

Warszawa, dnia 15 maja 2020 r.

KMP.571.7.2019.MD

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Zakładu Karnego w Zamościu
(wyciąg)**

1. Wstęp

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej: OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 3-5 grudnia 2019 r., Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT) wizytował Zakład Karny w Zamościu, przy ul. Okrzei 14 (dalej: Zakład, jednostka).

W skład zespołu wizytującego wchodził: Magdalena Dziedzic, Przemysław Kazimirski oraz Marcin Kusy (prawnicy).

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

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania jednostki, przedstawionych przez płk Dariusza Bernata (Dyrektora Zakładu);
- oglądzie terenu jednostki, w tym wybranych losowo cel mieszkalnych, cel przejściowych, izolacyjnych i zabezpieczających, łaźni, kompleksu kulturalno-oświatowego, sali widzeń, placów spacerowych;
- przeprowadzeniu poufnych, indywidualnych rozmów z osadzonymi i personelem jednostki;

- analizie dokumentacji dotyczącej osadzonych i funkcjonowania jednostki, w tym dokumentacji medycznej oraz danych zgromadzonych w Centralnej Bazie Danych Osób Pozbawionych Wolności Noe.NET;

Dokonane w ten sposób ustalenia przedstawiciele KMPT przekazali Dyrektorowi jednostki, a także wysłuchali jego uwag i wyjaśnień.

Ponadto po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałe informacje dotyczące funkcjonowania jednostki, w tym wybrane nagrania monitoringu z jednej z cel izolacyjnych.

W przedmiocie zainteresowania KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie osadzonych przez funkcjonariuszy i współosadzonych, kwalifikacje personelu, realizacja prawa do informacji, prawa do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, oddziaływania kulturalno-oświatowe.

W niniejszym raporcie nie opisano całokształtu funkcjonowania Zakładu w zakresie tych zagadnień, lecz uwzględniono jedynie te obszary, które w ocenie KMPT wymagają poprawy oraz te, które wyróżniają Zakład na tle innych jednostek. Raport zawiera również problemy o charakterze systemowym, związane z koniecznością zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. więzień, pracownik miejsca zatrzymania, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że *żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.*

3. Charakterystyka jednostki

Zakład Karny w Zamościu jest jednostką penitencjarną przeznaczoną dla mężczyzn:

- skazanych po raz pierwszy (w tym młodocianych) odbywających karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego,

- tymczasowo aresztowanych,
- tymczasowo aresztowanych i skazanych chorych na cukrzycę insulinozależną,
- skazanych po raz pierwszy (w tym młodocianych) skierowanych do oddziału terapeutycznego dla osób uzależnionych od alkoholu.

Łączna pojemność jednostki wynosiła w czasie wizytacji 285 miejsc. Na terenie Zakładu funkcjonują 4 oddziały mieszkalne.

W trakcie wizytacji w Zakładzie karnym w Zamościu przebywało 270 osadzonych. Wizytowany Zakład karny jest jednostką podległą Dyrektorowi Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Lublinie. Nadzór nad funkcjonowaniem Zakładu Karnego sprawuje działająca w ramach II Wydziału Karnego Sekcja ds. penitencjarnych i nadzoru nad sądowym postępowaniem wykonawczym w Sądzie Okręgowym w Zamościu.

4. Dobra praktyka

4.1. Kaplica katolicka oraz prawosławna

Niewątpliwie wyróżniającym na tle innych Zakładów Karnych aspektem jest dostępność dwóch kaplic – katolickiej oraz prawosławnej. KMPT bardzo docenia stworzenie takiego miejsca dla osób wierzących, będącego odpowiedzią na potrzeby wynikające z dużej liczebności osób wyznania prawosławnego (w tym nie tylko obywateli Polski ale również Ukrainy). Istotnym aspektem jest również fakt, że obie kaplice są dobrze wyposażone i zaaranżowane z dużą dbałością o szczegóły dzięki czemu nie przypominają one często spotykanych prowizorycznie zorganizowanych pomieszczeń w innych zakładach karnych. Prowadzeniem mszy zajmują się odpowiednio: ksiądz katolicki (obecny codziennie, zaangażowany również w inne aktywności kulturalne organizowane na terenie jednostki) oraz duchowny prawosławny (współpracujący z Zakładem w wymiarze ½ etatu).

4.2. Kompleks rekreacyjny dla funkcjonariuszy Służby Więziennej

W Zakładzie Karnym w Zamościu zorganizowana jest również część rekreacyjna przeznaczona do wyłącznego użytku funkcjonariuszy. Jest to świeżo wyremontowana przestrzeń w której zorganizowano bogato wyposażoną siłownię, saunę oraz przestrzeń prysznicową.

KMPT docenia taką inwestycję ze strony Dyrekcji Zakładu, bowiem niezaprzeczalnym jest fakt, że wysiłek fizyczny przyczynia się efektywnie do redukcji stresu na którą funkcjonariusze narażeni są w swojej codziennej pracy. Niewłaściwe traktowanie osadzonych często nie jest wynikiem umyślnego działania ale po prostu braku umiejętności zarządzania

swoimi emocjami, nagromadzenia stresu oraz frustracji wynikających z realiów pracy funkcjonariuszy.

5. Problemy systemowe

5.1. Powierzchnia celi mieszkalnej

W wizytowanej jednostce znajdują się 72 cele mieszkalne. Najliczniejszą część z nich stanowią cele dwuosobowe – jest ich 35. Największą pod względem liczby zakwaterowanych osób jest natomiast cela dziewięcioosobowa. Cele dostosowane są do obowiązującego w prawie krajowym standardu 3m² na jednego osadzonego¹.

Taki metraż powierzchni mieszkalnej w celi jest sprzeczny ze standardami międzynarodowymi i praktyką większości państw europejskich². Standard minimalny rekomendowany państwom Rady Europy przez CPT wynosi 6 m² powierzchni mieszkalnej w celi jednoosobowej oraz 4 m² powierzchni mieszkalnej w celi wieloosobowej (do metrażu nie wlicza się kącika sanitarnego)³.

Niezapewnienie minimalnego metrażu 4 m² w celi znacznie zwiększa ryzyko naruszenia zakazu tortur określonego w art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Europejski Trybunał Praw Człowieka wskazał, że jeśli więzień ma w celi do dyspozycji mniej niż 3 m² – pojawia się silne domniemanie naruszenia art. 3 Konwencji. W przypadku metrażu na poziomie 3-4 m² - czynnik przestrzenny pozostaje ważnym czynnikiem w ocenie Trybunału pod kątem adekwatności warunków zatrzymania⁴.

Powyższy problem był już sygnalizowany Ministrowi Sprawiedliwości przez Rzecznika Praw Obywatelskich⁵.

5.2. Sytuacja osadzonych przewlekle somatycznie chorych oraz z ograniczoną sprawnością ruchową w jednostkach penitencjarnych

Delegacja KMPT otrzymała od funkcjonariuszy wizytowanej jednostki sygnały o zwiększającej się liczbie osadzonych po 60 roku życia. Oznacza to w praktyce większe

¹ Zob. art. 110 § 2, 2a, 2b i 2c ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 676).

² Zob. European Union Agency for Fundamental Rights, Criminal detention conditions in the European Union: rules and reality; grudzień 2019 r., pkt.1.2. National standards; s. 17-19.

³ Zob. Living space per prisoner in prison establishments: CPT standards, 15 grudnia 2015 r., CPT/Inf (2015) 44; Dwudziesty Szósty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2017) 5, § 56; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 59.

⁴ Zob. Wyrok Muršić v. Chorwacji z dnia 20 października 2016 r. [Wielka Izba], skarga nr 7334/13.

⁵ Zob. Wystąpienia generalne Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Sprawiedliwości z dni 24 maja 2016 r. i 29 lipca 2016 r., KMP.571.5.2016.RK.

wyzwania dla Służby Więziennej w zakresie zagwarantowania takim osobom odpowiednich warunków korespondujących ze stanem ich zdrowia.

Mając na uwadze mandat KMPT, przedstawiciele Mechanizmu zwracają szczególną uwagę na sytuację więźniów, którzy mogą być leczeni w warunkach izolacji penitencjarnej, nie spełniają kryteriów orzeczenia o niepełnosprawności, lecz ze względu na ich stan somatyczny wymagają stałej pomocy współwięźniów.

W wizytowanych jednostkach delegacja KMPT spotyka się zarówno z osobami niepełnosprawnymi jak i przewlekle somatycznie chorymi, z ograniczoną sprawnością ruchową. Osoby niesamodzielne z powodu stanu zdrowia, przebywające w miejscach detencji należą – w ocenie KMPT – do grup ryzyka w obszarze tortur, nieludzkiego i poniżającego traktowania lub karania. Każdorazowo podczas wizytacji jednostek penitencjarnych przedstawiciele KMPT szczegółowo badają sytuację takich osób oraz warunki, w jakich przebywają. Ocenie podlega między innymi dostosowanie celi mieszkalnej do potrzeb osadzonego (np. wyposażenie kąpielnicy sanitarnego w poręcze) oraz możliwość korzystania z podstawowych praw (np. wyjścia na spacer, udział w zajęciach poza celą mieszkalną, utrzymanie higieny). Jeśli niesamodzielność osadzonego spowodowana jest chorobą, dodatkowo ocenie podlega zapewnienie mu właściwej opieki lekarskiej i pielęgnacyjnej, w tym pomocy przy wykonywaniu czynności higieniczno-sanitarnych.

Z treści sprawozdania z lustracji Zakładu Karnego w Zamościu, przeprowadzonej w październiku 2019 roku przez Sędziego Sądu Okręgowego w Zamościu wynika m.in., że *stan zdrowia osadzonych każdorazowo jest uwzględniany i brany pod uwagę przy rozmieszczaniu w celach mieszkalnych, doborze współosadzonych, również takich, którzy pomagają im w codziennym funkcjonowaniu.*

Z powyższego wynika, że w wizytowanej jednostce, jako metodę rozwiązywania problemu opieki nad więźniami przewlekle somatycznie chorymi i o obniżonej sprawności ruchowej, przyjęto świadczenie pomocy adekwatnej do potrzeb takich osób przez ich współwięźniów.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur pragnie podkreślić, że próby radzenia sobie z omawianym problemem na poziomie zwykłych jednostek penitencjarnych poprzez angażowanie współwięźniów do opieki nad osobami niesamodzielnymi, stanowią jedynie prowizoryczne rozwiązanie, które było w przeszłości kwestionowane przez Europejski Trybunał Praw Człowieka. W sprawie *Farbtuhs przeciwko Łotwie*, (skarga nr 4672/02, wyrok z dnia 2 grudnia 2004.r) Trybunał uznał, że udział innych więźniów w czynnościach higieniczno-sanitarnych, przebieraniu i rozbieraniu współwięźnia musi wzbudzać znaczny

niepokój osadzonego i stawiać go w pozycji niższości wobec innych więźniów. Z kolei w sprawie *D.G. przeciwko Polsce* (skarga nr 45705/07, wyrok z dnia 12 lutego 2013 r.) za niedopuszczalne uznał Trybunał pozbawienie wolności osób cierpiących na poważne upośledzenia fizyczne w warunkach nieodpowiednich do ich stanu zdrowia lub pozostawienie tych osób w rękach współwięźniów, by udzielali pomocy przy kąpieli oraz ubieraniu lub rozebraniu, stanowi poniżające traktowanie.

W polskim systemie penitencjarnym funkcjonuje tylko jeden oddział szpitalny dedykowany dla takich osób, tj. Oddział dla Przewlekłe Chorych w Zakładzie Karnym w Czarnem. Ograniczona liczba miejsc na tym oddziale powoduje jednak, że skazani oczekują na przyjęcie często nawet kilkanaście miesięcy.

Tymczasem przypadki osadzania osób z ograniczoną sprawnością ruchową lub przewlekłe somatycznie chorych w jednostkach do tego nieprzystosowanych są w dalszym ciągu obserwowane w trakcie kolejnych wizytacji prewencyjnych KMPT.

Dlatego też rozwiązaniem, które powinno być brane pod uwagę przez Służbę Więzienną jako wychodzące naprzeciw potrzebom więźniów przewlekłe somatycznie chorych, jest w ocenie KMPT zwiększenie liczby oddziałów szpitalnych na wzór oddziału istniejącego w Zakładzie Karnym w Czarnem, zlokalizowanych przy jednostkach penitencjarnych.

Krajowy Mechanizm zauważa ponadto, że na zwiększanie liczby osób przewlekłe somatycznie chorych oraz z ograniczoną sprawnością ruchową wśród populacji jednostek penitencjarnych, ma niebagatelny wpływ zmiana 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 czynności⁶. Spowodowała ona, że od dnia 1 lipca 2015 r. do jednostek penitencjarnych należy przyjmować także *osoby wymagające natychmiastowego leczenia szpitalnego ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia lub kobiety od 28. tygodnia ciąży*. Co więcej, problem ten wiąże się nieodłącznie ze zmianami demograficznymi zachodzącymi w Polsce. Jako społeczeństwo starzejące się, jesteśmy narażeni w coraz większym stopniu na związane z tym faktem obniżanie sprawności psycho-fizycznej, zarówno wśród obywateli wolnych, jak również wśród tych pozbawionych wolności.

Powszechności opisywanego problemu dowodzą badania sytuacji więźniów przewlekłe somatycznie chorych przeprowadzone przez Rzecznika Praw Obywatelskich na początku 2019

⁶ Dz.U. 2015 poz. 927

r. Wyniki badania zostały zawarte w wystąpieniu RPO do Dyrektora Generalnego SW⁷. Podkreślono w nim, że jednostki penitencjarne nie mają odpowiednio przygotowanych zespołów specjalistów z szerokim doświadczeniem medycznym oraz pozamedycznym, nie dysponują także odpowiednim sprzętem medycznym. Brakuje również miejsc dysponujących odpowiednimi warunkami, dostosowanymi do potrzeb tych osób pod względem bytowym i prowadzonych oddziaływań. Ponadto kadra jednostek nie podejmuje często odpowiednich działań stymulujących skazanych, a brak aktywności życiowej prowadzi do pogłębienia się ich apatii i dalszego uzależnienia od innych. Wskazano na konieczność uwzględnienia przez Służbę Więzienną szczególnych potrzeb osadzonych, w tym związanych z ich wiekiem i stanem zdrowia, co wynika z określonej w art. 67 k.k.w. zasady zindywidualizowanego oddziaływania. W ocenie Rzecznika niektóre z osób przewlekle chorych nie powinny przebywać w warunkach izolacji penitencjarnej. Jeśli jednak są obiektywne przeszkody uniemożliwiające zwolnienie ich z więzienia, to należy zadbać, by przebywali w warunkach zapewniających ochronę ich godności ludzkiej.

W odpowiedzi Dyrektor Generalny SW wskazał, iż problem podnoszony przez Rzecznika jest znany Służbie Więziennej, która w ramach posiadanych środków finansowych i możliwości realizuje opiekę i świadczenia medyczne w niezbędnym zakresie. Problemem jest brak odpowiednich środków finansowych i niedobór kardy medycznej, w tym pielęgniarskiej, jak również niedostateczna współpraca podmiotów pozawięziennych.

Problem pobytu osób przewlekle somatycznie chorych w jednostkach penitencjarnych będzie nadal monitorowany przez Rzecznika Praw Obywatelskich.

5.3. Brak kontroli sądowej dotyczącej kontroli osobistej osadzonych

Wobec więźniów funkcjonariusze Służby Więziennej muszą niekiedy dokonać kontroli osobistej w celu sprawdzenia, czy nie posiadają oni przedmiotów zabronionych lub niebezpiecznych. Warto jednak podejmować decyzję o jej przeprowadzeniu z właściwą rozważą, profesjonalizmem i poszanowaniem godności człowieka. W przeciwnym wypadku kontrola osobista może przybierać formę narzędzia opresji, zostając uznana za poniżające traktowanie. Aktualnie, w przypadku, gdy dyrektor podejmie decyzję o poddaniu więźnia kontroli, nie wydaje on decyzji, którą osadzony mógłby zaskarżyć do sądu, w trybie art. 7 k.k.w. Sąd nie może zatem ocenić, czy była to decyzja słuszna. Brak zewnętrznej kontroli

⁷ IX.517.532.2019

czynionej przez niezależny sąd, może stanowić pole do nadużyć. W związku z tym za niezwykle istotną i pożądaną uznać należy zmianę przepisów obowiązujących w przedmiocie kontroli osobistej więźniów w taki sposób, by zasadność i sposób jej realizacji podlegały zewnętrznej weryfikacji. Sądowa weryfikacja kontroli czyniona *de facto* po jej przeprowadzeniu, będzie miała również wartość prewencyjną skutkując odstrasżająco wobec osób pragnących korzystać bez potrzeby z tego uprawnienia.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że w przeszłości dochodziło do sytuacji, gdy decyzja o zastosowaniu kontroli osobistej nie znajdowała uzasadnienia z punktu widzenia bezpieczeństwa, na co wskazywał ETPCz w wyrokach przeciwko Polsce: *Codziennie kontrole osobiste więźnia połączone z obowiązkiem rozebrania się do naga nie wynikały z żadnych konkretnych potrzeb bezpieczeństwa i nie były związane z podejrzeniami wynikającymi z zachowania skarżącego. Taka praktyka musiała wywołać w człowieku uczucie poniżenia, cierpienia i przygnębienia, które wykroczyło poza nieuniknione cierpienie i upokorzenie związane z odbywaniem kary więzienia*⁸.

Krajowy Mechanizm nie podważa zasadności dokonywania kontroli osobistej, jednak z uwagi na powyższe kwestie związane z jej zaskarżalnością, sprawa ta pozostaje w dalszym ciągu w polu jego zainteresowania.

5.4. Dokumentowanie obrażeń

Personel więzienny, w tym medyczny, nie dysponuje procedurami określającymi sposób postępowania, gdy więzień zgłosi, że padł ofiarą tortur lub przemocy, lub gdy zachodzi podejrzenie stosowania tortur lub przemocy wobec więźnia. Dokumentowanie obrażeń nie jest ponadto czynione zgodnie z wytycznymi Protokołu Stambulskiego⁹. Również wiedza na jego temat wśród personelu medycznego jest znikoma.

⁸ Wyrok *Świdorski przeciwko Polsce* z dnia 16 lutego 2016 r., skarga nr 5532/10, § 60-61.

⁹ Protokół Stambulski, czyli Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, to oficjalny dokument ONZ, utworzony przez grupę ekspertów, zawierający praktyczne wskazówki dotyczące metod tortur, ich skutków, sposobów identyfikacji na potrzeby procesu karnego oraz prowadzenia skutecznych dochodzeń o tortury. Jego stosowanie rekomenduje Podkomitet ONZ do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (SPT). Dostępny na stronie: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protok%C3%B3%C5%82-stambulski-podr%C4%99cznik-skutecznego-badania-i-dokumentowania-tortur-oraz-innego-okrutnego>.

Badanie lekarskie wszystkich osób umieszczanych w więzieniach i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania jest ważną gwarancją zapobiegania torturom i zwalczania bezkarności. Chroni też personel więzienny przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w jednostce penitencjarnej.

Wszelkie urazy należy nanieść na specjalny formularz przewidziany do tego celu, z wykresami ciała do oznakowania urazów. Pożądane byłoby fotografowanie ran, a zdjęcia powinny być dołączane do akt medycznych. Dodatkowo powinien być prowadzony specjalny rejestr urazów, w którym należy odnotowywać wszystkie rodzaje obrażeń. Wynik badania powinien być dostępny dla więźnia i jego prawnika. W przypadku ujawnienia tortur lub przemocy, niezależnie od woli więźnia, powinno się zawsze zawiadomić Prokuratora¹⁰.

Z tego też względu Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej o wprowadzenie precyzyjnych wytycznych, adresowanych w szczególności do lekarzy zatrudnionych w systemie penitencjarnym, które określą obowiązek właściwego dokumentowania fizycznych i psychologicznych skutków tortur i przemocy, a także zgłaszania takich przypadków właściwym organom ścigania.

Z odpowiedzi Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej nie wynika, aby wytyczne miały zostać wprowadzone. Zastępca Dyrektora Generalnego wskazał jedynie, że zagadnienia dotyczące ochrony praw człowieka i Protokołu Stambulskiego są przedmiotem systematycznych szkoleń personelu więziennego, w tym kadry oficerskiej.

W dniu 13.06.2018 r. Zastępca Dyrektora Generalnego SW rozesłał pismo do Dyrektorów Okręgowych SW, w którym przypomniał, by w przypadku doprowadzenia do jednostki penitencjarnej osoby z obrażeniami ciała postępować zgodnie z § 36 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. z 2015 r. poz. 927, ze zm.). W ocenie KMPT wskazany wyżej przepis i polecenie Zastępcy Dyrektora Generalnego SW są niewystarczające w obliczu standardów Podkomitetu ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (SPT) oraz Europejskiego

¹⁰ Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2013), § 71-84; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 22, 27, 50, 81; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 78.

Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT).

KMPT w dalszym ciągu będzie monitorował sprawę postępowania personelu jednostek penitencjarnych w przypadku zgłoszenia przez osadzonych tortur i przemocy ze strony funkcjonariuszy publicznych oraz dokumentowania obrażeń.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Badania lekarskie

Z uzyskanych przez osoby wizytujące informacji wynika, iż badania lekarskie osadzonego, zarówno wewnątrz jednostki oraz te które odbywają się w zewnętrznej placówce służby zdrowia, przeprowadzane są w obecności funkcjonariusza Służby Więziennej. Taka praktyka nie tylko osłabia prewencyjny charakter dostępu do lekarza jako mechanizmu zabezpieczającego przed torturami ale przede wszystkim nie jest zgodna z odpowiednimi przepisami Kodeksu karnego wykonawczego¹¹. Dodatkowo, w trakcie analizy dokumentacji wybranych osadzonych, przedstawiciele KMPT dostrzegli opis przypadku osadzonego skierowanego na badanie wykonywane *per rectum*, w trakcie którego, osadzony miał założone kajdanki na ręce, co więcej było ono wykonane w obecności dwóch funkcjonariuszy Służby Więziennej. W ocenie KMPT taka sytuacja jest niedopuszczalna, ponieważ może prowadzić u osadzonego do uzasadnionego poczucia poniżenia. W zasadzie każde badanie lekarskie jest bardzo intymną procedurą podczas, której dochodzi do ingerencji w fizyczność pacjenta, wymaga zatem prywatności i zbudowania poczucia bezpieczeństwa u osoby badanej.

W tym miejscu zaznaczyć należy, że od dnia 26 marca 2015 r. znowelizowany kodeks karny wykonawczy jako zasadę przyjmuje badanie skazanego bez obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego. W art. 115 § 8 k.k.w. przyjęto bowiem, iż skazanemu innemu niż określony w § 7a, świadczenia zdrowotne mogą być udzielane na wniosek osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, jeżeli jest to konieczne do zapewnienia jej bezpieczeństwa.

Działania takie są również niezgodne ze standardami międzynarodowymi. W ostatnim raporcie z wizyty na Ukrainie w 2016 roku, SPT zwrócił uwagę na fakt realizacji badań medycznych w obecności osób nie wchodzących w skład personelu

¹¹ Zob. art. 115 §7a-8 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 676 z późn. zm.).

medycznego (np. członków konwoju, strażników). Wskazał, że praktyka ta narusza poufność badania i może zniechęcać do dyskusji na temat obrażeń powstałych w wyniku tortur i złego traktowania. Podkomitet zalecił władzom Ukrainy, by wszystkie badania odbywały się z zachowaniem zasady poufności lekarskiej, w obecności wyłącznie personelu medycznego¹². Ponadto personel niemedyczny nie powinien mieć dostępu do dokumentacji medycznej¹³.

Także CPT zajął stanowisko w tej sprawie wskazując, że wszystkie badania medyczne osadzonych (zarówno tuż po przyjęciu, jak i na późniejszym etapie) powinny być przeprowadzane poza zasięgiem słuchu funkcjonariuszy służby więziennej, a także poza zasięgiem ich wzroku, chyba że lekarz w danej sprawie zgłosił zastrzeżenie przeciwne. Poza tym osadzeni powinni być badani pojedynczo, a nie grupowo¹⁴.

Przedstawiciele KMPT podkreślają konieczność zaprzestania przeprowadzania badań lekarskich w obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego, chyba że lekarz zgłosi taką potrzebę w związku z obawą o własne bezpieczeństwo.

6.2. Komunikacja z cudzoziemcami niewładającymi biegle językiem polskim

W trakcie oglądu jednostki delegacja KMPT spotkała się z osadzonym, który nie był w stanie porozumieć się w języku polskim. Osadzony komunikował się z członkami zespołu wizytującego z pomocą współwięźnia, który również był cudzoziemcem ale znał język polski. Obaj zgodnie twierdzili, że przy komunikacji z funkcjonariuszami SW czy innymi osobami na terenie Zakładu konieczna jest obecność współosadzonego ponieważ w innym wypadku nie byłby on w stanie porozumieć się z rozmówcą. Konieczność polegania na dobrej woli i chęci pomocy współosadzonego z pewnością może budzić u takiego cudzoziemca uzasadniony lęk, ponieważ nieustannie ma on poczucie zależności od innej osoby. Ponadto, mogą istnieć tematy o których nie chciałby on mówić współwięźniowi, a jednocześnie jest to jedyna droga do przekazania informacji innej osobie.

Jak ustaliła delegacja KMPT, Zakład Karny w Zamościu dysponuje tłumaczem, ale jak przyznano w rozmowach z członkami zespołu wizytującego nie zawsze jest on używany.

¹² Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maja 2017 r., CAT/OP/UKR/3, §53 i 58.

¹³ Raport SPT z wizyty na Malediwach, CAT/OP/MDV/1, § 231.

¹⁴ Zob. Trzecie Sprawozdanie Ogólne, CPT/Inf(93)12-part, § 51.

Z poddanej analizie dokumentacji wynikało ponadto, że w aktach osobowych cudzoziemców nie odnotowuje się języka w jakim przebiega rozmowa z cudzoziemcem, nie jest również odnotowywany fakt użycia tłumacza, jeśli taka rozmowa miałaby odbyć się w języku polskim.

Tymczasem, zgodnie ze wspomnianymi już powyżej tzw. Regułami Mandeli *Więżniowie są informowani niezwłocznie, w języku, jaki rozumieją i w szczególach, o charakterze zarzutów przeciwko nim, a także dysponują czasem i środkami pozwalającymi przygotować im obronę*¹⁵. Zgodnie z kolejną z nich *Informacje, o których mowa w regule 54 będą dostępne w najpowszechniej stosowanych językach, zgodnie z potrzebami populacji więziennej. W przypadku, gdy więzień nie rozumie żadnego z tych języków, zapewniona zostanie pomoc tłumacza*¹⁶. Z kolei reguła 61 mówi, że *Jeżeli więźniowie nie mówią językiem lokalnym, administracja więzienna ułatwi dostęp do usług niezależnego kompetentnego tłumacza*.

Kolejnym zbiorem zasad wskazującym reguły postępowania z więźniami są stworzone przez Radę Europy Europejskie Reguły Więzienne (dalej: ERW).¹⁷ Zgodnie z pkt. 38.1 ERW *Podjęmowane są specjalne starania by sprostać potrzebom więźniów należących do mniejszości językowych i etnicznych*.

W związku z powyższym KMPT zaleca:

1. Komunikowanie się bezpośrednio z osadzonymi przy pomocy tłumacza by uniknąć, jeśli nie ma takiej woli ze strony osadzonego, obecności osób trzecich przy rozmowach z funkcjonariuszami;
2. Odpowiednie odnotowywanie w odpowiednich notatkach (w przypadku lekarzy, pielęgniarek czy psychologów) lub protokołach (w przypadku funkcjonariuszy tego w jakim języku odbywają się rozmowy z cudzoziemcem niewładającym językiem polskim w wystarczającym stopniu.

6.3. Stosowanie kajdanek

Z uzyskanych informacji przez osoby wizytujące wynika, że stosowanie kajdanek podczas konwojowania osób pozbawionych wolności traktowane jest jako reguła.

¹⁵ Reguła 41

¹⁶ Reguła 54

¹⁷ Zalecenia Rec (2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych, przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 11 stycznia 2006 r.

Więźniowie podnosili również, że kajdanki zakładane są im także w trakcie badań lekarskich w placówkach zewnętrznych.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji podkreślają, że stosowanie środków przymusu bezpośredniego – a do takich należą kajdanki (art. 12 ust 1 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej, tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 2418) – ma charakter indywidualizowany i może nastąpić tylko pod warunkiem wystąpienia w konkretnym przypadku przesłanek ich zastosowania. Przesłanki te sformułowane zostały w art. 11 ustawy o środkach przymusu bezpośredniego.

Ponadto środki przymusu bezpośredniego należy stosować z zachowaniem zasady konieczności (muszą być niezbędne do osiągnięcia celów, w jakich zostały zastosowane), proporcjonalności (muszą być zastosowane proporcjonalnie do stopnia zagrożenia oraz minimalizacji dolegliwości (art. 6 ust. 1 w/w ustawy). Nie można z góry zakładać, że w każdym przypadku konwojowania osadzonego zachodzi któraś z przesłanek wymienionych w art. 11 w/w ustawy (w szczególności obawa ucieczki). Każdorazowe, automatyczne stosowanie kajdanek uznać też należy za sprzeczne z zasadami wyrażonymi w art. 6 ust. 1 ustawy.

Powyższy standard jest zgodny z rekomendacjami międzynarodowymi¹⁸. Jak podkreśla CPT, prawdziwy profesjonalizm personelu penitencjarnego wymaga, aby był on w stanie obchodzić się z osadzonymi w sposób przyzwoity i humanitarny, zwracając przy tym uwagę na kwestie bezpieczeństwa i porządku.

Ponadto kajdanki, nie powinny być stosowane jako zasada w czasie transportu¹⁹. Ich użycie powinno być uzasadnione oceną ryzyka w konkretnym przypadku, kiedy ich zastosowanie wydaje się absolutnie konieczne. Powinny być wówczas stosowane w sposób, który eliminuje ryzyko zranienia osoby konwojowanej²⁰. Ryzyko powstania ewentualnych obrażeń u pasażerów wzrasta gdy są oni skuci, a pojazd hamuje lub ulegnie

¹⁸ Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 13; Raport CPT z wizyty na Cyprze, CPT/Inf (2018) 16, § 15; Raport CPT z wizyty w Holandii, CPT/Inf (2017) 1, § 13; Raport CPT z wizyty w Belgii, CPT/Inf (2018) 8, § 18; Raport CPT z wizyty w Hiszpanii, CPT/Inf (2017) 34, § 8; Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii, CPT/Inf (2017) 9, § 14; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 53; Raport CPT z wizyty na Gibraltarze, CPT/Inf (2015) 40, § 11; Raport CPT z wizyty w Rosji, CPT/Inf (2013) 41, § 28; Raport SPT z wizyty w Chile, CAT/OP/CHL/1, § 45-46; Raport SPT z wizyty w Nowej Zelandii, CAT/OP/NZL/1, § 110-112.

¹⁹ Zob. Raport SPT z wizyty w Nowej Zelandii, CAT/OP/NZL/1, § 110-111; Transport of detainee, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24, pkt. 3. Security measures.

²⁰ Zob. Transport of detainee, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24, pkt. 3. Security measures; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 53.

wypadkowi. Stosowanie kajdanek ogranicza bowiem zdolność zatrzymanych do ochrony przed upadkiem²¹.

Za niedopuszczalne należy uznać stosowanie kajdanek w trakcie badań lekarskich (zob. pkt 6.1. niniejszego raportu) lub przykuwanie zatrzymanego do łóżka podczas pobytu w szpitalu. Taka praktyka narusza godność człowieka, utrudnia właściwe leczenie, hamuje rozwój właściwej relacji na linii lekarz-pacjent i może być szkodliwa dla obiektywności ustaleń medycznych²².

Mając powyższe na uwadze, KMPT przypomina, iż kajdanki nie mogą być profilaktycznie stosowane wobec wszystkich osób, ale tylko w sytuacji obiektywnego ryzyka. Należy zaznaczyć, że stosowanie kajdanek powinno być ograniczone czasowo do niezbędnego minimum. Biorąc pod uwagę powyższe zaleca się stosowanie środków przymusu z indywidualnych powodów i w oparciu o zasadę proporcjonalności²³.

6.4. Warunki materialne

Warunki materialne panujące w Zakładzie Karnym wizytujący ocenili jako poprawne. W trakcie wizytacji w jednostce prowadzone były prace termomodernizacyjne. Jak ustalono, zanim dokonano niezbędnych modernizacji, więźniowie stale uskarżali się na chłód lub wilgoć panującą w celach. Obecnie problem ten został niemal całkowicie zniwelowany, co często podkreślali sami osadzeni.

KMPT pozytywnie ocenia starania, ukierunkowane na podniesienie standardu odbywania kary pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania. Widzi jednak obszary wymagające poprawy.

Wszystkie okna w celach mieszkalnych zasłonięte były za pomocą nieprzezroczystych szyb (tzw. blind). Takie rozwiązanie stosowane jest ze względów bezpieczeństwa. Jednakże, KMPT stoi na stanowisku, iż jest to środek nieproporcjonalny do celu jakemu ma służyć. W praktyce utrudnia on bowiem dostęp do światła naturalnego i świeżego powietrza, potęguje wzrost temperatury w okresie letnim, co z kolei prowadzi do pogorszenia się samopoczucia więźniów i nie wpływa korzystnie na ich stan zdrowia.

²¹ Zob. Essex paper 3 Initial guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules, Penal Reform International Head Office i Human Rights Centre University of Essex, February 2017, Use of restraints, s. 57.

²² Zob. Raport CPT z wizyty w Hiszpanii, CPT/Inf (96) 9 [Part 1], § 150; Essex paper 3 Initial guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules, Penal Reform International Head Office in Human Rights Centre University of Essex, February 2017, s. 57 i 163.

²³ Zob. Raport z wizyty w Holandii, 9 sierpień 2012 r., CPT/Inf (2012) 21.

Członkowie zespołu wizytującego usłyszeli ponadto skargi na sposób zamontowania osłon, który powodował że w przypadku silnych opadów deszczu na stosunkowo dużą powierzchnię blind, generował się huk uniemożliwiający zaśnięcie w ciągu nocy. Dodatkowo, sposób ich zamontowania powodował, że w trakcie wizytacji zalegał na nich śnieg, ograniczając znacznie dopływ światła dziennego.

KMPT podkreśla, że brak naturalnego światła dziennego w celach może skutkować pogorszeniem zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego osadzonych, co może zostać uznane za ich niehumanitarne traktowanie. Brak naturalnego oświetlenia nie sprzyja również atmosferze w celach i może prowadzić do konfliktów między osadzonymi.

W odniesieniu do polskich jednostek penitencjarnych stanowisko zajął CPT podczas wizyt okresowych w 2013 r. i 2017 r. Takie rozwiązania są, w ocenie Komitetu, w większości przypadków niepotrzebne. Ograniczają bowiem osadzonym wyglądanie na zewnątrz, dostęp w odpowiedniej ilości do naturalnego światła i świeżego powietrza. CPT zalecił polskim władzom usunięcie blind i, jeżeli jest to rzeczywiście konieczne, zastąpienie ich rozwiązaniami umożliwiającymi dostęp naturalnego światła i świeżego powietrza do cel w odpowiedniej ilości²⁴.

CPT podkreśla, że *stosowanie tego typu środków powinno mieć charakter wyjątkowy. Oznacza to, że właściwe władze muszą zbadać przypadek każdego osadzonego w celu ustalenia, czy stosowanie szczególnych środków bezpieczeństwa jest rzeczywiście uzasadnione. Ponadto nawet gdy stosowanie takich środków jest niezbędne, nie powinny one wiązać się z pozbawieniem osadzonych światła naturalnego i świeżego powietrza. Korzystanie z tych ostatnich jest podstawowym elementem życia, do którego uprawniony jest każdy osadzony*²⁵.

KMPT uważa za niezbędne dokonanie przeglądu zamontowanych przesłon pod kątem konieczności ich utrzymania. W sytuacjach indywidualnych, gdy konieczne jest stosowanie takich szczególnych środków bezpieczeństwa, stosowanie rozwiązań zgodnych z międzynarodowymi standardami, które nie ograniczą osadzonym dostępu do światła naturalnego i świeżego powietrza.

W wizytowanej jednostce pola spacerowe nie są odpowiednio zadaszone. Bardzo mała powierzchnia zamontowanych zadaszeń w praktyce uniemożliwia korzystanie ze świeżego powietrza w czasie deszczu. Należy mieć na uwadze, że zamknięty charakter Zakładu karnego

²⁴ Zob. Raporty z wizyt w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 54 i CPT/Inf (2018) 39, § 69.

²⁵ Zob. Jedenasty Raport Generalny, CPT/Inf (2001)16, § 30.

powoduje, że osoby niepracujące spędzają w celi 23 godziny na dobę, dlatego możliwość codziennego skorzystania ze spaceru jest dla osadzonych szczególnie istotna.

W raporcie powizytacyjnym z 2014 roku CPT zalecił polskim władzom wyposażenie pól spacerowych w miejsca, w których można by się schronić w razie złych warunków atmosferycznych²⁶. KMPT rekomenduje w związku z powyższym poprawę warunków materialnych pól spacerowych poprzez zamontowanie zadaszeń umożliwiających schronienie się przed deszczem w części pola spacerowego, tak aby umożliwić osadzonym korzystanie z nich niezależnie od niekorzystnych warunków pogodowych.

6.5. Kontakt ze światem zewnętrznym

Widzenia dla skazanych odbywają się w każdy czwartek w godzinach od 14:00 do 16:00, a także w każdą niedzielę oraz w pierwszy dzień Wielkiej Nocy i pierwszy dzień Bożego Narodzenia w godzinach 8:00 - 14:00, za wyjątkiem widzeń bezdozorowych, które udzielane są w godzinach 8:00 - 15:00, w każdy dzień tygodnia.

W sali przeznaczonej do widzeń uniemożliwiających bezpośredni kontakt wydzielonych jest 6 stanowisk, natomiast w części przeznaczonej do realizacji widzeń w obecności osoby dozorującej wydzielonych jest 16 kilkusobowych stanowisk oraz kąpek dla dzieci wyposażony w tablicę, krzeselka dziecięce, książki etc.

Dotarcie do wymienionych wyżej sal wymaga pokonania kilkunastu stromych schodów (nie ma możliwości skorzystania z windy). Bez wątpienia stanowi to istotną przeszkodę dla osób niepełnosprawnych oraz osób z ograniczoną sprawnością ruchową. Z informacji uzyskanych w trakcie wizytacji wynika, że w przypadku zaistnienia takiej potrzeby, funkcjonariusz może udać się z osadzonym oraz odwiedzającymi go osobami do sali, która przeznaczona jest zwykle do tzw. widzeń bezdozorowych (znajduje się ona na kondygnacji parterowej). Należy jednak zauważyć, że nie jest to rozwiązanie skuteczne w przypadku gdy widzenia muszą odbywać się w sposób uniemożliwiający bezpośredni kontakt. Brak odpowiedniej infrastruktury w pomieszczeniu znajdującym się w kondygnacji parterowej sprawia, że osoba niepełnosprawna lub z ograniczoną sprawnością ruchową nie ma możliwości realizowania swojego uprawnienia.

KMPT zaleca w związku z powyższym uwzględnienie w najbliższych pracach modernizacyjnych zorganizowanie sal widzeń w sposób umożliwiający realizację

²⁶ Zob. Raport z wizyt w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 49.

odwiedzin także osobom niepełnosprawnym oraz osobom z ograniczoną sprawnością ruchową.

Na terenie Zakładu Karnego w Zamościu znajduje się również oddzielne pomieszczenie do odbywania widzeń bez osoby dozorującej jednak nie jest ono wyposażone w zakresie o którym mowa w odpowiednich przepisach²⁷. W czasie wizytacji członkowie delegacji dostrzegli, że w oknach brakuje zasłon, żaluzji lub rolet, prysznic w pomieszczeniu był uszkodzony.

Wizytujący ustalili, że prace mające na celu usunięcie wskazanych braków i usterek mają być niezwłocznie podjęte w związku z czym Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się z prośbą o udzielenie odpowiedzi na temat dostosowania pomieszczenia do użytku zgodnego z jego przeznaczeniem.

Zgodnie z Regułami Mandeli, biorąc pod uwagę przyszłość osadzonego po zwolnieniu należy dążyć do umożliwienia mu podtrzymywania lub poprawy jego relacji z pozostającymi na wolności osobami bliskimi oraz rodziną²⁸.

CPT podkreśla, że *bardzo ważne jest także, aby osadzeni utrzymywali względnie dobry kontakt ze światem zewnętrznym. Przede wszystkim osadzony musi mieć stworzoną możliwość utrzymywania relacji z rodziną i bliskimi przyjaciółmi. Promowanie kontaktów osadzonego ze światem zewnętrznym powinno stanowić zasadę wiodącą; wszelkie ograniczenia w kontaktowaniu się powinny być oparte wyłącznie na racjonalnych względach bezpieczeństwa lub uwzględnieniu możliwości fizycznych*²⁹.

Podkomitet podkreśla również rolę więziennej służby zdrowia w odniesieniu do kontaktów ze światem zewnętrznym. W jego opinii *służba zdrowia może także pomóc w ograniczaniu rozpadu więzów społecznych i rodzinnych, który zwykle idzie w parze z pozbawieniem wolności. Służba zdrowia powinna wspierać – w połączeniu z właściwymi organami socjalnymi – środki służące rozwijaniu kontaktów osadzonych ze światem zewnętrznym, np. dostępność odpowiednio zabezpieczonego pomieszczenia do odwiedzin, odbywające się we właściwych warunkach odwiedziny w gronie rodzinnym lub spotkania*

²⁷ Zob. Załącznik nr 3 (Tabela 17) do Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 grudnia 2016 r. w sprawie warunków bytowych osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz. U. 2016, poz. 2224).

²⁸ zob. Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli), Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 17 grudnia 2015 r., Reguła 106 oraz 107.

²⁹ Zob. Drugi Raport Generalny CPT, CPT/Inf (92) 3, § 51.

*małżeńskie/partnerskie, a także przepustki służące życiu rodzinnemu, podejmowaniu określonych zajęć, nauki czy też z okazji wydarzeń społecznych i kulturalnych*³⁰.

Stowarzyszenie Zapobiegania Torturom z Genewy (APT) podkreśla, że tortury i inne okrutne, nieludzkie lub poniżające traktowanie lub karanie w prawie wszystkich przypadkach mają miejsce w tajemnicy. Dostęp osób pozbawionych wolności do prawników, lekarzy oraz kontakt z przyjaciółmi lub członkami rodziny tworzy bardziej otwarte środowisko przetrzymywania, które pomaga zapobiegać torturom i złemu traktowaniu³¹. Zapewnienie zatrzymanym możliwości utrzymywania kontaktu z rodziną poprzez wizyty, rozmowy telefoniczne i korespondencję jest podstawowym prawem osadzonego, które dodatkowo może zapewniać mu istotne wsparcie i pomagać w ponownej integracji po zwolnieniu³².

6.6. Personel

Personel jednostki uczestniczy w licznych kursach i szkoleniach mających, zarówno pośredni jak i bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo i sposób traktowania osób pozbawionych wolności. Przede wszystkim należy tu mieć na uwadze szkolenia z zakresu profilaktyki presuicydalnej, w tym m.in. szkolenie dla psychologów pn. „Samouszkodzenia i próby samobójcze. Geneza i profilaktyka” odbyte w roku 2019 oraz wewnętrzne szkolenia prowadzone w roku 2018 i 2019 w zakresie rozpoznawania zachowań sygnalizujących możliwość autoagresji oraz udzielania pierwszej pomocy osobom, które targnęły się na własne życie. Ponadto, w obu minionych latach personel Zakładu karnego uczestniczył w szkoleniach dla psychologów działów penitencjarnych, terapeutycznych i ośrodka diagnostycznego z zakresu realizacji zapisów Instrukcji nr 2/16 DG SW z dnia 29.08.2016 r. w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności, prowadzenia i dokumentowania oddziaływań psychologicznych.

Funkcjonariusze służby więziennej uczestniczyli również w szkoleniu z zakresu negocjacji w sytuacjach kryzysowych oraz kształtowani umiejętności osiągnięcia stabilizacji zawodowej po sytuacjach nadzwyczajnych zaistniałych podczas wykonywania zadań służbowych.

KMPT pragnie podkreślić, że docenia bogaty program szkoleń oferowany personelowi wizytowanej jednostki. Jednocześnie rekomenduje poszerzenie programów szkoleniowych o

³⁰ Zob. Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (93)12, § 63.

³¹ Association for the Prevention of Torture. Zob. Legal Safeguards to Prevent Torture The Right of Access to Lawyers for Persons Deprived of Liberty; March 2010 r.; APT.

³² Zob. Poglądy APT wyrażone na stronie: <https://www.apt.ch/detention-focus/en/themes/3/>

kolejne zagadnienia, które z pewnością przyczynią się do poprawy bezpieczeństwa osób pozbawionych wolności, m.in. o zagadnienia związane z:

- międzynarodowymi standardami dotyczącymi ochrony praw człowieka i prewencji tortur w tym z *Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, tzw. Protokołem Stambulskim (w szczególności personelu pielęgniarskiego i psychologów).
- komunikacją interpersonalną,
- postępowaniem z osobami wymagającej szczególnej pomocy i nadzoru oraz grupami wrażliwymi (np. osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, nie w pełni sprawnymi ruchowo, osobami z zaburzeniami psychicznymi, somatycznie chorymi),
- zakazem dyskryminacji (np. ze względu na niepełnosprawność, wiek, orientację seksualną, pochodzenie).

Odnosnie przywołanego w pkt. 1 Protokołu Stambulskiego należy powiedzieć przede wszystkim, iż jest to kluczowy dokument (m.in. dla personelu medycznego oraz psychologów) z punktu widzenia prewencji tortur. Wskazuje on podstawowe zasady rozpoznawania ofiar tortur, postępowania z takimi osobami, ale co równie kluczowe odpowiedniego dokumentowania obrażeń. W trakcie kolejnych wizytacji prewencyjnych KMPT zauważa niezmiennie, że systemowy problem braku właściwego dokumentowania obrażeń osadzonych w jednostkach penitencjarnych oraz wiedzy personelu medycznego w zakresie Protokołu stambulskiego nadal pozostaje aktualny. KMPT informował o problemie odpowiednie władze³³. Opisany problem jest o tyle kluczowy, że jedynie odpowiednie dokumentowanie złego traktowania może pozwolić na właściwe zabezpieczenie dowodów na stosowanie tortur, co ma z kolei niebagatelne znaczenie dla ich prewencji i zwalczania bezkarności sprawców.

Z tego też względu Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej o wprowadzenie precyzyjnych wytycznych, adresowanych w szczególności do lekarzy zatrudnionych w jednostkach penitencjarnych, które określą obowiązek właściwego dokumentowania fizycznych i psychologicznych skutków tortur i przemocy, a także zgłaszania takich przypadków właściwym organom ścigania³⁴. Rzecznik postulował również wprowadzenie przez Centralny Zarząd Służby Więziennej obowiązku korzystania z tzw. map

³³ Zob. Raporty Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur za rok 2017 – s. 43-45; za rok 2018 – s. 130-132. Zob. także wystąpienia generalne Rzecznika Praw Obywatelskich do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dni: 24.10.2017 r. (znak KMP.571.6.2017.JJ), 29.01.2019 r. (znak KMP.571.6.2017.AO) i 27.05.2019 r. (KMP.571.6.2017.AO).

³⁴ Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 24.10.2017 r. (znak KMP.571.6.2017.JJ).

ciała przez lekarzy więziennych przeprowadzających wstępne badanie osadzonych³⁵. Rekomendacje RPO nie zostały na chwilę obecną wdrożone.

SPT wskazuje, że Protokół stambulski jest niezbędnym narzędziem w wykrywaniu, dokumentowaniu i zgłaszaniu tortur i jako taki zniechęca do ich stosowania³⁶. CPT wielokrotnie podkreślał, że *szczególny wkład służb więziennej opieki zdrowotnej w zapobieganie złemu traktowaniu przez organy ścigania, poprzez systematyczne rejestrowanie obrażeń zaobserwowanych u nowo przybyłych więźniów i, w stosownych przypadkach, dostarczanie informacji odpowiednim władzom. Wszelkie oznaki przemocy zaobserwowane podczas kontroli medycznej więźnia przy przyjęciu do takiego zakładu powinny być w pełni zarejestrowane, wraz z wszelkimi stosownymi oświadczeniami więźnia i wnioskami lekarza. To samo podejście należy stosować za każdym razem, gdy więzień jest badany medycznie po brutalnym epizodzie w więzieniu*³⁷.

KMPT podkreśla, że odpowiednio dobrany i wyszkolony personel jednostki penitencjarnej jest w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki, bez uciekania się do przemocy i respektować minimalne gwarancje prewencji tortur, które przysługują osadzonym. W sytuacji zaś łamania praw człowieka podjąć właściwe działania, zgodne z obowiązującym prawem i pragmatyką służbową. Dlatego niezwykle ważne jest, by funkcjonariusze i pracownicy jednostki byli odpowiednio zmotywowani, świadomi w zakresie praw człowieka i postrzegali przemoc wobec więźniów jako działanie bezprawne, rzutujące na wizerunek całej jednostki i Służby Więziennej.

SPT wskazuje, że szkolenie powinno obejmować funkcjonariuszy na wszystkich poziomach, mieć charakter prewencyjny, przekrojowy oraz zawierać zasady i standardy w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowane na zapobieganie torturom i innemu okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu³⁸.

CPT z kolei podkreśla znaczenie komunikacji interpersonalnej i rozwoju odpowiednich relacji na linii funkcjonariusz – osadzony. Posiadanie odpowiednich umiejętności w tym zakresie może doprowadzić do zmniejszenia napięć w zakładzie karnym, rozładowanie sytuacji, które mogłyby przekształcić się w przemoc oraz zwiększyć kontrolę

³⁵ Zob. Wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dni: 29.01.2019 r. (znak KMP.571.6.2017.AO) i 27.05.2019 r. (KMP.571.6.2017.AO).

³⁶ Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. Raport z wizyty w Portugalii, CAT/OP/PRT/1, § 93.

³⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Finlandii, CPT/Inf (2015) 25, § 80.

³⁸ Zob. Raport SPT z wizyty w Meksyku, CAT/OP/MEX/1, § 95.

i bezpieczeństwo. W rezultacie praca personelu więziennego może być znacznie bardziej satysfakcjonująca³⁹.

Zgodnie ze standardami CPT personel penitencjarny musi zachować czujność na sygnały budzące niepokój, a także być gotowy i właściwie wyszkolony, aby w razie konieczności interweniować. W tym kontekście decydującym czynnikiem jest obecność pozytywnych relacji pomiędzy personelem a osadzonymi, w oparciu o zapewnienie osadzonym bezpieczeństwa i opieki, co w dużym stopniu zależy od posiadania przez personel właściwych umiejętności komunikacji międzyludzkiej⁴⁰.

O potrzebie odpowiednich szkoleń personelu więziennego (w tym z zakresu nadzoru nad grupami wrażliwymi) mówią również Reguły Mandeli. Zgodnie z nimi *cały personel więzienny będzie charakteryzował się odpowiednim poziomem wykształcenia oraz zapewnione mu zostaną możliwości i środki niezbędne do wykonywania swoich obowiązków w sposób profesjonalny. (...) Po rozpoczęciu swojej służby i w trakcie swojej kariery zawodowej personel będzie utrzymywał i pogłębiał wiedzę oraz umiejętności zawodowe, uczęszczając na regularnie organizowane kursy*⁴¹.

7. Zalecenia

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

I. Dyrektorowi Zakładu Karnego w Zamościu:

1. Zwiększenie liczby psychologów zatrudnionych w Zakładzie bądź zwiększenie dostępności obecnie zatrudnionych psychologów;
2. Zaprzestanie przeprowadzania badań lekarskich w obecności funkcjonariusza niewykonyjącego zawodu medycznego, chyba że lekarz zgłosi taką potrzebę w indywidualnym przypadku w związku z obawą o własne bezpieczeństwo;
3. Stosowanie kajdanek tylko wtedy, gdy wyraźnie uzasadnia to ocena ryzyka w indywidualnym przypadku;
4. Zapewnienie, aby wszelkie informacje dotyczące praw i obowiązków więźniów, także zasad odbywania kary pozbawienia wolności oraz tymczasowego aresztowania były przekazywane osadzonym w języku dla nich zrozumiałym;

³⁹ Zob. Jedenasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2001)16, § 26; Drugi Raport Generalny, CPT/Inf (92) 3, § 60.

⁴⁰ Zob. Jedenasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2001)16, § 27.

⁴¹ Zob. Reguły Mandeli, Reguła 75.

5. Odnotowywanie informacji na temat sposobu komunikacji z cudzoziemcem w odpowiedniej dokumentacji z rozmowy;
6. Usunięcie przesłon z okien. W sytuacjach indywidualnych, gdy konieczne jest stosowanie szczególnych środków bezpieczeństwa, stosowanie rozwiązań zgodnych z międzynarodowymi standardami, które nie ograniczą osadzonym dostępu do światła naturalnego i świeżego powietrza;
7. Poprawę warunków materialnych na polach spacerowych poprzez zamontowanie zadaszeń umożliwiających schronienie się przed deszczem w części pola spacerowego, tak aby umożliwić osadzonym korzystanie z nich niezależnie od niekorzystnych warunków pogodowych.
8. Dokonanie przeglądu warunków lokalowych w celu zapewnienia możliwości realizowania widzeń osadzonych z osobami niepełnosprawnymi oraz z osobami o obniżonej sprawności ruchowej;
9. Włączenie do programów szkoleniowych personelu jednostki penitencjarnej zagadnień związanych z międzynarodowymi standardami dotyczącymi ochrony praw człowieka i prewencji tortur omówionymi w pkt. 6.5. niniejszego raportu;
10. Przeszkolenie w szczególności personelu pielęgniarstwa oraz psychologów z treści *Protokołu Stambulskiego*.
11. Dostosowania oddzielnego pomieszczenia do odbywania widzeń bez osoby do wymogów wskazanych w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 grudnia 2016 r. w sprawie warunków bytowych osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych.

II. Dyrektorowi Okręgowemu Służby Więziennej w Lublinie:

1. Zapewnienie środków finansowych na realizację ww. zaleceń.