

Warszawa, dnia 31 stycznia 2018 r.

KMP.572.4.2018.MK

Raport
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Strzeżonego Ośrodka dla Cudzoziemców w Białymstoku
(wyciąg)

1. Wprowadzenie

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 5-7 listopada 2018 r., do Strzeżonego Ośrodka dla Cudzoziemców w Białymstoku (dalej: SOC, Ośrodek) udali się przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT lub Mechanizm): Justyna Zarecka (politolog w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego), Tomasz Górecki (psycholog, psychoterapeuta) oraz Marcin Kusy (prawnik). Ponadto w wizytacji udział wzięli: Marcin Sośniak - naczelnik Wydziału Praw Migrantów i Mniejszości Narodowych w Biurze RPO oraz Ewa Kownacka – ekspertka KMPT z zakresu psychologii. Opinia ekspertki w niezbędnym zakresie została włączona do treści raportu.

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania cudzoziemców przebywających w Ośrodku, by wzmocnić, jeśli to niezbędne, ich ochronę przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawić rekomendacje właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków zapewnionych osobom pozbawionym wolności i zapobieganie torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, w zgodzie z odpowiednimi standardami organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania Ośrodka, przedstawionych przez kpt. Andrzeja Eliaszkę – kierownika Sekcji Edukacyjnej oraz pracowników SOC;
- oglądzie wszystkich pomieszczeń Ośrodka, w tym sprawdzeniu stanu ich wyposażenia;

- przeprowadzeniu rozmów indywidualnych z wybranymi cudzoziemcami i osobami pracującymi w SOC;
- zapoznaniu się na miejscu z dokumentacją dotyczącą osób umieszczonych w Ośrodku oraz związaną z funkcjonowaniem placówki.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Ponadto, po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację indywidualną cudzoziemców.

Podczas wizytacji delegacja dokonała oceny legalności pobytu cudzoziemców, opieki psychologicznej, traktowania przez personel, zapewnionych warunków bytowych, realizacji prawa do ochrony zdrowia, prawa do informacji i do kontaktów ze światem zewnętrznym oraz swobody praktyk religijnych, a także przeanalizowała stan zatrudnienia i kwalifikacje personelu. Nadto, analizie poddano elementy opieki psychologicznej oraz identyfikacji i podejmowanych działań na rzecz osób po przeżyciu tortur i niehumanitarnego traktowania.

W niniejszym raporcie opisano jedynie te obszary, które w ocenie KMPT wyróżniają placówkę na tle pozostałych oraz te, które wymagają poprawy. Raport zawiera też sygnalizowane problemy o charakterze systemowym wymagające zmiany obowiązującego prawa lub jego stosowania.

2. Zakaz represji

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

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

3. Charakterystyka Ośrodka

Ośrodek Strzeżony dla Cudzoziemców w Białymstoku jest placówką dla mężczyzn, przystosowaną do przyjęcia 122 osób (w sytuacjach nadzwyczajnych, nawet do 127). Od kwietnia 2018 r. w Ośrodku trwa jednak remont, wobec czego jego pojemność tymczasowo zmniejszona została do 18 miejsc. Tyłu też cudzoziemców przebywało w placówce w

dniach wizytacji. Cudzoziemcy pochodzili z Wietnamu (4 osoby), Bangladeszu (3 osoby), Pakistanu (3 osoby), Tadżykistanu (2 osoby), Federacji Rosyjskiej (2 osoby, w tym jedna z Czeczenii), Indii, Iranu, Afganistanu i Sri Lanki (po 1 osobie).

4. Dobre praktyki

Pozytywnym aspektem opieki psychologicznej **przed remontem** była jej **dostępność na terenie Ośrodka w trybie stałych dyżurów**. Z informacji uzyskanych od Sekcji Edukacyjnej wynika, że cudzoziemcy mieli możliwość samodzielnego i bezpośredniego umawiania się na konsultacje. Ponadto osoby korzystające z usług psychologicznych nie były doprowadzane pod gabinet przez funkcjonariuszy ani funkcjonariuszki. Cudzoziemcy mogli samodzielnie schodzić do gabinetu. Informacja o dniach i godzinach dyżurów była umieszczona na drzwiach gabinetu. Dodatkowo psycholożka miała możliwość spotkania cudzoziemców poza gabinetem. Kiedy nie prowadziła konsultacji przebywała w bibliotece, pomieszczeniu Sekcji Edukacyjnej, czasem chodziła po korytarzu Ośrodka. Nawiązywała wtedy kontakt ze społecznością SOC, prowadziła rozmowy z cudzoziemcami pozwalające na przekazanie informacji o pomocy psychologicznej. Taka organizacja pozytywnie wpływała na dostępność wsparcia psychologicznego. Było to również korzystne z perspektywy Sekcji Edukacyjnej. Pozwalało to opiekunkom socjalnym i opiekunom socjalnym na przedstawianie psycholożki cudzoziemcom podczas pierwszej rozmowy lub pierwszych rozmów z cudzoziemcami, oraz pokazywanie miejsca (gabinetu psychologicznego) gdzie można skorzystać z pomocy. Ośrodek planuje przywrócić powyższe dobre praktyki po zakończeniu remontu.

Zespół Edukacyjny kieruje się wytycznymi wyznaczającymi zasady postępowania z osobami z grup wrażliwych, co wspiera zespół w realizacji ich zadań. Jest to nie tylko algorytm „Zasady postępowania Straży Granicznej z cudzoziemcami wymagającymi szczególnego traktowania”, ale również inne dokumenty, takie jak między innymi wytyczne określające czas pracy i strój opiekunów i opiekunek socjalnych. Osoby te pracują w trybie zmianowym, nie noszą mundurów, ubierają się po cywilnemu, co jest niezwykle ważne w kontaktach z osobami po doświadczeniach traumatycznych, w szczególności torturach, których nieodzownym elementem jest stosowanie przemocy przez osoby reprezentujące władzę, w praktyce często przez osoby umundurowane. Od 2015 nowe osoby zatrudniane w Zespole Edukacyjnym muszą posiadać wykształcenie pedagogiczne. W 2017 roku wprowadzono arkusze wspierające Zespół Edukacyjny w prowadzeniu obserwacji osób umieszczonych. Arkusze te ułatwiają

identyfikację szczególnych potrzeb tych osób. W zbiorze dokumentów, z których korzysta Sekcja znajduje się również wydruk Protokołu Stambulskiego w języku polskim. Dzięki temu opiekunki socjalne i opiekunowie socjalni mają możliwość bieżącego korzystania ze standardów identyfikacji i dokumentowania tortur i niehumanitarnego traktowania.

Zarówno **przed remontem jak i obecnie**, zgodnie z zapisami umów (z psychologką, z przychodnią) usługi psychologiczne powinny być **realizowane w ciągu 2 dni** od momentu zgłoszenia przez SG takiej potrzeby. Rejestr usług psychologicznych oraz informacje uzyskane od personelu Ośrodka wskazują, że zarówno przed remontem jak i aktualnie usługi realizowane są na bieżąco.

W związku z zakazem posiadania urządzeń technicznych służących do rejestrowania obrazu [art. 420 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U.z 2018 r., poz.2094 t.j), dalej: ustawa o cudzoziemcach] osoby posiadające **telefony komórkowe** z możliwością nagrywania zobowiązane są do ich zdeponowania. Placówka dysponuje odpowiednią liczbą telefonów komórkowych bez funkcji rejestrowania obrazu, które wydawane są cudzoziemcom zamiast ich własnych aparatów przekazywanych do depozytu. Do wydawanych telefonów cudzoziemcy mogą przełożyć swoje karty SIM. Osoby, które telefonu nie posiadają, mają dostęp do aparatu służbowego, który pozostaje w dyspozycji kierownika zmiany.

5. Problemy systemowe

5.1. Brak skutecznej procedury identyfikacji ofiar tortur/przemocy

W ośrodkach dla cudzoziemców funkcjonuje wewnętrzny algorytm Straży Granicznej „Zasady postępowania Straży Granicznej z cudzoziemcami wymagającymi szczególnego traktowania” (dalej: algorytm, „Zasady”), jednakże w opinii KMPT jest on sprzeczny z przepisami polskiego prawa oraz standardami Protokołu Stambulskiego i innymi wypracowanymi standardami międzynarodowymi. Algorytm ten bowiem nie dopuszcza „niezwłocznego zwolnienia” osadzonych cudzoziemców, którzy są domniemanymi ofiarami przemocy, z reżimu ośrodka strzeżonego, a dostępne leczenie i terapia na terenie ośrodków wobec zidentyfikowanych ofiar tortur ma jedynie charakter pogłębiający urazy psychiczne cudzoziemców w detencji. Wątpliwości w zakresie funkcjonowania „Zasad” Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił w wystąpieniu generalnym Komendantowi Głównemu Straży Granicznej¹.

¹ KMP.572.4.2016.

Mimo funkcjonowania wymienionego algorytmu, w wizytowanej jednostce zdiagnozowano przypadki postępowania niezgodnego z „Zasadami”:

- a) **cudzoziemiec, którego językiem ojczystym jest . Cudzoziemiec pochodzi z kraju, w którym od wielu lat trwa konflikt zbrojny, powszechne są tortury oraz przemoc wobec ludności cywilnej. Przebywał w placówce przez 5 miesięcy i 15 dni i został zwolniony w związku z uzasadnionym domniemaniem poddania go przemocy**

Cudzoziemiec został umieszczony w Ośrodku w dniu . W protokole zatrzymania cudzoziemca odnotowano przeprowadzenie badania medycznego, jednak brak jest dokumentu, który to potwierdza. W dokumentacji medycznej prowadzonej w ambulatorium Ośrodka brakuje wywiadu chorobowego sporządzonego przy użyciu formularza zgodnego z wytycznymi Zarządu Głównego KGSG, w którym cudzoziemiec miałby szansę odpowiedzieć w zrozumiałym dla siebie języku na pytania dotyczące przeżycia przemocy fizycznej, psychicznej oraz przeżycia zdarzeń traumatycznych.

W dokumentacji administracyjnej brak jest ponadto notatki z pierwszej rozmowy opiekuna socjalnego.

W dniu roku zostało przeprowadzone pierwsze badanie psychiatryczne na wniosek lekarza SG. W trakcie konsultacji lekarz odnotował, że cudzoziemiec powiedział, że wstrząsnęła nim informacja o zabiciu przyjaciela przed dziesięcioma dniami. Notatka zawiera również informację, że cudzoziemiec relacjonował, że ma kontakt z zabitym przyjacielem, rozmawia z nim, widzi go krzyczącego i całego we krwi, czuje spalone ciała. Doznania te pojawiały się głównie w nocy, czemu towarzyszyły zaburzenia snu. Psychiatra odnotował również, że cudzoziemiec zbierał części ludzkich ciał, widział zbombardowane obozy dla uchodźców oraz zbombardowano jego dom. Postawiona diagnoza to zaburzenia adaptacyjne. Psychiatra zalecił obserwację w kierunku zaburzenia stresowego pourazowego oraz podawanie leku przeciwdepresyjnego.

W dniu odbyło się pierwsze z dziesięciu spotkań z psycholożką. Spotkanie trwało 50 minut. W rejestrze usług psychologicznych psycholożka odnotowała „*halucynacje wzrokowe i słuchowe*”. Drugie spotkanie odbyło się 11 dni później i trwało 50 minut. W rejestrze usług psychologicznych psycholożka odnotowała „*PTSD? Halucynacje wzrokowe i słuchowe*”. Po pięciu dniach pielęgniarka odnotowała w historii choroby: „*po konsultacji psychoterapeutycznej z zaleceniem skierowania do psychiatry – w załączeniu. Halucynacje wzrokowe i słuchowe -> możliwość rozwinięcia się psychozy. Rozmowa z*

badanym – poinformowano o konsultacji psychiatrycznej”. Opisanym załącznikiem jest najprawdopodobniej dokument następującej treści: „Proszę o skierowanie do psychiatry, halucynacje słuchowe i wzrokowe -> możliwość rozwinięcia się psychozy”. Na dokumencie znajduje się pieczętka „Gabinet Psychoterapii i Analizy”, brak jest natomiast podpisu oraz daty. Następnie **przez ponad miesiąc nie odnotowano w dokumentacji żadnych działań identyfikacyjnych**. Kolejna konsultacja psychologiczna odbyła się w dniu . Spotkanie trwało 40 minut. W rejestrze usług psycholożka odnotowała „zaburzenia depresyjne”. Czwarta konsultacja odbyła się następnego dnia, i trwała 35 minut. W rejestrze brak jest innych informacji. Piąte spotkanie z psycholożką trwało 20 minut i odbyło się . W rejestrze usług jest opisane jako „wsparcie psychologiczne”. Dwa dni później, odbyła się szósta konsultacja psychologiczna, która trwała godzinę. Psycholożka odnotowała w rejestrze usług „wyróżnia „s”²”. Tego samego dnia, , cudzoziemiec został skonsultowany psychiatrycznie na izbie przyjęć, co udokumentowano kartą informacyjną ze szpitala psychiatrycznego w . W danych z wywiadu odnotowano konsultację psychiatryczną z dnia , podawanie w SOC leków Lerivon (lek przeciwlękowy, przeciwdepresyjny, uspokajający) oraz Hydroxyzinum (lek uspokajający i przeciwlękowy). Jako cel przywiezienia na konsultację podano myśli samobójcze i zachowania agresywne podczas konsultacji z psychologiem. Opis badania zawiera informację o utrudnionym kontakcie z cudzoziemcem ze względu na barierę językową – słabą znajomość języka angielskiego. W wyniku konsultacji rozpoznano zaburzenia adaptacyjne, zalecono włączenie do leczenia ambulatoryjnego leku Convulex (lek przeciwpadaczkowy, stosowany do redukcji wahań nastroju w chorobie afektywnej dwubiegunowej). Ponadto na dokumencie znajduje się adnotacja „Może przebywać w Ośrodku dla Uchodźców”. W dniu odbyła się siódma konsultacja psychologiczna. Spotkanie trwało 1,5 godziny i zostało opisane w rejestrze usług jako „konsultacja”. Kolejna, ósma konsultacja, odbyła się po ponad 2,5 tygodnia, i trwała 45 minut. Psycholożka odnotowała w rejestrze usług „pogorszenie stanu psychicznego, wsparcie psychologiczne”. Dopiero na dziewiątym spotkaniu w dniu psycholożka przeprowadziła diagnostykę. Konsultacja trwała 45 minut i została opisana w rejestrze usług „diagnostyka PTSD”. W dniu odbyło się badanie psychiatryczne na zlecenie lekarza SG. Psychiatra odnotował, że cudzoziemiec źle się czuje, czuje jakby była w nim inna osoba, stał się beczny, unika towarzystwa, doświadcza poczucia braku sensu życia, koszmarów sennych. Psychiatra wskazał na podejrzenie zaburzenia stresowego pourazowego

² „s” oznacza samobójstwo w zwrotach takich jak: wyrażać „s”, myśli „s”, zamiary „s”.

oraz poprosił o badanie psychologiczne. W dokumentacji medycznej znajduje się wniosek służby zdrowia o przeprowadzenie konsultacji psychologicznej z dnia . Dokument nie jest podpisany ani zaadresowany.

W dniu powstała opinia psychologiczna (po ośmiu dniach od diagnostyki oraz po ponad 4 miesiącach od pierwszej konsultacji psychologicznej). Opinia zawiera informację, że pierwsza konsultacja psychologiczna odbyła się w dniu z własnej inicjatywy cudzoziemca. Wskazuje to po pierwsze na to, że nie były w stosunku do niego prowadzone czynności identyfikacyjne. Po drugie oznacza to, że psycholożka nie wzięła pod uwagę wcześniejszych konsultacji. Psycholożka podała w danych z wywiadu, że cudzoziemiec żył wiele lat w bezpośrednim zagrożeniu życia oraz, że był torturowany. We wnioskach stwierdziła przebytą traumę, zaburzenie stresowe pourazowe (używając skrótu PTSD) oraz wskazała, że dalsze przebywanie w SOC „*naraża na utratę zdrowia*”.

W dniu została skierowana prośba do naczelnika wydziału – kierownika SOC o zwolnienie z Ośrodka. Następnego dnia, , cudzoziemca zwolniono i skierowano do ośrodka recepcyjnego Urzędu do Spraw Cudzoziemców. W dniu opiekunka socjalna sporządziła notatkę urzędową dotyczącą zwolnienia cudzoziemca z SOC. W notatce zawarta jest informacja o 11 konsultacjach psychologicznych (choć udokumentowanych jest tylko 10) oraz o prowadzeniu przez funkcjonariuszkę wielokrotnych rozmów mających na celu pomoc w adaptacji do warunków detencji i rozpoznania pod kątem kwalifikacji do grupy wrażliwej. Jednocześnie w dokumentacji brak jest potwierdzenia prowadzenia opisywanych działań. Należy zauważyć, że cudzoziemiec przez cały okres pobytu w SOC nie został zakwalifikowany przez Sekcję Edukacyjną do grupy wrażliwej, a identyfikacja psychologiczna i psychiatryczna nastąpiła dopiero po ponad 4 miesiącach, pomimo odbycia wielu konsultacji psychologicznych i trzech badań psychiatrycznych, odnotowywania objawów typowych dla osób po doświadczeniu przemocy i systematycznego pogarszania się stanu psychicznego cudzoziemca.

b) cudzoziemiec, którego językiem ojczystym jest oraz który posługuje się językiem angielskim

Cudzoziemiec został umieszczony w SOC w dniu . W dokumentacji administracyjnej oraz medycznej przekazanej przez SG brak jest dokumentów wskazujących na przeprowadzenie badania medycznego oraz psychologicznego w celu oceny, czy nie zachodzą przesłanki wykluczające detencję. Ponadto, ani w dniu przyjęcia do ambulatorium SOC , ani później nie przeprowadzono wywiadu chorobowego przy użyciu formularza zgodnego z

wytycznymi Zarządu Głównego KGSG, w którym cudzoziemiec miałby szansę odpowiedzieć w zrozumiałym dla siebie języku na pytania dotyczące przeżycia przemocy fizycznej, psychicznej (punkt 20 formularza wywiadu) oraz wydarzeń traumatycznych (punkt 21 formularza wywiadu).

W dniu _____ cudzoziemiec zgłosił się do psycholożki (najprawdopodobniej z własnej inicjatywy – brak jest dokumentów wskazujących na skierowanie go na konsultacje przez personel Ośrodka). W sumie odbył 8 konsultacji w okresie _____. Z „*Rejestru innych usług psychologicznych*” wynika, że na żadnym ze spotkań nie przeprowadzono diagnostyki psychologicznej mającej na celu ocenę, czy stan psychofizyczny osoby pozwala w uzasadniony sposób domniemywać, że została ona poddana przemocy.

W dniu _____ opiekun socjalny zakwalifikował cudzoziemca do grupy szczególnego traktowania na podstawie obserwacji zachowania cudzoziemca oraz informacji od cudzoziemca, że doświadczył on przemocy seksualnej. Zostało to udokumentowane notatką służbową. Zawarte w notatce opisy zachowania cudzoziemca z okresu _____³ jak i z końca _____ wskazują na możliwość przeżycia przemocy przez cudzoziemca. Pracownik socjalny zaleca objąć cudzoziemca „(...) *dalszą analizą SE*⁴” oraz „*wsparciem psychologicznym*”. Z treścią notatki zapoznał się kierownik Sekcji Edukacyjnej (w dniu _____) oraz naczelnik wydziału-kierownik SCO (w dniu _____), co potwierdzają odrębne adnotacje i podpisy na dokumencie. Zgodnie z algorytmem opiekun socjalny rozpoczął obserwację cudzoziemca, którą dokumentował kolejnymi notatkami (w dniach _____) oraz arkuszami obserwacji (w dniach _____). Z większością kolejnych notatek zapoznał się kierownik Sekcji Edukacyjnej oraz naczelnik wydziału – kierownik Ośrodka. Pierwszy arkusz obserwacji został przekazany psycholożce świadczącej usługi na terenie Ośrodka. Należy podkreślić, że pierwszy z arkuszy obserwacji został szczegółowo wypełniony, z wykorzystaniem możliwości wprowadzania dodatkowych uwag i komentarzy. Zawierał prawie wszystkie informacje zawarte w notatce z dnia _____ oraz dodatkowe informacje wynikające z prowadzonej obserwacji.

³ „(...)Nawiązując z cudzoziemcem coraz lepszy kontakt zauważyłem, że jego wypowiedzi na własny temat są bezosobowe i płytkie. Mówi dużo o rodzinie i problemach w (... kraju pochodzenia...), często towarzyszy temu płacz, jednak nie podaje szczegółów. Cudzoziemiec posiada duży poziom kontroli społecznej, zarówno teraźniejszej jak i zdalnej – rodzicielskiej. Jest powściągliwy w okazywaniu emocji, nieustannie usiłuje sprawiać wrażenie szczęśliwego”.

⁴ SE – sekcja edukacyjna.

Pomimo prawidłowego postępowania opiekuna socjalnego, **przez ponad miesiąc nie zostało zlecone badanie psychologiczne ani psychiatryczne** w celu dalszej weryfikacji, czy występuje uzasadnione domniemanie poddania przemocy.

W dniu odbyła się konsultacja psychiatryczna na wniosek lekarza SOC. Brak jest dokumentu jednoznacznie wskazującego na powody zlecenia konsultacji. Można domniemywać, że została zlecona na podstawie analizy notatek z monitoringu, które znajdowały się w dokumentacji medycznej cudzoziemca, i z którymi lekarz się najprawdopodobniej zapoznał. Psychiatra rozpoznał zaburzenia adaptacyjne i zaburzenia lękowe oraz wskazał na konieczność obserwacji w kierunku zaburzenia stresowego pourazowego. Zalecił badanie psychologiczne, kolejną konsultację psychiatryczną po przeprowadzeniu badania psychologicznego. Ponadto zalecił doraźne podawanie Hydroksyzyny (lek uspokajający i przeciwłękowy).

W udostępnionej dokumentacji brak jest dokumentów wskazujących na przeprowadzenie badania psychologicznego (opinia psychologiczna, zgoda na badanie psychologiczne itp.). Rejestr usług psychologicznych wskazuje jedynie na udzielenie wsparcia psychologicznego dotyczącego powrotu do kraju w dniu .

Kolejna konsultacja psychiatryczna odbyła się w dniu . Psychiatra potwierdził diagnozę zaburzenia stresowego pourazowego. Zalecił kolejną konsultację psychiatryczną za 3-5 dni oraz ponownie zalecił badanie psychologiczne. Również po tej konsultacji nie zostało przeprowadzone badanie psychologiczne. Kolejne dwa spotkania z psycholożką w dniach oraz opisane są w rejestrze usług jako dotyczące powrotu do kraju pochodzenia. W dniu cudzoziemiec został zwolniony z Ośrodka w celu realizacji powrotu do kraju pochodzenia.

Reasumując, cudzoziemiec został zakwalifikowany przez opiekuna socjalnego do grupy szczególnego traktowania oraz objęty monitoringiem. Pomimo, że dane z monitoringu wyraźnie wskazywały na możliwe przeżycie przez cudzoziemca przemocy, a lekarz psychiatra zdiagnozował zaburzenie stresowe pourazowe oraz zaburzenia adaptacyjne i lękowe, nie podjęto kroków dotyczących zwolnienia cudzoziemca ze strzeżonego Ośrodka. Cudzoziemiec przebywał w detencji przez cały okres wyznaczony przez sąd, do momentu powrotu do kraju pochodzenia.

c) cudzoziemiec z niepełnosprawnością sensoryczną, którego językiem ojczystym jest .

W dniu zatrzymania, , przeprowadzono badanie medyczne cudzoziemca. Z karty badania lekarskiego wynika, że badanie dotyczyło jedynie parametrów fizycznych stanu osoby. Odnotowano, że cudzoziemiec jest niewidomy od dziecka. W karcie badania oraz w zaświadczeniu o braku przeciwwskazań do umieszczenia w detencji brak jest informacji dotyczących zdrowia psychicznego.

Cudzoziemiec od momentu zatrzymania dokonywał kilkakrotnie samookaleczeń rąk oraz twarzy (paznokciami, ostrym przedmiotem). Pierwsze okaleczenie miało miejsce podczas konwojowania (udokumentowane notatką służbową z PSG Poznań-Ławica z dnia oraz notatką służbową z SOC z dnia). W dokumentacji medycznej cudzoziemca brak jest formularza wywiadu chorobowego.

W dniu zakwalifikowano cudzoziemca do grupy szczególnego traktowania w związku z niepełnosprawnością wzrokową. Cudzoziemiec zgłosił, że ma trudności w samodzielnym poruszaniu się po schodach oraz, że w przeszłości się okaleczał w celu rozładowania stresu. Rozpoczęto monitoring pod kątem szczególnych potrzeb wynikających z braku wzroku (notatka opiekuna socjalnego z dnia). Sekcja Edukacyjna podjęła starania mające na celu rozpoznanie i zabezpieczenie szczególnych potrzeb cudzoziemca – m.in. pomoc w codziennych czynnościach związanych z higieną osobistą, w robieniu prania, w odbieraniu posiłków. W dniu cudzoziemiec został umieszczony w izolatce medycznej „w związku z możliwymi trudnościami w schodzeniu na posiłki, jak i możliwymi innymi komplikacjami zdrowotnymi”. Kolejne notatki służbowe z monitoringu () oraz arkusz obserwacyjny (z obserwacji z) zawierają informacje o samookaleczeniach i lizaniu przez cudzoziemca swoich ran, zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego (pokój izolacyjny, pasy obezwładniające), odmowach przyjmowania posiłków ze względu na lęk przed otruciem przez personel kuchni, deklarację cudzoziemca, że był zmuszany do zażywania narkotyków przez policjantów w Holandii, informacje o hospitalizacji psychiatrycznej po śmierci matki przed sześcioma laty oraz o labilnym zachowaniu osoby (zmiany nastroju, naprzemienne unikanie i poszukiwanie kontaktu z funkcjonariuszami). W materiałach z monitoringu odnotowano, że cudzoziemiec tłumaczył swoje zachowanie zarówno stresem i potrzebą rozładowania napięcia, jak i tym, że chciał jak najszybciej wyjść z Ośrodka (przy czym ta deklaracja była odnotowywana przy okazji rozmów, w których pouczano cudzoziemca o konsekwencjach zachowań autoagresywnych – środkach przymusu

bezpośredniego oraz umieszczeniu w areszcie). W dniu przeprowadzono konsultację psychiatryczną na wniosek lekarza SOC. Psychiatra rozpoznał zaburzenia adaptacyjne i zalecił wsparcie psychologiczne. Lekarz ponadto odnotował, że cudzoziemiec tłumaczył wcześniejsze wypowiedzi o charakterze urojeniowym oraz samookaleczenia zdenerwowaniem, że nikt nie pracuje nad jego sprawą oraz chęcią wyjścia z SOC. Należy podkreślić, że konsultacja psychiatryczna odbyła się następnego dnia po zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego (pokoju izolacyjnego, pasów obezwładniających) i pouczeniu o możliwości umieszczenia w areszcie w przypadku dalszego nieprzestrzegania regulaminu.

Cudzoziemiec w okresie pobytu w placówce czterokrotnie skorzystał ze spotkań z psycholożką (w dniach). Wszystkie konsultacje odbyły się w izolatce medycznej. Z opisu konsultacji w rejestrze usług psychologicznych wynika, że miały one charakter wspierający. **Żadna z konsultacji nie miała charakteru diagnostycznego.**

Cudzoziemiec przebywał w Ośrodku niedostosowanym do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, nie przeprowadzono wobec niego wyczerpujących czynności identyfikacyjnych pod kątem doświadczenia przemocy oraz zagrożenia życia i zdrowia z przyczyn psychicznych. W konsekwencji cudzoziemiec spędził w detencji cały czas prowadzenia procedur administracyjnych, do momentu przekazania go do Holandii.

d) Obywatel , przekazany do Polski z innego kraju Unii Europejskiej

W dniu umieszczenia w SOC oraz badania w ambulatorium Ośrodka () cudzoziemiec zgłosił ustnie lekarce i pielęgniarce, że przeżył tortury. Przekazał dokumentację medyczną w języku przygotowaną w ramach programu rehabilitacji ofiar tortur (Rehabilitation Program for Victims of Torture). Dokumentacja zawiera między innymi diagnozę psychiatry z 2013 roku stwierdzającą zespół stresu pourazowego oraz zalecenie obserwacji, dalszej oceny klinicznej i wdrożenia psychoterapii poznawczej. W wywiadzie chorobowym cudzoziemiec zadeklarował wielokrotne przeżycie przemocy psychicznej i fizycznej. W dokumentacji medycznej brakuje ostatniej strony wywiadu chorobowego, nie wiadomo więc, czy cudzoziemiec miał możliwość odpowiedzi na pytanie dotyczące przeżyć traumatycznych.

Lekarka i pielęgniarka SG opowiedziały delegacji KMPT w trakcie wizytacji o tym przypadku. zaproponowały cudzoziemcowi konsultację psychologiczną. Nie planowały żadnych dalszych działań, co wynikało z braku wiedzy o procedurach postępowania w takich przypadkach. Pielęgniarka i lekarka były pracownicami SG, zatrudnionymi w ramach służby medycznej dedykowanej funkcjonariuszkom i funkcjonariuszom. W Ośrodku pełniły

obowiązki tymczasowo, w ramach zastępstwa, w niewielkim wymiarze czasu pracy - jako dodatkowe w stosunku do swoich obowiązków podstawowych. Nie miały również wiedzy o tym, że uzasadnione domniemanie poddania przemocy jest przesłanką wykluczającą detencję. Nie znały również Protokołu Stambulskiego.

Mimo, że taka organizacja pomocy medycznej jest tymczasowa należy podkreślić, że SOC nadal przyjmuje cudzoziemców, a co za tym idzie identyfikacja i zwalnianie osób, w stosunku do których zachodzi uzasadnione domniemanie poddania przemocy, powinny być sprawnie realizowane.

Sytuacja ta wskazuje również na brak skutecznego mechanizmu wdrażania nowych osób z personelu medycznego w obowiązki związane z identyfikacją grup wrażliwych w tym osób po przeżyciu przemocy.

Zespół KMPT poinformował personel medyczny o koniecznych dalszych krokach, zachęcił do zapoznania się z Protokołem Stambulskim oraz podręcznikami dedykowanymi poszczególnym grupom zawodowym i wskazał, gdzie można nieodpłatnie pobrać te publikacje. Ponadto delegacja zgłosiła tę sytuację kierownikowi Sekcji Edukacyjnej oraz osobie zastępującej w dniu wizytacji naczelnika wydziału – kierownika SOC.

5.2. Dostęp do technologii typu VoIP (Voice over Internet Protocol)

Cudzoziemcy przebywający w ośrodkach strzeżonych, mimo dostępu do internetu, nie mają możliwości skorzystania z bezkosztowych międzynarodowych połączeń telefonicznych, poprzez technologię VoIP. Tymczasem Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) niejednokrotnie podkreślał, iż cudzoziemcy powinni mieć zapewniony dostęp do komputerów z możliwością korzystania ze Skype oraz VoIP⁵. Nadto, na tę kwestię Komitet zwrócił uwagę podczas wizyty w Polsce w 2017 r., wydając stosowne zalecenie⁶.

5.3. Kraty w oknach pomieszczeń

Okna pokoi cudzoziemców od zewnątrz zabezpieczone są kratą. Mechanizm wielokrotnie podkreślał w raportach powizytacyjnych konieczność odstąpienia od tej praktyki. Stanowisko to znajduje poparcie w opinii CPT, zgodnie z którą warunki w miejscach detencji

⁵ Patrz: par.133, Raport CPT z wizyty w Byłej Jugosłowiańskiej Republice Macedonii w 2014 r., CPT/Inf (2016) 8; par 82, raport CPT z wizyty w Danii w 2014 r., CPT/Inf (2014) 25 oraz pkt 5 Factsheet: Immigration detention (March 2017), CPT/Inf(2017)3.

⁶ Patrz: par. 54, Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018)39.

cudzoziemców odzwierciedlać winny ich prawny status. Zważywszy na fakt, iż umieszczeni w SOC cudzoziemcy nie są więźniami, wszelkie analogie do jednostek penitencjarnych powinny zostać wyeliminowane⁷. Mając na uwadze, że Ośrodek jest bardzo dobrze strzeżony oraz wyposażony w monitoring, możliwość jego samodzielnego opuszczenia jest ograniczona.

Możliwość zainstalowania krat w oknach strzeżonych ośrodków dla cudzoziemców przewidziana została w § 6. Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 24 kwietnia 2015 r. w sprawie strzeżonych ośrodków i aresztów dla cudzoziemców (Dz.U. z 2018 r., poz. 1576), zgodnie z którym *Pokoje dla cudzoziemców w strzeżonym ośrodku są wyposażone w (...) okna uchylne, których stosunek powierzchni liczonej w świetle ościeżnic stanowi nie mniej niż 1/8 powierzchni podłogi, z zainstalowaną na zewnątrz kratą z prętów lub płaskowników, albo okna, których stosunek powierzchni liczonej w świetle ościeżnic stanowi nie mniej niż 1/8 powierzchni podłogi, o konstrukcji zapewniającej bezpieczeństwo oraz udaremnienie ucieczki cudzoziemca, z których co najmniej jedno jest uchylne; (...)*. Warto w tym miejscu podnieść, iż w większości strzeżonych ośrodków dla cudzoziemców zrezygnowano z krat w oknach, co przedstawiciele Mechanizmu przyjęli z zadowoleniem. W związku z powyższym, KMPT zaleca Komendantowi Placówki Straży Granicznej w Białymstoku demontaż krat i instalację okien zapewniających bezpieczeństwo oraz udaremnienie ucieczki cudzoziemca.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Działania identyfikacyjne podejmowane w Ośrodku

Ważnym aspektem skuteczności identyfikacji osób po przeżyciu ofiar tortur i nieludzkiego traktowania jest szybkość, z jaką zostaną one zidentyfikowane i objęte działaniami adekwatnymi do ich potrzeb. Głównym wskaźnikiem jest to, w jakim czasie od przyjęcia do ośrodka osoba została zakwalifikowana do grupy wrażliwej oraz w jakim czasie od momentu kwalifikacji otrzymała konieczną pomoc, która w przypadku osób po przeżyciu tortur i innych form przemocy polega na jak najszybszym zwolnieniu z ośrodka, a w okresie do zwolnienia na udzielaniu kompleksowego wsparcia redukującego negatywne skutki detencji (przy czym należy podkreślić, że nadrzędne jest zwolnienie z ośrodka, a wsparcie jest konsekwencją detencji, dlatego też detencja nie powinna być przedłużana ze względu na udzielane wsparcie).

⁷ Patrz: par. 51, Raport CPT z wizyty na Malcie w 2008 r., CPT/Inf (2011) 5.

Na pierwszy, przesiewowy etap identyfikacji po umieszczeniu w detencji składają się: wywiad chorobowy oraz rozmowa z opiekunem socjalnym. Przeanalizowana dokumentacja medyczna w przypadku 8 osób nie zawierała wywiadu chorobowego. Jest to formularz, w którym między innymi, osoba ma możliwość w zrozumiałym dla siebie języku odpowiedzieć na pytania o to, czy była poddana przemocy psychicznej i / lub fizycznej (punkt 20) oraz czy doświadczyła przeżyć traumatycznych (punkt 21).

Z kolei w notatkach służbowych z pierwszych rozmów brak jest adnotacji o przeprowadzeniu pogłębionych rozmów mających na celu wstępne rozpoznanie przesłanek mogących wskazywać na przeżycie tortur, przemocy lub szczególne potrzeby wynikające z innych przyczyn. Brak jest wytycznych dotyczących takich rozmów – ich zakresu, pytań, które należy zadać badając przynależność do poszczególnych grup wrażliwych. Nie są również określone sposoby interpretacji zgromadzonego materiału ani kryteria, w oparciu o które pracownik socjalny powinien uznać, że osoba posiada szczególne potrzeby. Osoby z Zespołu Edukacyjnego, mimo ich aktywnej roli w identyfikacji określonej algorytmem, nie zostały wyposażone w narzędzia umożliwiające efektywne i transparentne realizowanie swoich działań w zakresie identyfikacji szczególnych potrzeb, w tym rozpoznawania osób po doświadczeniu tortur i innych form przemocy.

Oznacza to, że mechanizm wczesnej identyfikacji jest zawodny. Jest to kluczowe, ponieważ wczesne rozpoznanie ma za zadanie uruchamiać dalsze działania przewidziane algorytmem, a w przypadku występowania przeciwwskazań do detencji skutkować zwolnieniem z Ośrodka. Wpływa to negatywnie na szybkość i efektywność identyfikacji, a w konsekwencji na opóźnienie zwolnienia z Ośrodka lub brak identyfikacji i kontynuację detencji (przykład w punkcie 5.1.a Raportu).

Ponadto aktualnie algorytm nie jest realizowany w zakresie przekazywania przez służbę medyczną Zespołowi Edukacyjnemu informacji o deklaracji cudzoziemca w wywiadzie chorobowym, że został poddany przemocy fizycznej lub psychicznej, albo przeżył zdarzenie traumatyczne (przykład w punkcie 5.1.c Raportu).

6.2. Opieka psychologiczna

a) Dostępność

Z treści umowy z psycholożką zewnętrzną, świadczącą usługi psychologiczne w okresie lipiec 2017 – lipiec 2018, wynika, że przewidziano 480 godzin usług psychologicznych. Usługi według zapisów umowy powinny być realizowane w wymiarze 8 godzin tygodniowo, w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach 07:45-15.45. Przewidziano możliwość zwiększenia liczby godzin w skali tygodnia, z zastrzeżeniem limitu godzin przewidzianych w skali roku (480).

Zapisy w obowiązującej aktualnie umowie z zewnętrznym podmiotem medycznym przewidują 80 godzin konsultacji psychologicznych w okresie roku od podpisania umowy, czyli od dnia 11.10.2018 do dnia 10.10.2019.

W placówce może być umieszczonych 122 cudzoziemców, a w wyjątkowych sytuacjach 127 osób. Przy limicie rocznym 480 godzin oznacza to, że na jedno miejsce w Ośrodku przypadają 4 godziny usług psychologicznych. Przy limicie rocznym 80 godzin oznacza to, że na jedno miejsce w Ośrodku przypada poniżej jednej godziny usług psychologicznych. Oba limity godzin, zdaniem ekspertki KMPT, są niewystarczające w stosunku do limitu miejsc i powinny być zwiększone.

Cudzoziemcy, z którymi przeprowadzono rozmowy, wiedzieli o możliwości skorzystania ze spotkania z psychologiem. Nie mieli natomiast wiedzy o naturze ani celu tego rodzaju wsparcia, ani o swoich prawach. Dotyczyło to zarówno osób, które nie odbyły żadnej konsultacji, jak również osoby, która skorzystała ze spotkań z psycholożką. Osoby myliły zawód psychologa i psychiatry. Nie wiedziały też, co dzieje się z informacjami, które przekazują psycholożce. Nikt również nie wiedział, że psychologów i psycholożki obowiązuje tajemnica zawodowa, ani jaki jest jej zakres. W ramach pierwszej rozmowy opiekuna socjalnego lub opiekunki socjalnej z osobą umieszczoną przekazywana jest informacja o możliwości skorzystania z konsultacji psychologicznych. Informacja ta jest zawarta w porządku dnia, omawianym podczas pierwszej rozmowy. W analizowanej dokumentacji każdego z cudzoziemców znajdowała się notatka wskazująca na przekazanie informacji o porządku dnia. W notatkach nie wyszczególniono jednak, w przeciwieństwie do innych elementów porządku dnia, omówienia zasad korzystania z pomocy psychologicznej. Aktualnie brak jest takiej informacji w ogólnodostępnym miejscu.

Opieka psychologiczna świadczona jest przez podmiot zewnętrzny, który zatrudnia 3 psycholożki (zgodnie z informacjami dostępnymi na stronie internetowej podmiotu). Jednak umowa nie precyzuje, ile osób powinno świadczyć usługi, ani nie zobowiązuje podmiotu do realizacji usług psychologicznych przez więcej niż jedną osobę. Dane te nie dostarczają jednoznacznej informacji o tym, ile osób świadczy aktualnie wsparcie. Na podstawie zrealizowanych usług również nie można tego ocenić, ponieważ od czasu zawarcia umowy z przychodnią odbyła się tylko jedna konsultacja psychologiczna. Ponadto z informacji uzyskanych od SG wynika, że współpraca z zewnętrzną przychodnią jest rozwiązaniem czasowym. Po zakończeniu remontu planowane jest ponowne zatrudnienie lub nawiązanie współpracy tylko z jedną osobą.

Ze specyfikacji zamówienia zarówno w przypadku umowy zawartej z psycholożką, jak i umowy zawartej z przychodnią, nie wynika obowiązek realizacji usług psychologicznych w językach obcych. W ofercie złożonej przez psycholożkę, zadeklarowała ona znajomość języka angielskiego i rosyjskiego. Oferta złożona przez przychodnię nie zawierała części, w której podmiot oferujący usługi musiał zaznaczyć języki, w jakich jest w stanie realizować. Żadna z zawartych umów nie zawiera zapisów wymagających kompetencji językowych.

W trakcie wizytacji personel Ośrodka wskazał na trudności w zapewnianiu tłumaczeń w ramach pomocy psychologicznej. Problemy związane są z małą dostępnością osób tłumaczących z języków innych niż europejskie, geograficznym oddaleniem tych osób od Ośrodka, oraz stawkami, które są przez osoby tłumaczące oceniane jako nieopłacalne w stosunku do kosztów, czasu dojazdu oraz zleconego wymiaru usługi. W związku z tym placówka posiłkuje się tłumaczeniami zapewnianymi przez personel Ośrodka (dotyczy to również języków europejskich np. francuskiego) lub przez innych cudzoziemców. Zdaniem KMPT praktyka ta prowadzi do naruszenia prawa do prywatności oraz tajemnicy psychologicznej.

b) Dokumentacja psychologiczna

Dokumentacja psychologiczna jest przechowywana razem z dokumentacją medyczną. Oznacza to, że mają do niej dostęp nie tylko psycholodzy lub psycholożki, ale również personel lekarski, pielęgniarski i ratownicy. Dokumentacja psychologiczna zgodnie z zapisami ustawy o zawodzie psychologa, jak również stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, nie jest dokumentacją medyczną i jako taka powinna być oddzielnie prowadzona i przechowywana. Treść dokumentacji objęta jest tajemnicą zawodową psychologa. Nie

powinny mieć do niej dostęp osoby, które taką tajemnicą zawodową nie są objęte. Należy zaznaczyć, że w świetle obowiązującego prawa tajemnica zawodowa psychologa i lekarza mają inny zakres i są inaczej chronione prawnie.

Jednocześnie udostępniona dokumentacja medyczna osób, które korzystały ze wsparcia psychologicznego, w tym były diagnozowane psychologicznie, nie zawierała dokumentacji psychologicznej, takiej jak np. notatki (czyli tak zwane dane surowe z sesji i obserwacji), opinie psychologiczne (zawierające wnioski, zalecenia, diagnozy), plany prowadzenia wsparcia i terapii, narzędzia diagnostyczne, zgody na badanie, zgody na wydanie opinii i przekazanie jej osobom trzecim⁸. Pojawia się pytanie o to, czy notatki są prowadzone na bieżąco, czy oddziaływania psychologiczne są planowane, mają określony cel, opierają się na analizie rzetelnie gromadzonego materiału.

Każda z trzech opinii psychologicznych przygotowanych w ramach usług psychologicznych zapewnianych przez Ośrodek miała inny format i zawierała inny rodzaj informacji. Opinie różniły się szczegółowością. W żadnej z opinii psycholożka nie posługiwała się systemem diagnostycznym ICD-10. Żadna z opinii nie zawierała informacji o zastosowanych metodach diagnostyki. Dokumentacja osób, o których wydano opinie psychologiczne, nie zawiera pisemnych zgód osób na przeprowadzenie badania psychologicznego, na wydanie opinii psychologicznej po badaniu, ani na przekazanie jej osobom trzecim. Nie ma odnotowanych działań mających na celu uzyskanie świadomej zgody (poinformowanie o celu badania, jego przebiegu, konsekwencjach, prawach osoby badanej) ani faktu uzyskania takiej zgody. Należy podkreślić, że obowiązującym standardem jest uzyskiwanie takiej zgody na piśmie.

Wskazuje to na brak standardu dotyczącego prowadzenia dokumentacji psychologicznej, prowadzenia diagnostyki w kierunku identyfikacji przesłanek wykluczających detencję oraz opiniowania.

6.3. Opieka medyczna

W ambulatorium Ośrodka brak jest zbioru dokumentów zawierających wytyczne dotyczące postępowania z grupami wrażliwymi, w tym również opisywanego poniżej algorytmu. Jak wspomniano wyżej, personel medyczny pełniący obowiązki tymczasowo, w okresie remontu, nie został przygotowany do realizacji algorytmu i nie posiadał wiedzy o

⁸ Wyjątek stanowiła dokumentacja medyczna 4 osób, która zawierała opinie psychologiczne (jedna z opinii była opinią przygotowaną przez osobę działającą z ramienia organizacji pozarządowej).

swoich obowiązkach wynikających z algorytmu. W ambulatorium służba medyczna nie zna oraz nie ma do dyspozycji Protokołu Stambulskiego ani przeznaczonego dla tej grupy podręcznika (dodatku do protokołu stworzonego specjalnie dla służb medycznych).

Placówka wprowadziła praktykę oświadczeń cudzoziemców o upoważnieniu kierownika Ośrodka do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia oraz wglądu do dokumentacji medycznej. Wszystkie oświadczenia znajdujące się w zbadanej dokumentacji medycznej są tylko w języku polskim. Taka sytuacja powoduje wątpliwości co do tego, na ile zgoda jest wyrażana świadomie. W praktyce osoby podpisują dokument, z którego treścią nie mogą się zapoznać (poza odosobnionymi przypadkami osób posługujących się językiem polskim) i bez informacji, jakie są konsekwencje podpisania oraz odmowy podpisania dokumentu. Pełne zrozumienie treści składanego oświadczenia, jego konsekwencji oraz konsekwencji odmowy jego złożenia stanowią warunki konieczne udzielenia świadomej zgody. Mając to na uwadze przedstawiciele KMPT zalecają, aby wszelkie oświadczenia przekazywane do podpisu cudzoziemcom nieposługującym się językiem polskim były tłumaczone na język dla nich zrozumiały.

W związku z przechowywaniem dokumentacji psychologicznej razem z medyczną upoważnienie kierownika SOC do wglądu do dokumentacji medycznej dodatkowo rodzi problem możliwego (w tym nie intencjonalnego) przekroczenia uprawnień zawartych w upoważnieniu. Osoba upoważniona mając dostęp do dokumentacji medycznej w praktyce ma możliwość zapoznania się również z dokumentacją psychologiczną, na dostęp do której nie uzyskano świadomej i dobrowolnej zgody osoby. Jak zaznaczono wcześniej, dokumentacja psychologiczna nie jest dokumentacją medyczną w rozumieniu przepisów i jest objęta tajemnicą zawodową na innych zasadach niż dokumentacja medyczna.

6.4. Personel

W udostępnionym przez Straż Graniczną wykazie szkoleń osób zatrudnionych w placówce za okres 01.01.2017-06.11.2018 znajdują się 3 szkolenia poświęcone identyfikacji osób po przeżyciu przemocy, w tym tortur. Są to szkolenia zewnętrzne, a więc nie należące do cyklicznej puli szkoleń dostępnych dla personelu Ośrodka. W pierwszym i drugim szkoleniu uczestniczyły po 2 osoby, w trzecim udział wzięło 13 osób. Brak jest informacji, czy każdorazowo były to inne osoby, jak również informacji o roli i stanowiskach jakie te osoby pełnią w Ośrodku.

W ramach puli wewnętrznych szkoleń cyklicznych centralnych i lokalnych dostępnych dla personelu brak jest szkoleń dotyczących identyfikacji i postępowania z osobami po

doświadczeniu tortur i niehumanitarnego traktowania. Nie ma także wyszczególnionych szkoleń dotyczących identyfikacji i postępowania z osobami po doświadczeniach traumatycznych, w tym po doświadczeniu przemocy, ani szkoleń poświęconych rozpoznawaniu i reagowaniu na zachowania mogące stanowić objawy zagrożenia dla zdrowia psychicznego osoby⁹. Zdaniem wizytujących wskazane byłoby, aby cały personel został profesjonalnie przeszkolony w tym zakresie. Jest to tym bardziej istotne, że zgodnie z obowiązującym algorytmem, po badaniu medycznym, opiekun socjalny przeprowadza indywidualną rozmowę z osobą umieszczoną, ze szczególnym uwzględnieniem zidentyfikowania ewentualnej przesłanki do szczególnego traktowania¹⁰. Nie ulega wątpliwości, iż do diagnozowania przypadków potrzebny jest wcześniejszy trening oraz profesjonalna wiedza. W związku z powyższym przedstawiciele KMPT zalecają objęcie wszystkich pracowników SOC szkoleniem z zakresu identyfikacji osób należących do grup wrażliwych: ofiar handlu ludźmi, osób ze stresem pourazowym PTSD, z zaburzeniami psychicznymi.

7. Inne nieprawidłowości nie związane z pobytem w Ośrodku

7.1. Działania identyfikacyjne podejmowane przed umieszczeniem w detencji

Algorytm nakłada na Straż Graniczną obowiązek sprawdzenia, czy zachodzą przesłanki określone w art. 400 ustawy o cudzoziemcach, uniemożliwiające umieszczenie osoby w ośrodku. Weryfikacja powinna odbyć się przed złożeniem wniosku do sądu. Ustawodawca wyraźnie wskazuje na dwie, niezależne od siebie, przesłanki uniemożliwiające detencję. Należy odstąpić od zastosowania detencji jeśli: *1) mogłoby to spowodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia cudzoziemca; 2) stan psychofizyczny cudzoziemca może uzasadniać domniemanie, że cudzoziemiec był poddany przemocy*". Zgodnie z algorytmem wniosek powinien zatem być złożony jedynie w przypadku wykluczenia obu przesłanek, a informacja o braku każdej z przesłanek powinna zostać umieszczona we wniosku¹¹.

Z otrzymanych dokumentów wynika, że przed złożeniem wniosku lekarz jedynie opiniuje, czy bieżący stan zdrowia fizycznego osoby w momencie badania pozwala na pobyt w ośrodku. Oznacza to, iż ocenie nie podlega:

⁹ Pozytywny wyjątek stanowi szkolenie lokalne „Praktyczne aspekty rozpoznawania osób, w stosunku do których istnieje domniemanie bycia ofiarami handlu ludźmi” oraz szkolenie centralne „Handel ludźmi – poziom II”. Szkolenia te dotyczą jednej z grup wrażliwych, która zwykle doświadcza przemocy i ponosi jej psychologiczne konsekwencje.

¹⁰ Patrz: rozdział IV, Tryb postępowania po umieszczeniu w SOC, pkt 2.

¹¹ Patrz: rozdział IV, Tryb postępowania przed umieszczeniem w SOC, pkt 1.

- niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia, czyli ryzyko pogorszenia się aktualnego stanu zdrowia, np. zaostrzenie chorób somatycznych pod wpływem detencji, powstanie lub zaostrzenie zaburzeń psychicznych w związku z retraumatyzacją i stresem wywołanym detencją;
- stan zdrowia psychicznego (nie jest przeprowadzane badanie psychologiczne ani psychiatryczne, w odniesieniu do pierwszej przesłanki), ani stan fizyczny w zakresie domniemania poddania przemocy (nie jest przeprowadzane kierunkowe badanie psychologiczne, psychiatryczne, ani medyczna ocena obrażeń ciała i ich możliwych przyczyn).

W otrzymanych dokumentach opisujących czynności w trakcie zatrzymania, proces wnioskowania i zatwierdzania przez sąd decyzji o umieszczeniu w SOC, a także w dokumentacji medycznej, w 7 przypadkach brakowało dokumentów wskazujących na przeprowadzenie jakichkolwiek badań medycznych. Dokumentacja nie zawierała informacji o przeprowadzeniu badań lub zawierała informację w protokole zatrzymania, że badanie nie zostało przeprowadzone. Ponadto w 1 przypadku w protokole zatrzymania odnotowano, że osoba była badana przez lekarza, jednak w dokumentacji nie było dokumentu potwierdzającego przeprowadzenie badania. W jeszcze 1 przypadku opinię lekarską o braku przeciwwskazań do detencji wydano dzień po podjęciu przez sąd decyzji o umieszczeniu w Ośrodku. Ze względu na fakt, że nie wydano opinii lekarskich przed decyzjami sądu, w konsekwencji decyzje sądu o umieszczeniu nie zawierają odniesień do opinii lekarskich. Jednocześnie w decyzjach sądu zaznaczano, że brak jest przeciwwskazań do pobytu w Ośrodku.

7.2. Postanowienia sądowe

Podczas analizy akt osobowych cudzoziemców szczególną uwagę poświęcono tym fragmentom postanowień o umieszczeniu lub przedłużeniu okresu pobytu w ośrodku strzeżonym, w których sądy odnosiły się do możliwości orzeczenia wobec cudzoziemca środków wolnościowych, alternatywnych do detencji. Pamiętać bowiem należy, że zgodnie z art. 401 ust. 5 i art. 403 ust. 7a ustawy o cudzoziemcach, sąd orzekający w przedmiocie umieszczenia cudzoziemca w ośrodku strzeżonym (areszcie dla cudzoziemców) lub przedłużenia okresu stosowania detencji jest zobowiązany ocenić, czy możliwe jest zastosowanie wobec zatrzymanego wymienionych w art. 398 ust. 2 ustawy środków alternatywnych, nie związanych z pozbawieniem wolności. W większości przypadków,

w uzasadnieniach badanych postanowień sądy analizowały przesłanki stosowania wspomnianych środków i odnosiły się przy tym do stanu faktycznego danej sprawy. Zastrzeżenia wizytujących wzbudziły jedynie postanowienia wydane przez Sąd Rejonowy w Zgorzelcu (w sprawie o sygn. _____), Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy (_____) oraz Sąd Rejonowy w Słubicach (_____). W tych orzeczeniach sądy ograniczyły się wyłącznie do stwierdzenia, że brak jest podstaw do zastosowania wobec cudzoziemca środków alternatywnych, nie przedstawiając żadnego uzasadnienia dla takiego stanowiska.

W jednej z badanych spraw, o której również warto w tym kontekście wspomnieć, Sąd Rejonowy w Białymstoku orzekł o przedłużeniu stosowania wobec cudzoziemca detencji pomimo tego, że komendant wizytowanej placówki Straży Granicznej wnioskował o zastosowanie wobec cudzoziemca środków alternatywnych do detencji. W swoim postanowieniu Sąd nie zgodził się z sugestią Straży Granicznej, że do zabezpieczenia cudzoziemca wystarczy zdeponowanie jego dokumentu podróży i zobowiązanie go do regularnego zgłaszania się do placówki SG. Rozstrzygające znaczenie, zdaniem Sądu, miała wypowiedź cudzoziemca z chwili jego zatrzymania, co miało miejsce w grudniu 2017 r., z której to wypowiedzi wynikało, że nie wykona on dobrowolnie ewentualnej decyzji o zobowiązaniu do powrotu. Sąd uznał, że nawet jeśli cudzoziemiec deklaruje obecnie co innego, to nie wynika to ze zmiany postawy, ale jest skutkiem długotrwałego pobytu w ośrodku. W konsekwencji Sąd nie stwierdził, aby w niniejszej sprawie istniały przesłanki do zastosowania środków wolnościowych (_____).

Praktyka orzecznicza sądów w tym zakresie pozostaje w zainteresowaniu Wydziału Praw Migrantów i Mniejszości Narodowych w Biurze RPO.

8. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają:

I. Komendantowi Podlaskiego Oddziału Straży Granicznej

- 1.1 wdrażanie nowych osób z personelu medycznego w procedury związane z identyfikacją ofiar tortur lub niehumanitarnego traktowania;
- 1.2 każdorazowe wypełnianie wywiadu chorobowego nowo przyjmowanego cudzoziemca;
- 1.3 zwiększenie limitu godzin psychologa;

- 1.4 zapewnienie profesjonalnych, zewnętrznych tłumaczeń we wszystkich czynnościach identyfikacyjnych;
- 1.5 oddzielenie dokumentacji psychologicznej od medycznej;
- 1.6 dokumentowanie na jednolitym wzorze na piśmie udzielenia lub odmowy udzielenia świadomej zgody na badanie psychologiczne, wydanie opinii psychologicznej, przekazanie opinii osobom trzecim;
- 1.7 informowanie przez psychologa o prawach osoby i o tajemnicy zawodowej oraz wyjątkach od zasady poufności zgodnie z kodeksem etyczno-zawodowym psychologa oraz przepisami ustawy o zawodzie psychologa oraz odnotowywanie tej czynności w notatkach;
- 1.8 zapewnienie szkoleń dla personelu medycznego, psychologicznego, zespołu edukacyjnego oraz funkcjonariuszy i funkcjonariuszek pełniących inne funkcje z rozpoznawania, komunikacji oraz pracy z osobami po doświadczeniach traumatycznych, przeżyciu przemocy, w tym tortur i niehumanitarnego traktowania;
- 1.9 zapewnienie, aby wszystkie dokumenty przekazywane cudzoziemcom do podpisu były przetłumaczone na zrozumiały dla nich język;
- 1.10 wyposażenie ambulatorium Ośrodka w zbiór dokumentów zawierających wytyczne dotyczące postępowania z grupami wrażliwymi;
- 1.11 stworzenie dla Zespołu Edukacyjnego wytycznych dotyczących wstępnej rozmowy na temat szczególnych potrzeb.

II. Komendantowi Głównemu Straży Granicznej

- 2.1 przypomnienie podległym funkcjonariuszom o obowiązku weryfikacji, czy zachodzą przesłanki określone w art. 400 ustawy o cudzoziemcach, uniemożliwiające umieszczenie osoby w ośrodku, przed złożeniem wniosku do sądu.