztowanym, w której podano, iż u osadzonego stwierdzono upośledzenie umyślowe w stopniu umiarkowanym.

Wreszcie, potrzeba taka rodziła się w związku z konkluzjami zawartymi w przeprowadzonej w toku postępowania głównego opinii sądu psychiatrycznej, że Dariusz U. jest „osobą upośledzoną w stopniu umiarkowanym z zaburzeniami zachowania i emocji, jest osobą uzależnioną od alkoholu (wymaga leczenia odwykowego w zakładzie zamkniętym), w czasie dokonywania zarzucanego mu czynu miał zarówno zdolność rozumienia znaczenia czynu, jak i kierowania swoim postępowaniem, ograniczoną w stopniu znacznym (art. 31 § 2

<sup>242</sup> Sygn. akt II KK 280/15.

<sup>243</sup> Mimo, że art. 8 § 2 pkt 2 k.p.k. nie odwołuje się do przesłanki samodzielnego oraz rozsądnego prowadzenia obrony w związku z uzasadnioną wątpliwością co do stanu zdrowia psychicznego, niemniej jednak Rzecznik użył tego argumentu przyjmując, że chodzi niejako o „poczytalność” *tempore procedendi*.



k.k.), może brać udział w postępowaniu procesowym z pomocą prawną, wymaga systematycznego leczenia psychiatrycznego ambulatoryjnego”.

Sąd Rejonowy w Ł. nie zgłębił kwestii związanej z nadal występującymi wątpliwościami co do poczytalności Dariusza U., wyłaniającej się w sposób oczywisty na tle wyżej wymienionych dokumentów, a ograniczył się jedynie do wezwania skazanego na posiedzenie mające się odbyć w dniu 12 maja 2014 r. Przy czym, Dariusz U. nie podjął korespondencji z sądu i nie był obecny na tymże posiedzeniu.

RPO uznał, iż domniemanie o znacznie ograniczonej poczytalności Dariusza U. nie zostało w toku postępowania wykonawczego obalone<sup>244</sup>. W konsekwencji doszło do uchybienia, polegającego na rozpoznaniu sprawy Dariusza U. bez obowiązkowego udziału obrońcy w postępowaniu przed sądem, co spowodowało wystąpienie bezwzględnej przyczyny odwoławczej, o jakiej mowa w art. 439 § 1 pkt 10 k.p.k. w zw. z art. 1 § 2 k.k.w.

Na marginesie niniejszej kasacji Rzecznik zauważył, że orzekanie w trybie art. 75 § 2 k.k. o fakultatywnym zarządzeniu wykonania kary pozbawienia wolności uprzednio warunkowo zawieszanej bez osobistej styczości sądu ze skazanym – niezależnie od przyczyn tego stanu rzeczy – winno być poprzedzone szczególnie staranną analizą dostępnych sądowi informacji o warunkach i właściwościach osobistych podsądnego.

W postępowaniu wykonawczym, szczególnie jeżeli chodzi o osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną odbywające karę pozbawienia wolności, istotny wydaje się jeszcze inny element prawa do obrony, tj. prawo do udziału w czynnościach procesowych. To prawo skazanych wynika z brzmienia niektórych przepisów. W myśl art. 22 § 1 k.k.w. prokurator, skazany oraz jego obrońca, sądowy kurator zawodowy, pokrzywdzony, a także inne osoby, o których mowa w art. 19 § 1 k.k.w., mają prawo wziąć udział w posiedzeniu, gdy ustawa tak stanowi. W posiedzeniu sądu wyższej instancji mają prawo wziąć udział osoby, którym przysługuje prawo do udziału w posiedzeniu sądu pierwszej instancji.

Przepisem ustawy, który daje skazanemu prawo do udziału w posiedzeniu sądu jest na przykład art. 153a § 1 k.k.w., w myśl którego w posiedzeniu w przedmiocie odroczenia lub przerwy ma prawo wziąć udział prokurator, skazany oraz jego obrońca, a także sądowy kurator zawodowy lub dyrektor zakładu karnego, jeżeli składali wniosek o wydanie postanowienia.

W doktrynie dostrzega się, że **„ranga decyzji w przedmiocie udzielenia przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności, a więc decyzji dotyczącej wolności, powoduje, że w komentowanym, dodanym w wyniku nowelizacji z 2011 r. przepisie [art. 153a k.k.w. – M.M.], przewidziano jedną**

<sup>244</sup> Por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2013 r., sygn. akt II KK 323/13, LEX nr 1405158.

## **z niewielu sytuacji, w których skazany oraz jego obrońca mają prawo wziąć udział w posiedzeniu sądu**<sup>245</sup>.

Choć przepisy nie pozostawiają cienia wątpliwości, iż skazany ma prawo osobiście uczestniczyć w posiedzeniu sądu penitencjarnego podczas posiedzenia sądu w przedmiocie przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności, tak w sądzie I instancji, jak i w sądzie II instancji, RPO zetknął się z nieprawidłowym stanowiskiem sądu w tej mierze, które narusza dyspozycję art. 153a § 1 k.k.w. w zw. z art. 22 § 1 k.k.w., dodatkowo także naruszając konstytucyjne prawo do obrony.

W jednej z prowadzonych przez Rzecznika spraw, skazany żalił się na uniezwolnienie mu udziału w posiedzeniu sądu apelacyjnego w przedmiocie rozpoznania zażalenia na postanowienie o odmowie udzielenia przerwy w odbywaniu kary.

Z nadesłanych przez Przewodniczącego Wydziału protokołu posiedzenia sądu wynika, że skazany złożył wniosek do sądu odwoławczego o doprowadzenie go na posiedzenie sądu. Sąd nie uwzględnił tego wniosku i nie zarządził sprowadzenia osadzonego na posiedzenie. Z treści protokołu wynika, że sąd stanął na stanowisku, iż w sprawie w przedmiocie przerwy w odbywaniu kary pozbawienia wolności przepisy nie przewidują powinności wysłuchania skazanego. Wskazał jednocześnie, iż nie ma w tym przypadku zastosowania przepis art. 451 k.p.k., ponieważ wyłącza go przepis szczególny, jakim jest art. 23 § 1 k.k.w. W ocenie Sądu przepis ten pozostawia sprowadzenie skazanego na posiedzenie sądu od swobodnego uznania sądu. Ponieważ skazanego reprezentował obrońca, w ocenie Sądu osobista obecność skazanego nie była potrzebna.

Takie stanowisko Sądu II instancji jest błędne przede wszystkim z tego względu, iż art. 153a § 1 k.k.w. w zw. z art. 22 § 1 k.k.w. ustanawiają prawo skazanego do udziału w posiedzeniu Sądu i bez znaczenia pozostaje fakt, iż w tym posiedzeniu uczestniczy obrońca. Przepis art. 22 § 1 k.k.w. i art. 153a § 1 k.k.w. wskazują, iż prawo do wzięcia udziału w posiedzeniu ma skazany oraz jego obrońca. Gdyby ustawodawca chciał, aby w posiedzeniu nie uczestniczył skazany, jeżeli bierze w nim udział obrońca, we wskazanych przepisach użyłby słowa „lub”, ewentualnie wskazałby wprost, iż wystarczy obecność obrońcy podczas takiego posiedzenia.

Brzmienie przepisu art. 153a § 1 k.k.w. („w posiedzeniu w przedmiocie przerwy ma prawo wziąć udział (...) skazany oraz jego obrońca”) wskazuje, że oba wymienione w nim podmioty – zarówno skazany, jak i jego obrońca – mają prawo do jednoczesnego uczestnictwa w posiedzeniu. Nie można zatem udziałem obrońcy w posiedzeniu uzasadnić procedowania pod nieobecność skazanego pozbawionego wolności, który wyraził wolę uczestnictwa w posiedzeniu. Na sądzie ciąży wówczas obowiązek uczynienia zadość prawu skazanego.

<sup>245</sup> K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 624.



Rzecznik podniósł ponadto, że przepisy odnoszące się do udziału skazanego w posiedzeniach sądu zostały znowelizowane ustawą z dnia 16 września 2011 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 240, poz. 1431). Kierując się potrzebą usprawnienia i przyspieszenia postępowania nowelizacją tą ograniczono udział stron i innych uczestników postępowania w posiedzeniu sądu jedynie do przypadków wskazanych w ustawie. Intencją ustawodawcy było ograniczenie udziału skazanego jedynie do spraw, w których wydawane jest rozstrzygnięcie szczególnie ważne dla niego, odnoszące się bezpośrednio do kwestii pozbawienia go wolności. Ustawodawca wyraźnie wskazał w ustawie te przypadki, w których rozpoznanie pod nieobecność skazanego nie powinno mieć miejsca. Jednym z nich jest właśnie postępowanie w przedmiocie udzielenia przerwy w odbywaniu kary pozbawienia wolności.

Trzeba również wskazać, iż przepis art. 22 k.k.w. jest sposobem urzeczywistnienia prawa skazanego do obrony materialnej. W przypadku skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności realizacja jego prawa do udziału w posiedzeniu sądu odwoławczego jest utrudniona.

Zarówno w orzecznictwie, jak i w piśmiennictwie prezentowane jest stanowisko, że w sytuacji, gdy skazany przebywający w zakładzie karnym wyrazi wolę wzięcia udziału w posiedzeniu sądu, sąd nie powinien („nie wydaje się, aby sąd mógł rozpoznać sprawę”) rozpoznawać sprawy pod nieobecność skazanego<sup>246</sup>. W głosie do postanowienia SN z dnia 22 stycznia 2014 r. (III KK 450/13) K. Postulski prezentuje pogląd, że sprowadzenie skazanego na posiedzenie, w sytuacji, gdy o to wnosi, powinno być regułą.

Stanowisko co do udziału skazanego w posiedzeniu sądu w przedmiocie przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności przedstawił również Dyrektor Departamentu Wykonania Orzeczeń i Probacji w Ministerstwie Sprawiedliwości. W piśmie z dnia 4 maja 2016 r. podzielił pogląd Rzecznika na tę sprawę. W konkluzji stwierdził, iż w świetle obowiązujących unormowań **w sytuacji, gdy skazany pozbawiony wolności złoży wniosek o sprowadzenie go na posiedzenie sądu odwoławczego w przedmiocie przerwy w odbywaniu kary pozbawienia wolności, niezależnie od udziału w tym posiedzeniu obrońcy, zachodzi okoliczność obligująca sąd do podjęcia decyzji zapewniającej skazanemu możliwość wzięcia udziału w tym posiedzeniu.**

Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Prezesa Sądu Apelacyjnego w L. o zmianę przyjętej interpretacji, która jest niewłaściwa i ogranicza prawo do obrony skazanego.

W odpowiedzi z dnia 10 marca 2017 r. Prezes Sądu Apelacyjnego w L. wskazał, że zgodnie z art. 1 § 2 k.k.w. w postępowaniu wykonawczym Kodeks postę-

<sup>246</sup> Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 1 sierpnia 2013 r., II AKzw 439/13; K. Postulski - Glosa do postanowienia s. apel. z dnia 1 sierpnia 2013, II Akzw 439/13; K. Postulski, Komentarz do art. 22 Kodeksu karnego wykonawczego, System Informacji Prawnej LEX.

powołania karnego stosuje się odpowiednio tylko w kwestiach nieuregulowanych w Kodeksie karnym wykonawczym. Według niego niekwestionowaną jest teza, że zagadnienie udziału stron w posiedzeniu sądu oraz sprowadzenia skazanego na posiedzenie, uregulowane zostało w postępowaniu wykonawczym w sposób w pełni autonomiczny w art. 22 § 1 k.k.w. i w art. 23 § 1 k.k.w. Treść art. 23 k.k.w. jednoznacznie wskazuje, że przepis ten jest normą o charakterze fakultatywnym i każdorazowo sądowi pozostawia *in concreto* decyzję odnośnie sprowadzenia pozbawionego wolności na posiedzenie sądu. Ta kompetencja sądu do każdorazowej oceny rzeczywistej potrzeby zarządzenia sprowadzenia skazanego na posiedzenie nabiera szczególnego znaczenia w postępowaniu drugoinstancyjnym, ze względu na jego specyfikę i fakt, że żaden przepis Kodeksu karnego wykonawczego nie przewiduje obligatoryjnego udziału skazanego w posiedzeniu sądu. Tego typu udział przewidziany został tylko wobec obrońcy w wypadkach, o jakich mowa w art. 8 k.k.w. Dalej wskazano, że literalna wykładnia powyższych norm nie narusza reguł rzetelnego procesu ani prawa skazanego do obrony, w szczególności zaś w sytuacji, gdy skazany jest reprezentowany przez obrońcę.

Powołując się na orzecznictwo Sądu Najwyższego, Prezes SA w L. wskazuje, że w postępowaniu rozpoznawczym, na gruncie art. 451 k.p.k., powszechnie wyrażany był pogląd o dopuszczalności zaniechania sprowadzenia oskarżonego na rozprawę apelacyjną i uznanie za wystarczającą obecność obrońcy, pomimo złożenia wniosku o doprowadzenie na rozprawę, wówczas, gdy apelacja ograniczała się wyłącznie do kwestii prawnych. Skoro taki sposób procedowania uznano za dopuszczalny na etapie postępowania, gdy zasada domniemania niewinności nie została jeszcze obalona, nie sposób uznać, by szersze gwarancje należało przyznać skazanym na etapie postępowania wykonawczego, a tym bardziej, by naruszało to prawo do rzetelnego procesu, czy naruszało prawo skazanego do obrony. Za przyjęciem poglądu o fakultatywnym i tym samym ocennym charakterze zarządzenia o sprowadzeniu skazanego na posiedzenie, uzależnionym od okoliczności kausalnych danej sprawy przemawiają w końcu względy pragmatyczne i ekonomiczne.

Odnosząc się do stanowiska Prezesa Sądu Apelacyjnego w L. z dnia 10 marca 2017 r. stwierdzić należy, iż jest ono błędne, gdyż w punkcie wyjścia przyjmuje fałszywe przesłanki. Jak zauważa sam Prezes Sądu Apelacyjnego w L. kodeks postępowania karnego stosuje się wówczas, gdy dane zagadnienie proceduralne nie zostało uregulowane w kodeksie karnym wykonawczym (por. art. 1 § 2 k.k.w.). Ponieważ kwestia prawa do udziału w wybranych posiedzeniach postępowania wykonawczego (w tym w przedmiocie przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności) została określona w k.k.w., przeto nie ma potrzeby i nie należy sięgać do k.p.k. Sięganie do przepisów k.p.k. w sytuacji gdy wprost przepisy k.k.w. regulują daną materię jest wykładnią *contra legem*, której sąd nie może dokonywać. Odwoływanie się do przepisu art. 23 k.k.w. również jest



bezcelowe, skoro przepis ten mówi o fakultatywnym udziale skazanego w posiedzeniu. Ten przepis dotyczy jednak sytuacji, gdy przepisy k.k.w. nie statuuja prawa skazanego do udziału w posiedzeniu sądu i taki udział jest fakultatywny. Wówczas rzeczywiście, do oceny sądu pozostaje, czy wniosek skazanego uwzględnić, czy też nie. Rzecznik Praw Obywatelskich w takich sytuacjach jak wyżej opisana, nawet jeżeli nie uda mu się przekonać sądu do swoich racji, będzie stwierdzał naruszenie prawa skazanego do obrony.

Rzecznik Praw Obywatelskich kładzie duży nacisk na możliwość korzystania z prawa do obrony na każdym etapie postępowania. Przykładem tego typu działań jest kasacja<sup>247</sup> wniesiona do SN z powodu rażącego i mającego istotny wpływ na treść prawomocnego postanowienia Sądu Rejonowego w P. z dnia 19 lipca 2013 r. w przedmiocie zarządzenia wykonania warunkowo zawieszonej kary pozbawienia wolności, naruszenia prawa procesowego, to jest art. 22 § 1 i 1a k.k.w. w zw. z art. 178 § 2 k.k.w., w brzmieniu obowiązującym w chwili orzekania, polegającego na rozpoznaniu wniosku kuratora o zarządzenie wykonania kary, wobec Adriana R., pod nieobecność tego skazanego w sytuacji, gdy nie był on należycie powiadomiony o terminie posiedzenia, co w konsekwencji uniemożliwiło temu skazanemu skorzystanie z przysługującego mu w postępowaniu wykonawczym prawa do obrony.

Należy zauważyć, iż prawo do udziału w posiedzeniu sądu łączy się z prawem do bycia wysłuchanym. Wyjaśnienia skazanego stanowią bowiem dowód w sprawie<sup>248</sup>. Na temat prawa do bycia wysłuchanym, które immanentnie łączy się z prawem do udziału w posiedzeniu sądu, a to z kolei z prawem do obrony, wypowiedział się niedawno Trybunał Konstytucyjny. Miało to miejsce na kanwie sprawy, w której była badana zgodność z Konstytucją RP przepisów art. 22 § 1 w zw. z art. 204 k.k.w. w zakresie, w jakim przepis ten pozbawia osobę, wobec której zastosowano środek zabezpieczający, polegający na umieszczeniu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, prawa udziału w posiedzeniu sądu w sprawie wykonywania tego środka zabezpieczającego (SK 13/14). Szczególnie mocno akcentowane przez Trybunał było prawo do bycia wysłuchanym.

Ponieważ Trybunał odnosił się do dyspozycji art. 22 § 1 k.k.w. warto przytoczyć kilka jego wniosków i konkluzji.

Trybunał wskazał, że uchwalając ustawę zmieniającą k.k.w.<sup>249</sup> ustawodawca odszedł od zasady udziału stron w posiedzeniu sądu w toku postępowania wykonawczego. Prawo do uczestniczenia w posiedzeniu stało się wyjątkiem, z którego strona korzysta tylko wówczas, gdy „ustawa tak stanowi”. Nowelizacja w tym zakresie uzasadniana była przede wszystkim względami ekonomiki

<sup>247</sup> II.510.752.2016. Postanowieniem z dnia 16 maja 2016 r. (II KK 61/17) SN oddalił kasację RPO.

<sup>248</sup> Por. K. Postulski, *Kodeks...*, *op. cit.*, s. 187.

<sup>249</sup> Chodzi o ustawę z dnia 16 września 2011 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 240, poz. 1431).

procesowej. Zdaniem projektodawcy rządowego „zasady udziału stron i innych osób w posiedzeniach obowiązujące dotychczas w postępowaniu wykonawczym mogą powodować nieuzasadnione przedłużanie tego postępowania”<sup>250</sup>. Jednocześnie projektodawca uznał za „całkowicie wystarczające i bardziej racjonalne” pozostawienie stronom możliwości udziału w posiedzeniu „tylko w sprawach najistotniejszych”<sup>251</sup>. Dalej TK podniósł, że nie istnieje jeden, konstytucyjnie akceptowalny model postępowania sądowego. To do ustawodawcy należy ukształtowanie procedur sądowych w taki sposób, który zapewni realizację prawa do sprawiedliwego oraz jawnego rozpatrzenia każdej „sprawy” przez sąd, bez nieuzasadnionej zwłoki.

Trybunał uwzględnił, że **jawność wewnętrzna postępowania sądowego (jawność wobec stron), rozumiana m.in. jako prawo jednostki do wzięcia udziału w postępowaniu, jest wpisana immanentnie w pojęcie fair trial i powinna być rozpatrywana przede wszystkim z punktu widzenia art. 45 ust. 1 Konstytucji**<sup>252</sup>. Miał też na uwadze to, że „zasada jawności wewnętrznej postępowania sądowego polega m.in. na umożliwieniu stronom uczestnictwa we wszystkich posiedzeniach sądu, także niebędących rozprawą lub odbywających się przy drzwiach zamkniętych. Obowiązkiem sądu w takiej sytuacji jest za wiadomienie uczestników o posiedzeniach i umożliwienie im wstępu na nie”<sup>253</sup>. Trybunał wskazał w orzeczeniu SK 13/14, iż wzgląd na szybkość postępowania nie może przesłaniać prawa strony do obrony i prowadzić do pozbawienia lub ograniczenia tego prawa (...) oraz ograniczać zasady prawdy materialnej. Szybkość postępowania jako wartość sądowego stosowania prawa nie jest bowiem wartością nadrzędną w stosunku do zasady prawdy materialnej.

Trybunał wskazał również kilka tez o charakterze ogólnym:

1. z punktu widzenia konstytucyjnych standardów sprawiedliwego, rzetelnego i jawnego (w rozumieniu art. 45 ust. 1 Konstytucji RP) rozpoznania sprawy przez sąd, osobisty udział w posiedzeniu osoby, o której prawach lub obowiązkach sąd orzeka, uznać należy za zasadę. Orzekanie „pod nieobecność” strony jest zatem wyjątkiem, który nie powinien być stosowany przez prawodawcę w sposób ekstensywny. Z zasadą udziału w posiedzeniu sądu funkcjonalnie związana jest konieczność poinformowania strony przez sąd

<sup>250</sup> Druk sejmowy nr 3961/VI kadencja, uzasadnienie projektu, s. 12.

<sup>251</sup> *Tamże*, s. 1. Wśród nich wymienił: posiedzenie w przedmiocie zarządzenia wykonania zastępczej kary pozbawienia wolności (art. 48 K.k.w.), posiedzenie w przedmiocie zarządzenia wykonania zastępczej kary pozbawienia wolności w sytuacji uchylania się przez skazanego od odbywania kary ograniczenia wolności (art. 65 § 2 K.k.w.), posiedzenie w przedmiocie warunkowego zawieszenia wykonania kary (art. 152 § 3 K.k.w.), posiedzenie w przedmiocie odroczenia wykonania kary lub przerwy w wykonaniu kary (art. 153a § 1 K.k.w.), posiedzenie w przedmiocie warunkowego zwolnienia i jego odwołania (art. 160 § 2 i art. 161 § 1 K.k.w.), posiedzenie w przedmiocie zarządzenia wykonania zawieszony kary pozbawienia wolności (art. 178 § 2 K.k.w.).

<sup>252</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego (sygn. akt SK 29/04), cz. VII, pkt 4.

<sup>253</sup> wyrok Trybunału Konstytucyjnego (sygn. akt K 5/14), cz. III, pkt 3.5.





o terminie i przedmiocie posiedzenia, a także zapewnienia jej możliwości wysłuchania. Gwarancje te powinny być przewidziane w ustawie **niezależnie od tego, czy przepisy proceduralne przyznają prawo do udziału w posiedzeniu pełnomocnikowi procesowemu (obrońcy), ani też od tego, czy sąd ma kompetencję w zakresie wezwania lub sprowadzenia strony w celu uzyskania od niej wyjaśnień albo przesłuchania jej;**

2. im głębiej określony środek prawny ingeruje w konstytucyjne wolności i prawa osobiste osoby, wobec której jest stosowany, tym surowsza musi być ocena przez Trybunał dopuszczalności takiego środka. Ograniczenie korzystania z wolności i praw osobistych, do których – w świetle systematyki Konstytucji – należą wolność osobista oraz prawo do sądu, wymaga szczególnie silnego uzasadnienia ze względu na cele, jakie mają bezpośrednio służyć realizacji lub ochronie innych zasad i wartości konstytucyjnych. (...) **prawo do osobistego udziału w posiedzeniu oraz prawo do bycia wysłuchanym – o ile nie są nadużywane w celu uniemożliwienia wydania orzeczenia – nie powinny być upatrywane jako zagrożenie sprawności działania sądów.** W świetle art. 45 ust. 1 Konstytucji zwłoka w rozpatrzeniu sprawy jest niedopuszczalna o tyle, o ile jest ona „nieuzasadniona”. Obowiązek wysłuchania zainteresowanego przez sąd co do okoliczności mających znaczenie dla orzeczenia o stosowaniu środka polegającego na ograniczeniu lub pozbawieniu wolności, nie może jednak – sam w sobie – rodzić „nieuzasadnionej zwłoki”;
3. zasada osobistego udziału w posiedzeniu sądu wraz z prawem do bycia wysłuchanym mają szczególne znaczenie w sprawach, w których sąd dokonuje kontroli decyzji procesowych o zastosowaniu na etapie przed-sądowym środka oddziałującego na wolności i prawa osoby poddanej czynnościom procesowym albo weryfikuje już na etapie postępowania wykonawczego prawidłowość dalszego stosowania tego rodzaju środka.

Trybunał podkreślił raz jeszcze, że **wprowadzenie obowiązkowego uczestnictwa w posiedzeniu sądu obrońcy, nie może stanowić per se uzasadnienia dopuszczalności wyłączenia tego prawa w stosunku do skazanego** (sprawcy umieszczonego w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym). **Zasada dostępu do sprawiedliwej i jawnej procedury, obejmująca prawo do udziału w posiedzeniu i bycia wysłuchanym, odnosi się bowiem bezpośrednio do osoby, o której prawach lub obowiązkach („sprawie”) sąd rozstrzyga** (art. 45 ust. 1 Konstytucji). Braku tych gwarancji nie „rekompensuje” w sposób automatyczny kompetencja sądu do sprowadzenia skazanego na posiedzenie albo zlecenie przesłuchania skazanego sądowi wezwanemu.

Zdaniem Trybunału, z art. 45 ust. 1 Konstytucji RP nie wynika nakaz „załatwienia” sprawy przez sąd w najkrótszym możliwym terminie, lecz chodzi o nakaz „rozpatrzenia” sprawy „bez nieuzasadnionej zwłoki”. Konieczność zapewnienia

udziału w posiedzeniu osobie, o której prawach lub wolnościach sąd ma orzekać oraz wysłuchania tej osoby, nie mogą być upatrywane jako generujące *per se* „nieuzasadnioną zwłokę” w rozumieniu art. 45 ust. 1 Konstytucji RP.

#### IV. Podsumowanie

Przeprowadzona w Biurze RPO analiza spraw osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, przebywających w jednostkach penitencjarnych, uzasadnia stwierdzenie, że poziom poszanowania i respektowania praw tych osób do obrony jest swego rodzaju papierkiem lakmusowym i miernikiem przestrzegania praw człowieka i obywatela.

Prawo do obrony jest fundamentalną zasadą procesu karnego, ale też elementarnym standardem demokratycznego państwa prawnego. Z tych przyczyn musi ono być prawidłowo realizowane, a przede wszystkim prawidłowo uregulowane w aktach prawnych. Przepis Konstytucji RP jest normą kierunkową wykładni tego prawa i przez ten pryzmat trzeba odczytywać regulacje ustawowe poszczególnych procedur.

Jak pokazała analiza regulacji kodeksu postępowania karnego, prawo do obrony w postępowaniu przygotowawczym w chwili obecnej nie jest uregulowane w sposób prawidłowy, bowiem nie gwarantuje osobie podejrzanej właściwej realizacji tego prawa. Mimo, iż nadzór Komitetu Ministrów nad wykonaniem przez Polskę wyroku Płonka przeciwko Polsce został zakończony, **regulacje nie mogą być określone jako optymalne i gwarantujące prawo do obrony od początku postępowania karnego.**

Analiza poszczególnych spraw, dokonana w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich pokazała również, że wiele do życzenia pozostawia kwestia stosowania przepisów przez organy ścigania czy sądy<sup>254</sup>. Te ostatnie w niektórych sprawach mało uważnie pochylały się nad środkami dowodowymi, z których można było wnioskować, iż podejrzany (oskarżony) to osoba z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, a w związku z tym powinna mieć obligatoryjnie ustanowionego obrońcę.

Zmiany w praktyce stosowania przepisów wymaga traktowanie osób określanych jako analfabeci (nieumiejących pisać i czytać). Należy podzielić stanowisko wyrażone w jednym z orzeczeń, iż takie osoby nie mogą wypowiadać się na piśmie są w tej formie nieme, jakby nie władały językiem polskim. Jeszcze bardziej zależne od innych i pozbawione prawa do obrony samodzielnej, są osoby pozbawione wolności i mające dodatkowo niepełnosprawności intelektualne lub psychiczne. Dla takich osób udział obrońcy w postępowaniu powinien być

<sup>254</sup> Badania prowadzone przez RPO w zakresie dostępu osób z niepełnosprawnościami do wymiaru sprawiedliwości pokazują, że pracownicy wymiaru sprawiedliwości w sposób stereotypowy postrzegają osoby z niepełnosprawnościami. Zob. *Dostęp osób z niepełnosprawnościami do wymiaru sprawiedliwości, analiza i zalecenia*, Biuletyn RPO 2016, nr 7, Warszawa 2016, s. 73.



obligatoryjny i nie wyłącznie z tego powodu, iż zachodzą okoliczności utrudniające obronę.

W postępowaniu wykonawczym, istotne de lege ferenda jest odejście od badania poczytalności skazanego jako przesłanki obrony obligatoryjnej, a ujednoczenie przesłanek w tej mierze z regulacją k.p.k. w zakresie obrony in tempore procedendi.

Warto również zastanowić się nad zgłaszanym w doktrynie postulatem, aby w przypadku uznania przez sąd, iż skazany musi mieć obrońcę, ze względu na okoliczności utrudniające obronę (art. 8 § 2 pkt 5 k.k.w.)<sup>255</sup>, skazany miał prawo wyrazić swoje zdanie w tej mierze. Wskazuje się, iż ma to uzasadnienie w fakcie, iż oskarżony (skazany) może mieć inne niż sąd zdanie co do okoliczności utrudniających obronę. W piśmiennictwie podnosi się, że może dojść do obciążenia takiej osoby kosztami obrońcy z urzędu, wbrew jej woli<sup>256</sup>, co w ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich jest niedopuszczalne, skoro to nie oskarżony (skazany) prosi o przydzielenie mu obrońcy. Postulat, aby koszty obrony obligatoryjnej ponosił Skarb Państwa, skoro obrona ta leży także w interesie społecznym<sup>257</sup>, jest słuszny i powinien zostać dostrzeżony przez ustawodawcę.

Organy stosujące prawo, w tym sądy, winny w większej mierze brać pod uwagę, że prawo do obrony jest jednym z filarów wymiaru sprawiedliwości, zatem w żadnym przypadku nie jest dopuszczalne dokonywanie dowolnej wykładni przepisów, które tego prawa dotyczą. Naruszenie prawa do obrony jest bowiem zawsze bezwzględna przyczyną odwoławczą.

Prawo do obrony musi być prawem realnym, a więc musi na etapie jego wykonywania właściwie określać obowiązki organów, które mają czuwać nad jego prawidłowym wykonywaniem.

Wspólny mianownik dla wszystkich niedoskonałości polskiego systemu prawnego i praktyki stosowania prawa do obrony leży w fakcie, że organy stosujące prawo **wykazują się niedostateczną empatią w rozumieniu potrzeb osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną. Niezmiernie ważne jest przyjęcie domniemania szczególnie trudnej sytuacji takich osób.** W pkt 7 Zaleceń Komisji Europejskiej z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie gwarancji procesowych dla osób wymagających szczególnego traktowania podejrzanych lub oskarżonych w postępowaniu karnym<sup>258</sup> wskazuje się, że państwa członkowskie powinny wprowadzić domniemanie szczególnie trudnej sytuacji, zwłaszcza wobec osób ze znacznie obniżoną sprawnością psychiczną, intelektualną, fizyczną lub sensoryczną lub osób cierpiących na chorobę psychiczną lub zaburzenia funkcji poznawczych, które utrudniają im zrozumienie

<sup>255</sup> W k.p.k. to odpowiednio art. 79 § 2.

<sup>256</sup> Por. R.A. Stefański, *Prawo...*, op. cit., s. 31-32, J. Kosonoga, *Przesłanki...*, op. cit., s. 535.

<sup>257</sup> R.A. Stefański, *Prawo...*, op. cit., s. 32.

<sup>258</sup> Dz.U.UE.C.2013.378.8 z dnia 24.12.2013 r.



postępowania i skuteczne uczestnictwo w postępowaniu. Dodatkowo jak stanowią Zalecenia Komisji, jeżeli osoba wymagająca szczególnego traktowania nie jest w stanie zrozumieć i śledzić przebiegu postępowania, nie może się ona zrzec prawa dostępu do adwokata<sup>259</sup>.

Stosowanie polskich regulacji, w szczególności w zakresie prawa do obrony, musi być w większym stopniu nakierowane na przyjęcie domniemania szczególnie trudnej sytuacji tych osób.

---

<sup>259</sup> Dyrektywa 2013/48/UE.

# Wczesna identyfikacja osób wymagających szczególnego traktowania, będących uczestnikami postępowania karnego

## 1. Wprowadzenie. Definicja terminu: „osoba wymagająca szczególnego traktowania”

Niejednokrotnie zdarza się, że uczestnikami postępowania karnego są osoby z różnego rodzaju niepełnosprawnością, które wymagają ze strony organów postępowania karnego wsparcia, adekwatnego do uzasadnionych potrzeb. Potrzeby te wynikają z naruszonej sprawności fizycznej, psychicznej, intelektualnej lub w zakresie zmysłów, która w oddziaływaniu z różnymi barierami może utrudnić tym osobom skuteczny dostęp do wymiaru sprawiedliwości<sup>260</sup>. Osoby te, by mogły korzystać z wolności i praw człowieka, wymagają więc szczególnego traktowania.

Przepisy polskiego prawa karnego nie znają terminu „osoba z niepełnosprawnością” czy „osoba wymagająca szczególnego traktowania”. Odwołują się wyłącznie do stanu zdrowia podsądnego i to niezależnie od etapu, na jakim znajduje się postępowanie karne. Jest to niewątpliwie przejaw pragmatyzmu ustawodawcy, bowiem dzięki temu odniesieniu poszczególne przepisy mają wszechstronne zastosowanie.

Określenie „osoba wymagająca szczególnego traktowania” odnajdujemy w Zaleceniu Komisji Europejskiej z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie gwarancji procesowych dla osób wymagających szczególnego traktowania podejrzanych lub oskarżonych w postępowaniu karnym<sup>261</sup>. Za „osobę wymagającą szczególnego traktowania” uznaje się **osobę ze znacznie obniżoną sprawnością psychiczną, intelektualną, fizyczną lub sensoryczną lub cierpiącą na chorobę psychiczną lub zaburzenia funkcji poznawczych, które utrudniają jej zrozumienie postępowania karnego i skuteczne w nim uczestnictwo**. W postę-

<sup>260</sup> A. Błaszczak-Banasiak, *Dostęp osób z niepełnosprawnościami do wymiaru sprawiedliwości - analiza i zalecenia*, Biuletyn RPO 2016, nr 7, Warszawa 2016, s. 32.

<sup>261</sup> Dz.U.U.E.C.2013.378.8 z dnia 24.12.2013 r.

powaniu karnym osoby te potrzebują szczególnych gwarancji w celu zabezpieczenia, że rozumieją one swoje prawa i z nich korzystają. Jeżeli jednostki nie rozumieją postępowania lub skutków działań, do czego dochodzi ze względu na to, że wymóg ich szczególnego traktowania nie został zidentyfikowany albo nie zostały wprowadzone szczególne gwarancje, zaistnieje sytuacja określana jako „nierówność broni”, która zmniejsza szanse tych osób na rzetelny proces sądowy oraz zagraża integralności postępowania sądowego<sup>262</sup>.

## 2. Identyfikacja osoby wymagającej szczególnego traktowania

Identyfikacja osoby wymagającej szczególnego traktowania i ocena jej potrzeb przynosi najwięcej korzyści, gdy jest dokonywana na wczesnym etapie postępowania karnego. Pozwala na ustanowienie odpowiednich zabezpieczeń procesowych i zapewnia, że osoba ta nie doświadcza dyskryminacji i nierównego traktowania.

Z przeprowadzonych przez Rzecznika Praw Obywatelskich badań, będących przedmiotem tej publikacji, wynika, że w praktyce mechanizmy, które gwarantowałyby, że osoby znajdujące się w szczególnie trudnej sytuacji zostaną zidentyfikowane, ich status uznany, a ich szczególne potrzeby będą zaspokojone, są niewystarczające. W konsekwencji konstytucyjne prawa tych osób doznają licznych ograniczeń. Oto przykład.

*Mirośław R.<sup>263</sup> urodził się z objawami dziecięcego porażenia mózgowego, ma niedowład spastyczny kończyn dolnych, stwierdzono u niego upośledzenie umysłowe oraz chorobę psychiczną w postaci zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Choroba ma charakter przewlekły, przebiega z okresami zaostrzeń w postaci stanów depresyjnych lub maniakalnych o różnym nasileniu. Z powodu tej choroby był wielokrotnie hospitalizowany w szpitalach psychiatrycznych.*

*W postępowaniu nakazowym sąd uznał Mirośława R. za winnego popełnienia wykroczenia z art. 121 § 1 k.w.<sup>264</sup> poprzez to, że trzykrotnie w ciągu roku korzystał z przejazdu komunikacją miejską bez ważnego biletu. Sąd skazał go na karę jednego miesiąca ograniczenia wolności, zobowiązując do wykonywania*

<sup>262</sup> Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komunikatu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów. Zapewnianie postępów w ramach Agendy Unii Europejskiej na rzecz gwarancji procesowych dla podejrzanych lub oskarżonych - wzmocnienie podstaw europejskiej przestrzeni wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych/ COM/2013/0820 final.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM:2013:0820:FIN> (dostęp: 09.10.2017 r.).

<sup>263</sup> BPW.517.35.2016.

<sup>264</sup> Przepis art. 121 § 1 k.w. stanowi: Kto, pomimo nieuiszczenia dwukrotnie nałożonej na niego kary pieniężnej określonej w taryfie, po raz trzeci w ciągu roku bez zamiaru uiszczenia należności wyłudza przejazd koleją lub innym środkiem lokomocji, podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny.



*nieodpłatnej pracy na cele społeczne. Ukarany kary tej nie wykonał, toteż sąd, na wniosek kuratora, zarządził wykonanie wobec niego kary zastępczej 15 dni pozbawienia wolności.*

*W toku postępowania wykonawczego, dotyczącego kary zastępczej, powołano biegłych psychiatrów, którzy orzekli, że Mirosław R. z uwagi na stan zdrowia psychicznego, który to stan ma charakter trwały, nie może odbywać kary pozbawienia wolności. Umieszczenie go w zakładzie karnym może zagrażać jego życiu. Istnieje bowiem duże prawdopodobieństwo, że skazany dokona próby samobójczej (opinia z dnia 26 stycznia 2016 r.). W tej sytuacji sąd wydał postanowienie o wstrzymaniu wykonania kary.*

*Mirosław R. trafia jednak do aresztu - w dniu 9 lutego 2016 r.*

*Inny sąd postanowił wobec Mirosława R. zastosować tymczasowe aresztowanie oraz wystosować za nim list gończy z powodu ukrywania się przed wymiarem sprawiedliwości. Czyn, którego miał się dopuścić trzy lata wcześniej, polegał na czynnej napaści na funkcjonariusza Policji, podczas i w związku z pełnieniem przez niego obowiązków służbowych, w ten sposób, że dwukrotnie uderzył go pięścią w okolice prawego barku, a także ugryzł w lewą łydkę, powodując u pokrzywdzonego stłuczenie barku prawego oraz podbiegnięcia krwawe i krwiaka podskórnego łydki lewej. Obrażenia te naruszyły czynność narządów ciała na czas poniżej siedmiu dni. Biegli, powołani w tym postępowaniu orzekli, że czynu tego dokonał mając znacznie ograniczoną zdolność rozpoznania znaczenia czynu i kierowania swoim postępowaniem.*

*Po zatrzymaniu przez Policję Mirosław R. podał, że był leczony psychiatrycznie. W księżce przebiegu służby w pomieszczeniu dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia zapisano, że zatrzymany nie wymaga szczególnego nadzoru.*

*Sąd, który zastosował tymczasowe aresztowanie, po powzięciu wiadomości o istnieniu opinii biegłych powołanych w postępowaniu wykonawczym, w myśl której umieszczenie Mirosława R. w zakładzie karnym może zagrażać jego życiu, powołał dwa niezależne zespoły biegłych. Psychiatrzy stwierdzili, że aktualnie brak jest przeciwwskazań zdrowotnych dla stosowania tego środka zapobiegawczego.*

*Mirosław R. pozostaje w więzieniu.*

W sprawie Mirosława R. niektóre organy uczestniczące w postępowaniu karnym nie rozpoznały, że wymaga on szczególnego traktowania.

Pierwsza sprawa, dotycząca wykroczenia, toczyła się w postępowaniu nakazowym. Zatem wyrok skazujący na karę ograniczenia wolności i postanowienie o zarządzeniu wykonania kary zastępczej pozbawienia wolności wydane były bez

obecności skazanego<sup>265</sup>. Sąd nie mógł więc ocenić stanu jego zdrowia psychicznego. W tej sytuacji szczególną rolę do spełnienia miał kurator. Dobrze przeprowadzony wywiad środowiskowy dostarczyłby zapewne wiedzy o występującej u Mirosława R. niepełnosprawności intelektualnej i psychicznej oraz jego wielokrotnych pobytach w szpitalu psychiatrycznym. Kurator nie poczynił jednak wystarczających działań, by ustalić przyczyny niewykonania orzeczonej kary i uchylenia się skazanego od współpracy. Należy zauważyć, iż możliwość orzekania w trybie nakazowym, a więc na posiedzeniu bez udziału stron, obostrzone jest wymogiem, aby okoliczności czynu i wina obwinionego nie budziły wątpliwości.

W drugiej sprawie, w której stosowany był wobec ww. tymczasowy areszt, funkcjonariusz Policji w protokole przesłuchania nie zawarł żadnych uwag dotyczących zatrzymanego, choćby w zakresie trudności w swobodnym wypowiedzianiu się, czy widocznej dysfunkcji narządu ruchu. Co ważniejsze, wbrew prawnemu obowiązkowi, funkcjonariusze nie przewieźli zatrzymanego do podmiotu leczniczego w celu przeprowadzenia badania lekarskiego<sup>266</sup>. Badanie lekarskie osoby z zaburzeniami psychicznymi (a do takich z pewnością należy osoba, która podaje, iż jest leczona psychiatrycznie) jest bezwzględny obowiązkiem wynikającym z konieczności zapewnienia bezpieczeństwa zatrzymanemu. Przepisy nie pozostawiają tej kwestii do uznania funkcjonariuszy. Należy podnieść, że wobec Mirosława R. zaledwie dwa tygodnie przed umieszczeniem go w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych do wytrzeźwienia Komendy Miejskiej Policji wydana została opinia sądowno-psychiatryczna, w której psychiatrzy stwierdzili, że przebywanie w izolacji może zagrażać jego życiu z uwagi na możliwość podjęcia próby samobójczej. Istniało więc zagrożenie podjęcia przez ww. takiego aktu samoagresji w czasie pobytu w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych. Badanie lekarskie być może ujawniłoby istnienie przeszkód do izolacji i w konsekwencji Mirosław R. nie zostałby umieszczony w areszcie.

Sąd, wydający nakaz tymczasowego aresztowania, mając wiedzę o stwierdzeniu przez psychiatrów, powołanych w postępowaniu wykonawczym (w pierwszej sprawie), bezwzględnych przeciwwskazań do pozbawienia wolności, nie

<sup>265</sup> Przepis art. 93 § 1 k.p.w. stanowi: Sąd na posiedzeniu może wydać wyrok nakazowy w sprawach o wykroczenia, w których wystarczające jest wymierzenie nagany, grzywny albo kary ograniczenia wolności. Sąd orzeka bez udziału stron. W myśl art. 93 § 2 k.p.w. orzekanie w postępowaniu nakazowym może nastąpić, jeżeli okoliczności czynu i wina obwinionego nie budzą wątpliwości. Procedowanie w powyższym trybie jest niedopuszczalne, jeżeli zachodzą okoliczności określone w art. 21 § 1 k.p.w., a warunkujące obronę obligatoryjną (obwiniony jest głuchy, niemy lub zachodzą uzasadnione wątpliwości co do jego poczytalności) - art. 93 § 4 k.p.w.

<sup>266</sup> Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 13 września 2012 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję (Dz. U. z 2012 r. poz. 1102), § 1 ust. 3 pkt 2 lit. d: Osobę zatrzymaną poddaje się badaniu lekarskiemu w przypadku, gdy z posiadanych przez Policję informacji lub z okoliczności zatrzymania wynika, że osobą zatrzymaną jest osoba z zaburzeniami psychicznymi.





wziął pod uwagę przepisu art. 259 § 1 k.p.k., który stanowi, że od tymczasowego aresztowania należy odstąpić, jeśli pozbawienie oskarżonego wolności spowodowałoby dla jego życia lub zdrowia poważne niebezpieczeństwo. Sąd nie zastosował również art. 260 § 1 k.p.k., w myśl którego jeżeli stan zdrowia oskarżonego tego wymaga, tymczasowe aresztowanie może być wykonywane tylko w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym, w tym w zakładzie psychiatrycznym.

**Przedstawiona sprawa pokazuje, jak istotną kwestią jest konieczność rozpoznania, czy zatrzymany (podejrzany, oskarżony, skazany) wymaga szczególnego traktowania. Konsekwencją niepodjęcia dostatecznych wysiłków, w celu ustalenia danych co do właściwości i warunków osobistych zatrzymanego, jest osadzenie w więzieniu osoby, u której zaburzenia psychiczne bądź dysfunkcje intelektualne nie pozwalają na osiągnięcie celów kary określonych w art. 67 k.k.w.<sup>267</sup> lub wykluczają pobyt w warunkach izolacji penitencjarnej, bowiem mógłby on spowodować pogorszenie stanu zdrowia tymczasowo aresztowanego (skazanego) i poważnie zagrażać jego życiu.**

Do działań służących wzmocnieniu praw wszystkich podejrzanych, oskarżonych czy skazanych, którzy nie są w stanie zrozumieć postępowania karnego czy procesu resocjalizacji ze względu na swój stan umysłowy bądź psychiczny, zobowiązują przepisy prawa krajowego oraz uregulowania prawne o zasięgu międzynarodowym<sup>268</sup>.

Wśród aktów prawa międzynarodowego typu soft-law największe znaczenie z punktu widzenia omawianej problematyki ma przywołane wcześniej Zalecenie Komisji Europejskiej z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie gwarancji procesowych dla osób wymagających szczególnego traktowania podejrzanych lub oskarżonych w postępowaniu karnym. Dokument ten stanowi, że szczególne prawa procesowe osób wymagających szczególnego traktowania należy stosować od momentu, w którym powzięto podejrzenie o popełnieniu przez nie przestępstwa aż do czasu zakończenia postępowania. Z tego względu kluczowe znaczenie ma jak najszybsza identyfikacja osoby wymagającej szczególnego traktowania z uwagi na znacznie obniżoną sprawność psychiczną, intelektualną, fizyczną lub sensoryczną i uznanie jej potrzeb<sup>269</sup>.

<sup>267</sup> Art. 67 § 1 k.k.w.: Wykonywanie kary pozbawienia wolności ma na celu wzbudzenie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądaných postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa.

<sup>268</sup> Zagadnienie to zostało przedstawione w rozdziałach autorstwa Z. Kuźmy oraz E. Dawidziuk i K. Kamińskiej.

<sup>269</sup> Zalecenia zostały szczegółowo omówione w rozdziale autorstwa E. Dawidziuk.

### **3. Policja, jako pierwszy organ identyfikujący osoby wymagające szczególnego traktowania**

Zadanie wczesnej identyfikacji osób wymagających szczególnego traktowania stoi przede wszystkim przed funkcjonariuszami Policji, którzy zwykle jako pierwsi mają kontakt z osobą zdradzającą symptomy zaburzeń.

Jedną z najważniejszych czynności procesowych jest przesłuchanie zatrzymanego. Prawidłowe przeprowadzenie tej czynności ma poważny wpływ nie tylko na efektywność działania organów ścigania, ale przede wszystkim ma duże znaczenie w procesie karnym. Z uwagi na powyższe, znajomość zagadnień związanych z przesłuchiwaniami zatrzymanego należy uznać za podstawową umiejętność, niezbędną do prawidłowego wykonywania czynności służbowych przez policjanta. CPT podkreślił, że przesłuchiwanie podejrzanych jest zadaniem specjalistycznym, które wymaga specyficznego szkolenia, jeśli ma być przeprowadzane w sposób zadawalający. Przede wszystkim zupełnie jasny musi być dokładny cel przesłuchania, którym jest uzyskanie ścisłych i wiarygodnych informacji w celu poznania prawdy o kwestiach ustalanych w śledztwie, a nie uzyskanie przyznania się do winy od osoby, którą przesłuchujący funkcjonariusze uznali już za winną<sup>270</sup>.

Dyrektywy dotyczące sposobu przesłuchiwania zatrzymanego znajdują się w Kodeksie postępowania karnego oraz w Wytycznych Nr 1 Komendanta Głównego Policji z dnia 23 lipca 2015 r. w sprawie wykonywania niektórych czynności dochodzeniowo-śledczych przez policjantów<sup>271</sup>.

Przywołane akty stanowią, że policjant zobowiązany jest przygotować się do przesłuchania podejrzanego, w szczególności poprzez zaznajomienie się z całością materiałów postępowania oraz uzyskanie dostępnej wiedzy o sprawie, jego przeszłości i stylu życia (jeżeli jest to istotne dla sprawy). Zatem już na tym etapie postępowania może pojawić się informacja, że przesłuchiwany jest osobą z niepełnosprawnością bądź zrodzić się podejrzenie, że wymaga on szczególnego traktowania.

Wątpliwości co do stanu psychicznego i intelektualnego zatrzymanego mogą nasunąć się również w trakcie przesłuchania, które według Kodeksu postępowania karnego, powinno rozpocząć się od swobodnej relacji osoby przesłuchiwanej<sup>272</sup>. Powinny się one zrodzić w sytuacji, gdy u podejrzanego pojawią się natrętnie wypowiedziane myśli, wypowiedzi świadczące o zmienionych percepcjach (słyszenie dźwięków, głosów nieistniejących osób), dezorganizacja myślenia, brak logicznego kontaktu słownego czy orientacji, co do miejsca, czasu i sytuacji, w której dana osoba się znajduje. Te sygnały, podobnie jak spowolnienie psychiczne i ruchowe

<sup>270</sup> Fragment Dwunastego Sprawozdania Ogólnego, CPT/Inf (2002) 12, pkt 34, [https://bip.ms.gov.pl/Data/Files/\\_public/bip/prawa\\_czl\\_onz/pol-standards-cpt.pdf](https://bip.ms.gov.pl/Data/Files/_public/bip/prawa_czl_onz/pol-standards-cpt.pdf) (dostęp: 09.10.2017 r.).

<sup>271</sup> Dz. Urz. KGP, z 2015 r. poz. 59.

<sup>272</sup> Art. 171 § 1 k.p.k.



bądź nadmierne nieadekwatne podwyższenie nastroju, mogą świadczyć o niepełnosprawności psychicznej. Niepełnosprawność intelektualna objawia się natomiast różnego stopnia obniżeniem pamięci, zdolności myślenia (przetwarzania informacji) i uczenia się (nabywania nowych informacji) z równoczesnym opóźnieniem rozwoju psychoruchowego, zmianami emocjonalnymi i zachowania oraz trudnościami w zdobyciu wykształcenia i społecznym przystosowaniu<sup>273</sup>.

Zdarza się, że przesłuchiwany sam szczegółowo informuje o swoim stanie zdrowia psychicznego, dotychczasowym procesie leczenia czy poważnych kryzysach emocjonalnych. Niemniej jednak brak takich informacji, mimo że przesłuchiwany był bądź jest objęty opieką psychiatryczną, może być m.in. efektem występujących u osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną zniekształceń w postrzeganiu świata zewnętrznego lub obniżonej zdolności myślenia, co powoduje błędną ocenę rzeczywistości.

Kolejny etap przesłuchania – rozpytywanie zatrzymanego – pozwala, poprzez odpowiednie prowadzenie rozmowy i zadawanie pytań, na zebranie dodatkowych informacji o objawach świadczących o niepełnosprawności zatrzymanego i daje możliwość, z wykorzystaniem wcześniej pozyskanych danych, dokonania wstępnej oceny rodzaju występujących dysfunkcji. Nawet taka czynność, jak podpisanie protokołu przesłuchania może być źródłem wiedzy o przesłuchiwanym – osoba z niepełnosprawnością intelektualną często nie potrafi pisać, czytać, złożyć podpisu.

**Należy podkreślić, że w procesie identyfikacji osób wymagających szczególnego traktowania nie chodzi o diagnozowanie rodzaju zaburzeń, ich rozmiaru, czy przyczyn prezentowanych przez zatrzymanego zachowań.** Ocena taka należy do osób posiadających niezbędne kwalifikacje w tym zakresie: lekarza psychiatry, psychologa. Policjant powinien natomiast potrafić dostrzec u osoby zatrzymanej nietypowe zachowania i trudności z jakimi ta osoba się zмага.

**Wczesne rozpoznanie, że osoba przesłuchiwana należy do grupy osób wymagających szczególnego traktowania jest ważne przede wszystkim z punktu widzenia zapewnienia jej możliwości korzystania z praw człowieka i podstawowych wolności, na zasadzie równości z innymi osobami. W szczególności chodzi o zapewnienie prawa do humanitarnego traktowania oraz szeroko rozumianego prawa do obrony.**

Przed pierwszym przesłuchaniem należy pouczyć podejrzanego o ciężących obowiązkach i przysługujących mu uprawnieniach oraz dostępnych środkach ochrony i pomocy, zgodnie z treścią art. 300 k.p.k. Wręczając podejrzanemu pisemne pouczenie, o którym mowa w przywołanym przepisie, policjant jest zobowiązany wyjaśnić przesłuchiwanemu zawarte w nim treści, w sposób ade-

<sup>273</sup> Maria Załuska, *Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi, Informator dla chorujących, ich rodzin i przyjaciół*, Warszawa 2015, s. 56-58.

kwatny do wieku, stanu rozwoju intelektualnego i emocjonalnego zapoznanego<sup>274</sup>. Warunkiem wywiązania się z tego obowiązku jest zdiagnozowanie trudności przesłuchiwanego, by móc dostosować sposób realizacji czynności do potrzebnego tej osobie zakresu wsparcia. W pierwszej kolejności należy zminimalizować bariery komunikacyjne. Sposób przekazywania informacji, zadawania pytań powinien być bowiem dostępny dla osoby przesłuchiwanej, adekwatny do jej możliwości poznawczych. W przypadku osoby z niepełnosprawnością intelektualną należy posługiwać się prostym językiem, odnoszącym się do pojęć konkretnych, formułować krótkie wypowiedzi<sup>275</sup>. Ważne jest, by zadbać o atmosferę spokoju, zrozumienia, być cierpliwym w oczekiwaniu na odpowiedź. Trzeba też mieć na uwadze, że osoba z niepełnosprawnością intelektualną, zwłaszcza w stopniu umiarkowanym i znacznym – ze względu na defekty w zakresie funkcjonowania procesów spostrzegania, pamięci i myślenia – może nie być w stanie złożyć wiarygodnych relacji dotyczących zdarzenia będącego przedmiotem sprawy. Mając na uwadze szczególne właściwości tych osób, organ procesowy nie powinien traktować wszelkich zmian i zniekształceń w ich relacjach jako przejaw świadomego, intencjonalnego wprowadzania w błąd osoby przesłuchującej. Należy wziąć również pod uwagę, iż treść zeznań takich osób może być częściej, niż treść zeznań innych osób, wynikiem sugestii ze strony otoczenia zainteresowanego określonym rozstrzygnięciem sprawy.

Analizując sytuację osób zatrzymanych z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną nie można zapominać, iż zaburzenia psychiczne, choroby psychiczne, jak i tym bardziej niepełnosprawność intelektualna, szczególnie w stopniu lekkim, z reguły nie wyłączają wszystkich kompetencji takiej osoby. Mogą więc mieć miejsce sytuacje, że będzie ona zdolna do zrozumienia znaczenia jednej sytuacji i podjęcia świadomej decyzji w danym przedmiocie, a nie będzie w stanie zrozumieć znaczenia innej. Zatem, należy te osoby nie tylko wspierać, by na zasadzie równości z innymi osobami, zapewnić im skuteczny dostęp do wymiaru sprawiedliwości, ale również respektować ich swobodę decyzyjną. Nie ulega wątpliwości, że samo zdiagnozowanie choroby psychicznej, niepełnosprawności intelektualnej, czy innego zaburzenia psychicznego, nie odbiera zdolności procesowej. Rzecznik w swych wystąpieniach wielokrotnie wskazywał na trudności, jakie napotykają osoby zatrzymane, chcąc skorzystać z prawa do profesjonalnej pomocy prawnej. W piśmie skierowanym do Pełnomocnika Komendanta Głównego Policji ds. Ochrony Praw Człowieka<sup>276</sup> Rzecznik podnosił, że formułowanie żądania kontaktu z adwokatem jest często uwarunkowane postawą funkcjonariuszy

<sup>274</sup> Wytyczne Nr 1 Komendanta Głównego Policji z dnia 23 lipca 2015 r. w sprawie wykonywania niektórych czynności dochodzeniowo-śledczych przez policjantów, § 19.

<sup>275</sup> A. Błaszczak-Banasiak, *Dostęp osób z niepełnosprawnościami do wymiaru sprawiedliwości - analiza i zalecenia*, Biuletyn RPO 2016, nr 7, Warszawa 2016, s. 19.

<sup>276</sup> Pismo z dnia 29 kwietnia 2016 r., II.5150.9.2014.



obecnych przy zatrzymaniu. Niejednokrotnie zatrzymani nie są skutecznie informowani o przysługujących im prawach, w tym prawie do kontaktu z adwokatem lub radcą prawnym, a zdarza się, że są zniechęceni do skorzystania z fachowej pomocy prawnej. Praktyki takie są niedopuszczalne, a w przypadku osób z niepełnosprawnością, o której mowa wyżej, dodatkowo wysoce niemoralne. Osoba taka obarczona negatywnymi doświadczeniami w kontaktach społecznych rzadko zapyta o przysługujące jej prawa, a na pewno nie sprzeciwi się jednoznaczny i pozornie korzystny dla siebie w skutkach sugestiom zatrzymującego, że kontakt z adwokatem nie jest jej potrzebny. Należy więc podnieść, iż to częstokroć od postawy funkcjonariusza Policji zależy, czy i w jakim zakresie osoby zatrzymane będą korzystały ze swoich praw przysługujących im w pierwszym etapie postępowania. Rzecznik zwrócił uwagę na potrzebę podjęcia działań w zakresie uwrażliwienia funkcjonariuszy Policji na znaczenie, jakie ma w postępowaniu karnym skuteczne informowanie osób zatrzymanych o ich prawach, w szczególności o prawie do kontaktu z adwokatem. Rzecznik apel ten ponowił w wystąpieniu skierowanym do Ministra Sprawiedliwości Prokuratora Generalnego oraz Pełnomocnika Komendanta Głównego Policji ds. Ochrony Praw Człowieka<sup>277</sup>.

**Rozpoznanie u zatrzymanego trudności, o których mowa, pozwoli policjantom również na lepsze zdiagnozowanie obszarów, w których powinni podjąć szczególne działania.**

W myśl § 38 ww. Wytycznych, jeżeli zachowanie podejrzanego podczas przesłuchania nasuwa uzasadnioną wątpliwość co do jego poczytalności, a kontynuowanie czynności mogłoby skutkować możliwością naruszeniem praw podejrzanego - policjant przerywa przesłuchanie, dokumentując w protokole przesłuchania powód przerwania czynności i przekazuje akta postępowania przygotowawczego prokuratorowi, wnosząc o powołanie dwóch biegłych lekarzy psychiatrów. Zadaniem biegłych, zgodnie z art. 202 § 5 k.p.k., będzie wypowiedzenie się na temat poczytalności podejrzanego w chwili popełnienia zarzucanego mu czynu, jak i jego aktualnego stanu zdrowia psychicznego, a zwłaszcza wskazanie, czy stan ten pozwala podejrzanemu na udział w postępowaniu i na prowadzenie obrony w sposób samodzielny i rozsądny<sup>278</sup>.

Policjant, w przypadku gdy brak jest przesłanek do obowiązkowego przeprowadzenia wywiadu środowiskowego na podstawie art. 214 § 1 k.p.k.<sup>279</sup>, może rów-

<sup>277</sup> Pisma z dnia 25 stycznia 2017 r., II.5150.9.2014.

<sup>278</sup> Art. 93b. § 1 k.k.: Sąd może orzec środek zabezpieczający, gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w tym kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające. Środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 4, można orzec jedynie, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości.

<sup>279</sup> Art. 214 § 1 k.p.k.: W razie potrzeby, a w szczególności gdy niezbędne jest ustalenie danych co do właściwości i warunków osobistych oraz dotychczasowego sposobu życia oskarżonego, sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, zarządza w stosunku do oskarżonego przeprowadzenie wywiadu środowiskowego przez kuratora sądowego lub inny podmiot uprawniony na

niez wystąpić do prokuratora o zarządzenie wywiadu środowiskowego gdy uzna, że nie są wystarczające dane osobopoznawcze zebrane zgodnie z art. 213 k.p.k.<sup>280</sup>.

Zaobserwowane nietypowe zachowania zatrzymanego powinny być również przesłanką do podjęcia działań mających na celu ustalenie istnienia ewentualnych przeciwwskazań medycznych do przebywania osoby zatrzymanej w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia. Zatrzymanego poddaje się badaniu lekarskiemu w przypadku, gdy z posiadanych przez Policję informacji lub z okoliczności zatrzymania wynika, że jest on osobą z zaburzeniami psychicznym, o czym stanowi przywołany wcześniej § 1 ust. 3 pkt 2 lit. d wspomnianego rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 13 września 2012 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję. Rzecznik stoi na stanowisku, że opinię w tym zakresie, w przypadku osób, u których istnieje duże prawdopodobieństwo występowania choroby psychicznej, powinien wydać lekarz psychiatra<sup>281</sup>. W tym miejscu należy wskazać, iż pozostawianie osoby chorującej psychicznie (np. w stanie ostrej psychozy) bez zapewnienia jej natychmiastowej opieki psychiatrycznej, może nosić znamiona nieludzkiego i poniżającego traktowania, a tym samym naruszać obowiązujące regulacje prawne (konstytucyjne i konwencyjne).

**Rzecznik Praw Obywatelskich, kierując wystąpienia do organów władzy publicznej<sup>282</sup>, ze szczególną siłą akcentował, że brak dostrzeżenia faktu niepełnosprawności intelektualnej lub psychicznej ma skutek dla całego dalszego postępowania przygotowawczego i sądowego.** Podkreślał również, że dla identyfikacji osoby wymagającej szczególnego traktowania zatrzymanie jest momentem niezmiernie ważnym. Ze stanowiskiem tym zgodzili się eksperci<sup>283</sup>. Nie znalazło ono jednak zrozumienia u Ministra Spraw Wewnętrznych

podstawie odrębnych przepisów, a w szczególnie uzasadnionych wypadkach przez Policję.

<sup>280</sup> Art. 213 § 1 k.p.k.: W postępowaniu należy ustalić tożsamość oskarżonego, jego numer Państwowego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności (PESEL), a w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - numer i nazwę dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz nazwę organu, który wydał dokument, a także wiek oskarżonego, jego stosunki rodzinne i majątkowe, wykształcenie, zawód i źródła dochodu, dane o jego karalności, a w miarę możliwości numer telefonu lub adres poczty elektronicznej umożliwiające kontaktowanie się z oskarżonym oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP). Odnosnie do oskarżonego będącego funkcjonariuszem publicznym w chwili popełnienia czynu lub w czasie postępowania należy ponadto zebrać dane dotyczące przebiegu służby publicznej, wyróżnień oraz ukarań dyscyplinarnych.

<sup>281</sup> Wystąpienie z dnia 7 stycznia 2016 r., KMP.570.25.2015, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2016/1/KMP.570.25.2015/619757.pdf> (dostęp: 09.10.2017 r.).

<sup>282</sup> Wystąpienia dostępne są na stronie internetowej RPO w zakładce *Sprawy RPO - Więźniowie z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną*.

<sup>283</sup> W dniu 23 września 2016 r. w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich odbyło się seminarium, dotyczące sytuacji osób zatrzymanych przez Policję, a przejawiających dysfunkcje psychiczne. W obradach wzięli udział między innymi przedstawiciele Komendy Głównej Policji, Pełnomocnik Komendanta Głównego Policji ds. Ochrony Praw Człowieka, Komendy Stołecznej Policji, Ministerstwa Sprawiedliwości i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, lekarze psychiatrzy, adwokaci. prof. T. Gardocka (prawnik, specjalistka w zakresie prawa i postępowania karnego, na-



i Administracji, który podniósł, że policjant nie jest podmiotem właściwym do dokonywania ocen i określania, czy zatrzymany jest osobą wymagającą szczególnego traktowania. Oceny trudnej sytuacji podejrzanego lub oskarżonego powinny dokonywać przede wszystkim prokuratura i organy sądowe<sup>284</sup>.

Odwołując się do przywołanego Zalecenia Komisji Europejskiej rzeczywiście należy wskazać, iż poza funkcjonariuszami Policji, jest ono skierowane także do innych organów ścigania, tj. np. prokuratury oraz organów sądowych. Zatem podmioty te też są zobowiązane do stwierdzenia i uznania szczególnie trudnej sytuacji podejrzanego lub oskarżonego w postępowaniu karnym. Przepisy Kodeksu postępowania karnego określają instytucję zatrzymania procesowego i procedury przynależne do prokuratora i sądu, również w zakresie postępowania z osobami z niepełnosprawnościami. O ile zadania stojące przed tymi organami są z punktu widzenia omawianych kwestii zasadnicze, to jednak nie można pomniejszać znaczenia czynności realizowanych przez funkcjonariusza Policji w związku z zatrzymaniem osoby, doprowadzeniem i pierwszym jej przesłuchaniem, które są czynnościami uprzednimi w stosunku do nabycia przez osobę statusu procesowego (podejrzanego, oskarżonego).

**W świetle powyższych rozważań uprawniony jest wniosek, że do zakresu zadań powierzonych funkcjonariuszom Policji do realizacji w ramach wykonywanych czynności służbowych należy identyfikacja trudności, z jakimi zмага się zatrzymany.**

Ta identyfikacja jest niezbędna, nie tylko dlatego, by zapewnić zatrzymanemu możliwość korzystania z praw i wolności, ale również by funkcjonariusz mógł wywiązać się z obowiązków wynikających z przepisów prawa. To właśnie wstępna ocena dysfunkcji występujących u zatrzymanego jest przesłanką do podjęcia decyzji o konieczności przeprowadzenia badania lekarskiego, przerwania przesłuchania i skierowania do prokuratora wniosku o powołanie biegłych lekarzy psychiatrów bądź o zarządzenie wywiadu środowiskowego. Rozpoznanie rodzaju trudności pozwoli też na zastosowanie niezbędnych form wsparcia, np. przekazanie informacji prawnej w sposób adekwatny do możliwości poznawczych zatrzymanego (np. prosty język, łatwy do zrozumienia), czy wybór różnych form komunikacji (np. tylko werbalna lub tylko pisemna).

---

uczyciel akademickim) stwierdziła, że od policjanta wymagam tylko, żeby ustalił na etapie zatrzymania, czy człowiek ma tego typu zaburzenia, które skłoniłyby policjanta do specjalnego traktowania. Prof. M. Jarema (lekarz specjalista psychiatra, b. Konsultant Krajowy ds. Psychiatrii) wyraził pogląd, że policjant powinien być przygotowany do tego, że będzie musiał dokonać wstępnej, pobieżnej oceny zatrzymanego.

<sup>284</sup> Pismo z dnia 19 września 2016 r., BMP-0790-1-9/2016/PS.

#### **4. System przepływu informacji na temat osoby wymagającej szczególnego traktowania pomiędzy organami postępowania karnego**

W ocenie Rzecznika powzięte przez Policję, na podstawie dostępnych materiałów źródłowych, wypowiedzi zatrzymanego czy własnych obserwacji przestępującego policjanta, informacje na temat trudności z jakimi boryka się osoba z niepełnosprawnością, powinny być dokumentowane i przekazywane kolejnym organom, pod władzą których zatrzymany pozostaje (prokuratura, sąd, dyrektor zakładu karnego/aresztu śledczego). Nawet krótka notatka dotycząca spostrzeżeń policjanta może okazać się niezmiernie ważna i zwrócić uwagę na konieczność zastosowania określonych procedur. Prokurator dysponując stosowną wiedzą będzie mógł przeprowadzić dowód z opinii biegłych, co do poczytalności i możliwości ponoszenia odpowiedzialności karnej przez podejrzanego. Sąd również miałby przesłankę do rozważenia potrzeby zarządzenia przeprowadzenia badań sądowo-psychiatrycznych oraz ustanowienia pomocy prawnej. Służba Więzienna od chwili „przejęcia” tymczasowo aresztowanego mogłaby objąć go wzmocnionymi oddziaływaniami ochronnymi i penitencjarnymi oraz zapewnić mu odpowiednie świadczenia lekarskie. Zapobiegłoby to sytuacjom osadzania w więzieniu osób, u których zaburzenia psychiczne bądź dysfunkcje intelektualne nie pozwalają na umieszczenie ich w warunkach izolacji. A tak niejednokrotnie dzieje się, gdy np. sąd orzeka karę w postępowaniu nakazowym, który nie przewiduje udziału stron w posiedzeniu, wydaje w postępowaniu wykonawczym nakaz przyjęcia do zakładu karnego w związku z niestawiennictwem skazanego do jednostki penitencjarnej po zakończonej przerwie w wykonaniu kary pozbawienia wolności czy upłynięciu terminu odroczenia tej kary. Służba Więzienna nie może zaś odmówić przyjęcia np. osoby z chorobą psychiczną, bowiem obowiązujące przepisy stanowią, iż każda tymczasowo aresztowana lub skazana osoba, choćby nawet była w stanie bezpośredniego zagrożenia życia (np. w stanie ostrej psychozy) musi być przyjęta do jednostki penitencjarnej<sup>285</sup>.

Takie przypadki nie są odosobnione. W okresie od dnia 1 lipca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. 36 osób z chorobą psychiczną musiało być przetransportowanych do szpitali „wolnościowych” w celu zapewnienia im odpowiedniej opieki lekarskiej w dniu przyjęcia do jednostki penitencjarnej lub w dniu następnym. Natomiast w przypadku 50 osób z zaburzeniami psychicznymi istniała konieczność przeniesienia ich do innej jednostki penitencjarnej, posiadającej odpowiednie zaplecze medyczne<sup>286</sup>. Można przypuszczać, iż w tym okresie do jednostek pe-

<sup>285</sup> Zob. § 35 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności (Dz.U. z 2015 r. poz. 927). Szerzej na ten temat w rozdziale E. Brzostymowskiej.

<sup>286</sup> Pismo Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 10 czerwca 2016 r., BIS-070-





nitencjarnych zostało przyjętych znacznie więcej osób chorujących psychicznie lub zmagających się z zaburzeniami psychicznymi, a nierozpoznanych na etapie zatrzymania bądź doprowadzenia do zakładu karnego/aresztu śledczego.

W tym miejscu należy wskazać, że Komisja Europejska we wspomnianym Zaleceniu z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie gwarancji procesowych dla osób wymagających szczególnego traktowania podejrzanych lub oskarżonych w postępowaniu karnym, nawołuje do podjęcia przez państwa członkowskie wszelkich kroków w celu zapewnienia, aby w przypadku osób wymagających szczególnego traktowania, pozbawienie wolności przed wydaniem wyroku skazującego było środkiem ostatecznym, proporcjonalnym i podejmowanym w warunkach dostosowanych do potrzeb tych osób.

W ocenie Rzecznika właściwym miejscem odnotowywania spostrzeżeń i uwag policjanta dotyczących osoby wymagającej szczególnego traktowania jest protokół przesłuchania bądź protokół zatrzymania osoby. Obowiązujące wzory ww. protokołów nie zawierają jednak specjalnej rubryki, w której funkcjonariusz Policji byłby zobowiązany udokumentować swoje spostrzeżenia dotyczące osoby zatrzymanej (zarówno zatrzymanej w celu przeprowadzenia z nią czynności w ramach postępowania przygotowawczego, czy też w celu doprowadzenia do zakładu karnego, bądź w celach prewencyjnych, osoby stwarzającej w sposób oczywisty bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzkiego, a także mienia). Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji nie dostrzega potrzeby dokonania zmian w tym zakresie<sup>287</sup>, o co wnioskował Rzecznik. Jest zdania, że "protokół zatrzymania osoby jest dokumentem sporządzanym z przeprowadzenia czynności zatrzymania i niewłaściwym byłoby dokonywanie w jego treści „osobistych” spostrzeżeń funkcjonariusza, co do stanu zdrowia fizycznego lub psychicznego osoby zatrzymanej”. Minister stoi na stanowisku, że w przypadku, gdy stan zdrowia lub zachowanie osoby zatrzymanej wskazuje na symptomy świadczące o ewentualnej niepełnosprawności psychicznej, fizycznej lub innych zaburzeniach powodujących trudności w kontakcie z nią, fakt ten policjant może odnotować w notatce służbowej z czynności zatrzymania. Problemem jest jednak to, że czynności te mają charakter fakultatywny, wydaje się więc prawdopodobne, że policjant niezobowiązany do odnotowywania oczywistych symptomów niepełnosprawności, w natłoku spraw, nie będzie tego czynił. Tezę tę potwierdzają sprawy, będące przedmiotem badań prowadzonych przez Rzecznika. Oto przykłady.

*Protokół z przesłuchania Jarosławem D.<sup>288</sup> jest sporządzony w sposób czytelny i logiczny, zawiera wyczerpujące informacje o okolicznościach sprawy. Nie ma w nim żadnej adnotacji o jakichkolwiek trudnościach w realizacji tych czynności.*

42/16/3037.

<sup>287</sup> Pismo z dnia 19 września 2016 r. BMP-0790-1-9/2016/PS.

<sup>288</sup> BPW.517.9.2016.

*Z opinii biegłych, sporządzonej kilka dni później, wynika, że komunikacja werbalna z Jarosławem D. jest praktycznie niemożliwa – „kontakt powierzchniowy, nie udziela odpowiedzi na zadawane pytania, orientacja co do własnej osoby, miejsca i czasu zaburzona, potrafi powiedzieć tylko swoje imię i nazwisko, mówi bardzo niewyraźnie, momentami niezrozumiale, używa niegramatycznie pojedynczych słów, spowolniony psychoruchowo, intelekt na poziomie upośledzenia umysłowego w stopniu znacznym, procesy pamięciowe obniżone”.*

*Klaudiusz W<sup>289</sup>. jest upośledzony w stopniu umiarkowanym. Obowiązek szkolny od stopnia podstawowego realizował w szkołach specjalnych. Nie potrafi czytać ani pisać, jąka się. Wypowiada się nie w pełni spójnie i komunikatywnie, buduje niewielką ilość zdań złożonych podrzędnie. Prezentuje myśli jedynie konkretno-obrazowe, czyli na poziomie dziecka przedszkolnego (na poziomie myślenia konkretno-obrazowego nie ma jeszcze utrwalonej umiejętności planowania działań, nawiązywania do poprzednich doświadczeń, do łączenia przyczyn i skutków). Udzielenie odpowiedzi jest poprzedzone namysłem, zastanowieniem się. Klaudiusz W. znajduje się pod stałą opieką psychiatryczną.*

*W protokole przesłuchania Klaudiusza W. nie ma jakichkolwiek adnotacji funkcjonariusza Policji przeprowadzającego te czynności na temat stanu psychofizycznego zatrzymanego. Wystarczyłby zapis, że przesłuchiwany ma trudności w swobodnym wypowiedaniu się, nie potrafi odpowiedzieć na wiele pytań dotyczących jego osoby, nie opanował podstawowych umiejętności w zakresie pisania i czytania (po wcześniejszym ustaleniu, że te dysfunkcje występują)<sup>290</sup>.*

Problem ten ilustruje również sprawa mężczyzny z niepełnosprawnością intelektualną, skazanego na dwadzieścia pięć lat pozbawienia wolności za podwójne zabójstwo. Monitoruje ją HFPC, w ramach działania kliniki „Niewinność”. Przedstawiciele Fundacji ustalili, że protokoły przesłuchań podejrzanego

<sup>289</sup> II.510.269.2016.

<sup>290</sup> W toku całego postępowania karnego prowadzonego przeciwko Klaudiuszowi W. nie wyznaczono mu obrońcy z urzędu (nie korzystał on także z pomocy obrońcy z wyboru). RPO skierował w sprawie kasację. Zarzut kasacji dotyczył błędnego orzeczenia o kontrawencjonalizacji kary pozbawienia wolności. Wobec Klaudiusza W. Sąd Rejonowy niezasadnie zastosował art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego i niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2013 r. poz. 1247). W wyniku zapadłego rozstrzygnięcia, doszło do sytuacji, w której Klaudiusz W. – pomimo tego, że odbył już karę łączną 8 miesięcy pozbawienia wolności, będzie zmuszony jeszcze raz odbyć karę 7 miesięcy pozbawienia wolności i karę 30 dni aresztu, w tej samej sprawie. Kasacja zawiera wniosek o uchylenie zaskarżonego postanowienia Sądu Rejonowego.



zawierają zdania złożone, wyszukane słownictwo, wyrażenia i metafory, którymi mężczyzna na co dzień się nie posługuje<sup>291</sup>.

Spostrzeżenia funkcjonariusza udokumentowane w protokole przesłuchania niejednokrotnie byłyby przesłanką dla sądu do wyjaśnienia wszystkich istotnych okoliczności, dotyczących stanu zdrowia psychicznego, niedorozwoju umysłowego lub innych zaburzeń psychicznych oskarżonego i nie zapadłoby orzeczenie z naruszeniem procedury karnej.

Takim sytuacjom, jak wskazane wyżej, zapobiegłoby elektroniczne utrwalanie (dźwięku i/lub obrazu) przesłuchań policyjnych. Urządzenia, o których mowa, dostarczałyby kompletnego i autentycznego zapisu procesu przesłuchania, m.in. byłyby niezwykle pomocnym materiałem dla prokuratury i sądu w aspekcie podejmowania decyzji o dalszym sposobie postępowania w sprawie.

Należy zauważyć, iż wprowadzenie tego rodzaju systemów jest rekomendowane przez CPT. W Dwunastym Sprawozdaniu Ogólnym<sup>292</sup> Komitet podniósł, iż coraz więcej krajów rozważa wprowadzenie ich. Do wdrożenia systemu nagrywania w formie zapisu audiowizualnego treści przesłuchania nawołuje również Zalecenie Komisji Europejskiej z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie gwarancji procesowych dla osób wymagających szczególnego traktowania podejrzanych lub oskarżonych w postępowaniu karnym. Zalecenie nr 13 stanowi, że osoby wymagające szczególnego traktowania nie zawsze są w stanie zrozumieć treść przesłuchań policyjnych, którym są poddawane. Zatem, aby uniknąć kwestionowania treści przesłuchania, a tym samym jego niepotrzebnego powtarzania, przesłuchania należy nagrywać w formie zapisu audiowizualnego.

**Wdrożenie procedury odnotowywania w protokole przesłuchania spostrzeżeń dotyczących osoby wymagającej szczególnego traktowania, elektronicznego utrwalania przesłuchań oraz przekazywania informacji o trudnościach tej osoby innym organom, zwiększy szansę na uruchomienie odpowiedniej reakcji tych organów. Brak współpracy i koordynacji działań pomiędzy poszczególnymi organami władzy w przedmiotowym zakresie niejednokrotnie prowadzi do uchybień i nieprawidłowości, z jednej strony do krzywdy i ukrytego cierpienia, z drugiej – surowości prawa niebiorącej pod uwagę rzeczywistego podłoża problemu.** Tak było w przypadku Klaudiusza W., Jerzego M. i Adama T.

<sup>291</sup> W sprawie P.M., w dniu 23 czerwca 2016 r. Sąd Najwyższy oddalił kasację obrońcy oskarżonego. W Polsce droga prawna została już wyczerpana. HFPC w imieniu P.M. wystąpiła ze skargą do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, podnosząc naruszenie przez Polskę art. 6a ust. 2 i 3 lit. c Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, a więc zakazu zmuszania do obciążania samego siebie i prawa do dostępu do pomocy obrońcy.

<sup>292</sup> CPT/Inf (2002) 12, pkt. 36.

*Klaudiusz W.<sup>293</sup> obowiązek szkolny od stopnia podstawowego realizował w szkołach specjalnych, był uczniem szkoły życia, nie potrafi czytać ani pisać, jaką się. Jego umiejętność komunikowania się z innymi jest bardzo słaba. Na zadawane pytania odpowiada jedynie: „tak”, „nie”. Stwierdzono u niego upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym, co oznacza, że w relacjach społecznych funkcjonuje na poziomie 8-9-latka. Od dzieciństwa leczy się psychiatrycznie. W wyniku zapadłego rozstrzygnięcia, doszło do sytuacji, w której Klaudiusz W., pomimo tego, że odbył już karę łączną 8 miesięcy pozbawienia wolności orzeczoną w sprawie (...) zmuszony był jeszcze raz odbyć karę 7 miesięcy pozbawienia wolności i karę 30 dni aresztu, w tej samej sprawie.*

*Doprowadzony do więzienia zostaje umieszczony w „zwykłej celi” i natychmiast staje się ofiarą przemocy ze strony współwięźniów.*

Służba Więzienna podjęłaby niezwłocznie działania w celu zapewnienia skazanemu bezpieczeństwa osobistego, gdyby otrzymała od Policji powyższe informacje. Do oddziału terapeutycznego, przeznaczonego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, został skierowany dopiero po 8 miesiącach od rozpoczęcia odbywania kary pozbawienia wolności.

*Jerzy M.<sup>294</sup> przebywał w pomieszczeniu Centralnego Punktu Wymiany Osób Konwojowanych Etapowo w Piotrkowie Trybunalskim<sup>295</sup>. Razem z nim było jeszcze kilku innych osadzonych. Jedni parzyli kawę, inni spożywali posiłek, część z nich odpoczywała. Byli otoczeni swoimi pokaźnie wypełnionymi torbami transportowymi. Chętnie dzielili się uwagami z przedstawicielami RPO.*

*Jerzy M. nie zwrócił uwagi na wchodzących do pomieszczenia wizytujących osób, wzrok miał „wbity” w ścianę, nie brał udziału w rozmowie, trzymał niewielką, prawie pustą torbę „reklamówkę”. Nie miał prowiantu, wody do picia, nie posiadał prawie żadnych rzeczy własnych. Kontakt z nim był utrudniony, odpowiedzi zdawkowe, chaotyczne, miał zaburzoną orientację czasu i miejsca, nie potrafił bowiem podać aktualnego roku, miesiąca, gdzie jest, co stało się z jego prowiantem wydanym mu na drogę. Ożywił się jedynie na pytanie, czy chce pić.*

<sup>293</sup> IX.517.656.2016.

<sup>294</sup> IX.517.2024.2016.

<sup>295</sup> W ramach czynności realizowanych przez Policję, określonych w art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, policjanci, na polecenie sądu bądź prokuratora, wykonują konwoje policyjne osób pozbawionych wolności, uczestniczących w czynnościach procesowych. Są to tzw. konwoje etapowe – z jednostki penitencjarnej, w której przebywa osoba pozbawiona wolności do innej jednostki, wskazanej przez organ prowadzący czynności procesowe. W centralnym i sektorowych punktach wymiany osób konwojowanych etapowo realizowana jest przerwa w konwoju, w trakcie której osoby pozbawione wolności mają możliwość załatwienia potrzeb fizjologicznych, umycia się, spożycia posiłku.



Poczyniona obserwacja oraz kilka zadanych pytań jednoznacznie wskazały, że mężczyzna ten wymaga szczególnego traktowania. Z dokonanych później ustaleń wynikało, że u skazanego zdiagnozowano poważne zaburzenia osobowości z wyraźnymi cechami psychodegradacji na podłożu zmian organicznych w Ośrodkowym Układzie Nerwowym. Konieczny był stały monitoring zachowania skazanego i stanu jego zdrowia.

Administracja jednostki penitencjarnej, z której ww. był konwojowany, nie przekazała policjantom realizującym czynności konwojowe żadnych informacji na temat sposobu postępowania wobec skazanego, mimo że dysponowała taką wiedzą. Natomiast funkcjonariusze Policji nie wykazali czujności i wrażliwości na potrzeby Jerzego M.: nie rozpoznano, czy istnieje konieczność podjęcia szczególnych działań w celu zapewnienia mu bezpieczeństwa osobistego, zrozumiałego poinformowania o przysługujących mu w CPWOKE prawach, udzielenia pomocy w zaspokojeniu pragnienia (dzień był upalny), zapewnienia mu wody pitnej na czas kolejnego etapu konwojowania. Nie dostrzegając odmiennej sytuacji Jerzego M., dowódca konwoju nie mógł wywiązać się z powinności przekazania uprawnionym osobom, w miejscu docelowym konwoju (w tym przypadku Służbie Więziennej), informacji o zachowaniach osoby konwojowanej, które mogły mieć wpływ na bezpieczeństwo wykonywania czynności procesowych lub pobytu konwojowanego w miejscach wyznaczonych przez uprawniony organ. Obowiązek ten wynika z przepisu § 9 ust. 1 pkt 11 Zarządzenia nr 360 Komendanta Głównego Policji z dnia 26 marca 2009 r. w sprawie metod i form wykonywania przez policjantów konwojów i doprowadzeń<sup>296</sup>.

*Adam T.<sup>297</sup> jest osobą upośledzoną umysłowo w stopniu lekkim, od wielu lat leczy się psychiatrycznie.*

*W dniu 11 maja 2015 r. Sąd Rejonowy wydał nakaz przyjęcia Adama T. do zakładu karnego w celu odbycia kary 2 lat i 6 miesięcy pozbawienia wolności. Skazany został doprowadzony do więzienia w dniu 19 czerwca 2015 r.*

*W dniu 19 maja 2015 r., ten sam Sąd, w innej sprawie, postanowił odroczyć Adamowi T. na okres 6 miesięcy wykonanie kary łącznej 6 miesięcy pozbawienia wolności, z uwagi na stan jego zdrowia psychicznego i konieczność kontynuowania leczenia.*

*Nakaz niezwłocznego zwolnienia ww. wpłynął do zakładu karnego w dniu 26 czerwca 2015 r. Adam T. pozostał jednak w więzieniu, miał bowiem wprowadzoną do wykonania karę 2 lat i 6 miesięcy pozbawienia wolności.*

<sup>296</sup> Zmienione Zarządzeniami Komendanta Głównego Policji nr 1471 z dnia 3 grudnia 2009 r. oraz nr 25 z dnia 8 października 2013 r.

<sup>297</sup> IX.517.2.2015.

Brak sprawnego przepływu informacji w sądzie skutkowało dalszym wykonywaniem wobec Adama T. kary pozbawienia wolności, mimo uznania, że zachodzą szczególne przesłanki uzasadniające odroczenie wykonywania kary. Prezes sądu przyznał, że skazany nie powinien przystąpić do wykonania kary, gdy jego stan zdrowia uniemożliwiał mu jej odbywanie. Jednocześnie stwierdził, że z uwagi na dużą liczbę spraw, która znajduje się w Wydziale Karnym, gdzie nie ma wyodrębnionej sekcji wykonawczej, nie ma możliwości zapoznania się przez każdego sędziego ze wszystkimi sprawami znajdującymi się w Wydziale. Nie wyjaśnił natomiast, z jakich powodów, mimo posiadanych informacji o stanie zdrowia skazanego, przekazanych przez Służbę Więzienną<sup>298</sup>, nie podjęto działań zmierzających do faktycznego zwolnienia Adama T. z zakładu karnego.

Administracja więzienna również nie podjęła działań, które zapobiegłyby obecności Adama T. w więzieniu: nie powiadomiła o sytuacji skazanego sędziego penitencjarnego, sprawującego nadzór nad legalnością i prawidłowością wykonywania kary pozbawienia wolności. Uznała, że dokumentacja dotycząca osadzenia skazanego nie daje podstaw do formułowania uzasadnionego przypuszczenia, że pozbawienie wolności nastąpiło niezgodnie z prawem. Informacja o przesłankach odroczenia skazanemu wykonania kary 6 miesięcy pozbawienia wolności nie stała się też podstawą do złożenia, w trybie art. 153 § 2a k.k.w.<sup>299</sup>, wniosku do sądu penitencjarnego o udzielenie Adamowi T. przerwy w wykonaniu kary 2 lat i 8 miesięcy pozbawienia wolności ze względu na stan zdrowia skazanego.

**Wyniki przeprowadzonych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich badań dotyczących omawianej problematyki dają podstawę do stwierdzenia, że jednym z najistotniejszych zadań, które stoi przed organami władzy publicznej jest stworzenie odpowiedniego systemu, który pozwoliłby na sprawny przepływ informacji na temat trudności występujących u osoby zatrzymanej, między podmiotami odpowiedzialnymi za wsparcie tych osób.**

Z pełną stanowczością należy stwierdzić, iż fakt niepełnosprawności zwiększa obowiązki państwa mające na celu realne zapewnienie osobom zmagającym się z tym problemem poszanowania ich praw. Zalecenie nr Rec (2006)5 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich - plan działań Rady Europy w celu promocji praw i pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie:

<sup>298</sup> Administracja zakładu karnego, pismem z dnia 26 czerwca 2015 r., poinformowała sąd o zakończeniu wykonywania kary, w której wydano nakaz zwolnienia oraz o pozostaniu skazanego w jednostce w związku z kolejną sprawą.

<sup>299</sup> Art. 153 k.k.w.

§ 1. Sąd penitencjarny udziela przerwy w wykonaniu kary w wypadku określonym w art. 150 § 1 do czasu ustania przeszkody.

§ 2a. Wniosek o udzielenie przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności może złożyć również dyrektor zakładu karnego.



podnoszenie jakości życia osób niepełnosprawnych w Europie 2006-2015<sup>300</sup>, stanowi, że działania państw członkowskich winny być nastawione na słuzenie odpowiednią pomocą osobom, które doświadczają problemów w korzystaniu ze swojej zdolności prawnej i zapewnienie, by pomoc ta była proporcjonalna do wymaganego poziomu wsparcia. Wyrazem realnej formy pomocy, o której mowa w ww. Zaleceniu, byłoby właśnie dokumentowanie wszelkich informacji i spostrzeżeń dotyczących osób wymagających szczególnego traktowania i zakresu wymaganego wsparcia oraz przekazywanie ich innym organom postępowania karnego. Takie stanowisko Rzecznik przedstawił w wystąpieniach kierowanych do Komendanta Głównego Policji.<sup>301</sup> i Prezesa Rady Ministrów<sup>302</sup>.

## **5. Kształtowanie właściwych postaw wobec osób wymagających szczególnego traktowania**

Wdrożenie odpowiedniego systemu wsparcia osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną oraz rozwiązań dotyczących sposobu postępowania wobec tych osób na etapie zatrzymania, postępowania przygotowawczego, jurysdykcyjnego i wykonawczego, wymaga działań, które będą polegać nie tylko na redukcji barier prawnych, ale przede wszystkim prowadzić do likwidacji barier społecznych. Zmiana przekonań i postaw społecznych wobec tych osób winna być celem polityki społecznej Państwa. Skutecznym instrumentem modyfikującym te postawy i zwiększającym świadomość społeczną odnośnie rzeczywistych potrzeb osób z niepełnosprawnością i ich praw jest edukacja.

Na aspekt ten kładzie nacisk Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych. Zgodnie z art. 13 Państwa Strony, aby wesprzeć gwarancje skutecznego dostępu osób niepełnosprawnych do wymiaru sprawiedliwości, na zasadzie równości z innymi osobami, będą popierać odpowiednie szkolenia osób pracujących w wymiarze sprawiedliwości, w tym w Policji i więziennictwie. W takim samym duchu brzmi Zalecenie Komisji Europejskiej z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie gwarancji procesowych dla osób wymagających szczególnego traktowania podejrzanych lub oskarżonych w postępowaniu karnym<sup>303</sup>, w którym odnaleźć można zapis, że funkcjonariusze Policji, organy ścigania i organy sądowe właściwe do spraw postępowań karnych prowadzonych przeciwko osobom wymagającym szczególnego traktowania powinny odbyć specjalne szkolenie.

<sup>300</sup> Zalecenie przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 5 kwietnia 2006 podczas 961 posiedzenia zastępców ministrów. <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/index.php?c=article&id=50&print=1> (dostęp: 06.10.2017 r.).

<sup>301</sup> Wystąpienie z dnia 11 stycznia 2016 r., IX.517.2.2015, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2016/1/IX.517.2.2015/623788.pdf> (dostęp: 06.10.2017 r.).

<sup>302</sup> Wystąpienie z dnia 22 lipca 2016 r., IX.517.2.2015, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2016/7/IX.517.2.2015/799220.pdf> (dostęp: 06.10.2017 r.).

<sup>303</sup> Dz.U.UE.C.2013.378.8 z dnia 24.12.2013 r.

Rzecznik Praw Obywatelskich apel w sprawie poszerzenia zakresu kształcenia o problematykę dotyczącą niepełnosprawności skierował do Policji<sup>304</sup>, Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury<sup>305</sup>, Służby Kuratorskiej<sup>306</sup> oraz Służby Więziennej<sup>307</sup>.

Z informacji przekazanych Rzecznikowi przez Komendanta Głównego Policji wynika, że szkolenia funkcjonariuszy Policji w zakresie ochrony praw i wolności osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną odbywają się systematycznie od dawna. Decyzją Nr 415 Komendanta Głównego Policji z dnia 31 grudnia 2015 r.<sup>308</sup>, do programu nauczania na kursie specjalistycznym w zakresie pełnienia służby w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia oraz w policyjnych izbach dziecka, zostało wprowadzone zagadnienie dotyczące psychologicznych aspektów zachowań wobec osób z niepełnosprawnością fizyczną i psychiczną, umieszczonych w pomieszczeniach policyjnych. Wdrożono także program doskonalenia zawodowego z podejmowania interwencji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolującymi swoich zachowań z innych przyczyn. Pierwsze eksperckie seminarium poświęcone tej problematyce odbyło się w dniach 29-30 czerwca 2016 r. Programy te, jak wynika z informacji przekazanych przez Komendanta Głównego Policji i MSWiA<sup>309</sup>, pozwolą funkcjonariuszom nabyć wiedzę w przedmiotowym zakresie na tyle dostateczną, by potrafili zdefiniować problemy osoby wymagającej szczególnego traktowania.

Mniej optymistyczny obraz w przedmiotowym zakresie rysuje się w przypadku pracowników wymiaru sprawiedliwości. Programy szkolenia sędziów i prokuratorów prowadzone przez Krajową Szkołę Sądownictwa i Prokuratury nie przewidują wprost żadnego bloku szkoleniowego poświęconego ochronie praw osób z niepełnosprawnościami. Taki stan rzeczy dał asumpt do skierowania wystąpienia do Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury, w którym Rzecznik Praw Obywatelskich wskazał na potrzebę organizowania cyklicznych szko-

<sup>304</sup> Wystąpienie z dnia 11 stycznia 2016 r., IX.517.2.2015, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2016/1/IX.517.2.2015/623788.pdf> (dostęp: 06.10.2017 r.).

<sup>305</sup> Wystąpienie z dnia 6 marca 2017 r., IX.517.2.2015, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2017/3/IX.517.2.2015/988873.pdf> (dostęp: 06.10.2017 r.).

<sup>306</sup> Wystąpienie z dnia 19 października 2016 r., IX.517.2.2015, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2016/10/IX.517.2.2015/869627.pdf> (dostęp: 06.10.2017 r.).

<sup>307</sup> Wystąpienia z dnia 21 grudnia 2015 r. i 19 lutego 2016 r., IX.517.2.2015, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2015/12/IX.517.2.2015/611006.pdf>  
<http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2016/2/IX.517.2.2015/663681.pdf> (dostęp: 06.10.2017 r.).

<sup>308</sup> Dz. Urz. KGP z 2016 r. poz.1.

<sup>309</sup> Pismo z dnia 19 września 2016 r., BMP-0790-1-9/2016/PS, będące odpowiedzią na wystąpienie RPO z dnia 22 lipca 2016 r., IX.517.2.2015.





leń dla wszystkich osób pracujących w wymiarze sprawiedliwości w zakresie specyfiki różnych rodzajów niepełnosprawności, a także szczególnych potrzeb osób wymagających szczególnego traktowania.

Dyrektor Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury, w odpowiedzi udzielonej Rzecznikowi<sup>310</sup>, wskazała, że problematyka gwarancji procesowych osób z niepełnosprawnością w sferze intelektu i zdrowia psychicznego została w znacznym stopniu uwzględniona w dotychczasowych harmonogramach działalności szkoleniowej KSSiP. Jednocześnie podkreśliła, że dostrzegając duże znaczenie, z punktu widzenia prawidłowości funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości, stanowisko RPO w zakresie wdrożenia przedmiotowej tematyki jako stałego elementu programu szkoleń ustawicznych kadry sędziowskiej i prokuratorskiej przekazane zostanie grupom roboczym powołanym do prac nad zmianami programów aplikacji prowadzonych przez KSSiP.

Rzecznik zaapelował również do kuratorów sądowych, by poszerzali swoją wiedzę o problematykę dotyczącą osób wymagających szczególnego traktowania. Podkreślił, że w procesie wczesnej diagnostyki osobowości podejrzanego (oskarżonego) szczególnie istotne są wywiady środowiskowe, prowadzone w postępowaniu przygotowawczym czy sądowym przed wydaniem przez sąd orzeczenia. Stanowią one niezastąpione źródło wiedzy o osobie, której postępowanie dotyczy. Kurator nie powinien ograniczać się wyłącznie do względów formalnych i zapoznania się z dokumentacją. Niezbędne jest spotkanie się z człowiekiem, by jak najlepiej określić zakres wymaganego poziomu wsparcia, bowiem może się okazać, że tego wsparcia potrzebuje osoba chorująca psychicznie lub mająca głębokie deficyty intelektualne. Kurator, by dokonywać trafnych wyborów metod i środków działania, mając na uwadze dobro podopiecznego, powinien pogłębiać swoją wiedzę i doskonalić umiejętności zawodowe, do czego zobowiązuje go również dyspozycja art. 4 Kodeksu etyki kuratora sądowego<sup>311</sup>. Jest to ważne zwłaszcza w obliczu dokonującej się ewolucji w rozumieniu niepełnosprawności, jako złożonego systemu społecznych utrudnień narzuconych osobom z niepełnosprawnością.

W odpowiedzi Przewodniczący Krajowej Rady Kuratorów podkreślił<sup>312</sup>, że wyraża poparcie dla objęcia grupy zawodowych kuratorów sądowych szkoleniami obejmującymi tematykę funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi i deficytami intelektualnymi z elementami diagnozy. Szkolenia takie mogłyby być realizowane na szczeblu centralnym w ramach szkoleń organizowanych przez Krajową Szkołę Sądownictwa i Prokuratury.

Służba Więzienna już w 2014 r. pracowała nad nowymi programami szkolenia funkcjonariuszy, w których uwzględniono treści dotyczące osób z niepeł-

<sup>310</sup> Pismo z dnia 27 marca 2017 r., BD-I-070.29.2017.

<sup>311</sup> Uchwała Krajowej Rady Kuratorów z dnia 6 maja 2004 r.

<sup>312</sup> Pismo z 18 lipca 2017 r., KRK 21/IV/2017.

nosprawnością. Głównym celem zmian w ramach nowego programu szkolenia było przekazanie niezbędnej wiedzy na temat tej grupy osób pozbawionych wolności wszystkim funkcjonariuszom, by dysponowali nią już od pierwszego dnia służby. W szkoleniach przede wszystkim położono nacisk na uwrażliwienie funkcjonariuszy na zjawiska dyskryminacji, funkcjonowania stereotypów oraz uprzedzeń oraz sposobu ich przeciwdziałania<sup>313</sup>. Na taką potrzebę zwróciła uwagę ówczesna Rzecznik Praw Obywatelskich prof. Irena Lipowicz., kierując w tej sprawie wystąpienie do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej<sup>314</sup>.

W odpowiedzi na kolejne wystąpienie Rzecznika w tej sprawie<sup>315</sup>, Dyrektor Generalnego Służby Więziennej wskazał, że w Centralnym Ośrodku Szkolenia Służby Więziennej w Kaliszu, wiodącej placówce szkoleniowej w strukturach polskiego więziennictwa, wszyscy funkcjonariusze zdobywają wiedzę na temat aktywnych metod osobopoznawczych, wykorzystywanych do prowadzenia czynności profilaktycznych, tj. obserwacja, wywiad, rozmowa oraz analiza dokumentacji. Zakres szkolenia obejmuje również problematykę właściwego obiegu i wymiany informacji pomiędzy funkcjonariuszami różnych pionów służby.

Podjęte przez Rzecznika Praw Obywatelskich dr Adama Bodnara badania ujawniły niestety rozbieżność pomiędzy zapewnieniami władz więziennych o prowadzonej wielowymiarowej i wieloaspektowej działalności dydaktycznej wobec funkcjonariuszy Służby Więziennej, na każdym szczeblu kształcenia (podoficerskiego i oficerskiego), a informacjami przekazywanymi przez funkcjonariuszy pracownikom Biura Rzecznika podczas ich wizytacji w jednostkach penitencjarnych. Funkcjonariusze podkreślali, że w programie szkolenia nie znalazły się zajęcia warsztatowe, które mogłyby być pomocne w pracy z osobami z różnego rodzaju niepełnosprawnością, a jedynie zajęcia teoretyczne, niewystarczające w codziennej pracy z osadzonymi. Na brak wiedzy w tym zakresie wskazywali przede wszystkim funkcjonariusze działu ochrony, którzy mają bezpośredni kontakt z osadzonymi. Wielu z nich korzystało jedynie z formy samokształcenia za pomocą Platformy Edukacyjnej Służby Więziennej. Zgodnie twierdzili, że nie dostrzegli materiałów zawierających przedmiotową problematykę. Ci funkcjonariusze nie tylko nie mieli możliwości zapoznania się opracowaniami, które zawierają praktyczne wskazówki postępowania z osobami z niepełnosprawnością w toku codziennej służby, ale również nie mieli możliwości udziału w szkoleniach wewnętrznych, których tematyka dotyczyłaby omawianej materii.

Dotychczasowe ustalenia, a przede wszystkim sygnały zgłaszane przez samych funkcjonariuszy, pozwalają na stwierdzenie, że zakres szkolenia Służby

<sup>313</sup> Pismo z dnia 30 kwietnia 2014 r., BKS-1683/2014.

<sup>314</sup> Wystąpienie z dnia 24 lutego 2014 r., II.517.566.2014. <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2014/2/II.517.566.2014/50513.pdf> (dostęp: 06.10.2017 r.).

<sup>315</sup> Wystąpienie z dnia 28 lipca 2015 r. II.517.566.2014, odpowiedź Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 2 września 2015 r., BKS-073/124/15-2470.



Więziennej jest nadal niewystarczający, a forma szkoleń niedostosowana do potrzeb. Nowoczesna metodyka nauczania zakłada przekazywanie wiedzy i nabywanie umiejętności w trakcie wysoce interaktywnych zajęć, z wykorzystaniem takich metod jak: analiza przypadku, analiza porównawcza, warsztaty, wskazanie dobrych praktyk. Jest ona ukierunkowana na dostarczenie uczestnikom szkoleń maksimum umiejętności praktycznych oraz wsparcia, które stanowić będą bazę do późniejszego wykorzystania zdobytej wiedzy i umiejętności w codziennej pracy. Do takiego rodzaju szkoleń Rzecznik zachęcał Służbę Więzienną<sup>316</sup>.

W ocenie Rzecznika niezwykle ważne jest również kształtowanie właściwej postawy osób pozbawionych wolności wobec współosadzonych z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną. Te spośród innych niepełnosprawności w największym stopniu obarczone są stereotypami i mitami w środowisku więziennym. W tym celu Rzecznik zaproponował Służbie Więziennej, w ramach edukacji prospołecznej, zapoznanie się z praktycznym poradnikiem *savoir – vivre* wobec osób niepełnosprawnych, autorstwa Judy Cohen, przetłumaczonym na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, rekomendowanym przez Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. We wstępie do wydania polskiego czytamy, że „uniwersalne przesłanie tej publikacji, a także – może nawet przede wszystkim – jej praktyczna użyteczność stanowi wystarczające uzasadnienie dla jej szerokiego udostępnienia w Polsce”. Propozycja ta spotkała się z zainteresowaniem Centralnego Zarządu Służby Więziennej. Zastępca Dyrektora Generalnego Służby Więziennej zalecił wszystkim Dyrektorom Okręgowym Służby Więziennej, by funkcjonariusze w pracy z osadzonymi korzystali z ww. podręcznika, jest on bowiem dobrym narzędziem do kształtowania właściwych postaw wobec niepełnosprawności zarówno wśród funkcjonariuszy, jak i osób pozbawionych wolności<sup>317</sup>.

## 6. Podsumowanie

Wyniki prowadzonych przez Rzecznika Praw Obywatelskich badań dotyczących sytuacji osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, będących uczestnikami postępowania karnego, pozwalają na stwierdzenie, że regulacje prawne i praktyka ich stosowania nie w pełni uwzględniają usprawiedliwione potrzeby tych osób. Istnieje więc konieczność wdrożenia do polskiego systemu prawnego, proponowanych w Zaleceniu Komisji Europejskiej z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie gwarancji procesowych dla osób wymagających szczególnego traktowania podejrzanych lub oskarżonych w postępowaniu karnym, minimalnych norm postępowania wobec tej grupy osób, by zapewnić im możliwość skutecznego korzystania z przysługujących im praw. Procedury te

<sup>316</sup> Wystąpienie z dnia 19 lutego 2016 r., IX.517.2.2015, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2016/2/IX.517.2.2015/663681.pdf>

<sup>317</sup> Pismo Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 5 lipca 2016 r., BP-073-173/16.

powinny pozwolić na wczesną identyfikację osoby wymagającej szczególnego traktowania i właściwe rozpoznanie jej potrzeb oraz umożliwić sprawny przepływ informacji na temat jej trudności między organami, pod władzą których przebywa.

Ważne jest, by w postępowaniu wobec osób wymagających szczególnego traktowania dostrzec drugiego człowieka i mieć przekonanie, że to nie niepełnosprawność jest faktyczną barierą w funkcjonowaniu osób z różnego rodzaju dysfunkcjami, ale że to istniejące w otoczeniu bariery prowadzą do niepełnosprawności. O przeniesienie akcentu, z postrzegania niepełnosprawności przez pryzmat ograniczeń o charakterze medycznym na bariery zewnętrzne, postuluje Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych. W Preambule do Konwencji znajduje się zapis, że niepełnosprawność jest pojęciem ewoluującym i wynika z interakcji między osobami z dysfunkcjami a barierami wynikającymi z postaw ludzkich i środowiskowych, które utrudniają tym osobom pełny i skuteczny udział w życiu społeczeństwa, na zasadzie równości z innymi osobami. Kształtowanie takich postaw wobec niepełnosprawności wymaga szeroko zakrojonych działań o charakterze edukacyjnym. Dlatego też Rzecznik Praw Obywatelskich podjął wyżej wskazane inicjatywy, z nadzieją, że programy szkoleniowe pomogą funkcjonariuszom Policji, prokuratorom, sędziom, kuratorom i funkcjonariuszom Służby Więziennej spojrzeć na problemy ludzi dotkniętych niepełnosprawnością jak na osoby z pełnią praw człowieka i obywatela, a jednocześnie wymagające szczególnego traktowania, by z tych praw mogły korzystać.

# Prawidłowe rozpoznanie jako punkt wyjścia postępowania Służby Więziennej wobec osób z niepełnosprawnością

## 1. Wprowadzenie

Środowisko osób pozbawionych wolności jest pod wieloma względami zróżnicowane, poczynając od płci i wieku, wykształcenia, stanu zdrowia, cech psychofizycznych, podatności na wpływy, a kończąc na historii życia, w tym życia przestępczego i doświadczenia więziennego. Więźniowie to często osoby z wieloma problemami, które ujawniły się wcześniej, zanim trafili oni do jednostek penitencjarnych. W środowisku ludzi wolnych nie uzyskali pozytywnych wzorców, nie potrafili bądź nie chcieli podjąć próby życia zgodnego z normami społecznymi, być może nie otrzymali skutecznej pomocy w rodzinie i poza nią. Internalizacja obowiązujących norm społecznych przez osoby dorosłe i ukształtowane, a nieprawidłowo zsocjalizowane nie jest więc procesem łatwym, przynoszącym natychmiast pożądane efekty. Dodatkowo czynnikiem utrudniającym prowadzenie oddziaływań w warunkach penitencjarnych jest sama istota instytucji izolacyjnej - sztucznej i oderwanej od otwartego środowiska, gdzie pozytywne oddziaływania ścierają się z silną presją świata przestępczego. Zatem, by zrealizować powierzone Służbie Więziennej zadania<sup>318</sup>, funkcjonariusze za każdym razem, gdy przyjmują do aresztu śledczego albo zakładu karnego osobę tymczasowo aresztowaną, ukaraną lub skazaną, powinni odpowiedzieć na pytanie: kim jest człowiek, który przekracza bramę więzienia. Prawidłowo przeprowadzony proces diagnostyczny pozwala na właściwy dobór metod i środków postępowania wobec każdego osadzonego. Od zakresu i staranności działań podjętych wobec osadzonego w okresie pierwszych dni pobytu w więzieniu zależy pra-

<sup>318</sup> Zadania Służby Więziennej zostały określone w art. 2 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2017 r. poz. 631 ze zm.), który odwołuje się w swojej treści wprost do zadań dotyczących wykonywania tymczasowego aresztowania oraz kary pozbawienia wolności i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności, wskazanych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy.

widłowe postępowanie ze skazanym na dalszych etapach wykonywanej kary. Nietrafne rozpoznanie osadzonego nie tylko ogranicza możliwości korzystania z przyznanych mu przez ustawodawcę praw, ale również zmniejsza możliwość podjęcia wobec więźnia właściwych oddziaływań oraz ich skuteczność<sup>319</sup>.

Na potrzeby badań, będących przedmiotem tej publikacji, analizowano akta osobowe niektórych skazanych przebywających w ośrodkach diagnostycznych<sup>320</sup>. W niniejszym rozdziale wykorzystano informacje uzyskane z analizy notatek sporządzonych z rozmowy wstępnej, przeprowadzonej z osadzonym przez funkcjonariusza Służby Więziennej. Treści zawarte w tych notatkach zbadano m.in. pod kątem oceny, na ile zawierają informacje umożliwiające identyfikację osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną oraz pozwalające na zaplanowanie właściwego sposobu postępowania wobec tych osób. Zebrany w ten sposób materiał pozwolił na kilka refleksji.

## 2. Przyjęcie do więzienia

Postępowanie wobec osoby przyjętej do więzienia zostało uregulowane w Kodeksie karnym wykonawczym oraz w stosownych aktach wykonawczych, wydanych na jego podstawie. Do najważniejszych z nich należą: regulamin t.a., regulamin k.p.w., rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 grudnia 2016 r. w sprawie warunków bytowych osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych<sup>321</sup>, rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności<sup>322</sup>, rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych<sup>323</sup>. Przedmiotowa materia została uszczegółowiona w Zarządzeniu Nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz

<sup>319</sup> M. Niełażna, *Postępowanie ze skazanymi przy przyjęciu w celu odbycia kary pozbawienia wolności. Raport z monitoringu*. Analizy Raporty Ekspertyzy, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Nr 2/2010, s. 4.

<sup>320</sup> Ośrodki diagnostyczne zostały utworzone na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 14 marca 2000 r. w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych (Dz.U. z 2000 r Nr 29, poz. 369). Badania te wykonuje się (zgodnie z art. 83 k.k.w.) szczególnie w celu wyjaśnienia psychologicznych i socjologicznych procesów zachowania skazanego, rozpoznania ewentualnych zaburzeń psychicznych, wybrania rodzaju postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego oraz w celu podjęcia właściwej decyzji klasyfikacyjnej i określenia warunków indywidualnego oddziaływania na więźnia.

<sup>321</sup> Dz.U. z 2016 r. poz. 2224.

<sup>322</sup> Dz.U. z 2012 r. poz. 738 ze zm.

<sup>323</sup> Dz.U. z 2013 r. poz. 1067.



zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych<sup>324</sup> (dalej: Zarządzenie Nr 19/16).

Obowiązujące przepisy stanowią, że przy przyjęciu osoby do aresztu śledczego albo zakładu karnego w pierwszej kolejności informuje się ją o możliwości wystąpienia w czasie pobytu w jednostce penitencjarnej zagrożeń dla jej bezpieczeństwa osobistego oraz zetknięcia się z przejawami negatywnych zachowań charakterystycznych dla środowisk przestępczych. Powiadamia się ją również o obowiązku informowania przełożonych o zagrożeniach bezpieczeństwa osobistego swojego i innych osadzonych. Funkcjonariusze biorący udział w przyjęciu nowej osoby są zobowiązani zwrócić uwagę na symptomy wskazujące na predyspozycje do bycia sprawcą przemocy lub ofiarą przemocy, a w przypadku ich stwierdzenia, sformułować zalecenia odnośnie sposobu dalszego postępowania profilaktycznego lub przekazać spostrzeżenia funkcjonariuszom właściwym do ich sformułowania<sup>325</sup>.

Następnie z nowo przyjętą osobą przeprowadza się rozmowę informacyjną oraz rozmowę wstępną.

Rozmowa informacyjna ma na celu niezwłoczne zapoznanie osadzonego z wszelkimi kwestiami dotyczącymi funkcjonowania w jednostce penitencjarnej, w szczególności z jego prawami i obowiązkami, wynikającymi z obowiązujących przepisów<sup>326</sup>. Bardzo istotne, z punktu widzenia zabezpieczeń przed niewłaściwym traktowaniem w pierwszych godzinach po przyjęciu, jest poinformowanie osadzonego o tym do kogo i wedle jakiej procedury może zwrócić się ze swoimi potrzebami lub obawami. Ważne jest, aby wiedział, że swoją pomocą służą nie tylko wychowawca, psycholog, ale również kapelan bądź inna osoba duchowna, wychowawca do spraw pomocy postpenitencjarnej, inspektor do spraw zatrudnienia, a także przedstawiciele grup i organizacji uczestniczących w wykonaniu kary (np. grupy wsparcia AA). Osadzony powinien być również poinformowany o zasadach składania skarg, wniosków i prośb do dyrektora jednostki.

Przepisy krajowe zobowiązują Służbę Więzienną jedynie do ustnych form pouczeń w powyższym zakresie. Z doświadczeń pracowników Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wynika, że to nie jest wystarczające i istnieje potrzeba pisemnego informowania osadzonych o przysługujących im prawach i ciężących na nich obowiązkach. Rzecznik skierował w tej sprawie wystąpienie do Ministra Sprawiedliwości<sup>327</sup>. Z odpowiedzi Sekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedli-

<sup>324</sup> Zobacz: [www.bip.sw.gov.pl](http://www.bip.sw.gov.pl), zakładka: akty prawne.

<sup>325</sup> Przepis § 58 pkt 1 Zarządzeniu Nr 19/16.

<sup>326</sup> Zgodnie z § 8 i § 9 ust 1 odpowiednio regulaminu k.p.w. i regulaminu t.a., wychowawca lub wyznaczony funkcjonariusz przeprowadza rozmowę informacyjną po umieszczeniu osadzonego w celi przejściowej. Według § 38 ust. 1 Zarządzenia Nr 19/16, rozmowę informacyjną realizuje się po przybyciu osadzonego do oddziału mieszkalnego, przed umieszczeniem w celi mieszkalnej.

<sup>327</sup> Wystąpienie generalne z dnia 14 maja 2014 r., KMP.571.15.2014.

wości<sup>328</sup> wynika, że informatory dla tymczasowo aresztowanych, skazanych oraz ukaranych zostały opracowane i są wydawane przez wychowawców osobom pozbawionym wolności podczas rozmów wstępnych, a także (obok porządków wewnętrznych jednostki) znajdują się w celach przejściowych<sup>329</sup>. Dyrektor Generalny Służby Więziennej wydał decyzję<sup>330</sup> stanowiącą, że wszystkie cele przejściowe w jednostkach penitencjarnych mają być wyposażone w ww. informatory w polskiej wersji językowej. Zaznaczył także, iż standardem powinno być wyposażenie cel przejściowych również w regulaminy porządkowo-organizacyjne. Wydawałoby się więc, że starania Rzecznika w tym zakresie zakończyły się sukcesem. Tak jednak nie jest. Przedstawiciele KMPT, dokonując podczas wizytacji jednostek penitencjarnych oglądu cel przejściowych, dostrzegają, iż na ich wyposażeniu często brakuje informatorów dla tymczasowo aresztowanych, skazanych oraz ukaranych, jak również porządków wewnętrznych, i zalecają ich uzupełnienie.

Rozmowa wstępna powinna być zrealizowana nie później niż w terminie dwóch dni od dnia przyjęcia do jednostki penitencjarnej<sup>331</sup>. W jej trakcie należy uzyskać niezbędne informacje, zapewniające prawidłowe wykonanie tymczasowego aresztowania albo kary pozbawienia wolności. W tym celu wychowawca albo wyznaczony funkcjonariusz, po zapoznaniu się z dostępnymi informacjami zawartymi w systemie informatycznym, a w uzasadnionych przypadkach w aktach ewidencyjnych, pozyskuje od osadzonego informacje dotyczące jego osoby: życiorysu, właściwości osobistych, stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej, aktualnego samopoczucia oraz jego potrzeb. Zgodnie z art. 79a § 1 k.k.w. skazany przy przyjęciu do jednostki penitencjarnej ma obowiązek podać dane osobowe, informuje o zmianie danych osobowych, o miejscu stałego pobytu, o uprzedniej karalności, o stanie zdrowia, a także o ciężącym na nim obowiązku alimentacyjnym. W tzw. okresie przejściowym, który nie może trwać dłużej niż 14 dni, nowo przyjęty poddawany jest także wstępnym badaniom lekarskim oraz zabiegom sanitarnym<sup>332</sup>. Może też zostać poddany zewnętrznym oględzinom ciała.

Na podstawie tak zebranych danych następuje wstępna ocena osobopoznawcza osoby nowo przyjętej. To jest właśnie ten czas, w którym powinna nastąpić identyfikacja osób wymagających szczególnego traktowania, w tym osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną oraz określenie ich uzasadnionych potrzeb i zaleceń odnośnie dalszego postępowania.

<sup>328</sup> Pismo z dnia 5 czerwca 2014 r., DWOiP-I-072-6/14.

<sup>329</sup> Szeroko na temat informatora, zob. *Raport KMP z 2013 r.*, str. 57-58.

<sup>330</sup> Decyzja z dnia 31 marca 2014 r. (nr pisma BP-073-88/14/262).

<sup>331</sup> Zob. regulaminu t.a. (§ 9 pkt 2) oraz regulaminu k.p.w. (§ 9 pkt 2).

<sup>332</sup> Art. 79b § 1 k.k.w.





### 3. Wstępne rozpoznanie

Rozmowa wstępna odbywa się w oparciu o ujednolicony i sformalizowany kwestionariusz<sup>333</sup>. Zawiera on liczne pytania odnoszące się do wszystkich aspektów istotnych dla rozpoznania osadzonego. Pozwala odnieść się do właściwości osadzonego, zarówno do tych przyrodzonych, jak i nabytych w rozwoju społecznym, oraz ustalić jego pozycję materialną i stwierdzić, czy umożliwiała mu ona samodzielne funkcjonowanie. Wzór kwestionariusza nie daje jednak prowadzącemu rozmowę wielu możliwości odnotowywania własnych spostrzeżeń czy pogłębienia niektórych wątków dotyczących rozmówcy, istotnych w pracy penitencjarnej. „Zamknięty” na precyzyjne i wnikliwe treści kwestionariusz powoduje, że notatki z rozmowy wstępnej są schematyczne i pozbawione cech indywidualizacji. W wielu analizowanych przypadkach można było odnieść wrażenie, że rozmowa wstępna polegała jedynie na zaznaczeniu poszczególnych pozycji, które były odzwierciedleniem informacji zawartych w innych dostępnych źródłach: w systemie informatycznym i aktach ewidencyjnych. Ścisłe przestrzeganie kolejności pytań zawartych w kwestionariuszu może hamować więźnia, wprowadza nastrój, który może kojarzyć się z przesłuchaniem w toku postępowania przygotowawczego przez organy ścigania.

Treści zawarte w kwestionariuszu pozwalają przypuszczać, że rozmowa wstępna ze skazanym zwykle nie cechowała się wnikliwością, a rola wychowawcy ograniczała się jedynie do odczytywania pytań i notowania odpowiedzi. Informacje przekazywane przez rozmówcę nie były bowiem na bieżąco weryfikowane poprzez zadawanie dodatkowych pytań, np. zapisano, że osadzony ukończył szkołę średnią, a dopiero w toku dalszej z nim pracy (najczęściej podczas przeprowadzania badań psychologiczno-penitencjarnych<sup>334</sup>) okazywało się, że skazany ukończył szkołę specjalną, nie potrafi pisać i czytać, z trudem liczy. Czasem zapisy zawarte w kwestionariuszu były sprzeczne z innymi ustaleniami, np. rozmówca wskazał, że spożywa alkohol okazjnie i na tej podstawie wychowawca zapisał „brak problemu uzależnienia”, gdy tymczasem liczne pobyty osadzonego w szpitalu psychiatrycznym były związane z leczeniem przeciwalkoholowym. W innym przypadku osadzony podał, że ma bardzo dobre relacje z najbliższymi, będzie przez nich odwiedzany, a z dostępnej dokumentacji wynikało, że jest sprawcą przemocy domowej. **Takie informacje, niepełne, niespójne, wykluczające się, nie mogą być z pożytkiem wykorzystane w dalszej pracy z osadzonym, co więcej mogą przyczynić się do podejmowania decyzji nieadekwatnych do potrzeb.**

<sup>333</sup> Wzór druku rozmowy wstępnej stanowi załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 19/16.

<sup>334</sup> Art. 83 k.k.w. stanowi:

§ 1. Skazanego poddaje się w miarę potrzeby, za jego zgodą, badaniom psychologicznym, a także psychiatrycznym. Sędzia penitencjarny może zarządzić przeprowadzenie badań bez zgody skazanego.

§ 2. Badania, o których mowa w § 1, przeprowadza się przede wszystkim w odpowiednich ośrodkach diagnostycznych.

Analizowane kwestionariusze rozmowy wstępnej zawierały znikome informacje dotyczące niepełnosprawności rozmówcy. Analizie poddano akta osadzonych, u których niepełnosprawność intelektualna lub psychiczna jest widoczna w pierwszym kontakcie z rozmówcą i została też stwierdzona na dalszym etapie wykonywania kary pozbawienia wolności albo tymczasowego aresztowania, najczęściej przez psychologa, czasem już podczas pierwszej rozmowy z osadzonym, przeprowadzonej w tym samym dniu co rozmowa wstępna. W zdecydowanej większości w kwestionariuszu nie było żadnych informacji, które wskazywałyby, że nowo przyjęty zmaga się z niepełnosprawnością. Samo kryterium oceny niepełnosprawności znajdujące się w kwestionariuszu: niepełnosprawność widoczna i niewidoczna nie pomaga wychowawcy w precyzyjnym określeniu rodzaju dysfunkcji. Informacje w tym zakresie zwykle były znikome, zapisy odnosiły się jedynie do pojedynczych faktów – pobytu w szpitalu psychiatrycznym, podejmowania aktów samoagresji. Zapisy nie zawierały własnych spostrzeżeń odnoszących się np. do trudności w porozumiewaniu się z rozmówcą, jego uboższego słownictwa, obniżonej pamięci, czy też nadpobudliwości bądź apatyczności w kontakcie. Nawet jeśli kwestionariusz zawierał informacje o leczeniu w zakresie neurologicznym czy psychiatrycznym, to brak szczegółowego odniesienia się do tych wydarzeń w życiu osadzonego nie pozwalał na właściwe ich wykorzystanie w celu określenia rodzaju niepełnosprawności.

**Wskazanie we wzorze kwestionariusza rodzaju niepełnosprawności i charakterystycznych objawów, np. niepełnosprawność fizyczna (upośledzenie ruchu, wzroku, słuchu), intelektualna (trudność w porozumiewaniu się, brak rozumienia niektórych pojęć, bardzo ubogie słownictwo, obniżona pamięć, brak opanowania pisania, czytania i liczenia, nadpobudliwość bądź apatyczność), psychiczna (natrętnie wypowiedane myśli, wypowiedzi świadczące o zmienionych percepcjach: słyszenie dźwięków, głosów nieistniejących osób, brak logicznego kontaktu słownego czy orientacji, co do miejsca, czasu i sytuacji, w której dana osoba się znajduje), przede wszystkim ułatwiłyby wychowawcy rozpoznanie dysfunkcji osadzonego i wskazanie właściwego sposobu dalszego z nim postępowania.**

Osobisty kontakt z więźniem daje wychowawcy możliwość jego obserwacji. Dlatego też wychowawca powinien uważnie odbierać nie tylko komunikaty werbalne osadzonego, ale również te niewerbalne (np. zdenerwowanie, płaczliwość, buta, arogancja) i informacje o zachowaniu rozmówcy odnotowywać. Należy podnieść, iż położenie więźnia w zakładzie karnym wpływa na wytwarzanie się obawy przed podawaniem informacji o sobie i uzewnętrznieniem własnych emocji wobec przedstawicieli administracji więziennej. Przebieg rozmowy może więc być zakłócony świadomością faktycznej zależności od przełożonego, brakiem zaufania, poczuciem wstydu czy lęku przed nieznanym. Stąd też rozmówcę często cechuje powściągliwość w przekazywaniu oczekiwanych informacji.



Bardzo istotne jest więc indywidualne podejście do osadzonego. W sytuacji, gdy z różnych powodów trudno jest mu sprecyzować oczekiwania, obawy, potrzeby, to obowiązek dopytania o te kwestie leży po stronie przedstawiciela administracji więziennej.

W kwestionariuszach brakuje syntetycznej oceny profilu osadzonego, jego potrzeb oraz zakresu wymaganego wsparcia. Zawarta w nich rubryka, zatytułowana „Wstępne określenie problemów i potrzeb”, zwykle zawierała słowo: „brak” albo „skierowanie do psychologa”. **Należałoby jednak oczekiwać, by w notatce z rozmowy znalazła się wstępna, krótka charakterystyka osadzonego oraz wskazania co do sposobu postępowania wobec niego.** To zadanie, jak pokazuje analiza akt osobopoznawczych osadzonych, wychowawcy „przerzucają” na psychologa. Końcowym etapem rozmowy wstępnej jest bowiem konieczność określenia potrzeby przeprowadzenia konsultacji psychologicznej i wskazania jej powodu, np. „podejrzenie obniżenia sprawności intelektualnej”, „kontrola stanu psychicznego”, „zaburzenia w zachowaniu”<sup>335</sup>. Praktyka w tym zakresie jest różna - w niektórych jednostkach penitencjarnych każda nowo przyjęta osoba jest kierowana na rozmowę do psychologa, w innych jednostkach kieruje się na konsultację psychologiczną zasadniczo jedynie tych osadzonych, którzy ujawnili informację o leczeniu psychiatrycznym, odwykowym czy dokonywaniu prób samobójczych, bądź odbywaniu poprzedniej kary pozbawienia wolności w oddziale terapeutycznym.

Pierwszy sposób działania daje większą szansę na prawidłowe zidentyfikowanie osób wymagających szczególnego traktowania. Psycholog jest w stanie trafniej wskazać przypadki, które wymagają specjalistycznych oddziaływań penitencjarno-ochronnych. Posiadana specjalistyczna wiedza pozwala mu też w sposób prawidłowy i adekwatny do potrzeb formułować zalecenia ukierunkowane na zapewnienie szeroko rozumianego bezpieczeństwa osobistego osadzonego (odpowiednie rozmieszczenie, wykluczenie kontaktu z osobami deklarującymi przynależność do podkultury przestępczej lub potencjalnymi sprawcami przemocy, skierowanie do lekarza psychiatry, szczególnie nadzór penitencjarno-ochronny z uwagi na akty samoagresji) oraz wstępnie określić ewentualne problemy osadzonego do przepracowania w późniejszym okresie jego pobytu w więzieniu. W ten sposób obie służby: psychologiczna i wychowawcza wzajemnie się uzupełniają, a zebrane w rozmowie wstępnej i konsultacji psychologicznej informacje pozwalają na podejmowanie właściwych, istotnych dla nowo przyjętej osoby decyzji.

Przyjęcie drugiego rozwiązania wymaga doświadczonego personelu, który jest w stanie rozróżnić osoby, wobec których nie ma konieczności podejmowania przez Służbę Więzienną szczególnych działań i te, które ze względu na pew-

<sup>335</sup> Pozycje słownikowe - do wyboru z kwestionariusza.

ne indywidualne, charakterystyczne cechy, potrzebują wsparcia od pierwszych dni pobytu w więzieniu. Wiedza, doświadczenie, umiejętności interpersonalne, w tym prowadzenia rozmowy z tzw. trudnym rozmówcą, np. z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną, dostosowanie przekazu komunikacyjnego do możliwości odbiorcy, będą w takim przypadku zabezpieczeniem, które wykluczy bądź ograniczy do minimum rutynowe, automatyczne postępowanie z nowo przyjmowanymi oraz zapewni indywidualne traktowanie<sup>336</sup>.

Niezależnie od tego, który sposób postępowania zostanie przyjęty, pierwsze „spotkanie” funkcjonariusza Służby Więziennej z osobą pozbawioną wolności winno cechować się życzliwością, empatią, a w relacji z osobą niepełnosprawną psychicznie lub intelektualnie musi być dodatkowo wiele miejsca na zrozumienie, cierpliwość i czujność. Tylko w takich warunkach można osiągnąć informacje istotne dla określenia dalszego sposobu postępowania wobec tej osoby.

W atmosferze poczucia bezpieczeństwa powinna odbywać się również wizyta nowo przyjętej osoby u więziennego lekarza, który także ma do wykonania zadania dotyczące określenia sposobu postępowania wobec osób z niepełnosprawnością, co wynika bezpośrednio z przepisów prawa karnego wykonawczego<sup>337</sup>. Lekarz podmiotu leczniczego, w razie podejrzenia u osoby pozbawionej wolności zaburzeń psychicznych, upośledzenia umysłowego, uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych, m.in. określa wskazania dotyczące miejsca umieszczenia tej osoby w zakładzie karnym, sposobu prowadzenia obserwacji jej zachowania i metod dalszego postępowania.

Wyniki analizy akt osobowych osadzonych z niepełnosprawnością oraz wyjaśnień udzielonych przez dyrektorów pięciu jednostek penitencjarnych, w których funkcjonują ośrodki diagnostyczne<sup>338</sup>, pozwalają stwierdzić, że lekarze wydają zalecenia wobec osób, które wymagają hospitalizacji bądź pobytu w jednostce z całodobową opieką lekarską (osoby z zespołem abstynencyjnym, w ciężkim stanie somatycznym, chorujące psychicznie), umieszczenia w izbie chorych bądź skierowania na konsultacje do lekarzy specjalistów (w tym na konsultacje psychiatryczne), a więc dotyczące kwestii stricte medycznych. W razie potrzeby lekarz pierwszego kontaktu lub specjalista psychiatra określa również wskazania dotyczące zapewnienia bezpieczeństwa osobistego pacjenta (np. umieszczenie w celi monitorowanej, podjęcie działań profilaktycznych wobec osób zagrożonych aktami samoagresji), likwidacji barier architektonicznych (umieszczenie w celi przystosowanej dla osób niepełnosprawnych fizycznie, zapewnienie właściwego miejsca do spania - dolne łóżko) oraz realizacji czyn-

<sup>336</sup> M. Niełacznna, *Postępowanie ...*, s. 44.

<sup>337</sup> § 12 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. z 2012 r. poz. 738 ze zm.).

<sup>338</sup> AŚ w Białymstoku, AŚ w Krakowie, AŚ w Łodzi, AŚ w Warszawie-Białoleśce, AŚ we Wrocławiu.



ności samoobsługowych i higienicznych (częstsza kąpiel, korzystanie z pieluch jednorazowych).

Należy dodać, że ustalenia służby zdrowia są objęte tajemnicą zawodową. Zatem informacje o stanie zdrowia nowo przyjętego zawarte w dokumentacji medycznej nie powinny być przekazywane innym przedstawicielom administracji więziennej. Nie dotyczy to jednak zaleceń co do sposobu prowadzenia obserwacji zachowania pacjenta i metod postępowania z osadzonym, który w związku z dysfunkcjami prawdopodobnie będzie miał trudności adaptacyjne do warunków izolacji więziennej. Analiza akt osobowych nie dostarczyła jednak przypadku, w którym treści w nich zawarte wskazywałyby, że wychowawcy otrzymali od lekarza takie wskazówki. Personel penitencjarny, rozpytany przez pracowników Biura Rzecznika na tę okoliczność<sup>339</sup>, twierdził, że zalecenia lekarskie najczęściej dotyczą określenia miejsca do spania oraz umieszczenia w celi dla osób z niepełnosprawnością fizyczną. Funkcjonariusze nie potrafili natomiast przywołać konkretnego przykładu, w którym np. lekarz psychiatra określiłby sposób postępowania wobec osoby wymagającej szczególnego traktowania - np. należy ograniczyć częstotliwość zmian miejsca zakwaterowania, bowiem osadzony, z racji upośledzenia umysłowego i dużych trudności przystosowawczych, będzie źle funkcjonował w nowym otoczeniu; u osadzonego mogą pojawiać się tiki, mimowolnie wypowiedane przekleństwa, obelgi lub nieprzyzwoite słowa (osoby z zespołem Tourette'a), dlatego też te zachowania nie mogą być przesłanką do sporządzania wniosków o wymierzenie kary dyscyplinarnej; stres bardzo ogranicza zdolność prawidłowego funkcjonowania osadzonego, więc należy ograniczyć do minimum napięcie towarzyszące pobytowi w więzieniu.

Służba Więzienna opracowała procedury postępowania w przypadku przyjęcia do aresztu śledczego albo zakładu karnego osób, które mogą mieć trudności w prawidłowym funkcjonowaniu. Wychowawca po wstępnej rozmowie kieruje osadzonego do psychologa, ten przeprowadza rozmowę i określa dalszy sposób postępowania, np. formułuje zalecenia dla wychowawcy, służb ochronnych, kieruje osadzonego do lekarza psychiatry, lekarz zaś podejmuje działania w ramach swych merytorycznych zadań. Następnie osoby te są objęte systematyczną opieką psychologiczną, wychowawczą i profilaktycznymi oddziaływaniami ochronnymi. Działania te koncentrują się na zapewnieniu osadzonym bezpieczeństwa osobistego i udzielaniu pomocy w codziennym funkcjonowaniu, ewentualnie objęciu ich terapią farmakologiczną. W przypadku uzasadnionych wątpliwości, co do możliwości dalszego przebywania osadzonego w warunkach izolacji penitencjarnej, aktywność Służby Więziennej ukierunkowana jest dalej, a mianowicie na przekazanie informacji o osadzonym sądom orzekającym

<sup>339</sup> Rozmowy takie były prowadzone podczas wizytacji w jednostkach penitencjarnych, realizowanych w ramach przedmiotowego projektu badawczego.

i sędziemu penitencjarnemu<sup>340</sup>. Zdarza się jednak, że procedury te nie działają w sposób prawidłowy. Niepożądane sytuacje, które można zaobserwować w praktyce, nie są więc - co do zasady - implikowane niedoskonałością przepisów, z reguły szwankuje „czynnik ludzki”.

#### **4. Konsekwencje braku właściwego rozpoznania nowo przyjętych osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną**

Właściwy dobór metod i środków pracy z osadzonym zależy jest od prawidłowo przeprowadzonego procesu diagnostycznego. Wnikliwe rozpoznanie jest szczególnie ważne w przypadku osób z niepełnosprawnością, bowiem jego brak może przynieść niepożądane, czasem dramatyczne skutki – po pierwsze realne zagrożenie bezpieczeństwa osobistego osadzonego, a po wtóre niemożność realizacji jego aktualnych potrzeb.

Więzień z niepełnosprawnością intelektualną, przebywając pośród ogółu osadzonych, bez kontroli ze strony Służby Więziennej, narażony jest na szykany i przemoc. Bardzo ważna w tym wypadku jest natychmiastowa diagnoza jego ograniczeń, by niezwłocznie zaliczyć go do grupy tzw. więźniów chronionych i odpowiednio rozmieścić w oddziale mieszkalnym. W skład celi wieloosobowej powinny wchodzić osoby wyrozumiałe i tolerancyjne, bez skłonności do dominacji i wykorzystywania nieporadności, chętne do pomocy, zwłaszcza w czynnościach samoobsługowych, czyli takie, które pozytywnie będą wpływać na osadzonego i nie pogłębiać jego zagubienia. Brak takich działań może narażać osadzonego na drwiny i zaczepki ze strony innych współosadzonych, w skrajnych sytuacjach może dojść do znęcania się nad nim lub seksualnego wykorzystania. Osadzanie takiej osoby w celi pojedynczej również może być błędem, bowiem istnieje prawdopodobieństwo zwiększenia się u niej poziomu lęku, które może doprowadzić do zupełnie nieprzewidywalnych zachowań.

Z uwagi na znacznie ograniczoną możliwość samodzielnej egzystencji osoby takie wymagają szczególnej opieki i pomocy. Tymczasem osadzeni twierdzą, że są zbywani, wychowawcy wykazują zniecierpliwienie w kontaktach, nie mają dla nich czasu i nie inicjują rozmów, poza rutynowymi pytaniami. W badanych w Biurze RPO sprawach wielokrotnie spotykano się z wyjaśnieniami, że osadzony został poinformowany o istniejących zagrożeniach, ale nigdy nie zgłaszał wystąpienia jakiegokolwiek incydentu, świadczącego np. o jego niewłaściwym traktowaniu. Pozostawienie takiej osoby samej sobie świadczy, że wychowawcy

<sup>340</sup> RPO w sprawie konieczności powiadamiania przez Służbę Więzienną sędziego penitencjarnego o przypadkach przebywania w jednostkach penitencjarnych osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną skierował do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej dwa wystąpienia: z dnia 21 grudnia 2015 r. oraz z dnia 19 lutego 2016 r. Z otrzymanych odpowiedzi wynika, że polecenie takie zostało funkcjonariuszom wydane, jest ono przypominane w trakcie kontroli, szkoleń i odpraw służbowych.



nie wiedzą, iż u osób tych występują zniekształcenia w postrzeganiu świata zewnętrznego, a obniżona zdolność myślenia powoduje błędną ocenę rzeczywistości. Duży poziom lęku przeszkadza zaś w ujawnieniu różnych zdarzeń i zwerbalizowaniu własnych stanów emocjonalnych.

Bezradność tych osób, wynikająca właśnie z niepełnosprawności, powinna być więc przesłanką uzasadniającą szczególną troskę o ich bezpieczeństwo osobiste. W niektórych przypadkach zamieszczone w aktach osobowych skazanego informacje z prawidłowo dokonanego rozpoznania sytuacji skazanego nie były jednak właściwie wykorzystywane. W jednej z badanych spraw, psycholog w drugim dniu pobytu skazanego w więzieniu odnotował, że warunki i cechy osobiste predysponują go do bycia ofiarą przemocy (wypowiedzi świadczyły o deficycie intelektualnym, ukończył szkołę specjalną, ma zaniki pamięci, wadę wymowy). Komisja penitencjarna nie zawahała się jednak skierować skazanego do zakładu karnego typu półotwartego. Po kilku dniach pobytu w takim zakładzie skazany zgłosił zagrożenie bezpieczeństwa osobistego, a opisane przez niego zdarzenia, świadczące o tym, że stał się ofiarą szykanowania, zostały potwierdzone przez administrację. Zaistniała konieczność reklasyfikacji i ponownego skierowania skazanego do zakładu karnego typu zamkniętego. Ta sytuacja na tyle negatywnie wpłynęła na stan psychiczny skazanego, że wymagał on później objęcia nasilonymi oddziaływaniami profilaktycznymi.

Osoby z niepełnosprawnością psychiczną często miewają podwyższone parametry samoagresji oraz obniżoną zdolność kontroli agresywnego zachowania wobec innych osób. Są więc zagrożeniem dla siebie i innych, szczególnie w przypadku, gdy występują objawy psychotyczne pod postacią omamów słuchowych, urojeń prześladowczych oraz okresowe pobudzenia pod wpływem doznań psychotycznych. Przepisy umożliwiają przyjmowanie do jednostek penitencjarnych osoby w stanie psychozy, w którym następuje zerwanie kontaktu z rzeczywistością. Taki stan chorobowy stanowi realne zagrożenie dla zdrowia i życia chorego oraz innych osób<sup>341</sup>, dlatego skutkiem nierozpoznania w porę tego stanu może być próba samobójcza, niszczenie mienia, czy atak na inną osobę. Sytuacje takie wymagają natychmiastowej, prawidłowej diagnozy, by zapewnić osadzonemu właściwą opiekę medyczną, a nie np. stosować wobec niej środki przymusu bezpośredniego w postaci umieszczenia w celi zabezpieczającej. Czasami wystarczające jest zaliczenie osoby w kryzysie psychicznym do kategorii osób zagrożonych samobójstwem i objęcie opieką presuicydalną.

Niewystarczające rozpoznanie rzeczywistych potrzeb osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną nierzadko jest powodem niewłaściwej oceny ich zachowań. Typowe zaburzenia funkcjonowania, będące następstwem złego stanu psychicznego lub wynikające z deficytów intelektualnych, określa-

<sup>341</sup> Szeroko na ten temat w rozdziale autorstwa E. Brzostymowskiej, *Osoby pozbawione wolności z niepełnosprawnością psychiczną*.

ne są jako zachowania manipulacyjne i podlegające karaniu dyscyplinarnemu, bądź interpretowane jako brak woli podporządkowania się nakazom i zakazom regulaminowym. Czasami trzeba uznać, że w konkretnym przypadku brak jest możliwości przystosowania się do wymogów izolacji penitencjarnej. Egzekwowanie obowiązków powinno być poprzedzone wyjaśnieniem zasad pobytu w więzieniu, przy użyciu zrozumiałego języka i okazywaniu życzliwości. Zdarza się, że osadzony ma trudności w zrozumieniu sytuacji, w której się znalazł lub zapamiętaniu codziennych czynności (np. nie pamięta o obowiązku przygotowania się do apelu, poddawania się kontroli, zakazie samowolnego oddalania się, itp.), co wymaga od personelu ciągłego powtarzania poleceń.

Przykładem jest skazany Mirosław K.<sup>342</sup>

*Z informacji przekazanych przez personel więzienny wynika, że osadzony jest jak dziecko, którym należy się zajmować, od najprostszych życiowych czynności począwszy, na sprawach formalnych skończywszy. Wielokrotnie należy mu przypominać o konieczności dbania o higienę (zdarzyło się, że osadzony załatwiał swoje potrzeby fizjologiczne pod siebie) i o porządek. Skraca do położonych dystans, zwracając się do nich po imieniu lub w formie „ty”, np. „zaraz Ci o tym opowiem”. Słabo lub wcale nie jest zorientowany w czasie i przestrzeni, nie potrafi np. podać dnia ani roku. Osadzony nie ma zdolności adaptacyjnych, nie radzi sobie z sytuacją izolacji penitencjarnej. Jego deficyty i sposób zachowania świadczą o występowaniu upośledzenia funkcji poznawczych, co w izolacji penitencjarnej może potencjalnie narazić go na stanie się ofiarą przemocy. W tej sytuacji trudno jest dobrać odpowiedni skład osobowy do celi, który z jednej strony nie będzie zagrożeniem dla bezpieczeństwa osadzonego, z drugiej cierpliwie zniesie jego sposób bycia.*

*Podczas rozmowy z pracownikiem Biura RPO osadzony wypowiadał się wielowątkowo, treści wypowiedzi nie były związane z tematem podejmowanym w trakcie rozmowy. Pytanie należało powtórzyć kilkakrotnie, a padające odpowiedzi nie były konkretne, raczej miały formę monologu dotyczącego historii rodzinnych albo rozmówca odpowiadał „ja jestem tutaj bardzo grzeczny, ja nie zrobiłem nic złego”<sup>343</sup>.*

Analiza akt osobowych prowadzi do wniosku, że wychowawcy przygotowujący projekt oceny postępów w resocjalizacji osoby z niepełnosprawnością, stosują takie same kryteria oceny, jak w przypadku pozostałych skazanych. W jednym z badanych przypadków jako negatywną przesłankę oceny wskazano brak zainteresowania dostępnymi formami kształcenia skazanego, który skończył

<sup>342</sup> Sprawa nr IX.517.631.2016.

<sup>343</sup> Dyrektor Zakładu Karnego wystąpił do Prokuratury z wnioskiem o zastosowanie wobec skazanego zawieszenia postępowania wykonawczego.





3 klasy szkoły specjalnej, nie potrafi pisać i czytać, ma trudności ze zrozumieniem pytania i udzieleniem odpowiedzi. W przypadku innego skazanego, który posiada orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy, negatywnie oceniono niepodejmowanie starań w zakresie zatrudnienia i brak sprecyzowanych planów dotyczących zatrudnienia po opuszczeniu zakładu karnego. Odmowa udziału w indywidualnym programie oddziaływania<sup>344</sup> jest również oceniana jako brak chęci pracy nad sobą i skorzystania z oferty programów resocjalizacyjnych. Nie udało się natomiast w aktach osobowych tych osób odnaleźć choćby jednej propozycji konkretnego programu, dostosowanego do potrzeb skazanego oraz informacji o stosunku skazanego do przedstawionej mu oferty. Stwierdzono przypadek, w którym decyzją komisji penitencjarnej skazany odbywał karę w systemie programowanego oddziaływania, a akta osobowe w ogóle nie zawierały projektu takiego programu. Tymczasem, w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną nie ma potrzeby tworzenia „ambitnych” programów, należy jedynie wyjść naprzeciw oczekiwaniom i możliwościom tych osób, np. poprzez powierzenie prostych zadań do wykonania, jak w przypadku jednego skazanego grabienie liści na terenie jednostki penitencjarnej. Innemu osadzonemu, ze stwierdzoną niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, który ukończył 4 klasy szkoły podstawowej, lecz nie posiadał w pełni umiejętności czytania, pisanie i liczenia, zorganizowano indywidualne zajęcia w tym zakresie. Kolejnemu osadzonemu, po zakończeniu udziału w programie „Szef kuchni”, stworzono warunki umożliwiające przygotowywanie nieskomplikowanych dań obiadowych. Proste zadania, uczące samoobsługi, lepszej komunikacji, redukujące stany napięcia, mogą być treścią oferty programowej, której realizacja nie tylko pozwoli skazanemu przetrwać w więzieniu, ale również przyniesie realne korzyści w przyszłości.

Wdrożenie zindywidualizowanych metod działań wymaga znajomości psychologicznych mechanizmów zachowania się człowieka z niepełnosprawnością w sytuacjach trudnych oraz metod i technik rozwiązywania problemów, które mogą pojawić się u tych osób. Lektura zapisów notatek wychowawców pokazuje, że tej wiedzy brakuje. Istnieje więc konieczność wyposażenia wychowawców w „narzędzia”, które pozwolą na wstępną ocenę potrzeb osoby z niepełnosprawnością, a także na przygotowanie modelu postępowania wobec niej w ramach prowadzonej pracy wychowawczej i terapeutycznej. Oddziaływania wobec tych skazanych nie mogą bowiem ograniczać się jedynie do sprawowania przez wszystkie służby (psychologa, wychowawcę, oddziałowego) kontroli zachowania skazanego i oceny aktualnego stanu psychicznego, pod kątem zapewnienia mu bezpieczeństwa osobistego, jak to miało miejsce w przypadku Dawida C.<sup>345</sup>

<sup>344</sup> Art. 81 Karę pozbawienia wolności wykonuje się w systemie: 1) programowanego oddziaływania; 2) terapeutycznym; 3) zwykłym.

<sup>345</sup> Sprawa nr IX.517.2.2015.

*U Dawida C. biegli lekarze psychiatrzy rozpoznali organiczne pourazowe zaburzenia osobowości z regresem funkcji poznawczych i intelektu – kilka lat wcześniej skazany doznał urazu czaszkowo-mózgowego, ze złamaniem lewej kości skroniowej i ciemieniowej. Ma zaburzenia mowy, problemy z pisaniem i czytaniem, z trudnością się podpisuje. Stwierdzono, że pobyt w zakładzie karnym stanowić będzie poważne niebezpieczeństwo dla jego zdrowia i życia. Z protokołu posiedzenia sądu wynika, że trudno ocenić jak długo przeciwwskazania dla odbywania kary przez skazanego będą aktualne. Lekarz psychiatra wskazał, że cyt.: „w 100 % nigdy nie da się wykluczyć zagrożenia dla życia lub zdrowia skazanego w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności. Wypełniony ubytek kości w czaszce jest niestabilny, co przy ewentualnym kolejnym urazie może prowadzić do poważnych konsekwencji, włącznie ze śmiercią, w zależności od rodzaju obrażeń”.*

*Mając na uwadze opinię lekarzy psychiatrów skazanemu dwukrotnie odraczano wykonanie kary 6 miesięcy pozbawienia wolności oraz dwukrotnie orzekano wobec niego przerwę w wykonaniu kary 10 miesięcy pozbawienia wolności.*

*Po powrocie do więzienia skazany nadal wymagał opieki i pomocy innych osób w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. Był lękliwy, zagubiony, o obniżonym nastroju. W zakładzie karnym został zakwalifikowany do kategorii osób zagrożonych samobójstwem i objęty opieką presuicydalną. Został umieszczony w izbie chorych pomimo braku wskazań medycznych. Decyzję tę podjęto w celu poprawienia jego bezpieczeństwa osobistego oraz ograniczenia wystąpienia ewentualnych urazów. Następnie został skierowany do ośrodka diagnostycznego, gdzie przebywał przez okres 5 miesięcy, gdy przepisy przewidują, że generalnie badanie powinno być zakończone w czasie 2 tygodni, a tylko w wyjątkowych sytuacjach może być przedłużone. W ośrodku pozostawał tak długo z uwagi na potrzebę zapewnienia mu bezpieczeństwa osobistego. Co do zasady w ośrodku diagnostycznym nie prowadzi się oddziaływań terapeutycznych, zatem skazany był jej pozbawiony przez długi okres. Uznano jednak, że stopień niepełnosprawności Dawida C. wymaga podejmowania działań chroniących jego bezpieczeństwo. I niewątpliwie kwestie te należało traktować priorytetowo, ale nie można było zaniedbywać terapii, którą zapewniono skazanemu dopiero na miesiąc przed końcem kary.*

## **5. Podsumowanie**

Wstępna diagnoza daje podstawę do zaprojektowania i zindywidualizowania sposobu postępowania wobec osób z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia im bezpieczeństwa osobistego, zminimalizowania skutków izolacji i zaspokojenia uzasadnionych potrzeb. By rozpoznanie nowo przyjętej osoby było prawidłowe personel więzienny powinien mieć umiejętno-



ści identyfikowania trudności osadzonego, rozumieć psychologiczną i psychospołeczną genezę tych trudności, określić ich skalę, znać psychologiczne mechanizmy zachowania się człowieka z niepełnosprawnością oraz metody i techniki rozwiązywania problemów, które mogą pojawić się u tych ludzi. Niewątpliwie pomocnym narzędziem w zbieraniu istotnych informacji jest kwestionariusz, który powinien nie tylko systematyzować rozmowę, ale również pozwalać na zbudowanie właściwej relacji z osadzonym. W rozmowie nie może brakować miejsca na akcenty wspierające rozmówcę, który znalazł się w sytuacji kryzysu życiowego. Sam fakt bycia więźniem, przebywanie w jednej celi mieszkalnej z przypadkowymi osobami o odmiennym stylu życia, upodobaniach, nawykach higienicznych czy brutalizacja zachowań współosadzonych, mających miejsce od pierwszych chwil pobytu w celi mieszkalnej, jest często traumatycznym przeżyciem. Możliwość prowadzenia swobodnej rozmowy - zależnie od wymogów sytuacji - zwiększa szanse na nadanie rozmowie terapeutycznego charakteru, co następnie znacznie ułatwia „otwarcie się” rozmówcy. Pozyskane od niego informacje oraz własne obserwacje, zebrane w krótką charakterystykę sytuacji społecznej więźnia, określającą najpilniejsze jego potrzeby osobiste i bytowe w pierwszym okresie pobytu, winny być tak przygotowane, aby inni członkowie personelu w pracy z osadzonym mogli z pożytkiem z nich korzystać.

Należy podkreślić, iż właściwy kontakt ludzki, pozbawiony nadmiaru formalizmu w rozmowie wstępnej i całym tzw. okresie przejściowym, jest jednym z niezbędnych zabezpieczeń przed niewłaściwym traktowaniem. Uważne i wszechstronne podejście do nowo przyjętego, dzięki wykonywanym badaniom i rozmowom, buduje jego poczucie bezpieczeństwa. Jest także przejawem zasady indywidualizacji, która nie tylko służy osadzonemu lecz również personelowi - zapobiega rutynie pracy i pozwala okazać zainteresowanie oraz szacunek skazanemu<sup>346</sup>.

Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie, kierując wystąpienia do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej<sup>347</sup>, wskazywał na potrzebę wczesnej identyfikacji osób z niepełnosprawnością i odmiennego ich traktowania. Polega ono przede wszystkim na stworzeniu prawidłowego klimatu wychowawczego, w którym nie brakuje takich elementów jak szacunek, zrozumienie oraz dobra wola w postaci niesienia pomocy i wsparcia. Dlatego też personel, który jest zaangażowany w procedury przyjęcia osadzonego do więzienia, powinien systematycznie przechodzić specjalistyczne szkolenia, aby posiadać i uaktualniać wiedzę niezbędną do prawidłowego wykonywania tych czynności.

<sup>346</sup> M. Niełacznna, *Postępowanie ...*, s. 15.

<sup>347</sup> Wystąpienia generalne z dnia: 24.02.2014 r. - II.517.566.2014, 21.12.2015 r. i 19.02.2016 r. - IX.517.2.2015.



# Osoby pozbawione wolności z niepełnosprawnością psychiczną

## 1. Wprowadzenie

**Osoby pozbawione wolności cierpiące na czynną chorobę psychiczną nie powinny przebywać w zakładach karnych i aresztach śledczych.** Rzeczywistość jest jednak inna. Wśród tej grupy populacji więziennej przebywają nowoprzyjęci skazani i tymczasowo aresztowani w stanie ostrej psychozy<sup>348</sup> bądź z różnego rodzaju innymi zaburzeniami psychicznymi, świadczącymi o czynnej chorobie psychicznej. Druga grupa osadzonych to niepoczytalni sprawcy, wobec których umorzono postępowanie karne i orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym, ale do czasu rozpoczęcia wykonania tego środka nadal przebywają w izolacji więziennej, posiadając status tymczasowo aresztowanych. W końcu są to również osadzeni, u których zaburzenia psychiczne ujawniły się podczas odbywania kary pozbawienia wolności.

Pierwsze dwie grupy osób przebywają w jednostkach penitencjarnych czasowo, oczekując na pilne przetransportowanie do szpitali psychiatrycznych, wobec stanu zagrożenia ich życia, bądź na umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w związku z orzeczonym środkiem zabezpieczającym. Trzecia grupa osób, u których choroba psychiczna (np. schizofrenia) ujawniła się po tym, jak zostali osadzeni w zakładzie karnym celem odbycia kary, powinna mieć udzieloną obowiązkową przerwę w karze w celu podjęcia stosownego leczenia. Osoby takie niekiedy jednak przebywają w izolacji penitencjarnej, mimo stwierdzonej choroby psychicznej. Rodzi się wówczas pytanie, jak realizować cele kary wobec takich skazanych. W jaki sposób wypełnić dyspozycję art. 67 k.k.w., który wyraźnie stanowi, że wykonywanie kary pozbawienia wolności ma na celu wzbudzenie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanych

<sup>348</sup> Psychoza – (psychosis) to ciężkie zaburzenie psychiczne charakteryzujące się znacznym upośledzeniem oceny rzeczywistości, zwykle w jej przebiegu występują urojenia, omamy, dezorganizacja mowy, zaburzenia zachowania lub zachowania katatoniczne. Osoby z takim zaburzeniem są określane przymiotnikiem „psychotyczny”. Do psychoz zalicza się schizofrenię, zaburzenia urojeniowe, niektóre psychozy wtórne lub objawowe (psychozy organiczne) i niektóre zaburzenia nastroju. Narriman C. Shahrokh, Robert E. Hales, *Amerykański słownik psychiatryczny*, Wrocław 2003, Elsevier Urban & Partner, s.149.

postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa.

W przypadku tymczasowo aresztowanych powstaje z kolei dylemat, czy środek zapobiegawczy w postaci tymczasowego aresztowania wobec osób z chorobą psychiczną ma być wykonywany w aresztach śledczych, a placówki więziennej służby zdrowia są przygotowane do ich leczenia, czy też powinno mieć to miejsce w pozawięziennych szpitalach psychiatrycznych.

Omawiając przedmiotowe zagadnienia należy zwrócić również uwagę na konieczność zagwarantowania osobom z niepełnosprawnością psychiczną wystarczającej opieki psychiatrycznej w jednostkach penitencjarnych. Skoro bowiem osadzeni ci znaleźli się już w miejscu detencji, to powinni mieć zapewnioną odpowiednią, specjalistyczną opiekę lekarzy psychiatrów. Budzi się jednak pewna wątpliwość, czy więzienna służba zdrowia jest w stanie zapewnić wszystkim chorującym psychicznie osadzonym odpowiednie świadczenia medyczne.

Istotę tej problematyki podkreśliła HFPC, wskazując w skardze do ETPC, iż na proces leczenia osób ze schizofrenią składa się wiele czynników. Opierając się na literaturze fachowej z dziedziny psychiatrii prawnicy HFPC uwypuklili, że farmakoterapia jest tylko jednym z elementów skutecznego procesu leczenia. Oprócz niej, choremu należy zapewnić psychoterapię, psychoedukację i terapię rodzin. Leczenie schizofrenii powinno być zatem kompleksowe oraz dopasowane do potrzeb i stanu zdrowia pacjenta<sup>349</sup>.

## 2. Opieka psychiatryczna w jednostkach penitencjarnych

Należy zauważyć, iż na gruncie rozwiązań legislacyjnych osobom pozbawionym wolności zapewnia się dostęp do odpowiedniej opieki medycznej stopnia podstawowego, jak i opieki specjalistycznej<sup>350</sup>. Dostępność do adekwatnej opieki psychiatrycznej budzi jednak wątpliwości, na co zwraca uwagę sama Służba Więzienna.

Rzecznik Praw Obywatelskich analizując możliwość zapewnienia osobom niepełnosprawnym psychicznie właściwej opieki medycznej dostrzegł, iż Służba Więzienna boryka się z problemem zagwarantowania im właściwych, adekwatnych do potrzeb świadczeń medycznych. Zapotrzebowanie na miejsca leczenia jest bowiem zdecydowanie wyższe niż posiadana przez Służbę Więzienną infrastruktura. Oddziały szpitalne, w których prowadzi się całodobową opiekę psychiatryczną, istnieją w pięciu jednostkach penitencjarnych, dysponując łącznie

<sup>349</sup> <http://www.hfhr.pl/skarga-do-etpc-w-sprawie-osoby-pozbawionej-wolnosci-chorej-na-schizofrenie/> (dostęp: 03.08.2017 r.).

<sup>350</sup> Zob. rozdział Z. Kuźma, *Regulacje prawa polskiego odnoszące się do osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną*.



jedynie 66 miejscami<sup>351</sup>. Należy dodać, że podstawowym zadaniem tych oddziałów jest prowadzenie obserwacji sądowo psychiatrycznych na mocy postanowienia sądowego. Placówki te generalnie nie posiadają warunków niezbędnych do leczenia i rehabilitacji chorych psychicznie, w postaci niezbędnej bazy oraz wyspecjalizowanej kadry terapeutów i pracowników socjalnych<sup>352</sup>. Dlatego w przypadku stwierdzenia choroby psychicznej, po krótkotrwałej terapii i postawieniu ostatecznego rozpoznania, osoby te są kierowane do dalszego leczenia w wolnościowych zakładach psychiatrycznych. W pozostałych jednostkach penitencjarnych nie udziela się osadzonym świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia psychiatrycznego, a jedynie doraźnej pomocy ambulatoryjnej. Liczba lekarzy psychiatrów, zatrudnionych w tych podmiotach leczniczych, przeważnie w niepełnym wymiarze godzin, nie pozwala na zapewnienie osadzonym dostępu do specjalistów psychiatrii nawet w dni robocze. W wielu jednostkach psychiatrizy przyjmują pacjentów jedynie jeden, dwa razy w miesiącu, w innych zaś lekarze o tej specjalności nie są w ogóle zatrudnieni.

Powyższe problemy Służba Więzienna już w 2011 r. sygnalizowała Ministrowi Sprawiedliwości oraz Rzecznikowi Praw Pacjenta. Od tego czasu stan opieki psychiatrycznej w więzieniach nie poprawił się, co więcej należy sądzić, iż przy systematycznym braku środków finansowych wyasygnowanych na ten cel, uległ pogorszeniu. W 2012 r. projekty modernizacyjne szpitali psychiatrycznych, m.in. w zakresie pozyskania dodatkowych miejsc leczniczych i lekarzy psychiatrów do pracy w jednostkach penitencjarnych, nie zostały uwzględnione w planie wydatków. Podobna sytuacja miała miejsce w 2015 r. Ponadto, brak środków finansowych na realizację powyższych przedsięwzięć leżał również u podstaw niewykonania części zadań postawionych przed więziennictwem w związku z wdrożeniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015<sup>353</sup>.

Służba Więzienna nadal podtrzymuje zgłaszane potrzeby dotyczące zwiększenia liczby lekarzy psychiatrów zatrudnionych w penitencjarnej służbie zdrowia i alarmuje, że zbyt mała ich liczba ogranicza dostępność świadczeń z zakresu leczenia i porad psychiatrycznych oraz wydłuża czas oczekiwania na niezbędną pomoc ponad dopuszczalne minimum. Na dzień 1 czerwca 2016 r. średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału psychiatrycznego w celu leczenia wynosił nawet dwa miesiące.

<sup>351</sup> Szpitale z oddziałami psychiatrycznymi usytuowane są przy pięciu jednostkach penitencjarnych, tj. w AŚ w Krakowie (5 łóżek - leczenia, 22 łóżka - obserwacja), ZK nr 2 w Łodzi (5 łóżek - leczenie, 36 łóżek - obserwacja), AŚ w Poznaniu (5 łóżek - leczenie, 28 łóżek - obserwacja), AŚ we Wrocławiu (23 łóżka - leczenie, 23 łóżka - obserwacja) i AŚ w Szczecinie (28 łóżek - leczenie, 29 łóżek - obserwacja). Dane zawarte w piśmie Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 10 czerwca 2016 r., BIS-070-42/16/3037.

<sup>352</sup> M. Gordon, *Rekomendacja 1235 (1944) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy o psychiatrii i prawach człowieka*. Komentarz, Warszawa 2011, Przegląd Więziennictwa Polskiego, nr 72-73, s. 248.

<sup>353</sup> Wystąpienie generalne z dnia 29 lipca 2016 r., II.517.23.2015.

W ocenie RPO więzienna służba zdrowia nie jest w stanie zapewnić osobie bezwzględnie wymagającej hospitalizacji natychmiastowego leczenia psychiatrycznego. Trudności te dotyczą przede wszystkim osób, u których występują objawy choroby psychicznej w postaci zaburzeń postrzegania rzeczywistości, co w efekcie prowadzi do zachowań agresywnych oraz autoagresywnych i skutkuje możliwością bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia chorego lub innych osób.

### **3. Osoby przyjmowane do zakładów karnych i aresztów śledczych w stanie ostrej psychozy**

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności, (zezwala na przyjmowanie do jednostek penitencjarnych osób w stanie ostrej psychozy dalej: rozporządzenie z dnia 23 czerwca 2015 r.)<sup>354</sup>. W myśl § 35 ust. 1 tego rozporządzenia, w wypadku przyjęcia do jednostki penitencjarnej osoby wymagającej natychmiastowego leczenia szpitalnego ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia lub kobiety od 28. tygodnia ciąży, osobie tej natychmiast zapewnia się odpowiednią opiekę lekarską. Przepis ten zobowiązuje zatem administrację jednostki penitencjarnej do przyjęcia osoby chorej psychicznie oraz zapewnienia jej bezwzględnie właściwych standardów leczenia.

W okresie od wejścia w życie rozporządzenia z dnia 23 czerwca 2015 r., tj. od dnia 1 lipca 2015 r. do dnia 31 maja 2016 r., już w dniu przyjęcia do jednostki penitencjarnej z powodu choroby psychicznej 25 osadzonych zostało przetransportowanych do innej jednostki penitencjarnej, 46 osadzonych przetransportowano do innej jednostki penitencjarnej czasowo, zaś 27 umieszczono w tzw. szpitalu wolnościowym. W dniu następującym po dniu przyjęcia przetransportowano odpowiednio: 5, 17 i 9 osadzonych<sup>355</sup>.

Uprzednio obowiązujące rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 października 2012 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności<sup>356</sup> zabraniało przyjmowania osób z powodu ostrej psychozy. Przepis § 34 ust. 1 i 2 stanowił, iż do aresztu śledczego nie przyjmuje się osoby wymagającej leczenia szpitalnego z powodu ostrej psychozy, osoby wymagającej natychmiastowego leczenia szpitalnego ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub

<sup>354</sup> Dz. U. poz. 927 ze zm.

<sup>355</sup> Odpowiedź Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 10 czerwca 2016 r., BIS-070-42/16/3037, na pismo z dnia 5 maja 2016 r., IX.517.2.2015.

<sup>356</sup> Dz. U. poz. 1153.





zdrowia oraz kobiety od 28. tygodnia ciąży. W uzasadnieniu do rozporządzenia z dnia 23 czerwca 2015 r. nie wskazano, z jakiego powodu odstąpiono od takich rozwiązań. Zdaniem prof. Janusza Heitzmana „*uchylenie przepisu § 34 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 października 2012 r. było błędem, ponieważ pozostawiło areszty (i zakłady karne) otwarte na dopływ osób chorych psychicznie w stanie ostrej psychozy, co napotykało na niewydolną służbę zdrowia w zakładach penitencjarnych (...). Wprowadzenie przepisu § 35 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. było błędem, ponieważ zakładało konieczność przetrzymywania na więzienną służbę zdrowia obowiązku zapewnienia osobie chorej psychicznie w stanie ostrej psychozy, natychmiastowej odpowiedniej opieki lekarskiej (przy faktycznym jej braku)*”. W przytoczonej opinii prof. J. Heitzman wskazał również, że „*w przypadku ujawnienia się choroby psychicznej (ostrej psychozy) u osoby przebywającej w areszcie lub zakładzie karnym, czas pobytu tam powinien być ograniczony do minimum związanego z trybem niezwłocznego umieszczenia osoby w zakładzie leczenia psychiatrycznego. Tylko taki zakład może zapewnić osobie chorej należną i niezbędną opiekę bez narażenia jej na ryzyko utraty życia lub zdrowia. **Pozostawanie osoby chorej psychicznie (w stanie ostrej psychozy) w zakładzie karnym lub areszcie śledczym, bez możliwości zapewnienia jej tam całodobowej i natychmiastowej opieki psychiatrycznej, może nosić znamiona nieludzkiego i poniżającego traktowania, a tym samym naruszać obowiązujące regulacje prawne (konstytucyjne i konwencyjne)***”<sup>357</sup>.

Obowiązujące obecnie rozporządzenie z dnia 23 czerwca 2015 r. nie przewiduje żadnych wyjątków od zasady przewidzianej w § 35 ust. 1. Można zatem dojść do konkluzji, że priorytetem organu upoważnionego do wydania rozporządzenia jest umieszczanie osób, niezależnie od stanu zagrożenia ich życia lub zdrowia, w warunkach więziennej izolacji, a dopiero potem zapewnienie im odpowiedniej opieki medycznej. Obowiązek ratowania życia lub zdrowia takich osób został więc przeniesiony na Służbę Więzienną, która obecnie zobligowana jest podejmować natychmiastowe działania (jeszcze tego samego dnia po przybyciu do jednostki penitencjarnej), mające na celu przetransportowanie takiej osoby do odpowiedniej placówki medycznej. To natomiast generuje dodatkowo koszty finansowe, ale także szereg problemów organizacyjnych (pilne realizowanie konwoju, zabezpieczanie ochronne - nawet kilkudniowe - osób przebywających w szpitalach wolnościowych przez funkcjonariuszy SW).

Taka konstrukcja przepisu § 35 rozporządzenia z dnia 23 czerwca 2015 r. budzi niepokój Rzecznika Praw Obywatelskich. Z tego też względu skierował on wystąpienie generalne do Ministra Sprawiedliwości<sup>358</sup>. Zdaniem Rzecznika

<sup>357</sup> Opinia prof. nadzw. dr hab. n. med. Janusza Heitzmana wydana w imieniu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w odpowiedzi na pismo RPO z dnia 10 marca 2016 r., IX.517.2.2015.

<sup>358</sup> Pismo z dnia 29 lipca 2016 r., IX.517.2.2015.

więzienna służba zdrowia nie jest w stanie zapewnić osobie bezwzględnie wymagającej hospitalizacji natychmiastowego leczenia psychiatrycznego. Trudności te dotyczą przede wszystkim osób, u których występują objawy choroby psychicznej w postaci zaburzeń percepcji rzeczywistości, co w efekcie prowadzi do zachowań agresywnych oraz autoagresywnych i skutkuje możliwością bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia chorego lub innych osób. W ocenie Rzecznika wymaga rozważenia, czy sytuacja więziennej służby zdrowia, zwłaszcza w zakresie udzielania świadczeń psychiatrycznych, oraz realne niebezpieczeństwo, że osoba przyjęta do zakładu karnego nie będzie objęta odpowiednimi świadczeniami medycznymi, uzasadniały wskazaną zmianę. Należy bowiem zauważyć, iż w obecnej sytuacji może dojść do naruszenia fundamentalnych praw konstytucyjnych, tj. prawa do ochrony zdrowia i życia, prawa do wolności od nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karnia oraz prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzona zmiana przepisu wywołuje również niepokój wśród lekarzy więziennej służby zdrowia, którzy wielokrotnie podkreślali, że każda zwłoka w udzieleniu właściwej pomocy lekarskiej osobie ciężko chorej fizycznie, czy też przyjęcie do aresztu osoby pozostającej w ciężkim stanie psychicznym, stwarzać musi realne zagrożenie nawet dla życia takich osób. W przytoczonej opinii prof. J. Heitzman słusznie zauważa, że **„jedynym właściwym miejscem dla osoby chorej psychicznie (będącej w stanie ostrej psychozy), a taki stan potencjalnie zawsze jest stanem zagrażającym życiu, jest zakład leczniczy a nie zakład karny (areszt)”**.

W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich rozmiar trudności z zapewnieniem natychmiastowej, właściwej opieki lekarskiej osobom, o których mowa wyżej, będzie narastał. Zaburzenia psychiczne stanowią bowiem coraz większy problem społeczny, zwiększa się liczba pacjentów hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych oraz liczba czynów zabronionych popełnianych przez osoby chorujące psychicznie. To oznacza, że do więzień trafiać będzie coraz więcej osób z niepełnosprawnością psychiczną. Natomiast umieszczanie tych osób w warunkach więziennej izolacji bez zapewnienia im odpowiednich świadczeń psychiatrycznych, będzie skutkować nie tylko naruszeniem przepisów prawa krajowego, ale także standardów międzynarodowych<sup>359</sup>. Rzecznik zwrócił się do Ministra Sprawiedliwości z prośbą o udzielenie informacji, jakie przesłanki zadecydowały o zmianie rozporządzenia w przedstawnym zakresie oraz rozważenie, czy nie należałoby wrócić do brzmienia § 34 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 października 2012 r.<sup>360</sup>.

<sup>359</sup> Zgodnie z treścią reguły 12.1 ERW (2006), osoby cierpiące na choroby psychiczne i których stan psychiczny jest nie do pogodzenia z osadzeniem w zakładzie, powinny być osadzone w placówce specjalnie przeznaczonej do tego celu.

<sup>360</sup> RPO prowadził w tej sprawie także korespondencję z Dyrektorem Generalnym Służby Więziennej.



Sekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości, w udzielonej Rzecznikowi odpowiedzi<sup>361</sup> wskazał, że resort sprawiedliwości nie widzi możliwości przywrócenia treści § 34 rozporządzenia z dnia 2 października 2012 r. Jego zdaniem nie jest to możliwe, gdyż byłoby to sprzeczne z art. 80 k.k.w.<sup>362</sup> i art. 12d k.k.w.<sup>363</sup>, a po drugie - w chwili doprowadzenia osoby do jednostki penitencjarnej w celu odbycia kary, jest ona pozbawiona wolności i w sensie prawnym rozpoczyna odbywanie kary pozbawienia wolności, zatem zwolnienie jej z tego obowiązku może odbyć się wyłącznie w oparciu o instytucje przewidziane w k.k.w., podobnie jest w przypadku tymczasowo aresztowanego, gdzie decyzje o zastosowaniu środka zapobiegawczego i przyjęciu do aresztu śledczego nie należą do czynności administracyjnych, a merytorycznych, zastrzeżonych dla sądu. Sekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości wskazał również, że wobec osób tymczasowo aresztowanych, których stan zdrowia tego wymaga sposób i miejsce jego wykonywania jest uregulowane w art. 260 k.p.k. Oznacza to, iż istnieje konstrukcja umożliwiająca wykonanie tymczasowego aresztowania w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym, w tym w zakładzie psychiatrycznym, w sytuacji gdy stan zdrowia oskarżonego tego wymaga.

Na tle tego ostatniego argumentu Rzecznik Praw Obywatelskich dostrzega problem braku szpitali wolnościowych w wykazie placówek, gdzie tymczasowe aresztowanie mogłoby być wykonywane zgodnie z art. 260 k.p.k. W myśl tego przepisu, jeżeli stan zdrowia oskarżonego tego wymaga, tymczasowe aresztowanie może być wykonywane tylko w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym, w tym w zakładzie psychiatrycznym. Zakład leczniczy, o któ-

<sup>361</sup> DWOIP-I-072/25/16.

<sup>362</sup> Art. 80 § 1 k.k.w. stanowi, iż jeżeli tę samą osobę skazano na kilka kar skutkujących pozbawieniem wolności, wykonuje się je w takiej kolejności, w jakiej wpłynęły do wykonania orzeczenia, którymi wymierzono te kary. Zastępcze kary pozbawienia wolności oraz zastępcze kary aresztu za nieuiszczoną grzywnę wykonuje się w ostatniej kolejności.

§ 1a Orzeczenia prawomocne wykonuje się przed orzeczeniami nieprawomocnymi. Kary porządkowe i środki przymusu wykonuje się w pierwszej kolejności.

§ 2 Sędzia penitencjarny może zarządzić wykonanie kar i środków w innej kolejności niż określona w § 1, jeżeli względy penitencjarne za tym przemawiają.

§ 3 W wypadku skierowania do wykonania orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego wobec skazanego, który odbywa karę wymierzoną innym orzeczeniem, o kolejności wykonania kary i środka zabezpieczającego rozstrzyga sędzia penitencjarny.

§ 4 Dzień, w którym wykonywanie kary zostało rozpoczęte, z jakiegokolwiek przyczyny przerwane, ponownie podjęte lub zakończone, zaokrągla się w górę do pełnego dnia.

§ 5 Jeżeli wobec tej samej osoby wykonuje się kilka kar skutkujących pozbawieniem wolności, dniem rozpoczęcia wykonywania kolejnej kary jest dzień następujący po dniu zakończenia wykonania poprzedniej kary. W dniu zakończenia wykonania poprzedniej kary skazanego nie zwalnia się z zakładu karnego lub aresztu śledczego.

<sup>363</sup> Art. 12d k.k.w. stanowi, iż za dzień trwania kary pozbawienia wolności, zastępczej kary pozbawienia wolności, kary aresztu wojskowego, kary aresztu, zastępczej kary aresztu, kary porządkowej oraz środka przymusu skutkującego pozbawieniem wolności przyjmuje się okres 24 godzin liczony od chwili rzeczywistego pozbawienia wolności.

rzym mowa może funkcjonować zarówno w ramach więziennej, jak i publicznej służby zdrowia.

W wystąpieniu generalnym z dnia 20 grudnia 2016 r. kierowanym do Prezesa Rady Ministrów, Rzecznik wskazał, iż rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 czerwca 2015 r. w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów<sup>364</sup>, wydane na podstawie upoważnienia ustawowego, zawartego w art. 260 § 2 k.p.k., nie zawiera wykazu podmiotów leczniczych znajdujących się poza systemem więziennictwa, które przeznaczono do wykonywania tymczasowego aresztowania, a które spełniałyby określone w § 3 tego rozporządzenia warunki zabezpieczenia. Zdaniem Rzecznika może to oznaczać, że z uwagi na brak w wykazie „wolnościowych” podmiotów leczniczych (ograniczono się bowiem do wskazania jedynie ambulatoriów więziennych), tymczasowe aresztowanie osoby, której stan zdrowia wymaga umieszczenia w zakładzie leczniczym, będzie wykonywane wyłącznie w więziennych placówkach. Istnieje zatem niebezpieczeństwo, że w sytuacji, gdy żaden z więziennych zakładów leczniczych nie będzie w stanie zapewnić tymczasowo aresztowanemu odpowiedniej opieki lekarskiej, a nie będzie możliwe zastosowanie nieizolacyjnego środka zapobiegawczego, tymczasowo aresztowany nie zostanie objęty świadczeniami medycznymi, adekwatnymi do potrzeb w tym zakresie. Problem ten dwukrotnie sygnalizowano już Ministrowi Sprawiedliwości w wystąpieniach z dnia 27 sierpnia 2015 r. oraz z dnia 7 grudnia 2015 r., niemniej jednak nie przyniosło to rezultatu w postaci uzupełnienia zakładów leczniczych o placówki pozawięzienne.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości, w odpowiedzi<sup>365</sup> na przedmiotowe pismo Rzecznika, podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko, iż nie widzi podstaw do podjęcia prac legislacyjnych. Jego zdaniem, umieszczenie ścisłego katalogu podmiotów leczniczych w rozporządzeniu mogłoby być zinterpretowane jako ograniczenie możliwości korzystania przez osoby pozbawione wolności z usług wysoko specjalistycznych podmiotów leczniczych, w sytuacjach nagłych zagrożenia życia i zdrowia. Podał on również, że w 2016 r. ogólna liczba osób tymczasowo aresztowanych umieszczonych w odpowiednim zakładzie leczniczym z uwagi na stan zdrowia wyniosła 87.

Rzecznik nie może zaaprobować powyższej argumentacji Ministerstwa Sprawiedliwości, dlatego wciąż podtrzymuje swoje stanowisko w tej sprawie. Niezbędne jest opracowanie odpowiednich rozwiązań systemowych, które sprawią, że osoby w stanie ostrej psychozy nie będą przyjmowane do jednostek penitencjarnych. Miejscem właściwym dla nich jest zakład psychiatryczny, w którym będą mieć zapewnioną całodobową i natychmiastową opiekę psychiatryczną. Tylko wtedy będzie można uznać, iż prawa tych osób są w pełni respektowane. Uregu-

<sup>364</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1733.

<sup>365</sup> Odpowiedź z dnia 8 lutego 2017 r., DL-III-072-56/16.



lowanie tego zagadnienia pozostaje przede wszystkim w gestii Ministra Sprawiedliwości, który może podjąć stosowne prace legislacyjne w tym zakresie.

Jako przykład braku należytej opieki wobec tymczasowo aresztowanego w więziennej placówce służby zdrowia, a nie w podmiocie leczniczym, znajdującym się poza strukturą Służby Więziennej, a także w zakresie przyjęcia osoby w stanie psychozy, należy wskazać przypadek Juliana K<sup>366</sup>.

*Pan Julian K. jest młodym człowiekiem, studentem III roku filologii angielskiej. Pochodzi z pełnej rodziny. Od wielu lat cierpi na schizofrenię paranoidalną. Wielokrotnie przebywał w placówkach psychiatrycznych, przy czym prawidłowo funkcjonował w społeczeństwie w okresach remisji choroby. Dotychczas nie był karany.*

*W dniu 31 marca 2017 r. ww. został tymczasowo aresztowany w związku z głównym zarzutem uporczywego nękania byłej partnerki. W więzieniu stan zdrowia podejrzanego ulegał znacznemu pogorszeniu. Wkrótce po osadzeniu u pacjenta pojawiły się nasilone objawy psychotyczne, co spowodowało umieszczenie go w szpitalu psychiatrycznym. Dwukrotnie istniała konieczność stosowania wobec niego przymusu bezpośredniego na podstawie ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego w postaci unieruchomienia. W dniu 21 kwietnia 2017 r. uchylono środek zapobiegawczy w postaci tymczasowego aresztowania.*

*W dniu 10 maja 2017 r. pan Julian K. został ponownie zatrzymany i osadzony w areszcie. Złamał bowiem sądowy zakaz zbliżania się do byłej partnerki. W postanowieniu o zastosowaniu tymczasowego aresztowania na okres 2 m-cy zawarto uwagę, iż podejrzanego należy umieścić w oddziale psychiatrycznym aresztu.*

*Zatrzymanie podejrzanego miało miejsce na terenie Szpitala Klinicznego w P. Julian K. w dniu 10 maja 2017 r. został wypisany z tej placówki na własne żądanie, w stanie poprawy, z zaleceniem kontynuacji leczenia ambulatoryjnego. W ocenie lekarzy nie zachodziły w chwili zwolnienia warunki określone w art. 23 u.o.z.p., tj. przyjęcie do szpitala bez zgody chorego. Zatem dotychczasowe zachowanie pacjenta nie wskazywało na to, że z powodu choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.*

*Przy przyjęciu do Aresztu Śledczego w P. w dniu 11 maja 2017 r. lekarz rozpoznał u pacjenta stan ostrej psychozy, co kwalifikowało go do natychmiastowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym. Podjęto działania chroniące: leczenie psychiatryczne, wzmożoną opiekę psychologiczną i wychowawczą, zwiększony nadzór ochronny, m.in. umieszczenie w celi jednoosobowej monitorowanej. Mimo tych zabiegów stan psychiczny pacjenta*

<sup>366</sup> Wystąpienie generalne z dnia 13 października 2017 r., IX.517.1564.2017.

*nie uległ znaczącej poprawie. Prokurator wystąpił w sprawie pana Juliana o umorzenie postępowania wobec niepoczytalności w momencie popełnienia czynu zabronionego i zastosowanie środka zabezpieczającego. Mimo upływu 5 miesięcy od osadzenia w przywieszonym szpitalu psychiatrycznym, tymczasowo aresztowany nadal tam przebywa.*

Rzecznik kierując wystąpienie generalne na tle tej sprawy podkreślił, że decyzje o umieszczeniu w więzieniu osoby w stanie ostrej psychozy, wobec której istnieje uzasadnione podejrzenie, że pobyt w warunkach izolacji penitencjarnej spowoduje pogorszenie stanu jej zdrowia i może poważnie zagrażać jej życiu, a także decyzje o stosowaniu wobec niej, mimo braku akceptacji ze strony lekarza psychiatry, środków nienależących do środków leczniczych, nieznanych psychiatrii – kajdanek - należy rozpatrywać w kategoriach naruszenia fundamentalnych praw konstytucyjnych: prawa do ochrony zdrowia i życia, prawa do wolności od niehumanitarnego bądź poniżającego traktowania lub karności oraz prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Należy zauważyć, iż minimalny poziom dolegliwości uznawany za niehumanitarny i poniżający traktowanie zależy od kilku czynników, w tym stanu zdrowia zatrzymanego.

Ustawodawca przewidział możliwość stosowania tymczasowego aresztowania, jeżeli stan zdrowia podejrzanego tego wymaga, w odpowiednim zakładzie leczniczym, funkcjonującym w ramach publicznej służby zdrowia (art. 260 § 1 k.p.k. oraz art. 213 § 1 k.k.w.). Oddziały psychiatrii sądowej, funkcjonujące w ramach więziennej służby zdrowia, nie mają bowiem wystarczających warunków do leczenia i rehabilitacji chorych psychicznie. Niezbędne jest zatem niezwłoczne kierowanie tych osób do dalszego leczenia w wolnościowych zakładach psychiatrycznych.

Ponadto, w ocenie Rzecznika w sytuacjach, gdy istnieją przesłanki do uznania, że sprawca czynu karalnego w chwili popełnienia czynu był niepoczytalny i nie był w stanie pokierować swoim zachowaniem, sprawy te powinny być rozpatrywane priorytetowo i bez zbędnej zwłoki.

#### **4. Sytuacja osadzonych oczekujących na wykonanie orzeczonego środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym**

Kolejną kategorią osadzonych z chorobą psychiczną są osoby, wobec których orzeczono już środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym, ale na podstawie art. 264 k.p.k. przebywają jeszcze w jednostce penitencjarnej. Zgodnie z tym przepisem, w przypadku umorzenia postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy i orzeczenia ww. środka zabezpieczającego można zastosować tymczasowe aresztowanie do czasu rozpoczęcia wykonywania środka, jednak nie dłużej niż na okres 3 miesięcy, z możliwością jednorazowego



przedłużenia w szczególnie uzasadnionym wypadku na kolejny miesiąc. Przepis art. 264 § 3 k.p.k., regulujący tę kwestię, został znowelizowany ustawą z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw<sup>367</sup>, która weszła w życie 1 lipca 2015 r. Wcześniej obowiązujące brzmienie wspomnianego przepisu nie limitowało okresu stosowania tymczasowego aresztowania po umorzeniu postępowania z powodu niepoczytalności oskarżonego, co w praktyce prowadziło do przedłużającego się oczekiwania w warunkach więziennej izolacji na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. Taki stan rzeczy niejednokrotnie przyczyniał się do niezapewnienia tej osobie należytej i niezbędnej opieki, bez narażania jej na ryzyko utraty zdrowia lub życia.

W przedmiotowej kwestii wypowiedział się również ETPC, który stwierdził naruszenie przez Polskę art. 5 ust. 1 Konwencji z powodu opóźnień w przyjmowaniu do odpowiednich zakładów psychiatrycznych osób, wobec których sąd zastosował środek zabezpieczający (wyrok ETPC: z dnia 30 listopada 2010 r. w sprawie Jończyk przeciwko Polsce, skarga nr 19789/08; wyrok z dnia 8 czerwca 2010 r. w sprawie Kumenda przeciwko Polsce, skarga nr 2369/09; wyrok z dnia 12 lutego 2008 r. w sprawie Pankiewicz przeciwko Polsce, skarga nr 34151/04; wyrok z dnia 6 listopada 2007 r. w sprawie Mocarska przeciwko Polsce, skarga nr 26917/05)<sup>368</sup>.

Rzecznik Praw Obywatelskich w wystąpieniu z dnia 21 października 2015 r. zwrócił się do Ministra Sprawiedliwości z prośbą o podjęcie inicjatywy legislacyjnej i doprowadzenie do nowelizacji przepisu art. 264 § 3 k.p.k.<sup>369</sup>. Rzecznik stoi bowiem na stanowisku, iż osoba niepoczytalna, co do której sąd orzekł umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym, bezwzględnie powinna trafiać do odpowiedniego miejsca internacji możliwie jak najszybciej po rozstrzygnięciu sądu w tym przedmiocie, nie zaś przebywać w areszcie śledczym, który nie jest odpowiednią placówką dla osoby chorej psychicznie i wymagającej leczenia psychiatrycznego. Natomiast zmiany wprowadzone z dniem 1 lipca 2015 r. zdaniem Rzecznika nie implementują ww. wyroków ETPC<sup>370</sup>, a przepis art. 264 k.p.k. stoi w sprzeczności z art. 5 ust. 1 Konwencji oraz z art. 41 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3, a także art. 30 Konstytucji RP.

W odpowiedzi<sup>371</sup> na przedmiotowe wystąpienie, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości uznał, iż nie widzi konieczności rozpoczęcia prac legislacyjnych w przedmiotowym zakresie. Dotychczasowe brzmienie art. 264 § 3

<sup>367</sup> Dz. U. poz. 1247.

<sup>368</sup> Szerzej na temat orzecznictwa ETPC w rozdziale autorstwa Ewy Dawidziuk i Klaudii Kamińskiej.

<sup>369</sup> Wystąpienie generalne z dnia 21 października 2015 r., II.517.3800.2015.

<sup>370</sup> Mimo takiego stanowiska RPO, raport z wykonania wyroków Mocarska, Kumenda i Pankiewicz został przesłany do Rady Europy w dniu 5 października 2015 r. Wyroki zostały uznane za wykonane. Raport dostępny na stronie: <http://www.msz.gov.pl/resource/85bbb843-13fc-4474-a9df-ac970651dbc6:JCR> (dostęp: 08.08.2017 r.).

<sup>371</sup> DL-III-072-20/15.

k.p.k. nie ustalało bowiem żadnego maksymalnego czasu trwania tymczasowego aresztowania w stosunku do niepoczytalnego sprawcy, w związku z zastosowaniem środka zabezpieczającego. Nowelizacja ww. przepisu wprowadziła zatem nieznane dotąd gwarancyjne regulacje dotyczące stosowania izolacyjnego środka zapobiegawczego w stosunku do sprawców, wobec których orzeczono środek zabezpieczających. Tylko w wyjątkowych i ekstremalnych wypadkach tymczasowe aresztowanie będzie wykonywane przez maksymalny 4 - miesięczny okres przewidziany ustawą.

Ministerstwo Sprawiedliwości podkreśliło też, że długość trwania postępowania zmierzającego do wykonania orzeczonego środka zabezpieczającego jest w rzeczywistości związana z działalnością Komisji Psychiatrycznej do Spraw Środków Zabezpieczających, działającej przy Ministrze Zdrowia<sup>372</sup>. Natomiast sprawne współdziałanie ww. Komisji z organem sądowym może zdynamizować postępowanie wykonawcze w przedmiocie środków zabezpieczających.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż w toku prac legislacyjnych nad nowym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających, Rzecznik Praw Obywatelskich zgłosił do resortu zdrowia wątpliwość<sup>373</sup> odnośnie regulacji przewidzianej w § 4 ust. 2 projektu rozporządzenia, z którego wynikało, że Komisja wydaje opinię w terminie 21 dni od otrzymania dokumentacji umożliwiającej jej wydanie i bezzwłocznie przesyła ją do sądu. Dotychczasowa konstrukcja przepisów obligowała Komisję do wydania opinii w terminie 21 dni od dnia wpłynięcia wniosku. Stąd też zrodziła się obawa, że projektowana treść przepisu rozporządzenia spowoduje wydłużenie czasu oczekiwania na opinię. To z kolei bezpośrednio przełożyłoby się na czas pobytu osoby chorej psychicznie w jednostce penitencjarnej, w przypadku kiedy mamy do czynienia ze stosowaniem tymczasowego aresztowania. Powyższa uwaga Rzecznika Praw Obywatelskich została uwzględniona<sup>374</sup>.

Według resortu sprawiedliwości rozwiązanie problemu zasygnalizowanego w wystąpieniu generalnym RPO nie sprowadza się jednak do podjęcia działań legislacyjnych, lecz przede wszystkim do zapewnienia odpowiedniej liczby miejsc w szpitalach psychiatrycznych, spełniających warunki do wykonywania środków zabezpieczających oraz sprawnego współdziałania w toku postępowania wykonawczego organów sądowych, służby zdrowia i Policji, która doprowadza sprawców do placówek leczniczych.

Analizując ww. zagadnienie, szczególną uwagę należy też zwrócić na kwestię związaną z długotrwałością rozpatrywania wniosku o umorzenie postępowania

<sup>372</sup> Kwestię tę reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (Dz. U. poz. 119).

<sup>373</sup> Pismo z dnia 22 listopada 2016 r., IX.022.4.2016.

<sup>374</sup> Pismo z dnia 9 grudnia 2016 r., ZPP.0211.1.2016.





i zastosowanie środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym. Z treści art. 354 pkt 2 k.p.k. wynika, że wniosek prokuratora o umorzenie postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy i zastosowanie środków zabezpieczających rozpoznawany jest z reguły na rozprawie, a tylko wyjątkowo kierowany jest na posiedzenie, gdy w świetle materiałów postępowania przygotowawczego popełnienie czynu zabronionego przez podejrzanego i jego niepoczytalność w chwili czynu nie budzą wątpliwości, a prezes sądu uzna za celowe rozpoznanie sprawy na posiedzeniu z udziałem prokuratora, obrońcy i podejrzanego. Zgodnie z regulacją zawartą w art. 348 k.p.k. rozprawę należy wyznaczyć i przeprowadzić bez nieuzasadnionej zwłoki.

W toku badań prowadzonych przez Rzecznika Praw Obywatelskich dostrzeżono przypadek, gdzie od złożenia wniosku o umorzenie postępowania karnego i orzeczenie środka zabezpieczającego, do wydania postanowienia karnego w przedmiotowym zakresie, minęło aż 7 miesięcy. Biorąc pod uwagę ważkość materii, Rzecznik zainteresował się sprawą tymczasowo aresztowanego Mirosława F., chorego na schizofrenię.

*Od dnia 18 sierpnia 2014 r. wobec Mirosława F. stosowano środek zapobiegawczy w postaci tymczasowego aresztowania. W dniu 19 stycznia 2015 r. podejrzany został poddany obserwacji sądowo psychiatrycznej, a po jej zakończeniu Dyrektor Szpitala i Ambulatorium Zakładu Karnego w Ł. zwrócił się do Prokuratury Rejonowej w Ł. o pozostawienie podejrzanego we wskazanym oddziale z uwagi na stwierdzenie, że osadzony ten cierpi na chorobę psychiczną, wymaga leczenia farmakologicznego i wyraża na to zgodę. Ze zgromadzonego materiału wynika, iż wniosek o umorzenie postępowania i orzeczenie środka zabezpieczającego wpłynął do sądu w dniu 10 kwietnia 2015 r., natomiast postanowienie w przedmiocie zastosowania środka zabezpieczającego zostało wydane dopiero w dniu 19 listopada 2015 r. (uprawomocniło się w dniu 8 grudnia 2015 r.).*

Biorąc powyższe pod uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich skierował do Prezesa Sądu Rejonowego w Ł. pismo<sup>375</sup>, w którym zaznaczył, iż w jego przekonaniu sprawy tego typu powinny być rozpatrywane przez sąd jak najszybciej, mając na względzie potrzebę umieszczenia takiej osoby w placówce odpowiedniej dla stanu jej zdrowia, tj. w szpitalu psychiatrycznym. W szczególności należy odnotować, że sąd w okresie tym przedłużał stosowanie tymczasowego aresztowania wobec Mirosława F., nie zajmując się wnioskiem o umorzenie postępowania.

Z wyjaśnień otrzymanych od Wiceprezesa Sądu Rejonowego w Ł.<sup>376</sup> wynika, że od momentu złożenia wniosku o umorzenie postępowania karnego

<sup>375</sup> Pismo z dnia 22 kwietnia 2016 r., IX.517.573.2016.

<sup>376</sup> Odpowiedz z dnia 6 maja 2016 r., A.X.-060-3/2016.

i orzeczenia środka zabezpieczającego, do wydania orzeczenia w przedmiotowej sprawie, sąd podejmował szereg czynności, które były zasadne w świetle przedstawionego materiału dowodowego oraz przepisów k.p.k. Natomiast odstęp czasowy w załatwieniu tej sprawy wynikał: z jednej strony z konieczności wysłuchania biegłego psychologa, tj. czynności obligatoryjnej w świetle treści art. 345a § 1 pkt 1 k.p.k., a także przyjętej przez sąd celowości - wysłuchania biegłych psychiatrów, tj. czynności fakultatywnej, dopuszczalnej w świetle przepisu art. 354a § 1 pkt 2 k.p.k., zaś z drugiej strony z okoliczności losowych tj. zaplanowany urlop biegłej, zaprzestanie wykonywania obowiązków służbowych przez drugą z biegłych, czy choroba sędziego referenta.

Argumentacja Sądu Rejonowego w Ł. nie przekonuje Rzecznika. W sytuacjach, gdy istnieją podstawy do umorzenia postępowania karnego i orzeczenia środka zabezpieczającego z powodu niepoczytalności sprawcy, sprawy te powinny być rozpatrywane priorytetowo i bez zbędnej zwłoki. Zdaniem Rzecznika wymiar sprawiedliwości powinien działać wówczas szybko. Liczy się bowiem efekt podjętych działań, czyli wydanie postanowienia o umorzeniu postępowania karnego, który jest dopiero początkiem procesu umieszczenia sprawcy w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym.

Z danych uzyskanych od CZSW wynika, iż na dzień 5 stycznia 2017 r. pięciu tymczasowo aresztowanych oczekiwało na umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym, natomiast średni czas przebywania w izolacji penitencjarnej od uprawomocnienia się postanowienia o zastosowaniu środka zabezpieczającego, do umieszczenia danej osoby w zakładzie psychiatrycznym, wynosił od jednego do dwóch miesięcy<sup>377</sup>. Jest to stan zadowalający. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę sprawę pana Mirosława F., należy wyculić wymiar sprawiedliwości w tym zakresie, aby wyeliminować w przeszłości podobne sytuacje.

## **5. Osoby, u których choroba psychiczna ujawniła się podczas odbywania kary pozbawienia wolności**

W praktyce wykonywania kary pozbawienia wolności zdarzają się również przypadki, że choroba psychiczna ujawnia się w trakcie jej wykonywania u sprawcy, który w chwili popełnienia czynu był w pełni poczytalny. Według stanu na dzień 5 stycznia 2017 r. w warunkach więziennej izolacji przebywało 69 takich osób<sup>378</sup>.

W myśl art. 153 § 1 k.k.w. w zw. z art. 150 § 1 k.k.w. sąd penitencjarny udziela przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności w wypadku choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby uniemożliwiającej wykonywanie tej kary do czasu ustania przeszkody. W latach 2015 i 2016 sądy penitencjarne

<sup>377</sup> Dane przytoczone z odpowiedzi Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 5 stycznia 2017 r., BSZ-0/72/158/16/1889.

<sup>378</sup> Dane przytoczone z odpowiedzi, j.w.



uwzględnili ogółem 189 wniosków o udzielenie przerwy w karze na podstawie ww. przepisu. W 44 przypadkach dyrektorzy jednostek penitencjarnych wnioskowali o udzielenie przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności z powodu choroby psychicznej, wypełniając tym samym dyspozycję przewidzianą w art. 153 § 2a k.k.w. Rzecznik Praw Obywatelskich przyjmuje, iż dyrektorzy jednostek penitencjarnych powinni, w przypadku posiadania wiedzy na temat okoliczności uniemożliwiających po stronie osadzonego wykonywanie kary (np. ostra psychoza), wnioskować o jej udzielenie, mimo że przepis stanowi o fakultatywnym działaniu.

Jak pokazała jedna z badanych w Biurze RPO spraw, nie zawsze jednak występowanie przesłanki do obligatoryjnego udzielenia przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności sprawia, że sąd penitencjarny jej udziela.

*Jacek K. przebywa w warunkach więziennej izolacji od lutego 2001 r. Odbywa karę łączną 25 lat pozbawienia wolności m.in. za zbrodnię z art. 148 § 1 k.k., w warunkach art. 31 § 3 k.k. W 2007 r. zaobserwowano u niego pogorszenie stanu zdrowia psychicznego, a trzy lata później biegli psychiatrzy zdiagnozowali schizofrenię paranoidalną. Wskazali wówczas, iż osadzony nie powinien przebywać w zakładzie karnym. Jednakże dopiero w kwietniu 2011 r. lekarze stwierdzili, iż osadzony nie może być leczony w jednostce penitencjarnej z powodu nasilających się objawów schizofrenii. Mimo takiej opinii nie podjęto postępowania w przedmiocie udzielenia przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności. W dniu 9 stycznia 2012 r. Sąd Rejonowy w R., wydał postanowienie o przyjęciu osadzonego na leczenie do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody, na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i Jacek K. został umieszczony w więziennym szpitalu psychiatrycznym. Ponieważ jednak leczenie w tych warunkach nie przynosiło poprawy stanu psychicznego, po ponad roku od stwierdzenia, że nie może być leczony w jednostce penitencjarnej, sąd penitencjarny udzielił mu przerwy w karze i skierował go na leczenie do placówki wolnościowej. Miesiąc później sąd odwołał udzieloną mu przerwę. Dostrzegł, iż nie ustała przyczyna udzielenia ww. przerwy w karze, ale jednocześnie istnieje przesłanka o jakiej mowa w art. 156 § 1 k.k.w. – Jacek K. stanowił realne zagrożenie dla siebie i osób trzecich w wolnościowym szpitalu psychiatrycznym, w którym przebywał w ramach przerwy w karze. Kierował groźby karalne wobec znajomych i członków rodziny, terroryzował personel medyczny i innych pacjentów, kilkakrotnie próbował uciec z zakładu leczniczego. Doszło tym samym do kolizji dóbr. Sąd penitencjarny w uzasadnieniu do postanowienia o odwołaniu przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności podkreślił, że ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie przewiduje możliwości umieszczenia skazanego w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu, gdyż tam przebywają osoby, wobec których sąd zastosował środek zabezpieczający.*

*Obecnie osadzony w dalszym ciągu przebywa w oddziale psychiatrii sądowej szpitala Zakładu Karnego Nr 2 w Ł., mimo że jednostka ta nie dysponuje adekwatnymi do jego stanu zdrowia świadczeniami medycznymi i wypełnione zostają tu przesłanki z art. 153 § 1 k.k.w. w zw. z art. 150 § 1 k.k.w. - obligatoryjnego udzielenia przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności.*

W związku z badaniem przedstawionej sprawy indywidualnej, która ujawniła problem systemowy, Rzecznik zwrócił się o opinię do prof. nadzw. dr hab. n. med. Janusza Heitzmana - Kierownika Kliniki Psychiatrii Sądowej, a także do prof. nadzw. dr hab. n. med. Piotra Gałęckiego - Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii.

Ten ostatni wskazał, że w jego opinii osoby, które nie popełniły jeszcze czynów zabronionych, a stanowią już bardzo poważne zagrożenie społeczne, bądź też dokonały czynu zabronionego, ale w momencie jego popełnienia były poczytalne i nie orzeczono środka zabezpieczającego, po czym w trakcie pobytu w zakładzie karnym ujawniła się choroba psychiczna, powinny (...) mieć możliwość zostania skierowanym do szpitali psychiatrycznych posiadających oddziały psychiatryczne dla osób internowanych o maksymalnym stopniu zabezpieczenia<sup>379</sup>.

Z kolei prof. J. Heitzman wyraził pogląd, że problemem jest to, iż istniejące regulacje prawne i systemowe, w tym warunki kontraktowania z płatnikiem (NFZ), nie przewidują możliwości zatrudniania w wolnościowych szpitalach psychiatrycznych pracowników ochrony, którzy są obecni jedynie w zakładach psychiatrycznych o wzmocnionych i maksymalnym stopniu zabezpieczenia. W obecnym systemie nie ma też wycenianej procedury oddziału dla chorych niebezpiecznych, choć umożliwiłoby to szpitalowi stworzenie oddziałów specjalnych w strukturze szpitala psychiatrycznego, np. oddziałów tzw. ścisłego nadzoru<sup>380</sup>.

Dostrzegając istotę problemu, na kanwie sprawy Jacka K., Rzecznik Praw Obywatelskich w dniu 29 grudnia 2016 r. skierował wystąpienie generalne<sup>381</sup> do

<sup>379</sup> Odpowiedź prof. nadzw. UM dr hab. n. med. Piotra Gałęckiego – Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii z dnia 14.11.2016 r., KKP/204/2016.

<sup>380</sup> Odpowiedź z dnia 02.06.2016 r., IX.517.570.2016.

<sup>381</sup> Równocześnie RPO zwrócił się pismem z dnia 29 grudnia 2016 r. do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej przytaczając sytuację Jacka K. Rzecznik podkreślił, iż dyrektor jednostki penitencjarnej nie może pozostawać biernym i powinien na podstawie art. 2 § 153a k.k.w. wystąpić z wnioskiem o udzielenie przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności. Z udzielonej RPO odpowiedzi wynika, iż Dyrektor Zakładu Karnego nr 2 w Ł., na podstawie art. 15 § 2 k.k.w., wystąpił do Sądu Okręgowego w P. z wnioskiem o zawieszenie postępowania wykonawczego w stosunku do osadzonego Jacka K. podnosząc, że zachodzi długotrwała przeszkoda w postaci choroby psychicznej uniemożliwiająca kontynuowanie postępowania wykonawczego. Sąd ten, mimo wskazania w postanowieniu, że dyrektor zakładu karnego nie należy do kręgu osób legitymowanych do wystąpienia z takim wnioskiem, uznał jednak jego pismo procesowe za sygna-



Ministra Sprawiedliwości, w którym przedstawił problem nieudzielenia przez sądy penitencjarne obligatoryjnej przerwy w karze. W piśmie tym przywołał sprawę Jacka K., któremu Sąd Okręgowy w Ł. odmówił udzielenia przerwy w karze celem umieszczenia w wolnościowym szpitalu psychiatrycznym (gdzie np. można by zastosować wobec niego elektrowstrząsy<sup>382</sup>, wobec braku efektów leczenia farmakologicznego), a Sąd Apelacyjny w Ł. utrzymał przedmiotowe postanowienie w mocy, mimo że z opinii o stanie zdrowia ww. wyraźnie wynikało, że Jacek K. nie może być leczony w zakładzie karnym, a dalsze wykonywanie kary może zagrażać jego życiu lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo.

Nie jest to jedyny przykład znany Rzecznikowi, gdzie sąd penitencjarny odmawia udzielenia przerwy w wykonaniu kary wobec osób, co do których zachodzą przesłanki obligatoryjnego jej udzielenia. To natomiast powoduje, że osoby cierpiące na poważną chorobę psychiczną nadal przebywają w zakładach karnych i aresztach śledczych mimo opinii lekarzy psychiatrów, którzy wskazują na brak możliwości zagwarantowania takim osobom odpowiedniego leczenia w warunkach izolacji penitencjarnej. Rzecznik zwrócił się więc z prośbą o analizę przedmiotowego zagadnienia i wskazanie proponowanych przez Ministra Sprawiedliwości sposobów rozwiązania opisanego problemu.

W odpowiedzi z dnia 1 lutego 2017 r. udzielonej przez Sekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości wskazano, iż Ministerstwo Sprawiedliwości dostrzega niewątpliwie istniejące niedobory w więziennej służbie zdrowia, stąd też opracowano analizę zmian obszaru ochrony zdrowia, wskazując w niej na potrzebę modernizacji, transformacji i restrukturyzacji aktualnie posiadanej bazy leczniczej - zarówno ambulatoryjnej, jak i szpitalnej. Natomiast odnosząc się do sprawy Jacka K., Sekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości wskazał, iż nałożone na Państwo zobowiązanie do ochrony innych osób należało realizować nawet kosztem naruszenia praw jednostki, która realnie zagrożenie stwarza (art. 2 EKPC). Zdaniem resortu sprawiedliwości kwestia opieki medycznej, adekwatnej do stanu zdrowia i potrzeb osadzonego Jacka K., leży aktualnie wyłącznie w gestii Dyrektora Zakładu Karnego, w którym skazany przebywa.

Dostrzegając problem systemowy, który dobrze obrazuje sprawa Jacka K., Rzecznik zwrócił się również do Ministra Zdrowia o podjęcie inicjatywy legislacyj-

lizujące konieczność odpowiedniego postępowania incydentalnego w toku wykonywania kary i nadał mu dalszy bieg. Ostatecznie jednak sąd nie uwzględnił wniosku dyrektora w przedmiotowej sprawie, opierając się w znacznej części na argumentacji przytoczonej przez sąd odwołujący osadzonemu wcześniej przerwę w wykonywaniu kary pozbawienia wolności.

<sup>382</sup> Na temat możliwości leczenia za pomocą elektrowstrząsów w jednostkach penitencjarnych, wypowiedział się w odpowiedzi z dnia 02.06.2016 r. prof. nadzw. dr hab. n. med. Janusz Heitzman. Wskazał on, odnośnie tej metody leczenia, iż jej stosowanie nie może być prowadzone „z dosko-ku”, ambulatoryjnie. Leczenie zabiegami elektrowstrząsowymi to seria ok. 10 zabiegów stosowanych w odstępach czasu, wymagająca stałego zabezpieczenia anestezjologicznego i internistycznego pacjenta oraz wykonywania badań pomocniczych itp.

nej<sup>383</sup> i stworzenie podstaw prawnych dla umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym o odpowiednim stopniu zabezpieczenia (podstawowym, wzmocnionym lub maksymalnym, a więc takich, jakie stosuje się przy środkach zabezpieczających) osób, którym sąd penitencjarny udzielił obligatoryjnej przerwy w karze z powodu choroby psychicznej, a które stanowią bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia zarówno swojego, jak i innych osób.

W odpowiedzi Minister Zdrowia wskazał<sup>384</sup>, iż opisane przez Rzecznika problemy wynikają z braku precyzyjnych rozwiązań w kodeksie karnym wykonawczym, regulujących zagadnienie przerwy w karze i poddania się odpowiedniemu leczeniu w przypadku choroby psychicznej. Zdaniem resortu zdrowia leczenie osób chorych psychicznie, którym udzielona jest przerwa w karze pozbawienia wolności, w ogólnodostępnych szpitalach psychiatrycznych czy oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnodostępnych, nie jest możliwe z powodu braku rozwiązań służących zagwarantowaniu odpowiedniego bezpieczeństwa w tych podmiotach leczniczych. Natomiast zakłady psychiatryczne, w których wykonuje się środki zabezpieczające, osiągnęły już maksymalną pojemność, co zdaniem Ministra wyklucza możliwość wykorzystania ich jako miejsce odbywania przerwy w karze. Minister Zdrowia wskazał też, iż do czasu przyjęcia nowych rozwiązań prawnych za zasadne należy uznać kierowanie ww. osób na leczenie w penitencjarnych zakładach psychiatrycznych.

Rzecznik Praw Obywatelskich dokonał również analizy opinii Ministerstwa Sprawiedliwości, Wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Sekretarza Komisji Psychiatrycznej do spraw Środków Zabezpieczających, którymi resort zdrowia wspierał się przy przygotowaniu odpowiedzi na przedmiotowe wystąpienie<sup>385</sup>.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości w korespondencji kierowanej do resortu zdrowia zajął stanowisko, iż możliwie szybko należy podjąć prace legislacyjne, poprzez powołanie do życia międzyresortowego zespołu roboczego, który stworzyłby podstawy prawne oraz instytucjonalne dla umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym o odpowiednim stopniu zabezpieczenia osób, którym sąd penitencjarny udzielił obligatoryjnej przerwy w karze z powodu choroby psychicznej, a które stanowią bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia zarówno swojego, jak i innych osób.

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, podzielając opinię Rzecznika Praw Obywatelskich wskazał, iż szpitale ogólnopsychiatryczne nie są odpowiednio przygotowane do leczenia skazanych, zagwarantowania bezpieczeństwa im samym oraz otoczeniu, jak również zapobiegnięcia ucieczce. Zdaniem Instytutu niewykluczone, że trzeba będzie stworzyć zupełnie nowe, odrębne instytu-

<sup>383</sup> Pismo z dnia 23 grudnia 2016 r., IX.517.570.2016.

<sup>384</sup> Odpowiedź z dnia 23 maja 2017 r., ZPP.073.4.2017.

<sup>385</sup> IX.517.570.2016.



cje, leżące na granicy systemu penitencjarnego i publicznej opieki zdrowotnej. Wskazano również, że z uwagi na ważkość problemu, niezbędne jest podjęcie działań zmierzających do opracowania nowych uregulowań prawnych w tym zakresie. Dobrym rozwiązaniem byłoby powstanie zespołu interdyscyplinarnego, który zająłby się tym zagadnieniem.

Z opinii Komisji Psychiatrycznej do spraw Środków Zabezpieczających wynika natomiast, że właściwymi zakładami dla osób, którym sąd penitencjarny udzielił obligatoryjnej przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności z powodu choroby psychicznej, są zamknięte zakłady psychiatryczne dysponujące wzmocnionym zabezpieczeniem. Zdaniem Komisji, posiadają one odpowiedni poziom zabezpieczenia dla tej grupy pacjentów i są rozmieszczone na terenie całej Polski.

Rzecznik Praw Obywatelskich wyraża nadzieję, iż międzyresortowy zespół roboczy zostanie niezwłocznie powołany do życia i zajmie się uregulowaniem powyższego zagadnienia, o co RPO wystąpił zarówno do Ministra Sprawiedliwości, jak i Ministra Zdrowia.

Kolejnym przykładem odnoszącym się do problematyki nieudzielania przerwy w karze pozbawienia wolności, była sprawa

*Pawła A., który był wielokrotnie hospitalizowany psychiatrycznie, początkowo z rozpoznaniem osobowości borderline, dystymicznych zaburzeń nastroju z odczynem urojeniowym, zaburzeń lękowych z somatyzacją oraz zespołem paranoidalnym. Od 2008 r. leczony był z powodu schizofrenii paranoidalnej. Aktualnie Paweł A. przebywa w Zakładzie Karnym w P. - Oddziale Terapeutycznym dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo (od 17.06.2015 r.). Do Oddziału Terapeutycznego został skierowany decyzją Komisji Penitencjarnej w Areszcie Śledczym w S. z dnia 09.06.2015 r., na podstawie orzeczenia psychologiczno-penitencjarnego z dnia 15.06.2015 r. W tym stwierdzono schizofrenię paranoidalną w okresie remisji. Z opinii psychiatrycznej z dnia 12 lutego 2016 r. wynika, iż Paweł A. posiada zaznaczone objawy negatywne schizofrenii: obniżenie aktywności celowej, nastrój obojętny, bladość afektu. Osobowość z cechami rozpadu jej struktury. Osadzony mobilizowany był przez współosadzonych do wykonywania obowiązków, dbania o porządek i higienę. Opiniujący lekarz psychiatra stwierdził, iż wskazane jest wobec Pawła A. podjęcie leczenia w warunkach wolnościowych w szpitalu psychiatrycznym. Natomiast w opinii psychologicznej z dnia 17 lutego 2016 r. dot. funkcjonowania skazanego w warunkach izolacji penitencjarnej zwrócono uwagę na wyraźnie widoczne w trakcie badań objawy negatywne i defekt schizofreniczny: bardzo niską aktywność złożoną, zubożenie przeżywania, wycofanie się z relacji społecznych, spadek aktywności poznawczej, problemy z higieną osobistą oraz czystością otoczenia oraz problemy adaptacyjne do warunków*

*izolacji. W opinii tej zauważono, iż w trakcie pobytu w Oddziale Terapeutycznym Zakładu Karnego w P., funkcjonowanie Pawła A. nie uległo poprawie, pomimo wielokrotnej zmiany farmakoterapii i prowadzenia innych oddziaływań terapeutycznych. Opiniujący psycholog wskazał również, iż skazany wobec popełnionych przestępstw jest nastawiony krytycznie. Z wywiadu kuratorskiego wynika, że od wielu lat (przestępstwa dokonał około roku 2000) nie jest związany ze środowiskiem przestępczym, przed rozwinięciem choroby ukończył studia licencjackie. Przed osadzeniem w miejscu zamieszkania nie sprawiał problemów, funkcjonował jak osoba chora (regularnie przyjmował zaleconą farmakoterapię, korzystał z opieki psychiatrycznej w warunkach ambulatoryjnych). W aktach osadzonego cz. B znajduje się orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w C. z dnia 3 września 2008 r., kwalifikujące stopień niepełnosprawności Pawła A. jako umiarkowany. Wskazano, iż jego niepełnosprawność istnieje od 2007 r.*

Rozmowy przeprowadzone z personelem administracji więziennej wskazywały, iż również ich zdaniem Paweł A, nie powinien przebywać w izolacji penitencjarnej. Niemniej jednak administracja jednostki penitencjarnej nie skierowała wniosku o udzielenie przerwy w karze ze względu na chorobę psychiczną.

W sprawie tej Rzecznik Praw Obywatelskich skierował pismo do Sądu Okręgowego w B., w celu zbadania w trybie art. 32 k.k.w. sytuacji Pawła A. pod kątem zapewnienia mu właściwych standardów odbywania kary pozbawienia wolności i zweryfikowania możliwości udzielenia osadzonemu przerwy w karze.

Z informacji uzyskanych z Sądu Okręgowego w B.<sup>386</sup> wynika, iż zgodnie z aktualną opinią sądowno psychiatryczną z dnia 13 stycznia 2017 r., stan zdrowia osadzonego umożliwi mu odbywanie kary pozbawienia wolności w obecnych warunkach penitencjarnych. Aktualnie w jego zachowaniu występują zaburzenia dysocjalne i antyspołeczne. Zdaniem sędziego, osadzony przebywając na wolności nie miałby oparcia w rodzinie i istniałaby realna obawa, że skazany nie kontynuowałby farmakoterapii. Z tego też względu sąd ten nie uznał podstaw do udzielenia przerwy skazanemu.

Z informacji uzyskanych od Służby Więziennej wynika, iż na dzień 5 stycznia 2017 r. w warunkach więziennej izolacji przebywało 11 osadzonych, u których zdiagnozowano ostrą psychozę lub schizofrenię i nie udzielono im przerwy w karze pozbawienia wolności ze względu na chorobę psychiczną<sup>387</sup>.

<sup>386</sup> Odpowiedź na pismo z dnia 20 stycznia 2017 r., IX.517.567.2016, V Pen 279/16/R.

<sup>387</sup> BSZ-072/158/16/1889.





## 6. Podsumowanie

Problem osób z chorobą psychiczną w jednostkach penitencjarnych jest dość złożony, skomplikowany, a czasami wręcz niewygodny.

Brakuje odpowiednich regulacji prawych, które chroniłyby osoby w stanie ostrej psychozy, cierpiące z powodu choroby psychicznej, przed umieszczaniem ich w jednostkach penitencjarnych, a w przypadku osób, którym sąd penitencjarny udzielił obligatoryjnej przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności z powodu choroby psychicznej, a które stanowią bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia swojego jak i innych osób, możliwości umieszczenia ich w szpitalu psychiatrycznym o odpowiednim stopniu zabezpieczenia. W niektórych sytuacjach brakuje „ludzkiego podejścia” do osadzonych chorujących psychicznie. Bierność dyrektorów jednostek penitencjarnych lub sędziów penitencjarnych sprawia, że w jednostkach penitencjarnych znajdują się osoby, które mimo ujawnionej choroby psychicznej i podstaw do udzielenia przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności, nadal przebywają w warunkach więziennej izolacji.

Musimy pamiętać, iż miejscem osoby chorej psychicznie, bez względu na czyn który popełniła, jest szpital psychiatryczny. Żadna jednostka penitencjarna nie jest w stanie zagwarantować jej tak optymalnej opieki psychiatrycznej, jak wyspecjalizowana całodobowa placówka medyczna. Obecnie Służba Więzienna posiada pięć jednostek penitencjarnych, w których dostępna jest całodobowa opieka psychiatryczna, tj. w Areszcie Śledczym w Krakowie, w Zakładzie Karnym nr 2 w Łodzi, w Areszcie Śledczym w Poznaniu, w Areszcie Śledczym w Szczecinie oraz Areszcie Śledczym we Wrocławiu. To stanowczo za mało, biorąc pod uwagę ilość więźniów, którzy mają problemy natury psychicznej. Dla przykładu wskazać należy, iż w 2015 r. w oddziałach psychiatrycznych szpitali więziennych hospitalizowano aż 1.258 pacjentów (w tym wydano 74 opinie z wnioskiem o internację)<sup>388</sup>. W wielu jednostkach penitencjarnych nie ma zatrudnionych lekarzy psychiatrów. Z tego względu osoby te konsultowane są przez ww. specjalistów w ramach współpracy z innym więziennym podmiotem leczniczym lub poza-więziennymi placówkami opieki zdrowotnej. Problem braków kadrowych więziennej służby zdrowia jest wciąż nierozwiązany, co w konsekwencji rzutuje na jakość świadczonych usług.

Brak funduszy przyznanych więziennictwu na realizację zadań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego spowodował, iż w 2015 r. były one realizowane jedynie w oparciu o istniejącą bazę kadrową oraz zaplecze ambulatoryjne i szpitalne. W ramach własnych środków finansowych Służba Więzienna przeprowadziła modernizację oddziału psychiatrii sądowej Aresztu Śledczego w Krakowie. Działanie to zasługuje na aprobatę. Niemniej

<sup>388</sup> Odpowiedź na pismo z dnia 10 marca 2016 r., BDG-070-30/16/209.



jednak bez dodatkowych środków finansowych opieka psychiatryczna w jednostkach penitencjarnych będzie na coraz niższym poziomie. Zgodnie z art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu. Brak możliwości leczenia w zakładzie karnym lub areszcie śledczym może budzić wątpliwości na tle przytoczonego przepisu, bowiem mamy tu do czynienia ze szczególnym rodzajem podporządkowania więźnia względem państwa i wynikającą z tego faktu szczególną odpowiedzialnością tego drugiego m.in. za stan zdrowia osadzonego<sup>389</sup>. Tym bardziej odpowiedzialne resorty powinny dążyć do zmiany istniejącej sytuacji prawnej, aby zapewnić osadzonym chorującym psychicznie właściwe standardy leczenia.

---

<sup>389</sup> Garlicki L., *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Komentarz do art. 1- 18*, Tom I, Wyd. C.H. Beck 2010, s. 126.

# Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w izolacji penitencjarnej

## 1. Wprowadzenie

Osoby z różnego rodzaju niepełnosprawnością stanowią istotny odsetek każdego społeczeństwa. Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań, przeprowadzonego w 2011 r., liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła na koniec marca 2011 r. niemal 4,7 mln. Tym samym liczba osób niepełnosprawnych w Polsce stanowiła 12,2% ludności kraju<sup>390</sup>. Osoby te w codziennym życiu borykają się z wieloma problemami natury egzystencjonalnej, społecznej, czy kulturowej. Przebywając na wolności mogą jednak - w mniejszym lub większym stopniu - liczyć na pomoc osób najbliższych, czy też wyspecjalizowanych instytucji państwowych lub organizacji pozarządowych. Sytuacja osób z niepełnosprawnością ulega jednak zmianie, gdy trafiają do więzienia, tj. w miejsce, gdzie panują twarde międzyludzkie zasady, ich prawa są ograniczane, a dotychczas wypracowane mechanizmy postępowania nie przystają do nowej rzeczywistości, jaką jest życie za murami. Dlatego też, to po stronie administracji więziennej powstaje obowiązek zapewnienia tym osobom godnych i bezpiecznych warunków odbywania kary, a w pracy z tymi osobami większego zindywidualizowania oddziaływań penitencjarnych i terapeutycznych, optymalizujących proces ich resocjalizacji.

Dla potrzeb niniejszego rozdziału problematyka dotycząca osób z niepełnosprawnością, przebywających w warunkach izolacji penitencjarnej, zostanie ograniczona tylko do osób z dysfunkcjami intelektualnymi. Według najnowszej definicji opracowanej przez *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD), niepełnosprawność intelektualna charakteryzuje się znacznymi ograniczeniami w funkcjonowaniu intelektualnym. Dotyczy to ogólnych zdolności umysłowych, takich jak: rozumowanie, uczenie się, rozwiązywanie problemów, ale także zachowań przystosowawczych, które obejmują codzienne umiejętności społeczne i praktyczne<sup>391</sup>. W przypadku niepełnosprawności w stopniu znacznym i umiarkowanym ograniczenia te powodują, że osoby

<sup>390</sup> <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,78,dane-demograficzne> (dostęp: 06.10.2017 r.).

<sup>391</sup> A. Błaszczak-Banasiak, *Dostęp osób z niepełnosprawnościami do wymiaru sprawiedliwości - analiza i zalecenia*, Biuletyn RPO 2016, nr 7, Warszawa 2016, s. 14.

nimi dotknięte funkcjonują na poziomie rozwoju intelektualnego odpowiednio 6-letniego i 9-letniego dziecka.

Dla zilustrowania cech i sposobu funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością intelektualną zasadnym będzie przytoczenie przypadku Piotra D.<sup>392</sup> przebywającego w Areszcie:

*Osadzony ten pochodzi z rodziny wielodzietnej, głęboko dysfunkcyjnej, wszyscy członkowie rodziny są obciążeni upośledzeniem umysłowym, nadużywają alkoholu, w rodzinie dochodziło do aktów kazirodczych, jest ona również objęta pomocą opieki społecznej. Piotr D. jest całkowicie ubezwłasnowolniony, nie potrafi czytać ani pisać, nie zna daty swojego urodzenia „mam w dowodzie to wiem”, nie robi samodzielnie zakupów, nie zna wartości pieniądza, posiada prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.*

Z zapisów rozmowy pracownika Biura RPO z osadzonym wynika, iż charakteryzuje się on bardzo niewyraźną mową, często trudno jest zrozumieć sens jego wypowiedzi. Na zadawane pytania w większości nie był w stanie odpowiedzieć, mówił np. iż „siedzi w więzieniu za Nowogród, las i działki”. Ze śmiechem opowiada, że ma brata „takiego z dziwną głową, ale jego gdzieś wywieźli”, z bratem „bił się piłami i doznał dużego urazu, on chciał tak na śmierć, zabrali go do szpitala”. Osadzony podnosi, że chciałby być w Zakładzie Karnym w R., tam jest na specjalnym oddziale i „jest fajnie”. Mówi również, że „widzi diabła, ale nikt mu nie wierzy, a on się go boi”. Matka kiedyś kazała im iść na wieś „żeby siostr nie gwałcili” i może „zrobił dziecko, ale nie wie”. Nie posiada również wiedzy co podpisuje na Policji gdyż nie potrafi czytać. Chciałby „żeby mu już zabrali tą bezwładność, żeby mógł wyjechać za granicę”. Nie wie kiedy kończy się mu kara - „chyba po świętach jajowych”, ani ile zapadło wyroków w jego sprawach - „chyba dużo, tak 6, a może i mniej”. Z informacji przekazanych przez administrację jednostki penitencjarnej wynika, iż osadzony nie stwarza problemów w warunkach izolacji penitencjarnej, niemniej jednak wymaga szczególnej opieki i wsparcia w codziennych czynnościach, np. natury higienicznej, traktowania jak małego dziecka. W jednostce przebywa wspólnie z bratem, są umieszczeni w jednej celi. Jednostkę penitencjarną traktują jak „drugą dom”.

Posiadanie dysfunkcji intelektualnych w warunkach izolacji penitencjarnej zwykle powoduje wiele problemów i zagrożeń dla osób nimi dotkniętych. Wycofanie, lęk, sugestywność, obniżone zdolności interpersonalne, czy też trudności w utrzymaniu higieny powodują, iż osoby te są obiektem drwin, szykan, wyzysku lub nawet przemocy fizycznej ze strony współosadzonych. Dodatkowo, zaniżony zasób lub wręcz brak wiedzy i kompetencji ogólnych (np. w zakresie czytania i pisanania) utrudnia ich codzienne funkcjonowanie w instytucji totalnej, jaką jest więzienie. Osoby te mają chociażby trudności ze zredagowaniem lub przeczytaniem pism urzędowych, korzy-

<sup>392</sup> BPW.517.9.2016.



staniem z aparatów telefonicznych, czy też realizacją zamówień w kantine. Prezentowana grupa w pierwszej kolejności wymaga więc rzetelnej obserwacji i diagnozy trapiących ją problemów, a następnie nieustannych, indywidualnie dobranych oddziaływań (np. terapii, nauki, pracy). Tylko bowiem pełne rozeznanie w deficytach i potrzebach osób z niepełnosprawnością intelektualną, stworzy szansę do ich prawidłowej adaptacji w społeczeństwie. Tym samym, rolą administracji więziennej winno być nie tylko izolowanie tej kategorii skazanych, ale również wsparcie w zdobywaniu lub utrwalaniu wiedzy i umiejętności ogólnych, które usprawnią ich codzienne funkcjonowanie w jednostce penitencjarnej, jak i na wolności.

Odrębnym zagadnieniem poddanym analizie w niniejszym rozdziale będzie również kwestia zasadności pobytu niektórych osadzonych w warunkach izolacji penitencjarnej. Zdarzają się bowiem przypadki, w których nasilenie dysfunkcji intelektualnych jest tak duże, że poza izolacją osadzonego, spełnienie celów kary jest mocno wątpliwe. Skazani ci nie potrafią bowiem świadomie uczestniczyć w procesie wykonywania kary, a wszelkie prowadzone wobec nich oddziaływania okazują się zazwyczaj nieskuteczne.

Reasumując, w przedmiotowym rozdziale przedstawione zostaną przykłady problemów i zagrożeń dla funkcjonowania skazanych z niepełnosprawnością intelektualną w warunkach izolacji penitencjarnej.

## **2. Rozbieżności pomiędzy opiniami biegłych lekarzy psychiatrów, psychologów więziennych i pozawięziennych organów orzeczniczych**

Charakter i rozmiar stwierdzonych deficytów intelektualnych u poszczególnych skazanych ma istotne znaczenie dla określenia zindywidualizowanych oddziaływań penitencjarnych, szczególnie tych prowadzonych w warunkach oddziaływań terapeutycznego. Stąd też, bardzo istotne jest, aby stopień upośledzenia umysłowego był właściwie zdiagnozowany. Podane poniżej przykłady pokazują, iż ocena stopnia upośledzenia umysłowego może być zupełnie różna, pomimo iż kryterium tej oceny (uszkodzenie OUN) pozostaje niezmiennione.

Przykładem ukazującym różnice w ocenie stopnia upośledzenia jest przypadek Norberta B.<sup>393</sup> odbywającego karę pozbawienia wolności w Areszcie Śledczym.

*W izolacji penitencjarnej przebywa on od 2 października 2015 r., natomiast przewidywany koniec kary został ustalony na dzień 16 września 2017 r. Została mu nadana podgrupa klasyfikacyjna P-1/t<sup>394</sup>.*

<sup>393</sup> BPW.517.19.2016.

<sup>394</sup> Zgodnie z § 54 regulaminu k.p.w. dla celów klasyfikacji skazanych:

1) rodzaje zakładów karnych oznacza się literami: zakład karny dla młodocianych - M, zakład karny dla odbywających karę po raz pierwszy - P, zakład karny dla recydywistów penitencjarnych - R, zakład karny dla odbywających karę aresztu wojskowego - W;

W opinii sądowo-psychiatrycznej z dnia 29 listopada 2010 r. zdiagnozowano u Norberta B. upośledzenie umysłowe w stopniu znacznym, natomiast w kolejnej opinii z dnia 18 lipca 2012 r. upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym. Ponadto, u osadzonego stwierdzono organiczne zaburzenia osobowości, niski poziom intelektualny, głębokie obniżenie krytycyzmu, bez psychozy. Z kolei w orzeczeniu psychologiczno - penitencjarnym z dnia 17 grudnia 2015 r., sporządzonym w ośrodku diagnostycznym aresztu śledczego, zdiagnozowano u Norberta B. jedynie lekki stopień upośledzenia. Z treści ww. orzeczenia wynika, iż podczas badań w oddziale diagnostycznym przeprowadzony test (WAIS-R) wskazał, iż poziom funkcjonowania intelektualnego tego osadzonego mieści się w granicach upośledzenia w stopniu lekkim. Diagnozujący Norberta B. psycholog zaznaczył, iż osadzony stosunkowo dobrze zna owe narzędzie (według deklaracji osadzonego w przeszłości był nim kilkakrotnie badany), co mogło mieć wpływ na otrzymane wyniki. Tym niemniej - według badającego - nie sposób aktualnie rozpoznać u osadzonego stwierdzanych wcześniej poziomów upośledzenia, zwłaszcza stopnia znacznego, pomimo iż osadzony sprawia czasem wrażenie osoby z większymi deficytami niż posiada w istocie. Dodać przy tym należy, iż podstawą do wydania powyższych opinii było m.in. stwierdzenie u osadzonego zaburzeń osobowości i zachowania na podłożu organicznego uszkodzenia OUN.

Analizując powyższe opinie, nie sposób nie zauważyć różnic w ostatecznej diagnozie stanu zdrowia osadzonego, w kontekście posiadanej przez niego niepełnosprawności intelektualnej. Stopień stwierdzonego upośledzenia zmieniał się u tego osadzonego od znacznego w 2010 r. do lekkiego w 2015 r. W omawianym przypadku zastanawiające jest więc to, czy rodzaj stwierdzonej dysfunkcji (organiczne uszkodzenie OUN) mógł rokować tak istotną poprawę stanu zdrowia osadzonego, czy też opinie wydawane na potrzeby postępowań sądowych nie odzwierciedlały rzeczywistego stanu zdrowia badanego. Nie znając odpowiedzi na powyższe pytanie, należy jednak przytoczyć opinie personelu więziennego sprawującego pieczę nad osadzonym oraz spostrzeżenia pracownika Biura RPO, który przeprowadził z Norbertem B. bezpośrednią rozmowę.

W opinii personelu jednostki penitencjarnej skazany funkcjonując w warunkach izolacji penitencjarnej posiada pełną świadomość popełnionych czynów, chociaż jest wobec nich bezkrytyczny. Nie uważa, że zrobił źle, jednak rozumie, że za takie czyny musi odbyć karę w więzieniu. Według personelu osadzony doskonale zna zasady panujące w areszcie, jest zaadaptowany do panujących w nim warunków, czynnie uczestniczy w organizowanych w areszcie śledczym

2) typy zakładów karnych oznacza się cyframi: zakład karny typu zamkniętego - 1, zakład karny typu półotwartego - 2, zakład karny typu otwartego - 3;

3) system wykonywania kary oznacza się literami: system programowanego oddziaływania - p, system terapeutyczny - t, system zwykły - z.



zajęciach. Z kolei pracownik Biura RPO w bezpośredniej rozmowie z osadzonym zauważył, iż jest on bardzo otwarty w kontakcie, rozmowny i logiczny, wypowiada się pełnymi zdaniami, a posiadany deficyt intelektualny jest prawie niewidoczny. Zna powody swojego osadzenia, ma również świadomość szkody, jaką w jego życiu wyrządziły narkotyki. Nie narzeka na traktowanie, skarży się jedynie na panujące w jednostce penitencjarnej warunki bytowe. Powyższe informacje każą więc zastanowić się nad tak różnymi ocenami stopnia upośledzenia osadzonego, dokonanymi przez lekarzy psychiatrów i psychologa na przestrzeni zaledwie 5 lat.

Niewątpliwie wartym odnotowania jest również przypadek osadzonego Grzegorza K.<sup>395</sup>, który od dzieciństwa cierpi na padaczkę, z tego powodu się leczy, odniósł kilka urazów głowy w wyniku napadów padaczkowych. Od 2005 r. posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Z tego tytułu otrzymuje rentę (nie potrafił wskazać w jakiej wysokości, natomiast w aktach osobowych brak dokumentów stwierdzających przyznanie świadczenia). Osadzony ukończył gimnazjum specjalne, nie posiada wyuczonego zawodu.

W toku prowadzonych przeciwko niemu postępowań karnych był badany przez biegłych lekarzy psychiatrów. Najpierw na potrzeby postępowania przygotowawczego w dniu 17 marca 2011 r., kiedy stwierdzono u niego upośledzenie w stopniu umiarkowanym oraz ograniczoną zdolność rozpoznania znaczenia czynu w rozumieniu art. 31 § 2 k.k. Następnie zaś w dniu 1 października 2014 r., kiedy zdiagnozowano upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim, przy braku zniesionej ani ograniczonej poczytalności w momencie popełnienia czynu.

W toku wykonywania kary osadzonemu Grzegorzowi K. nadano grupę klasyfikacyjną R-1/z. Na podstawie opinii psychologiczno-penitencjarnej z dnia 5 listopada 2015 r., wykonanej w ośrodku diagnostycznym aresztu śledczego ustalono, że osadzony K. nie umie czytać, ani pisać. Stwierdzono u niego upośledzenie w stopniu lekkim.

Wobec zaprezentowania powyższych przykładów należy zadać pytanie, czy wskazane rozbieżności w ocenie stopnia upośledzenia poszczególnych skazanych wynikały jedynie z użycia różnych metod badawczych, doświadczenia lekarzy, rzeczywistej poprawy stanu zdrowia badanego, czy też były wynikiem nie dość wnikliwej oceny stanu ich zdrowia. Ma to o tyle istotne znaczenie dla dalszych losów skazanych, że implikuje określone konsekwencje prawne, począwszy od uznania odpowiedzialności karnej za popełniony czyn, a skończywszy na właściwej klasyfikacji i dobraniu optymalnych metod oddziaływania.

O ważkości przedmiotowego zagadnienia może świadczyć również fakt, iż problem funkcjonowania instytucji biegłego i braku kompleksowej ustawy dotyczącej biegłych sądowych (gwarantującej powoływanie w postępowaw-

<sup>395</sup> BPG.517.18.2016.

niach sądowych i przygotowawczych osób, które zapewniają wydawanie prawidlowych merytorycznie, rzetelnych i terminowych opinii) został podniesiony przez Najwyższą Izbę Kontroli w raporcie z 2015 r. pt. „Funkcjonowanie biegłych w Wymiarze Sprawiedliwości”<sup>396</sup>, a także Rzecznika Praw Obywatelskich w wystąpieniach do Ministra Sprawiedliwości<sup>397</sup>. Swoje uwagi w kwestii rzetelności wydawanych przez biegłych opinii sformułował również Rzecznik Praw Pacjenta w wystąpieniu do Ministra Sprawiedliwości<sup>398</sup>.

### **3. Brak systemu szkolnictwa specjalnego, programów resocjalizacyjnych dla skazanych z poważnymi deficytami w zakresie pisania, czytania i rozumienia tekstu**

W obecnym stanie prawnym, w zakładach karnych prowadzi się nauczanie obowiązkowe w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum, a także umożliwia się nauczanie w zakresie ponadpodstawowym (ponadgimnazjalnym) i na kursach zawodowych, o czym stanowi art. 130 § 1 k.k.w. Ponadto, nauczanie skazanych i tymczasowo aresztowanych prowadzi się w celu zapewnienia im możliwości uzyskania wykształcenia podstawowego i gimnazjalnego lub też zdobycia wiedzy ogólnej i kwalifikacji zawodowych. Dwa ostatnie cele realizuje się w szkołach ponadgimnazjalnych, a także w formie kursów, kursów kompetencji ogólnych, kursów umiejętności zawodowych lub kwalifikacyjnych kursów zawodowych<sup>399</sup>.

Większość skazanych z niepełnosprawnością intelektualną zostaje skierowana do odbywania kary w systemie terapeutycznym i przebywa w oddziale terapeutycznym dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi i upośledzonych umysłowo. Prowadzone wobec nich oddziaływania terapeutyczne mają na celu zapobieganie pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywrócenie równowagi psychicznej oraz kształtowanie zdolności współżycia społecznego i przygotowanie do samodzielnego życia. Ważnym

<sup>396</sup> <https://www.nik.gov.pl/plik/id,9608,vp,11856.pdf> (dostęp: 06.10.2017 r.).

<sup>397</sup> Wystąpienia generalne RPO do Ministra Sprawiedliwości z dni: 24 listopada 2015 r., 26 stycznia 2016 r. oraz 19 lipca 2016 r. w sprawie VII.510.20.2015.

<sup>398</sup> Pismo z 15 grudnia 2015 r., RzPP-ZZP.420.121.2015.

<sup>399</sup> Przepis § 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 listopada 2016 r. w sprawie sposobu i trybu prowadzenia nauczania w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2004), którego treść brzmi następująco:

1. W zakładach karnych i aresztach śledczych, zwanych dalej „zakładami”, prowadzi się nauczanie skazanych i tymczasowo aresztowanych, zwanych dalej „osadzonymi”, w celu zapewnienia im możliwości:
  - 1) uzyskania wykształcenia podstawowego i gimnazjalnego;
  - 2) zdobycia wiedzy ogólnej i kwalifikacji zawodowych.
2. Cele określone w ust. 1 pkt 2 realizuje się w szkołach ponadgimnazjalnych, a także w formie kursów, kursów kompetencji ogólnych, kursów umiejętności zawodowych, zwanych dalej „szkoleniami kursowymi”, lub kwalifikacyjnych kursów zawodowych.





środkiem oddziaływania jest nauka skazanych<sup>400</sup>, która zgodnie z art. 97 § 2 k.k.w. powinna być dostosowana do ich indywidualnych możliwości. Niestety, w więzienictwie brak jest systemu szkolnictwa specjalnego, programów resocjalizacyjnych dla skazanych z poważnymi deficytami w zakresie pisania, czytania, czy rozumienia tekstu, które umożliwiłyby osiągnięcie celów, o jakich mowa w art. 67 k.k.w., a także ich późniejszą adaptację w społeczeństwie.

Analiza badanych przez Biuro RPO przypadków wskazuje, iż spośród badanej grupy 101 osób z niepełnosprawnością intelektualną, aż w 38 przypadkach zawarto informację o ich problemach z czytaniem, pisaniem, bądź liczeniem (np. słabo czyta, nie pisze, liczy do 10), z czego 20 osób w ogóle nie potrafiło czytać ani pisać<sup>401</sup>.

Dariusz T.<sup>402</sup> początkowo uczęszczał do „zwykłej” szkoły, w wieku 10 lat został umieszczony w Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym, gdzie przebywał do 18 roku życia. Jak zaznacza, to „tam mnie wszystkiego nauczyli i czytać i pisać, wcześniej to nawet mówić ledwo umiałem”. Twierdzi, że „zna się na pieniądzach”, potrafi liczyć, wie ile reszty należy mu się za zakupy. W ocenie psychologa więziennego, skazany wykazuje jednak znikomy zasób wiadomości szkolnych, ogólnych, w zasadzie nie opanował podstaw. Z trudem przychodzi mu czytanie, pisząc robi dużo błędów, gubi litery. Nie posługuje się zegarkiem, operacje finansowe przelicza na paczki papierosów, piwo. Osadzony jest mało samodzielny w tym co robi, wymaga pomocy ze strony innych, aby należycie zadbać o swoje sprawy (począwszy od spraw podstawowych, jak właściwe gospodarowanie pieniędzmi, po np. sprawy urzędowe). W konkluzji orzeczenia penitencjarno – psychologicznego figurują jednak tylko wskazania, które odnoszą się do klasyfikacji i ewentualnego zatrudnienia, brak jest natomiast wskazań, co do potrzeby nauczania.

Kolejnym przykładem jest przypadek pana Mateusza S.<sup>403</sup> przebywającego w zakładzie karnym w oddziale terapeutycznym dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo (P-1/t). Stwierdzono u niego upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym. Osadzony ten skończył specjalną szkołę podstawową i specjalne gimnazjum, nie ma wyuczonego zawodu. W orzeczeniu psychologiczno - penitencjarnym wskazano, iż Mateusz S. potrafi czytać, ale ma z tym trudności. Potrafi pisać, jednak z wieloma błędami stylistycznymi, ortograficznymi i składniowymi. We wskazaniach dotyczących nauczania widnieje wpis: ma ukończone gimnazjum, nie kierować

<sup>400</sup> § 40 regulaminu k.p.w. Do środków oddziaływania na skazanych należą w szczególności praca, nauczanie, działalność kulturalno-oświatowa, społeczna i zajęcia sportowe, nagradzanie i karanie dyscyplinarne.

<sup>401</sup> Precyzyjne wyjaśnienie grupy badawczej zostało przedstawione we *Wprowadzeniu* Jolanty Nowakowskiej.

<sup>402</sup> IX.517.300.2016.

<sup>403</sup> IX.517.654.2016.

(do nauczania) z uwagi na upośledzenie umysłowe. Sam osadzony przyznaje, iż ma kłopoty z czytaniem i pisaniem w związku z czym będzie wymagał pomocy w przypadku pisania listów, czy pism. Po rozmowie psychologicznej zawarto zalecenie: skazany wymaga wsparcia przy organizacji spraw formalnych, sporządzaniu korespondencji. Na żadnym etapie wykonania kary nie sformułowano jednak zaleceń, aby utrwalić zdolności pisania i czytania oraz wzmocnić samodzielność osadzonego.

Wśród badanych osób znalazły się liczne przypadki, w których osadzeni w ogóle nie potrafią czytać ani pisać (np. Janusz S.<sup>404</sup>, Bogusław M.<sup>405</sup>, Zbigniew K.<sup>406</sup>), potrafią jedynie czytać, a w pisaniu pomagają im współosadzeni (Daniel U.<sup>407</sup>), potrafią złożyć podpis (Adam H.<sup>408</sup>, Marcin R.<sup>409</sup>) lub mają problemy z liczeniem (Łukasz M.<sup>410</sup>).

Analizowane przypadki pokazują, iż osadzeni niepotrafiący czytać, pisać lub liczyć nie mają wielkich szans na pogłębienie lub utrwalenie zdobytej dotychczas wiedzy i ogólnych umiejętności. Tymczasem, jak wskazano na wstępie, nauczanie skazanych i tymczasowo aresztowanych prowadzi się nie tylko w celu zapewnienia im możliwości uzyskania wykształcenia podstawowego i gimnazjalnego, ale też zdobycia wiedzy ogólnej i kwalifikacji zawodowych, które ułatwią im późniejsze funkcjonowanie na wolności. Niestety, w chwili obecnej Służba Więzienna nie dysponuje systemem nauczania dostosowanym do potrzeb tej kategorii osadzonych.

Pomimo braku generalnego systemu szkolnictwa dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, istnieje pozytywny przykład jednostki penitencjarnej, w której takie nauczanie się prowadzi.

*Daniel G.<sup>411</sup> został skazany na karę łączną 6 lat i 6 miesięcy pozbawienia wolności. Osadzony ten posiada wykształcenie podstawowe niepełne. Uczęszczał do szkoły specjalnej, ale jej nie ukończył (często opuszczał zajęcia, 4 razy powtarzał 4 klasę), w trakcie nauki nie opanował umiejętności czytania i pisania. Daniel G. odbywa karę w systemie terapeutycznym, w oddziale dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo. Ma stwierdzone upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim oraz cechy osobowości niedojrzałej. Nie jest zatrudniony w warunkach izolacji penitencjarnej. Kontakt zewnętrzny utrzymywał poprzez korespon-*

<sup>404</sup> IX.517.579.2016.

<sup>405</sup> IX.517.571.2016.

<sup>406</sup> BPK.517.10.2016.

<sup>407</sup> BPG.517.33.2016.

<sup>408</sup> BPK.517.4.2016.

<sup>409</sup> BPK.517.5.2016.

<sup>410</sup> BPG.517.8.2016.

<sup>411</sup> IX.517.2091.2016.



*dencję z rodzeństwem i rodzicami. Od około 6 miesięcy z nikim bliskim nie utrzymuje kontaktu. Przebywając w zakładzie karnym nie był odwiedzany. Z uwagi na braki w umiejętności czytania i pisania prosi współosadzonych lub personel oddziału o pomoc w napisaniu listu do rodziny. W ramach prowadzonych oddziaływań ukończył zajęcia programu readaptacyjnego „Jestem przeciwko przemocy”. Uczestniczy w indywidualnych zajęciach czytania, pisania i liczenia. Angażowany jest do prac porządkowych i pomocniczych. Ponadto, skazany ukończył program readaptacji społecznej „Sześć kuchni”, kurs udzielania pomocy przedmedycznej według wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji, zajęcia psychoedukacyjne na temat uzależnienia od alkoholu, program „Czytam, piszę, liczę”, trening komunikacji oraz trening pamięci. Obecnie uczestniczy w programie „Droga do Zdrowia”.*

Niestety, zgromadzone w ramach badań prowadzonych przez pracowników Biura RPO materiały nie potwierdziły, aby stosowanie tak szerokiego spektrum oddziaływań miało charakter powszechny.

Analizowane przykłady pokazują, iż to jakim oddziaływaniami zostanie poddany skazany, zależy w głównej mierze od jednostki penitencjarnej, dostępności w niej kursów czy szkoleń, a także zaangażowania kadry penitencjarnej. Wprowadzenie jednolitego systemu szkolnictwa specjalnego, niewątpliwie zniwelowałoby dysproporcje w jakości prowadzonych oddziaływań wobec tej grupy skazanych.

#### **4. Osoby upośledzone w stopniu umiarkowanym, kierowane do zakładów karnych typu półotwartego**

Osoby z niepełnosprawnością, w szczególności intelektualną lub psychiczną, nie cieszą się szacunkiem i akceptacją wśród współwięźniów. Rodzi to po stronie administracji konieczność chronienia tej kategorii osób albowiem pozostawieni pośród ogółu osadzonych, bez wnikliwej kontroli Służby Więziennej, narażeni są na szykany i przemoc. Dlatego też bardzo istotne jest, aby szybko i właściwie zdiagnozować ograniczenia tych osób i umieścić je we właściwym systemie oraz typie zakładu karnego.

W polskim systemie penitencjarnym wyróżniamy 3 typy zakładów karnych: zamknięte, półotwarte i otwarte. Różnią się one od siebie w szczególności stopniem zabezpieczenia, izolacji skazanych oraz wynikającymi z tego ich obowiązkami i uprawnieniami w zakresie poruszania się w zakładzie i poza jego obrębem. Dla potrzeb niniejszego rozdziału najistotniejszą kwestią jest to, że w ramach zakładu karnego typu półotwartego cele mieszkalne skazanych pozostają otwarte w porze dziennej, natomiast w porze nocnej mogą być zamknięte, skazani mogą poruszać się po terenie zakładu karnego w czasie i miejscach ustalonych w porządku wewnętrznym. Dla osób z niepełnosprawnością intelek-

tualną może to rodzić pewne niekorzystne konsekwencje, które zostaną przedstawione poniżej.

Karę pozbawienia wolności wykonuje się również w trzech systemach: w systemie programowanego oddziaływania, terapeutycznym i zwykłym. Z uwagi na posiadane deficyty, najwłaściwszym systemem dla osób z niepełnosprawnością intelektualną powinien być system terapeutyczny. Zgodnie bowiem z art. 96 § 1 k.k.w. w systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197-203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeni umysłowo, a także uzależnieni od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz skazani niepełnosprawni fizycznie - wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej. Karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wykonuje się przede wszystkim w oddziale terapeutycznym o określonej specjalizacji (zob. art. 96 § 4 k.k.w.). O tym, czy zachodzą przesłanki umieszczenia danego skazanego w systemie terapeutycznym decyduje zespół diagnostyczny po przeprowadzeniu badania psychologicznego w ośrodku diagnostycznym i wydaniu orzeczenia psychologiczno – penitencjarnego, natomiast do odbycia kary w systemie terapeutycznym kieruje skazanego komisja penitencjarna, jeżeli nie określił tego sąd w wyroku (zob. art. 76 § 1 pkt 2 k.k.w.).

Przykładem niewłaściwego zaklasyfikowania osoby z niepełnosprawnością intelektualną do zakładu karnego typu półotwartego jest przypadek Andrzeja Cz.<sup>412</sup>.

*Osadzony ten w izolacji penitencjarnej przebywał kilkakrotnie, skazywany był m.in. za pobicie (art. 158 § 1 k.k.), kradzieże z włamaniem (art. 279 § 1 k.k.), rozboje (art. 280 § 1 k.k.), czy wywieranie przemocą wpływu na świadka-pokrzywdzonego (art. 245 k.k.). W chwili obecnej Andrzej Cz. odbywa karę łączną 2 lat i 6 miesięcy pozbawienia wolności, orzeczoną wyrokiem łącznym Sądu Rejonowego w Ś. z dnia 22 października 2014 r. Termin zakończenia odbywania wszystkich orzeczonych wobec niego kar, został obliczony na dzień 19 maja 2020 r.*

Andrzej Cz. nie jest ubezwłasnowolniony. Nie radził sobie w zwykłej szkole podstawowej, ukończył tzw. szkołę życia, ale nie umie pisać i czytać, potrafi się jedynie podpisać. Nie ma zawodu. Na wolności pracował dorywczo u okolicznych gospodarzy.

W opinii sądowo-psychiatrycznej z dnia 8 grudnia 2013 r. sporządzonej na potrzeby postępowania sądowego nie stwierdzono u osadzonego choroby psy-

<sup>412</sup> IX.517.585.2016.



chicznej, zdiagnozowano natomiast upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym skutkujące wnioskiem, iż Andrzej Cz. w chwili czynu miał ograniczoną w stopniu znacznym zdolność rozumienia znaczenia czynu i kierowania postępowaniem. W chwili gromadzenia materiału źródłowego, osadzony odbywał karę w oddziale terapeutycznym dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, z uwagi na upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym.

Z informacji zawartych w aktach osobowych cz. B wynika, że w rozmowie wstępnej po przyjęciu do Aresztu Śledczego w Ch. Andrzej Cz. poinformował, iż leczył się psychiatrycznie i ma stwierdzone upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym. Podczas wcześniejszego pobytu w zakładzie karnym przebywał w oddziale terapeutycznym (Zakładzie Karnym w P.). Opisując sytuację zdrowotną wychowawca zaznaczył: Niepełnosprawność niewidoczna: zdrowie psychiczne. Opisując problemy związane z rozmieszczeniem wychowawca odnotował, że osadzony nie zgłasza problemów związanych z rozmieszczeniem (zagrożeń, konfliktów, problemów adaptacyjnych), zamieścił również wpis w pozycji: Inne dane mające wpływ na rozmieszczenie: nie dotyczy. Skierował natomiast osadzonego na konsultację psychologiczną w celu kontroli stanu psychicznego. Odbyła się ona w dniu następnym (29 listopada 2013 r.) – z uwagi na obniżony nastrój zalecono częstszą kontrolę zachowania w porze dziennej i nocnej oraz kolejną konsultację psychologiczną za tydzień.

Kolejne konsultacje psychologiczne odbywały się regularnie (w sumie 7, w tym 4 z inicjatywy osadzonego – zgłaszał problem braku kontaktu z konkubiną, zwracał się o informacje nt. możliwości podjęcia nauki w trakcie odbywania kary). Stan psychiczny osadzonego nie budził zastrzeżeń psychologa, osadzony nie zgłaszał problemów adaptacyjnych, dot. rozmieszczenia, zagrożenia bezpieczeństwa. Z inicjatywy psychologa osadzony uczestniczył w programie resocjalizacyjnym w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom i nadużywaniu alkoholu. W dniu 20 marca 2014 r. w związku z wpłynięciem wyroku, którym Andrzej Cz. został skazany na karę 4 lat pozbawienia wolności, wychowawca sporządził propozycję klasyfikacji osadzonego i skierowanie go do odbywania kary w zakładzie karnym typu półotwartego (w aktach brak opinii psychologa w tym przedmiocie). W tym samym dniu, decyzją komisji penitencjarnej zaklasyfikowano osadzonego do grupy R 2/p.

W dniu 15 kwietnia 2014 r. skazany przybył do Zakładu Karnego w K., celem odbywania kary w zakładzie karnym typu półotwartego. W dniu 16 kwietnia 2014 r. rozmowę ze skazanym przeprowadził psycholog. Uznał, że w związku z rozpoznaniem umiarkowanym stopniem upośledzenia umysłowego zakwalifikowanie do odbywania kary w warunkach wymagających wysokiej samodyscypliny budzi wątpliwości. Z uwagi na upośledzenie, skłonność do zachowań agresywnych i autoagresywnych (osadzony podczas wcześniejszego pobytu

był zakwalifikowany do tzw. niebezpiecznych<sup>413</sup> z uwagi na zaatakowanie oddziałowego; w rozmowie z psychologiem po przetransportowaniu przyznał, że na początku obecnego pobytu miał myśli autoagresywne, samobójcze), zalecił skierowanie go do ośrodka diagnostycznego w celu ustalenia potrzeby stosowania specjalistycznych oddziaływań w warunkach oddziału terapeutycznego, sformułował zalecenia dot. osadzenia oraz objęcia osadzonego opieką wychowawczą, psychologiczną, psychiatryczną.

W tym samym dniu sporządzono projekt oceny okresowej. Zawarto w niej stwierdzenie, że dalszy pobyt w warunkach zakładu karnego typu półotwartego może znacząco wpływać na pogorszenie stanu psychicznego skazanego z uwagi na ilość bodźców, koniecznych interakcji, sytuacji odbieranych przez osadzonego jako stresogenne i przekraczających jego możliwości przystosowawcze. W związku z tym zaproponowano skierowanie ponownie do zakładu karnego typu zamkniętego, skierowanie do ośrodka diagnostycznego, objęcie wzmożoną obserwacją, opieką wychowawczą, psychologiczną, sformułowano zalecenia osadzenia z osobami nieprzejawiającymi skłonności do zachowań autoagresywnych, agresywnych oraz skłonności do dominacji. Skazany został przyjęty do oddziału diagnostycznego w Areszcie Śledczym w K. w dniu 28 kwietnia 2014 r. W orzeczeniu psychologiczno-penitencjarnym z dnia 6 maja 2014 r. potwierdzono jego umiarkowany poziom niepełnosprawności intelektualnej. W powyższym orzeczeniu zwrócono również uwagę na trudną pracę

<sup>413</sup> Art. 88a. § 1. Za skazanego stwarzającego poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu można uznać skazanego, który popełnił przestępstwo o bardzo wysokim stopniu społecznej szkodliwości, w szczególności:

- 1) przestępstwo:
  - a) zamachu na:
    - niepodległość lub integralność Rzeczypospolitej Polskiej,
    - konstytucyjny ustroj państwa lub konstytucyjne organy Rzeczypospolitej Polskiej,
    - życie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej,
    - jednostkę Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej,
  - b) ze szczególnym okrucieństwem,
  - c) wzięcia lub przetrzymania zakładnika albo w związku z wzięciem zakładnika,
  - d) uprowadzenia statku wodnego lub powietrznego,
  - e) z użyciem broni palnej, materiałów wybuchowych albo łatwopalnych;
- 2) podczas uprzedniego lub obecnego pozbawienia wolności stwarzał zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu karnego lub aresztu śledczego w ten sposób, że:
  - a) był organizatorem lub aktywnym uczestnikiem zbiorowego wystąpienia w zakładzie karnym lub areszcie śledczym,
  - b) dopuścił się czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego lub inną osobę zatrudnioną w zakładzie karnym lub areszcie śledczym,
  - c) był sprawcą zgwałcenia, ciężkiego uszczerbku na zdrowiu albo znęcał się nad skazanym, ukaranym lub tymczasowo aresztowanym,
  - d) uwolnił się lub usiłował uwolnić się z zakładu karnego typu zamkniętego lub aresztu śledczego albo podczas konwojowania poza terenem takiego zakładu lub aresztu;
- 3) przestępstwo w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnianie przestępstw, zwłaszcza z uwagi na jego kierowniczą lub znaczącą rolę w grupie lub związku.



z osadzonym (jest konfliktowy, bywa agresywny). W opinii nie wskazano jednak na jakiegokolwiek przeciwwskazania do osadzenia w zakładzie karnym. Zwrócono uwagę na niesłuszność wcześniejszej kwalifikacji do R-2/p, zalecono odbywanie kary w oddziale terapeutycznym, sformułowano zalecenia dot. indywidualnego postępowania ze skazanym. Do oddziału terapeutycznego osadzony został przyjęty w dniu 11 czerwca 2014 r.

W realiach przedmiotowej sprawy za błąd należy uznać decyzję komisji penitencjarnej Aresztu Śledczego w Ch. o nadaniu Andrzejowi Cz. podgrupy R-2 i skierowaniu go do odbywania kary w zakładzie karnym typu półotwartego, podjętą na podstawie jednozdaniowej opinii, nieodnoszącej się do stanu zdrowia skazanego i możliwości odbywania przez niego kary pozbawienia wolności w tym typie zakładu. W warunkach zmniejszonego nadzoru osoby z tego rodzaju defektami są bowiem narażone na różnego rodzaju zagrożenia dla ich bezpieczeństwa osobistego.

Niezależnie od powyższych wywodów należy zwrócić uwagę również na fakt, iż w okresie, którego sprawa dotyczy, obowiązywał przepis art. 88 § 5b k.k.w.<sup>414</sup>, który stanowił, że skazanego z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazanego za przestępstwo określone w art. 197-203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, lub upośledzonego umysłowo, osadza się w zakładzie karnym typu zamkniętego. W przypadku stwierdzenia u skazanego upośledzenia umysłowego, skierowanie do odbywania kary pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego było obligatoryjne. Nawet zatem jeśli pominąć aspekt braku oparcia podjętej decyzji o diagnozę właściwości psychicznych osadzonego wyrażoną w opinii psychologa, w świetle ww. przepisu postępowanie administracji Aresztu Śledczego w Ch., polegające na skierowaniu skazanego do odbywania kary w zakładzie karnym typu półotwartego, nie miało umocowania w przepisach.

Na tym tle należy zatem podkreślić, iż skierowanie do odbywania kary w zakładzie karnym typu półotwartego powinno być każdorazowo poprzedzone wnikliwym rozpoznaniem warunków i właściwości osobistych skazanego, orzeczeniem psychologiczno-penitencjarnym, czy też opinią psychologa.

## **5. Zwłoka w umieszczeniu osób z niepełnosprawnością intelektualną w oddziale terapeutycznym**

Skazanego, co do którego zachodzi przypuszczenie o konieczności stosowania oddziaływań w warunkach oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, niezwłocznie kieruje się do ośrodka diagnostycznego celem przeprowadzenia badań psychologicznych, w wyniku których sporządza się orzeczenie psycho-

<sup>414</sup> W chwili obecnej jest to przepis art. 88 § 3 pkt 3 k.k.w.

logiczno – penitencjarne, a następnie umieszcza się w warunkach oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, jeżeli w wyniku badań psychologiczno – penitencjarnych stwierdzono taką potrzebę<sup>415</sup>. Na wskazane powyżej badania psychologiczne, odbywające się w ośrodkach diagnostycznych, kieruje dyrektor jednostki penitencjarnej na pisemny i uzasadniony wniosek psychologa, wychowawcy lub psychiatry, wraz z załączoną pisemną zgodą skazanego. Termin rozpoczęcia badań wyznacza kierownik ośrodka niezwłocznie po otrzymaniu skierowania na badania oraz zawiadamia o tym dyrektora zakładu kierującego na badania lub sąd, który zarządził przeprowadzenie badań. Badania w ośrodku nie powinny trwać dłużej niż 2 tygodnie. Jedynie w uzasadnionych przypadkach, na wniosek prowadzącego badania, kierownik ośrodka przedłuża je na czas niezbędny dla ich przeprowadzenia, o czym powiadamia sędziego penitencjarnego<sup>416</sup>. Na podstawie przeprowadzonych badań psycholog wydaje orzeczenie psychologiczno-penitencjarne i w razie stwierdzenia konieczności stosowania oddziaływania specjalistycznego - zawiera wniosek o skierowanie do właściwego oddziału terapeutycznego. Po wydaniu stosownej decyzji klasyfikacyjnej przez komisję penitencjarną osadzony winien trafić do oddziału terapeutycznego.

W przypadku tej kategorii więźniów celem prowadzonych oddziaływań terapeutycznych jest: zapobieganie pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywrócenie równowagi psychicznej, kształtowanie zdolności współżycia społecznego, zapobieganie pogorszeniu się ich stanu zdrowia, a także przygotowanie do samodzielnego życia (vide. art. 97 § 1 k.k.w.). Oddziaływania te winno się podjąć niezwłocznie, zaraz po zweryfikowaniu deficytów i potrzeb skazanego. Przykłady wskazane poniżej pokazują, iż osadzenie skazanych we właściwych dla ich stanu zdrowia warunkach i wprowadzenie w życie odpowiednich oddziaływań, może być obciążone zwłoką, a to ze względu na błąd ludzki, czy też prowadzone w innej sprawie czynności procesowe.

<sup>415</sup> § 81 ust. 1 Zarządzenia Nr 19/16.

<sup>416</sup> § 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych (Dz. U. Nr 26, poz. 369):

§ 1 .2. Dyrektor zakładu karnego lub aresztu śledczego, zwany dalej «dyrektorem zakładu», kieruje skazanego na badania w ośrodku na pisemny i uzasadniony wniosek psychologa, wychowawcy lub psychiatry wraz z załączoną pisemną zgodą skazanego.

2. Dyrektor zakładu występuje w wnioskiem do sędziego penitencjarnego o zarządzenie przeprowadzenia badań w przypadku braku zgody skazanego na poddanie się badaniom.

3. Termin rozpoczęcia badań wyznacza kierownik ośrodka niezwłocznie po otrzymaniu skierowania na badania oraz zawiadamia o tym dyrektora zakładu kierującego na badania lub sąd, który zarządził przeprowadzenie badań.

4. Badania w ośrodku nie powinny trwać dłużej niż 2 tygodnie.

5. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek prowadzącego badania, kierownik ośrodka przedłuża badania na czas niezbędny dla ich przeprowadzenia, o czym powiadamia sędziego penitencjarnego, jeżeli zachodzą przesłanki określone w ust. 2.





Piotr M.<sup>417</sup> od 19 marca 2015 r. odbywał karę 1 roku i 4 miesięcy pozbawienia wolności za popełnienie czynu z art. 190a§ 1 k.k. w związku z art. 31 § 2 k.k. (do 19 sierpnia 2015 r. będąc tymczasowo aresztowanym przebywał w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w R.). Koniec kary przypadał skazanemu na dzień 14 lipca 2016 r. Skazany ten, z uwagi na posiadane deficyty intelektualne oraz konieczność przeprowadzenia intensywnych oddziaływań w obszarze problemu alkoholowego, został skierowany do ośrodka diagnostycznego celem rozważenia możliwości odbywania kary w systemie terapeutycznym. Następnie został skierowany do ośrodka diagnostycznego Aresztu Śledczego w M., gdzie podlegał badaniom w okresie od 12 do 19 października 2015 r. Po przeprowadzonych badaniach w orzeczeniu psychologiczno – penitencjarnym, sporządzonym w dniu 19 października 2015 r., znalazło się zalecenie, aby Piotra M. skierować do odbywania kary w systemie terapeutycznym dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo. W trakcie wizytacji, w rozmowie z administracją Aresztu Śledczego w M. przeprowadzonej w dniu 4 lutego 2016 r. uzyskano informacje, iż pomimo tego, że osadzony został skierowany do oddziału terapeutycznego, nadal przebywa w warunkach Aresztu Śledczego w M., albowiem z jego udziałem wykonywane były czynności procesowe (przez ponad 2 miesiące).

Kolejnym przykładem jest sytuacja Patryka P.<sup>418</sup>. Został on skazany wyrokiem Sądu Okręgowego w P. T. z dnia 15 października 2013 r. za czyny z art. 280 § 2 k.k. w zw. z art. 156 § 1 pkt 2 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. i art. 31 § 2 k.k. - z art. 157 § 1 k.k. w zw. 31 § 2 k.k., na karę łączną 4 lat i 10 miesięcy pozbawienia wolności. Sąd ten, na podstawie art. 62 k.k. skierował skazanego do wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. Orzeczenie to zostało utrzymane w mocy wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Ł. z dnia 25 lutego 2014 r. Analiza dokumentacji osobopoznawczej wyżej wymienionego skazanego przeprowadzona przez pracownika Biura RPO wskazała, że w projekcie oceny okresowej z dnia 6 listopada 2013 r. wychowawca Aresztu Śledczego P. T. wskazał art. 62 k.k. (w tym czasie wyrok sądu był jeszcze nieprawomocny), zaproponował jednak skierowanie skazanego do systemu zwykłego. Tym samym, w dniu 7 listopada 2013 r., komisja penitencjarna skierowała Patryka P. do odbywania kary w systemie P1/z. Dopiero po uprawomocnieniu się wyroku wychowawca w dniu 31 marca 2014 r. zaproponował skierowanie do systemu terapeutycznego, w tym też dniu komisja penitencjarna nadała mu podgrupę P-1/t. W wyniku badania sprawy zbyt długiego okresu skierowania przez komisję penitencjarną do odbywania kary w systemie terapeutycznym skutkującego późniejszym objęciem oddziaływaniami zindywidualizowanym ustalono, iż nadanie klasyfikacji niezgodnej z orzeczeniem sądowym zaistniało na skutek braku należytej uwagi

<sup>417</sup> BPK.517.3.2016.

<sup>418</sup> IX.517.568.2016.

funkcjonariuszy SW. W ocenie Dyrektora Okręgowego Służby Więziennej w Ł., pierwsza z podjętych decyzji klasyfikacyjnych była nieprawidłowa.

Skazany Jarosław N.<sup>419</sup> jest osobą upośledzoną umysłową na pograniczu stopnia lekkiego i umiarkowanego. Ma organiczne zaburzenia osobowości. W opinii z dnia 17 kwietnia 2013 r. (oraz kolejnych) stwierdzono, iż może przebywać w warunkach zakładu karnego, w którym stosuje się oddziaływania lecznicze i rehabilitacyjne dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi i upośledzonych umysłowo. W wyroku z dnia 9 grudnia 2014 r. Sąd Rejonowy w Ch. określił, że osadzony powinien odbywać karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi i upośledzonymi umysłowo. Z uwagi na agresywną postawę wobec personelu więziennego został on zakwalifikowany do osadzonych stwarzających poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa jednostki penitencjarnej i do momentu skierowania do oddziału diagnostycznego przebywał w zwykłym oddziale dla niebezpiecznych, pomimo że ówczesnie istniało 18 miejsc w oddziałach terapeutycznych dla osadzonych zakwalifikowanych do niebezpiecznych. Skierowanie do ośrodka diagnostycznego w Areszcie Śledczym w Ł. nastąpiło dopiero w 2016 r. Po przeprowadzeniu badań w dniu 10 lutego 2016 r. wydano orzeczenie psychologiczno – penitencjarne, z którego wynika, iż osadzonego należy skierować do odbywania kary w oddziale terapeutycznym dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, do którego ostatecznie trafił w dniu 16 lutego 2016 r.

W przedmiotowej sprawie, Rzecznik w dniu 15 lutego 2016 r. skierował wystąpienie do Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej<sup>420</sup> wskazując na nieprawidłowości w kontekście podstaw do zakwalifikowania osadzonego do niebezpiecznych oraz sposobu weryfikacji jego statusu. Podniesiono również zarzut, iż w wyroku z dnia 9 grudnia 2014 r. Sąd Rejonowy w Ch. określił, że osadzony powinien odbywać karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. Udzielając odpowiedzi w dniu 18 marca 2016 r.<sup>421</sup> Zastępca Dyrektora Generalnego Służby Więziennej wskazał, iż osadzony Jarosław N. nie został skierowany do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi i upośledzonych umysłowo, którą to potrzebę wskazał Sąd Rejonowy w Ch., w wyroku z dnia 9 grudnia 2014 r., z powodu pozostawania do dyspozycji organów dysponujących w prowadzonych przeciwko niemu sprawach karnych. Ostatnie czynności procesowe z udziałem osadzonego odbyły się w dniu 30 grudnia 2015 r., po czym w dniu 28 stycznia 2016 r. osadzony został przetransportowany do ośrodka diagnostycznego Aresztu

<sup>419</sup> IX.517.575.2016.

<sup>420</sup> Wystąpienie RPO z dnia 15.02.2016 r. IX.517.575.2016.

<sup>421</sup> BO-073-5/16/348.



Śledczego w Ł. i po wykonanych tam badaniach, w dniu 16 lutego 2016 r. został przewieziony do oddziału terapeutycznego w Zakładzie Karnym w W.

W tym miejscu, należy zwrócić uwagę na fakt, iż omawiane zagadnienie było również przedmiotem skargi do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu. W sprawie Łukasz Zawadzki przeciwko Polsce<sup>422</sup> skarżący podniósł, iż pomimo orzeczeń sądów o umieszczeniu skarżącego w jednostce penitencjarnej z niezbędnym leczeniem psychiatrycznym i pod stałym nadzorem lekarskim lub też o odbywaniu kary w systemie terapeutycznym, polecenia te nie zostały zrealizowane albowiem skarżący, pomimo ich obowiązywania został tymczasowo aresztowany i przebywał w zwykłym areszcie bez koniecznego leczenia psychiatrycznego i bez stałego nadzoru lekarskiego. Ponadto, w okresie od czerwca 2009 r. do 14 lutego 2012 r. skarżący został umieszczony w oddziale dla niebezpiecznych więźniów. W dniu 14 lutego 2012 r. został zwolniony z aresztu śledczego i przeniesiony do szpitala psychiatrycznego. Skarżący w swojej skardze, na podstawie Artykułu 3 EKPC zarzucił, że w momencie stosowania tymczasowego aresztowania został on pozbawiony odpowiedniej opieki medycznej i psychiatrycznej. Zarzuty dotyczyły w szczególności okresu od czerwca 2009 r. do lutego 2012 r., które spędził w trudniejszych warunkach jako więzień niebezpieczny. Podnosił na mocy artykułu 5 § 1 lit. c i e Konwencji, że jego zatrzymanie w warunkach zwykłego aresztu było bezprawne, ponieważ sądy karne, które skazywały go wielokrotnie nakazywały odbywanie kary w szczególnych warunkach, zapewniających odpowiednią opiekę medyczną i psychiatryczną. Podnosił również zarzut naruszenia art. 6 EKPC, wobec braku egzekwowania wyroków, w których sądy karne nakazały jego umieszczenie w więzieniu, gdzie możliwe było odpowiednie leczenie medyczne i psychiatryczne. W dniach 25 listopada 2014 r. i 6 grudnia 2014 r. ETPC otrzymał deklaracje podpisane przez strony, na podstawie których wnioskodawca zgodził się odstąpić od jakichkolwiek dalszych roszczeń wobec Polski. Rząd zobowiązał się natomiast zapłacić skarżącemu 25.000 złotych na pokrycie szkody materialnej i niematerialnej.

Interwencje w sprawie pana Łukasza Zawadzkiego podejmował również RPO. Zaniepokojony sytuacją osadzonego wielokrotnie kierował pisma do Dyrektora Okręgowego Służby Więziennej w Ł., Sądu Okręgowego w Ł., a w ostateczności także do Dyrektora Biura Penitencjarnego Centralnego Zarządu Służby Więziennej. Niestety, wszystkie podejmowane wówczas działania okazały się bezskuteczne<sup>423</sup>.

W konsekwencji działań RPO oraz orzecznictwa ETPC problem częstych transportów skazanych na czynności procesowe, objętych jednocześnie oddziaływa-

<sup>422</sup> Decyzja ETPC z dnia 10 lutego 2015 r. w sprawie Łukasz Zawadzki przeciwko Polsce, skarga nr 50868/12.

<sup>423</sup> RPO-587140/08.

niami terapeutycznymi, zauważyła również Służba Więzienna. W Zarządzeniu Nr 19/16 w § 3 ust. 3 wskazano bowiem, iż w przypadku ustalenia, w szczególności w oparciu o system informatyczny, że skazany ma zostać przetransportowany do innego zakładu karnego w związku z udziałem w czynnościach procesowych, występuje się do organu prowadzącego postępowanie sądowe z wnioskiem o rozważenie możliwości takiego sposobu prowadzenia danego postępowania, który umożliwi pozostawienie skazanego w zakładzie karnym do czasu zakończenia terapii lub nauczania, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach także programu resocjalizacji. Wniosek przesyła się do organu prowadzącego postępowanie sądowe za pośrednictwem telefaksu. Brak odpowiedzi nie wstrzymuje realizacji czynności. Z powyższym wnioskiem występuje się również w przypadku planowanych lub realizowanych wobec skazanego badań w ośrodku diagnostycznym.

Powyższą zmianę należy ocenić pozytywnie. Niewątpliwie, ograniczy ona sytuacje, w których osoba skierowana do odbywania kary w systemie terapeutycznym, pozbawiona będzie specjalistycznych oddziaływań, z uwagi na konieczność nieustannych transportów na czynności procesowe. Jednak to, czy przybierze ona charakter powszechny, w głównej mierze zależeć będzie od gotowości poszczególnych organów do takiego kształtowania toku postępowania sądowego, w którym sprawność postępowania, będzie szła w parze z zasadniczym celem kary pozbawienia wolności, tj. resocjalizacją skazanego.

## **6. Brak aktywności Służby Więziennej w przedmiocie uzyskiwania przez skazanych z niepełnosprawnością intelektualną orzeczeń o niepełnosprawności**

Jak już wspomniano na wstępie rozdziału, liczba osób niepełnosprawnych w Polsce w 2011 r. stanowiła 12,2% (4,7 mln) ludności kraju. Prawne potwierdzenie faktu niepełnosprawności posiadało w tym czasie przeszło 3,1 mln osób (dokładnie 3.133,5 tys.)<sup>424</sup>. W więzieniach liczba pensjonariuszy, którzy mimo swojej niepełnosprawności nie legitymują się żadnym dokumentem potwierdzającym ten stan faktyczny, jest bardzo duża. Przykładowo na ok. 1.600 osadzonych przebywających w roku 2010 w oddziałach terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi i upośledzonych umysłowo, gdzie karę odbywają prawie wyłącznie ludzie z niepełnosprawnością, orzeczeniem o jego stopniu legitymowało się zaledwie 460 osób<sup>425</sup>. Jakkolwiek wskazane powyżej dane dotyczą okresu sprzed 6 lat, niemniej jednak analizowane w Biurze RPO sprawy potwierdzają stan, w którym brak orzeczenia o niepełnosprawności lub

<sup>424</sup> <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,78,dane-demograficzne>

<sup>425</sup> J. Kudiuk, A. Zbrojna-Dmowicz, *Funkcjonowanie oddziałów terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo* (w:) T. Głowik (red.), *Oddziaływania penitencjarne i terapeutyczne w zakładach karnych i aresztach śledczych*, CZSW, Warszawa 2011, s. 81.



posiadanie nieaktualnego już orzeczenia, nie jest wcale rzadkim przypadkiem. Niestety aktywność Służby Więziennej w zakresie pomocy skazanym w uzyskaniu takiego orzeczenia okazuje się znikoma pomimo, że istnieją przepisy określające zakres działań Służby Więziennej w tym względzie<sup>426</sup>. Przykładowo wychowawca do spraw pomocy postpenitencjarnej informuje osadzonego o możliwości ubiegania się o uzyskanie świadczeń rentowych, emerytalnych albo orzeczeń o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności oraz prowadzi, zgodnie z obowiązującymi przepisami spis spraw. Z kolei funkcjonariusz lub pracownik podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności wystawia i wydaje osadzonemu niezbędną dokumentację medyczną, właściwe formularze, informuje osadzonego o obowiązującym trybie postępowania, czy też koordynuje stawienie osadzonego w siedzibie wojewódzkiego lub powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności lub organizuje posiedzenia zespołu na terenie zakładu karnego. Niewątpliwie taka inwencja administracji zakładów karnych - stosowana powszechnie - jest mocno pożądana. W istotny bowiem sposób, może pomóc skazanym dotkniętym niepełnosprawnością intelektualną w uzyskaniu w przyszłości różnego rodzaju zasiłków, ulg, zwolnień, czy pracodawcom ich zatrudniającym zwrot kosztów zatrudnienia<sup>427</sup>. Oczywiście, starania takie muszą być poprzedzone zgodą osadzonego, nie w każdym bowiem przypadku osoba dotknięta niepełnosprawnością intelektualną – np. z uwagi na przeświadczenie o jego stygmatyzującym charakterze – będzie chciała uzyskać przedmiotowe orzeczenie (a więc także i formalne potwierdzenie niepełnosprawności). Stąd też wnioski, by działania takie miały zindywidualizowany charakter, jednak odbywały się w ramach pewnych systemowych rozwiązań.

Pan Dawid. K.<sup>428</sup> odbywa obecnie karę 12 lat pozbawienia wolności orzeczoną wyrokiem Sądu Okręgowego w T. z dnia 25 kwietnia 2013 r. za czyn z art. 148 § 1 k.k. w zw. z art. 31 § 2 k.k., art. 198 k.k. w zw. z art. 31 § 2 k.k. Sąd w wyroku orzekł o odbywaniu kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. Osadzony odbywał karę w oddziale terapeutycznym dla skazanych z niepsychochicznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo w Zakładzie Karnym w P. Zgromadzone materiały źródłowe wskazują, iż ukończył on szkołę podstawową specjalną i gimnazjum specjalne, kontynuował naukę w szkole zawodowej o kierunku kucharz, lecz jej nie ukończył. W zgromadzonej dokumentacji brak było informacji o orzeczeniu stopnia niepełnosprawności. W związku z powyższym zwrócono się z pytaniem do dyrektora jednostki penitencjarnej, czy osadzony posiada orzeczenie o niepełnosprawności oraz zasugerowano, że w przypadku braku takiego orzeczenia wskazane byłoby podjęcie działań w tym

<sup>426</sup> § 67 Zarządzenia Nr 19/16.

<sup>427</sup> <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,94,uprawnienia-osob-niepelnosprawnych> (dostęp: 06.10.2017 r.).

<sup>428</sup> IX.517.580.2016.

kierunku. W odpowiedzi uzyskano informację, iż skazany posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, które jednak straciło swoją ważność w grudniu 2015 r. W korespondencji z Rzecznikiem zapewniono jednak, iż administracja Zakładu Karnego w P. podjęła działania w zakresie jego wydania (już na czas nieokreślony). Stosowne dokumenty zostały przesłane do właściwego Zespołu Orzekania o Niepełnosprawności.

Podobny do wyżej wymienionego stanowi przypadek pana Krzysztofa D.<sup>429</sup>, który również odbywał swoją karę w oddziale terapeutycznym dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo w Zakładzie Karnym w P. Z zapisów orzeczenia psychologiczno-penitencjarnego sporządzonego w dniu 14 kwietnia 2015 r. wynika, iż upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym stwierdzono u osadzonego już w czasach szkolnych w badaniach psychologicznych w poradni psychologiczno-pedagogicznej i skierowano do nauczania specjalnego. Ukończył gimnazjum specjalne. Nie ma orzeczonego stopnia niepełnosprawności. Z tego też względu w wymienionym orzeczeniu psychologiczno-penitencjarnym zalecono podjęcie działań w celu uzyskania przez osadzonego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Mimo upływu blisko roku skazany nie uzyskał orzeczenia, toteż zwrócono się do administracji Zakładu Karnego w P. o informację w tej sprawie i ewentualne wsparcie działań osadzonego w tym zakresie. W trakcie badania sprawy okazało się, że takowe orzeczenie zostało skazanemu wydane w okresie kształcenia, jednak kilka lat temu straciło swoją ważność (niepełnosprawność orzeczono wówczas na okres 2 lat). Podobnie jak w poprzednim przykładzie, administracja Zakładu Karnego w P. podjęła działania w zakresie wydania orzeczenia (już na czas nieokreślony) zapewniając równocześnie, iż stosowne dokumenty zostały przesłane do właściwego Zespołu Orzekania o Niepełnosprawności.

## **7. Niedostateczna oferta w zakresie leczenia uzależnień dla osób z obniżoną sprawnością intelektualną i znaczną psychodegradacją**

Zgodnie z § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych<sup>430</sup> skazanego zakwalifikowanego do odbywania kary w systemie terapeutycznym, skierowanego do oddziału terapeutycznego, umieszcza się w oddziale terapeutycznym dla skazanych: z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo; uzależnionych od alkoholu; uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych; niepełnosprawnych fizycznie. Może się jednak zdarzyć tak, iż do oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo zo-

<sup>429</sup> IX.517.582.2016.

<sup>430</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 1067.



stanie skierowany osadzony z współistniejącym problemem alkoholowym lub uzależnieniem od środków odurzających lub substancji psychotropowych. Dzieje się tak, jeśli upośledzeniu umysłowemu towarzyszy brak umiejętności przystosowania się do warunków i wymagań zakładu karnego<sup>431</sup>. Posiadane ograniczenia intelektualne powodują, iż osadzonych obejmuje się dostępnymi oddziaływaniami przeciwważeniowymi w ramach oddziału terapeutycznego, dostosowanymi do możliwości poznawczych danego skazanego (np. poprzez edukację przeciwważeniową, czytelnictwo). Są to więc indywidualnie dobrane oddziaływania, które mogą różnić się od siebie w zależności od oddziału terapeutycznego i zaangażowania zatrudnionej w nim kadry. Na różnice w ofercie programów terapeutycznych w poszczególnych jednostkach penitencjarnych, w swoim raporcie<sup>432</sup> zwracał już uwagę Krajowy Mechanizm Prewencji wskazując dodatkowo, iż brak sprecyzowania w obowiązujących przepisach minimalnego standardu, jaki powinny spełniać programy terapeutyczne sprawia także, iż bardzo utrudnione jest dokonanie ewaluacji programów opracowanych w poszczególnych oddziałach terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi.

Osadzony Mariusz K.<sup>433</sup> został skazany za kilka przestępstw przeciwko mieniu – głównie za kradzieże z włamaniem (art. 279 § 1 k.k.). Koniec kary przypadał skazanemu na dzień 31 marca 2016 roku. W trakcie odbywania kary został przebadany w ośrodku diagnostycznym w Areszcie Śledczym w W., gdzie stwierdzono, że „badany jest osobą upośledzoną umysłowo w stopniu umiarkowanym, uzależnioną od alkoholu w fazie psychodegradacji. Z uwagi na zaburzenia osobowości i zachowania uwarunkowane organicznymi uszkodzeniami CUN (urazy głowy, wieloletnia intoksykacja alkoholowa) oraz obniżoną sprawność intelektualną, nie kwalifikuje się do leczenia odwykowego w warunkach oddziału terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od alkoholu”. W orzeczeniu psychologiczno-penitencjarnym przyjęto, że „wskazane jest skierowanie go do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w oddziale dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo w Zakładzie Karnym w C, celem przepracowania między innymi problemu uzależnienia”. Wśród zaleceń dotyczących potrzeby uwzględnienia psychologicznych i socjologicznych mechanizmów zachowania się skazanego przy stosowaniu zindywidualizowanych oddziaływań wskazano m.in.: w miarę możliwości oddziału umożliwić uczestnictwo w zajęciach (indywidualnych bądź w odpowiednio dobranej grupie) z elementami terapii uzależnień, ze względu na uzależnienie od alkoholu.

<sup>431</sup> § 80 ust. 2 Zarządzenia Nr 19/16.

<sup>432</sup> Raport RPO, *Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji oddziałów terapeutycznych dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub chorych umysłowo oraz oddziałów dla tymczasowo aresztowanych*, Warszawa 2014, s. 51.

<sup>433</sup> IX.517.543.2016.

Osadzony Piotr P.<sup>434</sup> przebywał 19 razy w izolacji penitencjarnej. Obecnie odbywa kary: 3 m-cy pozbawienia wolności (art. 244 k.k. w zw. z art. 31 § 2 k.k.); 5 m-cy pozbawienia wolności (art. 244 k.k. w zw. z art. 31 § 2 k.k.); 5 m-cy pozbawienia wolności (art. 178a § 2 k.k. i art. 244 k.k. w zw. z art. 11 § 3 k.k.); 6 dni zastępczej kary aresztu (art. 140 k.w. w zw. z art. 9§ 2 k.w. w zw. z art. 24 § 1 i § 3 k.w.). Biegli psychiatrzy, powołani przez sąd w sprawie dot. przestępstwa z art. 244 k.k. w związku z art. 31 § 2 k.k., nie rozpoznali u niego choroby psychicznej ani upośledzenia umysłowego. Stwierdzili natomiast organiczne zaburzenia osobowości z otępieniem średniego stopnia. Uznali, że Piotr P. miał ograniczoną zdolność rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania własnym postępowaniem. Przestępstwa popełniał pod wpływem alkoholu, rozpoznano u niego zespół zależności alkoholowej, nie został jednak skierowany na terapię, gdyż z uwagi na posiadane deficyty nie podołałby temu. W przeszłości leczył się w poradni zdrowia psychicznego, dwukrotnie hospitalizowany z uwagi na wybuchy złości, upośledzenie umysłowe, zaburzenia adaptacyjne, depresyjne. Wykazuje cechy organicznych zaburzeń osobowości ze zmianami otępiennymi średniego stopnia, obniżone możliwości intelektualne. Kontakt z osadzonym utrudniają deficyty poznawcze: zaniki pamięci, trudności ze zrozumieniem poleceń, prymitywizm, ograniczona zdolność analizy i syntezy, uczenia się. Obniżenie poziomu intelektualnego jest zmianą wtórną, wynikającą z organicznego uszkodzenia CUN, nadużywania alkoholu. Stwierdzono u niego obniżoną zdolność myślenia przyczynowo-skutkowego, podatność na wpływy otoczenia i czynniki zewnętrzne, co powoduje, że jest skłonny do podejmowania pochopnych działań pod wpływem występujących bodźców. Poziom demoralizacji oceniono jako średni, podatność na oddziaływania wychowawcze jako ograniczoną z uwagi na deficyty intelektualne i osobowościowe. Wśród zaleceń orzeczenia psychologiczno – penitencjarnego znalazł się punkt mówiący o tym, iż z uwagi na uzależnienie od alkoholu, należy objąć osadzonego dostępnymi oddziaływaniami przeciwuzależnieniowymi w ramach oddziału terapeutycznego (m.in. edukacja przeciwuzależnieniowa, czytelnictwo), dostosowanymi do możliwości poznawczych skazanego.

Przytoczone powyżej przykłady pokazują, iż wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną, dotkniętych jednocześnie problemem uzależnieniowym, zaleca się stosowanie pewnych oddziaływań przeciwuzależnieniowych dostosowanych do możliwości poznawczych skazanych. Taka forma oddziaływań powoduje, iż prowadzona terapia może różnić się w zależności od jednostki penitencjarnej, zatrudnionego w nim personelu, czy też dostępności instrumentów terapeutycznych. Brak jednolitego programu przeciwuzależnieniowego stworzonego dla tej grupy skazanych, utrudnia ocenę skuteczności stosowania poszczególnych oddziaływań.

<sup>434</sup> IX.517.584.2016.





## 8. Postępowanie wobec osób, co do których istnieje uzasadniona wątpliwość, czy powinny przebywać w izolacji penitencjarnej

Kara pozbawienia wolności, sama w sobie nie powinna mieć charakteru jedynie izolacyjnego. Cel tej kary ma też inny wymiar i sprowadza się do wzbudzenia w skazanym chęci współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanых postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa. Aby osiągnąć powyższy cel, prowadzi się zindywidualizowane oddziaływania na skazanych, w ramach odpowiednich systemów wykonywania kary, w różnych rodzajach i typach zakładów karnych (vide. art. 67 § 1 i 2 k.k.w.). Co jednak zrobić, gdy do zakładu karnego trafia skazany z tak głębokimi dysfunkcjami intelektualnymi, że prowadzone wobec niego oddziaływania okazują się nieskuteczne, a celem kary pozostaje jedynie jego izolacja od społeczeństwa. Zachodzą wreszcie takie przypadki, gdy nawet sama izolacja wymienionej osoby (w zakładzie karnym bądź areszcie śledczym), budzić musi poważne wątpliwości i zasadne jest zastosowanie prawnych instrumentów (przerwa w karze, zawieszenie postępowania wykonawczego).

Badając zagadnienie osób skazanych z niepełnosprawnością intelektualną i psychiczną, Rzecznik spotkał się z przypadkiem Zygmunta P.<sup>435</sup>, który w warunkach izolacji przebywa od 21 czerwca 2012 r. Osadzony ten, w momencie wizytacji miał 81 lat i odbywał karę 6 lat pozbawienia wolności, orzeczoną wyrokiem Sądu Okręgowego w C. z dnia 16 maja 2013 r., za czyn z art. 148 § 1 k.k. w zw. z art. 31 § 2 k.k. Przewidywany koniec kary został osadzonemu ustalony na dzień 21 czerwca 2018 r., jednak z zakładu karnego został zwolniony w dniu 15 czerwca 2016 r. uzyskując warunkowe przedterminowe zwolnienie. Zygmunt P. odbywając karę posiadał podgrupę klasyfikacyjną P-1/t. W orzeczeniu psychologiczno-penitencjarnym z dnia 13 grudnia 2013 r. stwierdzono u osadzonego otępienie umysłowe umiarkowanego stopnia, uszkodzenie OUN z powodu wieloletniego nadużywania alkoholu, stwierdzono również brak jakiejkolwiek zdolności planowania czy organizacji celowego działania oraz że funkcjonuje na poziomie biologicznym. Podłożem jego aspołecznych zachowań był alkohol, stopień demoralizacji osadzonego nie był znaczny, był on świadomy obowiązujących zasad współżycia społecznego i gdy był trzeźwy to ich przestrzegał. Ze względu na deficyt intelektualny nie był jednak w stanie uczestniczyć w terapii odwykowej. W opinii personelu skazany nie miał świadomości popełnionego czynu, był przekonany, że żona, którą zabił, mieszka w swoim domu, nie traktował zakładu karnego jak więzienia, myślał że to dom. Osadzony był w celi dwuosobowej z bezkonfliktowym skazanym. Posiadał trudności z przestrzeganiem higieny, wymagał pomocy współosadzonego w codziennym

<sup>435</sup> BPW.517.5.2016.

funkcjonowaniu i z takim właśnie skazanym był wtedy osadzony. Nie posiadał cech wiktyminnych, nie wchodził w konflikty. Według relacji personelu więziennego Zygmunt R. posiadał niepełną orientację we własnej sytuacji, nie wiedział gdzie się znajduje, gubił się na korytarzach, na nic się nie skarżył, ale też niczego nie potrzebował. Nie umiał pisać, prośby i wnioski pisali mu inni skazani.

Nieco innym przypadkiem, jest przykład osadzonego Dawida C.<sup>436</sup> przebywającego ówczesnie w Areszcie Śledczym w W. Skazany ten został doprowadzony do zakładu karnego w celu odbycia kar orzeczonych prawomocnymi wyrokami w wymiarze 10 i 6 miesięcy, za dokonanie przestępstw z art. 278 § 1 k.k., 275 § 1 k.k., 276 k.k., 278 § 5 k.k. oraz art. 62 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Niemal do końca karę pozbawienia wolności odbywał w warunkach zakładu karnego typu zamkniętego, w systemie zwykłym. Koniec kary przypadał skazanemu na dzień 14 kwietnia 2016 r.

Z opinii sądowno-psychiatrycznej sporządzonej w dniu 10 lipca 2013 r. wynika, że biegli lekarze psychiatrzy rozpoznali u skazanego organiczne pourazowe zaburzenia osobowości z regresem funkcji poznawczych i intelektu – w dniu 14 listopada 2011 r. skazany doznał urazu czaszkowo-mózgowego, ze złamaniem lewej kości skroniowej i ciemieniowej (osadzony nie posiadał kości czaszki niemal na połowie powierzchni głowy). Stwierdzono, że pobyt w zakładzie karnym stanowić będzie poważne niebezpieczeństwo dla jego zdrowia i życia. Mając na uwadze opinię lekarzy psychiatrów skazanemu dwukrotnie odraczano wykonanie kary 6 miesięcy pozbawienia wolności (w dniu 30 lipca 2013 r. i w dniu 31 grudnia 2013 r.) oraz dwukrotnie orzekano wobec niego przerwę w wykonaniu kary 10 miesięcy pozbawienia wolności na podstawie art. 150 § 1 k.k.w. w zw. z art. 153 § 1 k.k.w. (w dniu 26 września 2013 r. na okres 6 miesięcy i w dniu 7 lipca 2014 r. na okres 3 miesięcy).

Pozyskane informacje w sprawie Dawida C. wskazują, że stan jego zdrowia nie uległ poprawie od czasu ostatnich postanowień o odroczeniu kary oraz udzieleniu przerwy w wykonaniu kary, którą orzekano na czas określony, niemniej jednak w związku z zaistnieniem przesłanek wskazanych w art. 150 § 1 k.k.w., czyli z powodu choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby uniemożliwiającej wykonanie kary do czasu ustania przeszkody. Z protokołu posiedzenia Sądu Rejonowego w R. z dnia 4 września 2013 r. wynika, że trudno ocenić jak długo przeciwwskazania dla odbywania kary przez skazanego będą aktualne. Lekarz psychiatra wskazał, że cyt.: „w 100% nigdy nie da się wykluczyć zagrożenia dla życia lub zdrowia skazanego w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności. Wypełniony ubytek kości w czaszce jest niestabilny, co przy ewentualnym kolejnym urazie może prowadzić do poważnych konsekwencji, włącznie ze śmiercią, w zależności od rodzaju obrażeń”.

Z analizy akt osobowych skazanego wynika jednak, że od czasu udzielenia mu przerwy w karze, w dniu 7 lipca 2014 r., nie podejmowano działań w celu

<sup>436</sup> IX.517.2.2015.



ustalenia, czy dotychczasowe przeszkody uniemożliwiające wykonanie kary ustały i czy jego aktualny stan zdrowia pozwala na wykonanie kary pozbawienia wolności oraz czy osadzenie skazanego w warunkach izolacji więziennej nie będzie dla niego łączyło się z nadmiernie dolegliwymi skutkami.

Dopiero działania podjęte przez Rzecznika Praw Obywatelskich zmobilizowały Służbę Więzienną oraz sąd penitencjarny do zajęcia się sprawą ww. osadzonego. Sędzia penitencjarny przeprowadził wizytację doraźną, zobowiązał Kierownika Ambulatorium Izby Chorych w Areszcie Śledczym W. do spowodowania wykonania konsultacji psychiatrycznej skazanego w nieprzekraczalnym terminie 2 tygodni i wszczął z urzędu postępowanie o orzeczenie przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności. W toku prowadzonego postępowania w dniu 16 lutego 2016 r. przeprowadzono dowód z opinii biegłych lekarzy psychiatrów, którzy nie stwierdzili u skazanego choroby psychicznej, ani zaburzeń świadomości. Rozpoznali organiczne zaburzenia osobowości i zachowanie z elementami otępiennymi. W ocenie biegłych, w ówczesnym stanie zdrowia psychicznego Dawid C. mógł odbywać karę pozbawienia wolności, z tym, że wskazane byłoby, aby karę tą odbywał w warunkach oddziału terapeutycznego dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami osobowości lub upośledzonych umysłowo. Postanowieniem z dnia 29 lutego 2016 r. (a więc na półtora miesiąca przez zakończeniem wykonywania kary) sąd nie udzielił skazanemu przerwy w odbywaniu kary pozbawienia wolności. W dniu 8 marca 2016 r. skazany został przetransportowany do Zakładu Karnego w S., celem umieszczenia w oddziale terapeutycznym.

W analizowanym przypadku dostrzec można dwie nieprawidłowości związane z postępowaniem wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną (i fizyczną). Pierwsza dotyczy działań sądu, druga zaś Służby Więziennej. Sąd, po zakończeniu odroczenia kary lub przerwy w karze, bez zbadania czy ustały przeszkody w wykonaniu kary, wydaje nakaz przyjęcia do zakładu karnego. Służba Więzienna natomiast, mając całokształt wiedzy o sytuacji skazanego, również nie podejmuje działań, które miałyby na celu sprawdzenie, czy skazany jest zdolny do odbywania kary pozbawienia wolności (np. nie kieruje wniosku do sędziego penitencjarnego, by w ramach nadzoru penitencjarnego zbadał sprawę).

Konkludując powyższe przypadki należy zwrócić uwagę, iż problem pobytu osób podobnych do Zygmunta R. i Daniela C. w warunkach izolacji penitencjarnej był już przedmiotem zainteresowania Rzecznika. W wystąpieniu do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 21 grudnia 2015 r. w sprawie pozbawionych wolności osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, Rzecznik zwrócił uwagę na fakt, iż prawo karne nie może zastępować polityki socjalnej państwa, a w sytuacji, gdy w więzieniach przebywają osoby chore psychiczne czy upośledzone intelektualnie w stopniu znacznym, to tak właśnie się dzieje. Rzecznik zaznaczył ponadto, iż nie można być obojętnym wobec zaistnienia powyższych sytuacji i obawiać się, że podjęte działania mogą być odczytane jako polemika z niezawisłym sądem. Wskazał, że obowiązkiem Służby Więziennej jest

informowanie sądów o pobycie w więzieniu osoby, której choroba psychiczna lub stopień rozwoju psycho-fizycznego nie pozwala na osiągnięcie celów kary określonych w art. 67 k.k.w. Taka sytuacja powinna być również zasygnalizowana sędziemu penitencjarnemu, który sprawuje nadzór na legalnością i prawidłowością wykonywania kary pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania<sup>437</sup>.

Przedmiotowy apel Rzecznika został zauważony przez Służbę Więzienną. Wśród założeń, jakie Zastępca Dyrektora Generalnego Służby Więziennej skierował do wszystkich Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej<sup>438</sup> znalazło się i to, które przypominało o konieczności powiadamiania sądów penitencjarnych o przypadkach przebywania w jednostkach penitencjarnych osób upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym, osób ubezwłasnowolnionych oraz osadzonych, których pobyt w jednostce penitencjarnej z różnych innych względów może budzić wątpliwości.

## 9. Podsumowanie

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w warunkach izolacji penitencjarnej to wcale nierzadki przypadek. Osoby takie były, są lub będą w niemal każdej jednostce penitencjarnej. Z drugiej strony, niewiadoma jest liczba osób osadzonych o niezdiagnozowanych deficytach bądź zdiagnozowanych niewłaściwie. Taki stan rzeczy powoduje wiele problemów i zagrożeń, tak dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, jak i dla porządku, czy bezpieczeństwa danej jednostki. Stąd też, istotną rolę odgrywa poprawne zweryfikowanie posiadanych deficytów przez tę grupę osadzonych, tak pod względem ich prawno-karnej odpowiedzialności, jak również zdolności do odbywania kary w określonych warunkach penitencjarnych. Zdarzyć się wreszcie może też i tak, że z uwagi na skalę posiadanych niedostatków, pobyt osoby niepełnosprawnej intelektualnie w jednostce penitencjarnej, będzie mijał się z celem wykonywania kary pozbawienia wolności lub wręcz stanowił zagrożenie dla życia i zdrowia osadzonego. Wówczas, wszystkie właściwe w tej kwestii organy postępowania wykonawczego, winne powziąć czynności zmierzające do zweryfikowania podstaw dalszego osadzenia tej osoby w zakładzie karnym bądź areszcie śledczym.

Sam pobyt osoby z niepełnosprawnością intelektualną w więzieniu nie powinien wreszcie sprowadzać się do „przechowania” tej osoby do końca kary. Tylko pełne zaangażowanie administracji jednostki penitencjarnej, a w szczególności kadry penitencjarnej w proces resocjalizacji skazanych, pozwoli najpierw na ich poprawną adaptację do warunków więziennych, a następnie stworzy szansę prawidłowej egzystencji w społeczeństwie. Służyć temu powinny systemowo opracowane oddziaływania, które będą uwzględniały indywidualne potrzeby tej specyficznej kategorii skazanych, jak również możliwości Służby Więziennej.

<sup>437</sup> Pismo z dnia 21 grudnia 2015 r., IX.517.2.2015.

<sup>438</sup> Pismo Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 5 lipca 2016 r, BP-073-173/16.

# Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych

## 1. Wprowadzenie

Na kwestię stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób wykazujących zaburzenia psychiczne, przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych, zwrócono po raz pierwszy uwagę w związku z wnioskiem osadzonego Szymona S., odbywającego karę pozbawienia wolności w Zakładzie Karnym w C.<sup>439</sup> Skarżył się on, że więzienna służba zdrowia podaje mu leki wbrew jego woli, stosując przy tym siłę fizyczną.

Mając na uwadze generalną zasadę, obowiązującą także wobec pacjentów więziennej służby zdrowia, iż pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody<sup>440</sup>, a ograniczenie tego prawa może mieć miejsce jedynie w wyjątkowych przypadkach, określonych w ustawie<sup>441</sup>, zdecydowano o podjęciu do badania skargi osadzonego.

Przeprowadzone czynności wyjaśniające doprowadziły do ustalenia, że podanie osadzonemu leku bez jego zgody nastąpiło w ramach procedury stosowania przymusu bezpośredniego, określonej w przepisach ustawy z dnia 19 sierpnia

<sup>439</sup> II.517.564.2014, wniosek z dnia 6.11.2012 r.

<sup>440</sup> Art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2016 r. poz. 186.

<sup>441</sup> W stosunku do osób pozbawionych wolności, przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych, takie wyłączenie przewidują w szczególności przepisy art.118 § 2-4 k.k.w.:

§ 2. W wypadku gdy życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo, stwierdzone co najmniej przez dwóch lekarzy, można dokonać koniecznego zabiegu lekarskiego, nie wyłączając chirurgicznego, nawet mimo sprzeciwu skazanego.

§ 3. W wypadku sprzeciwu skazanego o dokonaniu zabiegu orzeka sąd penitencjarny. Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie.

§ 4. W nagłym wypadku, jeżeli zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo śmierci skazanego, o konieczności zabiegu decyduje lekarz.

nia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>442</sup>. Przepisy tej ustawy dopuszczają stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów, którzy wykazują zaburzenia psychiczne i którzy jednocześnie swoim zachowaniem stwarzają zagrożenie dla życia lub zdrowia własnego lub innej osoby, dla bezpieczeństwa powszechnego lub mienia, albo w poważny sposób zakłócają funkcjonowanie placówki leczniczej<sup>443</sup>. W rozumieniu przepisów ustawy „osoby z zaburzeniami psychicznymi” to osoby chore psychicznie (wykazujące zaburzenia psychotyczne), upośledzone umysłowo lub wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, zaliczane zgodnie ze stanem wiedzy medycznej do zaburzeń psychicznych, które wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym (art. 3 pkt 1). Ustawa wymienia cztery formy przymusu bezpośredniego: przytrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie oraz izolację (art. 3 pkt 6).

Jak ustalono, osadzony Szymon S. odbywał karę pozbawienia wolności w oddziale terapeutycznym z uwagi na stwierdzone u niego zaburzenia osobowości, pozostawał również pod opieką psychiatry w związku z okresowym występowaniem dekompensacji o charakterze paranoicznym. Z wyjaśnień udzielonych przez organy więziennictwa wynikało, że osadzony dopuścił się napaści fizycznej na innego osadzonego, za co wymierzono mu karę dyscyplinarną umieszczenia w celi izolacyjnej. Podczas pobytu w tej celi został zbadany przez lekarza psychiatrę, który stwierdził u niego znacznie obniżoną zdolność kontroli emocji oraz niski próg frustracji. W dokumentacji lekarz zapisał ponadto, że osadzony jest pobudzony i wypowiada słowa wulgarne. Psychiatra podjął decyzję o zastosowaniu wobec osadzonego przymusu bezpośredniego w postaci podania leków pod przymusem: jednego leku o działaniu doraźnym i drugiego o przedłużonym działaniu. Po podaniu leków Szymona S. pozostawiono w celi izolacyjnej, gdzie dalej odbywał karę dyscyplinarną.

Na podstawie udzielonych wyjaśnień zasadnicze wątpliwości wzbudziła w tym przypadku sama zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego. Zapisy w dokumentacji ze stosowania przymusu bezpośredniego nie dawały bowiem podstaw do przyjęcia, że spełnione zostały obie przesłanki, o których mowa w ustawie - medyczna i behawioralna - uprawniające do zastosowania

<sup>442</sup> Tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 546.

<sup>443</sup> Art. 18 § 1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

- 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
  - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
  - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
- 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.



przymusu. Żadna z informacji zamieszczonych w opisie stanu osadzonego nie wskazywała na występowanie u niego w danym momencie zaburzeń psychicznych, także opis zachowania nie wskazywał, aby stwarzał on zagrożenia opisane przez ustawodawcę w art. 18 ustawy. Jednocześnie nie uznano za możliwe do przyjęcia, jak to wskazywały w swych wyjaśnieniach organy więziennictwa, aby podstawą do zastosowania przymusu mogła być agresja wobec współosadzonego, której Szymon S. dopuścił się cztery dni wcześniej, zaś do stwierdzenia spełnienia przesłanki wystąpienia zaburzeń psychicznych wystarczające były opinie zawarte w orzeczeniu psychologiczno-penitencjarnym z 2009 r. i świadectwie lekarskim o stanie zdrowia psychicznego, również z 2009 r.

Problematyczne wydało się także podanie skazanemu w tych okolicznościach leku o przedłużonym działaniu, zważywszy, że przymus bezpośredni ma być przecież środkiem doraźnym, stosowanym tak krótko, jak to tylko możliwe, nakierowanym na szybkie przerwanie niebezpiecznego działania pacjenta i przywrócenie mu zdolności samokontroli. Dodatkowe obiekcje budziło pozostawienie osadzonego w celi izolacyjnej, aby dalej odbywał karę dyscyplinarną, mimo uznania, że występują u niego zaburzenia psychiczne w stopniu wymagającym zastosowania przymusowego leczenia, i nieskierowanie go do oddziału szpitalnego, gdzie personel medyczny mógłby monitorować jego stan po podaniu leków i ewentualnie na bieżąco reagować w przypadku braku poprawy stanu zdrowia lub wystąpienia efektów niepożądanych. Jako niewłaściwe oceniono ponadto zamieszczenie w dokumentacji medycznej osadzonego zalecenia stosowania przymusu bezpośredniego w postaci podania leku pod przymusem w przypadku ponowienia przez niego w przyszłości zachowań niebezpiecznych.

W związku z tak licznymi wątpliwościami, dotyczącymi oprócz kwestii prawno-karnych w znacznej mierze także sfery czysto medycznej, zwrócono się z prośbą o opinię na temat prawidłowości działań podjętych przez personel medyczny Zakładu Karnego w C. do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii<sup>444</sup>.

Ekspert podzielił pogląd, że adnotacje lekarza poczynione w dokumentacji ze stosowania przymusu bezpośredniego nie wskazują, aby u Szymona S. w chwili zastosowania przymusu występowały zaburzenia psychiczne, jak również, aby przejawiał on agresję fizyczną<sup>445</sup>. Choć przyjmuje się, iż agresja werbalna, jeżeli ma postać groźby wywołania poważnych negatywnych skutków dla innej osoby i może rodzić uzasadnione poczucie jej spełnienia, także może być potraktowana jako zamach na życie lub zdrowie, to jednak w ocenie konsultanta wojewódzkiego w tym przypadku taka sytuacja nie zaistniała. Również pobicie przez Szymona S. innego osadzonego nie mogło, w ocenie eksperta, stanowić uzasadnienia dla zastosowania przymusu bezpośredniego w cztery dni po tym zdarzeniu.

<sup>444</sup> II.517.564.2014, pismo zastępcy RPO z dn. 30.09.2013 r.,

<sup>445</sup> II.517.564.2014, odpowiedź konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii z dn. 16.12.2013 r.

Konsultant wojewódzki ocenił jako niedopuszczalne zastosowanie leku o przedłużonym działaniu w wykonaniu regulacji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w postaci podania leku pod przymusem. Uznał, że cel tego przepisu oraz doraźny i bezpośredni charakter środków przymusu wykluczają wprowadzanie przymusowych oddziaływań leczniczych, których czas stosowania wykraczać będzie poza minimalny przedział czasowy, niezbędny dla zapewnienia ochrony zdrowia i życia ludzkiego. Podniósł także, że przymusowe zastosowanie leków o przedłużonym działaniu uniemożliwia zaprzestanie ich stosowania, kiedy odpadną ku temu podstawy i z tego względu podanie takiego leku w ramach stosowania przymusu bezpośredniego uznał za błąd lekarski.

Jako nie do przyjęcia ekspert ocenił również formułowanie „na przyszłość” zaleceń o przymusowym podawaniu pacjentowi leku w razie ponownego wystąpienia u niego zachowań zagrażających życiu lub zdrowiu innych. Uznał, że prowadzi to do obejścia zasady bezpośredniego kontaktu lekarza z pacjentem przed podjęciem decyzji o wyborze sposobu postępowania leczniczego w danym przypadku.

O dokonanych ustaleniach i wnioskach płynących z przeprowadzonego postępowania został poinformowany Dyrektor Generalny Służby Więziennej. W wystąpieniu<sup>446</sup> Rzecznik zwrócił uwagę, że zarówno skala i waga nieprawidłowości stwierdzonych w postępowaniu personelu służby zdrowia Zakładu Karnego w C., jak i fakt, że zawiodła kontrola sprawowana przez organy nadzoru, mogą wskazywać na potrzebę podjęcia generalnych działań sprawdzających, po to aby zapewnić w zakładach karnych i aresztach śledczych praworządne stosowanie przymusu bezpośredniego wobec przebywających tam osób z zaburzeniami psychicznymi.

Niestety, Dyrektor Generalny Służby Więziennej nie podzielił zgłoszonych zastrzeżeń<sup>447</sup>. Pomijając opinię konsultanta wojewódzkiego w tej sprawie uznał, że zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec Szymona S. było uzasadnione zarówno jego stanem psychicznym, jak i zachowaniem, nie dopatrył się też znamion błędu medycznego w postępowaniu lekarza. Podzielił jedynie pogląd, że niewłaściwe jest formułowanie zaleceń odnośnie stosowania przymusu bezpośredniego pod postacią podania leku bez zgody pacjenta, w przypadku pojawienia się w przyszłości zachowań zagrażających życiu i zdrowiu osób lub bezpieczeństwu mienia i może skutkować wystąpieniem potencjalnych nadużyć. Ponieważ jednak w tym przypadku nie doszło do zrealizowania takiego zalecenia, nie znalazł podstaw do podejmowania jakichkolwiek działań. Skargę osadzonego uznał w całości za nieuzasadnioną.

Stanowisko Dyrektora Generalnego wzbudziło poważny niepokój Rzecznika, ponieważ wyraźnie wskazywało, iż przedstawione mu problemy zostały zbaga-

<sup>446</sup> II.517.564.2014, wystąpienie zastępcy RPO z dnia 22.01.2014 r.

<sup>447</sup> II.517.564.2014, odpowiedź Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 25.02.2014 r. na wystąpienie generalne.





telizowane. W tym czasie do Rzecznika wpływały natomiast kolejne wnioski osadzonych, z różnych jednostek penitencjarnych, którzy podnosili zarzuty nieuzasadnionego stosowania wobec nich przymusu bezpośredniego na podstawie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niewłaściwego traktowania podczas stosowania tych środków, zaś badanie tych skarg ujawniało powtarzające się nieprawidłowości.

W tej sytuacji uznano, że problem wymaga podjęcia kompleksowych działań w celu samodzielnego, szczegółowego zbadania tej kwestii przez Rzecznika na miejscu w jednostkach penitencjarnych. Zwrócono się do wszystkich dyrektorów okręgowych Służby Więziennej z prośbą o udzielenie informacji, czy w podległych im jednostkach stosuje się przymus bezpośredni na podstawie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ile było takich przypadków w latach 2013-2014, jaki rodzaj przymusu stosowano i z jakich przyczyn.

Informacje uzyskane z okręgowych inspektoratów Służby Więziennej pokazały, że skala stosowania w jednostkach penitencjarnych przymusu bezpośredniego w oparciu o przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest znaczna: w ciągu dwóch lat odnotowano w sumie ponad 1,4 tys. takich przypadków w jedenastu zakładach karnych i aresztach śledczych na terenie całego kraju. Były to jednostki penitencjarne, w których funkcjonowały szpitale z oddziałami psychiatrycznymi, oddziałami psychiatrii sądowej (z miejscami dla pacjentów z rozpoznaniem choroby psychicznej) lub oddziałami chorób wewnętrznych. W większości przypadków (blisko 60%) przymus bezpośredni stosowany był wobec osób, u których wystąpiły ciężkie objawy zespołu abstynencyjnego po odstawieniu środka uzależniającego, wymagające intensywnej terapii. W pozostałych przypadkach (nieco ponad 40%) zastosowanie przymusu dotyczyło osób, które dokonały zamachu na życie lub zdrowie własne, innej osoby albo dopuszczały się niszczenia mienia.

We wszystkich jedenastu jednostkach penitencjarnych stosowany był przymus w postaci unieruchomienia, przy czym w czterech była to jedyna stosowana forma. W sześciu jednostkach obok unieruchomienia stosowano również podanie leku pod przymusem (nieliczne zdarzenia), w jednej spośród nich miało ponadto miejsce kilka przypadków samoistnego stosowania przytrzymania. Tylko w jednej jednostce penitencjarnej obok unieruchomienia stosowano również przymus bezpośredni w postaci izolacji.

Na podstawie informacji uzyskanych z okręgowych inspektoratów Służby Więziennej do przeprowadzenia czynności kontrolnych wytypowano, oprócz Zakładu Karnego w C.<sup>448</sup>, jeszcze trzy jednostki: Areszt Śledczy w K.<sup>449</sup>, Areszt

<sup>448</sup> II.517.1207.2015.

<sup>449</sup> IX.517.124.2015.

Śledczy w B.<sup>450</sup> i Zakład Karny Nr 2 w Ł.<sup>451</sup>. Wizytacje w tych jednostkach zostały przeprowadzone przez przedstawicieli Rzecznika Praw Obywatelskich w okresie od marca 2015 r. do września 2016 r.

## 2. Podstawy prawne stosowania przymusu bezpośredniego

Wolność osobista jednostki podlega ochronie przewidzianej w przepisach Konstytucji RP. Ingerencja w wolność osobistą człowieka może mieć miejsce tylko wówczas, gdy przewiduje to ustawa i tylko wtedy, gdy jest to konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób (art. 31 ust. 3 i art. 41 ust. 1 Konstytucji RP).

Jak już wskazano wcześniej, stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi dopuszcza ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, regulując jednocześnie zasady jego stosowania. Ustawa upoważniła ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania, w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, przepisów wykonawczych. Wykonaniem tej delegacji jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania<sup>452</sup>. Te dwa akty prawne normują postępowanie osób stosujących przymus, wprowadzając gwarancje, które mają tak dalece jak to możliwe minimalizować negatywne skutki ingerencji w wolność pacjenta. Ich przepisy stosuje się również do osób pozbawionych wolności, będących pacjentami szpitali więziennych.

### A. Przesłanki zastosowania przymusu bezpośredniego

Przymus bezpośredni polega na zastosowaniu siły fizycznej, środków technicznych lub farmakologicznych w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i jego otoczenia lub wykonania zabiegów leczniczych. Jest interwencją terapeutyczną służącą leczeniu chorego, a zwłaszcza pomocy w odzyskaniu przez niego zdolności samokontroli<sup>453</sup>.

Zastosowanie przymusu jest możliwe wobec pacjenta tylko wtedy, gdy spełnione są łącznie przesłanki wynikające z dwóch warunków: warunek pierwszy - pacjent musi przejawiać zaburzenia psychiczne pozwalające zakwalifikować go do jednej z grup wskazanych w art. 3 pkt 1 ustawy, warunek drugi - osoba ta zachowuje się w sposób wskazujący na stwarzanie zagrożeń opisanych

<sup>450</sup> IX.517.1465.2016.

<sup>451</sup> IX.517.3524.2016.

<sup>452</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 740.

<sup>453</sup> P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, Komentarz*, Warszawa 2016, wyd. Wolters Kluwer, s. 124.



w art. 18 ust. 1 pkt 1-3 ustawy albo do zastosowania przymusu upoważnia przepis ustawy<sup>454</sup>. Jeśli jeden z tych warunków nie jest spełniony, nie ma podstaw do zastosowania przymusu bezpośredniego.

## **B. Rodzaje przymusu bezpośredniego**

Ustawa wymienia enumeratywnie środki przymusu bezpośredniego, które mogą być stosowane. Są to: 1/ przytrzymanie, polegające na doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniu osoby z użyciem siły fizycznej, 2/ przymusowe podanie leków, polegające na doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniu leków do organizmu pacjenta bez jego zgody, 3/ unieruchomienie, polegające na dłużej trwającym obezwładnieniu osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych<sup>455</sup>, 4/ izolacja, polegająca na umieszczeniu osoby pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu. Ustawodawca ograniczył możliwość stosowania niektórych form przymusu bezpośredniego w zależności od rodzaju zachowań prezentowanych przez pacjenta i stwarzanego zagrożenia: w przypadku osób, które poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego dopuścił stosowanie jedynie przytrzymania lub przymusowego podania leku. Zezwolił na stosowanie jednocześnie więcej niż jednego środka, zastrzegł jednak, że przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego stosowania. Osoby wykonujące przymus powinny być w każdym czasie gotowe do odstąpienia od

<sup>454</sup> Przepisy ustawy wprost upoważniają do zastosowania przymusu bezpośredniego, gdy zachodzi konieczność przewiezienia badanego pacjenta do szpitala (art. 21 ust. 3), wobec osoby przyjętej do szpitala bez jej zgody, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych, jak również w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala psychiatrycznego przez tę osobę (art. 34), w przypadku wystąpienia u osoby przebywającej w domu pomocy społecznej bez jej zgody, zachowań zagrażających jej życiu lub zdrowiu, lub życiu lub zdrowiu innych osób, jak również w celu zapobieżenia opuszczeniu przez tę osobę domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego (art. 40 ust. 3), przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego (art. 46a ust. 1).

<sup>455</sup> Obecnie trwają prace nad nowelizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Projekt ustawy zmieniającej przewiduje modyfikację definicji przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, zawartej w art. 3 w pkt 6 lit. c ustawy, poprzez usunięcie z niej sformułowania „lub innych urządzeń technicznych”. Ma to związek z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24.07.2013 r. (Kp 1/13), w którym Trybunał orzekł, że przepis ustawy z dnia 4 stycznia 2013 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w zakresie, w jakim umożliwia stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia z użyciem „innych urządzeń technicznych” jest niezgodny z art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 i art. 2 Konstytucji RP. Trybunał Konstytucyjny uznał, że wprowadzenie otwartego katalogu urządzeń technicznych służących stosowaniu przymusu bezpośredniego, przy jednoczesnym niezdefiniowaniu wyrażenia „inne urządzenia techniczne”, nie daje możliwości precyzyjnego ustalenia sposobów, w jaki może zostać ograniczona konstytucyjna wolność adresatów zaskarżonego przepisu. Ponieważ zakwestionowane przez Trybunał Konstytucyjny sformułowanie „inne urządzenia techniczne” znajduje się także w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, powinno zostać z przepisów ustawy wyeliminowane.

jego stosowania, jeśli pacjent dobrowolnie podda się interwencjom lekarskim i zacznie współpracować w procesie leczniczo-terapeutycznym, gdyż ustają wówczas przesłanki jego stosowania<sup>456</sup>.

### **C. Podjęcie decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego**

Osobą uprawnioną do zastosowania środka przymusu bezpośredniego jest lekarz (każdej specjalności, nie tylko psychiatra), a w nagłych sytuacjach także pielęgniarka, która jest zobowiązana o fakcie zastosowania przymusu niezwłocznie zawiadomić lekarza. Przed zastosowaniem przymusu bezpośrednio należy uprzedzić o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty, zanim wykonane zostaną jakiegokolwiek czynności bez jego zgody. Lekarz niezwłocznie, po osobistym badaniu pacjenta, powinien zatwierdzić zastosowanie przymusu przez pielęgniarkę lub nakazać zaprzestanie jego stosowania. Osoba podejmująca decyzję o zastosowaniu przymusu określa jego rodzaj, wybierając środek, który będzie możliwie najmniej uciążliwy dla pacjenta i jest zobowiązana osobiście nadzorować jego wykonanie. Wszystkie osoby stosujące przymus są zobowiązane czynić to z zachowaniem szczególnej ostrożności i dbałości o dobro pacjenta.

### **D. Czas stosowania**

Przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji można stosować nie dłużej niż 4 godziny. Po upływie tego czasu stosowanie przymusu może być przedłużone, jeśli potrzeba stosowania środka nie ustała, przy czym decyzję w tej sprawie może podjąć wyłącznie lekarz, po osobistym zbadaniu pacjenta. Przedłużenie może nastąpić na następne dwa okresy nie dłuższe niż 6-godzinne. Dalsze przedłużenie, na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne, dopuszczalne jest wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza oraz uzyskaniu opinii innego lekarza, będącego lekarzem psychiatrą. Jeśli zachodzi konieczność stosowania przymusu przez okres dłuższy niż 24 godziny, lekarz ma obowiązek powiadomienia ordynatora (lekarza kierującego oddziałem lub jednostką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni).

### **E. Stan i wyposażenie pomieszczeń do stosowania izolacji lub unieruchomienia**

Pomieszczenie do stosowania izolacji powinno odpowiadać pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala i być urządzone w taki sposób, aby osoba w nim umieszczona była zabezpieczona przed uszkodzeniem ciała. Pobyt pacjenta w tym pomieszczeniu powinien być moni-

<sup>456</sup> P. Gałecki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, Komentarz*, Warszawa 2016, wyd. Wolters Kluwer, s. 128 - 129.



torowany za pomocą kamer, co służyć ma zarówno kontroli jego stanu, jak również kontroli prawidłowości sprawowania nad nim opieki. Obraz monitoringu powinien być utrwalany, a następnie przechowywany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące i nie dłuższy niż 6 miesięcy. Po upływie terminu przechowywania zapis z monitoringu powinien być trwale usunięty, tak aby nie było możliwe jego odzyskanie. Z czynności usunięcia powinien zostać sporządzony protokół.

Przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, zgodnie z dyspozycją rozporządzenia, stosuje się w pomieszczeniu jednoosobowym. Jeśli nie jest to możliwe, dopuszcza się stosowanie przymusu wobec pacjenta w pomieszczeniu, w którym przebywają także inne osoby, jednak pacjent powinien być od nich oddzielony w sposób zapewniający poszanowanie jego godności i intymności, w szczególności podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych. Inaczej niż w przypadku stosowania izolacji, przepisy nie przewidują monitorowania za pomocą kamer osoby unieruchomionej.

Stosując przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia lub izolacji należy usunąć z otoczenia pacjenta przedmioty, które mogą zagrażać bezpieczeństwu życia lub zdrowia jego lub innych osób (w szczególności przedmioty ostre, źródła ognia, ale także przedmioty osobiste, jak okulary, protezy zębowe, paski, szelki, sznurowadła).

## **F. Kontrola sprawowana przez pielęgniarkę**

Zarówno w stosunku do osoby unieruchomionej, jak i izolowanej, pielęgniarka prowadzi stałą, osobistą kontrolę jej stanu fizycznego przez cały czas stosowania środka. W odstępach czasowych nie dłuższych niż 15 minut pielęgniarka ocenia stan pacjenta, a w przypadku wystąpienia zagrożenia dla jego zdrowia lub życia ma obowiązek natychmiast zawiadomić lekarza. Umożliwia także pacjentowi zaspokojenie pragnienia i spożycie posiłku. W stosunku do osób unieruchomionych, podczas kontroli pielęgniarka ocenia prawidłowość unieruchomienia, sprawdzając, czy pasy lub inne zastosowane urządzenia techniczne nie są założone zbyt luźno lub zbyt ciasno oraz nie rzadziej niż co 4 godziny zapewnia krótkotrwałe częściowe lub całkowite uwolnienie pacjenta w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych (m. in. zaspokojenia pragnienia, spożycia posiłku, skorzystania z toalety).

Przepisy rozporządzenia stanowią, że przymus bezpośredni może być wykonywany jedynie przez osoby, które zostały wcześniej odpowiednio poinstruowane w tym zakresie. Za dostarczenie stosownej wiedzy personelowi medycznemu, jak również innym osobom uczestniczącym w stosowaniu przymusu (w zakładach karnych i aresztach śledczych mogą to być funkcjonariusze Służby Więziennej) odpowiada kierownik podmiotu leczniczego, którym w przypadku jednostek penitencjarnych jest dyrektor zakładu karnego lub aresztu śledczego.

### **G. Dokumentowanie stosowania przymusu bezpośredniego**

Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej (w szczególności w historii choroby pacjenta, księdze raportów pielęgniarskich, rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego). Lekarz zlecający zastosowanie przymusu ma obowiązek sporządzenia pisemnego zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, które niezwłocznie przekazuje kierownikowi podmiotu leczniczego. W przypadku, gdy decyzję o zastosowaniu przymusu podjęła pielęgniarka, przekazuje ona zawiadomienie lekarzowi, który po dokonaniu oceny zasadności zastosowania przymusu i zamieszczeniu w związku z tym odpowiedniej adnotacji w zawiadomieniu, przekazuje je następnie kierownikowi podmiotu leczniczego.

W zawiadomieniu zamieszcza się dane osobowe pacjenta i osób wykonujących przymus, odnotowuje przyczyny posłużenia się przymusem, rodzaj zastosowanego środka, czas jego zastosowania, fakt uprzedzenia osoby o możliwości zastosowania przymusu, a także przebieg stosowania przymusu i skutki jego zastosowania dla pacjenta. Kierownik podmiotu leczniczego lub upoważniony przez niego lekarz, w terminie trzech dni dokonuje oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego i informację tę zamieszcza w zawiadomieniu.

Jeżeli wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi zastosowany został przymus w postaci unieruchomienia lub izolacji, należy ponadto założyć kartę zastosowania unieruchomienia lub izolacji. Oprócz danych pacjenta, w tym dokumencie podaje się rodzaj zastosowanego przymusu i zamieszcza uzasadnienie tego wyboru, wskazuje się powód jego zastosowania, czas rozpoczęcia i zakończenia stosowania, a także czas i przyczyny ewentualnego przedłużania unieruchomienia lub izolacji. Ponadto, karta zawiera tabelę obserwacji pacjenta, w której w odpowiednich rubrykach za pomocą oznaczeń kodowych odnotowuje się, w odstępach co 15 minut, informacje o zachowaniu pacjenta i wykonywanych wobec niego czynnościach (np. śpi, śmieje się, szarpie, wykrzykuje, podanie posiłku, chwilowe zwolnienie). Kopię karty przekazuje się w ślad za zawiadomieniem kierownikowi podmiotu leczniczego po zakończeniu stosowania przymusu, a w przypadku przedłużenia jego stosowania, nie później niż po upływie każdych kolejnych 24 godzin jego stosowania. Oryginał karty załącza się do historii choroby pacjenta.

### **H. Kontrola ze strony podmiotów zewnętrznych**

Oprócz kontroli wewnętrznej sprawowanej przez kierownika podmiotu leczniczego, który ma za zadanie dokonać oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, przepisy przyznają uprawnienia do dokonywania kontroli stosowania tych środków także podmiotom zewnętrznym.



Nadzór nad realizacją zadań przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności sprawuje Dyrektor Biura Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej - Naczelny Lekarz Więziennictwa<sup>457</sup>, a na szczeblu okręgowym naczelnymi lekarzami okręgowych inspektoratów Służby Więziennej. Kontrolę prawidłowości wykonywania kary sprawuje także sędzia penitencjarny (art. 32 k.k.w.)<sup>458</sup>. W ramach wykonywanych zadań podmioty te mają prawo kontrolować stosowanie przymusu bezpośredniego.

Więzienne szpitale (oddziały) psychiatryczne są ponadto objęte kontrolą sędziego wyznaczonego przez prezesa sądu okręgowego na podstawie przepisu art. 43 § 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, sprawowaną w trybie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 11 października 2012 r. w sprawie sprawowania kontroli przyjęcia i przebywania osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej oraz sposobu jej dokumentowania<sup>459</sup>. Do wykonywania tych czynności prezes sądu powinien wyznaczyć sędziego wykazującego się szczególną znajomością problematyki ochrony zdrowia psychicznego. Do zadań sędziego należy kontrola legalności przyjęcia i przebywania w szpitalu osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzegania ich praw oraz kontroli warunków, w jakich przebywają. Prowadząc kontrolę sędzia jest obowiązany badać m. in. prawidłowość prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego (§ 2 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia). Kontrole stałe powinny być przeprowadzane co najmniej raz w roku, w razie uzasadnionego podejrzenia występowania uchybień w funkcjonowaniu szpitala sędzia może przeprowadzić kontrolę doraźną.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przyznaje osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny prawo do pomocy Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w ochronie ich praw (art. 10a i art. 10b). Sposób realizacji określonych w ustawie zadań precyzuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego<sup>460</sup>. W § 3 pkt 2 wskazuje się, że dokonując oceny przestrzegania praw pacjentów szczególną uwagę Rzecznik PPSP powinien zwrócić na osoby, wobec których stosowano przymus bezpośredni.

<sup>457</sup> Zarządzenie Nr 81 /2010 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 8 listopada 2010 r. w sprawie nadania regulaminu organizacyjnego Centralnemu Zarządowi Służby Więziennej, § 26 ust. 1; [http://www.bip.sw.gov.pl/Dokumenty/4\\_RegulaminOrganizacyjnyCZSWlistopad\\_2010.pdf](http://www.bip.sw.gov.pl/Dokumenty/4_RegulaminOrganizacyjnyCZSWlistopad_2010.pdf) (dostęp: 09.10.2017 r.).

<sup>458</sup> Art. 32. Nadzór nad legalnością i prawidłowością wykonywania kary pozbawienia wolności, zastępczej kary pozbawienia wolności, kary aresztu wojskowego, kary aresztu lub zastępczej kary aresztu, kary porządkowej, tymczasowego aresztowania, zatrzymania, środka przymusu skutkującego pozbawieniem wolności oraz środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w zakładzie psychiatrycznym sprawuje sędzia penitencjarny.

<sup>459</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 1147.

<sup>460</sup> Dz. U. z 2006 r. Nr 16, poz. 126 ze zm.

### 3. Podsumowanie wyników wizytacji

Podczas czynności kontrolnych przeprowadzonych w czterech spośród jedenastu jednostek penitencjarnych, w których w kontrolowanym okresie był stosowany przymus bezpośredni na podstawie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, przedstawiciele Rzecznika Praw Obywatelskich zapoznawali się z obowiązującymi w jednostce procedurami postępowania w przypadku stosowania przymusu bezpośredniego, sprawdzano stan i wyposażenie pomieszczeń, w których przymus jest stosowany, analizowano dokumentację dotyczącą zastosowania przymusu, w tym nagrania z monitoringu, zapoznawano się z zapisami dokonanymi w związku z tymi zdarzeniami w aktach osobowych osadzonego, przeprowadzano rozmowy z pacjentami, wobec których stosowano przymus oraz z personelem medycznym. Wybrane przypadki stosowania przymusu poddawano szczegółowej analizie.

W trzech spośród wizytowanych jednostek penitencjarnych stosowano przymus bezpośredni wyłącznie w postaci unieruchomienia, tylko w Zakładzie Karnym Nr 2 w Ł. stosowano także przytrzymanie oraz przymusowe podanie leku. W żadnej z wizytowanych jednostek nie było pomieszczenia do izolacji, toteż ten środek przymusu nie był w ogóle stosowany. W Areszcie Śledczym w B. wszystkie przypadki użycia przymusu dotyczyły pacjentów, u których wystąpiły objawy zespołu abstynencyjnego po odstawieniu środka uzależniającego, natomiast w Zakładzie Karnym Nr 2 w Ł. przymus stosowano wyłącznie w związku z zamachem przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby<sup>461</sup>. W pozostałych dwóch jednostkach występowały przypadki użycia przymusu z obu tych powodów.

W wyniku czynności kontrolnych ujawniono szereg nieprawidłowości, o różnej skali, od mniej znaczących - do których zaliczyć można uchybienia w prowadzeniu dokumentacji - po takie, w których oceniono, że doszło do niehumanitarnego i poniżającego traktowania pacjentów.

<sup>461</sup> Mimo, że w Szpitalu Zakładu Karnego Nr 2 w Ł. funkcjonuje Oddział Detoksykacji, przyjmujący pacjentów z alkoholowym zespołem abstynencyjnym, to wobec tych pacjentów ani razu w badanym okresie nie stosowano przymusu bezpośredniego. Z wyjaśnień udzielonych przez dyrektora Szpitala wynika, że jest to efektem objęcia pacjentów leczeniem w postaci intensywnej tłumienia farmakologicznego, aż do wprowadzenia w kontrolowany farmakologiczny głęboki sen lub kontrolowaną śpiączkę farmakologiczną. Takie postępowanie jest bezpieczniejsze dla pacjenta w porównaniu z płytkim tłumieniem farmakologicznym, ponieważ znacząco zmniejsza niebezpieczne objawy ostrej psychozy alkoholowej, skraca czas ich występowania lub w ogóle eliminuje ich wystąpienie. Oddział dysponuje zarówno odpowiednim sprzętem medycznym, jak i wykwalifikowanym personelem, dzięki czemu ta metoda postępowania z pacjentami może być z powodzeniem stosowana (z informacji udzielonych przez dyrektora Szpitala Zakładu Karnego Nr 2 w Ł., mail z dnia 04.10.2016 r.).





## **A. Zasadność stosowania przymusu bezpośredniego**

### **a. decyzja o zastosowaniu przymusu bezpośredniego**

Podstawowym elementem poddanym ocenie była zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego. Przymus bezpośredni jest dotkliwą ingerencją w dobra osobiste pacjenta, dlatego użycie tego środka powinno mieć miejsce wyłącznie w przypadkach określonych przez ustawę, a lekarz wydający decyzję o jego zastosowaniu powinien w dokumentacji szczegółowo uzasadnić, dlaczego podjęcie takich działań wobec pacjenta było konieczne.

Analizując poszczególne zdarzenia wielokrotnie stwierdzano, że dokumentacja nie zawiera dostatecznego uzasadnienia dla zastosowania przymusu bezpośredniego. Braki dotyczyły niezamieszczenia informacji o zaistnieniu jednego z dwóch koniecznych warunków, określonych w art. 18 ust. 1 ustawy: występowania u pacjenta zaburzeń psychicznych lub zachowania stwarzającego zagrożenie dla niego samego lub otoczenia. Częstość niedostatków było także zbyt lakoniczne formułowanie opisu zaburzeń lub zachowania pacjenta. Zapisów: „pobudzony”, „zachowanie autoagresywne”, „stwarzał zagrożenie dla życia i zdrowia innych osób”, nie można uznać za wystarczające. Informacje w dokumentacji powinny na tyle dokładnie opisywać stan pacjenta i okoliczności zdarzenia, aby dawało to możliwość zrekonstruowania sytuacji, w której doszło do zastosowania przymusu i zweryfikowania słuszności podjętej decyzji.

W przypadkach stwierdzenia takich braków należało rozstrzygnąć, czy świadczą one o niezastnieniu ustawowych przesłanek, w związku z czym zastosowanie przymusu należy uznać za bezpodstawne, czy też przyjąć należy, że są to jedynie uchybienia w prowadzeniu dokumentacji. Wizytujący dokonywali oceny tych przypadków na podstawie analizy zapisów w dostępnej dokumentacji medycznej i osobopoznawczej pacjenta, nagrań z monitoringu oraz w oparciu o wyjaśnienia personelu. W niektórych przypadkach analiza okoliczności zdarzeń doprowadziła do zakwestionowania zasadności użycia przymusu.

*W przypadku Jerzego P. jako przyczynę zastosowania przymusu bezpośredniego podano: „Myśli i tendencje samobójcze. Zagrożenie dla życia i zdrowia własnego. Ochrona wyższego dobra – życie i zdrowie pacjenta”.*

*Z informacji uzyskanych w rozmowie z osadzonym wynikało, że zgłaszał skargi na szykanowanie przez wychowawcę w oddziale i złe warunki w celi, które pozostawały bez reakcji. W poczuciu bezsilności napisał skargę, w której zawarł informację, że jeżeli nie zmieni się ta sytuacja, to popełni samobójstwo albo dokona samoagresji. Liczył, że w ten sposób zwróci uwagę na swój problem, w rzeczywistości - jak twierdził - nie miał zamiarów samobójczych.*

*Do lekarza psychiatry skazany został doprowadzony na wniosek personelu oddziału terapeutycznego, ponieważ - jak odnotowano w historii choroby - „często zgłasza, że źle się czuje”. W rozmowie z wizytującymi osadzony po-*

*dał, że lekarz dysponował napisaną przez niego skargą. Z dalszych zamieszczonych w historii choroby zapisów wynikało, że ze względu na wypowiedane groźby popełnienia samobójstwa lekarz stwierdził realne zagrożenie dla życia i zdrowia osadzonego i podjął decyzję o przyjęciu go do szpitala, a następnie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia.*

Istnieją zasadnicze wątpliwości, czy zgłoszenie zamiaru popełnienia samobójstwa wypełnia obie wskazane w ustawie przesłanki do zastosowania przymusu bezpośredniego, a zwłaszcza, czy jednoznacznie świadczy o występowaniu zaburzeń psychicznych<sup>462</sup>. Podkreślenia wymaga przy tym, że Służba Więzienna wypracowała metody reagowania w podobnych sytuacjach. Zostały one wskazane w Instrukcji Nr 16/10 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 13 sierpnia 2010 r. w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności<sup>463</sup>. Służba Więzienna dysponuje środkami, które pozwalają jej przeciwdziałać tego rodzaju negatywnemu zachowaniu osadzonego poprzez, w szczególności, objęcie go oddziaływaniami psychokorekcyjnymi przez wychowawcę, psychologa, terapeutę, a także wdrożenie działań ochronnych: przeniesienie z celi jednoosobowej do celi wieloosobowej, zwiększenie częstotliwości kontroli zachowania przez oddziałowych, czy wreszcie umieszczenie w celi monitorowanej, gdzie zachowanie osadzonego podlega stałej kontroli. Zastosowanie przymusu bezpośredniego powinno być ostatecznością, gdy wyczerpano możliwości innych działań. W ocenie wizytujących w tym przypadku było ono co najmniej przedwczesne.

*Jako przyczynę zastosowania przymusu bezpośredniego wobec Andrzeja W. podano: „Zagrożenie dla życia i zdrowia innych osób (...) pod wpływem subst. psychoaktywnej. Zaburzenia psychiczne i zachowania pod wpływem nieznannej substancji psychoaktywnej”. W dokumentacji nie wskazano, na czym miałyby polegać zachowanie skazanego zagrażające bezpieczeństwu otoczenia. Takich informacji nie dostarczyły też zapisy w dokumentacji medycznej i osobopoznawczej skazanego, zwłaszcza opisy zdarzenia zawarte w notatkach wychowawcy, jak również ogląd nagrań z monitoringu. Na nagraniu widać, że skazany podczas zdarzenia jest spokojny, sam się przebiera, nie przejawia żadnych zachowań wskazujących na stwarzanie zagrożenia dla osób w jego otoczeniu.*

*Podobnie określono przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia wobec Jarosława S.: „zaburzenia psychotyczne po dopalaczach – stwarzał zagrożenie dla życia i zdrowia innych osób”. Skazany*

<sup>462</sup> T. Wołodźko, A. Kokoszka, *Próba klasyfikacji osób podejmujących zachowania samobójcze – przegląd badań z zastosowaniem analizy skupień.*, Psychiatr. Pol. 2014; s. 823–834.

<sup>463</sup> <http://www.bip.sw.gov.pl/Strony/AktyPrawne.aspx> (dostęp: 09.10.2017 r.).



w rozmowie potwierdził fakt zażycia niedozwolonych środków, podawał jednak, że w żaden sposób nie stwarzał zagrożenia dla bezpieczeństwa innych osób. Potwierdzenia dla takich zachowań skazanego nie odnaleziono także ani w zapisach w dokumentacji osobopoznawczej (opisywano tam jedynie „zachowanie nienaturalne”, „skazany chodził bezwiednie po celi z trudem utrzymując równowagę”, „zbierało go na wymioty”, „bełkotał, nie można było nawiązać z nim kontaktu”), ani w nagraniach z monitoringu - osadzony nie stawiał oporu, przebrał się sam, położył na łóżko, współpracował z funkcjonariuszami w czynnościach związanych z założeniem pasów.

Wystąpienie zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania po zażyciu środków psychoaktywnych nie jest wystarczające dla zastosowania przymusu bezpośredniego, jeśli osoby te nie zachowują się w sposób stwarzający zagrożenie dla nich samych, osób w ich otoczeniu albo mienia lub w sposób powodujący zakłócenia w funkcjonowaniu placówki leczniczej. W przedstawionych wyżej przypadkach zapisy w dokumentacji medycznej i osobopoznawczej, a zwłaszcza nagrania z monitoringu, pokazywały, że żaden z osadzonych nie przejawiał tego rodzaju zaburzeń zachowania. Przymus bezpośredni nie może być zaś stosowany „profilaktycznie”, z uwagi na podejrzenie, że u pacjenta mogą w przyszłości wystąpić zachowania zagrażające bezpieczeństwu jego samego lub otoczenia.

*Wobec Tomasza S. zastosowano unieruchomienie ponieważ był „pod wpływem doznań psychotycznych, próbował zaatakować wychowawcę, bezkrytyczny w zachowaniu. Pobudzony psychotycznie, agresywny słownie i czynnie. Grozi, że zabije wychowawcę. Zagrożenie życia i zdrowia innych osób.” Skazany w rozmowie zaprzeczył, aby zaatakował wychowawcę, przyznał jedynie, że dzień wcześniej „miał starcie z wychowawcą” – podczas tego incydentu uszkodził drzwi dyżurki wychowawcy, kopiąc w nie nogą, co było wyrazem sprzeciwu wobec podjętych wobec niego decyzji.*

*Analiza dokumentacji prowadzonej przez personel penitencjarny nie dostarczyła informacji potwierdzających, aby w dniu zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego osadzony dokonał napaści na wychowawcę – w dokumentacji nie było żadnych zapisów świadczących, że doszło do takiego zachowania skazanego, nie było też prowadzone przez administrację więzienną żadne postępowanie wyjaśniające, którego przedmiotem byłaby czynna agresja wobec funkcjonariusza SW ze strony Tomasza S. W aktach osobowych cz. B odnaleziono jedynie krótką notatkę wychowawcy, w której zawarto informację o agresywnym i wulgarnym zwróceniu się skazanego do wychowawcy podczas posiedzenia komisji penitencjarnej w dniu poprzedzającym zastosowanie przymusu.*

Konieczne do zastosowania przymusu bezpośredniego wypełnienie przesłanki behawioralnej budziło w tym wypadku zasadnicze wątpliwości, bowiem w dokumentacji medycznej znajdowały się zapisy o czynnej agresji skazanego wobec wychowawcy, zaś dokumentacja penitencjarna nie potwierdzała tego zdarzenia. Jedyne wzmianki o niewłaściwym zachowaniu skazanego wobec wychowawcy dotyczyły incydentu z dnia poprzedzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego. To zachowanie nie mogło zaś w żadnym razie stanowić uzasadnienia dla zastosowania przymusu, jako że przymus bezpośredni jest środkiem stosowanym doraźnie, w celu przerwania niebezpiecznego działania pacjenta, a nie następczo, gdy działanie to dawno się już zakończyło. Przedstawione okoliczności dawały podstawy do przyjęcia, że w chwili stosowania przymusu wobec Tomasza S. ze strony skazanego nie było bezpośredniego, rzeczywistego niebezpieczeństwa wywołania poważnego następstwa dla życia i zdrowia własnego lub innej osoby, a tym samym nie były spełnione przesłanki stosowania przymusu bezpośredniego, określone w art. 18 ust. 1 ustawy.

#### **b. przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego**

Te same warunki, wskazane w art. 18 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, muszą być spełnione również wówczas, gdy lekarz podejmuje decyzję o przedłużeniu stosowania unieruchomienia powyżej 4 godzin, a następnie przy każdym kolejnym przedłużeniu po upływie dalszych 6 godzin. Powinny też znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji.

W wielu przypadkach w dokumentacji stwierdzano brak informacji o utrzymywaniu się u pacjenta zaburzeń psychicznych, również w wielu przypadkach opis zachowania pacjentów nie wskazywał na istnienie podstaw dalszego stosowania przymusu (np. „nie chce rozmawiać”, „trudno ocenić stan psychiczny”, „odmawia przyjmowania posiłków i leków”). Analizując nagrania z monitoringu stwierdzono przypadki, gdy lekarz wydawał decyzję o przedłużeniu stosowania unieruchomienia w ogóle nie badając wcześniej pacjenta (nie wchodził do pomieszczenia, w którym stosowano unieruchomienie), mimo wyraźnego obowiązku określonego przepisami. Trudno przyjąć, aby bez osobistego badania pacjenta lekarz był w stanie ocenić, czy konieczne jest dalsze stosowanie przymusu - te decyzje uznano za podjęte z naruszeniem prawa.

Czas stosowania unieruchomienia był bardzo zróżnicowany, od krótkich okresów trwających mniej niż 4 godziny, po wielodniowe stosowanie środka – stwierdzono przypadki stosowania przymusu przez 65, 70, a nawet 115 godzin. Przypadki tak długo trwających unieruchomień muszą budzić poważne wątpliwości, zwłaszcza w kontekście braku dostatecznego uzasadniania decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu.

Tak długie stosowanie środka bez osiągnięcia pożądanego efektu może także wskazywać, iż był to środek nieadekwatny do sytuacji. Obserwując brak po-



prawy stanu pacjenta lekarz powinien rozważyć zmianę zastosowanych środków leczniczych. Warto także przywołać stanowisko Europejskiego Komitetu do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), który wskazuje, że stosowanie środków przymusu u pacjentów w ośrodkach psychiatrycznych przez okres dłuższy niż jeden dzień nie ma żadnego uzasadnienia terapeutycznego i oznacza złe traktowanie<sup>464</sup>.

*Wobec Jerzego P. unieruchomienie było stosowane przez 70 godzin (blisko 3 dni), w związku ze zgłaszaniem myśli i tendencji samobójczych. Stosowanie przymusu przedłużano jedenastokrotnie, mimo że poczynając od trzeciego przedłużenia w dokumentacji brak jakichkolwiek informacji o utrzymywaniu się u pacjenta zarówno zaburzeń psychicznych, jak i zachowań stwarzających zagrożenie dla jego życia: 14.15 – „Negatywny, odmawia przyjmowania leków i jedzenia. Groźby samoagresji”; 20.15 – „j.w.”; 2.15 – „Śpi spokojnie, krążeniowo i oddechowo wydolny”; 8.15 – „Odmawia przyjmowania posiłków i leków. Negatywny”; 14.15 – „twierdzi, że będzie jadł posiłki, myśli „s” nie odpowiada”; 20.15 – „Nie nawiązuje kontaktu pytany”; 2.15 – „Śpi”; 8.15 – „Nie nawiązuje kontaktu”; 14.15 – „Nie odpowiada na pytanie odnośnie myśli „s”; 20.15 – „jak wyżej”; 2.15 – „śpi”.*

Ponadto, jak wynika z nagrań monitoringu, lekarz nie wchodził do celi, w której stosowano unieruchomienie i nie rozmawiał z osadzonym. Może zastanawiać, na jakiej podstawie stwierdził, że pacjent „nie nawiązuje kontaktu” i „nie odpowiada na pytania”.

### **c. obowiązek uzyskania opinii drugiego lekarza, będącego psychiatrą**

W przypadku, gdy po upływie 16 godzin stosowania przymusu bezpośredniego lekarz w dalszym ciągu dostrzega potrzebę jego stosowania, ma obowiązek uzyskać opinię drugiego lekarza, będącego psychiatrą. Od tej pory każda następną decyzją o przedłużeniu stosowania środka na kolejne 6 godzin będzie wymagała konsultacji z lekarzem psychiatrą. W wielu przypadkach w dokumentacji stwierdzano brak wpisów drugiego lekarza psychiatry (tak było m. in. w przywołanym wyżej przypadku Jerzego P., wobec którego stosowano przymus przez blisko trzy dni).

Z wyjaśnień udzielanych przez personel medyczny wizytowanych jednostek wynikało, że brak w dokumentacji wpisów drugiego lekarza psychiatry jest spowodowany przyjętą w niektórych jednostkach penitencjarnych praktyką zasięgnięcia opinii psychiatry telefonicznie (tylko w jednym z wizytowanych szpitali przyjęto zasadę, że o ile na dyżurze nie ma drugiego lekarza psychiatry, to w razie potrzeby jest on każdorazowo wzywany na miejsce).

<sup>464</sup> Standardy CPT. „Merytoryczne” Fragmenty Sprawozdań Ogólnych Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2011, s. 59.

Ustawa nie nakłada obowiązku poprzedzenia wydania opinii przez drugiego lekarza, będącego psychiatrą, osobistym badaniem pacjenta, choć wydaje się, że dla dobra pacjenta i ochrony jego interesu taka praktyka byłaby korzystniejsza. W świetle obowiązujących przepisów zarówno jeden, jak i drugi sposób postępowania należy uznać za właściwy. Jeśli jednak psychiatra nie bada pacjenta osobiście, a jedynie wydaje opinię w oparciu o przedstawione mu okoliczności, i nie zamieszcza sam stosownego wpisu w dokumentacji, informacja o uzyskaniu opinii powinna zostać każdorazowo odnotowana przez lekarza stosującego przymus, który się o tę opinię zwrócił.

#### **d. wybór rodzaju przymusu bezpośredniego**

W ocenie zasadności stosowania przymusu bezpośredniego mieści się także ocena wyboru rodzaju użytego środka – powinien on być właściwie dobrany w zależności od sytuacji, w jakiej dochodzi do jego zastosowania, a także możliwie najmniej dolegliwy dla pacjenta.

Najczęściej stosowanym we wszystkich wizytowanych jednostkach penitencjarnych środkiem przymusu było unieruchomienie. W okresie objętym badaniem przypadki zastosowania środka innego niż unieruchomienie miały miejsce tylko w jednej z nich: stosowano tam przytrzymanie oraz podanie leku pod przymusem. W żadnej z jednostek nie stosowano natomiast izolacji, ponieważ nie funkcjonowały w nich odpowiednie pomieszczenia.

Brak możliwości stosowania jednego z przewidzianych w ustawie środków przymusu bezpośredniego może skutkować tym, że w danym przypadku nie zostanie użyty środek najbardziej dostosowany do okoliczności zdarzenia. W niektórych przypadkach spośród badanych przez wizytujących, izolacja mogłaby być wystarczającym zabezpieczeniem przed niepożądanym zachowaniem pacjenta, a jednocześnie nie narażałaby go na dolegliwości fizyczne wynikające z unieruchomienia. W pomieszczeniu do izolacji zachowanie pacjenta jest monitorowane, podlega więc stałej kontroli. W razie eskalacji zachowań niepożądanych, czy pojawienia się samoagresji, możliwe jest szybkie reagowanie przez personel i ewentualnie zmiana użytego środka.

Z tych względów w oddziałach szpitalnych, w których potencjalnie może być stosowany przymus bezpośredni, powinny być stworzone warunki do stosowania każdego rodzaju przymusu, aby wybór zastosowanego środka był wyznaczony tylko stanem pacjenta i okolicznościami danego zdarzenia, a nie ograniczony możliwościami, jakie posiada dany szpital.

### **B. Prawidłowość wykonywania przymusu bezpośredniego**

#### **a. personel stosujący przymus bezpośredni**

Uprawnionym do stosowania przymusu bezpośredniego jest personel medyczny: lekarze, pielęgniarki, sanitariusze. Ustalenia poczynione w toku wizy-



tacji wykazały, że w kontrolowanych jednostkach penitencjarnych w wykonywaniu przymusu uczestniczyli także funkcjonariusze Służby Więziennej działu ochrony. Z uwagi na nieliczną obsadę kadrową oddziałów szpitalnych, w przeważającej części składającą się z kobiet, pomoc funkcjonariuszy była niezbędną, gdy konieczne było użycie siły fizycznej wobec pacjenta w celu chwilowego przytrzymania, podania leku, czy zapięcia w pasy. W niektórych przypadkach funkcjonariusze wykonywali także wszystkie inne czynności wobec pacjenta unieruchomionego: zdejmowanie odzieży skarbowej i przebieranie w piżamę, mocowanie pasów i sprawdzanie, czy są one prawidłowo założone, pomoc przy wymianie pieluch jednorazowych, karmienie i pojenie pacjenta.

Za podstawę do wykonywania przez funkcjonariuszy działu ochrony czynności związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego uważa się przepis § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia<sup>465</sup>, który stanowi, że przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym, w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej oraz w przypadkach, o których mowa w art. 18 ust. 5, art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3 ustawy, może być wykonywany wyłącznie przez odpowiednio poinstruowane w tym zakresie osoby. W oparciu o tę regulację przyjmuje się, że jeżeli funkcjonariusz Służby Więziennej otrzymał odpowiednie instrukcje co do sposobu wykonywania przymusu bezpośredniego, to jest uprawniony do podejmowania czynności w tym zakresie.

Należy jednak mieć na uwadze, że stosowanie przymusu bezpośredniego jest ingerencją w konstytucyjne prawa jednostki, które można ograniczyć jedynie w drodze ustawy. To ustawa powinna zatem określać, jaki podmiot, w jakich okolicznościach i na jakich zasadach jest uprawniony do podjęcia działań, których skutkiem będzie ograniczenie wolności jednostki. Z tych względów przywołany przepis rozporządzenia nie może być uznany za wystarczającą podstawę do udziału funkcjonariuszy działu ochrony w wykonywaniu czynności związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego. Jeżeli istnieje konieczność korzystania z pomocy funkcjonariuszy Służby Więziennej, to stosowne upoważnienie do podejmowania tych działań powinno znaleźć się w przepisach rangi ustawy.

Podstawą do tego, aby w sposób właściwy i zgodny z zasadami wynikającymi z przepisów stosować przymus bezpośredni, jest odpowiednie przygotowanie merytoryczne i praktyczne personelu. Wiedza na ten temat powinna być przekazywana, utrwalana i uzupełniana podczas systematycznie prowadzonych szkoleń. W kontrolowanych jednostkach były organizowane szkolenia dla kadry medycznej, aczkolwiek nie we wszystkich z dostateczną systematycznością. Powodowało to, że w przypadku zmiany obsady personelu nowi pracownicy nie mieli możliwości nabycia koniecznej wiedzy. Specjalnego przeszkolenia nie przechodzili natomiast

<sup>465</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania, Dz. U. z 2012 r. poz. 740.

w ogóle funkcjonariusze Służby Więziennej działu ochrony, uczestniczący w wykonywaniu przymusu bezpośredniego. W swych działaniach opierali się oni na wiedzy wyniesionej ze szkoleń w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego na podstawie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej<sup>466</sup>. Zważywszy, że stosowanie przymusu bezpośredniego dotyczy szczególnej kategorii osób, a ponadto może przebiegać z użyciem środków nieznanymi przywołanej ustawie (oprócz pasów i kaftana bezpieczeństwa, także uchwytów, prześcieradeł i innych urządzeń technicznych), funkcjonariusze działu ochrony powinni również przechodzić ukierunkowane szkolenia z tego zakresu.

### **b. pomieszczenia do stosowania unieruchomienia**

Pomieszczenia, w których stosowano unieruchomienie, były urządzane w dwojaki sposób: jako pomieszczenia jednoosobowe, zamknięte, w których pacjent pozostawał w pełni odseparowany od kontaktu z innymi osobami, jak również wieloosobowe, usytuowane bezpośrednio przy gabinecie pielęgniarek i oddzielone od niego przeszkloną ścianą, umożliwiającą stałą obserwację pacjenta, do których personel medyczny ma nieskrępowany dostęp. Wszystkie pomieszczenia były widne, ogrzewane, wyposażone w łóżka przystosowane do zapięcia pasów oraz w kamery monitoringu.

W jednej z jednostek wizytujący spotkali się z przypadkami jednoczesnego stosowania przymusu wobec więcej niż jednej osoby. W takich przypadkach personel powinien zapewnić każdemu z pacjentów intymność stosując parawan, oddzielający go od innych pacjentów. Mimo, iż parawany były dostępne w pomieszczeniu, nie zostały użyte. Personel medyczny tłumaczył, że parawany utrudniają prowadzenie obserwacji pacjenta.

W prawie wszystkich pomieszczeniach do unieruchomienia (z wyjątkiem jednego) zainstalowane były kamery monitoringu, z których obraz przekazywany był do monitora w dyżurce pielęgniarek oraz na stanowisku ochrony. Umożliwiało to stałą kontrolę stanu pacjenta. Przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie przewidują stosowania monitoringu w pomieszczeniu do unieruchomienia, jednak decyzję o wyposażeniu go w kamery telewizji przemysłowej może podjąć dyrektor zakładu karnego na mocy art. 73a § 8 k.k.w.<sup>467</sup>. Jest to szczególnie przydatne zwłaszcza w tych jednostkach, w których pacjenci unieruchomieni przebywają w pomieszczeniach zamkniętych, usytuowanych z dala od dyżurki pielęgniarek, do których personel nie ma bezpośredniego dostępu. W takich przypadkach byłoby istotne, aby personel za pośrednictwem monitoringu mógł również słyszeć pacjenta. Dawałoby to pełniejszą możliwość

<sup>466</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 628, ze zm.

<sup>467</sup> Art. 73a § 8. O stosowaniu monitorowania w określonych miejscach i pomieszczeniach decyduje dyrektor zakładu karnego, mając na celu zapewnienie porządku i bezpieczeństwa w zakładzie karnym.





kontroli stanu pacjenta, jak również podjęcia szybszej reakcji w razie wystąpienia jakiegokolwiek zagrożenia dla pacjenta, pozwalałoby też pacjentowi na komunikowanie personelowi swoich potrzeb.

Podczas unieruchomienia pacjenci są przebierani, poddawani zabiegom higienicznym, zakłada się im cewnik lub pieluchy jednorazowe. Wszystkie te zabiegi wykonuje się, gdy pacjent leży na łóżku. Aby w takich sytuacjach zapewnić pacjentowi minimum intymności obraz z monitoringu powinien być przekazywany w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych części jego ciała, z zastosowaniem maskowania stref intymnych. W wizytowanych jednostkach penitencjarnych nie stosowano tej praktyki, co powodowało, że prawo pacjenta do prywatności nie było respektowane.

Na podstawie nagrań z monitoringu w jednej z wizytowanych placówek stwierdzono, iż podczas stosowania unieruchomienia do celi wchodzi inny osadzony, który wykonuje czynności pomocnicze: przynosi posiłek dla unieruchomionego pacjenta, pomaga przy zmianie pieluchy jednorazowej i pojejniu pacjenta, jest obecny przy zapinaniu pasów. W kolejnej jednostce, w której unieruchomienie stosowane jest w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób wymagających intensywnego nadzoru medycznego stwierdzono, że w pomieszczeniu tym udziela się innym pacjentom pomocy ambulatoryjnej. Na nagraniu z monitoringu zaobserwowano, że w pewnym momencie w pomieszczeniu przebywało pięciu osadzonych, którzy oczekiwali na wydanie leków, pobranie krwi, czy zmierzenie ciśnienia.

Taka praktyka nie powinna mieć miejsca. Pacjent, wobec którego stosowane jest unieruchomienie nie powinien być wystawiony na widok innych osadzonych, narusza to bowiem zasadę stosowania przymusu w oddzieleniu od pozostałych osadzonych, z poszanowaniem godności i intymności. Wskazać należy także, że skazany wykonujący czynności pomocnicze w oddziale szpitalnym, będąc obecnym w pomieszczeniu, w którym stosowany jest przymus bezpośredni, może być świadkiem rozmów personelu z pacjentem, dotyczących jego stanu zdrowia. Na skazanym nie ciąży, w takim stopniu, jak na personelu medycznym, obowiązek zachowania w tajemnicy informacji na temat pacjenta. W takiej sytuacji prawo pacjenta do tajemnicy informacji na jego temat nie jest respektowane.

### **c. kontrola stanu pacjenta unieruchomionego**

Stan pacjentów, wobec których zastosowano unieruchomienie, był kontrolowany przez pielęgniarkę. Zapisy w „Karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji” świadczyły o tym, że pielęgniarka prowadziła obserwację stanu fizycznego pacjenta z zachowaniem określonego w rozporządzeniu czasu, co 15 minut, i każdorazowo odnotowywała w „Karcie...” jej wyniki. Inny obraz realizacji tego obowiązku wyłaniał się jednak na podstawie nagrań z monitoringu. Z nagrań,

z którymi w dwóch jednostkach penitencjarnych mieli możliwość zapoznać się wizytujący wynikało, że w żadnym z analizowanych przypadków stosowania unieruchomienia pielęgniarka nie prowadziła kontroli w sposób wskazany w rozporządzeniu. Stwierdzono sytuacje, kiedy pielęgniarka nie wchodziła do pomieszczenia nawet przez kilka godzin: wobec jednego z pacjentów po raz pierwszy przeprowadziła kontrolę po godzinie od zastosowania przymusu, a następną po blisko 6 godzinach. Nawet wówczas, gdy realizowała bezpośrednią kontrolę (wchodząc do pomieszczenia), nie za każdym razem dokonywała sprawdzenia prawidłowości zapięcia pasów.

Wizytującym wyjaśniano, że pielęgniarka nie wchodzi do pomieszczenia, ponieważ kontrola jest prowadzona, w przewidzianych przepisami odstępach czasowych, poprzez obserwację pacjenta na monitorze lub przez szybę. Analiza zapisów z monitoringu nie potwierdzała jednak tych wyjaśnień.

*W jednym z analizowanych przypadków na nagraniu z monitoringu widać, że o godz. 15.20 osadzonemu udało się uwolnić jedną rękę z pasów. W dokonywanych w tym czasie zapisach w „Karcie...” nie ma o tym wzmianki. Zapis dokonany o godz. 15.30 – „spokojny, mamrocze” – wskazuje, że nie zauważono uwolnienia ręki. Zapis z godz. 15.45 – „szarpie się (uderza), wykrzykuje” – w ogóle nie znajduje potwierdzenia w nagraniu z monitoringu, w rzeczywistości osadzony w czasie od godz. 15.30 do 16.00 leży bez ruchu. Dopiero o 16.03 pielęgniarka wchodzi do celi i zapina pas.*

*W innym przypadku na monitoringu od godz. 2.10 widać wyraźną zmianę w zachowaniu skazanego: dotąd spokojny, zaczyna kręcić się, unosi głowę, coś mówi, usiłuje zmienić pozycję. Jego ruchy stopniowo stają się coraz bardziej gwałtowne, wygląda jakby krzyczał. Pobudzenie pacjenta trwa ok. godziny, później ponownie się uspokaja. Pielęgniarka w tym czasie ani razu nie wchodzi do pomieszczenia, a z zapisów w „Karcie...” wynika, że od godz. 1.30 do godz. 5.45 pacjent śpi.*

Ujawnienie tego rodzaju rozbieżności nie pozostawia wątpliwości, że obserwacja pacjenta przez pielęgniarkę nie była prowadzona z częstotliwością, o której mowa w przepisach.

Należy przy tym podkreślić, że nawet gdyby pielęgniarka kontrolowała stan pacjenta w przewidzianych odstępach czasowych, ale jedynie w drodze obserwacji przez szybę lub na ekranie monitora, to nie można byłoby uznać, że kontrola ta była prowadzona w sposób właściwy i wystarczający. Mając na uwadze czynności, jakie ma do wykonania pielęgniarka, należy stwierdzić, że brak bezpośredniego kontaktu z osadzonym nie daje jej możliwości oceny prawidłowości unieruchomienia, w tym prawidłowości zapięcia pasów. W znacznym stopniu ogranicza też szansę dokonania rzetelnej oceny stanu fizycznego pacjenta i szybkiego ujawnie-



nia ewentualnego zagrożenia dla jego życia i zdrowia. Ponadto, pozostawianie unieruchomionego pacjenta na wiele godzin bez możliwości kontaktu z drugą osobą, w położeniu całkowitej zależności, a jednocześnie bez możliwości zasygnalizowania potrzeb, zwrócenia się o pomoc, może rodzić u niego niepewność i lęk, które nie będą sprzyjać odzyskaniu równowagi psychicznej.

Pacjenta unieruchomionego, jak i izolowanego, należy traktować jako osobę wymagającą intensywnej opieki i systematycznego nadzoru. Pozostawienie go przez dłuższy czas bez nadzoru jest poważną nieprawidłowością, ponieważ może doprowadzić do szeregu nieodwracalnych konsekwencji zdrowotnych, a nawet zagrożenia życia. Tego rodzaju postępowanie musi być ocenione nie tylko jako naruszenie obowiązujących przepisów, ale także jako naruszenie prawa do humanitarnego traktowania.

### **c. krótkotrwałe uwolnienie**

Znacznej części pacjentów nie zapewniono krótkotrwałego częściowego lub całkowitego uwolnienia od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny. Brak realizacji tego obowiązku z właściwą częstotliwością pokazywały zarówno zapisy z monitoringu, jak i adnotacje w „Kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji”. Wielokrotnie stwierdzono pozostawienie pacjentów bez możliwości zmiany pozycji przez kilkanaście godzin, w skrajnych przypadkach pacjent pozostawał bez choćby częściowego uwolnienia przez okres 55, 88, a nawet 115 godzin (blisko 5 dni). Wizytujący ocenili, że w tych przypadkach doszło do niehumanitarnego traktowania pacjentów.

Podkreślić należy, że wielogodzinne unieruchomienie, bez uwolnień umożliwiających choćby chwilową zmianę pozycji ciała, wpływa niekorzystnie na funkcje wszystkich układów w organizmie człowieka i jest przyczyną upośledzenia reakcji biochemicznych i fizjologicznych organizmu. W konsekwencji może to prowadzić do różnego rodzaju niekorzystnych następstw i powikłań, toteż aby temu zapobiegać podczas stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia wszystkie określone w przepisach procedury powinny być bezwzględnie wykonywane.

### **d. zaspokojenie potrzeb fizjologicznych i higienicznych**

Chwilowe uwolnienia z unieruchomienia mają również na celu umożliwienie pacjentowi zaspokojenie potrzeb fizjologicznych i higienicznych. W analizowanych przypadkach najczęściej już w momencie unieruchomienia zakładano pacjentom pieluchę jednorazową lub cewnik. Cewnikowanie stosowano przede wszystkim wobec osób z zespołem abstynencyjnym, w przypadku których było to uzasadnione potrzebami zastosowanego leczenia (prowadzenie bilansu płynów). Jedynie wyjątkowo umożliwiano pacjentom skorzystanie z toalety.

Wielu pacjentów, z którymi rozmawiano, podkreślało, że brak możliwości załatwienia potrzeb fizjologicznych w warunkach zapewniających intymność i konieczność korzystania z pieluch jednorazowych, były dla nich upokarzające. Niektórzy odmawiali spożywania posiłków w obawie, że będą odczuwali potrzebę wypróżnienia, a załatwianie potrzeb fizjologicznych w ten sposób odbierali jako poniżające.

Stosowanie pieluch jednorazowych powinno być ograniczone tak dalece, jak to tylko możliwe. Wszystkim tym pacjentom, których stan na to pozwala, powinno się umożliwić załatwienie potrzeb fizjologicznych w toalecie.

*W jednej z wizytowanych jednostek dwaj pacjenci, z którymi rozmawiano podali, że mimo sygnalizowania potrzeby fizjologicznej (na czas unieruchomienia nie założono im pieluchy jednorazowej) nie umożliwiono im skorzystania z toalety. W wyniku tego oddali mocz pod siebie – nagrania monitoringu potwierdzają te fakty. Nie spotkało się to z żadną reakcją ze strony personelu, pacjenci nie zostali uwolnieni z unieruchomienia w celu umycia się i zmiany odzieży, również personel nie wykonał żadnych zabiegów higienicznych, ani nie zmienił pościeli. Do czasu zakończenia stosowania przymusu pacjenci pozostawali w zanieczyszczonej odzieży.*

Takie postępowanie personelu należy ocenić jako naruszające godność pacjentów.

Znaczna część pacjentów w czasie unieruchomienia w ogóle nie otrzymywała posiłków lub nie otrzymała wszystkich należnych im posiłków. W przypadku pacjentów z zespołem abstynencyjnym niepodawanie posiłków jest uzasadnione względami medycznymi, najczęściej otrzymują oni jedynie napój do picia lub podaje im się płyny dożylnie. Pozostali pacjenci powinni być żywieni zgodnie z zasadami obowiązującymi wobec wszystkich osadzonych, otrzymując trzy posiłki dziennie i napój zgodnie ze zgłaszaną potrzebą.

Na nagraniach z monitoringu zaobserwowano niejednokrotnie, że ci pacjenci, którym wydano posiłki, byli karmieni przez pielęgniarkę (lub funkcjonariusza oddziałowego) w pozycji leżącej, w ten sam sposób podawano płyny. Taki sposób podawania napoju i posiłku naraża pacjenta na niebezpieczeństwo zachłyśnięcia lub zakrztuszenia, dlatego powinien być stosowany tak rzadko, jak to możliwe. We wszystkich przypadkach, gdy stan pacjenta na to pozwala, powinno się stosować chwilowe uwolnienie w celu umożliwienia mu samodzielnego spożycia posiłku.

Należy zwrócić uwagę, że w jednostce, w której uchybienia w realizacji zadań przez pielęgniarki wystąpiły najjaskrawiej, wielkość obsady pielęgniarskiej była całkowicie niedostosowana do potrzeb. Wystarczy wskazać, że w porze nocnej dyżur pełniła jedna pielęgniarka, która oprócz wykonywania koniecznych czyn-



ności w ramach opieki nad kilkudziesięcioma pacjentami w oddziale szpitalnym, miała jeszcze co 15 min. kontrolować stan osadzonego (albo dwóch osadzonych), wobec których zastosowano unieruchomienie. Oczekiwanie, że w takich warunkach wszystkie zadania zostaną wykonane prawidłowo, było pozbawione racjonalnych podstaw.

#### **4. Kontrola stosowania przymusu bezpośredniego**

Skala nieprawidłowości ujawnionych w zakresie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego była znaczna: długotrwałe stosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia (nawet przez 115 godzin), niezapewnienie krótkotrwałego, choćby częściowego uwolnienia przez cały okres stosowania przymusu bądź realizowanie tego obowiązku z niedostateczną częstotliwością, niezapewnianie posiłków pacjentom, u których brak było przeciwwskazań medycznych do ich spożywania, niezachowanie intymności i brak poszanowania godności osobistej pacjenta podczas stosowania przymusu. Jednak w żadnej z jednostek penitencjarnych nie zostały one ujawnione wcześniej, mimo że stosowanie przymusu podlega kontroli zarówno wewnętrznej, sprawowanej przez kierownika podmiotu leczniczego, jak i zewnętrznej, wykonywanej przez uprawnione podmioty w trybie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz w trybie przepisów Kodeksu karnego wykonawczego.

Zgodnie z dyspozycją art. 18 ust. 10 pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, bieżącą kontrolę zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego we wszystkich jednostkach prowadził dyrektor szpitala. W większości przypadków ograniczała się ona do zatwierdzenia decyzji o zastosowaniu przymusu i opierała się na zapoznaniu z dokumentacją: „Zawiadomieniem o zastosowaniu przymusu bezpośredniego” i „Kartą zastosowania unieruchomienia lub izolacji”. Mimo, że we wszystkich jednostkach przymus był stosowany w pomieszczeniach monitorowanych, w żadnej z nich dyrektor szpitala nie zapoznawał się z zapisami z monitoringu dokonując oceny zasadności zastosowania środka. Całość przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego nie była przedmiotem jego analizy również w późniejszym czasie.

W okresie dwóch lat poprzedzających wizytacje przedstawiciele Rzecznika Praw Obywatelskich w poszczególnych jednostkach penitencjarnych, problematyka stosowania przymusu bezpośredniego była przedmiotem kontroli uprawnionych podmiotów zewnętrznych tylko w dwóch z nich. W jednej kontrolę przeprowadził naczelny lekarz okręgowego inspektoratu Służby Więziennej, na polecenie dyrektora okręgowego Służby Więziennej, w drugiej sędzia wyznaczony przez prezesa sądu okręgowego.

W wystąpieniu pokontrolnym naczelny lekarz podsumował wyniki kontroli w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego stwierdzeniem, że *„Personel szpitala jest zapoznany z zasadami stosowania przymusu bezpośredniego oraz*

*jego dokumentowania, zawartymi w Rozp. Min. Zdr. z dn. 28.06.2012 r. i ich przestrzega. Nadzór sprawuje Dyrektor szpitala*”. Nie zostały przedstawione żadne konkretne ustalenia ani oceny w zakresie prawidłowości stosowania przymusu, nie sformułowano uwag ani zaleceń pokontrolnych.

Zakres lustracji przeprowadzonej przez sędziego obejmował kontrolę prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej przymusu bezpośredniego. Również podczas tej kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i nie znaleziono podstaw do sformułowania zaleceń pokontrolnych.

Warto podkreślić, że te same przedziały czasowe, które były przedmiotem kontroli obu wskazanych podmiotów, objęli badaniem również przedstawiciele Rzecznika. Uzyskanie diametralnie różnych wyników przeprowadzonych czynności musi więc nasuwać zastrzeżenia co do rzetelności kontroli przeprowadzonych przez organy więziennictwa i sędziego.

Wizytowane jednostki penitencjarne były w badanym okresie kontrolowane ponadto przez sędziego penitencjarnego i Centralny Zarząd Służby Więziennej. Zakres wizytacji przeprowadzonych przez te podmioty nie obejmował jednak w ogóle tematyki stosowania przymusu bezpośredniego.

Badając sposób sprawowania kontroli nad stosowaniem przymusu bezpośredniego zwrócono uwagę, że w tych jednostkach penitencjarnych, w których funkcjonowały szpitale z oddziałami psychiatrycznymi (Areszt Śledczy w K. i Zakład Karny Nr 2 w Ł.), lustracje sędziego w trybie art. 43 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, które powinny być przeprowadzone raz w roku, nie były prowadzone ze wskazaną w ustawie częstotliwością.

Chcąc rozpoznać, jak generalnie sprawowana jest kontrola sędziego w tym zakresie, Rzecznik podjął dodatkowe czynności i zwrócił się do prezesów sądów okręgowych, w których okręgach funkcjonują szpitale więzienne z oddziałami psychiatrycznymi (obecnie na terenie kraju jest pięć takich jednostek penitencjarnych), o udzielenie stosownych informacji<sup>468</sup>. Uzyskane wyjaśnienia pozwoliły ustalić, że w ostatnich trzech latach (2014-2016) w dwóch okręgach: szczecińskim i wrocławskim, kontrole sędziego w trybie art. 43 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego były prowadzone corocznie, natomiast w okręgu poznańskim po raz pierwszy kontrolę taką przeprowadził sędzia w roku 2016. Kontrole obejmowały swoim zakresem także stosowanie przymusu bezpośredniego<sup>469</sup>. Działalność szpitala w okręgu poznańskim była tylko kontrolowana przez sędziego penitencjarnego w trybie przepisów o nadzorze penitencjarnym. W okręgach krakowskim i łódzkim kontrole na podstawie art. 43 ustawy w ogóle nie były prowadzone, działalność szpitali była natomiast kontrolowana przez sędziego penitencjarnego w trybie przepisów o nadzorze penitencjar-

<sup>468</sup> IX.517.3524.2016, pisma z dnia 24.01.2017 r.

<sup>469</sup> Podczas kontroli ujawniono szereg nieprawidłowości, m. in. przypadki długotrwałego stosowania przymusu: przez ponad 166 godzin (blisko 7 dni) i ponad 290 godzin (ponad 12 dni).



nym. W obu przypadkach kontrole te nie obejmowały jednak tematyki stosowania przymusu bezpośredniego.

W dwóch wizytowanych szpitalach, w których funkcjonowały oddziały psychiatrii, nie prowadził działań Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Pacjenci nie mieli wiedzy o tym, że przysługuje im prawo do pomocy Rzecznika PPSP w ochronie ich praw: o możliwości zwrócenia się do niego, mimo obowiązku wynikającego z art. 10a § 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego<sup>470</sup>, nie informował ich personel szpitala, na tablicach ogłoszeń w oddziałach szpitalnych nie zamieszczano informacji o uprawnieniach Rzecznika RPPS i adresie, na jaki można kierować do niego pisma.

Zarówno ustalenia poczynione w wizytowanych jednostkach penitencjarnych, jak i informacje uzyskane od prezesów sądów okręgowych pokazały, że kontrola stosowania przymusu bezpośredniego, sprawowana przez podmioty zewnętrzne, była wykonywana w sposób niewystarczający. Niektóre podmioty w ogóle nie realizowały obowiązków nałożonych przepisami, inne prowadząc czynności kontrolne nie obejmowały zakresem kontroli tematyki przymusu bezpośredniego.

## 5. Działania podjęte przez Rzecznika Praw Obywatelskich

Obraz stanu przestrzegania praw osób przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych, poddanych w związku z wystąpieniem u nich zaburzeń psychicznych procedurze stosowania przymusu bezpośredniego, który wyłonił się na podstawie wyników przeprowadzonych kontroli, budzi duży niepokój. Nieprawidłowości ujawniano niemal we wszystkich płaszczyznach, poczynając od zasadności zastosowania przymusu, poprzez sposób sprawowania opieki nad osobami, wobec których zastosowano środek i kontroli ich stanu, kończąc na sprawowaniu kontroli zastosowania środka przez uprawnione podmioty.

Ustalenia dokonane w poszczególnych zakładach karnych i aresztach śledczych oraz sformułowane na tej podstawie wnioski, każdorazowo przedstawiano dyrektorom tych jednostek oraz właściwym dyrektorom okręgowym Służby Więziennej. Informacje zwrotne, jakie otrzymano od tych organów wskazywały, że przekazane uwagi stały się impulsem do podjęcia konkretnych działań naprawczych w kierunkach postulowanych przez Rzecznika.

We wszystkich jednostkach personel medyczny został zapoznany z wynikami wizytacji oraz zobowiązany do większej staranności w zakresie dokumentowania działań podejmowanych w związku z zastosowaniem przymusu bezpośredniego, w szczególności do zawierania w dokumentacji jasnego uzasadnienia dla podejmowanych decyzji. W tych jednostkach, gdzie takie zasady obowiązywały,

<sup>470</sup> Art. 10a § 3. Świadczeniodawca informuje osoby, o których mowa w ust. 1 i 2 (osobę korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego – przyp. aut.), o zakresie działania i sposobie kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, o którym mowa w art. 10b ust. 1.

odstąpiono od obligatoryjnego stosowania w każdym przypadku pieluch jednorazowych u pacjentów unieruchomionych oraz zrezygnowano z udziału innych skazanych w opiece nad tymi pacjentami. Tam gdzie to było praktycznie możliwe, w obrazie przekazywanym do monitorów wprowadzono maskowanie stref intymnych. W poszczególnych jednostkach podjęto ponadto działania polegające na: opracowaniu szczegółowych procedur zasięgnięcia opinii drugiego lekarza przy przedłużaniu stosowania przymusu powyżej 16 godzin, procedur usprawniających przepływ informacji pomiędzy służbą zdrowia, a personelem penitencjarnym, zaplanowano cykliczne szkolenia nie tylko dla personelu medycznego, ale także dla funkcjonariuszy Służby Więziennej, uczestniczących w wykonywaniu przymusu bezpośredniego, zwiększono obsadę pielęgniarską, aby zapewnić realną możliwość sprawowania stałej kontroli nad pacjentem unieruchomionym. Podejmowano działania w celu nawiązania kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, a na tablicach dla pacjentów zamieszczano informacje teleadresowe. Deklarowano również zintensyfikowanie nadzoru nad stosowaniem przymusu bezpośredniego ze strony dyrektorów szpitali lub wyznaczonych przez nich osób oraz wykorzystanie w tym celu nagrań z monitoringów.

Podjęcie działań bezpośrednio w jednostkach penitencjarnych było niewątpliwie bardzo ważne i potrzebne, jednak w tej sprawie reakcja w wymiarze indywidualnym nie mogła być uznana za wystarczającą. Istniało bowiem, i wciąż istnieje, znaczne prawdopodobieństwo, że wiele spośród ujawnionych nieprawidłowości dotyczyć może także pozostałych jednostek penitencjarnych, w których funkcjonują szpitale więzienne i stosowany jest przymus bezpośredni.

Dla ochrony praw osób, wobec których te środki są stosowane, niezwykle ważne jest prawidłowe funkcjonowanie mechanizmów kontrolnych, będących gwarancją praworządności. Ustalenia poczynione w toku wizytacji jasno pokazały, że kontrola wewnętrzna nie była prowadzona w sposób rzetelny, a podmioty zewnętrzne najczęściej w ogóle nie przeprowadzały kontroli w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego lub kontrole te były bardzo powierzchowne i nie prowadziły do ujawnienia zaistniałych nieprawidłowości. W tej sytuacji Rzecznik uznał, że działalność wszystkich podmiotów uprawnionych do nadzoru w przedmiotowym zakresie wymaga zaktywizowania.

Rzecznik ponowił swój apel, kierowany do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej po raz pierwszy już w związku z wynikami badania sprawy Szymona S. w Zakładzie Karnym w C., o szczególne zwrócenie uwagi na kwestię stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i aresztach śledczych<sup>471</sup>. Podniósł potrzebę wprowadzenia tego zagad-

<sup>471</sup> IX.517.3524.2016, wystąpienie generalne do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z 17.01.2017 r., <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2017/1/IX.517.3524.2016/947913.pdf> (dostęp: 09.10.2017 r.).





nienia do planów kontroli, dokonywanych przez zwierzchnie organy więzienia w jednostkach penitencjarnych dysponujących oddziałami szpitalnymi, w których przymus bezpośredni jest stosowany. Mając na uwadze rolę, jaką ma do spełnienia Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w sprawowaniu kontroli przestrzegania praw pacjentów, Rzecznik zaakcentował potrzebę właściwego realizowania, przez administrację więzienną i więzienną służbę zdrowia, obowiązku dostarczenia pacjentom oddziałów psychiatrycznych informacji o zakresie działania RPPSP i możliwościach korzystania z jego pomocy. Podkreślił też potrzebę podejmowania przez administrację więzienną inicjatyw w celu nawiązania kontaktu z właściwymi terytorialnie rzecznikami i umożliwienia im prowadzenia działalności na terenie zakładów karnych i aresztów śledczych. Jednocześnie zwrócił się do Rzecznika Praw Pacjenta<sup>472</sup>, który sprawuje nadzór nad działalnością rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, o podjęcie działań, które spowodują, że rzecznicy, na których obszarze znajdują się jednostki penitencjarne ze szpitalami psychiatrycznymi, obejmą swoim działaniem pacjentów tych szpitali.

Rzecznik Praw Pacjenta przyznał<sup>473</sup>, że dostęp do rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego jest ograniczony, ponieważ ze względu na brak środków finansowych nie jest możliwe zatrudnienie odpowiedniej do potrzeb liczby osób sprawujących tę funkcję. Niemniej poinformował, że po zapoznaniu się z materiałami z wizytacji przeprowadzonych przez Rzecznika Praw Obywatelskich, zaplanował na rok 2017 zbadanie na miejscu przestrzegania praw pacjenta we wszystkich pięciu szpitalach więziennych, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne.

W wystąpieniu do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej Rzecznik Praw Obywatelskich podkreślił ponadto znaczenie, jakie dla ochrony praw osób poddanych procedurom stosowania przymusu bezpośredniego ma monitoring. Zwrócił uwagę, że po zastosowaniu unieruchomienia pacjent powinien być traktowany jako wymagający intensywnego nadzoru medycznego, należy prowadzić ścisłą kontrolę jego parametrów życiowych i oceniać stan jego świadomości. Obserwacja prowadzona za pomocą urządzeń rejestrujących pozwala zaś personelowi medycznemu na szybkie podjęcie działań w razie stwierdzenia jakiegokolwiek zagrożenia dla pacjenta.

Monitoring odegrał też znaczącą rolę w ujawnieniu nieprawidłowości przy stosowaniu przymusu bezpośredniego. Nagrania te stanowiły najbardziej obiektywne źródło wiedzy, którego przekaz nie podlegał ani celowym, ani nieumyślnym zniekształceniom, dostarczały bardzo cennego materiału pozwalają-

<sup>472</sup> IX.517.3524.2016, wystąpienie generalne RPO z 2.12.2016 r. do Rzecznika Praw Pacjenta <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2016/12/IX.517.3524.2016/909345.pdf> (dostęp: 09.10.2017 r.).

<sup>473</sup> IX.517.3524.2016, odpowiedź Rzecznika Praw Pacjenta z 11.01.2017 r. na wystąpienie generalne.

cego na uzupełnienie i zweryfikowanie informacji pozyskanych z innych źródeł. Warto, aby był wykorzystywany przy sprawowaniu stałego nadzoru nad stosowaniem przymusu.

Mimo, że obecnie przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie nakładają obowiązku instalowania kamer monitoringu w pomieszczeniach do unieruchomienia, w wizytowanych jednostkach prawie wszystkie te pomieszczenia były wyposażone w kamery, na podstawie przepisu art. 73a k.k.w.<sup>474</sup>. Rzecznik uznał to za dobrą praktykę, służącą ochronie praw pacjentów. Stąd mając na uwadze wskazane wyżej okoliczności, przedstawił Dyrektorowi Generalnemu Służby Więziennej wnioski, aby te pomieszczenia do stosowania unieruchomienia, w których aktualnie nie ma jeszcze monitoringu, zostały również wyposażone w kamery telewizji przemysłowej. To rozwiązanie rekomendował Rzecznik również Ministrowi Zdrowia w opinii na temat nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego<sup>475</sup>.

Rzecznik zwrócił ponadto uwagę, że w chwili obecnej nie jest możliwe w pełni realizowanie dyspozycji ustawowej, która mówi o potrzebie dostosowania rodzaju przymusu bezpośredniego do stanu pacjenta i o wyborze środka najmniej dla niego uciążliwego. W żadnej z wizytowanych jednostek penitencjarnych nie funkcjonowały bowiem pomieszczenia do izolacji. Opierając się na ustaleniach poczynionych podczas wizytacji, Rzecznik stanął na stanowisku, że w wielu przypadkach zabezpieczenie przed niepożądanym zachowaniem i uzyskanie poprawy stanu psychicznego pacjenta byłoby możliwe do osiągnięcia przy zastosowaniu mniej dolegliwego niż unieruchomienie rodzaju przymusu, jakim jest izolacja. Dlatego zwrócił się do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z wnioskiem, aby w szpitalach, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne lub oddziały, na których przebywają pacjenci z objawami odstawiennymi w przebiegu choroby alkoholowej, a więc tam, gdzie potencjalnie może być stosowany przymus bezpośredni, zostały utworzone pomieszczenia do izolacji.

W odpowiedzi udzielonej Rzecznikowi Dyrektor Generalny Służby Więziennej poinformował<sup>476</sup>, że do końca 2017 r. wszystkie podmioty lecznicze w strukturach więziennictwa powinny, w miarę możliwości budżetowych, zostać dostosowane do wymogów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomiesz-

<sup>474</sup> Art. 73a § 1. Zakłady karne mogą być monitorowane przez wewnętrzny system urządzeń rejestrujących obraz lub dźwięk, w tym przez system telewizji przemysłowej.

§ 8. O stosowaniu monitorowania w określonych miejscach i pomieszczeniach decyduje dyrektor zakładu karnego, mając na celu zapewnienie porządku i bezpieczeństwa w zakładzie karnym.

<sup>475</sup> KMP.022.4.2016 – pismo z 27.10.2016 r. - opinia nt. nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>476</sup> IX.517.3524.2016 – odpowiedź Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 10.02.2017 r. na wystąpienie generalne z dnia 17.01.2017 r.



czenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności<sup>477</sup>. Dostosowanie to powinno objąć także utworzenie, w miarę możliwości architektonicznych, pomieszczeń do izolacji. Zatem utworzenie tych pomieszczeń zostało obwarowane szeregiem zastrzeżeń, niemniej Rzecznik ma nadzieję, że wszystkie konieczne warunki zostaną spełnione i do końca 2017 r. w szpitalach więziennych, w których stosowany jest przymus bezpośredni, powstaną pomieszczenia do izolacji.

Dyrektor Generalny poinformował ponadto, że polecił dyrektorom okręgowym, którym podlegają jednostki penitencjarne ze szpitalami więziennymi, przeprowadzenie szkoleń przypominających, na temat stosowania przymusu bezpośredniego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Przypomniał również naczelnym lekarzom okręgowych inspektoratów Służby Więziennej i dyrektorom szpitali o konieczności realizowania ustawowych obowiązków informowania o zakresie działania i możliwościach kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i umożliwiania Rzecznikowi PPSP wykonywania jego zadań na terenie szpitala więziennego. W sprawie doposażenia pomieszczeń do stosowania unieruchomienia w kamery monitoringu wstrzymał się z podjęciem działań do czasu ewentualnego wprowadzenia stosownych zmian w przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

W toku prowadzonych kontroli ujawnił się również problem braku właściwych podstaw prawnych do uczestnictwa funkcjonariuszy działu ochrony jednostek penitencjarnych w wykonywaniu czynności związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego. Nie można bowiem uznać za wystarczające upoważnienia zawartego w przepisach rangi rozporządzenia, gdy podjęcie działań na podstawie tego upoważnienia skutkuje ingerencją w konstytucyjne prawa jednostki do wolności i nietykalności cielesnej. W myśl przepisu art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób.

Nikt więc nie może być ograniczony w korzystaniu ze swej wolności inaczej niż na warunkach określonych w ustawie, dlatego delegację do podejmowania działań w tak wrażliwej sferze wolności i nietykalności osobistej, sformułowaną w przepisach rangi podustawowej, Rzecznik uznał za niewystarczającą. Skierował w związku z tym wystąpienie do Ministra Zdrowia<sup>478</sup>, w którym zwrócił się o wprowadzenie do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przepisu upoważniającego Służbę Więzienną do udzielania pomocy osobom stosującym przymus bezpośredni, aby legalność działań Służby Więziennej podczas stosowania

<sup>477</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 808.

<sup>478</sup> IX.517.3524.2016, wystąpienie RPO z 17.01.2017 r. do Ministra Zdrowia, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2017/1/IX.517.3524.2016/947916.pdf> (dostęp: 09.10.2017 r.).

przymusu bezpośredniego nie budziła wątpliwości. Minister poinformował<sup>479</sup>, że zgłoszone przez Rzecznika uwagi zostały przyjęte i będą uwzględnione w projekcie nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, nad którym prace aktualnie trwają.

## 6. Podsumowanie

W każdym szpitalu, także szpitalu więziennej służby zdrowia, zdarzają się sytuacje, kiedy konieczne staje się zastosowanie wobec pacjenta wykazującego zaburzenia psychiczne przymusu bezpośredniego, aby zapobiec negatywnym konsekwencjom jego zachowania. Ponieważ dochodzi wówczas do poważnej ingerencji w podstawowe prawa i wolności pacjenta, potencjalne niebezpieczeństwo nadużyć i złego traktowania jest w tych sytuacjach szczególnie duże. Z tego względu obszar ten powinien być objęty specjalnym zainteresowaniem ze strony odpowiedzialnych podmiotów.

Zabezpieczeniu przed naruszeniami praw osób poddanych procedurom stosowania przymusu bezpośredniego służy w pierwszym rzędzie stworzenie szczegółowych reguł postępowania w tego rodzaju sytuacjach. Bardzo istotne jest zapewnienie, aby środki te były stosowane przez właściwie przygotowany personel, posiadający odpowiednią wiedzę, w tym znajomość obowiązujących procedur. Warunkiem koniecznym jest też stworzenie mechanizmów efektywnej kontroli ich stosowania, przewidujących w szczególności bieżącą kontrolę sprawowaną przez bezpośrednich przełożonych, istnienie procedur skargowych, pozwalających pacjentom na skuteczne ujawnianie nieprawidłowości, oraz regularne kontrolowanie stosowania przymusu bezpośredniego przez niezależne organy zewnętrzne.

W polskim systemie prawnym istnieją odpowiednie procedury, regulujące sposób stosowania przymusu bezpośredniego przez fachowy personel służby zdrowia, przepisy prawa zawierają też odpowiednie regulacje o charakterze gwarancyjnym. Problemem pozostaje, jak pokazują wyniki przeprowadzonych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich czynności, właściwa realizacja istniejących procedur przez zobowiązane podmioty.

Ustalenia poczynione podczas wizytacji szpitali pokazały, do jakich nieprawidłowości może dochodzić przy stosowaniu przymusu i w jakich obszarach są one najczęstsze. Jednoznacznie wykazały również, że ten fragment działalności szpitali więziennych nie jest w sposób dostateczny objęty kontrolą. Powoduje to, że pojawiające się w działaniach personelu medycznego błędy nie są korygowane na bieżąco, a w konsekwencji niejednokrotnie przeradzają się w utrwaloną nieprawidłową praktykę, która godzi w prawo pacjentów do humanitarnego traktowania i poszanowania ich godności.

<sup>479</sup> IX.517.3524.2016, odpowiedź Ministra Zdrowia z 09.02.2017 r. na wystąpienie generalne.



Mogłoby się wydawać, że z racji wielości podmiotów, które są zobowiązane do kontrolowania działalności więziennej służby zdrowia w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego, nadzór ten będzie stosowany nawet ściślej niż to ma miejsce w szpitalach powszechnej służby zdrowia. Rzeczywistość okazała się zgoła odmienna. Zarówno organy działające na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego - sędziowie wyznaczeni przez prezesów sądów okręgowych i rzecznicy praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, jak i organy postępowania wykonawczego - sędziowie penitencjarni i dyrektorzy okręgowi Służby Więziennej (za pośrednictwem naczelników lekarzy okręgowego inspektoratu Służby Więziennej), albo w ogóle nie przeprowadzały kontroli, albo nie kontrolowały stosowania przymusu bezpośredniego w dostatecznym stopniu. Niekiedy można było wręcz odnieść wrażenie, że nie mają świadomości, iż zakres ich działania obejmuje także szpitale więzienne lub że nie czują się w pełni kompetentne do sprawowania kontroli w tym zakresie.

Być może podjęcie tego problemu przez Rzecznika ma szansę spowodować, że przestanie on być traktowany marginalnie przez organy odpowiedzialne za przestrzeganie praw osób poddanych procedurom stosowania przymusu bezpośredniego i ta tematyka zostanie w szerszym zakresie uwzględniona w podejmowanych przez nie działaniach. Jak pokazują wyniki przeprowadzonych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich czynności, jest to niezbędne, ażeby prawa osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych, wobec których stosowany jest przymus bezpośredni, były w pełni respektowane.



# Nadzór penitencjarny sędziów nad legalnością i prawidłowością osadzenia osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną

## 1. Wprowadzenie

Rzecznik Praw Obywatelskich badając sytuację osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną dokonał analizy sprawozdań z ostatnich wizytacji i lustracji, przeprowadzonych przez sędziów penitencjarnych w poszczególnych jednostkach penitencjarnych na przestrzeni lat 2012-2017. Większość lustracji odbyła się jednak w latach 2014, 2015 i 2016 (odpowiednio: 34, 45 i 60)<sup>480</sup> i była *stricte* nakierowana na ocenę sytuacji osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną. O przesłanie wskazanych dokumentów RPO zwrócił się do wszystkich Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej pismem z dnia 29 września 2016 r.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości poinformował Rzecznika, iż poczynszy od 18 listopada 2013 roku, w cyklach półrocznych Ministerstwo Sprawiedliwości zwraca się do Prezesów Sądów Okręgowych z wnioskiem o zbadanie w trybie nadzoru penitencjarnego legalności i prawidłowości osadzenia tego typu osób w podległych jednostkach penitencjarnych. Zagadnienie legalności i prawidłowości osadzenia osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz chorych psychicznie objęte jest stałą kontrolą sędziów penitencjarnych. Nie ogranicza się ona jedynie do osób skazanych w warunkach art. 31 § 2 k.k., lecz również do bieżącej kontroli zasadności pobytu skazanych w jednostkach penitencjarnych, zarówno w aspekcie prawidłowości oceny ich poczytalności, jak i aktualnej możliwości pobytu (ze względów zdrowotnych) w warunkach detencji. Ponadto, w ogólnych kierunkach wewnętrznego nadzoru administracyjnego wykonywanego przez Prezesów Sądów Apelacyjnych w zakresie wykonywania orzeczeń na rok 2015 i na rok 2016, zalecono weryfikację uprawnień osadzonych osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną, ze szczególnym

<sup>480</sup> Sytuacja w innych latach przedstawia się następująco: w 2012 r. (1), 2013 r. (9).

uwzględnieniem stanu opieki medycznej i psychologicznej oraz warunków bytowych, w jakich osoby te przebywały<sup>481</sup>.

W treści niektórych analizowanych sprawozdań z lustracji wskazywano, że są one dokonywane w celu wykonania polecenia zawartego w ogólnych kierunkach wewnętrznego nadzoru administracyjnego.

## 2. Analiza treści sprawozdań

Rolą nadzoru penitencjarnego jest instytucjonalna ochrona praw więźniów<sup>482</sup>. Ramy prawne nadzoru penitencjarnego zostały określone w rozdziale V Kodeksu karnego wykonawczego oraz w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobu, zakresu i trybu sprawowania nadzoru penitencjarnego<sup>483</sup> (dalej: rozporządzenie). Nadzór penitencjarny prowadzony jest przez sędziów penitencjarnych, co wynika z dyspozycji art. 32 k.k.w. W doktrynie zauważa się, że istnieje tożsamość osób realizujących nadzór penitencjarny i wykonujących funkcje orzecznicze jako sąd penitencjarny, co stanowi specyfikę polskiego nadzoru<sup>484</sup>. Ponadto wskazano, iż „wiedza i doświadczenie zdobyte w procesie wykonywania nadzoru penitencjarnego mogą być spożytkowane w toku orzekania w sprawach zastrzeżonych dla sądu penitencjarnego, zaś obserwacje poczynione w toku rozpoznawania spraw i orzekania mogą być dyskontowane w toku czynności nadzorczych również np. poprzez wpływanie na formy i metody oddziaływania resocjalizacyjnego”<sup>485</sup>.

Najważniejszym zadaniem, jak należy sądzić, w ramach sprawowanych czynności jest nadzór nad legalnością i prawidłowością wykonywania kary pozbawienia wolności oraz nad wszystkimi innymi formami detencji. Instrumenty, którymi posługuje się sędzia penitencjarny zostały opisane w kolejnych przepisach k.k.w. Wśród nich należy wymienić: wizytacje miejsc pozbawienia wolności (art. 33 k.k.w.), uchylanie decyzji wybranych organów postępowania wykonawczego (art. 34 k.k.w.), czy też sygnalizowanie właściwym organom potrzeby wydania decyzji leżącej w zakresie ich kompetencji (art. 35 k.k.w.). Z kolei rozporządzenie w § 4 ust. 1 wymienia za pomocą jakich czynności sędzia penitencjarny sprawuje nadzór penitencjarny:

<sup>481</sup> Pismo Sekretarza Stanu z dnia 1 lutego 2017 r., DWOiP-I-053-2/17, s. 3-4.

<sup>482</sup> P. Sobota, *Nadzór penitencjarny (w:) Stan i węzłowe problemy polskiego więziennictwa, Część II*, J. Malec (red.), Warszawa 1997, s. 320. We wskazanej publikacji jej autor przedstawia rys historyczny tej instytucji oraz wnioski dotyczące funkcjonowania nadzoru penitencjarnego z punktu widzenia Rzecznika Praw Obywatelskich.

<sup>483</sup> Dz. U. Nr 152, poz. 1496, z późn. zm.

<sup>484</sup> Zob. T. Kalisz, *Teoretyczne i prawne podstawy sędziowskiego modelu nadzoru penitencjarnego (w:) X lat obowiązywania kodeksu karnego wykonawczego*, S. Lelental, G. B. Szczygieł (red.), Wyd. Temida2, Białystok 2009, s. 204. We wskazanej publikacji autor prezentuje również teleologiczne podstawy nadzoru penitencjarnego.

<sup>485</sup> *Tamże*, s. 204.





- 1) przeprowadzając, zgodnie z planem, wizytacje jednostek kontrolowanych, obejmujące całokształt spraw podlegających kontroli i ocenie;
- 2) przeprowadzając, w uzasadnionych przypadkach z urzędu bądź na polecenie prezesa sądu okręgowego lub apelacyjnego, lustracje jednostek kontrolowanych w celu zbadania określonej problematyki z zakresu działalności jednostki;
- 3) wydając zalecenia powizytacyjne i polustracyjne oraz kontrolując prawidłowość i terminowość ich wykonania;
- 4) wydając decyzje i zarządzenia w przypadkach przewidzianych w ustawie;
- 5) podejmując inne niezbędne czynności.

W niniejszym opracowaniu analizie poddano działania sędziego penitencyjnego w zakresie lustracji bądź wizytacji zakładów karnych i aresztów śledczym pod kątem sytuacji osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną.

Wizytacje zakładów karnych przeprowadza się zgodnie z planem, nie rzadziej niż raz na cztery lata, a pozostałych jednostek nie rzadziej niż raz na dwa lata i obejmują one całokształt spraw podlegających kontroli i ocenie. Lustracje natomiast są przeprowadzane w uzasadnionych przypadkach z urzędu bądź na polecenie prezesa sądu okręgowego lub apelacyjnego, w celu zbadania określonej problematyki z zakresu działalności jednostki.

Przepisy powszechnie obowiązującego prawa w sposób precyzyjny określają jakie elementy winno zawierać sprawozdanie sędziego z wizytacji jednostki penitencyjnej. W myśl § 7 ust. 1 rozporządzenia, z przebiegu wizytacji sędzia penitencyjny sporządza sprawozdanie w terminie 14 dni od jej zakończenia, które powinno zawierać:

- 1) wskazanie terminu przeprowadzenia wizytacji;
- 2) wskazanie zakresu czasowego i tematycznego wizytacji;
- 3) ocenę sposobu wykonania zaleceń wydanych w czasie poprzedniej wizytacji;
- 4) dokonane ustalenia;
- 5) szczegółową ocenę pracy wizytowanej jednostki;
- 6) ustalenie wyników przeprowadzonej wizytacji, w tym stwierdzonych uchybień;
- 7) w razie potrzeby zalecenia powizytacyjne, zmierzające do usunięcia stwierdzonych uchybień i zapobieżenia ich powstawaniu;
- 8) ewentualne wnioski o wytknięcie naruszeń służbowych;
- 9) podpis wizytatora;
- 10) datę sporządzenia sprawozdania.

Tożsame warunki winno spełniać sprawozdanie z lustracji, o czym stanowi § 7a rozporządzenia.

Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymał 149 protokołów z wizytacji i lustracji przeprowadzonych przez sędziów penitencjarnych. Spośród tej liczby dokumentów 52 sprawozdania<sup>486</sup> dotyczą wizytacji jednostki penitencjarnej.

Należy podkreślić, iż sprawozdania te nie dotyczą w ogóle kwestii sytuacji osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną, co pokazuje, że sędziowie w ogóle nie dostrzegali tej grupy osób osadzonych. Nie trzeba przekonywać, że jest to grupa szczególnie wrażliwa, a jak sygnalizuje Ministerstwo Sprawiedliwości począwszy od 18 listopada 2013 roku, sytuacja takich osób jest badana w trybie nadzoru penitencjarnego. Jak pokazała analiza wskazanych sprawozdań, działania Ministerstwa Sprawiedliwości nie przekładają się jednak na konkretne działania sędziów penitencjarnych, którzy podczas wizytacji nie oceniali i nie weryfikowali sytuacji tej grupy osadzonych.

Pozostałe przesłane do Rzecznika dokumenty to sprawozdania z lustracji (97 protokołów). Spośród tej grupy dokumentów, 92 sprawozdania jako przedmiot lustracji określają sytuację osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną<sup>487</sup>.

- A) Uwaga, która nasuwa się po analizie sprawozdań z lustracji jest taka, że w zdecydowanej większości nie zawierają one szczegółowych ocen pracy lustrowanej jednostki<sup>488</sup>. Informacje zawarte w sprawozdaniach są często zdawkowe i lakoniczne, nie odnoszące się do sytuacji badanej grupy. Tytułem przykładu wskazać należy zapis z lustracji Zakładu Karnego w Głubczycach w kwestii respektowania uprawnień osadzonych niepełnosprawnych intelektualnie i z zaburzeniami psychicznymi: *„w lustrowanym okresie odnotowano 27 skazanych objętych opieką psychiatryczną ze względu na niepełnosprawność intelektualną oraz z zaburzeniami psychicznymi. Nie zaistniał przypadek udzielenia przerwy w karze z uwagi na powyższe. W/w osoby mają stały dostęp do opieki medycznej i psychologicznej, ponadto zgodnie z art. 83 § 1 k.k.w., kierowani są do Ośrodka Diagnostycznego przy Areszcie Śledczym w Opolu, celem przeprowadzenia badań i wydania orzeczenie psychologiczno-penitencjarnego wskazującego optymalny system odbywania kary pozbawienia wolności. Wszyscy skazani mają właściwy dostęp do ciepłej i zimnej wody użytkowej, dostęp do kąpieli oraz wymiana*

<sup>486</sup> W 25 sprawozdaniach spośród 52 nie wydano żadnych zaleceń. Na fakt, iż sędziowie nie wydawali zaleceń, mimo wskazania w sprawozdaniu konkretnych aspektów nieprawidłowego wykonywania kary, zwraca uwagę M. Niełaczną. Zob. M. Niełaczną, *Nadzór penitencjarny w poznańskim okręgu sądowym*, Analizy, Raporty, Ekspertyzy 2/2012, s. 20.

<sup>487</sup> Lustracje jako realizowane w celu wykonania polecenia zawartego w ogólnych kierunkach wewnętrznego nadzoru administracyjnego, dodatkowo miały często za przedmiot ocenę: sprawności i terminowości wykonywania orzeczeń skutkujących zwolnieniem osadzonego z jednostki penitencjarnej oraz realizację obowiązku wynikającego z art. 168a k.k.w., tj. informowania porrzywdzonego lub innej osoby uprawnionej o opuszczeniu przez skazanego jednostki penitencjarnej.

<sup>488</sup> Ten problem sygnalizuje także M. Niełaczną, *Nadzór...*, s. 11.



pościeli i odzieży następuje zgodnie z rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 stycznia 2014 r. w sprawie warunków bytowych osób osadzonych w zakładach karnych”. Cytowany fragment obejmuje całość spostrzeżeń sędziego na temat sytuacji badanej grupy osób. Sędzia dokonując lustracji nie zainteresował się sytuacją poszczególnych osób, tj. nie badał z jakiego powodu ww. osoby odbywają karę, czy są zdolne do jej odbywania, czy nie ma potrzeby zainicjowania postępowania w kwestii udzielenia przerwy w karze albo zawieszenia postępowania wykonawczego ze względu na zaburzenia psychiczne.

W doktrynie wyraża się różne opinie co do zakresu badania przez sędziego penitencjarnego legalności i prawidłowości odbywania kary pozbawienia wolności. Wskazuje się, że „legalność” to zgodność zachowania (postępowania) z obowiązującym prawem, zaś „prawidłowość” – postępowanie, które zmierza do osiągnięcia prawem określonych celów. Kontrola legalności to w zasadzie kontrola prawidłowości dokumentów, przede wszystkim dotyczących osadzania i przebywania w zakładach osób pozbawionych wolności (...). Mówiąc inaczej: nadzór nad legalnością to kontrola zgodności z prawem stosowania środków skutkujących pozbawieniem wolności i kontrola czasu stosowania oraz zwolnienia, natomiast nadzór nad prawidłowością przebiegu polega na kontroli prawidłowości metod i środków realizujących cele tych środków (...)”<sup>489</sup>.

Z kolei Sekretarz Stanu podkreśla, że przedmiotem nadzoru penitencjarnego pozostaje bieżąca kontrola zasadności pobytu skazanych w jednostkach penitencjarnych, zarówno w aspekcie prawidłowości oceny ich poczytalności, jak i aktualnej możliwości pobytu (ze względów zdrowotnych) w warunkach detencji. W doktrynie wskazuje się również na przypadek wywiedzenia kasacji na skutek interwencji sędziego penitencjarnego<sup>490</sup>.

W ocenie Rzecznika, sędzia penitencjarny jest uprawniony aby dociekać w jaki sposób osoba chora psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną trafiła do miejsca detencji, w szczególności czy w postępowaniu rozpoznawczym miała zagwarantowane skuteczne prawo do obrony oraz czy orzeczenie nie zostało wydane z naruszeniem prawa. Sędzia penitencjarny może zasygnalizować potrzebę wywiedzenia kasacji na rzecz takiej osoby organom uprawnionym do jej wniesienia (por. art. 35 § 1 k.k.w.), np. RPO czy Ministrowi Sprawiedliwości Prokuratorowi Generalnemu (por. art. 521 k.p.k.). Sędzia penitencjarny dysponuje także samodzielnymi instrumentami prawnymi. Może on zasygnalizować sądowi penitencjarnemu, że ze względu na zaburzenia psychiczne dana osoba

<sup>489</sup> K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Wolters Kluwer, 2016.

<sup>490</sup> M. Niełaczna, *Nadzór...*, s. 23.

nie może odbywać kary. Sędzia penitencjarny może zasygnalizować zatem potrzebę wszczęcia procedury w zakresie udzielenia przerwy w karze albo zawieszenia postępowania wykonawczego. Za w pełni słuszną uznać należy tezę przedstawioną w doktrynie, iż za chorobę psychiczną, która stanowi podstawę odroczenia wykonania kary (art. 150 § 1 k.k.w.) czy podstawę udzielenia przerwy w wykonywaniu kary (art. 153 § 1 k.k.w. w zw. z art. 150 § 1 k.k.w.) „należy rozumieć tylko jako taki ciężki stan poczytalności skazanego, który uniemożliwia mu zachowanie świadomości celu wykonywania wobec niego kary oraz nie pozwala na świadome uczestniczenie w procesie wykonywania kary w zakładzie karnym”<sup>491</sup>.

- B) Z treści niektórych sprawozdań (32 sprawozdania spośród 92) wprost wynikało, że w opinii sędziów, jeżeli w jednostce penitencjarnej nie było oddziału terapeutycznego, to nie było osób z niepełnosprawnościami. Zapominano zupełnie, że takie osoby mogą przebywać poza oddziałem terapeutycznym w związku z obowiązkiem przyjęcia do jednostki wszystkich, nawet osób z różnymi dysfunkcjami psychicznymi.

W niektórych sprawozdaniach sygnalizowano to bezpośrednio, np. „w Zakładzie Karnym w Bydgoszczy - Fordonie nie ma oddziału terapeutycznego” (sprawozdanie z lustracji Zakładu Karnego w Bydgoszczy-Fordonie). Podobnie wskazano w protokole z lustracji Zakładu Karnego Nr 2 w Grudziądzu, gdzie sędzia podaje: „Zakład Karny nr 2 w Grudziądzu nie ma oddziału przeznaczonych dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami, z ułomnościami organizmu. Nie jest jednostką dla osadzonych chorych psychicznie bądź upośledzonych umysłowo”. Z kolei w sprawozdaniu z lustracji w Areszcie Śledczym w Wałbrzychu znajduje się stwierdzenie „Areszt Śledczy w Wałbrzychu nie jest przeznaczony dla osób niepełnosprawnych intelektualnie czy z zaburzeniami psychicznymi”. Podobne jak wyżej stwierdzenie znajduje się również w raporcie z lustracji Zakładu Karnego Nr 2 we Wrocławiu: „zakład karny nr 2 we Wrocławiu nie jest przeznaczony dla skazanych niepełnosprawnych intelektualnie czy z zaburzeniami psychicznymi”.

W sprawozdaniu z lustracji Aresztu Śledczego w Słupsku sędzia wskazuje, że „osoby takie nie powinny przebywać w AŚ Słupsk. Osadzeni tacy powinni być umieszczeni w oddziałach terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, gdzie mogłaby być prowadzona wobec nich prawidłowa terapia. Oddziały takie znajdują się w stosunkowo nieodległych zakładach

<sup>491</sup> K. Postulski, *Stan zdrowia skazanego w aspekcie zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności*, Prokuratura i Prawo 2015, Nr 7-8, s. 167. Zgodzić się należy również z tezą przedstawioną w tej publikacji, że „w przypadku lekkich anomalii psychicznych nie ma przeszkód, aby sprawca odbywał wymierzoną mu karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, uwzględniającym potrzebę zapobiegania pogłębieniu się patologicznych cech osobowości i przywracania równowagi psychicznej”. Tamże, s. 168.



karnych i dowiezenie tych osadzonych do prowadzonych czynności procesowych nie powinno powodować istotnych trudności. Postulować należy zmianę przepisów w tym zakresie w szczególności dotyczącej rejonizacji osadzania takich osób”.

Fakt, iż jednostka nie jest przeznaczona dla osób niepełnosprawnych intelektualnie czy z zaburzeniami psychicznymi, nie oznacza *a priori*, iż takie osoby tam nie przebywają. W tej sytuacji sędzia nie powinien zwalniać się od przeprowadzenia lustracji w tym przedmiocie. Z treści sprawozdania z Aresztu Śledczego w Słupsku nie można wywnioskować (nie powinny przebywać), czy w dniu lustracji nie przebywały w jednostce takie osoby.

- C) Z kolei w niektórych sprawozdaniach wprost podnoszono brak możliwości zapewnienia stosownej opieki. W raporcie z lustracji Aresztu Śledczego w Wejherowie podkreślono, że Areszt nie jest przystosowany do zapewnienia właściwej opieki osadzonym z zaburzeniami psychicznymi. Tego rodzaju osadzeni są objęci wzmożoną opieką, a administracja podejmuje niezwłoczne działania celem umieszczenia takich osób w jednostkach dysponujących właściwym zapleczem. Należy podnieść, że wskazane zdania są ze sobą sprzeczne. Trzeba pamiętać, że jednostki penitencjarne muszą przyjmować skazanych i tymczasowo aresztowanych z różnymi dysfunkcjami psychicznymi – wynika to z obowiązujących przepisów prawa.
- D) Zastrzeżenie, które na pewno należy zasygnalizować w zakresie sposobu prowadzenia lustracji przez niektórych sędziów penitencjarnych, to fakt, że bazowano wyłącznie na dokumentacji dostarczonej przez jednostkę penitencjarną. Rozmów z osadzonymi, których sytuację sędziowie mieli badać, zaniechano podczas lustracji w Areszcie Śledczym Warszawa-Służewiec, Areszcie Śledczym Warszawa-Mokotów, Zakładzie Karnym w Nowym Wiśniczu, Zakładzie Karnym w Tarnowie, Zakładzie Karnym Tarnów-Mościce, Zakładzie Karnym w Czarnem, Areszcie Śledczym w Koszalinie, Zakładzie Karnym w Rawiczu, Zakładzie Karnym w Płocku oraz Zakładzie Karnym w Przytułach Starych.

W treści sprawozdania z Zakładu Karnego w Przytułach Starych, legalność osadzenia dwóch upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym<sup>492</sup> sędzia skwitował stwierdzeniem: „zarówno pierwsze osadzenie jak i dalsze stosowanie tymczasowego aresztowania następowало na podstawie postanowienia uprawnionego Sądu”. Trudno wyobrazić sobie sytuację, aby było inaczej. Sędzia skupił się na formalnym zbadaniu legalności pozbawienia wolności, podczas gdy należało także zastanowić się nad oko-

<sup>492</sup> Sytuację osób niepełnosprawnych intelektualnie w detencji opisują w odrębnych rozdziałach: J. Heitzman oraz T. Rozwadowski.

licznością, czy rzeczywiście powinny one przebywać w jednostce penitencjarnej, a jeśli tak to czy mają zapewnione właściwe warunki, w tym w zakresie bezpieczeństwa osobistego.

Trzeba podkreślić, iż w kontekście osób niepełnosprawnych intelektualnie i psychicznie osobisty kontakt jest bardzo ważnym źródłem informacji i błędem jest jego pomijanie<sup>493</sup>. W stosunku do grupy szczególnie wrażliwej, narażonej na niewłaściwe traktowanie należy dążyć do rozmowy z nimi, gdyż tylko wówczas można uzyskać pełny obraz sytuacji takiej osoby.

Z kolei w sprawozdaniu z lustracji w Zakładzie Karnym w Sieradzu znajduje się informacja: „nie stwierdziłam nieprawidłowości, a wręcz przeciwnie łagodne oddziaływanie na skazanych, którzy potrafią być roszczeniowi, a czasami agresywni”. Sędzia nie rozmawiała z osadzonymi. W tej sytuacji, za bezpodstawne uznać należy jej twierdzenie, że nie stwierdziła nieprawidłowości, albowiem aby o tym przesądzić, musiałaby z nimi porozmawiać.

- E) Po analizie sprawozdań dostrzeżono także, iż ustalenia sędziów penitencjarnych diametralnie różnią się od ustaleń pracowników BRPO. Za przykład może posłużyć lustracja Zakładu Karnego w Czarnem, podczas której sytuację osadzonych z oddziału terapeutycznego sędzia ocenił przez pryzmat dokumentów. Świadczy o tym zapis raportu: *„do kontroli nadesłano akta ewidencyjne i teczki osobopoznawcze następujących osadzonych, niepełnosprawnych intelektualnie i z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi”, „w kontrolowanych aktach znajdowały się opinie sądowno-psychiatryczne, opinie psychologiczne a także seksuologiczne”*. Drugą z czynności, którą dokonał sędzia był ogląd oddziału i jego pomieszczeń. Wynika to z treści sprawozdania oraz faktu, że zalecenia dotyczą wyłącznie poprawy warunków bytowych w oddziale terapeutycznym. Należy wskazać, że lustracja sędziego przeprowadzona została w dniu 28 maja 2015 r. W dniach 23 -25 marca 2015 r. wizytację w jednostce przeprowadzili pracownicy Biura RPO. Notatkę z wizytacji przesłano dyrektorowi zakładu karnego przy piśmie z dnia 18 czerwca 2015 r. W dokumencie Rzecznika Praw Obywatelskich wskazano szereg nieprawidłowości związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego w oparciu o przepisy

<sup>493</sup> Wskazany fakt, opisuje również M. Niełacna w sprawozdaniu wskazując, że sędziowie rzadko rozmawiają z osobami pozbawionymi wolności, są niewidoczni dla więźniów. Zob. M. Niełacna, *Nadzór...*, s. 26 i 35. Można postawić tezę, iż **sytuacja w tej mierze nie zmienia się od lat**, skoro w opracowaniu Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości pt. „Ocena funkcjonowania nadzoru sędziego penitencjarnego nad wykonywaniem kary pozbawienia wolności”, które zostało sporządzone w oparciu o sprawozdania jednostek penitencjarnych z 1991 r., wskazuje się, że jedynie w 26% protokołów uwzględniono przeprowadzenie rozmów indywidualnych ze skazanymi, Por. P. Sobota, *Nadzór...*, s. 340.



ustawy o ochronie zdrowia psychicznego<sup>494</sup>, m.in. niehumanitarne i poniżające traktowanie (w niektórych przypadkach), niekierowanie się zasadą wyboru środka przymusu możliwie najmniej uciążliwego, niewywiązywanie się z obowiązku bezpośredniej kontroli stanu pacjenta co 15 minut i niezapewnianie krótkotrwałego, częściowego lub całkowitego uwolnienia, nierzetelne prowadzenie dokumentacji, brak stosownego nadzoru. Trzeba wskazać, iż przymus bezpośredni z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego można stosować wyłącznie wobec osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną, a także w przypadku wystąpienia u osoby innych zaburzeń psychicznych. Stwierdzone przez pracowników BRPO nieprawidłowości dotyczyły zatem grupy, której sytuację powinien ocenić sędzia penitencjarny, tym bardziej, że był to wyznaczony temat lustracji.

Za nieuwzględniające sytuacji osób z niepełnosprawnością psychiczną uznać należy także wnioski jakie płyną z lustracji dokonanej w Zakładzie Karnym Nr 2 w Łodzi. W sprawozdaniu nie zawarto żadnych zaleceń, mimo że w tej jednostce przebywa (w dniu lustracji również przebywał) Jacek K., o którym RPO posiada wiedzę, iż nie powinien przebywać w jednostce penitencjarnej, bowiem nie ma tam zagwarantowanej możliwości adekwatnego do stanu zdrowia leczenia<sup>495</sup>. W podobnej sytuacji znajdowały się także inne osoby, co pracownicy BRPO ustalili w rozmowie z personelem służby zdrowia szpitala. Lustracji dokonano w dniach 21 września - 2 października 2015 r. O sytuacji osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną sędzia pisze: „*nie ujawniono w zakresie przeprowadzonej lustracji nieprawidłowości i niedociągnięć w kontekście [...] respektowanie[a] uprawnień osadzonych osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz z zaburzeniami psychicznymi, ze szczególnym uwzględnieniem stanu opieki medycznej i psychologicznej oraz warunków bytowych – w powyższej jednostce, również odnośnie respektowania uprawnień osadzonych. Nie stwierdzono przypadków naruszenia w jakikolwiek sposób praw osadzonych*”.

Sędzia dokonując lustracji w ww. zakresie przeprowadziła rozmowę z kierownikiem działu penitencjarnego i działu terapeutycznego, natomiast z treści sprawozdania nie wynika, aby przeprowadziła rozmowy z osadzonymi, których sytuację opisała w sprawozdaniu (15 osadzonych). Sędzia zajmowała się sprawą Jacka K. Wnioski z lustracji sędziego, nie

<sup>494</sup> Konkluzje z tej wizytacji zawarte są w rozdziale autorstwa M. Kiryluk, *Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych*.

<sup>495</sup> Na kanwie jego przypadku, zwrócono się do Ministra Sprawiedliwości o podjęcie stosownych działań legislacyjnych, gdyż mimo faktu, iż osadzonemu powinna zostać udzielona przerwa w odbywaniu kary, przebywa w jednostce penitencjarnej. Sytuacja faktyczna i prawna osadzonego i zdiagnozowany deficyt regulacji został opisany w rozdziale E. Brzostymowskiej.

mogą być ocenione jako rzetelne w świetle własnych ustaleń pracowników Biura RPO, którzy badali sytuację osób z niepełnosprawnościami w tej jednostce w dniach 10-11 lutego 2016 r.<sup>496</sup>.

Po wizytacji pracowników BRPO zwrócono się do sędziego penitencjarnego w sprawie Jacka K. W odpowiedzi Przewodniczący Wydziału Penitencjarnego właściwego sądu podaje, że „w ramach nadzoru penitencjarnego, nie sposób podważyć prawomocnych orzeczeń stwierdzających brak podstaw do udzielenia skazanemu kolejnej przerwy w karze dla leczenia w warunkach wolnościowych. Wydaje się zatem, że w aktualnym, stanie rzeczy jedynym rozwiązaniem pozwalającym na wdrożenie wobec skazanego innej niż farmakoterapia metody leczenia, jest podjęcie przez służbę penitencjarną wskazanej przez Sąd próby przeprowadzenia stosownych zabiegów” (chodzi o poddanie pacjenta elektrowstrząsom)<sup>497</sup>.

- F) Wątpliwości co do sposobu prowadzenia lustracji nasuwają się także po lekturze protokołu z lustracji Zakładu Karnego w Sztumie, w treści którego sędzia wskazuje, że nie ma on kompetencji, aby dokonywać oceny jakości opieki psychologicznej i medycznej. Konkluzja jego ustaleń jest następująca: „nadzór penitencjarny sprawowany przez sędziów penitencjarnych jest nadzorem nad legalnością i prawidłowością wykonywania kary pozbawienia wolności oraz niektórych innych kar i środków (art. 32 kkw). Mając to na uwadze należy doprecyzować, że w ramach zakresu nadzoru penitencjarnego wyznaczonego treścią tego przepisu nie jest prawnie dopuszczalna ocena „stanu opieki medycznej i psychologicznej” rozumiana jako ocena merytorycznej jakości działań podejmowanych przez psychologów i lekarzy w jednostkach penitencjarnych. Oprócz przedstawionego tutaj aspektu prawnego, oczywistym jest również i to, że sędziowie penitencjarni nie mają odpowiedniej wiedzy specjalistycznej koniecznej do dokonywania ocen merytorycznej jakości opieki psychologicznej i medycznej. Podsumowując, w mojej ocenie, z uwzględnieniem powyższej uwagi dotyczącej kompetencji sędziego penitencjarnego, skazani z zaburzeniami psychicznymi, w tym niepełnosprawni intelektualnie, osadzeni w Zakładzie Karnym w Sztumie mają zapewniony prawidłowy dostęp do opieki medycznej, w tym opieki psychologicznej i psychiatrycznej”.

Takie podejście do przedmiotu lustracji z pewnością musi budzić wątpliwości. Trzeba zauważyć, iż nikt nie oczekuje od sędziego posiadania wiedzy psychologicznej i medycznej, ale to nie może służyć za usprawiedliwienie *de facto* nieprowadzenia nadzoru penitencjarnego w tym zakresie. Sędzia

<sup>496</sup> Podczas kolejnej wizytacji w tej jednostce w dniu 22 września 2016 r. uzyskano informacje od Dyrektora Szpitala ZK Nr 2 w Łodzi, iż w szpitalu przebywają trzy osoby, które nie powinny przebywać w jednostce penitencjarnej ze względu na charakter choroby psychicznej.

<sup>497</sup> Odpowiedz z dnia 1 marca 2016 r. (Pen VI 4202-2/16).





konkluduje jednak, iż osadzeni mają zapewniony prawidłowy dostęp do opieki medycznej, mimo że jak podaje nie jest w stanie ocenić tej opieki. W takiej sytuacji może jedynie stwierdzić, iż osadzeni mają/nie mają dostępu do opieki medycznej. Wskazanie, że opieka jest prawidłowa, jest już oceną, do dokonania której, jak sam wskazuje, nie ma kompetencji.

W ramach prowadzonych czynności, sędzia odwiedził oddział terapeutyczny (którego warunki opisał w treści sprawozdania) oraz odbył rozmowę „z przypadkowymi pięcioma osadzonymi przebywającymi na tym oddziale, rozmowy te odbyły się z zapewnieniem pełnej swobody wypowiedzi, to jest bez udziału funkcjonariuszy”. W zaistniałej sytuacji sędzia powinien porozmawiać również z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie lub psychicznie, których sytuacja budzi zaniepokojenie Służby Więziennej, nawet jeżeli przebywają poza oddziałem terapeutycznym.

- G) Raporty z lustracji, w których sędziowie podjęli próbę weryfikacji sytuacji osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną pokazują, iż skupiono się jedynie na kwestiach dotyczących warunków bytowych oraz opieki psychologicznej. Sędziowie nie podejmowali zaś próby weryfikacji zasadności i zdolności odbywania kary pozbawienia wolności przez skazanego w określonym stanie zdrowia psychicznego i możliwości intelektualnych, czy też jak wskazał Sekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości „prawidłowości oceny poczytalności” tych osób.

W raporcie z lustracji w Areszcie Śledczym w Bydgoszczy sędzia podaje, że zwizytował 3 cele, opisując ich stan. Konkludując sędzia stwierdza, że „w czasie wizytacji - na moje pytania skazani nie mieli uwag do wyżywienia oraz warunków bytowych i opieki”, „przeprowadzona wizytacja wybranych cel mieszkalnych oraz Ośrodka Diagnostycznego prowadzi do wniosku, że osoby niepełnosprawne intelektualnie są pod dobrą opieką medyczną i psychologiczną oraz przebywają w należytych warunkach bytowych”.

Analizując przytoczone stwierdzenia trzeba zauważyć, iż sędzia nie interesował się kwestią zdolności odbywania przez te osoby kary pozbawienia wolności czy środka zapobiegawczego w postaci tymczasowego aresztowania i osiągnięcia ich celów, skupiając się wyłącznie na tym czy mają dobre warunki. Ponadto, dokonanie wizytacji tylko trzech cel mieszkalnych, to zdecydowanie zbyt mało aby wyciągać wnioski o charakterze generalnym.

W sprawozdaniu z lustracji w Zakładzie Karym w Potulicach znajduje się opis oddziału terapeutycznego, a nie sytuacji poszczególnych skazanych. Sam sędzia wskazuje, że w oddziale terapeutycznym znajduje się 69 osób ze stwierdzonym upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub lekkim. Sędzia rozmawiał z kilkoma osadzonymi i stwierdził, że: „żadna z osób, z którymi rozmawiałem nie zgłaszała uwag odnośnie

zakwaterowania, doboru osób w celach czy dostępu do opieki medycznej”. W sprawozdaniu brak jest informacji z jaką dokumentacją tych osadzonych zapoznał się sędzia w ramach lustracji.

- H) Wątpliwości mogą budzić także zapisy w protokołach lustracji, które nie dają odpowiedzi w jaki sposób ustalono pewne fakty<sup>498</sup>. Ponadto, może budzić wątpliwość niewydawanie zaleceń nawet w sytuacji, gdy sędzia stwierdza potrzebę szczególnego zaopiekowania się osadzonymi z grupy wrażliwej.

W Zakładzie Karnym w Rawiczu w czasie lustracji przebywało 6 skazanych z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym oraz 1 ubezwłasnowolniony częściowo. W sprawozdaniu brak informacji o ich sytuacji, brak informacji jakie działania podjął sędzia, aby sprawdzić ich sytuację prawną, czy interesował się orzeczeniami sądów, na mocy których odbywają karę pozbawienia wolności, czy z nimi rozmawiał. W sprawozdaniu zaznaczył, że osoby te „wymagają szczególnej opieki z uwagi na znaczny poziom deficytów, zwłaszcza poznawczych (w tym brak umiejętności czytania i pisanie, brak umiejętności dbania o higienę osobistą, wysoki poziom niedojrzałości, co przekłada się na funkcjonowanie w relacjach społecznych; choroba psychiczna w remisji)”. Mimo wskazanych konkluzji, sędzia nie wydał żadnych zaleceń.

W Areszcie Śledczym w Kielcach sędzia dokonał lustracji badając sytuację 15 osadzonych. Zawarte w sprawozdaniu informacje każą postawić znak zapytania co do rzetelności ustaleń. Podsumowując sytuację osadzonych sędzia podaje, że np. „u osadzonego zdiagnozowano zaburzenia urojeniowe, nie wymaga on leczenia szpitalnego”. Takie stwierdzenie jest bardzo lakoniczne, bowiem nie podaje kiedy zdiagnozowano zaburzenia urojeniowe. Ponadto, wskazane stwierdzenie może powodować wrażenie, że osadzony będący w stanie psychozy, nie jest leczony. Analiza treści sprawozdania nie daje odpowiedzi czy choroba pojawiła się podczas pobytu osadzonego w jednostce penitencjarnej, czy też jest w remisji. Z kolei o innym osadzonym sędzia podaje, że „u skazanego zdiagnozowano upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym. Nie wymaga on leczenia szpitalnego”. Wskazany zapis może świadczyć o niezrozumieniu sytuacji osób niepełnosprawnych intelektualnie, którzy nie wymagają leczenia szpitalnego z powodu swojego upośledzenia, które ma charakter trwały. Sędzia, dokonując lustracji sytuacji tej osoby, winien skupić się na zdolności odbywania przez nią kary.

<sup>498</sup> M. Niełacznna w przygotowanym Raporcie również wskazuje na potrzebę „zamieszczania w sprawozdaniach powizytacyjnych szczegółowych informacji w zakresie sposobów dokonywania ustaleń”, M. Niełacznna, *Raport...*, s. 35.



- I) Niektóre sprawozdania i sformułowane wnioski są nazbyt lakoniczne<sup>499</sup>, skoro wiedzą powszechną jest, że w danej jednostce penitencjarnej przebywają osoby z grupy wrażliwej.

Sprawozdanie z lustracji w Areszcie Śledczym w Poznaniu nie zawiera informacji czy przebywają takie osoby, co jest pewne bowiem w jednostce funkcjonuje ośrodek diagnostyczny i oddział szpitala psychiatrycznego. W treści sprawozdania nie ma żadnej informacji o sytuacji tych osób i możliwości odbywania przez nie kary, czy tymczasowego aresztowania. Podsumowanie kończy się natomiast lakonicznym stwierdzeniem, że *„areszt śledczy dysponuje wykwalifikowanym personelem medycznym - psychologami i możliwością konsultacji psychiatrycznych, zapewniających należyłą pomoc takim osadzonym”*.

Z kolei w innym sprawozdaniu mimo wiedzy, iż osoby, których sytuacja podlega lustracji znajdują się w jednostce penitencjarnej, sędzia nie podaje, jak te osoby funkcjonują, czy mogą tam przebywać, itd. Sprawozdania z lustracji w Zakładzie Karnym w Chełmie, Areszcie Śledczym w Lublinie, Zakładzie Karnym w Opolu Lubelskim przygotowała ta sama sędzia penitencjarna. Wskazuje ona w sprawozdaniach ile liczbowo w jednostkach przebywa osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz z zaburzeniami osobowości (odpowiednio: 26 i 38; 6 i 9; 8 i 5), ale brakuje informacji o ich sytuacji. Ponadto, nie wskazuje ona jakie działania podjęła, aby sprawdzić ich sytuację prawną, czy interesowała się orzeczeniami sądów, na mocy których odbywają karę pozbawienia wolności, czy z nimi rozmawiała (nie wynika to z treści sprawozdań). Sprawozdania zawierają natomiast informacje jaka jest infrastruktura oddziału terapeutycznego i jak on funkcjonuje, nie zawierają zaleceń. Trzeba też zauważyć, iż sędzia chyba nie do końca wie o jaką grupę jej chodzi, bowiem pojęcie osoby z zaburzeniami osobowości jest bardzo szerokie i nie stanowi synonimu pojęcia osoba z niepełnosprawnością psychiczną.

- J) Wydane w niektórych jednostkach zalecenia wskazują, że skupiano się wyłącznie na elementach odbywania kary pozbawienia wolności, bez szerszej refleksji, jak te osoby trafiły do jednostek penitencjarnych.

Zalecenia z lustracji Zakładu Karnego w Nowym Wiśniczu i Zakładu Karnego w Tarnowie brzmiały: 1. Utrzymywanie na dotychczasowym po-

<sup>499</sup> Zastrzeżenia do jakości formułowanych wniosków lub ich całkowitego braku dostrzeżono także w badaniach Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości. Zob. P. Wiktorska, *Opinia w sprawie funkcjonowania sądów penitencjarnych w Polsce i wybranych państwach europejskich*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2016, s. 31. Autorska wskazuje, że *„szczególnie negatywnie oceniono jakość i treść wniosków końcowych raportów, które są bardzo ogólnikowe, a niekiedy ograniczają się do sformułowania jednego zdania wyrażającego ocenę danej placówki penitencjarnej, bez podania jakiegokolwiek argumentacji. W około połowie sprawozdań brakowało zaleceń powizytacyjnych, a te które sformułowano również były często nieprecyzyjne i prezentowały różną wartość merytoryczną”*.

ziomie standardów odbywania kary przez osadzonych niepełnosprawnych intelektualnie i z zaburzeniami psychicznymi, 2. stałe motywowanie i aktywizacja tej kategorii osadzonych do udziału w programach resocjalizacyjnych oraz do udziału w profilaktyce i terapiach uzależnień oraz w zajęciach przeciwdziałających przemocy i zachowaniom agresywnym i kształtującym umiejętność radzenia sobie z negatywnymi emocjami.

Zalecenia z lustracji Zakładu Karnego w Trzebinii i Zakładu Karnego w Wadowicach: doskonalenie umiejętności kadry penitencjarnej w zakresie realizacji uprawnień osadzonych w szczególności niepełnosprawnych intelektualnie oraz z zaburzeniami psychicznymi, ze szczególnym uwzględnieniem należytego tym osadzonym stanu opieki medycznej i psychologicznej oraz warunków bytowych w jakich osoby te przebywają.

Zalecenia wydane w innych jednostkach penitencjarnych:

W Areszcie Śledczym w Krakowie sędzia zalecił, aby w stosunku do osadzonych z upośledzeniem umysłowym lub chorych psychicznie, jeżeli w dalszym ciągu jest przedłużane stosowanie tymczasowego aresztowania, nadal wskazywano, iż jest ono wykonywane przy zastosowaniu art. 260 § 1 k.p.k. w warunkach Oddziału Psychiatrycznego Aresztu Śledczego w Krakowie. Z kolei po wypisaniu takiego osadzonego z ww. szpitala, Służba Więzienna powinna natychmiast powiadomić właściwy sąd o tym fakcie i przyczynach wypisania osadzonego z oddziału szpitalnego.

W Zakładzie Karnym w Ławie zalecono wyremontowanie oddziału terapeutycznego i zwiększenie dostępności osadzonych w tym oddziale do lekarza psychiatry.

W Zakładzie Karnym Nr 1 w Grudziądzu zalecono zwiększenie dostępu do opieki psychiatrycznej (szczególnie na oddziale terapeutycznym powinien być on częstszy) i każdorazowo rozważenie potrzeby odstępowania od wymogów regulaminu, jeśli indywidualnie nastąpi taka konieczność.

W Zakładzie Karnym w Grądach-Woniecko przebywał 1 osadzony z badanej grupy. Sędzia zalecił aby zapewnić mu stałą opiekę psychiatryczno-psychologiczną oraz umożliwić jak najczęstsze kontakty z córkami.

- K) Analiza protokołów z lustracji pokazała, iż niektórzy sędziowie penitencjarni wykazali się jednak większą wnikliwością w weryfikacji sytuacji osób niepełnosprawnych intelektualnie i psychicznie, niż w przypadkach podanych powyżej.

W sprawozdaniu z lustracji Zakładu Karnego w Malborku znalazło się zalecenie utworzenia drugiego etatu psychologa oraz zalecenie zmiany jej zakresu zadań służbowych, co jest podyktowane zbyt dużym obciążeniem pracą jednego psychologa na całą jednostkę. Przed przystąpieniem do czynności kontrolnych na terenie Zakładu Karnego w Malborku sędzia



zwrócił się do dyrektora jednostki o przedstawienie mu listy osadzonych „niepełnosprawnych intelektualnie oraz z zaburzeniami psychicznymi”. W piśmie z dnia 17 sierpnia 2015 r. przekazano sędziemu informacje, iż aktualnie w jednostce przebywa 8 osadzonych, u których stwierdzono upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim oraz że aktualnie nie przebywają osadzeni, u których stwierdzono chorobę psychiczną. Pismo nie zawierało żadnego odniesienia do ogólnego pojęcia „osób z zaburzeniami psychicznymi”. Jak stwierdza w sprawozdaniu sędzia penitencjarny, w toku podjętych czynności kontrolnych okazało się, iż informacja ta jest niezgodna z rzeczywistością. Wobec powyższego sędzia zwrócił się ponownie o sprawdzenie, przeanalizowanie i przedstawienie pełnej listy osadzonych „niepełnosprawnych intelektualnie oraz z zaburzeniami psychicznymi”. Jak podaje sędzia w sprawozdaniu z lustracji *„podjęte przeze mnie działania kontrolne doprowadziły do ujawnienia, że w Zakładzie Karnym w Malborku nie przebywa tylko 8 skazanych niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim, jak początkowo podała administracja jednostki penitencjarnej, ale w sumie: 11 skazanych niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim, 1 skazany upośledzony umysłowo w stopniu umiarkowanym, 2 skazanych ze zdiagnozowaną schizofrenią. Łącznie osadzonych jest 111 osób, u których rozpoznano różnego rodzaju zaburzenia psychiczne”*.

Wobec powyższego oprócz zrozumiałego zalecenia dotyczącego utworzenia drugiego etatu psychologa, którego praca z ww. grupą osadzonych jest bardzo potrzebna, sędzia wskazał na potrzebę zwiększenia przez Dyrektora Zakładu Karnego w Malborku nadzoru służbowego nad podległymi funkcjonariuszami SW. Dodatkowo sędzia stwierdził, że *„zmuśzony jestem zauważyć i podkreślić, że nie może być tak, aby rzetelność, kompletność, wyczerpujący charakter informacji przedstawianych przez funkcjonariuszy Służby Więziennej na żądanie sądów penitencjarnych budziła jakiegokolwiek wątpliwość”*.

Niestety analogiczna sytuacja w zakresie przedstawionych sędziemu danych została przez niego odnotowana podczas lustracji Zakładu Karnego w Kwidzynie<sup>500</sup>.

- L) Godną odnotowania sytuację względem osoby upośledzonej umysłowo w stopniu umiarkowanym, opisano w sprawozdaniu z lustracji Zakładu Karnego we Włocławku z dnia 29 stycznia 2016 r. Sędzia wskazuje, iż *„wykonując czynności służbowe, w dniu 30.06.2015 r. zapoznałam się z opinią sądowo-psychiatryczną z dnia 19.05.2015 r. dot. jednego z osadzonych tj. skazanego Wojciecha K., sporządzoną na zlecenie SR w P. w sprawie sygn akt. (...). Z treści opinii wynika, że u skazanego rozpoznano upośledzenie umy-*

<sup>500</sup> Zalecenia wzmocnienia obsady psychologów i zmiany zakresu ich obowiązków były analogiczne jak w ZK Malbork.

*słowe w stopniu umiarkowanym, w ocenie biegłych skazany nie mógł odbywać kary pozbawienia wolności w zakładzie karnym, W tej sprawie zostało wszczęte z urzędu postępowanie w przedmiocie udzielenia skazanemu przerwy w odbywaniu kary, sprawa została zarejestrowana pod sygn. (...), postanowieniem z dnia 30.06.2015 r. udzielono skazanemu przerwy w odbywaniu kary. W czasie przerwy Sąd I instancji zawiesił postępowanie wykonawcze wobec skazanego".* Podkreślenia wymaga bardzo szybka interwencja sędziego, który w tym samym dniu w którym dowiedział się o opinii biegłych co do braku możliwości odbywania kary przez skazanego, wszczął z urzędu postępowanie w przedmiocie przerwy w karze, zakończone jej orzeczeniem.

Z kolei w sprawozdaniu z lustracji w Zakładzie Karnym w Rzeszowie war-  
te odnotowania jest stanowisko sędzi, która oprócz zbadania ogólnej sytuacji osób, postanowiła w stosunku do trzech osadzonych podjąć czynności celem ustalenia czy na etapie postępowania rozpoznawczego został przeprowadzony dowód z opinii biegłych psychiatrów na okoliczność poczytalności skazanych w czasie popełnienia przestępstw, za które odbywają karę. Sięganie przez sędziego penitencjarnego do etapu postępowania rozpoznawczego jest uzasadnione, na co już wcześniej zwrócono uwagę, szczególnie w sytuacji osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, bowiem sędzia, nawet w sytuacji gdy sam nie może wydać odpowiedniej decyzji jest uprawniony do informowania odpowiednich organów.

### **3. Nadzór penitencjarny w ocenie RPO i doktryny**

W świetle powyższego należy podkreślić, że sędziowie penitencjarni posiadają wiele instrumentów, przy pomocy których mogliby eliminować występujące w jednostkach naruszenia prawa. Niestety tak się nie dzieje. Już w opracowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich z 1997 r. wskazywano, że „na obraz funkcjonowania nadzoru penitencjarnego zasadnicze światło rzuca fakt, iż do BRPO rokrocznie wpływa ponad 4 tysiące skarg i prośb od osób pozbawionych wolności, przy czym co najmniej 90% tych skarg dotyczy kwestii objętych nadzorem penitencjarnym, zatem takich, co do których sędziowie penitencjarni mają uprawnienia zarówno do zbadania sprawy, jak i wydania decyzji wiążących administracje zakładów karnych”<sup>501</sup>.

W dalszej kolejności RPO sygnalizował kwestię braku należytego wykonywania nadzoru penitencjarnego w wystąpieniu do Ministra Sprawiedliwości<sup>502</sup>. Wskazano w nim, iż nadzór penitencjarny nie eliminuje nieprawidłowości w wykonywaniu kary pozbawienia wolności, tak w zakresie skarg indywidualnych, jak i nie obejmuje wszystkich zagadnień istotnych z punktu widzenia wykonywania

<sup>501</sup> P. Sobota, *Nadzór...*, s. 337-338.

<sup>502</sup> Pismo z dnia 15 lipca 2011 r., RPO-599333-II-710/08.



kary pozbawienia wolności podczas wizytacji miejsc detencji. Poglądu i stanowiska Rzecznika nie podzielił Minister Sprawiedliwości<sup>503</sup>.

Zagadnienie nadzoru penitencyjnego oraz jego podstawowego zadania tj. instytucjonalnej ochrony praw więźniów, pozostaje stale w zainteresowaniu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur<sup>504</sup>. W swoich raportach rocznych KMP wypowiadał się krytycznie na temat nadzoru penitencyjnego. W raporcie rocznym z działalności KMP za 2012 r. wskazano, że zagadnienie niewystarczającego lub mało efektywnego nadzoru sędziów penitencyjnych nad wykonywaniem kary pozbawienia wolności było przedmiotem dyskusji przedstawicieli KMP ze środowiskiem sędziów penitencyjnych. Podczas spotkania z sędziami penitencyjnymi przedstawiciel KMP zaprezentował referat pt. *Obraz miejsc detencji w świetle sprawozdań sędziów penitencyjnych na przykładzie 10 sprawozdań z wizytacji jednostek penitencyjnych oraz PdOZ*. W referacie przedstawiono zasadnicze wątpliwości rzutuące na „powierzchność” przygotowywanych sprawozdań, m.in.:

- pomijanie „czynnika ludzkiego” – więźniów, osób zatrzymanych, podczas weryfikacji poszczególnych aspektów objętych wizytacjami sędziego penitencyjnego,
- pomijanie innych źródeł informacji, tj. nagrań z monitoringu (z izby przyjęć, stosowania środków przymusu bezpośredniego),
- brak identyfikacji niedomagań systemowych rzutuujących na warunki izolacji.

Generalnie w raporcie KMP wskazano na brak należytej i oczekiwanej od osób, które mają dokonywać nadzoru nad wykonywaniem kary pozbawienia wolności, wnikliwości czy rzetelności podczas wizytacji miejsc detencji<sup>505</sup>.

Uwagi krytyczne KMP wskazał również w kolejnym Raporcie rocznym za 2013 r., stwierdzając, że „tylko w 3 spośród 9 wizytowanych przez sędziów jednostek, w sprawozdaniach zawarto informacje dotyczące odbycia rozmów z więźniami w trakcie wizytacji oraz przeprowadzenia przez sędziego wizytacji cel mieszkalnych. Pozostałe sprawozdania zawierały opis warunków bytowych bez wyraźnego wskazania, czy został on stworzony na podstawie oglądu jednostki. Podstawę materiału badawczego dla wszystkich weryfikowanych w trakcie wizytacji kwestii (w szczególności w tych z jednostek, w których nie przeprowadzono rozmów z więźniami), stanowiła analiza akt osobopoznawczych

<sup>503</sup> W odpowiedzi z dnia 24 sierpnia 2011 r. wskazano, że sędziowie wyznaczeni na stanowisko sędziego wizytatora penitencyjnego są wybierani spośród sędziów wyróżniających się wiedzą i doświadczeniem w zakresie czynności nadzorczych z danego sądu okręgowego i apelacyjnego. Ponadto, sukcesywnie odbywają się narady sędziów penitencyjnych, w trakcie których wymieniają się oni swoimi doświadczeniami.

<sup>504</sup> Art. 1 ust. 4 ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

<sup>505</sup> *Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2012*, Warszawa 2013, s. 11-12 i 28.

więźniów. Prawo do skargi weryfikowane było jedynie pod kątem statystycznym polegającym najczęściej na powtarzaniu w raportach sędziów sprawozdawczości przygotowywanej w tej kwestii przez jednostki na potrzeby CZSW<sup>506</sup>.

Krytyczne uwagi w kwestii nadzoru penitencjarnego wyrażone zostały również w doktrynie, na podstawie przeprowadzonych badań. W przytaczanej już publikacji M. Niełacnej, bazującej na badaniach poczynionych w poznańskim okręgu sądowym, wskazuje ona w konkluzji, że „zasadniczymi słabościami obecnego nadzoru jest jego „rozmiękczenie”, jeśli chodzi o skuteczność (czyli wpływ na incydentalne i strukturalne błędy w wykonywaniu kary w wizytowanym zakładzie karnym) i niewidoczność dla więźniów, którym przede wszystkim służy”<sup>507</sup>.

Równie krytycznie na temat nadzoru penitencjarnego wypowiada się P. Wiktorska, prowadząca badania z ramienia Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości. W kontekście realizacji funkcji nadzoru penitencjarnego stawia ona pytanie „czy sędziowie penitencjarni prawidłowo realizują podstawową zasadę wykonywanego przez nich zawodu, czyli zasadę niezawisłości, czy są *de facto* zewnętrznym organem kontrolującym i zatwierdzającym decyzje administracji zapadające w poszczególnych zakładach karnych. Krokiem dalej jest postawienie pytania, czy utrzymywanie sądów penitencjarnych jest zasadne i gwarantuje prawidłowe kontrolowanie kar pozbawienia wolności?”<sup>508</sup>. Autorka podsumowując funkcjonowanie sądów penitencjarnych podaje, że **„z perspektywy kilkunastu lat funkcjonowania sądów penitencjarnych ich działania okazują się w praktyce często jedynie fasadowe. Sędziowie opierają się przede wszystkim na ustaleniach administracji zakładów karnych i to zarówno sprawując funkcje orzecznicze (jako sądy penitencjarne), jak i sprawując nadzór penitencjarny”**<sup>509</sup>.

#### 4. Podsumowanie

Opinia RPO, ale także osób trzecich, które badały sposób realizacji nadzoru penitencjarnego, jednoznacznie wskazuje, że obecny model nadzoru mimo właściwych ram prawnych nie spełnia swojego zadania, zapewne z tego względu, iż osobom wykonującym te czynności brak wymaganej wrażliwości na sytuację osób pozbawionych wolności albo z powodu przyjęcia stanowiska, iż szereg ograniczeń jest wkomponowanych i wpisanych w karę pozbawienia wolności, nawet jeżeli tak faktycznie nie jest.

Oceniając regulacje dotyczące nadzoru sędziów penitencjarnych stwierdzić należy, iż są one właściwe i dają sędziom duże możliwości korygowania błęd-

<sup>506</sup> *Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2013*, Warszawa 2014, s. 38-39.

<sup>507</sup> M. Niełacna, *Raport...*, s. 35.

<sup>508</sup> P. Wiktorska, *Opinia...*, s. 20.

<sup>509</sup> *Tamże*, s. 29.





nych decyzji w postępowaniu wykonawczym. Inną rzeczą jest, jak sędziowie korzystają z przyznanych im instrumentów. Oceniając działania sędziów w kwestii oceny sytuacji osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną, stwierdzić trzeba, że są one dalece niewystarczające. Sędziowie w większości nie dostrzegli problemów tych osób, tak w wymiarze indywidualnym, jak i generalnym. Trzeba zauważyć, iż sędziowie, mogą inicjować postępowania w przedmiocie udzielenia przerwy w karze, czy zawieszenia postępowania, jednakże z takich instrumentów nie korzystano lub korzystano bardzo rzadko.

Analiza sprawozdań z wizytacji pokazuje, że nie dostrzega się sytuacji osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną, chociaż jest to grupa wrażliwa i bardziej niż inni osadzeni narażona na niewłaściwe traktowanie. Z kolei analiza sprawozdań z lustracji ukierunkowanych na ocenę sytuacji ww. grupy, w większości wskazuje na pobieżne zajęcie się tym zagadnieniem. Za niewłaściwe ocenić należy dokonywanie oceny sytuacji tych osób wyłącznie przez pryzmat informacji otrzymanych od administracji, bez rozmowy z nimi. Nie badano również – jak wskazuje się w odpowiedzi MS – „prawidłowości oceny ich poczytalności, jak i aktualnej możliwości pobytu (ze względów zdrowotnych) w warunkach detencji”.

Spostrzeżenia w zakresie pracy w jednostkach penitencjarnych skutkują ponowną koniecznością postawienia pytania, na ile jest to instytucja funkcjonująca i realnie eliminująca nieprawidłowości w postępowaniu wykonawczym. Wydaje się, że sędziów penitencjarnych – z drobnymi wyjątkami – nie cechuje wystarczająca dociekliwość czy wrażliwość na sytuację osób pozbawionych wolności. Nie korzystanie przez sędziów penitencjarnych ze standardów organów międzynarodowych (CPT, ETPC) oraz krajowych organów ochrony prawa (RPO, KMP), dopełnia niesatysfakcjonującą ocenę nadzoru sędziów penitencjarnych.



## Seminarium dotyczące sytuacji osób zatrzymanych przez Policję, a przejawiających dysfunkcje psychiczne – relacja z najważniejszych wypowiedzi (wybrane fragmenty)<sup>510</sup>

W dniu 23 września 2016 r. w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich odbyło się seminarium organizowane przez Zespół do spraw Wykonywania Kar, dotyczące sytuacji osób zatrzymanych przez Policję, a przejawiających dysfunkcje psychiczne.

**Rzecznik Praw Obywatelskich – dr Adam Bodnar** rozpoczął seminarium. Podkreślił, że to już kolejne seminarium problemowe, które odbywa się w Biurze RPO we wrześniu 2016 r., które dotyczy kwestii istotnych z punktu widzenia rozwiązania zagadnień kluczowych dla ochrony praw i wolności jednostki.

**Dr Adam Bodnar:** Na początku miesiąca odbyło się seminarium eksperckie poświęcone ratyfikacji protokołu fakultatywnego do konwencji ONZ o prawach osób z niepełnosprawnościami, liczymy że efektem tego seminarium będzie przekonanie do tego, że jednak warto protokół fakultatywny do konwencji ratyfikować i że nie spowoduje to jakichś wielkich zagrożeń dla funkcjonowania naszego państwa. Kolejne seminarium było poświęcone tematyce zatrzymywania osób, które są pod wpływem alkoholu i tego co z nimi zrobić, tj. czy kierować ich do izb wytrzeźwień, szpitali, dowieźć ich do domu czy jeszcze stworzyć czwartą „drogę” postępowania. Nasza dyskusja przyczyniła się do poszukiwania rozwiązań tego fundamentalnego problemu, z którym Policja ma na co dzień do czynienia. Natomiast dzisiaj chcielibyśmy porozmawiać na temat, który od początku mojej kadencji bardzo mocno przewija się w działalności RPO, mianowicie kwestii traktowania osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną. To jest kwestia wielowątkowa, dzisiaj będziemy się skupiali na kwestii zatrzymy-

<sup>510</sup> Przytoczone wypowiedzi uczestników seminarium to tylko najważniejsze fragmenty, jakie zostały wybrane na potrzeby niniejszej monografii. Zostały one również zmodyfikowane redakcyjnie.

wania takich osób oraz przede wszystkim obowiązków Policji w tym zakresie. Z naszych obserwacji, które są potwierdzone doświadczeniami Zastępcy RPO Krzysztofa Olkowicza, ale także mając na uwadze te wszystkie działania, które podejmowaliśmy już w ostatnim roku, wynika, że moment zatrzymania jest dość kluczowy. Czasami brak dostrzeżenia faktu niepełnosprawności intelektualnej lub psychicznej ma skutek dla całego dalszego postępowania przygotowawczego i sądowego, często jest powodem wielu problemów, których można byłoby uniknąć gdyby na samym początku Policja zidentyfikowała taką osobę, gdyby zaproponowała podjęcie odpowiednich środków prawnych, umożliwiła dostęp do adwokata. Jeżeli byśmy się przyjrzeni szczegółowo obowiązkowi Policji to widać, że z jednej strony jest dużo dobrej woli, a z drugiej strony nie zawsze ta dobra wola przekłada się na to, aby ta identyfikacja następowała. My w tym zakresie podjęliśmy korespondencję z Panią Premier, ale odpowiedź dostaliśmy od Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Pana Wiceministra Zielińskiego, która nie jest w 100% satysfakcjonująca dla nas, bo nie rozwiązuje problemu, co więcej Pan Minister pominął kwestię identyfikacji osób, które są ubezwłasnowolnione, a to też było istotnym wątkiem naszego wystąpienia. Musimy pamiętać o tym – cieszę się, że na sali są przedstawiciele adwokatury, sekcji praw człowieka NRA – bo to co w Polsce jest wciąż nie wykonane, a ma akurat w tym kontekście znaczenie, to kilka wyroków ETPC - Salduz przeciwko Turcji, Płonka przeciwko Polsce – a mianowicie jakie Policja ma obowiązki w zakresie poinformowania o prawie do adwokata zaraz po zatrzymaniu oraz kiedy ten adwokat bądź radca prawny powinien się pojawić. Warto pamiętać, że ten standard strasburski jest standardem, który odnosi się szczególnie do osób wykluczonych, które są gdzieś na marginesie normalnego życia, do osób które potrzebują szczególnego wsparcia ze strony państwa. On się nie odnosi do bogatych klientów, którzy mają wręcz w pamięci swojego telefonu numer do dobrego adwokata. Dotyczy on natomiast tych osób, które mogą być narażone na różnego rodzaju problemy, jeżeli nie zostaną wsparte odpowiednią pomocą prawną. To jest kwestia wielowątkowa, ponieważ dotyczy nie tylko obowiązków odnośnie identyfikacji, ale również obowiązku poinformowania opiekuna, czy też zapewnienia dostępu do pomocy prawnej na tym najwcześniejszym etapie.

Na dzisiejsze seminarium pani Jolanta Nowakowska - główny specjalista w Zespole do spraw Wykonywania Kar w Biurze RPO - przygotowała opracowanie, w którym zawarła opis jednej, znamiennej sytuacji. Jak Państwo wiedzą dokonaliśmy przeglądu osób z dysfunkcjami psychicznymi w zakładach karnych, aresztach śledczych. Rozmawialiśmy z tymi osobami. Kiedy wizytowaliśmy Centralny Punkt Wymiany Osób Konwojowanych Etapowo w Piotrkowskie Trybunałski (dalej: CPWOKE) spotkaliśmy się z sytuacją, której opis chciałbym Państwu przeczytać. Pokazuje on bowiem na czym polega problem:



*W jednym z pomieszczeń CPWOKE przebywa kilku osadzonych: jedni parzą kawę, inni spożywają posiłek, część z nich odpoczywa. Są otoczeni swoimi pokaźnie wypełnionymi torbami transportowymi. Chętnie dzielą się uwagami z wizytującymi. Zachowanie jednej osoby odbiega od tego "schematu": mężczyzna nie zwracał uwagi na wchodzących do pomieszczenia, wzrok ma „wbity” w ścianę, nie bierze udziału w rozmowie, trzyma niewielką, prawie pustą torbę - „reklamówkę”.*

*Ustalono, że nie ma on prowiantu, wody do picia, nie posiada prawie żadnych rzeczy własnych. Kontakt z nim jest utrudniony, odpowiedzi są zdawkowe, chaotyczne, ma zaburzoną orientację czasu i miejsca, nie potrafi bowiem podać aktualnego roku, miesiąca, gdzie jest, co stało się z jego prowiantem wydanym mu na drogę. Ożywi się jedynie na pytanie, czy chce mu się pić.*

*Poczyniona obserwacja oraz kilka zadanych pytań jednoznacznie wskazują, że mężczyzna ten wymaga szczególnego traktowania. Służba Więzienna nie przekazała jednak policjantom realizującym czynności transportowe żadnych informacji na temat sposobu postępowania wobec skazanego, mimo że dysponowała taką wiedzą. Funkcjonariusze Policji również nie wykazali czujności i wrażliwości na jego potrzeby, np. nie rozpoznano, czy istnieje konieczność podjęcia szczególnych działań w celu zapewnienia mu bezpieczeństwa osobistego, zrozumiałego poinformowania o przysługujących mu w CPWOKE prawach, udzielenia pomocy w zaspokojeniu pragnienia (dzień był upalny), zapewnienia mu wody pitnej na czas kolejnego etapu konwojowania.*

*Z dokonanych później ustaleń wynika, że u skazanego zdiagnozowano poważne zaburzenia osobowości z wyraźnymi cechami psychodegradacji na podłożu zmian organicznych w Ośrodkowym Układzie Nerwowym. Konieczny jest stały monitoring zachowania skazanego i stanu jego zdrowia.*

To jest jeden, bardzo konkretny przykład z naszej krajowej rzeczywistości, nie żaden wymyślony przykład, taka sytuacja się zdarzyła, co pokazuje, że nie tylko chodzi o wrażliwość funkcjonariuszy, ale chodzi też o odpowiednią współpracę i koordynację pomiędzy poszczególnymi organami władzy, bo tutaj być może nie byłoby problemu, gdyby Służba Więzienna przekazała odpowiednią informację. Z innych spraw, które do nas wpływają wynika, że identyfikacja nie następuje, ta osoba trafia w tryby postępowania przygotowawczego, później skierowany zostaje akt oskarżenia do sądu i pomimo, że ta osoba powinna mieć prawo do obrony, powinno się porządnie przeanalizować kwestę jej ewentualnej poczytalności, to często takie osoby są skazywane i trafiają do zakładów karnych. Zupełnie inną kwestią jest jak już się stwierdzi niepoczytalność i ta osoba trafia do szpitala psychiatrycznego na wiele, wiele lat, bo z takimi przypadkami, jak Państwo dobrze wiedzają, również mamy do czynienia (to wątek na inną konferencję).

Chciałbym podkreślić, że dla mnie te tematy są bardzo ważne i wydaje mi się, iż dzięki zwartemu działaniu i koordynowaniu działań, współpracy środowiska psychiatrycznego, policyjnego, więziennego, adwokackiego i sądowego, jesteśmy w stanie tutaj dokonać trwałej zmiany i wyprostować kilka elementów, tych najbardziej problematycznych sytuacji.

Następnie głos zabrała **dr Ewa Dawidziuk** – dyrektor Zespołu do spraw Wykonywania Kar w Biurze RPO: W uzupełnieniu wypowiedzi RPO, rzeczywiście w CPWOKE ten człowiek od razu „rzucił się w oczy”. O to też chodziło RPO w wystąpieniu generalnym skierowanym do Pani Premier, w którym postulowano nowelizację rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie wykonywania niektórych uprawnień policjantów, aby funkcjonariusze Policji przesłuchując osobę zatrzymaną w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa, kiedy tylko odnotują dziwne, nietypowe zachowanie takiej osoby, dokonywali takiej krótkiej notatki w protokole zatrzymania. Postulat ten nie wiązał się z oczekiwaniem by funkcjonariusze potrafili zdiagnozować rodzaj zaburzeń czy przyczyny prezentowanych zachowań. Skupienie uwagi na zatrzymanym jako na człowieku pozostającym w sytuacji kryzysowej ma pozwolić dostrzec nietypowe zachowania. Chodzi np. o natrętnie wypowiedane myśli, spowolnienie psychiczne i ruchowe czy nadmiernie nieadekwatne podwyższenie nastroju, wypowiedzi świadczące o zmienionych percepcjach, np. słyszenie dźwięków, głosów nieistniejących osób, czy dezorganizacja myślenia, brak logicznego kontaktu słownego. Wydaje się, że każdy w oparciu o swoje doświadczenie życiowe będzie w stanie wyłapać takie nietypowe zachowania, a taka informacja (zapisana przez funkcjonariusza Policji) pozwoliłaby kolejnym organom, które mają do czynienia z tą osobą, na odpowiednie zareagowanie. Prokurator mając taką informację mógłby skorzystać z uprawnienia powołania biegłych, w przypadku wątpliwości co do stanu zdrowia psychicznego. Sąd musiałby obligatoryjnie wyznaczyć obrońcę. Niestety, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji nie odniósł się pozytywnie do tego postulatu, argumentując m.in. że niewłaściwym byłoby dokonywanie w treści protokołu zatrzymania osobistych spostrzeżeń funkcjonariusza Policji. Będziemy się zastanawiali co dalej zrobić z taką odpowiedzią. To wszystko pokazuje, że problem jest systemowy. Policja jest tym pierwszym ogniwem, z którym dany człowiek ma do czynienia.

Zapewne kolejne prezentacje naświetlą to wieloaspektowe podejście, jakie jest niezbędne do zajęcia się tematem osób z zaburzeniami psychicznymi, w kontekście Policji i osób pozostających w ich gestii na różnych etapach, bo chodzi też np. o dowożenie osób zaburzonych psychicznie do szpitali psychiatrycznych na polecenie sądu i trudności z tym związane. W szczególności, gdy taka osoba jest pod wpływem środków psychoaktywnych.

**Justyna Lewandowska** – dyrektor Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur w Biurze RPO: Krajowy Mechanizm Prewencji od 8 lat wizytuje policyjne



miejsca zatrzymań. Przeprowadziliśmy w tym czasie 188 wizytacji tego rodzaju miejsc pozbawienia wolności.

Chciałam podać przykład jednej z ostatnich naszych wizytacji. Mianowicie, wizytowaliśmy PdOZ w Płońsku. Zastaliśmy tam Pana, który już po południu był na tyle trzeźwy, że mógł z nami porozmawiać. Przekazał informacje, że został zatrzymany przez Policję dosyć brutalnie, pokazał nam obrażenia ciała (opuchnięte nadgarstki, ponieważ kajdanki były za ciasno założone). Pan twierdził, że był u lekarza, ale lekarz obejrzał go z daleka. Przejrzeliśmy jego dokumentację, w protokole zatrzymania była wzmianka, że Pan leczy się na depresję. Tutaj policjanci wykonali dobrą pracę, zrobili dobry wywiad, że Pan przyjmuje leki psychotropowe. Pojechał do lekarza, aby sprawdzić, czy może być umieszczony w PdOZ, jednakże lekarz nie otrzymał już informacji ani od Pana, ani od Policji, że zatrzymany leczy się na depresję, że przyjmuje leki psychotropowe. W wywiadzie wpisał, że Pan jest pod wpływem alkoholu, nawet nie sprawdził ile promili alkoholu ma we krwi, nie opisał też obrażeń jakie miał na ciele i wypisał zaświadczenie, że może przebywać w PdOZ. Policjanci odwieźli go do PdOZ, a już po godzinie trzeba było wezwać pogotowie, ze względu na nagłe pogorszenie stanu zdrowia. To pokazuje, że nawet jeśli jedne służby zbiorą dosyć dokładne informacje, to one nie są dalej przekazywane. Tutaj nie doszło do tragedii, ale gdyby lekarz otrzymał od Policji informacje, że ta osoba przyjmuje leki psychotropowe, że ma depresję, czyli zaburzenie psychiczne, może lekarz nie zdecydowałby się na wyrażenie zgody na pobyt w PdOZ i skierowałby tego Pana na konsultację psychiatryczną.

Analizując różne sytuacje z tych 8 lat działalności KMP nasuwa się kilka problemów:

- Czy osoby pod wpływem substancji psychoaktywnych, a często spotykamy takie w PdOZ, powinny się tam znajdować? Czy Policja jest w stanie zapewnić odpowiednią opiekę medyczną nad osobą na głodzie narkotykowym? Czy to nie powinno zostać zaznaczone w dokumentacji, ponieważ uzależnienie jest zaburzeniem psychicznym, które może wpłynąć na dalsze procedowanie w sprawie?
- Czy osoby, które twierdzą, że leczą się psychiatrycznie, które zachowują się podejrzanie, dziwnie, po konsultacji z dyżurnym lekarzem – często o bardzo różnych specjalizacjach (okuliści, geriatrzy, pediatrzy) – nie powinni być obowiązkowo konsultowani przez psychiatrów, by prawidłowo ocenić ich stan? Zdarzają się sytuacje, że spotykamy się z osobami w bardzo ciężkim stanie psychicznym w PdOZ, które w ogóle nie były konsultowane przez psychiatrę.
- Czy jeżeli funkcjonariusze Policji doprowadzając osobę widzą, że lekarz nie wypełnia swoich obowiązków profesjonalnie (bada przez drzwi, z odległości), nie powinni zwracać uwagi lekarzowi, aby rzetelnie zbadał zatrzymanego.

KMP od wielu lat domaga się, aby każda osoba zatrzymana była obowiązkowo badana przez lekarza po to, aby zabezpieczyć życie i zdrowie zatrzymanych, jak i funkcjonariuszy. Dlatego, że w tej chwili mogą umykać przypadki osób, które nie mają odwagi powiedzieć, że źle się czują, że zostały pobite przez funkcjonariuszy, w związku z tym mają obrażenia, które są ukryte pod ubraniem i drugi policjant może tego nie zauważyć. Poza tym osoba pobita może nie mieć odwagi, aby domagać się badania lekarskiego. Są też osoby zaburzone, nieświadome (niepełnosprawne intelektualnie), które nie będą się domagały takiego badania. Gdyby obowiązkowo były badane, może lekarz wyłapałby właśnie tę dysfunkcję i ona znalazłaby się w dokumentacji. Dlatego w czerwcu 2016 r. RPO skierował wystąpienie generalne do MSWiA z wnioskiem o stworzenie procedury badań medycznych, wspólnej dla Policji i Straży Granicznej, która by w dużej mierze opierała się na Protokole Stambulskim<sup>511</sup>, dokumencie opisującym bardzo dokładnie, jak badanie medyczne osób zatrzymanych powinno wyglądać. Niestety nie znaleźliśmy zrozumienia u Ministra.

**Dr Katarzyna Holy** – Naczelnik Wydziału Postępowań Cywilnych i Administracyjnych w Ministerstwie Spraw Zagranicznych: Osoby z dysfunkcjami psychicznymi są przez ETPC traktowane w sposób szczególny. Jest to grupa uznawana za podwójnie wrażliwą: grupa osób pozbawionych wolności oraz dodatkowo osób z dysfunkcjami psychicznymi. Oznacza to, że w przypadku skarg kierowanych do Trybunału w Strasburgu państwo musi przedstawić bardzo solidne argumenty, aby uzasadnić, że sposób traktowania tych osób był zgodny z postanowieniami Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. W takich sprawach jeszcze mocniej podkreślane są obowiązki pozytywne państwa, czyli obowiązki zapewnienia ochrony praw tych osób, które wynikają z Konwencji, a także zawężająco interpretowany jest margines swobody oceny państwa, tj. swobody wyboru metody zapewnienia poszanowania praw tych osób. Z doświadczenia mogą powiedzieć, że w przypadku tego typu grupy osób wrażliwych Trybunał również bardziej elastycznie traktuje wymogi formalne dopuszczalności skargi, biorąc pod uwagę nieporadność tych osób. Trybunał elastyczniej podchodzi np. do wymogu wykorzystania dostępnych środków krajowych czy nawet terminu 6-miesięcznego, który wynika z Konwencji. Zatrzymanie i pozbawienie wolności osób z dysfunkcjami psychicznymi musi się odbywać z poszanowaniem praw i wolności wynikających z EKPC, w szczególności z art. 2, art. 3, art. 5 i art. 6, czyli tych postanowień Konwencji, które przywidują prawo do życia, wolność od tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego, a także prawo do rzetelnego postępo-

<sup>511</sup> Protokół Stambulski to podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, opracowany przez ONZ w 2004 r., dostępny pod linkiem: [https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Protokol\\_Stambulski.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Protokol_Stambulski.pdf) (dostęp: 09.10.2017 r.).





wania sądowego. Analizując orzecznictwo ETPC można wywieść ogólne zasady w przypadku postępowania z takimi osobami. Przede wszystkim zatrzymanie osób musi się odbywać z poszanowaniem godności ludzkiej, w sposób który nie będzie powodował nadmiernego cierpienia takich osób oraz ich poniżenia. Środki przymusu bezpośredniego powinny być stosowane tylko wówczas gdy jest to niezbędne i muszą być stosowane w sposób proporcjonalny do rzeczywistej potrzeby. W przypadku podejrzenia przez funkcjonariuszy dokonujących zatrzymania, iż chodzi o osobę z dysfunkcjami psychicznymi, istnieje obowiązek bezzwłocznego zapewnienia opieki lekarza specjalisty, który oceni stan zdrowia takiej osoby oraz to, czy taka osoba w ogóle może zostać pozbawiona wolności, a następnie zapewnienia takiej osobie opieki specjalistycznej. Trybunał wielokrotnie podkreślał w swoim orzecznictwie, że władze państwowe muszą zdamować sobie sprawę z tego, że osoby z dysfunkcjami psychicznymi nie są w stanie zawsze w sposób spójny opisać tego co im dolega, a także wyrazić swoich potrzeb. Państwo musi zapewnić odpowiednią opiekę i monitorować stan zdrowia takiej osoby. Bardzo często jest podkreślane w orzecznictwie Trybunału, że takie osoby z zaburzeniami psychicznymi nie powinny być umieszczane w zwykłych warunkach izolacji, wraz ze zdrowymi współosadzonymi. Takie przypadki będą stanowić nieludzkie i poniżające traktowanie w rozumieniu art. 3 Konwencji, nawet jeżeli władzom państwa nie można zarzucić zamiaru poniżenia takiej osoby. Każdorazowo to na państwie spoczywa obowiązek udowodnienia, że zastosowane środki były odpowiednie i proporcjonalne. Trybunał stwierdzał naruszenie art. 3 Konwencji, czyli że doszło do nieludzkiego i poniżającego traktowania, np. gdy:

- skarżący został umieszczony w zwykłych celach i był traktowany na równi z pozostałymi osadzonymi,
- skarżący był umieszczony w pomieszczeniu z metalowymi ławkami,
- ogólne warunki pozbawienia wolności były niewystarczające (np. duży stopień zaludnienia celi, okres osadzenia w takich warunkach). Wielokrotnie Trybunał stwierdzał, że takie warunki miały druzgocący wpływ na samopoczucie skarżącego, mimo braku intencji złego traktowania ze strony władz państwowych,
- skarżący ewidentnie przejawiający zaburzenia psychiczne, co jednoznacznie wynikało z jego zachowania (krzyczał cały czas, rozbierał się, uderzał głową w ścianę) został umieszczony na ponad 3 dni w izbie zatrzymań. Ta sytuacja nie wynikała ze złej woli władz, ale z faktu braku możliwości bezzwłocznego przekazania go do specjalistycznej placówki medycznej.

Zasadniczo sygnalizowane przypadki dotyczyły innych państw, ponieważ spraw polskich na szczęście nie ma aż tak wiele i dotyczą one przede wszystkim warunków pozbawienia wolności w zakładach karnych czy też pozbawienia wolności w ramach środka zabezpieczającego (umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym). Jako przykład chciałabym przybliżyć okoliczności jednej ze

spraw, która dobrze obrazuje jak duża rozważa ze strony władz jest wymagana w takich przypadkach. Sprawa Shchiborshch i Kuzmina przeciwko Rosji<sup>512</sup> - wyrok z 2014 r. dotyczy interwencji funkcjonariuszy Policji wobec syna skarżących, który miał być umieszczony w zakładzie psychiatrycznym w celu jego leczenia. Rodzice skarżącego zwrócili się z prośbą o pomoc w przetransportowaniu go do zakładu leczniczego, natomiast Policja przeprowadziła szturm na jego mieszkanie. Początkowo syn skarżących z racji jego zaburzeń, miał urojenia, myślał, że ktoś się do niego włamuje, był agresywny, gdyż się bronił. Policja zamiast odpuścić, poczekać na specjalistów, przeprowadziła szturm, niestety w wyniku obrażeń, których doznał syn skarżących, wkrótce później zmarł. Wprawdzie w postępowaniu nie zostało jednoznacznie ustalone, czy te obrażenia powstały w wyniku zastosowanej siły przez funkcjonariuszy czy też w wyniku własnych działań, niemniej jednak Trybunał nie miał wątpliwości, że gdyby nie działania Policji do tego by nie doszło. ETPC w tej sprawie podkreślił, że postępowanie z osobami z zaburzeniami psychicznymi wymaga specjalnego przeszkolenia, a jego brak sprawia, że próby kontaktu z taką osobą ze strony osób nieprzeszkolonych, są bezcelowe. Trybunał podkreślił, że w tej sprawie Policja w ogóle nie powinna przystąpić do tej akcji, a w momencie w którym okazało się, że jest ona nieskuteczna, powinni jej zaprzestać. Niestety w tej sprawie Policja zachowała się tak, jakby postępowała z każdą inną osobą, która jest zdrowa i nie przejawia żadnych zaburzeń. Dlatego w tej sprawie zostało stwierdzone naruszenie art. 2 Konwencji, w wymiarze materialnym, czyli niezapewnienie ochrony życia ludzkiego, jak i w aspekcie proceduralnym poprzez nieskuteczne postępowanie wyjaśniające.

Spraw przeciwko Polsce nie ma zbyt wiele w interesującej nas tematyce. Jeżeli skargi są wnoszone, to dotyczą one zazwyczaj dalszego etapu czyli warunków pozbawienia wolności, niezapewnienia odpowiedniego leczenia specjalistycznego, czy dostępu do obrońcy (Płonka przeciwko Polsce<sup>513</sup>). Były też sprawy z grupy Mocarska<sup>514</sup>, Pankiewicz<sup>515</sup> i Kumenda<sup>516</sup>, czyli sprawy w których nie zapewniono niezwłocznego przekazania do zakładu psychiatrycznego osoby przebywającej w zakładzie karnym, w sytuacji gdy został orzeczony środek zabezpieczający. Skarżący czekali po kilka miesięcy w warunkach tymczasowego aresztu. W tych sprawach ETPC stwierdził naruszenie art. 5 Konwencji. W 2015 r. Komitet Ministrów Rady Eu-

<sup>512</sup> Wyrok ETPC z 16 stycznia 2014 r. w sprawie Shchiborshch i Kuzmina przeciwko Rosji, skarga nr 5269/08 (wyrok ostateczny z dniem 2 czerwca 2014 r.).

<sup>513</sup> Wyrok ETPC z 31 marca 2009 r. w sprawie Płonka przeciwko Polsce, skarga nr 20310/02.

<sup>514</sup> Wyrok ETPC z 6 listopada 2007 r. w sprawie Mocarska przeciwko Polsce, skarga nr 26917/05 (wyrok ostateczny z dniem 6 lutego 2008 r.).

<sup>515</sup> Wyrok ETPC z 12 lutego 2008 r. w sprawie Pankiewicz przeciwko Polsce, skarga nr 34151/04 (wyrok ostateczny z dniem 12 maja 2008 r.).

<sup>516</sup> Wyrok ETPC z 8 czerwca 2010 r. w sprawie Kumenda przeciwko Polsce, skarga nr 2369/09 (wyrok ostateczny z dniem 8 września 2010 r.).



ropy zakończył nadzór nad wykonywaniem tych spraw, z uwagi na przyjęte przez państwo środki indywidualne i generalne<sup>517</sup>.

**Prof. Piotr Gałecki** – Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii: Bardzo często tak jest w medycynie, w psychiatrii bezsprzecznie, że nasze służby „się dotykają”, nie mamy wspólnej procedury, tylko „dotykamy się” i ten pacjent przekracza próg szpitala, już nie jest w dyspozycji Policji, a w służbie zdrowia, ale jak zrobi krok do tyłu i ucieknie to już nie wiadomo czy jest służby zdrowia czy znów Policji, bo jest poszukiwany. Skupiłem się w swojej prezentacji na przymusie bezpośrednim, a właściwie na przyczynie tego przymusu bezpośredniego, czyli na agresji pacjenta z zaburzeniami psychicznymi i jak rozpoznać, że te zaburzenia psychiczne występują, aby przedstawić diagnozę agresji. Jaka jest przyczyna pierwotna agresji i czy zawsze jest to stan nagły. Agresja może być werbalna, fizyczna skierowana przeciwko przedmiotom, sobie albo innym osobom. Pojawia się pytanie kiedy tak naprawdę powinniśmy stosować przymus bezpośredni i jak szybko i intensywnie powinniśmy interweniować. Może się to zadziać w oddziale psychiatrycznym, czy innej jednostce organizacyjnej służby zdrowia, wtedy robią to lekarze czy pielęgniarki. W sytuacji gdy dzieje się to poza szpitalem psychiatrycznym, przymus stosuje Policja. Oczywiście przy agresji słownej czy fizycznej skierowanej przeciwko przedmiotom, należy minimalizować użycie przymusu bezpośredniego, chociaż zazwyczaj kończy się tak, iż przymus będzie zastosowany.

Chciałbym zwrócić uwagę na opinię, którą przygotował prof. Berend na prośbę Komendanta Głównego Policji na temat sytuacji, kiedy Policja interweniowała. Zdarzenia wykazywały, że policjanci stosowali w sposób prawidłowy przymus fizyczny, pacjent był coraz bardziej pobudzony psychoruchowo, więc policjanci stosowali jeszcze większy przymus fizyczny, żeby tego pacjenta obezwładnić. Kończyło się to hipertermią, hiperwentylacją i śmiercią pacjenta. Komendant zadał pytanie co robić, jaką wdrożyć procedurę, żeby zminimalizować ryzyko podobnych zdarzeń. Środowisko psychiatrów zaproponowało, że kiedy agresja nie jest bezpośrednio skierowana przeciw sobie czy przeciw innym osobom, tylko np. przeciwko przedmiotom, czy też jest to rodzaj agresji słownej bądź pobudzenie psychoruchowe, nie interweniować natychmiast, tylko obserwować tę osobę, poprosić kolejny zespół czy patrol Policji i wezwać zespół ratownictwa medycznego, próbować tak stosować przymus bezpośredni, jak jest opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia przy osobach z zaburzeniami psychicznymi czyli jedna osoba koordynująca i po jednej osobie do każdej kończyny. Wówczas nie ma absolutnie potrzeby uciskania kolanem, kładzenia się na pacjenta. Poza tym, ten pacjent widzi nieuniknioność interwencji podejmowanej przez służby. Czasami samo przybycie zespołu ratownictwa medycznego łagodzi ten problem.

<sup>517</sup> Przepis art. 264 k.p.k. został znowelizowany.

Wśród przyczyn agresji związanej z zaburzeniami psychicznymi można wymienić: nadużywanie substancji psychoaktywnych, przemoc w rodzinie, zaburzenia osobowości, niski status socjoekonomiczny, urojenia, otępienie. Pierwsze cztery przyczyny tak naprawdę nie muszą oznaczać choroby psychicznej w rozumieniu takim, że ta osoba nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem. Czasem ta agresja niepotrzebnie jest medyalizowana, w tym sensie, że agresja jest stanem nagłym, nie tylko w psychiatrii, ale też w medycynie.

Kazus osoby, która w sądzie oblała kwasem inną osobę (osoba ta była wielokrotnie w szpitalu, wielokrotnie groziła innym osobom, znana Łódzkiej Policji, w stosunku do której wielokrotnie nie powzięto środków, aby zapobiec tego rodzaju zdarzeniom, mimo istnienia przesłanek) pokazuje, że ta osoba raczej ukrywała się przed rozpoznaniem psychiatrycznym.

Agresja występuje także w innych działach medycyny i równie często, np. w trakcie majaczenia niezwiązanego z uzależnieniem (w oddziałach internistycznych, geriatrycznych, chirurgii, innych oddziałach zabiegowych), przy zatruciach, w chorobach w których występują zaburzenia metaboliczne, napady padaczkowe, w chorobach naczyniowych mózgu, po urazach głowy, przy przełomie tarczycowym czy przy infekcji ośrodkowego układu nerwowego.

Inny kazus, gdzie pacjent nie został przyjęty do szpitala, bo sprawiał wrażenie agresywnego, pobudzonego. Okazało się, że lekarka i pielęgniarka (nie był to szpital psychiatryczny) bały się przyjąć pacjenta i go zbadać, a pacjent pod szpitalem umarł z powodu zawału serca. Agresja jest raczej stanem uniwersalnym. W psychiatrii mamy art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, który brzmi w ten sposób, że przymus bezpośredni u osób z zaburzeniami psychicznymi może być zastosowany, gdy te osoby dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu lub w sposób gwałtowny niszczą bądź uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu czy poważnie zakłócają funkcjonowanie lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Pojawia się pytanie co ze szpitalem, który nie jest szpitalem psychiatrycznym? Tam również stosuje się przymus bezpośredni. Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje taką możliwość, taka regulacja zostanie wprowadzona. O ile bowiem w szpitalach psychiatrycznych przymus bezpośredni jest kontrolowany przez biura dwóch Rzeczników, także przez sąd (odpowiedzialność administracyjna osoby lub placówki stosującej w sposób nieprawidłowy przymus jest istotna), to są placówki, w których się tego w ogóle nie monitoruje. Dlatego zadałem pytanie retoryczne, czy ustawa o ochronie zdrowia kardiologicznego, neurologicznego ma swój art. 18. Nie ma, bo nie ma takich ustaw. Chciałem zwrócić uwagę na to, że pacjenci psychiatryczni jako jedyni posiadają ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, co ich wyróżnia i daje im specjalne prawa, co przez niektórych



pacjentów jest wykorzystywane i nadużywane. Wydaje mi się, że często nie zadajemy sobie pytania czy sami nie zezwalamy w pewnym sensie (mówię tutaj o agresji) na to, że tym osobom więcej wolno. Zobaczmy jak duża jest przemoc ze strony pacjentów wobec personelu medycznego. Pacjenci z zaburzeniami osobowości, uzależnieni od wielu środków psychoaktywnych nie pozwolą sobie w miejscu publicznym (dyskoteka, klub) zachować się w sposób agresywny w stosunku do osoby której nie znają, ale wiem z doświadczenia, że znacznie łatwiej i częściej robią to w ośrodkach psychiatrycznych czy służby zdrowia. W psychiatrycznej służbie zdrowia mamy bardzo duży kłopot z poproszeniem Policji o interwencję na terenie szpitala psychiatrycznego. Bardzo często spotykamy się z odmową z uwagi na fakt, że posiadamy swoje grupy interwencyjne, że możemy zabezpieczać pacjentów. Zdarzają się takie sytuacje, w których jednak personel szpitala nie jest wystarczający lub agresja jest tak znacząco nasiloną. Nie dzieje się tak jednak tylko w Polsce.

Kolejna kwestia to przebywanie w szpitalu psychiatrycznym funkcjonariusza Policji, który nie przebywa tam z powodu interwencji, a dozoru nad pacjentem. Pojawia się pytanie, czy ten funkcjonariusz powinien móc wejść na część obserwacyjną, gdzie są pacjenci z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, którzy w 80 czy 90% gdyby dokonali czynu agresywnego, byłiby niepoczytalni. Kto ponosiłby odpowiedzialność, gdyby doszło do tragedii. Zwykle bywa tak, że policjanci są proszeni o zdeponowanie broni. Problem w tym, że w szpitalu nie ma odpowiedniego miejsca, należałoby poprosić kolejną grupę, aby przyjechała i odebrała tę broń. Są to zatem kazusy, które czasami się pojawiają, ale które są zupełnie nieuregulowane.

Podsumowując, chciałbym zaznaczyć, że agresja nie jest przypisana do żadnej grupy chorób. Jest stanem nagłym w medycynie, także w psychiatrii. Powinniśmy zacząć rozmawiać o sytuacji osoby agresywnej przy tak dużej wrażliwości Rzecznika Praw Pacjenta czy Rzecznika Praw Obywatelskich, bo jeżeli co 4 osoba może być obciążona chorobą psychiczną, a agresja występuje zapewne częściej jednak u osób z zaburzeniami psychicznymi niż zdrowymi, to *a priori* należy traktować taką osobę jako potencjalną osobę z zaburzeniami psychiatrycznymi. Agresja bardzo często jest medykalizowana przez samego agresora po fakcie, po dokonaniu czynu. Prawidłowa reakcja czy opanowanie agresji jest pożyteczne dla każdej choroby, jeśli była ona jej pierwotną przyczyną. Nie możemy powiedzieć, że należy jak najdłużej zwlekać i nie dążyć do optymalnie szybkiego zahamowania napadu tej agresji. W mojej opinii potrzebny jest standard postępowania wspólny dla wszystkich służb publicznych, w którym byłyby określone zasady reagowania na agresję w zależności od stopnia tej agresji i w zależności od tego jak szybko jest ona konieczna. Jeżeli będziemy mieli sytuację taką, że zarówno Policja, zespoły interwencyjne w szpitalach psychiatrycznych czy szpitalach ogólnych, będą miały pewien standard postępowania,

zalecenia, wypracowaną praktykę, która byłaby co jakiś czas uzupełniana przez kazuistykę, byłoby to bardzo pożyteczne.

**Mł. insp. Krzysztof Łaszkiewicz** – Pełnomocnik Komendanta Głównego Policji ds. Ochrony Praw Człowieka: Mamy pełną świadomość jak dużo edukacji nas, jako formację czeka. Z jednej strony mówimy o pierwszym kontakcie Policji z osobą, która podczas interwencji zachowuje się nietypowo dla policjanta, jej zachowanie odstaje od normalnego zachowania. Z drugiej strony mówimy o standardach konstytucyjnych, a także art. 2 EKPC (prawo do życia). Skoncentruję się na pierwszym kontakcie policyjnym, który często ociera się o wzajemną agresję (agresję osoby która atakuje i agresję osoby, która próbuje tę osobę ujarzmić). Na przełomie 2014/2015 roku przygotowałem dla Komendanta Głównego Policji analizę 330 interwencji policyjnych, gdzie z dokumentów policyjnych jasno wynikało, że Policja ma do czynienia z niestandardowym, nietypowym zachowaniem osoby (schizofrenia, podejrzenie schizofrenii, dopalacze). Z analizy wynika, że do czynników, które towarzyszą przebiegowi tego typu interwencji, a które wpływają na jej przebieg, można zaliczyć: staż służby policjanta, doświadczenie społeczno-zawodowe, odbyte szkolenia, osobiste zaangażowanie w doskonalenie, zainteresowanie policjanta tematyką zaburzeń psychicznych, doświadczenia rodzinne, zdolności, umiejętności mediacyjne, wyposażenie do służby, ale także umiejętność posługiwania się tym wyposażeniem. Zarządzanie interwencją z poziomu dyżurnego jest również bardzo ważne (nie ma go na miejscu, a musi kierować siły i środki, dysponując tylko wiedzą telefoniczną lub też radiową). Chcielibyśmy mieć informacje, że pod danym adresem zamieszkuje taka a taka osoba, może posiadać niebezpieczne narzędzia. Aż tak dobrze nie jest, chociaż chcielibyśmy uprzedzać policjantów, gdzie jadą na interwencję. Złożoność poszczególnych interwencji nie pozwoli zatem w sposób absolutny na istotną redukcję, sytuacji, której skutkiem nie będzie zgon lub obrażenia ciała. Zbyt wiele czynników jest niezależnych od policjantów, a które mają wpływ na powodzenie prowadzonych czynności, niemniej jednak udało się wyciągnąć pewne wnioski, które przekuliśmy na rekomendacje:

- Model prowadzenia interwencji da się odpowiednio kształtować, profesjonalizować, czasami standaryzować (choć na podstawowym poziomie).
- Rozwój zainteresowań Policji powinien iść w kierunku takim, jak policjant ma zareagować na widoczne objawy. Nie róbmy z niego psychiatry, ale pozwólmy poprzez edukację, praktykę, na zaobserwowaną sytuację właściwie zareagować (ważne są takie opinie jak prof. P. Gałęckiego – policjanci nie wiedzieli, że osoba, która jest pod wpływem środków psychoaktywnych nie powinna być dociskana kolanem).
- Podmiotem, wobec którego najczęściej były prowadzone interwencje, był mężczyzna, w młodym lub średnim wieku, pobudzony, agresywny, zde-



sperowany, poza kontrolą emocjonalną, cechujący się nagłością działania i nierespektowaniem poleceń policjantów, działający w terenie otwartym, jak też w pomieszczeniach typu mieszkalnego, używający noża, siekiery lub innego niebezpiecznego narzędzia, stawiający bierny lub czynny opór.

Udało się zatem pewien model uśrednić. Wiemy czego uczyć, jako przykłady w szkołach policyjnych, jakiego rodzaju konfiguracje, symulacje budować, po to żeby w ten model wyposażać policjantów. Interweniujący policjanci byli najczęściej wyposażeni w radiowóz policyjny oznakowany, podejmowali interwencje w dwie osoby, współpracowali ze sobą, używali środków przymusu bezpośredniego, w ostateczności stosując siłę fizyczną, chwytły obezwładniające, ręczny miotacz środków chemicznych oraz kajdanki. Rzadko byli wyposażeni w tzw. paralizator lub siatkę obezwładniającą, w konsekwencji kończąc interwencję bezskutkowo. Tu pojawia się istotny element, że brak paralizatora powoduje, że wówczas używamy broni palnej. W pościgu za pojazdem niekoniecznie, ale w wielu przypadkach paralizator jest środkiem łagodniejszym. Twierdzą, że broń inteligentna, jaką jest paralizator, czyni mniejsze skutki dla zdrowia i życia, niż broń palna, a jego używanie obwarowane jest podobnymi klauzulami.

Gdy używano paralizatora i siatki obezwładniającej, a także gdy policjanci wcześniej wiedzieli o rodzaju zagrożenia, osoba wobec której podejmowano interwencje odnosiła mniej obrażeń. W analizowanych 330 przypadkach nie odnotowano przypadków brutalności, agresji lub innych nieludzkich zachowań u podejmujących interwencję policjantów.

Obowiązujące regulacje prawne, na poziomie prawa policyjnego można uznać za wystarczające do skutecznego, efektywnego i zgodnego z prawem prowadzenia interwencji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi oraz poszanowania godności ludzkiej (mówię o interwencji dynamicznej, nie o kwestii odznaczania zmian w protokołach zatrzymania). System wspomaganie dowodzenia oraz krajowy system informacji policyjnej nie posiadają funkcji automatycznego generowania takich zdarzeń, więc to utrudnia uzyskanie danych dla potrzeb analitycznych.

Interwencje poddane analizie, w których występuje osoba zaburzona psychicznie, posiadają równy stopień złożoności oraz sposób zakończenia. Znaczna część interwencji stanowiła wsparcie dla załóg personelu medycznego, czyli najpierw pojawiał się personel medyczny, a dopiero później pojawiał się patrol Policji (bądź równolegle pogotowie ratunkowe i Policja). Do częstych przyczyn zachowań osób wymagających interwencji można zaliczyć: choroby psychiczne, w tym głównie schizofrenię, załamania nerwowe, próby samobójcze, alkohol lub/i narkotyki, tzw. dopalacze (one dominują). Coraz częściej Policja ma do czynienia z tego typu sytuacjami. Najskuteczniejszym, najbardziej bezpiecznym środkiem okazywał się przedmiot do miotania ładunku za pomocą energii, czyli tzw. paralizator oraz siatka obezwładniająca. Mimo, że są czasami przeciwska-

zania medyczne, to jednak okazało się, że bez poważniejszego skutku dla zdrowia. Zdarzało się, że policjanci wykonywali czynności polegające na udzieleniu wsparcia personelowi medycznemu w placówkach medycznych, polegające na nakłanianiu do wejścia na salę chorych, zażycia leków, zapięcia w pasy, zapewnienia bezpieczeństwa.

Potencjał zgromadzony w szkołach policyjnych można jeszcze bardziej aktywizować, czyli więcej seminariów, konferencji, szkoleń. Oferta szkoleniowa wymaga centralnych zmian i to już się dzieje. Szkoły policyjne nie posiadają lub nie zaprezentowały na czas robienia analizy stosownych filmów instruktażowych, które mogłyby być cennym narzędziem w doskonaleniu zawodowym w jednostkach Policji. Przesłane wówczas przykłady symulacji, ćwiczeń, nie pokrywały się z sytuacjami bliskimi typowym realiom interwencji policyjnych. Aktywna działalność seminaryjna, naukowa oraz badawczo-rozwojowa kształtuje się na poziomie, który wymaga większej optymalizacji. Powstał harmonogram, który został zatwierdzony przez Komendanta Głównego Policji, w tej chwili realizowany głównie przez szkołę policyjną w Słupsku. Tam odbywają się seminaria, warsztaty (praktyczne) czy dyskusje. Uruchomiliśmy kanał komunikacyjny - jak dochodzi do zdarzenia, to jednostka ma obowiązek przesłać informację do szkoły w Słupsku. Ta z kolei ma ten kazus przerobić na postać dydaktyczną i rozesłać do jednostek, aby złe praktyki eliminować, a dobrych się uczyć.

**Nadkom. Arkadiusz Gliszczyński:** chciałbym powiedzieć o tych przedsięwzięciach, które są realizowane przez jednostkę, którą reprezentuję, czyli Szkołę Policji w Słupsku. Wynikają one z rekomendacji Komendanta Głównego Policji w zakresie podejmowania interwencji policyjnych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Policja robi wiele, aby interwencje z udziałem osób z zaburzeniami psychicznymi były zawsze skuteczne i przede wszystkim praworządne.

Jak wskazał prof. Bałandynowicz, zjawisko dynamiki w zakresie popełniania przestępstw będzie w przyszłości dotyczyć nie ilości, a jakości przestępstw. Chodzi przede wszystkim o kwestie brutalizacji zachowań sprawców tych przestępstw. W Szkole Policji w Słupsku, podobnie jak w innych jednostkach szkoleniowych, odbywa się kurs dla policjantów podejmujących interwencje wobec osób agresywnych i niebezpiecznych. Komendant szkoły rekomendował zmianę tego kursu. Po pierwsze dlatego, że takie były wyniki badań ewaluacyjnych. Na kurs ten mogą być skierowani przez swoich przełożonych wszyscy policjanci ogniów patrolowo-interwencyjnych (policjanci pierwszego kontaktu). Do tej pory uczyliśmy podczas tego szkolenia w jaki sposób – z zachowaniem prawa – stosować siłę fizyczną, środki techniczne służące do obezwładniania osób, natomiast nie dokonywaliśmy jakiejś kategoryzacji, że możemy mieć do czynienia z osobą, która jest agresywna dlatego, że posiada jakieś zaburzenia, ponieważ zażyła środki odurzające, ponieważ jest pod wpływem alkoholu. Nie mówiliśmy tutaj w ogóle o etiologii takich zachowań, o tym dlaczego tak się człowiek za-





chowuje. Nie mówiliśmy w końcu, czego można się spodziewać po człowieku, jeżeli wobec niego dokonamy pewnego rozpoznania predyspozycji zaburzeń psychicznych. W efekcie podjętych działań jest już projekt nowego programu szkolenia specjalistycznego i po pierwsze, będzie 10 dni szkoleniowych, a nie 5 podczas tego kursu. Po drugie, pojawią się zagadnienia dot. psychologicznych aspektów kontaktu z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Myślenie, że można stworzyć algorytmy postępowania dla policjantów podejmujących interwencję wobec osób agresywnych z pewnym rozróżnieniem na osoby agresywne i osoby z zaburzeniami psychicznymi, mija się całkowicie z celem. Z bardzo prostego powodu, otóż nie możemy wymagać od policjanta (są też tacy, którzy mają wykształcenie średnie) tego, że on prawidłowo przyłoży sobie jakiś test osobowościowy i określi, jakie są to zaburzenia i czy on w tej sytuacji ma do czynienia z osobą z zaburzeniami czy też nie. Bez wątpienia można podjąć takie czynności (i będzie to robione podczas tego właśnie kursu), żeby policjant miał podstawową wiedzę dotyczącą tego, w jaki sposób taka osoba może się zachowywać, co grozi ze strony tej osoby, ale też w jaki sposób powinniśmy ewentualnie zachować się w stosunku do niej, jeżeli takie rozpoznanie zostanie przeprowadzone. Podczas tego kursu podejmowane są zagadnienia dotyczące zatrzymywania osób w pomieszczeniach, pojazdach, techniki stosowania siły fizycznej i innych technicznych środków przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem czynności podejmowanych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Kolejne przedsięwzięcie, o którym chcę powiedzieć to przygotowanie wystandardyzowanego wzoru formularza, ujmującego podjęte przez policjantów jednostek terenowych interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Taki formularz został stworzony. Jest on potrzebny po to, aby jednostki szkoleniowe polskiej Policji mogły pozyskiwać bieżące informacje dotyczące tego, co dzieje się w jednostkach terenowych, w zakresie podejmowanych interwencji wobec osób z zaburzeniami. My też będziemy mogli stworzyć taki katalog sposobu zachowania się konkretnych osób, ponieważ będziemy dostawać informacje, które już od 1 września 2016 r. spływają, dotyczące konkretnej interwencji. Uzgodnienia z jednostkami terenowymi są następujące: w momencie kiedy będzie sprawa zakończona, będziemy również mogli wnioskować o to, żeby otrzymać całość dokumentacji. Chodzi przede wszystkim o to, żeby wykazać w jaki sposób dana osoba się zachowywała, by stworzyć katalog takich zachowań. Będzie to bardzo pomocne podczas realizacji czynności podejmowanych przez policjantów pierwszego kontaktu. Formularz został zaakceptowany przez Biuro Prewencji Komendy Głównej Policji i rozesłany do wszystkich jednostek terenowych i od września 2016 r. te informacje są przekazywane. Formularz zawiera informacje, które pozwalają nam monitorować czy policjanci potrafią w sposób prawidłowy przeprowadzić rozpoznanie wstępne, czy są w stanie uzyskać informacje z jakim konkretnie typem osoby będą mieli do czynienia. Chcemy

również wiedzieć, to co wynika z art. 39 ust. 3 ustawy o środkach przymusu bezpośredniego, tj. czy zastosowano środki przymusu bezpośredniego zgodnie z prawem (w sposób praworządny). Ponadto, od 1,5 roku istnieje w Słupsku Centrum Zdrowia Psychicznego, z którym współpracujemy. Nawiązano również współpracę z Radą Zdrowia Psychicznego, Biurem Rzecznika Praw Pacjenta, Biurem Rzecznika Praw Obywatelskich.

**J. Lewandowska:** Czy Państwa zadaniem nie powinno być uregulowania w ustawie kwestii pomocy Policji przy konwojowaniu osób, które są w szpitalu psychiatrycznym, a wymagają np. konsultacji (np. somatycznych) w innym szpitalu?

**Prof. T. Gardocka:** Nie w ustawie psychiatrycznej. Powinno być takie uregulowanie, które zapewni pomoc psychiatrom, ale ustawa tzw. psychiatryczna to ustawa ochronna. Ustawa psychiatryczna reguluje kwestie leczenia psychiatrycznego, natomiast pomoc dla osób z zaburzeniami oczywiście powinna być uregulowana, tylko gdzie indziej.

**Dr Grzegorz Gudzbeler:** Jest niezwykle trudne, aby funkcjonariusz w sytuacji nagłej, dynamicznej, był w stanie zdiagnozować osobę, wobec której podejmuje interwencję. Ta diagnoza jest niezwykle trudna. Wygląda to w ten sposób - to nie dotyczy wyłącznie osób które cechują się takimi zaburzeniami - ale ogólna diagnoza sytuacji, w której znajduje się funkcjonariusz. Zwykle jest tak, że właściwe działanie wymaga jednak pewnej praktyki i doświadczenia. I tej praktyki funkcjonariusz, który trafia na ulicę nie ma czasu pozyskać i jednocześnie nie powinien tego doświadczenia nabierać na osobach, wobec których podejmuje interwencję. Bardzo trudno jest zapewnić standardowo taki proces szkolenia, który byłby niezwykle realistyczny. Proszę sobie wyobrazić, że musimy zapewnić takie szkolenie dla funkcjonariuszy, gdzie tą osobą, wobec której podejmowane są interwencje jest inny funkcjonariusz bądź osoba, która w takiej sytuacji pozorowanej bierze udział i jest to bardzo trudne. Być może w niektórych sytuacjach funkcjonariusze w ogóle powinni odstąpić od interwencji, poczekać, zastosować inne metody, liczyć na wsparcie. Proszę sobie wyobrazić interwencję wobec osoby, która jest agresywna, wskazuje na zaburzenia psychiczne. Dwóch funkcjonariuszy, którzy mieliby podjąć wobec niej interwencję, jeżeli ona jest uzbrojona, musi przede wszystkim dbać o swoje bezpieczeństwo i te środki które musiałyby zostać użyte, mogą być środkami bardzo drastycznymi. Równie dobrze gdybyśmy odczekali jakąś chwilę, to kilku funkcjonariuszy z tarczami z oddziału prewencji jest w stanie zupełnie nieszkodliwie dla tej osoby, takie działania podjąć.

Chcemy, aby funkcjonariusze nauczyli się w czasie szkoleń działać instynktownie. System jest zbudowany w taki sposób, żeby mógł znaleźć się w każdej komendzie szczebla powiatowego. Jest niezwykle tani, w związku z tym to rozwiązanie pozwoli na to, żeby funkcjonariusze mogli szkolić się w trybie ustawicznym.



**Prof. Marek Jarema** – psychiatra, Kierownik Kliniki w Instytucje Psychiatrii i Neurologii, Przewodniczący Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia: Nie chciałbym, aby państwo odnieśli wrażenie, że ustawa o ochronie zdrowia psychicznego jest ustawą o charakterze represyjnym, penalizującą osoby z zaburzeniami psychicznymi i właściwie stworzona głównie dla wygody personelu placówek opieki zdrowotnej. Tak absolutnie nie jest, z tą tezą nie możemy się bezwzględnie zgodzić. Tak jak mówił kolega Gałęcki, ta ustawa oczywiście ideałem nie jest, ale to jest ustawa, która ma wiele zalet i która ma przede wszystkim na celu ochronę praw osób z zaburzeniami psychicznymi. Seminarium jest po to, żebyśmy przedyskutowali i wypracowali sposoby postępowania. My jako towarzystwo psychiatryczne, grupa osób profesjonalnie związana z opieką nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, widzimy wielką potrzebę koordynowania tych działań. Na izbie przyjęć – chociażby na ul. Sobieskiego w Warszawie - często się zdarza, że przyjeżdża pacjent z Policją. I my tę współpracę z Policją bardzo sobie cenimy i uważamy, że im bardziej będzie ona zacieśniona, im większa będzie znajomość problematyki zaburzeń psychicznych wśród osób interweniujących, czyli np. wśród policjantów, tym lepiej przede wszystkim dla pacjenta, nie dla nas. Trzeba na pewno przyklasnąć tym inicjatywom Policji w zakresie szkoleń, które zostały w czasie seminarium zaprezentowane. Trudno oczekiwać, że każdy policjant będzie obeznany z problematyką zaburzeń psychicznych, że będzie stawiał diagnozę. Przecież to do czego się sprowadza sytuacja, gdy policjant interweniuje wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, to jest: jeden, musi podjąć decyzję co do tego, czy to są zaburzenia psychiczne czy nie i dwa, musi wiedzieć co z tym zrobić. Oczywiście nie oczekujemy, że policjanci będą w tym zakresie profesjonalistami, ale jeżeli jest taka potrzeba żeby szkolenie Policji poprawić, to środowisko psychiatrów deklaruje swoją pomoc.

**Dr Dorota Pudzianowska** – adiunkt na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, prawniczka w Fundacji Helsińskiej: Chciałabym wrócić do tematyki, która była poruszana we wstępnych wypowiedziach dr. Adama Bodnara i dr Katarzyny Holy, czyli do standardu międzynarodowego w zakresie ochrony osób z niepełnosprawnościami intelektualnymi i psychicznymi. Widzę pewien problem wstępny - czy standard, który wynika z Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, w szczególności z art. 14, jest taki, że osoby z tego typu niepełnosprawnościami powinny być traktowane równo, tak samo, a w zakresie, w którym to jest potrzebne, powinny istnieć w zakresie ich traktowania odpowiednie dostosowania. To jest podstawowe pytanie, które mamy: jakie są te odpowiednie dostosowania, które powinny się pojawiać na etapie zatrzymania. Wydaje mi się, że tutaj mamy taką granicę, której trzeba być świadomym, to znaczy gdzie zaczyna się takie traktowanie tych osób, które sprawia, że są stygmatyzowane, że są one traktowane w sposób naruszający ich godność. Na

przykład ten stan tak skrótowo przywołany przez Panią K. Holy, że nie można umieszczać takich osób razem z osobami zdrowymi. Z tak sformułowaną opinią nie sposób się zgodzić na gruncie Konwencji, bo zgodnie z nią osoby z niepełnosprawnościami psychicznymi i intelektualnymi powinny być traktowane w sposób niestygmatyzujący, czyli mogą być umieszczane z osobami zdrowymi pod warunkiem, że mają zapewnione takie dostosowanie, które są w konkretnym przypadku potrzebne, żeby czuły się komfortowo i żeby to nie pogarszało ich stanu. Prof. Tiny Miljkovic, w trakcie swoich wykładów w Warszawie w ostatnim czasie mówiła np. o instytucji niepoczytalności. Jest ona stygmatyzująca dla osób z niepełnosprawnościami intelektualnymi i psychicznymi. Te osoby powinny być traktowane w procesie wymierzania kary tak samo, jak osoby zdrowe, tam gdzie jest możliwe, nie powinno się stosować kary pozbawienia wolności, ale jeżeli jest ona potrzebna, to powinny takie osoby trafiać do więzień, tylko że powinny być zapewnione odpowiednie dostosowania. To jest ten standard.

**Anna Śremska** – dyrektor szpitala psychiatrycznego w Łodzi: W jednostce, którą zarządzam, pacjenci mają i dysponują pełnią swoich praw. Wystarczy popatrzeć na statystyki, również te dotyczące wypisu na własne żądanie. Jest to jedno z niezbywalnych praw każdego pacjenta, w każdym szpitalu, nie tylko w szpitalu psychiatrycznym. Nie chciałabym, abyśmy wychodząc z tego spotkania odnosili wrażenie, że nasi pacjenci są osobami w 100-procentach ubezwłasnowolnionymi, bo tak nie jest. Instytucja ubezwłasnowolnienie stosowana jest w naszym kraju coraz rzadziej. Jako dyrektor szpitala współpracujemy z Policją codziennie, taką mamy niestety specyfikę naszej działalności, że albo opiniujemy czy osoba, która będzie przebywała w PdOZ może tam przebywać, albo policjanci zabezpieczają pacjentów, którzy są przyjmowani na oddział psychiatrii. Chciałabym, żebyśmy tę współpracę prowadzili nie tylko poprzez szkolenia 10-godzinne, bo ja pracuję w psychiatrii kilkadziesiąt lat, w związku z powyższym wiem, że obraz psychiatrii zmienia się, bo są inne uwarunkowania społeczne (dostęp do mediów społecznościowych, do innego rodzaju używek, które zmieniają obraz psychiatrii, zmieniają obraz społeczeństwa i pacjentów). Zachęcałabym do takiej współpracy nie tylko w obszarze szkolenia na etapie przygotowania do pełnienia służby, ale w takim codziennym operacyjnym działaniu. Państwo możecie się wiele od nas nauczyć i odwrotnie.

**Adw. dr Katarzyna Kita-Wałęka** – adiunkt na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego: [pytanie do prof. P. Gałęckiego, do p. A. Śremskiej] – Dlaczego tak rzadko i tak „kiersko” są stosowane i przeprowadzane badania wobec osób zatrzymanych? Często osoby od razu, czy niedługo po zatrzymaniu, są przewożone do lekarza na badanie i niestety lekarz po 10 minutach mówi, że ta osoba na pewno jest zdrowa psychicznie, w każdym razie nie wykazuje zaburzeń, które umożliwiłyby stwierdzenie, że ma miejsce wyłączenie jej poczytalności, a tym samym odpowiedzialności karnej. Natomiast później, w toku postępowania, nierząd-



ko okazuje się, że ta osoba jest osobą z zaburzeniami psychicznymi, albo w innych sytuacjach jest osobą, która jest upośledzona umysłowo. W więzieniach nie mamy środków do tego by te osoby tam przebywały. Przede wszystkim nie mamy odpowiedniego zaplecza medycznego. Moje pytanie brzmi, czy jest możliwość nakłonienia czy skierowania głosów do lekarzy, biegłych psychiatrów, do rzetelniejszej weryfikacji, zwłaszcza w sytuacji, gdy tak często uprzednio stosowano ubezwłasnowolnienie (taka osoba jest ubezwłasnowolniona ze względu na zaburzenia), a później okazuje się, że lekarz psychiatra, który bada przy zatrzymaniu mówi, że ta osoba jest zupełnie zrównoważona psychicznie.

**Prof. Maria Załuska** – ordynator oddziału psychiatrii w Szpitalu Bielańskim w Warszawie: Czym innym jest badanie zatrzymanego przez Policję, która stawia nam pytanie o to, czy on może być zatrzymany w PdOZ, a czym innym jest badanie biegłego psychiatry odnośnie tego, czy on w chwili popełnienia czynu był zdolny rozemnać znaczenie czynu i pokierować swoim zachowaniem (czy był poczytalny). Jeżeli my w izbie przyjęć badamy zatrzymanego, to my tylko mamy zdecydować, czy on ma zostać u nas w szpitalu i wtedy zostaje z woli Policji pod jej dozorem (co jest też tematem, o którym warto byłoby porozmawiać, jak to ma być realizowane na terenie oddziału).

**Prof. M. Jarema:** Ile razy Policja wystąpi z taką inicjatywą, tyle razy oczywiście lekarz powinien się wypowiedzieć. Inna rzecz to jakość tej odpowiedzi. Ten apel aby psychiatrzy robili to starannie, lepiej, bardziej trafnie, jest jak najbardziej aktualny, ale on się odnosi do nas wszystkich, bo tak samo prawnicy powinni robić trochę rzeczy inaczej, dyrektorzy szpitali itd.

To seminarium jest po to, żeby dać asumpt tej inicjatywie, żeby rozszerzyć możliwość czy nawet spowodować, że będzie konieczność zasięgnięcia opinii lekarza w sytuacji, gdy policjanci podejrzewają, że osoba zdradza zaburzenia psychiczne. W związku z tym idea jest oczywiście taka, że policjanci powinni być bardziej szczegółowo szkoleni w tym zakresie, żeby móc rozpoznać zachowania sugerujące nieprawidłowości psychiczne i wiedzieć co z tym zrobić. Natomiast oczywiście, czy to jest wydolne z punktu widzenia systemu, to jest zupełnie inna rzecz. Biorąc pod uwagę izbę przyjęć szpitala psychiatrycznego w Kochanówce, czy u nas w Instytucie [Psychiatrii i Neurologii w Warszawie], tam dzieją się naprawdę dramatyczne rzeczy, bo tych interwencji jest masa. Ale to wcale nie tłumaczy faktu, że nie należy tego robić.

**Maria Tyszko-Załuska** – Ministerstwo Zdrowia: Proszę zwrócić uwagę, że jest ustawa o Policji, z której wprost wynika, że zatrzymany ma być poddany badaniu, jeżeli takie przesłanki zaistnieją. Na podstawie tej ustawy zostało wydane rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Zdrowia, w którym wyraźnie jest opisane jak ma przebiegać, w jakich okolicznościach osoba zatrzymana ma być poddana badaniom. To nie są tylko przesłanki zaburzeń, tam są kobiety w ciąży, kobiety karmiące, osoby pod

wpływem alkoholu, itd. Tam jest opisane jak ma wyglądać transport, że robi to Policja, w określonych sytuacjach zespół ratownictwa medycznego, po decyzji lekarza, w asyście Policji. Jest nawet taki przepis, który mówi, że ten pacjent w podmiocie leczniczym jest w miarę możliwości badany poza kolejnością. Pytanie jest jedno, czy ten akt ma odpowiednią rangę. Czy te przepisy nie powinny być w ustawie o Policji. Natomiast ta procedura jest.

**K. Łaszkiwicz:** Moja analiza pozwala się zgodzać z Panią Marią Tyszko-Załużką, w takim sensie, że prawo - nawet jeżeli dzisiaj mówimy, że należy je podnieść do rangi ustawy - to wydaje się być dzisiaj kompletne. Jako Policja mówimy ciągle o rozwiązaniach praktycznych. Proszę sobie wyobrazić radiowóz policyjny (2-osobowy patrol), w takiej średniej wielkości miejscowości w godzinach wieczorowo-nocnych, kiedy najczęściej dochodzi do interwencji policyjnych (albo do kradzieży, bo jest ciemno, albo do awantur domowych, bo wszyscy wrócili do domu). Osoba zatrzymana jest nietrzeźwa, więc podlega badaniu. Jeżeli jest trzeźwa, uskarża się na pewne dolegliwości, wówczas policjant ma obowiązek taką osobę doprowadzić do najbliższej placówki medycznej. Jest to najczęściej ta, z którą Policja ma podpisany kontrakt. My byśmy bardzo chcieli, żeby ten lekarz pierwszego kontaktu, który decyduje, czy osoba nadaje się do PdOZ czy nie, żeby w tym pierwszym rozpoznaniu (nawet kiepskim rozpoznaniu, to i tak lepszym niż rozpoznanie policyjne) wskazał, że jest potrzebna dodatkowa konsultacja np. psychiatryczna.

Bylibyśmy bardzo szczęśliwi, żeby nie było sytuacji takiej, gdzie lekarz dyżurujący na pogotowiu mówi, że nie ma przeciwwskazań, a później okazuje się, że te przeciwwskazania jednak występują. Nie wymagajmy od policjantów tego, żeby oni sami diagnozowali te przeciwwskazania. My jesteśmy za tym, pod warunkiem że pamiętamy, że zatrzymanie to też są prawa człowieka i regulacja zatrzymania podlega rygorom godzinowym. Więc jest to kwestia zatrzymania do 48 godzin. Jeżeli podejście bez kolejki miałooby ten czas pozbawienia wolności skrócić, to wydaje się to racjonalne.

Lekarz, który przyjmuje pacjenta, nie powinien tego robić przez drzwi, z daleka. Może jest tu też kwestia obecności policjanta, gdzie osoba zatrzymana zwierza się lekarzowi ze swoich jednostek chorobowych, a słucha tego policjant. Lekarz mówi, panie policjancie, pan tu stanie (zostanie), bo ja się boję. Policjant wówczas zatyka uszy, ale stoi. Nie jest tak łatwo o godz. 24 znaleźć lekarza-psychiatrę, który potwierdzi albo zaprzeczy. To są problemy praktyki.

**Prof. T. Gardocka:** Z perspektywy prawnika w pełni się zgadzam, że ubezwłasnowolnienie, niepoczytalność i stwierdzenie zaburzeń psychicznych przy zatrzymaniu to różne kwestie. Od policjanta nie wymagamy ani żeby ustalał, czy ktoś jest na prawdę ubezwłasnowolniony, czy ktoś może czy nie może być uznany za niepoczytalnego. Od policjanta wymagamy tylko żeby ustalił, na etapie zatrzymania, czy człowiek zatrzymany ma tego typu zaburzenia, które skłoniły-



by Policję do innego traktowania. Bo jeżeli byśmy powiedzieli, że człowiek z zaburzeniami psychiatrycznymi ma być inaczej traktowany, to wtedy całe badanie jest niepotrzebne. On oczywiście ma być inaczej traktowany. Pierwsze pytanie jest takie – jak lekarz powie, że człowiek nie nadaje się do PdOZ, to pytanie co mamy robić. Czy powinniśmy tworzyć specjalne miejsca, w których osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą być zatrzymane, tak jak mamy specjalne reżimy więziennicze, mamy oddziały więziennicze dla osób zaburzonych psychicznie, równo traktowane, nie równo traktowane - mamy takie oddziały i dzisiaj uważamy, że tak jest dobrze. Czy powinniśmy tworzyć takie specjalne oddziały dla osób zaburzonych psychiatrycznie na etapie zatrzymania, czy też powinniśmy rozważać, że część z tych osób w ogóle nie powinna być traktowana tak jak ludzie bez zaburzeń psychiatrycznych, czyli powinna być traktowana na zasadzie uwolnienia od podejrzenia, co przy wykroczeniach jest od razu możliwe, tam nie ma legalizmu. Możemy powiedzieć no tak, że ukradł batonik, ale tak naprawdę to on jest zaburzony psychicznie, mamy podkładkę w postaci oświadczenia lekarza, że tak jest i nie traktujemy go w ogóle prawnokarnie. Czy też powinniśmy się skupiać na tym, aby tworzyć dla takich ludzi specjalne miejsca i specjalne reżimy. Czy też wystarczy nam to, że jak jest pod zarzutem poważnego przestępstwa, to w szpitalu psychiatrycznym z asystą policyjną, a jak jest pod zarzutem „drobiazgu”, to jako zaburzony psychiatrycznie (co nie ma nic wspólnego z niepoczytalnością) i tu gdzie jest to możliwe mówimy, znikomy stopień społecznej szkodliwości, a przy wykroczeniach, on w ogóle nie będzie odpowiadał, bo o poczytalności, czy niepoczytalności policjant oczywiście decydować nie może. Zostaje stale ten aspekt, że człowiek może nie być pod zarzutem bardzo poważnego przestępstwa, tylko np. awantury rodzinnej i lekarz stwierdzi, że on jest zaburzony psychiatrycznie i nie nadaje się do umieszczenia w PdOZ, tylko powinien być w szpitalu. Tu powstaje rzeczywisty problem, czy nie należałoby się zastanowić, nad specjalnymi miejscami zatrzymania dla takich osób zaburzonych psychicznie, żeby można było ich tam traktować inaczej niż osoby bez zaburzenia psychiatrycznego. To w gruncie rzeczy, przed takim problemem stoimy jeżeli chodzi o zatrzymanych.

**Dr D. Pudzianowska:** *Ad vocem* – ja dałam przykład nowej logiki Konwencji, w której instytucje stworzone zostały specjalnie po to, by selekcionować osoby z zaburzeniami psychicznymi, w celu określania stopnia winy, czy też odstąpienia od wymierzenia kary. Na gruncie tej Konwencji są instytucje nie do pogodzenia z jej postanowieniami. Te osoby powinny być tak samo traktowane, jak zdrowe, z odpowiednimi dostosowaniami. To znaczy, że nie ma w ogóle kwestii tworzenia specjalnych ośrodków, do których te osoby będą kierowane. Taka jest logika Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami. Próbuję pokazać pewien standard.

**Prof. M. Załuska:** Powinniśmy zwrócić uwagę na rozróżnienie: zaburzenia psychiczne i choroba psychiczna wymagające leczenia szpitalnego a niepełnosprawność z powodów zaburzeń psychicznych czy upośledzenia intelektualnego. Jeżeli ta osoba zatrzymana, która ma się znaleźć w PdOZ, ma zaburzenia wymagające leczenia psychiatrycznego, to ona powinna się znaleźć w szpitalu i być leczona (i to nie jest miejsce zatrzymania, tylko to jest miejsce leczenia). Oczywiście jest pytanie, jeżeli ona wymaga dozoru policyjnego, jak on ma być sprawowany w szpitalu, czy też jaki szpital ma przyjąć takiego człowieka, który wymaga dozoru policyjnego i leczenia. Drugie zagadnienie to kwestia – jeżeli mamy do czynienia z osobą niepełnosprawną (czyli raczej to będą osoby upośledzone), która nie wymaga leczenia w szpitalu, to w jakich warunkach ma być zatrzymana, w jakich warunkach ma przebywać, ewentualnie nawet w więzieniu. Ale mówimy o zatrzymaniu. Tutaj powiedziałabym coś takiego. Dostosowanie, odpowiednie dostosowanie – pojęcie prawnicze – w przypadku niepełnosprawności ruchowej, dostosowaniem są różne urządzenia ułatwiające tą ruchomość, natomiast przy niepełnosprawności psychicznej, to co jest niesprawne to są kontakty, relacje z ludźmi. I teraz jeżeli traktujemy równo i „wsadzamy” do trudnego środowiska ludzkiego, to nie tylko, że nie traktujemy jej równo, ale jeszcze utrudniamy temu człowiekowi (nie tylko nie dajemy mu ułatwień, ale jeszcze utrudniamy, bo on ma jeszcze większą trudność w znalezieniu się w tym środowisku). To oznacza, że należałoby dać temu niepełnosprawnemu jakiegoś asystenta, który by był tam z nim i ułatwiałby mu kontakty z innymi osadzonymi.

**J. Lewandowska:** Jeżeli każdy zatrzymany byłby dowożony do lekarza i lekarz rzetelnie oceniałby stan zdrowia, a jeśli nie byłby w stanie, to kierowałby taką osobę do odpowiedniego specjalisty (chodzi mi głównie o psychiatrę), to wówczas lekarz psychiatra stwierdza, tak to jest osoba chora psychicznie, osoba z zaburzeniami psychicznymi, albo osoba niepełnosprawna intelektualnie, to po pierwsze jest to informacja dla samych policjantów, jak dalej mają procedować, ale też informacja dla prokuratury, czy sędziego. Wiele pomyłek, które mamy zdiagnozowane w BRPO, dzięki temu nie miałyby miejsca.

**K. Łaszkiewicz:** My już nie raz podkreślaliśmy, że byśmy bardzo chcieli, móc z formalnego punktu widzenia, dla własnego bezpieczeństwa, mieć obowiązek doprowadzać każdą osobę do lekarza, po to żeby ten, na wystandaryzowanym dokumencie medycznym (nie mówię o Protokole Stambulskim, ale coś w tym stylu) wypełniał taki dokument, sobie robił kopię, jeśli potrzebuje. Policjant otrzymuje taki dokument, gdzie jest wystandaryzowany wywiad, w oparciu o który po pierwsze następują oględziny ciała, czy przypadkiem ślady na tym ciele nie powstały 3 dni temu, czy podczas interwencji policyjnej, czy po opuszczeniu przez tą osobę PdOZ nie pojawiły się „dziwne” zasinienia, o których nie ma mowy w tym dokumencie medycznym, podczas tego pierwszego badania





lekarskiego. Od wielu lat jest podnoszone, że za każde takie badanie płaci Policja. Ja wiem, że to nie jest argument dla obywatela, członka społeczeństwa. Jest to jednak rzecz, która jest znaczącą przeszkodą, dlatego, że ilość zatrzymań w skali roku przez samą Policję jest naprawdę ogromna.

Biorąc pod uwagę ilość interwencji policyjnych, które kończą się doprowadzeniem do placówek medycznych, na pewno zdarzają się niepokojące momenty, gdy lekarz zbagatelizuje sytuację, a policjant nie będzie wystarczająco asertywny. To jest też kwestia pracy z policjantami, żeby na lekarza nie patrzył jak na wyrocznię. Policjant bierze za daną osobę pełną odpowiedzialność w imieniu państwa i musi mieć pewność, że będzie osobą w pełni nadającą się żeby ją osadzić w policyjnej izbie, czy to do wytrzeźwienia, czy do dalszych czynności procesowych.

Trzeba sygnalizować na piśmie stan zdrowia osoby, ale nie tylko czy kaszle i ma katar, ale też obrażenia fizyczne, które mogły powstać podczas interwencji, podczas bijatyki wcześniej, a w konsekwencji w protokole zatrzymania, dokumencie, który świadczy o godzinie i minucie zwolnienia, trzeba zaznaczyć, czy w momencie wyjścia osoba nie zgłaszała nowych dolegliwości, bólów, objawów.

Pytanie, czy jesteśmy w stanie, tak „w głowie” zdefiniować policjantowi co ma napisać, żeby to ująć w protokole, dokumencie procesowym.

**Dr E. Dawidziuk:** RPO, który kierował wystąpienie do MSW nie chodziło o jakąś specjalistyczną diagnozę psychiatryczną (absolutnie), tylko odnotowanie tego dziwnego zachowania osoby (jest nadpobudliwy, bełkocze, itd.). Chodziło o taki typowy opis obserwacji zachowania danej osoby, nic więcej. To jednak mogłoby być sygnałem dla kolejnych organów, które będą zajmowały się danym człowiekiem w związku z podejrzeniem popełnienia przez niego przestępstwa.

**Prof. M. Jarema:** Ja myślę, że to jest możliwe, wychodząc naprzeciw pytaniu, które zadał Pan Pełnomocnik [K. Łaskiewicz]. Podobnie można byłoby powiedzieć, czy każdy, nie tylko policjant, ma prawo interweniować jeżeli widzi na ulicy osobę, która się zachowuje dziwnie. My wiemy, że wszyscy interweniują. Myślę, że policjant z racji funkcji jest niejako przygotowany do tego, żeby podejmować interwencje albo z własnej inicjatywy albo inicjatywy innych osób, musi być przygotowany na to, że będzie musiał dokonać jakiejś pobieżnej oceny. Oczywiście ta pobieżna ocena może być w formie wystandaryzowanej (może być to katalog zachowań, które sugerują, że być może mamy do czynienia z takim stanem, który wymaga dokładniejszej analizy stanu psychicznego), ale to jest możliwe. Mnie się wydaje, że biorąc pod uwagę, że wszystkie działania (także działania Policji w tym zakresie) są nakierowane na to, żeby chronić tę osobę, to z jej punktu widzenia tak jest. W medycynie mamy takie sytuacje, takie prawo, które mówią, że nawet jeśli coś nie jest zdefiniowane, to jednak, jeżeli my działamy dla dobra tej osoby, w dobrze pojętym interesie tej osoby, to jest to dopuszczalne.

**Adw. Paweł Osik** – członek komisji praw człowieka przy Naczelnej Radzie Adwokackiej, Przewodniczący sekcji praw człowieka przy Okręgowej Radzie Adwokackiej w Warszawie: Podczas dzisiejszego seminarium skupiamy się na tym wszystkim co się dzieje do etapu zatrzymania, ewentualnie do etapu umieszczenia w PdOZ. Z mojej perspektywy, jako praktyka – adwokata, który pojawia się w postępowaniu karnym w charakterze obrońcy, moja rola zaczyna się dopiero na etapie czynności procesowych czy przedprocesowych, czy nawet pozaprosesowych, które mają miejsce przed umieszczeniem w PdOZ, czy po pobraniu tej osoby z PdOZ celem prowadzenia czynności procesowych. Ten problem był zasygnalizowany na początku dzisiejszego seminarium, kwestia wpływu pierwszych czynności na cały dalszy tok postępowania. Pytanie – co się dzieje po przejęciu tej osoby od służby prewencyjnej (od ogniw patroloво-interwencyjnych) przez służbę kryminalną (wydziały kryminalne, dochodzeniowo-śledcze, czy innych wyspecjalizowanych wykonujących już czynności procesowe). Czy w sytuacji, gdy mamy już informację, że ta osoba zachowuje się w sposób niestandardowy, czy mamy informację, że ta osoba leczy się, czy to psychiatrycznie, czy jest osobą niepełnosprawną intelektualnie, czy w ślad za tym powinno iść jakieś specjalne traktowanie tej osoby przez tych funkcjonariuszy, którzy już podejmują czynności procesowe. Tu pojawia się standard strasburski, wynikający z orzecznictwa, w sprawach takich jak *Płonka przeciwko Polsce*, *Salduz przeciwko Turcji*. W praktyce w chwili obecnej nie mamy właściwego, na poziomie regulacji i praktyki, postępowania w tego rodzaju sprawach. Postępowania z tymi szczególnie wrażliwymi podsądnymi, na ewentualne jakieś sugestie co do złożenia takiej czy innej deklaracji procesowej co do swojej winy, czy braku tej winy, czy jakieś sugestie co do wybrania jakiegoś optymalnego dla niej rozwiązania. Tu się pojawia konieczność, szczególnie istotna, wypełnienia standardu strasburskiego. Należy się zastanowić, jakiego rodzaju instrumenty zapewnią każdemu takiemu wrażliwemu podsądnemu kontakt z adwokatem, już na tym pierwszym etapie po zatrzymaniu, który byłby w stanie w sposób w miarę obiektywny ocenić sytuację procesową tej osoby i udzielić jej jakiejś porady co do dalszego sposobu postępowania i ewentualnie zapobiec składaniu deklaracji, które będą kształtowały niekorzystnie pozycję tej osoby na cały dalszy tok postępowania karnego.

Inną kwestią jest jakość badań osób zatrzymanych, czy na ich żądanie, czy w sytuacji w której funkcjonariusz poweźmie wątpliwości co do stanu zdrowia takiej osoby. Ja się zastanawiam, czy taki lekarz na SOR-e jest w stanie prowadząc badanie takiej osoby, ocenić w sposób chociażby pobieżny stan psychiczny tej osoby, kwestie związane z niepełnosprawnością intelektualną, niepełnosprawnością psychiczną, czy innymi zaburzeniami i dać jakieś wytyczne czy wskazówki, pomijając to, czy ta osoba się nadaje do osadzenia w PdOZ, czy nie.

**Adw. Małgorzata Mączka-Pacholak** – członek komisji praw człowieka przy Naczelnej Radzie Adwokackiej: My profesjonalni pełnomocnicy (adwokaci) po-



trzebujemy szkoleń i wiedzy z zakresu jak postępować (kontaktować się) z osobami z różnymi zaburzeniami, także psychicznymi. Rozmawiamy o zatrzymaniu osób, które przejawiają dysfunkcje psychiczne i dowiadujemy się o tych dysfunkcjach w trakcie czynności. Praktyka jednak wskazuje, że bardzo często dochodzi do planowych zatrzymań osób, które mają takie zaburzenia i Policja czy inne organy, które dokonują tych zatrzymań, doskonale o tym wiedzą. Z praktyki znam przykłady zatrzymania, gdy funkcjonariusze wiedzieli o tym, że ta osoba była kilkakrotnie konsultowana psychicznie. Pomimo tej wiedzy nie podjęto żadnych działań, w kierunku tego, aby zapewnić dostęp do lekarza czy obrońcy. Osoba ta została przewieziona natychmiast na czynności, gdzie złożyła obciążające ją wyjaśnienia, które następnie uruchomiły postępowanie karne.

**K. Łaskiewicz:** Co do idei, to akcja zatrzymania ma się odbyć tak, aby osoby postronne nie ucierpiały, żeby osoba, która ma być zatrzymana nie zrobiła sobie krzywdy. Z perspektywy policyjnej, jeżeli jakaś osoba cierpi na zaburzenia, lecz się, to jeszcze nie oznacza, że za czyn, którego się dopuściła, nie odpowie na drodze karnej. Jeżeli się okaże, że w trakcie tego zatrzymania, czy już potem w dalszych czynnościach procesowych, okaże się że ta osoba do czynu do którego była zatrzymana, jest niepoczytalna, to jest już inna sytuacja, sąd o tym zdecyduje.

**Piotr Sobota** – Naczelnik Wydziału do Spraw Postępowania Organów Ścigania w Zespole Praw Karnego w Biurze RPO: Chcę opowiedzieć o sprawie, z którą mam problem i nie dotyczy może samego zatrzymania przez policjantów osoby z zaburzeniami psychiatrycznymi. Chodzi o kontakt Policji z osobą, u której stwierdzono chorobę psychiczną. Rzecz się dzieła na północy Polski. Pan był oskarżony, przeciwko niemu toczyło się postępowanie przed sądem okręgowym, który zlecił doprowadzenie go na jednorazowe badania psychiatryczne. Sąd miał pełną świadomość, że ten Pan jest chory, ze stwierdzoną schizofrenią paranoidalną i miał pełną świadomość, że najłatwiej go zastać w oddziale dziennym szpitala psychiatrycznego, skąd zarządził doprowadzenie do innego szpitala, gdzie miały być przeprowadzone badania. Taka dyspozycja została skierowana do Policji i do ordynatora tego oddziału dziennego, razem z poleceniem sądu, żeby na czas doprowadzenia oddział dzienny zapewnił towarzystwo pielęgniarki temu człowiekowi, który nie bardzo się nadawał, żeby samodzielnie się poruszać. Odległość między tym szpitalem, gdzie przebywał na oddziale dziennym, a tym drugim szpitalem, gdzie miało być przeprowadzone badanie to było 100-150 km. Policjanci przyjechali do oddziału dziennego, zastali Pana, kierownik oddziału dziennego przekazał im informację o poleceniu sądu, żeby zapewnić eskortę pielęgniarki, ale policjanci po konsultacji z dyżurnym stwierdzili, że nie mogą tego pielęgniarkę zabrać ponieważ oni nie dostali takiej dyspozycji. Funkcjonariusze zawieźli pacjenta (tego pana oskarżonego) na badania przez lekarza zewnętrznego, który miał ocenić, czy może być transportowany – nie było z tym problemu. Pan został przewieziony 150 km do jednostki, gdzie

były prowadzone badania i tam zostawiony przez policjantów. Po badaniach, które długo nie trwały, został zwolniony przez lekarzy. Okazało się, że on nie wie, gdzie jest, nie ma pieniędzy na powrót do domu, nie ma swoich leków, które bierze. Chociaż jak później policjanci twierdzili, zapewniał ich, że on to wszystko ma. To był luty 2016 r. i była temperatura poniżej zera. Tylko szczęśliwemu zbiegowi okoliczności trzeba zawdzięczać to, że nic mu się nie stało przez dwa dni błąkania się, gdzieś w nieznanym mu miejscach, jacyś dobrzy ludzie pomogli mu w dotarciu do domu.

Jak dla mnie to była taka sytuacja, kiedy policjanci mieli pełne informacje na temat stanu tego człowieka. Nie wiem dlaczego nie skontaktowali się z sądem zlecającym transport, w momencie, gdy powzięli wątpliwość co do tego, jak transport powinien przebiegać. A tym bardziej nie wiem dlaczego, zupełnie bezrefleksyjnie zostawili człowieka w placówce badawczej, nie zapewniając mu żadnej dalszej pomocy. Tutaj mi brakowało, co najmniej kontaktu funkcjonariuszy z organem zlecającym co do tego, jak naprawdę to doprowadzenie powinno wyglądać, jeżeli mieli wątpliwość, co powinni zrobić. Ta sprawa jest obecnie badana, czekamy na odpowiedź od Komendanta Głównego Policji.

**K. Łaszkiwicz:** Wywołany do odpowiedzi, na tym etapie mogę powiedzieć, tutaj zabrakło zdrowego rozsądku. Za każdym przypadkiem kryje się człowiek. My próbujemy i w rekrutacji i w takim codziennym szkoleniu i w działaniach policjantów włączać myślenie, refleksyjność, ale na to jest przepis. Mamy zarządzenie Komendanta Głównego z 2003 r. które się nazywa zasady etyki zawodowej. To są pierwsze zawodowe zasady, normy etyczne w Policji, które potem stały się wzorcem, szablonem dla innych służb. Jeżeli jest tam napisane wyraźnie, empatia, indywidualne potrzeby, a za ich złamanie grozi odpowiedzialność dyscyplinarna, czasami nawet karna, gdy to się zbiegnie z naruszeniem norm kodeksu karnego czy też kodeksu wykroczeń. W moim przekonaniu, gdybym miał, tak pobieżnie ocenić ten przypadek (niech Komendant Główny swoimi siłami kontrolnymi jeszcze to wyjaśni), to w moim przekonaniu zabrakło empatii. Ja sobie nie wyobrażam sytuacji, w której kończy się interwencja policyjna i człowiek został sam. Nie obwiniam nikogo w tym momencie, bo nie znam szczegółów, ale to jest niedopuszczalne. Normy etyki zawodowej są tak skonstruowane, że w tej sytuacji, w której człowiek zostaje absolutnie sam, bez żadnego wsparcia, stanowi to naruszenie norm etyki zawodowej. Nie na wszystko da się stworzyć procedurę. W tej sytuacji policjant powinien tak naprawdę co najmniej wykonać telefon, postarać się skontaktować z rodziną, zrobić coś, żeby ta osoba była zaopiekowana.

**Prof. M. Załuska:** Jeżeli było postanowienie sądu, że ma jechać w obecności sanitariusza, to rozumiem, że postanowienia sądu się po prostu wykonuje. Czy policjant, jest zwolniony z wykonania polecenia sądu? Drugie pytanie jest do nas, psychiatrów. Bo za pacjenta oddziału dziennego odpowiada oddział dzienny, ten kto wypuszcza go w godzinach funkcjonowania tego oddziału poza od-



dział, z Policją. Nie wiem, czy to postanowienie sądu było pokazane kierownikowi oddziału i czy kierownik oddziału był świadom, że pacjent opuszcza ten oddział bez sanitariusza – wbrew postanowieniu sądu? Wywieść kogoś niepełnosprawnego 150 km i zostawić w drugim mieście to jest rzeczywiście postępowanie haniebne. Jest pytanie, kto w którym momencie za co odpowiadał.

**P. Sobota:** W tym konkretnym przypadku, w nakazie doprowadzenia nie było informacji o pielęgniarzu. Poszło takie pismo do kierownika oddziału dziennego. Kierownik oddziału dziennego wiedział, że ma zapewnić pielęgniarza i go zapewnił, natomiast policjanci nie mieli takiej dyspozycji i w związku z tym go nie wzięli. Natomiast jeżeli chodzi o sam moment badań, to policjanci go dowieźli i zastawili.

**Dr M. Mazur** – Zastępca Dyrektora Zespołu do spraw Wykonywania Kar w Biurze RPO: Jeżeli mówimy o standardach międzynarodowych wobec zatrzymanych, to mówimy o dostępie do lekarza, do prawnika. Jeśli chodzi o ten pierwszy dostęp, to Policja przedstawiła szereg informacji o zatrzymanych, kiedy pacjent czy zatrzymany jest agresywny. Ale są też takie sytuacje, kiedy zatrzymani nie są agresywni, a są wycofani. Jako dobrą monetę mogę potraktować wypowiedź Pana Pełnomocnika Krzysztofa Łaszkiewicza, że wrócimy do tematu – chociaż to też zależy od MSW – badań wszystkich zatrzymanych, bo to chyba też w jakiś sposób mogłoby tutaj pomóc. Potrzebny jest rozbudowany algorytm badania zatrzymanych pod względem fizycznym, ale być może też psychicznym.

Co do obecności adwokata, to chcę powiedzieć o działaniach RPO, który występował do Ministra Sprawiedliwości odnośnie prawa zatrzymanego do pełnomocnika (nie mówimy o obrońcy, bo ta osoba ma status zatrzymanego). Minister odpowiedział, że *de facto* zatrzymany może się zwrócić do sądu rejonowego o przydzielenie pełnomocnika w trybie art. 78 k.p.k. Wszyscy wiemy, że zatrzymanie rządzi się swoimi terminami i zanim sąd przyznałby pełnomocnika (przy założeniu, że decyzja byłaby pozytywna), mogłoby to być działanie bardzo spóźnione. W tej sprawie jest jeszcze dużo do zrobienia, a ten aspekt dostępu osób zatrzymanych do pełnomocnika profesjonalnego jest istotny w kontekście tego, że chodzi o standardy postępowania z osobami szczególnie narażonymi na niewłaściwe traktowanie.

Kolejna kwestia – osoba z chorobą psychiczną umieszczona w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody. Wiemy, że jest określona procedura, że ta osoba ma być wysłuchana przez sędziego, później jest posiedzenie sądu w przedmiocie umieszczenia osoby w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody, itd. Rzecznik Praw Obywatelskich od kilku lat postuluje, żeby taka osoba, ze względu na swoją dysfunkcję, a przynajmniej jej podejrzenie, miała obronę obowiązkową. Ta sprawa jest nadal w toku, ale to też jest istotny aspekt dostępu do pełnomocnika profesjonalnego.

**Adw. P. Osik:** Został znowelizowany art. 245 § 2 k.p.k., który nakazuje odpowiednio stosować przepisy dotyczące dyżurów adwokackich w postępowaniu przyspieszonym, również do osób zatrzymanych i w ten sposób umożliwić im kontakt z adwokatem. Moja praktyka jest taka, że nigdy się nie spotkałem, żeby ktoś z nich został wezwany w trybie tego dyżuru w postępowaniu przyspieszonym do kontaktu z osobą zatrzymaną. Czy po stronie Policji są wdrożone jakieś procedury? Generalnie taki adwokat pozostający na dyżurze jest do dyspozycji sądu. Rozumiem, że Policja musiałaby się zwrócić do sądu właściwego, żeby ten wskazał adwokata dyżurującego i dopiero się wtedy kontaktować z tym adwokatem, nie wiem czy bezpośrednio czy przez sąd? Jaka praktyka jest w tym zakresie wypracowana przez Państwa?

**K. Łaszkiwicz:** W praktyce ma być lista adwokatów dostępna, bez sugestii kto. Czasami bowiem pojawiają się pytania od zatrzymanych do policjantów: którego by pan polecił?

**Adw. dr K. Kita-Wałęka:** Taka praktyka jest, takie listy są sporządzane, każdy adwokat ma przypisany dzień, chyba że niektórzy adwokaci w większych izbach wykreślają się celowo. Natomiast pozostałym adwokatom są rozsyłane listy. Najczęstsza praktyka w radach (krakowskiej, świętokrzyskiej, bydgoskiej) jest taka, że adwokaci mają przez 1 tydzień czy przez 2 tygodnie dyżur.

Co do procedury i kwestii realnych zachowań – ETPC jasno się wypowiedział w sprawie *Witek przeciwko Polsce* i w innych orzeczeniach, że bada przede wszystkim przesłanki zatrzymania i pozbawienia wolności z art. 5 EKPC, zwłaszcza w odniesieniu do litery e tego przepisu konwencji, czyli pozbawienia wolności osób psychicznie chorych, ale też innych aresztowanych, w odniesieniu do procedur i prawa stosowanego przez państwo. Więc jeżeli my nie będziemy rozszerzać tych procedur i pewnych rzeczy także zauważać, to Trybunał będzie miał trudności z badaniem, jakie faktycznie nastąpiły przesłanki zatrzymania (prawidłowe czy nie) i będzie musiał opierać się na art. 3 EKPC, a nie na art. 5 EKPC.

**K. Olkowicz, Zastępca RPO:** Szanowni Państwo, ta ciekawa, żywa, interesująca i wielowątkowa dyskusja pokazuje jak ważną jest problematyka zatrzymywania przez Policję osób, które przejawiają pewne dysfunkcje psychiczne, jak potrzebna jest dzisiaj pewna optymalizacja procedur w tym zakresie, jak potrzebne są standardy postępowania przez wszystkie instytucje. Nie jest tak, że działamy każdy w swoim zakresie, tylko mamy pewne zbiory wspólne i te działania powinny być wystandaryzowane. Pytanie, czy to ma dotyczyć badań lekarskich? Z całą pewnością. Powstaje problem standardu tych badań lekarskich. To tutaj [w BRPO] wiele miejsca poświęciliśmy Protokołowi Stambulskiemu. Właściwie on jest dzisiaj odpowiedzią na to, jak powinno wyglądać orzeczenie lekarskie, gdzie lekarz bada osobę zatrzymaną. Proponowaliśmy, aby Protokół Stambulski wszedł do szkolenia lekarzy.



Bardzo trafny jest apel o staranne opinie sądowo-psychiatryczne. Znam takie opinie gdzie, w czterech z nich znalazł się zapis o „gimnazjalnym wykształceniu”, bo zatrzymany na pytanie o wykształcenie odpowiedział gimnazjum. Później dopiero okazało się, że w opisie umiejętności ten zatrzymany miał napisane, że potrafi ciąć nożyczkami po kresce i kolorować wewnątrz konturów. Skutek tego był taki, że trafił do zakładu karnego, przeżył koszmar on osobiście, i zakład karny też.





## Noty biograficzne autorów poszczególnych rozdziałów monografii

**Ewelina Brzostymowska** – prawnik, legislator, od 2009 r. pracownik Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

**Ewa Dawidziuk** – doktor nauk prawnych, dyrektor Zespołu do spraw Wykonywania Kar w Biurze RPO. Z ramienia Biura RPO koordynator Zespołu Ekspertów do spraw Alimentów. Pracownik Biura Rzecznika Praw Obywatelskich od 2007 r.

**Janusz Heitzman** – Dr hab. n. med., profesor nadzw. IPiN, jest dyrektorem Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i Kierownikiem Kliniki Psychiatrii Sądowej.

**Klaudia Kamińska** – absolwentka prawa na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, absolwentka studiów pierwszego stopnia na kierunku politologia na Wydziale Dziennikarstwa i Nauk Politycznych Uniwersytetu Warszawskiego, od 2016 r. pracownik Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

**Małgorzata Kiryluk** – absolwentka Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego, problematyką prawa karnego wykonawczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich zajmuje się od 1993 r.

**Zbigniew Kuźma** – prawnik, od 1998 roku pracownik Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

**Marcin Mazur** – doktor nauk prawnych, radca prawny, Zastępca Dyrektora Zespołu do spraw Wykonywania Kar w Biurze RPO, pracownik Biura Rzecznika Praw Obywatelskich od 2004 r.

**Jolanta Nowakowska** – absolwentka Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego, problematyką prawa karnego wykonawczego zajmuje się od 1990, od 2009 r. pracownik Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

**Krzysztof Olkowicz** – obecnie Główny Koordynator do spraw Ochrony Zdrowia Psychicznego w Biurze RPO, w latach 2015-2017 Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich, wieloletni Dyrektor Okręgowy Służby Więziennej w Koszalinie.

**Tomasz Rozwadowski** – prawnik, od 2014 r. pracownik Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.



## **Załącznik nr 1**

### **Wykaz aktów prawnych i innych dokumentów powołanych w monografii:**

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 16 lipca 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.
2. Konwencja ONZ z dnia 13 grudnia 2006 r., o prawach osób niepełnosprawnych, Dz.U. z 2012 r., poz. 1169.
3. Protokół fakultatywny do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych przyjęty podczas 61 sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 (Rezolucja 61/106) – nie został ratyfikowany przez Polskę.
4. Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, Dz. U. z 2016 r. poz. 1782 ze zm.
5. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U. z 2017 r. poz. 882.
6. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz. U. z 2016 r. poz. 1137 ze zm.
7. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz. U. z 2016 r. poz. 1749 ze zm.
8. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy, Dz. U. z 2017 r. poz. 665 ze zm.
9. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych, Dz. U. Nr 29, poz. 369.
10. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 11 czerwca 2003 r. w sprawie regulaminu czynności w zakresie przeprowadzania wywiadu środowiskowego oraz wzoru kwestionariusza tego wywiadu, Dz. U. Nr 108, poz. 1018.
11. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, Dz. U. z 2013 r. poz. 1067.
12. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 11 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu informacji dotyczących osoby skazanego, przesyłanych przez sąd dyrektorowi zakładu karnego lub aresztu śledczego, Dz. U. Nr 181, poz. 1333.
13. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności, Dz. U. poz. 738 ze zm.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania, Dz. U. poz. 740.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie za-

- jęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych, Dz. U. poz. 522.
16. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 16 czerwca 2015 r. w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów, Dz. U. z 2016 r. poz. 1733.
  17. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawienie wolności oraz dokumentowania tych czynności, Dz. U. poz. 927 ze zm.
  18. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 listopada 2016 r. w sprawie sposobu i trybu prowadzenia nauczania w zakładach karnych i aresztach śledczych, Dz. U. poz. 2004.
  19. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności, Dz. U. poz. 2231.
  20. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania tymczasowego aresztowania, Dz. U. poz. 2290.
  21. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, M.P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475.
  22. 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.
  23. Wytyczne Nr 1 Komendanta Głównego Policji z dnia 23 lipca 2015 r. w sprawie wykonywania niektórych czynności dochodzeniowo-śledczych przez policjantów, Dz. Urz. KGP z 2015 r. poz. 59.

## Załącznik nr 2

### Wykaz wyroków ETPC powołanych w monografii

1. Wyrok ETPC z 11 maja 2004 r. w sprawie Brand przeciwko Holandii, skarga nr 49902/99 (wyrok ostateczny z dniem 10 listopada 2004 r.).
2. Wyrok ETPC z 18 grudnia 2007 r. w sprawie Dybeku przeciwko Albanii, skarga nr 41153/06 (wyrok ostateczny z dniem 2 czerwca 2008 r.).
3. Wyrok ETPC z 23 lutego 2012 r. w sprawie G. przeciwko Francji, skarga nr 27244/09 (wyrok ostateczny z dniem 23 maja 2012 r.).
4. Wyrok ETPC z 8 listopada 2005 r. w sprawie Gorshkov przeciwko Ukrainie, skarga nr 67531/01 (wyrok ostateczny z dnia 8 lutego 2006 r.).
5. Wyrok ETPC z 1 czerwca 2010 r. w sprawie Jasińska przeciwko Polsce, skarga nr 28326/05 (wyrok ostateczny z dniem 1 września 2010 r.).
6. Wyrok ETPC z 3 kwietnia 2001 r. w sprawie Keenan przeciwko Wielkiej Brytanii, skarga nr 27229/95.
7. Wyrok ETPC z 6 września 2007 r. w sprawie Kucheruk przeciwko Ukrainie, skarga nr 2570/04 (wyrok ostateczny z dniem 6 grudnia 2007 r.).
8. Wyrok ETPC z 26 października 2000 r. w sprawie Kudła przeciwko Polsce, skarga nr 30210/96.
9. Wyrok ETPC z 8 czerwca 2010 r. w sprawie Kumenda przeciwko Polsce, skarga nr 2369/09 (wyrok ostateczny z dniem 8 września 2010 r.).
10. Sprawa M.B. przeciwko Polsce, zakomunikowana w dniu 12 maja 2017 r.
11. Wyrok ETPC z 3 maja 2012 r. w sprawie M.S. przeciwko Wielkiej Brytanii, skarga nr 24527/08 (wyrok ostateczny z dniem 3 sierpnia 2012 r.).
12. Wyrok ETPC z 6 listopada 2007 r. w sprawie Mocarska przeciwko Polsce, skarga nr 26917/05 (wyrok ostateczny z dniem 6 lutego 2008 r.).
13. Decyzja ETPC z dnia 6 grudnia 2016 r. w sprawie M.P. przeciwko Polsce, skarga nr 20416/13.
14. Wyrok ETPC z 5 kwietnia 2011 r. w sprawie Nelissen przeciwko Holandii, skarga nr 6051/07 (wyrok ostateczny z dniem 5 lipca 2011 r.).
15. Wyrok ETPC z 12 lutego 2008 r. w sprawie Pankiewicz przeciwko Polsce, skarga nr 34151/04 (wyrok ostateczny z dniem 12 maja 2008 r.).
16. Wyrok ETPC z 16 października 2008 r. w sprawie Renolde przeciwko Francji, skarga nr 5608/05 (wyrok ostateczny z dniem 16 stycznia 2009 r.).
17. Wyrok ETPC z 11 lipca 2006 r. w sprawie Rivière przeciwko Francji, skarga nr 33834/03 (wyrok ostateczny z dniem 11 października 2006 r.).
18. Wyrok ETPC z 20 października 2005 r. w sprawie Romanov przeciwko Rosji, skarga nr 63993/00 (wyrok ostateczny z dniem 20 stycznia 2006 r.).
19. Wyrok ETPC z 18 lipca 2017 r. w sprawie Rooman przeciwko Belgii, skarga nr 18052/11.



20. Wyrok ETPC z 8 listopada 2012 r. w sprawie Z.H. przeciwko Węgrom, skarga nr 28973/11 (wyrok ostateczny z dniem 8 lutego 2013 r.).
21. Decyzja ETPC z dnia 10 lutego 2015 r. w sprawie Łukasz Zawadzki przeciwko Polsce, skarga nr 50868/12.

### Załącznik nr 3

#### **Wykaz rekomendacji i umów międzynarodowych dotyczących niepełnosprawnych intelektualnie lub psychicznie (kolejność datami – od najstarszych)**

1. Deklaracja praw osób umysłowo upośledzonych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 20 grudnia 1971 r., Rezolucja 2856 (XXVI) [Resolution adopted by the General Assembly 2856 (XXVI). Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons; A/RES/26/2856].
2. Deklaracja praw osób niepełnosprawnych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 9 grudnia 1975 r., Rezolucja 3447 (XXX). [Resolution adopted by the General Assembly 3447 (XXX). Declaration on the Rights of Disabled Persons; A/RES/30/3447].
3. Europejskie reguły więzienne (Zalecenie nr R(87) 3 dla państw członkowskich Rady Europy przyjęte przez jej Komitet Ministrów dnia 12 lutego 1987 r. podczas 404 posiedzenia Delegatów Ministrów).
4. Zasady ochrony osób z chorobą psychiczną i poprawy opieki chorych psychicznie, przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 17 grudnia 1991 r., Rezolucja 46/119 [The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care; A/RES/46/119].
5. Rekomendacja 1235 (1994) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy o Psychiatrii i Prawach Człowieka, przyjęta 12 kwietnia 1994 r.
6. Rekomendacje Komitetu Ministrów dla państw członkowskich, mianowicie Zalecenie Komitetu Ministrów Rady Europy nr R (98) 7 dotyczące aspektów etycznych i organizacyjnych opieki zdrowotnej w więzieniach [Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison].
7. Rekomendacja Rec (2006) 2 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich Rady Europy Europejskie Reguły Więzienne (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 11 stycznia 2006 r. na 952. posiedzeniu delegatów.
8. Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz. U. z 2012 r. poz. 1169.
9. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2, Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284.
10. Zalecenie Komisji Europejskiej z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie gwarancji procesowych dla osób wymagających szczególnego traktowania podejrzanych lub oskarżonych w postępowaniu karnym (2013/C 378/02).
11. Protokół Stambulski - Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, wydany przez ONZ w 2004 r.



12. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/48/UE z dnia 22 października 2013 r. w sprawie prawa dostępu do adwokata w postępowaniu karnym i w postępowaniu dotyczącym europejskiego nakazu aresztowania oraz w sprawie prawa do poinformowania osoby trzeciej o pozbawieniu wolności i prawa do porozumiewania się z osobami trzecimi i organami konsularnymi w czasie pozbawienia wolności.
13. Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli), Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 17 grudnia 2015 r. [United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules); A/RES/70/175].



## Załącznik Nr 4

### **Wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną**

1. Wystąpienie RPO do Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 sierpnia 2015 r. w sprawie pozawięziennych podmiotów leczniczych w których można wykonywać tymczasowe aresztowanie, IX.517.411.2015.
2. Wystąpienie RPO do Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 grudnia 2015 r. w sprawie podjęcia inicjatywy prawodawczej w celu uzupełnienia wykazu podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania o podmioty lecznicze znajdujące się poza systemem więziennictwa, IX.517.411.2015.
3. Wystąpienie RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 21 grudnia 2015 r. w sprawie poprawy sytuacji osób pozbawionych wolności z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną w związku z wynikami wizytacji czterech ośrodków diagnostycznych, IX.517.2.2015.
4. Wystąpienie RPO do Komendanta Głównego Policji z dnia 11 stycznia 2016 r. w sprawie ochrony praw osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, zatrzymanych przez Policję oraz rozważenie opracowania wytycznych w zakresie dokumentowania oraz przekazywania informacji i spostrzeżeń dotyczących stanu psychicznego bądź intelektualnego zatrzymanego przez funkcjonariuszy Policji, IX.517.2.2015.
5. Wystąpienie RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 19 lutego 2016 r. w sprawie szkoleń dla funkcjonariuszy Służby Więziennej w zakresie postępowania z osadzonymi niepełnosprawnymi psychicznie lub intelektualnie, IX.517.2.2015.
6. Wystąpienie RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 10 marca 2016 r. z prośbą o opinię na temat rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości, które nakazuje przyjęcie do jednostki penitencjarnej osób w stanie bezpośredniego zagrożenia życia oraz przedstawienie stanu wdrożenia i realizacji projektu „Promocja zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym wśród osadzonych w aresztach śledczych i zakładach karnych 2011-2015”, IX.517.2.2015.
7. Wystąpienie RPO do Prokuratora Krajowego z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie osób niepełnosprawnych intelektualnie lub psychicznie, których zasadność pobytu w warunkach izolacji penitencjarnej budzi wątpliwości, IX.517.2.2015.
8. Wystąpienie RPO do Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie wprowadzenia obowiązku odnotowywania przez funkcjonariuszy Policji czy osoba zatrzymana przejawia zachowania wskazujące na niepełnosprawność intelektualną lub psychiczną, IX.517.2.2015.

9. Wystąpienie RPO do Ministra Sprawiedliwości Prokuratora Generalnego z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie potrzeby zmiany rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości, które nakazuje przyjęcie do jednostki osób w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, IX.517.2.2015.
10. Wystąpienie RPO do Przewodniczącego Krajowej Rady Kuratorów z dnia 19 października 2016 r. w sprawie wzmocnienia ochrony praw osób niepełnosprawnych intelektualnie lub psychicznie, będących uczestnikami postępowania karnego, m.in. poprzez poszerzenie zakresu szkolenia kuratorów o problematykę dotyczącą osób z niepełnosprawnością, IX.517.2.2015.
11. Wystąpienie RPO do Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 2 grudnia 2016 r. w sprawie podjęcia działań, mających na celu spowodowanie, iż Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, na których terytorialnym obszarze działania znajdują się jednostki penitencjarne ze szpitalami psychiatrycznymi, obejmą swoim działaniem pacjentów tych szpitali, IX.517.3524.2016.
12. Wystąpienie RPO do Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie uzupełnienia wykazu podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania o podmioty lecznicze znajdujące się poza systemem więziennictwa, IX.517.411.2015.
13. Wystąpienie RPO do Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2016 r. w sprawie podjęcia inicjatywy ustawodawczej i stworzenia podstaw prawnych dla umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym o odpowiednim stopniu zabezpieczenia osób, którym sąd penitencjarny udzielił obligatoryjnej przerwy w karze z powodu choroby psychicznej, IX.517.570.2016.
14. Wystąpienie RPO do Ministra Sprawiedliwości Prokuratora Generalnego z dnia 29 grudnia 2016 r. w indywidualnej sprawie, w której osobie chorej na schizofrenię paranoidalną, sąd odmówił udzielenia przerwy w karze, celem umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym poza więzienną służbą zdrowia, IX.517.570.2016.
15. Wystąpienie RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 29 grudnia 2016 r. z prośbą o przedstawienie stanowiska odnośnie skazanego chorego na schizofrenię paranoidalną, któremu odmówiono udzielenia przerwy w karze i braku aktywnej postawy dyrektora jednostki penitencjarnej w kontekście składania wniosków o udzielenie obligatoryjnej przerwy w karze, IX.517.570.2016.
16. Wystąpienie RPO do Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2017 r. w sprawie podjęcia inicjatywy ustawodawczej, celem uregulowania w akcie o ran-dze ustawy kwestii podstaw prawnych do uczestniczenia przez funkcyj-nariuszy Służby Więziennej w wykonywaniu przymusu bezpośredniego, IX.517.3524.2016.
17. Wystąpienie RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 17 stycznia 2017 r. w sprawie nadużywania przymusu bezpośrednie-



go na podstawie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, IX.517.3524.2016.

18. Wystąpienie RPO do Ministra Sprawiedliwości Prokuratora Generalnego z dnia 25 stycznia 2017 r. w sprawie trudności, jakie napotykają osoby zatrzymane, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, chcąc skorzystać z prawa do profesjonalnej pomocy prawnej, II.5150.9.2014.
19. Wystąpienie RPO do Pełnomocnika Komendanta Głównego Policji ds. Ochrony Praw Człowieka z dnia 25 stycznia 2017 r. w sprawie poinformowania Rzecznika o podjętych działaniach w przedmiocie nowelizacji wytycznych KGP oraz podjęcia działań, w tym szkoleń dla funkcjonariuszy Policji mających na celu uwydatnienie znaczenia informowania zatrzymanych o ich prawach, II.5150.9.2014.
20. Wystąpienie RPO do Ministra Sprawiedliwości Prokuratora Generalnego z dnia 6 marca 2017 r. w sprawie poszanowania w procesie karnym praw osób dotkniętych dysfunkcjami natury psychicznej lub intelektualnej, IX.517.2.2015.
21. Wystąpienie RPO do Dyrektora Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury z dnia 7 marca 2017 r. w sprawie wdrożenia do zakresu szkolenia kadry sądowniczej i prokuratorskiej problematyki dotyczącej osób wymagających szczególnego traktowania w postępowaniu karnym, IX.517.2.2015.
22. Wystąpienie RPO do Ministra Sprawiedliwości Prokuratora Generalnego oraz do Ministra Zdrowia z dnia 6 lipca 2017 r. w sprawie powołania wspólnego zespołu roboczego resortu zdrowia i sprawiedliwości, celem stworzenia podstaw prawnych i instytucjonalnych, umożliwiających właściwe postępowanie z osobami, u których choroba psychiczna ujawniła się w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności, IX.517.570.2016.
23. Wystąpienie RPO do Ministra Sprawiedliwości Prokuratora Generalnego z dnia 12 października 2017 r. w sprawie osób tymczasowo aresztowanych z niepełnosprawnością psychiczną i problemów systemowych, które potwierdza indywidualny przypadek chorego na schizofrenię młodego człowieka, który jako tymczasowo aresztowany przebywa w szpitalu psychiatrycznym przywięziennym, IX.517.1564.2017.



## **Załącznik nr 5**

### **Przykłady kasacji RPO oraz wyroków Sądu Najwyższego**

**RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH** Warszawa, dnia 18 listopada 2016 r.

**II.510.611.2016.ASK**

**Sąd Najwyższy**  
**Izba Karna**  
**Plac Krasieńskich 2/4/6**  
**00 – 951 Warszawa**

#### **Kasacja** **Rzecznika Praw Obywatelskich**

od prawomocnego wzroku zaocznego Sądu Rejonowego w R. z dnia 26 kwietnia 2013 r., wydanego w sprawie o sygn. akt (...).

Na podstawie art. 521 § 1 k.p.k.

#### **zaskarżam**

powyższe orzeczenie w całości na korzyść skazanego M. K.

Działając na podstawie art. 523 § 1 k.p.k. i art. 452 § 2 k.p.k. w zw. z art. 518 k.p.k. wyrokowi temu

#### **zarzucam**

rażące i mające istotny wpływ na jego treść naruszenie przepisów prawa procesowego, to jest art. 366 § 1 k.p.k. (w brzmieniu obowiązującym w dacie orzekania), polegające na zaniechaniu wyjaśnienia wszystkich istotnych okoliczności, dotyczących stanu zdrowia psychicznego, niedorozwoju umysłowego lub innych zaburzeń psychicznych oskarżonego, w sytuacji, gdy ze zgromadzonego w aktach sprawy materiału dowodowego wynika, że był on już uprzednio skazany z zastosowaniem art. 31 § 2 k.k., w wyniku czego doszło do rażącego naruszenia prawa do obrony, wynikającego z art. 42 ust. 2 Konstytucji RP, skonkretyzowanego w art. 6 k.p.k.

#### **i wnoszę o**

1) dopuszczenie dowodu z dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy Sądu Rejonowego w L., sygn. akt (...), w postaci opinii sądowo – psychiatrycznej z dnia 27 września 2007 r. oraz wyroku z dnia 5 listopada 2007 r., oraz w aktach sprawy Sądu Rejonowego w K. w siedzibą w L., (...), w postaci opinii sądowo – psychiatrycznej z dnia 15 lipca 2013 r. oraz wyroku z dnia 9 grudnia 2013 r. na okoliczność występowania u oskarżonego organicznych zaburzeń osobowości,



zespołu uzależnienia od alkoholu oraz ograniczenia w stopniu znacznym zdolności rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem;

2) uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Rejonowemu w R. do ponownego rozpoznania.

### **Uzasadnienie**

Sąd Rejonowy w R. wyrokiem zaocznym z dnia 26 kwietnia 2013 r. uznał M. K. za winnego tego, że w dniu 29 listopada 2012 r. w miejscowości S. po uprzednim wybiciu szyby w pomieszczeniu po byłej stolarni dostał się do wnętrza budynku, skąd zabrał w celu przywłaszczenia różnego rodzaju elementy metalowe służące obróbce drewna, powodując stratę o łącznej wartości 500 zł na szkodę W. S., tj. przestępstwa z art. 279 § 1 k.k. Za ten czyn, na podstawie art. 279 § 1 k.k., Sąd wymierzył karę jednego roku pozbawienia wolności. Działając na podstawie art. 63 § 1 k.k. na poczet orzeczonej wobec oskarżonego kary Sąd Rejonowy zaliczył okres rzeczywistego pozbawienia wolności w sprawie. Zwolniono również oskarżonego od ponoszenia kosztów sądowych obciążając nimi Skarb Państwa (k. 57).

Wobec niezaskarżenia rozstrzygnięcia, orzeczenie uprawomocniło się z dniem 25 maja 2013 r. (k. 60). Pisemne uzasadnienie wyroku nie zostało sporządzone.

Przedmiotowy wyrok został wydany z rażącym naruszeniem prawa procesowego wskazanym w petitum kasacji, co miało istotny wpływ na jego treść.

Mianowicie, w toku postępowania przygotowawczego przesłuchiwany M. K. wskazywał, że jest osobą zdrową (protokół k. 2v, 16v). Akt oskarżenia nie zawierał również informacji odnośnie zdrowia psychicznego oskarżonego (k. 49).

W niniejszej sprawie zachodziły jednak przesłanki do powzięcia uzasadnionej wątpliwości co do stanu zdrowia oskarżonego, w tym jego poczytalności. Uszło uwadze Sądu, że w materiale dowodowym zgromadzonym w aktach sprawy znajdują się informacje o dotychczasowej karalności M. K., z których wprost wynika, że był on już karany z zastosowaniem art. 31 § 2 k.k. w sprawie prowadzonej przez Sąd Rejonowy w L. sygn. akt (...) (informacja o osobie z Krajowego Rejestru Karnego z dnia 8 stycznia 2013 r., k. 29).

Zgodnie z treścią art. 366 § 1 k.p.k. (w brzmieniu obowiązującym w dniu orzekania w niniejszej sprawie) powyższy stan obligował przewodniczącego do wyjaśnienia istotnych okoliczności sprawy. Rolą przewodniczącego jest także prowadzenie postępowania karnego, by podstawę wszelkich rozstrzygnięć stanowiły prawdziwe ustalenia faktyczne (art. 2 § 2 k.p.k.). Okolicznością o takim charakterze jest niewątpliwie stan zdrowia psychicznego oskarżonego, tj. wystąpienie choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub innego zaburzenia psychicznego.

Materiał dowodowy zgromadzony w aktach sprawy powinien wzbudzić w Sądzie wątpliwości co do ewentualnego stanu zdrowia oskarżonego i jego możliwości rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem. Kierując się dyrektywą z art. 366 § 1 k.p.k. skład orzekający przede wszystkim zobligowany był dążyć do wyjaśnienia i ustalenia, czy wątpliwości te mają charakter uzasadniony również w niniejszym postępowaniu. Powinien tę okoliczność wyjaśnić tym bardziej, gdy oskarżony mimo prawidłowego wezwania nie stawił się na termin rozprawy, nie usprawiedliwił swojej nieobecności oraz nie wniósł o odroczenie rozprawy. W tym stanie rzeczy, nie przesądzając jakie powinno zapaść rozstrzygnięcie co do meritum postępowania, kwestie odnoszące się do stanu poczytalności oskarżonego wymagały dowodowego, dogłębnego wyjaśnienia – chociażby poprzez dążenie składu orzekającego do osobistego kontaktu z oskarżonym. Oczywiście bezdyskusyjnym jest, że ustalenie stanu poczytalności ograniczonej w stopniu znacznym w postępowaniu toczącym się co do konkretnego czynu nie jest podstawą do obligatoryjnego i automatycznego ustalania stanu poczytalności niemalże a priori w niezależnie prowadzonym postępowaniu, którego przedmiotem jest zupełnie inne zachowanie oskarżonego. Sąd jednak pomijając informację wynikającą z danych przekazanych przez Krajowy Rejestr Karny pozbawił się możliwości ustalenia czy w ogóle zachodzą uzasadnione wątpliwości co do stanu poczytalności strony i czy w prowadzonym postępowaniu zachodzi dalsza potrzeba pogłębionej analizy stanu zdrowia psychicznego oskarżonego poprzez np. dopuszczenie dowodu z opinii biegłych z zakresu psychiatrii.

Zaniechanie wyjaśnienia przez Sąd stanu zdrowia psychicznego oskarżonego jest uchybieniem, które niewątpliwie mogło mieć wpływ na treść zaskarżonego wyroku (za wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2014 r. sygn. akt IV KK 363/14) i skutkować mogło pozbawieniem oskarżonego konstytucyjnego prawa do obrony. Zasada prawa oskarżonego do obrony jest dyrektywą wynikającą z przepisów Konstytucji RP (art. 42 ust. 2) oraz zobowiązań prawnomiedzynarodowych (art. 14 ust. 3 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, art. 6 ust. 3 lit. c Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności). Konsekwencją było zaniechanie rozważenia ewentualnego ustanowienia obrońcy z urzędu, aby w pełni chronić prawa osób wobec których zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że nie są w stanie w sposób samodzielny oraz racjonalny prowadzić swojej obrony. Okoliczności dotyczące stanu psychicznego, a co za tym idzie ewentualnej poczytalności lub poczytalności ograniczonej w stopniu znacznym oskarżonego miały również bardzo istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia w aspekcie winy oskarżonego. Wskazane więc wyżej rażące naruszenie przepisu procesowego w pełni uzasadnia wzruszenie zapadłego prawomocnego orzeczenia, mając na uwadze rangę tego naruszenia (za wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 2013 r. sygn. akt IV KK 248/12).



Okoliczność występowania u oskarżonego zaburzeń osobowości, zaburzeń zachowania i emocji wraz z upośledzeniem funkcji poznawczych, przebytego urazu głowy i padaczki oraz występowania zespołu uzależnienia od alkoholu, a w konsekwencji

ograniczona w stopniu znacznym zdolność do rozpoznawania znaczenia czynu i kierowania swoim postępowaniem w rozumieniu art. 31 § 2 k.k. potwierdzona została dwukrotnie, tj. w toku spraw prowadzonych przed Sądem Rejonowym w L. sygn. akt (...) oraz Sądem Rejonowym w K. sygn. (...). Wobec powyższego wniosek sformułowany w petitum kasacji, o przeprowadzenie dowodu z dokumentów zgromadzonych w powyższych aktach, w szczególności opinii psychiatrycznych i zapadłych w sprawach wyroków, jest w pełni uzasadniony, gdyż zmierza do potwierdzenia słuszności postawionego w niej zarzutu.

W świetle przedstawionych zarzutów i argumentacji, wniosek o uchylenie oskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu w R. uznać należy za zasadny.



Sygn. akt III KK 451/16

**WYROK**  
**W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 14 grudnia 2016 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Dariusz Świecki (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Józef Szewczyk

SSN Włodzimierz Wróbel

Protokolant Jolanta Włostowska

w sprawie M. K. skazanego z art. 279 § 1 k.k. po rozpoznaniu w Izbie Karnej na posiedzeniu w trybie art. 535 § 5 k.p.k. w dniu 14 grudnia 2016 r., kasacji wniesionej przez Rzecznika Praw Obywatelskich na korzyść skazanego od wyroku zaocznego Sądu Rejonowego w R. z dnia 26 kwietnia 2013 r., sygn. akt (...).

- 1, uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi Rejonowemu w R. do ponownego rozpoznania,**
- 2. wydatkami postępowania kasacyjnego obciąża Skarb Państwa.**

**UZASADNIENIE**

Wyrokiem zaocznym Sądu Rejonowego w R. z dnia 26 kwietnia 2013 r. M. K. został uznany za winnego tego, że w dniu 29 listopada 2012 r., w miejscowości S., po uprzednim wybiciu szyby w pomieszczeniu po byłej stolarni, dostał się do wnętrza budynku, skąd zabrał w celu przywłaszczenia różnego rodzaju elementy metalowe służące do obróbki drewna, powodując straty o łącznej wartości 500 zł na szkodę W. S., tj. przestępstwa z art. 279 § 1 k.k., za co wymierzono mu karę roku pozbawienia wolności, z zaliczeniem na jej poczet okresu rzeczywistego pozbawienia wolności w sprawie, zwalniając oskarżonego od ponoszenia kosztów sądowych. Wyrok ten - wobec jego niezaskarżenia - uprawomocnił się w dniu 25 maja 2013 r., a jego pisemne uzasadnienie nie zostało sporządzone.

Z kasacją od tego orzeczenia, zaskarżając je w całości na korzyść skazanego, wystąpił Rzecznik Praw Obywatelskich. Rozstrzygnięciu temu zarzucił rażące i mające istotny wpływ na jego treść naruszenie przepisów prawa procesowego, to jest art. 366 § 1 k.p.k. (w brzmieniu obowiązującym w dacie orzekania), polegające na zaniechaniu wyjaśnienia wszystkich istotnych okoliczności dotyczących stanu zdrowia psychicznego, niedorozwoju umysłowego lub innych zaburzeń psychicznych oskarżonego, w sytuacji, gdy ze zgromadzonego w aktach sprawy materiału dowodowego wynika, że był on już uprzednio skazany z zastosowaniem art. 31 § 2 k.k., w wyniku czego doszło do rażącego naruszenia



prawa do obrony, wynikającego z art. 42 ust. 2 Konstytucji RP, skonkretyzowanego w art. 6 k.p.k. Wywodząc w ten sposób, skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Rejonowemu w R. do ponownego rozpoznania.

### **Sąd Najwyższy stwierdził, co następuje.**

Wniesiona kasacja jest oczywiście zasadna i w związku z tym podlega uwzględnieniu na posiedzeniu, o jakim mowa w art. 535 § 5 k.p.k. Przedmiotowy wyrok zaoczny zapadł bowiem z rażącym naruszeniem art. 366 § 1 k.p.k. Wprawdzie ze złożonego na etapie postępowania przygotowawczego przez M. K. do protokołu przesłuchania oświadczenia wynikało, że jest on zdrowy, a żadnych informacji w zakresie zdrowia psychicznego oskarżonego nie zawierał akt oskarżenia, to jednak w aktach sprawy były dane o dotychczasowej karalności oskarżonego, z których wynikało wyraźnie, że był on skazany wyrokiem Sądu Rejonowego w L. z dnia 5 listopada 2007 r., w sprawie o sygn. akt (...), za przestępstwo z art. 207 § 1 k.k. z zastosowaniem art. 31 § 2 k.k., a więc w warunkach znacznie ograniczonej poczytalności.

Wprawdzie dane o karalności oskarżonego zostały ujawnione na rozprawie głównej, jednak przywołane wyżej skazanie oskarżonego w warunkach znacznie ograniczonej poczytalności pominął zupełnie Sąd Rejonowy w R. Słusznie wskazuje jednak Rzecznik Praw Obywatelskich, że przepis art. 366 § 1 k.p.k. nakłada na przewodniczącego składu orzekającego obowiązek dbałości, aby zostały wyjaśnione wszystkie istotne okoliczności sprawy, w tym również stan zdrowia psychicznego podsądnego. Powyższe oznacza, że przewodniczący zobligowany był do wyjaśnienia kwestii związanych ze stanem zdrowia psychicznego oskarżonego. Pomimo tego, że Sąd Rejonowy dysponował wskazanymi danymi o karalności M. K., to zawarte w nich informacje nie spowodowały – choć powinny – dalszych działań w zakresie ustalenia, czy w przedmiotowej sprawie mogły zaistnieć wątpliwości co do jego poczytalności. Samo ujawnienie w danych o karalności faktu skazania z zastosowaniem art. 31 § 2 k.k. nie oznacza jeszcze automatycznie – co oczywiste – wystąpienia uzasadnionych wątpliwości co do poczytalności oskarżonego w niniejszej sprawie. Jednak rzetelność procedowania wymagała podjęcia z urzędu w tym zakresie czynności sprawdzających poprzez zapoznanie się z aktami sprawy, w której zapadło rozstrzygnięcie z zastosowaniem art. 31 § 2 k.k. Powyższe było tym bardziej uzasadnione, że w przedmiotowej sprawie zapadł wyrok zaoczny, a Sąd nie miał w ogóle bezpośredniego kontaktu z oskarżonym, w trakcie którego mógłby poczynić stosowne ustalenia. Zasadnie wskazuje zatem Rzecznik Praw Obywatelskich, że Sąd pomijając informację z danych o karalności oskarżonego, pozbawił się możliwości ustalenia w ogóle, czy zachodzą wątpliwości co do stanu poczytalności oskarżonego i czy nie zachodzi aby potrzeba dalszej, pogłębionej analizy w tym



zakresie np. przez dopuszczenie dowodu z opinii biegłych lekarzy psychiatrów. Na tym właśnie polega istota uchybienia, którego dopuścił się Sąd Rejonowy w R. Nie jest rzeczą Sądu Najwyższego przesądzać, czy uzasadnione wątpliwości co do poczytalności pojawiły się bądź nie. Nie sposób jednak zaakceptować postąpienia Sądu Rejonowego, które omawiane tu zagadnienie zupełnie pominał. Wszak trzeba mieć na uwadze, że kwestie związane ze stanem zdrowia psychicznego oskarżonego mają fundamentalne znaczenie dla merytorycznego rozstrzygnięcia, zarówno w aspekcie materialnoprawnym, jak i procesowym. Wskazane tu wadliwe procedowanie skutkujące naruszeniem art. 366 § 1 k.p.k. mogło mieć zatem istotny wpływ na treść orzeczenia Sądu Rejonowego w R. Dlatego też zachodzi konieczność uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy temu Sądowi do ponownego rozpoznania. W postępowaniu ponownym, po uzyskaniu aktualnych danych o karalności oskarżonego, Sąd Rejonowy powinien zapoznać się z materiałami tych spraw, w których w stosunku do oskarżonego zapadło rozstrzygnięcie z zastosowaniem art. 31 § 2 k.k. i po dokonaniu stosownej analizy rozważyć, czy zachodzą przesłanki do ewentualnego dopuszczenia dowodu z opinii biegłych lekarzy psychiatrów odnośnie do stanu zdrowia psychicznego oskarżonego. Orzeczenie o wydatkach związanych z kasacją Rzecznika Praw Obywatelskich oparto na podstawie art. 638 k.p.k. Z tych wszystkich względów, orzeczono jak w wyroku.

**II.511.125.2016.IK****Sąd Najwyższy  
Izba Karna  
Plac Krasińskich 2/4/6  
00 – 951 Warszawa****Kasacja  
Rzecznika Praw Obywatelskich**

od prawomocnego wyroku zaocznego Sądu Rejonowego w K. z dnia 11 lutego 2015 r., sygn. akt (...).

Na podstawie art. 521 § 1 k.p.k.

**zaskarżam**

powyższy wyrok w całości na korzyść skazanego T. W.

Powołując się na przepis art. 523 § 1 k.p.k. i art. 452 § 2 k.p.k. w zw. z art. 518 k.p.k. orzeczeniu temu

**zarzucam**

rażące i mające istotny wpływ na jego treść naruszenie art. 366 § 1 k.p.k. (w brzmieniu w dacie orzekania), polegające na zaniechaniu wyjaśnienia wszystkich istotnych okoliczności związanych ze stanem zdrowia psychicznego oskarżonego, określonych w art. 79 § 1 pkt 3 k.p.k. w sytuacji, gdy był on uprzednio skazany z zastosowaniem art. 31 § 2 k.k., w wyniku czego doszło do rażącego naruszenia jego prawa do obrony, wynikającego z art. 42 ust. 2 Konstytucji RP, skonkretyzowanego w postępowaniu karnym w art. 6 k.p.k.

**i wnoszę o**

1) dopuszczenie dowodu z akt sprawy Sądu Rejonowego w K., ozn. sygn. (...), co do okoliczności występowania u oskarżonego choroby psychicznej;

2) uchylenie zaskarżonego wyroku zaocznego i przekazanie sprawy Sądowi Rejonowemu w K. do ponownego rozpoznania.

**Uzasadnienie**

Wyrokiem zaocznym z dnia 11 lutego 2015 r. Sąd Rejonowy w K., sygn. akt (...), uznał T. W. za winnego tego, że w nieustalonym dniu w okresie od 25 listopada 2014 r. do 26 listopada 2014 r. w K. przyjął pochodzący z czynu zabronionego rower marki A. model B. o wartości 800 zł, na szkodę S. Ś., przy czym czynu tego dopuścił się w ciągu 5 lat po odbyciu co najmniej sześciu miesięcy

kary pozbawienia wolności orzeczonej za umyślne przestępstwo podobne, tj. popełnienia przestępstwa z art. 291 § 1 k.k. w zw. z art. 64 § 1 k.k. i za ten czyn, na podstawie art. 291 § 1 k.k., skazał go na karę 4 miesięcy pozbawienia wolności. Sąd zaliczył oskarżonemu na poczet orzeczonej kary pozbawienia wolności okres zatrzymania i zasądził od niego na rzecz Skarbu Państwa wydatki poniesione w sprawie w kwocie 60 złotych i zwolnił go od obowiązku uiszczenia opłaty sądowej (k-51 akt).

Powyższe rozstrzygnięcie nie zostało zaskarżone przez strony i uprawomocniło się w dniu 21 marca 2015 r. (k. 60).

Wyrok ten zapadł z rażącym naruszeniem prawa procesowego w sposób opisany w petitum kasacji, co miało istotny wpływ na jego treść, z następujących przyczyn.

Z akt sprawy wynika, że termin rozprawy przed Sądem Rejonowym w K. wyznaczony został na dzień 11 lutego 2015 r. (k. 44 akt). Wezwanie na powyższy termin wraz z odpisem aktu oskarżenia zostało wysłane oskarżonemu w dniu 9 stycznia 2015 r. (data stempla pocztowego) i dwukrotnie awizowane zwrócone do Sądu w dniu 28 stycznia 2015 r. z adnotacją „nie podjęte” (k-46 akt). Wezwanie to uznane zostało przez Sąd Rejonowy za prawidłowo doręczone. W konsekwencji uznania nieobecności oskarżonego za nieusprawiedliwioną, na mocy art. 479 § 1 k.p.k., Sąd przeprowadził rozprawę pod jego nieobecność, a po zakończeniu postępowania dowodowego w sprawie zapadł wyrok zaoczny (k. 49 akt). W trakcie postępowania karnego w sprawie, oskarżony nie korzystał z pomocy obrońcy.

W protokole zatrzymania podejrzanego odnotowano, że T. W. jest nosicielem wirusa HCV i wnosi o badania lekarskie z powodu bólu nogi (k-3 akt), przesłuchiwany w toku postępowania przygotowawczego podał, że nie leczył się psychiatrycznie (k-16 akt), także akt oskarżenia nie zawiera żadnych informacji o stanie jego zdrowia.

W niniejszej sprawie zachodziły jednak przesłanki do powzięcia uzasadnionej wątpliwości co do stanu zdrowia oskarżonego, w tym jego poczytalności.

Mianowicie uszło uwadze Sądu, że w aktach sprawy znajdują się informacje o dotychczasowej karalności T. W., z których wynika, że był on już karany z zastosowaniem art. 31 § 2 k.k., w warunkach znacznie ograniczonej poczytalności (sprawa Sądu Rejonowego w K., sygn. akt (...), k. 28-28 odw., 34 odw., 37 odw. akt) oraz za ucieczkę z zamkniętego szpitala psychiatrycznego w B. (skazanie objęte wyrokiem łącznym Sądu Okręgowego w K. sygn. akt (...) – k. 37, wyrok jednostkowy Sądu Okręgowego w K. z dnia 27 marca 2007 r., sygn. akt (...) – k. 31 odw., 37 odw.- punkt 11), na podstawie których to danych należało powziąć wątpliwości co do stanu zdrowia psychicznego oskarżonego.

Zgodnie z treścią art. 366 § 1 k.p.k. (w brzmieniu obowiązującym w dniu orzekania w niniejszej sprawie), powyższy stan rzeczy obligował Przewodniczącego

do wyjaśnienia kwestii związanych ze stanem zdrowia psychicznego oskarżonego, jako istotnej okoliczności sprawy, związanej zarówno z prawem do obrony, jak i gwarancjami procesowymi osób, co do których zachodzą uzasadnione wątpliwości co do ich poczytalności, określonymi w art. 79 § 1 pkt 3 k.p.k.

Zaniechanie wyjaśnienia przez Sąd stanu zdrowia psychicznego oskarżonego było uchybieniem, które niewątpliwie mogło mieć istotny wpływ na treść zaskarżonego wyroku (np. wyrok SN z dnia 27 listopada 2014 r., sygn. akt IV KK 363/14).

Okoliczność występowania u oskarżonego choroby psychicznej – schizofrenii paranoidalnej, potwierdzona została w toku sprawy prowadzonej przez Sąd Rejonowy w K., ozn. sygn. akt (...).

Z tego też powodu wnioski o przeprowadzenie dowodu ze wskazanych akt, w szczególności z opinii sądowo – psychiatrycznej z dnia 2 listopada 2015 r. (k- 110 akt ...), sformułowany w petitum kasacji jest w pełni uzasadniony, bowiem zmierza do potwierdzenia słuszności postawionego w niej zarzutu. Należy dodać, że Sąd w tej sprawie umorzył postępowanie wobec T. W. z uwagi na to, że obwiniony miał zniesioną zdolność rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem, w myśl art. 17 § 1 k.w. (k. 135-136 akt ...).

W świetle przedstawionej argumentacji, wniosek o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu w K. uznać należy za zasadny.



Sygn. akt IV KK 184/16

**WYROK**  
**W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 3 listopada 2016 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jerzy Grubba (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Krzysztof Cesarz

SSN Zbigniew Puzkarski

w sprawie T. W.

oskarżonego z art. 291 § 1 kk w zw. z art. 64 § 1 kk

po rozpoznaniu w Izbie Karnej na posiedzeniu w trybie art. 535 § 5 kpk

w dniu 3 listopada 2016 r.,

kasacji wniesionej przez Rzecznika Praw Obywatelskich od wyroku zaocznego Sądu Rejonowego w K. z dnia 11 lutego 2015 r., sygn. akt (...),

**uchyla zaskarżony wyrok zaoczny i sprawę przekazuje do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu w K.**

**UZASADNIENIE**

Oskarżony T. W. wyrokiem zaocznym Sądu Rejonowego w K. z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie (...) został uznany za winnego tego, że:

- w nieustalonym dniu w okresie od 25 listopada 2014 r. do 26 listopada 2014 r. w K. przyjął pochodzący z czynu zabronionego rower marki A. model B. o wartości 800 zł na szkodę S. Ś. przy czym czynu tego dopuścił się w ciągu 5 lat po odbyciu co najmniej sześciu miesięcy kary pozbawienia wolności orzeczonej za umyślne przestępstwo, t.j. popełnienia przestępstwa z art. 291 § 1 k.k. w zw. z art. 64 § 1 k.k.,

Za tak opisany i zakwalifikowany czyn wymierzono mu karę 4 miesięcy pozbawienia wolności.

Wyrok uprawomocnił się niezaskarżony przez żadną ze stron.

Obecnie, od tego orzeczenia, kasację na korzyść skazanego wywiódł Rzecznik Praw Obywatelskich, podnosząc w niej zarzut:

- rażącego i mającego istotny wpływ na treść zaskarżonego wyroku naruszenia art. 366 § 1 k.p.k. (w brzmieniu w dacie orzekania) polegającego na zaniechaniu wyjaśnienia wszystkich istotnych okoliczności związanych ze stanem zdrowia psychicznego oskarżonego, określonego w art 79 § 1 pkt 3 k.p.k. w sytuacji, gdy był on uprzednio skazany z zastosowaniem art. 31 § 2 k.k., w wyniku czego doszło do rażącego naruszenia jego prawa do obrony, wynikającego z art. 42 ust. 2 Konstytucji RP, skonkretyzowanego w postępowaniu karnym w art. 6 k.p.k.

Wskazując na powyższe, skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku zaocznego i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Kasacja jest oczywiście zasadna w stopniu jakiego wymaga art. 535 § 5 k.p.k.

Sąd Rejonowy przystępując do rozpoznania niniejszej sprawy dysponował sygnałem wskazującym na wątpliwości co do poczytalności oskarżonego w postaci:

- zapisu w karcie karnej wskazującego na skazanie go w warunkach art. 31 § 2 k.k. w sprawie (...) Sądu Rejonowego (k. 34-35 pozycja 6),
- danych z wyroku łącznego, którym objęto powyższe skazanie (k. 37-38).

Sytuacja ta powinna wzbudzić uzasadnione wątpliwości co do stanu zdrowia psychicznego oskarżonego i skutkować podjęciem działań na podstawie art. 366 § 1 k.p.k. Sąd, zarzut podniesiony w kasacji winien być uznany za zasadny.

Oczywista jest też możliwość istnienia wpływu tego uchybienia na treść wydanego w sprawie wyroku. Wszak kwestia wyjaśnienia poczytalności oskarżonego jest elementarnym zagadnieniem każdego procesu karnego, skoro za popełnienie przestępstwa można skazać tylko taką osobę, której można przypisać winę w czasie popełniania czynu (art. 1 § 3 k.k.).

W świetle akt dołączonych do niniejszej sprawy - sygn. (...) wątpliwości co do poczytalności oskarżonego znalazły dodatkowe potwierdzenie. Jak wynika bowiem z opinii sądowo - psychiatrycznej sporządzonej w dniu 2 listopada 2015 r. u T. W. rozpoznano chorobę psychiczną w postaci schizofrenii paranoidalnej oraz uzależnienie od amfetaminy. W czasie popełniania zarzuconych mu czynów zabronionych miał całkowicie zniesioną zdolność rozpoznania ich znaczenia i całkowicie zniesioną zdolność pokierowania swoim postępowaniem - zachodziły warunki z art. 31 § 1 k.k.

Mając na uwadze omówione okoliczności i zasadność podniesionego w kasacji zarzutu, zaskarżony wyrok zaoczny należało uchylić, a sprawę przekazać do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu w K.

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy niezbędne będzie, wobec wątpliwości co do stanu poczytalności oskarżonego w chwili popełniania zarzuconego czynu, wyznaczenie mu obrońcy z urzędu - art. 79 § 1 pkt 3 k.k., a następnie zbadanie stanu zdrowia psychicznego T. W.

Kierując się przedstawionymi wyżej względami, Sąd Najwyższy orzekł, jak na wstępie.



**RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH**

Warszawa, dnia 1 marca 2017 r.

**II.510.691.2016.ASK**

**Sąd Najwyższy  
Izba Karna  
Plac Krasińskich 2/4/6  
00 – 951 Warszawa**

**Kasacja  
Rzecznika Praw Obywatelskich**

od prawomocnego postanowienia Sądu Rejonowego w Ś. z dnia 26 lipca 2013 r., o sygn. akt (...).

Na podstawie art. 521 § 1 k.p.k.

**zaskarżam**

powyższe orzeczenie w całości na korzyść skazanego D. S.

Działając na podstawie art. 523 § 1 k.p.k. orzeczeniu temu

**zarzucam**

rażące naruszenie prawa procesowego, to jest art. 8 § 2 pkt 2 k.k.w., polegające na przeprowadzeniu przez Sąd Rejonowy w Ś. postępowania w przedmiocie zarządzenia, wobec D. S., wykonania kary pozbawienia wolności warunkowo zawieszanej, orzeczonej wyrokiem Sądu Rejonowego w Ś. z dnia 23 kwietnia 2012 r. w sprawie o sygn. akt (...), bez udziału obrońcy, pomimo istnienia uzasadnionych wątpliwości co do poczytalności skazanego, co stanowi bezwzględną przyczynę odwoławczą wskazaną w art. 439 § 1 pkt 10 k.p.k. w zw. z art. 1 § 2 k.k.w.

**i wnoszę o**

uchylenie zaskarżonego postanowienia Sądu Rejonowego w Ś. i umorzenie, wobec skazanego, na mocy art. 15 § 1 k.k.w., postępowania wykonawczego.

**Uzasadnienie**

Sąd Rejonowy w Ś. wyrokiem z dnia 23 kwietnia 2012 r. w sprawie o sygn. akt (...) uznał D. S. za winnego tego, że w okresie od lutego 2011 r. do 20 marca 2011 r. w Ś., woj. l., działając wspólnie i w porozumieniu z inną osobą, po uprzednim wybiciu szyb okiennych i wyjęciu ramy w oknie altany na ogródkach działkowych 100 – lecia, wszedł do jej wnętrza, skąd zabrał w celu przywłaszczenia cztery plastikowe krzesła ogrodowe o wartości 120 zł, dwadzieścia sztuk drewnianych kantówek sosnowych o wartości 200 zł, kołdrę wartości 50 zł, ruszt do



kuchenki gazowej o wartości 40 zł, śpiwór o wartości 50 zł, mosiężną figurkę konia o wartości 50 zł, talerze papierowe o wartości 10 zł, cztery arkusze płyty pilśniowej o wartości 160 zł, lampę naftową o wartości 20 zł, wykładzinę PCV o wartości 70 zł, cztery pręty metalowe o wartości 25 zł, czym działał na szkodę R. M. Sąd uznał, że czynu, stanowiącego wypadek mniejszej wagi, D. S. dopuścił się mając w znacznym stopniu ograniczoną zdolność rozpoznawania jego znaczenia, jak i pokierowania swoim postępowaniem (art. 279 § 1 k.k. w zw. z art. 283 k.k. w zw. z art. 31 § 2 k.k.). Za to, na podstawie art. 283 k.k. w zw. z art. 31 § 2 k.k. Sąd meriti wymierzył mu karę 4 miesięcy pozbawienia wolności (pkt 1 wyroku). Działając na podstawie art. 69 § 1 i 2 k.k. i art. 70 § 1 k.k. wykonanie orzeczonej kary pozbawienia wolności zawiesił wobec oskarżonego D. S. na okres 2 lat próby (pkt 3 wyroku). Zwolniono również oskarżonego od ponoszenia kosztów postępowania (k. 139-139v).

Wobec niezaskarżenia rozstrzygnięcia, orzeczenie uprawomocniło się, wobec D. S., z dniem 30 kwietnia 2012 r. (k. 139,153).

W dniu 15 lipca 2013 r. do Sądu Rejonowego w Ś. wpłynęło z Ministerstwa Sprawiedliwości – Krajowy Rejestr Karny zawiadomienie o ponownym skazaniu D. S. Z informacji powyższej wynikało, że D. S. wyrokiem Sądu Rejonowego w Ś. w sprawie o sygn. (...) został skazany za przestępstwo z art. 278 § 1 k.k. w zw. z art. 31 § 2 k.k., które popełnił w dniu 19 lipca 2012 r. (k. 186).

Postanowieniem z dnia 26 lipca 2013 r., sygn. akt (...), Sąd Rejonowy w Ś. zarządził, wobec skazanego D. S., wykonanie kary czterech miesięcy pozbawienia wolności, orzeczonej wyrokiem Sądu Rejonowego w Ś. z dnia 23 kwietnia 2012 r. w sprawie (...), której wykonanie warunkowo zawieszono na okres 2 lat próby (k. 188). W uzasadnieniu rozstrzygnięcia wskazano, że w okresie próby, tj. 19 lipca 2012 r., skazany ponownie dopuścił się czynu podobnego tj. z art. 278 § 1 k.k., za który to wymierzono karę pozbawienia wolności. Doszło więc do wyczerpania ustawowych przesłanek do zarządzenia wykonania kary wskazanych w art. 75 § 1 k.k. (k. 188).

O terminie posiedzenia skazany nie został zawiadomiony. Przesyłka zawierająca odpis orzeczenia doręczona została Prokuraturze Rejonowej w Ś. (k. 189) oraz skazanemu D. S. (k. 190). Powyższe postanowienie, wobec niezaskarżenia, uprawomocniło się z dniem 13 sierpnia 2013 r. (k. 188, 191).

Postanowienie Sądu Rejonowego w Ś. z dnia 26 lipca 2013 r. w sprawie o sygn. (...) nie może się ostać, ponieważ dotknięte jest wadą prawną wskazaną w petitum kasacji.

Zgodnie z treścią art. 8 § 2 pkt 2 k.k.w. w postępowaniu przed sądem skazany musi mieć obrońcę, jeżeli zachodzi uzasadniona wątpliwość co do jego poczytalności.

Tymczasem w niniejszej sprawie, pomimo wystąpienia omówionej powyżej przesłanki obrony obligatoryjnej D. S. w toku postępowania wykonawczego

przed Sądem Rejonowym w Ś. nie miał ustanowionego obrońcy. Uwadze Sądu uszło, że skazany dopuścił się przypisanego mu występku z art. 279 § 1 k.k. w warunkach znacznie ograniczonej poczytalności, o której stanowi art. 31 § 2 k.k.

Z opinii sądowo - psychiatrycznej sporządzonej przez biegłych psychiatrów w postępowaniu głównym wynika, że skazany jest osobą upośledzoną w stopniu umiarkowanym, uzależnioną od alkoholu. Nie ukończył żadnej szkoły. Chodził do szkoły „dom życia”. Jego poziom socjalizacji jest bardzo niski, podatny jest na sugestie otoczenia. Nie potrafi pisać, nie zna nawet własnego nazwiska. Jego słownictwo jest prymitywne, nie umie wyciągać wniosków, abstrahować. W chwili czynu miał w stopniu znacznym ograniczoną zdolność rozpoznania znaczenia popełnionego czynu i pokierowania swoim postępowaniem w rozumieniu art. 31 § 2 k.k. Oceniając stan psychiczny biegli wskazali, że D. S. ma nieprawidłową orientację auto i allopsychiczną. W opinii specjalistów badany pozostaje w skąpym kontakcie słownym, przejawia spowolniony tok myślenia, posługuje się prymitywnym słownictwem z agramatyzmami. Buduje jedynie proste zdania. Kontakt jest utrudniony z powodu wady wymowy. Uwagę skupia chwilowo, pamięć zaburzona. Intelpekt w granicy upośledzenia umysłowego umiarkowanego (k. 43).

Okoliczności te, choć automatycznie nie przesądzają o takiej konieczności, miały niezwykle doniosłe znaczenie dla oceny, czy skazany w sądowym postępowaniu wykonawczym powinien mieć obrońcę. W myśl orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2015 r., sygn. II KK 280/15, skazanie sprawcy z przyjęciem w znacznym stopniu ograniczonej poczytalności powinno być brane pod uwagę również w postępowaniu wykonawczym dla rozważenia, czy i w tym postępowaniu realne stają się wątpliwości, o jakich mowa w art. 8 § 2 k.k.w. Jak wskazuje Sąd Najwyższy w cytowanym orzeczeniu, nie chodzi o automatyczne przyjmowanie wątpliwości przez sam fakt skazania z uwzględnieniem art. 31 § 2 k.k., ale niepominanie ich i rozważenie, w tym także w oparciu o dowody z postępowania rozpoznawczego, czy zachodzą w obecnym stadium postępowania wątpliwości co do poczytalności. Chodzi tu przede wszystkim o wątpliwości co do poczytalności tempore procedendi tj. w czasie toczącego się postępowania wykonawczego (za postanowieniem Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2013 r., sygn. II KK 323/13).

Sąd Rejonowy w Ś. orzekając w przedmiocie zarządzenia wykonania kary pozbawienia wolności nie zgłębił kwestii związanych z nadal występującymi wątpliwościami co do poczytalności D. S. Jest przecież bezsporne, że okoliczności uzasadniające uznanie, że czynu przypisanego dopuścił się w warunkach art. 31 § 2 k.k. mogły rozciągać się i przenikać również do etapu wykonawczego. Co więcej, Sąd w ogóle nie zawiadomił skazanego o wyznaczeniu posiedzenia w przedmiocie zarządzenia kary. Działając w ten sposób nie dość, że dodatkowo ograniczył prawo do obrony skazanego, to przede wszystkim mając na uwadze

okoliczności sprawy pozbawił się możliwości osobistego kontaktu ze skazanym i podstawowej możliwości oceny, czy nadal istnieją podstawy uzasadniające istnienie wątpliwości co do realnej możliwości samodzielnego i racjonalnego prowadzenia obrony. Podkreślenia wymaga, że okoliczności wpływające na ustalenie u D. S. stanu poczytalności ograniczonej w stopniu znacznym mają charakter trwały i jak wynika z opinii, między innymi w części opisującej stan psychiczny badanego, miały charakter ewidentny. Skazany jest osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym. Co więcej, nie potrafi pisać i jak wynika z opinii specjalistycznej w ogóle nie zna swojego nazwiska. Kontakt jest z nim utrudniony i zaburzony. Powyższe, zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich, czyniło wątpliwym czynną i realną zdolność strony do prowadzenia swojej obrony.

Tymczasem kwestia wystąpienia przesłanek obrony obligatoryjnej w sytuacji skazanego D. S., na etapie postępowania wykonawczego, została całkowicie pominięta przez Sąd Rejonowy w Ś. w sprawie (...). Domniemanie o znacznie ograniczonej poczytalności D. S. nie zostało więc w toku postępowania wykonawczego obalone (za postanowieniem Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2013 r., sygn. akt II KK 323/13).

W konsekwencji doszło do uchybienia polegającego na rozpoznaniu sprawy D. S. bez obowiązkowego udziału obrońcy w postępowaniu przed sądem, co spowodowało wystąpienie bezwzględnej przyczyny odwoławczej, o jakiej stanowi art. 439 § 1 pkt 10 k.p.k. w zw. z art. 1 § 2 k.k.w, skutkując koniecznością uchylenia zaskarżonego postanowienia.

Nadto wskazać należy, że w realiach przedmiotowej sprawy dwuletni okres próby określony w wyroku Sądu Rejonowego w Ś. z dnia 23 kwietnia 2012 r. sygn. akt (...), który uprawomocnił się w dniu 30 kwietnia 2012 r. trwał do 30 kwietnia 2014 r., zaś 6 miesięczny termin, o jakim mowa w art. 75 § 4 k.k., zakończył swój bieg w dniu 30 października 2014 r.

Wobec powyższego wnioski o umorzenie postępowania wykonawczego, po ewentualnym uwzględnieniu kasacji, jest uzasadniony.

Sygn. akt V KK 67/17

**POSTANOWIENIE**

Dnia 20 kwietnia 2017 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Dariusz Świecki (przewodniczący)

SSN Zbigniew Puzkarski

SSN Roman Sądej (sprawozdawca)

w sprawie D. S.

skazanego z art. 279 § 1 k.k. w zw. z art. 283 k.k. oraz w zw. z art. 31 § 2 k.k., po rozpoznaniu w Izbie Karnej na posiedzeniu w trybie art. 535 § 5 k.p.k. w dniu 20 kwietnia 2017 r.,

kasacji, wniesionej przez Rzecznika Praw Obywatelskich od postanowienia Sądu Rejonowego w Ś.; z dnia 26 lipca 2013r, sygn. akt (...)

o zarządzeniu wykonania kary 4 miesięcy pozbawienia wolności,

**uchyla zaskarżone postanowienie i na podstawie art. 15 § 1 k.k.w. umarza postępowanie wykonawcze w przedmiocie zarządzenia wykonania kary 4 miesięcy pozbawienia wolności orzeczonej wobec D. S. prawomocnym wyrokiem Sądu Rejonowego w Ś. z dnia 23 kwietnia 2012 r., sygn. akt (...); wydatkami postępowania w tym zakresie obciąża Skarb Państwa.**

**UZASADNIENIE**

Wyrokiem Sądu Rejonowego w Ś. z dnia 23 kwietnia 2012 r. D. S. został skazany za czyn z art. 279 § 1 k.k. w zw. z art. 283 k.k., przy przyjęciu, iż działał w warunkach określonych w art. 31 § 2 k.k., na karę 4 miesięcy pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono na okres ustanowienia w postępowaniu wykonawczym obrońcy z urzędu, to jednak stanowi istotną przesłankę do rozważenia, czy i na tym etapie zachodzi uzasadniona wątpliwość co do poczytalności skazanego, implikująca obligatoryjną obronę w rozumieniu art. 8 § 2 pkt 2 k.k.w. Zagadnienie to szczegółowo rozważano choćby w powołanym przez skarżącego postanowieniu SN z dnia 29 października 2015 r., sygn. II K 280/15, a zatem nie ma potrzeby powtarzania tej przekonującej argumentacji. Zawsze konieczna jest zindywidualizowana analiza i ocena co do faktycznej zdolności skazanego do samodzielnej obrony (poczytalność *tempore procedendi*), również przy wykorzystaniu dowodów uzyskanych w postępowaniu rozpoznawczym.

W sprawie niniejszej, jak wynika z opinii sądowno - psychiatrycznej, podstawą uznania ograniczonej w stopniu znacznym poczytalności, było rozpoznanie u D. S. umiarkowanego upośledzenia umysłowego, a więc trwała cecha jego intelektu. Nie potrafił on wskazać daty urodzenia, wieku, nazwiska; nie umie pisać, nauczył się jedynie podpisywania; kontakt z nim był utrudniony przez wadę wymowy; tok myślenia spowolniały, pamięć zaburzona; nie posiada zdolności

wyciągania wniosków abstrahowania (k. 43). Już choćby powyższa, nakreślona przez biegłych charakterystyka osoby skazanego jasno wskazywała na realność wątpliwości, o których mowa w art. 8 § 2 pkt 2 k.k.w. Zauważyć warto, że także Sąd Rejonowy w Ś. prowadząc postępowanie wykonawcze w przedmiocie odroczenia skazanemu wykonania kary pozbawienia wolności, wyznaczył mu obrońcę z urzędu, właśnie na tej podstawie prawnej (k. 212).

W tym stanie sprawy za oczywiście zasadny należało ocenić kasacyjny zarzut Rzecznika Praw Obywatelskich, że zaniechanie ustaleń, czy wobec D. S. nie zachodzą podstawy do przyjęcia obrony obligatoryjnej procedowanie w przedmiocie zarządzenia wykonania kary bez udziału obrońcy, skutkowało wystąpieniem bezwzględnej przyczyny odwoławczej, o której mowa w art. 439 § 1 pkt 10 k.p.k. Ten stan rzeczy implikował uwzględnienie kasacji i uchylenie zaskarżonego postanowienia.

Trafnie też autor kasacji wskazał na uchybienie Sądu Rejonowego w zakresie uprawnienia skazanego przewidzianego w art. 178 § 3 k.k.w., które jednak, z uwagi na wystąpienie bezwzględnej podstawy odwoławczej, decydującego znaczenia nie miało.

Po uchyleniu zaskarżonego orzeczenia, postępowanie wykonawcze w przedmiocie zarządzenia wykonania kary 4 miesięcy pozbawienia wolności orzeczonej wobec D. S. wyrokiem Sądu Rejonowego w Ś. z dnia 26 lipca 2013 r., na podstawie art. 15 § 1 k.k.w., należało umorzyć. Zachodziła bowiem „inna przyczyna wyłączająca postępowanie” w rozumieniu tego przepisu. Dwuletni okres próby ustanowiony w wyroku, który uzyskał przymiot prawomocności w dniu 30 kwietnia 2012 r. (k. 139), zakończył się w dniu 30 kwietnia 2014 r., a sześciomiesięczny termin, o którym mowa w art. 75 § 4 k.k. upłynął w dniu 30 października 2014 r. Zatem orzekanie w chwili obecnej w kwestii zarządzenia wykonania kary orzeczonej powyższym wyrokiem stało się niedopuszczalne.

Mając powyższe na uwadze Sąd Najwyższy orzekł jak w części dyspozytywnej postanowienia.



## Summary of the monograph

The monograph titled "People with intellectual or mental disabilities detained in penitentiary institutions" describes the results of a research conducted by the employees of the Polish Ombudsman's Office. It has covered cases of 122 persons who had been arrested or sentenced and later visited in prisons. Because of their disabilities they belong to the vulnerable group of inmates on which the European Court of Human Rights focuses in many of its judgements. This special group of detainees is referred to both in Polish regulations as well as in the international recommendations of the United Nations, the Council of Europe, the European Committee of the EU or the CPT. The most important of these provisions have been listed in the text of the publication. The monograph seeks an answer to the crucial question: why are these people sent to prisons?

The introduction describes the methodology of the research. The monograph consists of the following chapters: "People with intellectual or mental disabilities within prisons" (the author – prof. Janusz Heitzman, psychiatrist – explains the terminology used in the publication, describes the behaviour of such inmates and underlines the fact that mentally ill persons who had been sentenced should not stay in prison), "Polish regulations regarding inmates with intellectual or mental disabilities", "International recommendations concerning people deprived of liberty with intellectual or mental disabilities", "The European Court of Human Rights' jurisprudence referring inmates with intellectual or mental disabilities", "The right to defence in the context of people deprived of liberty with intellectual or mental disabilities", "The initial identification of people who need special treatment while criminal procedure", "The initial and accurate identifying of disabilities as a base for appropriate treatment of the imprisoned", "Inmates with mental disability", "People with intellectual disability within penitentiary system", "The use of coercive measures towards people with mental disorders who are situated in pre-trial detention centers and prisons", "Penitentiary surveillance of judges over legality and correctness of deprivation of liberty of people with intellectual and mental disability". Moreover, the publication also contains a report on the most important statements presented during a seminar organized by the Ombudsman in 2016 on the attitude of police officers towards people with mental disorders.

The monograph evaluates legal regulations as well as the practical application of law in case of people with intellectual or mental disabilities deprived of liberty. Some changes need to be introduced in both of these areas.

The above mentioned vulnerable group of detainees is at a higher risk of maltreatment. This is why the authors believe that a detainee should undergo an evaluation of the mental state as soon as the first procedural acts. The lack of information about mental disorders could finally lead to imprisonment, while some of those people should never be placed in penitentiary institutions. The key point is to note any signs of intellectual or mental disability in the protocol of detention. These may include strange behavior or difficulty in writing and reading. The police officer should indicate any symptoms of that kind. At that point, psychiatric examination and the right to have a lawyer are also very important. The lack of any information regarding intellectual or mental disability leads to passing a judgement without the presence of a person to whom it refers. If such person goes to prison then the initial conversation is very important in order to provide security and special treatment.

Moreover, it must be underlined that people with a moderate degree of intellectual disability behave like a 9-year old child, while those with severe disability - like a 6-year old. The correct treatment of such inmates requires more empathy and understanding. The prison service is obliged to ensure personal safety of every detainee. Prison officers are also expected to provide such inmates with educational activities. It is more than often that these people cannot write or read and count. Such inmates very often need help in everyday activities, they must be taught how to fend for themselves. The correct diagnosis of the level of disability is crucial.

In the monograph the importance of training courses for Police and Prison Service officers, as well as prosecutors, judges, and guardians has been underlined.

As a result of the Polish Ombudsman's motion, a working group at the Ministry of Justice and the Ministry of Health will prepare regulations which will enable people with mental disabilities (for whom the prison release is obligatory) to stay in a psychiatric hospital with an adequate security system outside the penitentiary institutions. Currently, for lack of adequate legal regulations, people with mental disabilities stay imprisoned, although they cannot be provided with adequate treatment. These are people who had been sane at the time of committing the crime but later developed a mental illness when serving the sentence.

Another problem is the place where a mentally ill person is held during pre-trial detention (such person is placed in custody until the judge decides if he or she was sane or insane at the time of committing the crime. If an expert witness states that the detainee was insane, the criminal proceeding is discontinued





and the judge decides to use preventive measures such as placement in a psychiatric hospital).

According to legal regulations, a person can be held in pre-trial detention in a public medical institution. However, in most cases it is a psychiatric hospital within the penitentiary system (there are 5 such hospitals in Poland). In the Ombudsman's opinion, but also according to the judgements of the European Court of Human Rights, a person who presents mental disorders should be transported as quickly as possible to a hospital outside the penitentiary system. It should be noticed that prison hospitals provide pharmacotherapy but no psychotherapy. The regime of prisons (for example the possibility to use coercive measure such as handcuffs) does not help recovery.

Furthermore, the monograph includes the results of analyses of penitentiary judges' reports. It shows that the penitentiary supervision does not work properly. Penitentiary judges should investigate carefully why a person with a mental or intellectual disability is held in prison and, where necessary, initiate proceedings leading to a short break in the execution of the sentence.

To summarize, the research conducted by the representatives of Polish Ombudsman shows many institutional, comprehensive problems such as: lack of training courses for representatives of the different institutions, lack of legal regulations, wrong practice, problems with proper treatment of people with intellectual or mental disabilities. This is why the publication is dedicated to representatives of the Police, the Prison Service, legal guardians, prosecutors and judges (criminal as well as penitentiary).

