



Warszawa, 14-11-2022 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH
Krajowy Mechanizm Prewencji**

KMP.571.8.2022.RK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Zakładu Karnego w
Gębarzewie**

1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

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

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

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

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa – strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej⁴”.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty, członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁵. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁶.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji, opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach poczynionych podczas wizyty, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁷.

³ Zob. Art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁴ Zob. Art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁵ Zob. Art. 20 OPCAT.

⁶ Zob. Art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁷ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2021 r., Część II – Jak pracuje KMPT ?

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁸. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia KMPT, bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ⁹ oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu ujawnią ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też, na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji ich wystąpienia w przyszłości.

2. Wprowadzenie

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 20-22 kwietnia 2022 r., przedstawiciele KMPT: Aleksandra Osińska (psycholożka), Magdalena Dziedzic i Rafał Kulas (prawnicy), przeprowadzili wizytację Zakładu Karnego w Gębarzewie (dalej: Zakład, jednostka). Jej celem było sprawdzenie sposobu traktowania osadzonych przebywających w jednostce penitencjarnej i warunków ich detencji, w celu wzmocnienia ochrony osób pozbawionych wolności przed ryzykiem tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania.

Wizytacja nie obejmowała oddziałów zewnętrznych Zakładu zlokalizowanych w miejscowości Pobiedziska (powiat poznański) i Środzie Wielkopolskiej (powiat średzki).

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

⁹ Zob. art. 19 pkt. b) OPCAT.

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT: odbyli wstępną rozmowę z Panem mjr Jarosławem Korytowskim (Dyrektorem Zakładu) i innymi funkcjonariuszami Służby Więziennej; dokonali oglądu jednostki penitencjarnej (w tym wybranych przez siebie cel mieszkalnych, placów spacerowych, łaźni i świetlic); skontrolowali dwa pojazdy Służby Więziennej przeznaczone do konwoju osadzonych; odbyli poufne rozmowy z osadzonymi, personelem penitencjarnym i adwokatem obecnym w czasie wizyty w jednostce oraz zapoznali się z wybraną dokumentacją (w tym informacjami zawartymi w Centralnej Bazie Osób Pozbawionych Wolności).

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali pomiarów powierzchni wybranych przez siebie cel mieszkalnych oraz wykonali dokumentację fotograficzną wybranych miejsc i dokumentacji.

Swoje wstępne uwagi przedstawiciele KMPT przekazali Dyrektorowi jednostki w czasie rozmowy podsumowującej wizytę.

Po zakończeniu wizytacji dokonano analizy przekazanej przez Dyrektora Zakładu dokumentacji, informacji pisemnych i nagrań monitoringu z użycia środków przymusu bezpośredniego.

Niniejszy raport wskazuje problemy systemowe, wymagające zmiany prawa lub praktyki jego stosowania (pkt. 5) oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt. 6).

3. Zakaz represji

Na podstawie art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. osadzony, funkcjonariusz Służby Więziennej, pracownik cywilny Zakładu, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informacje 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”.

4. Charakterystyka jednostki

Zakład Karny w Gębarzewie jest jednostką penitencjarną dla mężczyzn. Są w nim osadzone osoby tymczasowo aresztowane oraz skazani odbywający karę w zakładzie karnym typu zamkniętego dla: odbywających karę po raz pierwszy, młodocianych i recydywistów penitencjarnych oraz w zakładzie karnym typu półotwartego dla: odbywających karę po raz pierwszy i młodocianych.

W jednostce funkcjonuje oddział terapeutyczny dla osób uzależnionych od alkoholu (22 miejsca). Ponadto mogą być w niej osadzani tymczasowo aresztowani i skazani poruszający się na wózku inwalidzkim¹⁰.

Pojemność jednostki wynosi łącznie 680 miejsc zakwaterowania. W czasie wizytacji w jednostce przebywało 630 osadzonych (w tym 21 osadzonych na oddziale terapeutycznym).

Jednostka podlega pod Dyrektora Okręgowego Służby Więziennej w Poznaniu. Nadzór penitencjarny sprawuje Sąd Okręgowy w Poznaniu, V Wydział Penitencjarny i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych.

5. Problemy systemowe

5.1. Powierzchnia celi mieszkalnej

Niektóre z wizytowanych cel mieszkalnych zapewniały osadzonym niewiele ponad 3 metry kwadratowe przestrzeni życiowej w przeliczeniu na jedną osobę (z wyłączeniem

¹⁰ Zob. Przeznaczenie zakładów karnych i aresztów śledczych określone przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, dostępne na stronie: <https://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-przeznaczenie-zk-i-as> [dostęp: 05.09.2022 r.]

powierzchni kącika sanitarnego). Metraż ten jest wprawdzie zgodny z prawem krajowym¹¹, nie spełnia jednak standardów i zaleceń Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu¹² i Podkomitetu ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (SPT)¹³.

Minimalny standard powierzchni mieszkalnej w celi, przypadający na jednego osadzonego rekomendowany przez CPT wynosi 4 metry kwadratowe w celach wieloosobowych oraz 6 metrów kwadratowych w celach jednoosobowych (do metrażu nie wlicza się kącika sanitarnego).

Powyższy problem ma charakter systemowy, wymagający zmiany prawa i skorygowania oficjalnej pojemności jednostek penitencjarnych. Był on już sygnalizowany Ministrowi Sprawiedliwości przez Rzecznika Praw Obywatelskich¹⁴ i wskazywany w raportach KMPT¹⁵.

Niezapewnienie powyższego standardu znacznie zwiększa ryzyko naruszenia zakazu tortur, niehumanitarnego i poniżającego traktowania określonego w art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i odpowiedzialności prawnej przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w Strasburgu¹⁶.

¹¹ Zob. Art. 110 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2021 r., poz. 53 z późn. zm.).

¹² Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 59 i 67. Zob. również dokument pt. „Living space per prisoner in prison establishments: CPT standards”, 15 grudzień 2015 r., CPT/Inf (2015) 44 oraz Trzydziesty Pierwszy Raport Generalny CPT za 2021 rok, CPT/Inf (2022) 5, par. 84-107.

¹³ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 80-81.

¹⁴ Zob. Wystąpienia RPO do Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 maja i 29 lipca 2016 r., KMP.571.5.2016.RK.

¹⁵ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2021 r., s. 52-53.

¹⁶ Zob. Wyrok ETPC w sprawie Muršić v. Chorwacji z dnia 20 października 2016 r. [Wielka Izba], skarga nr 7334/13.

5.2. Brak sądowej kontroli decyzji o przeprowadzeniu kontroli osobistej

Aktualnym problemem pozostaje brak obowiązku sądowej oceny decyzji o poddaniu więźnia kontroli osobistej¹⁷. Dzieje się tak, gdyż dyrektorzy jednostek penitencjarnych nie zostali zobowiązani do wydania decyzji, którą osadzony mógłby zaskarżyć do sądu w trybie art. 7 kodeksu karnego wykonawczego. Taka luka stwarza pole do nadużyć. Dlatego też zarówno zasadność, jak i sposób realizacji kontroli osobistej osadzonego, powinny podlegać sądowej weryfikacji.

Na powtarzające się nadużycia w zakresie poddawania osadzonych inwazyjnym kontrolom osobistym ETPC wskazywał w licznych wyrokach przeciwko Polsce – wydanych również w ubiegłym roku. Trybunał wskazywał, że prawo krajowe w praktyce nie zapewniało osadzonym skutecznego środka odwoławczego pozwalającego na zakwestionowanie decyzji w przedmiocie przeprowadzenia kontroli osobistej¹⁸.

W styczniu 2016 r. Rzecznik Praw Obywatelskich skierował do Trybunału Konstytucyjnego wnioski o stwierdzenie niezgodności art. 116 § 6 k.k.w. w zw. z art. 7 § 1 k.k.w. z Konstytucją, w zakresie, w jakim nie przewiduje wydawania decyzji w sprawie kontroli osobistej skazanego. Postępowanie zostało przez Trybunał Konstytucyjny umorzone¹⁹.

Niezależnie od powyższego wskazać należy, iż KMPT nie podważa zasadności dokonywania kontroli osobistej, jednak z uwagi na przywołane zastrzeżenia wskazany problem w dalszym ciągu pozostaje w polu jego zainteresowania.

¹⁷ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2021 r., s. 53.

¹⁸ Zob. Wyroki ETPC w sprawach: Świdorski przeciwko Polsce z 16 lutego 2016 r. (skarga nr 5532/10), Filas przeciwko Polsce z 15 kwietnia 2021 r. (skarga nr 31806/17), Leńczuk przeciwko Polsce z 15 kwietnia 2021 r. (skarga nr 47800/17), Bechta przeciwko Polsce z 20 maja 2021 r. (skarga nr 39496/17).

¹⁹ Zob. Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 26 listopada 2019 r., sygn. akt K 5/16, OTK ZU A/2019, poz. 66.

5.3. Opieka psychologiczna

W Dziale Penitencjarnym zatrudnionych było łącznie 4 psychologów, z czego jedna osoba była nieobecna i przebywała na urlopie macierzyńskim²⁰. Mając więc na względzie pojemność wizytowanej jednostki penitencjarnej, na jednego psychologa przypadało średnio 226 osadzonych. Z kolei uwzględniając ewidencyjną liczbę osadzonych (634 osoby)²¹ jeden psycholog miał pod swoją opieką średnio 211 osadzonych.

Taka liczba psychologów nie jest w stanie zapewnić osadzonym efektywnej opieki i wykonywać swoich zadań na odpowiednim, profesjonalnym poziomie. Ponadto w praktyce nie spełnia minimalnego standardu opieki psychologicznej określonego przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, który przewiduje jednego psychologa na 200 osadzonych²².

W ocenie KMPT standard ten jest zbyt niski i nie przekłada się na efektywność oddziaływań psychologicznych. Ponadto, jak podkreśla Najwyższa Izba Kontroli „bardzo duża liczba osadzonych przypadająca na jednego psychologa, skutkuje ograniczoną możliwością, nawet pilnego, badania osoby zgłaszającej myśli samobójcze, czy też objęcie opieką i przygotowanie zaleceń dla osób objętych kartą OZS. Wątpliwości te

²⁰ Liczba ta obejmuje wyłącznie psychologów zatrudnionych i pełniących służbę w Zakładzie Karnym w Gębarzewie. Nie wlicza się do niej dodatkowego psychologa zatrudnionego w oddziale zewnętrznym i psychologów oddziału terapeutycznego.

²¹ W czasie wizytacji w jednostce przebyło 630 osadzonych. Ponadto 4 osadzonych przebywało czasowo poza jednostką - 3 w zakładzie leczniczym i 1 osadzony w innym areszcie śledczym.

²² Zob. Zarządzenie Nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych.

dotyczą także realnej możliwości udzielenia pomocy osobom potrzebującym, choćby w ramach interwencji kryzysowej²³.

Problem ten był już sygnalizowany Dyrektorowi Generalnemu SW²⁴ oraz wskazywany w raportach rocznych KMPT²⁵ i w dalszym ciągu pozostają w zainteresowaniu RPO.

5.4. Dokumentowanie obrażeń osadzonych

Z przeprowadzonych rozmów z osadzonymi wynikało, że badanie medyczne często ma powierzchowny charakter i ogranicza się do zebrania wywiadu od pacjenta bez przeprowadzenia badania fizykalnego. Taka praktyka uniemożliwia wykrycie oznak złego traktowania i jego udokumentowanie.

Personel medyczny potrzebuje też fachowego wsparcia w zakresie identyfikacji i dokumentowania tego typu czynów. Sam personel sygnalizował bowiem wizytującym, że mógłby mieć kłopot z ustaleniem przyczyn obrażeń, w tym wykryciem i oceną stosowania paralizatora typu Taser. Mając na względzie fakt, że Służba Więzienna otrzymała prawo do używania tego typu urządzeń, personel medyczny musi być odpowiednio przygotowany do rzetelnej diagnozy skutków użycia tej broni oraz potrafić wykryć i odpowiednio udokumentować ewentualne nadużycia.

²³ Zob. Sprawozdanie NIK z wyników kontroli pt. „Bezpieczeństwo osadzonych” z 2020 r., KPB.430.002.2020, nr ewid. 52/2020/P/19/040/KPB, s. 58.

²⁴ Zob. Wystąpienia RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z 17 maja 2016 r., 19 lutego 2019 r. oraz 10 listopada 2020 r., KMP.571.8.2016.

²⁵ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2021 r., s. 53-54.

W opinii KMPT kluczowym instrumentem w zakresie identyfikacji i dokumentowania tortur jest znajomość Protokołu stambulskiego²⁶ i jego praktyczne wykorzystanie. Tymczasem jak wynikało z rozmów personel medyczny i psychologowie kojarzyli wprowadzić sam dokument, nie potrafili jednak stosować go w praktyce, mając na względzie specyfikę ich pracy i wykonywane zadania. Optymalnym rozwiązaniem byłoby więc specjalistyczne, praktyczne szkolenie ze stosowania Protokołu stambulskiego, które wzmocni potencjał personelu i pozwoli na omówienie pojawiających się pytań i wątpliwości.

Z uwagi na zapobiegawcze znaczenie Protokołu stambulskiego, szkoleniem należy objąć nie tylko personel medyczny, ale również psychologów, wychowawców, terapeutów, oddziałowych, funkcjonariuszy upoważnionych do przeprowadzania czynności wyjaśniających w sprawie incydentów w jednostce i innych funkcjonariuszy i pracowników cywilnych, mających kontakt z osadzonymi.

Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT) podkreśla, że Protokół stambulski stanowi niezbędne narzędzie wykrywania, dokumentowania, zgłaszania i jako takiego powstrzymywania tortur i złego traktowania²⁷. Nie tylko pomaga we wczesnej

²⁶ W dniu 29 czerwca 2022 r. Biuro Wysokiego Komisarza ONZ ds. Praw Człowieka opublikowało zmienioną wersję Protokołu stambulskiego, która zawiera dodatkowe wskazówki w zakresie dokumentowania tortur i opiera się na wieloletnim doświadczeniu praktyków w jego stosowaniu. Zob. Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Office of the High Commissioner for Human Rights, Professional Training Series No. 8/Rev. 2, New York and Geneva, 2022. Publikacja dostępna pod adresem: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0> [dostęp: 05.09.2022 r.]

²⁷ Zob. Uwagi i zalecenia SPT przedstawione w raportach z wizyt w: Polsce [CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 55], Wielkiej Brytanii [CAT/OP/GBR/ROSP/1, par. 69 i 71], Portugalii [CAT/OP/PRT/1, par. 34, 89, 93], Hiszpanii [CAT/OP/ESP/1, par. 46, 63-64, 70] i Brazylii [CAT/OP/BRA/3, par. 20-22, 34, 89, 93].

identyfikacji ofiar i dokumentowaniu traumy, ale również w ocenie potrzeb i dostosowaniu do nich odpowiedniej opieki²⁸.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują również Komitet Przeciwko Torturom (CAT)²⁹, Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)³⁰ i Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur³¹.

Ulepszenia wymaga też sam sposób rejestracji zaobserwowanych obrażeń. Jeśli się takowe pojawiają są odnotowywane w książeczkach zdrowia osadzonych. Personel medyczny nie wykonuje jednak zdjęć obrażeń i nie stosuje rekomendowanego przez CPT formularza do oznaczenia umiejscowienia obrażeń z wizerunkiem sylwetki człowieka (tzw. mapy ciała)³². Ponadto w dokumentacji medycznej zapisywane były oświadczenia osadzonych, ze wskazaniem: „osadzony podaje”. Brakowało natomiast odniesienia się personelu medycznego do tych oświadczeń.

Tymczasem zgodnie z zaleceniami CPT dokumentacja z badania powinna zawierać między innymi opis wszelkich oświadczeń składanych przez pacjenta dotyczących pochodzenia obrażeń i sposobu traktowania, pełny opis obiektywnych ustaleń natury medycznej poczynionych na podstawie dokładnego badania medycznego i konkluzję

²⁸ Zob. również wspólne oświadczenie CAT, SPT, Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur i Rady Powierniczej Dobrowolnego Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur z dnia 25 czerwca 2019 r., dostępne na stronie:

<https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24739&LangID=E> [dostęp: 05.09.2022 r.]

²⁹ Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27 i 28.

³⁰ Zob. Raporty CPT z wizyt w: Mołdawii [CPT/Inf (2020) 27, par. 29], Macedonii Północnej, [CPT/Inf (2021) 8, par. 29], Portugalii [CPT/Inf (2020) 33, par. 71 i 72], Danii [CPT/Inf (2019) 35, par. 20] i Gruzji [CPT/Inf (2019) 16, par. 80].

³¹ Zob. Raporty Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur: z dnia 16 lipca 2021 r. [A/76/168, par. 22, 25, 34, 66 pkt. g)], z dnia 20 marca 2020 r. [A/HRC/43/49, par. 13, 21] oraz z dnia 20 lipca 2018 r. [A/73/207, par. 77 pkt. e)].

³² Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 80. Zobacz też uwagi i zalecenie CPT przedstawione w raporcie z wizyty ad hoc w 2019 r., CPT/Inf (2020) 31, par. 26.

pracownika służby zdrowia co do możliwego pochodzenia obrażeń i ich spójności z oświadczeniami osadzonego³³.

Kwestia odpowiedniej dokumentacji obrażeń osadzonych (w tym potrzeby rejestrowania obrażeń za pomocą „map ciała” i upowszechnienia wiedzy o Protokole stambulskim) oraz opracowania procedury postępowania w przypadku podejrzenia tortur lub innych form niewłaściwego traktowania stanowi problem systemowy, który był już sygnalizowany Dyrektorowi Generalnemu Służby Więziennej. Prowadzona w tym zakresie korespondencja nie doprowadziła jednak do zmiany praktyki, co jest niepokojące z punktu widzenia skutecznego przeciwdziałania torturom³⁴.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Traktowanie osadzonych

Z rozmów z osadzonymi wynikało, że co do zasady są oni poprawnie traktowani przez personel penitencjarny. Kilku osadzonych zgłosiło jednak przypadki niewłaściwego, słownego złego traktowania. Jeden osadzony opowiedział przedstawicielce KMPT o rasistowskich odzywkach i komentarzach pod swoim adresem ze strony oddziałowego. Inny osadzony zgłosił, że kierowniczka ambulatorium bywa opryskliwa i krzyczy na pacjentów.

Kierowniczka ambulatorium była również nieprofesjonalna w stosunku do przedstawicielki KMPT, która próbowała uzyskać informacje o stanie zdrowia osadzonych. W czasie rozmowy była nieprzyjemna, mówiła podniesionym tonem,

³³ Standardy badania medycznego i wymogi CPT dotyczące wypełniania dokumentacji medycznej, Komitet przedstawił między innymi w raporcie z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 80 oraz w raporcie z wizyty w Polsce w 2019 r., CPT/Inf (2020) 31, par. 24 i 26.

³⁴ Zob. Raporty roczne KMPT za lata: 2019 – s. 77-78 i 2020 – s. 76-78. Zob. również raport tematyczny KMPT pt. „Prawa człowieka w miejscach izolacji. Jak Polska wdraża w praktyce zalecenia międzynarodowych organów ds. zapobiegania torturom (CPT i SPT)”, Warszawa 2021, pkt. 50.

przerywała pracownicze Biura RPO swoją wypowiedź. Taka postawa jest niepokojąca z punktu widzenia standardów pracy i jakości opieki medycznej w jednostce.

Warto w tym miejscu dodać, że powyższa sytuacja miała charakter incydentalny. Przedstawiciele KMPT w czasie wizytacji spotkali się z życzliwym przyjęciem i dobrą, profesjonalną postawą współpracy ze strony kierownictwa jednostki i personelu.

Osadzeni sygnalizowali również wizytującym, że funkcjonariuszom zdarza się odezwać do nich w sposób mniej kulturalny, albo na „ty”, bez zachowania formy grzecznościowej „pan”.

KMPT rekomenduje Dyrektorowi jednostki, by przypomniiał podległemu personelowi penitencjarnemu, że należy traktować osadzonych z szacunkiem.

Z rozmów z osadzonymi wynikało, że kontrola osobista ma zazwyczaj charakter jednoetapowy. W jej trakcie więźniów musi się rozebrać do naga, wykonać przysiad i czasem kaszlnąć. Taka praktyka jest niezgodna z przepisami prawa krajowego³⁵ i standardami CPT oraz stwarza ryzyko upokorzenia więźniów. Kontrola osobista jest bowiem środkiem bardzo inwazyjnym i potencjalnie poniżającym. Z tego też względu powinno się podjąć działania w celu zminimalizowania poczucia zażenowania osoby wobec której dokonywana jest ta czynność.

CPT zaleca, by tego typu kontrole były realizowane zawsze w sposób dwuetapowy, tj. by osadzony zdejmował część garderoby (dolną lub górną) i po jej kontroli miał możliwość ubrania się przed zdjęciem kolejnej części odzieży³⁶. Taki sposób realizacji kontroli wykluczyłby konieczność pozostawiania nago przed funkcjonariuszem i zminimalizowałby poczucie dyskomfortu wywołane samą specyfiką tej czynności.

KMPT rekomenduje przypomnienie funkcjonariuszom o konieczności realizacji kontroli osobistych osadzonych w sposób etapowy.

³⁵ Zob. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2016 r. w sprawie sposobów ochrony jednostek organizacyjnych Służby Więziennej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1804).

³⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2013 r., CPT/Inf (2014) 21, par. 106.

Z dokumentacji przekazanej wizytującym przez Dyrektora Zakładu wynikało, że w latach 2021-2022 był jeden przypadek umieszczenia osadzonego w celi izolacyjnej na okres 28 dni (art. 143 § 1 pkt 8 kodeksu karnego wykonawczego). Praktyka ta, mimo iż zgodna z prawem krajowym, jest sprzeczna z zaleceniami CPT, który rekomendował polskiemu rządowi skrócenie maksymalnego okresu umieszczenia osadzonego w celi izolacyjnej do 14 dni. W opinii CPT powinien też istnieć zakaz stosowania następujących po sobie kar dyscyplinarnych, które skutkowałyby nieprzerwanym okresem odosobnienia przekraczającym maksymalny okres 14 dni³⁷. Izolacja jest bowiem dla więźnia sytuacją wysokiego ryzyka, która może mieć skrajnie niszczący skutek dla jego zdrowia fizycznego, psychicznego i relacji społecznych. Dodatkowo może ona stwarzać okazję do umyślnego złego traktowania³⁸.

W okresie od stycznia 2021 r. do chwili wizytacji, środki przymusu bezpośredniego były stosowane w jednostce czterokrotnie. Polegały one na użyciu wobec osadzonych siły fizycznej i kajdanek zakładanych na ręce trzymane z tyłu.

Wizytujący odnotowali fakt, że dowódca zmiany działu ochrony posiada na wyposażeniu służbowym kamerę noszoną na mundurze (kamerę nasobną), pozwalającą na rejestrację obrazu i dźwięku w czasie stosowania środków przymusu bezpośredniego. Jednocześnie warto wskazać, że z uwagi na fakt, że kamerę nasobną posiada wyłącznie dowódca zmiany, a nie funkcjonariusze pierwszej linii kontaktu z osadzonymi (np. funkcjonariusze oddziałowi otwierający celę i dokonujący ich kontroli, funkcjonariusze doprowadzający osadzonych) może dojść do sytuacji, gdy użycie środków przymusu nie zostanie zarejestrowane w formie audio-wideo. Nie wszystkie pomieszczenia Zakładu są bowiem objęte monitoringiem, a w sytuacji nagłego zdarzenia, konieczne może być podjęcie natychmiastowej interwencji, jeszcze przed przybyciem na miejsce dowódcy zmiany z kamerą lub grupy interwencyjnej z kamerą

³⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 88.

³⁸ Zob. Standardy CPT dotyczące izolacji więźniów przedstawione w Dwudziestym Pierwszym Raporcie Generalnym CPT, CPT/Inf (2011) 28.

przenośną. Brak rejestracji obrazu i dźwięku z użycia środków przymusu bezpośredniego utrudnia ocenę sytuacji i wyeliminowanie ewentualnych błędów w taktyce i sposobie interwencji oraz sprzyja nadużyciom.

KMPT odnotował, że na 4 przypadki użycia środków przymusu bezpośredniego w jednostce, tylko w jednym z nich (8 sierpnia 2021 r.) dokonano rejestracji interwencji za pomocą kamery przenośnej, nasobnej i monitoringu telewizji przemysłowej. Z kolei w przypadku pozostałych interwencji:

- z 2 lutego 2021 r. zdarzenie miało miejsce w pomieszczeniu biurowym znajdującym się w piwnicy pawilonu F (biuro zatrudnienia) nie objętej monitoringiem; nie zarejestrowano zastosowania środków przymusu bezpośredniego za pomocą kamer przenośnej i nasobnej;

- z 8 sierpnia 2021 r. zdarzenie miało miejsce w niemonitorowanej celi mieszkalnej; nie zarejestrowano użycia środków przymusu bezpośredniego za pomocą kamer nasobnej i przenośnej; przebieg zdarzenia jedynie częściowo został zarejestrowany przez kamery monitoringu znajdujące się na korytarzu;

- z 15 lutego 2022 r. zdarzenie miało miejsce w dyżurce wychowawcy, nie objętej monitoringiem; nie zarejestrowano użycia środków przymusu bezpośredniego za pomocą kamer nasobnej i przenośnej.

CPT podkreśla, że wykorzystanie nagrań wideo stanowi ważne, dodatkowe zabezpieczenie przed nadmiernym użyciem siły i złym traktowaniem oraz chroni personel penitencjarny przed bezpodstawnymi zarzutami. Dlatego też zachęca władze do wyposażenia funkcjonariuszy „pierwszej linii” kontaktu z osadzonymi w kamery nasobne i stosowania ich podczas wszystkich interwencji³⁹.

³⁹ Zob. Raporty CPT z wizyt w: Wielkiej Brytanii [CPT/Inf (2022)13, par. 43] i [CPT/Inf (2019) 29, par. 40], Rumunii [CPT/Inf (2022) 06, par. 71], Albanii [CPT/Inf (2019) 28, par. 91], Ukrainie [CPT/Inf (2020) 40, par. 37].

KMPT żywi nadzieję, że z czasem kamery nasobne znajdą szersze zastosowanie w Służbie Więziennej.

Z rozmów z osadzonymi wynikało, że rutynowo są wobec nich stosowane kajdanki w czasie konwoju poza teren jednostki penitencjarnej. Uwagi osadzonych w tym zakresie dotyczyły wizytowanej i innych jednostek penitencjarnych w których wcześniej przebywali.

Jeden z osadzonych zgłosił przedstawicielce KMPT, że przy transporcie z Aresztu Śledczego w Starogardzie Gdańskim zapięto go w kajdanki zespolone, mimo iż był po wylewie, poruszał się o kuli i z uwagi na przykurcz prawej ręki, w ogóle nie mógł nią poruszyć.

Inny osadzony poruszający się na wózku ortopedycznym zgłosił, że w czasie wyjazdu z Aresztu Śledczego w Szczecinie przypięto mu kajdankami nogi do wózka, mimo iż miał sparaliżowaną dolną część ciała (od klatki piersiowej). Osadzony miał prosić o rozpięcie kajdanek, wskazując na znaczny stopień niepełnosprawności. W odpowiedzi miał usłyszeć od funkcjonariusza, że „ma nie dyskutować”. Kajdanki zostały rozkute dopiero po interwencji dowódcy konwoju, który miał nakazać ich zdjęcie.

Krajowy Mechanizm zwraca uwagę, że stosowanie środków przymusu bezpośredniego musi być zgodne z zasadami określonymi w ustawie o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej⁴⁰, w tym z zasadą subsydiarności, proporcjonalności oraz minimalizowania szkód. Obligują one funkcjonariuszy do każdorazowego dokonania oceny okoliczności oraz dynamiki danego zdarzenia, jak również indywidualnego podejścia do każdej osoby, wobec której środki przymusu bezpośredniego miałyby zostać użyte. Nie jest dopuszczalne rutynowe stosowanie kajdanek w stosunku do osoby transportowanej, uzasadnione wyłącznie faktem transportowania.

⁴⁰ Zob. Ustawa z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz. U. z 2022 r., poz. 1416).

SPT wskazuje w swoich sprawozdaniach, że stosowanie wszelkich środków bezpieczeństwa (w tym kajdanek) powinno być oparte na indywidualnej ocenie ryzyka, realizowanej na podstawie jasnych i określonych proceduralnie kryteriów. Kajdanki i inne instrumenty przymusu powinny być stosowane tylko wtedy, gdy nie jest dostępna lżejsza forma kontroli rzeczywistego ryzyka i usuwane tak szybko, jak to możliwe. Kajdanki nie powinny być stosowane z uwagi na status osoby pozbawionej wolności, ani też jako środek dyscyplinujący⁴¹.

Z kolei w opinii CPT, kajdanki powinny być zakładane więźniom na czas transportu tylko wtedy, gdy wyraźnie uzasadnia to ocena ryzyka w indywidualnym przypadku. Gdy użycie takich środków zostanie uznane za bezwzględnie konieczne, powinno to nastąpić w taki sposób, aby zminimalizować ryzyko zranienia konwojowanego. Kajdanki nie powinny być stosowane, gdy osoby konwojowane są zamknięte w bezpiecznych kabinach pojazdu⁴².

Z uwagi na powyższe, KMPT rekomenduje stosowanie kajdanek na czas transportu osadzonych i w czasie ich pobytu poza Zakładem tylko w przypadkach uzasadnionych okolicznościami konkretnego przypadku (np. wskazującymi na możliwość ucieczki zatrzymanego lub na wystąpienie u niego agresji lub samoagresji).

Ponadto z uwagi na fakt, że kwestia prewencyjnego stosowania kajdanek dotyczyła również praktyki ze strony funkcjonariuszy innych jednostek penitencjarnych niż wizytowana, KMPT zwraca się do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej o przypomnienie podległym funkcjonariuszom o zasadach stosowania tego środka przymusu bezpośredniego i zapoznanie ich ze standardami i zaleceniami CPT i SPT w tym zakresie.

⁴¹ Zob. Raporty SPT z wizyt w: Chile [CAT/OP/CHL/1, par. 44-46], Rumunii [CAT/OP/ROU/1, par. 104-105], Ukrainie [CAT/OP/UKR/3, par. 84] i [CAT/OP/UKR/1, par.12 i 132], Nowej Zelandii [CAT/OP/NZL/1, par. 110-112], Brazylii [CAT/OP/BRA/3, par. 16].

⁴² Zob. Standardy CPT dotyczące transportu osób pozbawionych wolności przedstawione w dokumencie pt. „Transport of detainees”, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24, par. 3 Security measures. Zob. również raporty CPT z wizyt w: Szwajcarii [CPT/Inf (2022) 9, par. 102] i Serbii [CPT/Inf (2016) 21, par. 53].

6.2. Warunki materialne

Warunki w celach mieszkalnych były bardzo zróżnicowane. Przykładowo jeden z pawilonów był wyremontowany i zapewniał osadzonym odpowiednie warunki pobytu. Cele mieszkalne posiadały zabudowane kąpiki sanitarne, w których znajdowały się stanowiska prysznicowe. Z kolei w innym pawilonie cele były wyeksploatowane i wymagały odświeżenia. **KMPT rekomenduje dokonywanie systematycznego przeglądu i remontu wyeksploatowanych cel mieszkalnych.**

W niektórych celach na środku pomieszczenia stały łóżka, które stykały się ze sobą. Były one oddzielone od siebie jedynie kawałkiem materiału. Śpiący na nich więźniowie pozostawali od siebie w bliskiej odległości, co mogło powodować dyskomfort i sytuacje konfliktowe. Rozstawienie łóżek dodatkowo ograniczało przestrzeń w celi i utrudniało poruszanie się po niej. **KMPT rekomenduje rozdzielenie stykających się łóżek.**

Jedna z cel izolacyjnych wizytowana przez przedstawicieli KMPT posiadała nieosłonięty kącik sanitarny. Rozwiązanie to narusza prawo osadzonego do intymności podczas czynności fizjologicznych i może być wykorzystywane do upokarzania więźnia.

KMPT rekomenduje wykonanie zabudowy lub montażu przesłony kąpika sanitarnego.

Niektóre z cel mieszkalnych posiadały na oknach nieprzezroczyste zasłony okienne (blendy). Były one zlokalizowane przed oknem celi i posiadały z boku kratkę umożliwiającą dopływ świeżego powietrza. Dodatkowo przed budynkami pawilonów znajdowała się metalowa przesłona zasłaniająca widok na inny pawilon mieszkalny.

W ocenie wizytujących zastosowane blendy mimo wszystko utrudniają dostęp świeżego powietrza do celi mieszkalnej (przestrzeń którą mogłoby dostać się powietrze do celi jest mimo wszystko ograniczona), a ponadto dostęp światła naturalnego, w szczególności w połączeniu z metalową barierą znajdującą się przed oknami pawilonów.

Warto uwypuklić, że blendy są rozwiązaniem do którego krytycznie odnosi się CPT. W swoim sprawozdaniu z wizyty w Polsce w 2017 roku Komitet wskazał, że blendy są w większości przypadków niepotrzebne, ograniczają dostęp do światła naturalnego i świeżego powietrza oraz ograniczają możliwość wyglądania na zewnątrz. CPT zaleca ich usunięcie i wskazuje, że jeśli tego typu rozwiązania ochronne rzeczywiście są konieczne, to należy je zastąpić innymi rozwiązaniami umożliwiającymi dostęp do cel naturalnego światła i świeżego powietrza, w odpowiedniej ilości⁴³.

KMPT rekomenduje dokonanie przeglądu zasadności stosowania blend w jednostce. W przypadkach indywidualnych, gdy konieczne będzie stosowanie szczególnych środków bezpieczeństwa, wprowadzone rozwiązania ochronne powinny być zgodne z międzynarodowymi standardami i nie ograniczać dostępu do światła naturalnego i świeżego powietrza w celach mieszkalnych.

Niektóre z placów spacerowych znajdujących się na terenie jednostki nie spełniają standardów CPT. Są one bowiem otoczone betonowymi ścianami z rozpiętą na górze siatką. Sprawia to wrażenie klatki. Place te posiadają zadaszenie na wypadek złych warunków atmosferycznych oraz ławkę. Brak było sprzętu do ćwiczeń, czy innego wyposażenia umożliwiającego aktywność fizyczną na świeżym powietrzu. Tymczasem zgodnie z zaleceniami CPT place spacerowe powinny umożliwiać osadzonym widok na horyzont i odbycie codziennych ćwiczeń na zewnątrz w warunkach, które umożliwią im fizyczne zmęczenie się⁴⁴.

Wizytujący zwrócili też uwagę, że osadzeni obywający karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu półotwartego mają do swojej dyspozycji boisko, przeznaczone między innymi do piłki nożnej i koszykówki. Boiska są natomiast pozbawieni osadzeni odbywający karę w zakładzie karnym typu zamkniętego.

⁴³ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 69.

⁴⁴ Tamże, par. 74.

KMPT rekomenduje rozważenie zorganizowania boiska dla pozostałych osadzonych, o ile umożliwi to infrastruktura jednostki. Jak bowiem podkreśla CPT kluczowe znaczenie dla dobrego samopoczucia osadzonych ma odpowiedni program ich aktywności, obejmujący m.in. sport i trening⁴⁵.

Ponadto zgodnie z Regułami Nelsona Mandeli każdy więzień powinien mieć zagwarantowaną codzienną, przynajmniej jednogodzinną, możliwość wykonywania odpowiednich ćwiczeń fizycznych na wolnym powietrzu, jeśli warunki pogodowe na to pozwalają. Młodzi więźniowie oraz inni będący w odpowiednim wieku i kondycji fizycznej powinni w czasie przeznaczonym na ćwiczenia fizyczne, otrzymać możliwość wykonywania ćwiczeń sportowych i rekreacyjnych. W tym celu jednostki penitencjarne powinny zapewnić im odpowiednią przestrzeń, urządzenia i wyposażenie (Reguła 23).

Europejskie Reguły Więzienne wskazują z kolei, że „właściwie zorganizowane zajęcia promujące sprawność fizyczną i zapewniające odpowiednie ćwiczenia i możliwości rekreacyjne stanowią integralną część więziennego rygoru”. Władze więzienne powinny ułatwić osadzonym dostęp do tego typu zajęć, zapewniając im odpowiednie urządzenia i sprzęt (Reguły 27.3 i 27.4).

Wizytujący odnotowali też trudne warunki lokalowe na oddziale terapeutycznym. W oddziale tym znajdowała się dyżurka oddziałowego, pokój kierownika, pokój wychowawcy i terapeuty oraz pokój psychologa. Toaleta dla personelu znajdowała się natomiast poza oddziałem terapeutycznym, ponieważ była współdzielona z działem służby zdrowia, który znajduje się w tym samym budynku.

Do dyspozycji osadzonych i personelu była jedna sala, która pełniła funkcję zarówno sali terapeutycznej, jak i świetlicy. Z uwagi na ten fakt i infrastrukturę oddziału nie było możliwości wyznaczenia odrębnego miejsca na salkę gimnastyczną i ustawienia sprzętu do uprawiania zespołowych gier sportowych. Osadzeni mogli więc ćwiczyć w

⁴⁵ Zob. Trzydziesty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2021) 5, par 76 oraz Drugi Raport Generalny CPT, CPT/Inf (92) 3, par. 47.

ograniczonym zakresie na sali, o ile w tym czasie nie odbywały się zajęcia terapeutyczne.

Z planu zajęć udostępnionym na tablicy ogłoszeń oddziału wynikało jednak, że czas przewidziany na zajęcia kulturalno-oświatowe i sportowe przewidziany jest w godz. 15:15 – 19:00, jednak w środę w tym czasie odbywa się trening kontroli złości, zaś w czwartek miting anonimowych alkoholików.

Osadzeni mieli do swojej dyspozycji rowerek stacjonarny i drabinkę gimnastyczną z wyciągiem. Ponadto mogli grać na konsoli do gier z sensorem ruchu, układać puzzle i grać w gry planszowe.

W rozmowach z przedstawicielką KMPT więźniowie skarżyli się na brak odpowiedniej aktywności ruchowej i zajęć kulturalno-oświatowych. Mówili, że czas wolny spędzają głównie na oglądaniu telewizji i grze w karty.

Z rozmów przedstawicielki KMPT z personelem wynikało, że w przeszłości były plany przeniesienia znajdujących się w budynku warsztatów produkcyjnych do innej hali i zaadaptowanie zwolnionych pomieszczeń do potrzeb oddziału terapeutycznego. Docelowo modernizacja miała doprowadzić do powstania sal terapii, siłowni i toalety dla personelu oddziału terapeutycznego. Plany te nie doczekały się jednak realizacji.

Zdaniem KMPT pomysł ten zasługuje na aprobatę. W związku z tym Krajowy Mechanizm zwraca się do Dyrektora jednostki o odniesienie się do kwestii możliwości modernizacji oddziału terapeutycznego celem poprawy warunków lokalowych. KMPT rekomenduje również zapewnienie osadzonym na oddziale terapeutycznym odpowiednich zajęć kulturalno-oświatowych.

W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT skontrolowali dwa pojazdy Służby Więziennej przeznaczone do transportu osadzonych. Wizytujący zwrócili uwagę, że oba nie posiadają pasów bezpieczeństwa dla osadzonych, co zwiększa ryzyko dla ich zdrowia w przypadku gwałtownego hamowania lub wypadku (szczególnie, gdy osadzeni

przebywają w kajdankach, gdzie ruch kończyn jest ograniczony)⁴⁶. W jednym z pojazdów brak było monitoringu wewnętrznego, pozwalającego na obserwację i rejestrację zachowania osadzonych i personelu, co miałoby walor zapobiegawczy.

Warto wyeksponować, że kwestia transportu osób pozbawionych wolności była przedmiotem uwag i zaleceń CPT i SPT po wizytach w Polsce (odpowiednio w 2009 r. i 2018 r.). CPT rekomendował wówczas podjęcie kroków w celu zapewnienia, że wszystkie pojazdy używane do przewozu osób zatrzymanych wyposażone są w odpowiednie urządzenia zabezpieczające (takie jak np. pasy zabezpieczające)⁴⁷. Z kolei SPT zalecił, by państwo-strona zapewniło bezpieczny przewóz osób aresztowanych lub zatrzymanych, zgodnie z zasadami i przepisami bezpieczeństwa ruchu drogowego⁴⁸.

KMPT rekomenduje wyposażenie pojazdów konwojowych w pasy bezpieczeństwa dla osadzonych, o ile pozwolą na to możliwości techniczne pojazdów.

Jeden z osadzonych poruszający się na wózku inwalidzkim opowiedział przedstawicielce KMPT, że był transportowany przez Służbę Więzienną zwykłym pojazdem konwojowym w pozycji siedzącej na wózku, który był zabezpieczony dodatkowo pasami bezpieczeństwa. Taka praktyka stanowi ryzyko dla zdrowia osadzonego, zwłaszcza w sytuacji, gdy pojazd konwojowy ulegnie wypadkowi. Osadzeni poruszający się na wózkach inwalidzkich powinni być bowiem przewożeni przy użyciu pojazdów specjalistycznych, przystosowanych do potrzeb takich osób. Takie pojazdy powinny być wyposażone w windę lub pochylnię dla wózka oraz miejsce, w którym możliwe jest stabilne zamocowanie wózka z pasażerem.

⁴⁶ Zob. Transport of detainees, CPT/Inf (2018) 24, par. 2 Safety measures.

⁴⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2009 r., CPT/Inf (2011) 20, par. 80. Zob. również raporty i zalecenia przedstawione w raportach z wizyt w: Grecji [CPT/Inf (2022) 16, par. 87 i 88] oraz w Królestwie Niderlandów [CPT/Inf (2017) 1, par. 29].

⁴⁸ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., skierowany do państwa-strony, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 68 i 69.

Tymczasem pojazdy konwojowe Służby Więziennej nie mają na ogół żadnych dostosowań do potrzeb osób z niepełnosprawnością⁴⁹.

Kwestia transportu osób z niepełnosprawnością ruchową była przedmiotem korespondencji Rzecznika Praw Obywatelskich z Dyrektorem Generalnym Służby Więziennej⁵⁰. Pismem z dnia 18 czerwca 2015 r. Dyrektor Generalny SW poinformował Rzecznika, że w razie konieczności transportu osadzonego poruszającego się na wózku inwalidzkim, jednostki penitencjarne korzystają z pojazdów sanitarnych, posiadających możliwość przewożenia osób w pozycji poziomej lub decydują się na zakup usługi specjalistycznego transportu medycznego od firm zewnętrznych. Dyrektorzy jednostek posiadają zaś możliwości organizacyjne i finansowe zapewnienia takim osobom standardów transportowych dostosowanych do ich potrzeb⁵¹.

KMPT rekomenduje transportowanie osadzonych poruszających się na wózkach inwalidzkich za pomocą pojazdów specjalistycznych, przeznaczonych do przewozu osób z niepełnosprawnościami.

6.3. Opieka medyczna

Personel lekarski przyjmuje osadzonych od poniedziałku do piątku w godz. 8-12 i 13:30 – 14:30. Z kolei pozostały personel medyczny (pielęgniarze i ratownik medyczny) są dostępni od poniedziałku do piątku w godz. 7-19 oraz w soboty w godz. 7-15.

W niedzielę oraz w godzinach nocnych (po 19 w dni powszednie oraz po godz. 15 w soboty) brak jest personelu medycznego w jednostce.

Czas pracy pielęgniarzy/ratownika medycznego nie spełnia standardów CPT, który po wizycie w Polsce w 2017 r. zalecił polskiemu rządowi, by w jednostkach

⁴⁹ Zob. Raport tematyczny KMPT pt. „Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną. Raport z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur” z 2019 r., 131-133.

⁵⁰ Zob. Wystąpienie RPO z dnia 21 maja 2015 r., KMP.571.1.2015.DK.

⁵¹ Zob. Pismo Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z 18 czerwca 2015 r., BDG-070-72/15/431.

penitencjarnych przez cały czas (także nocą i w weekendy) była obecna osoba potrafiąca udzielić pierwszej pomocy oraz przeszkolona w resuscytacji krążeniowo-oddechowej i używaniu defibrylatora. Zdaniem CPT najlepszym rozwiązaniem jest, by taką osobą była wykwalifikowana pielęgniarka⁵².

Jak wynika z informacji otrzymanej od Dyrektora jednostki, również sama obsada pielęgniarska wymaga wzmocnienia. Formalnie bowiem pomoc medyczną świadczy czterech pielęgniarzy i ratownik medyczny. Jeden z pielęgniarzy przebywał na długotrwałym zwolnieniu lekarskim i wyraził chęć przejścia na zaopatrzenie emerytalne. Obsada medyczna pozostanie więc osłabiona. Ponadto ratownik medyczny przebywa na długotrwałym zwolnieniu lekarskim.

Z przeprowadzonych rozmów indywidualnych wynikało, że pielęgniarze są mocno przeciążeni pracą i jest ich za mało, nawet w sytuacji, gdy nie dochodzi do wydarzeń nadzwyczajnych, które powodują wzrost obowiązków. Ponadto sporą część ich pracy zajmują sprawy administracyjne związane z prowadzeniem dokumentacji, umawianiem pacjentów na wizyty lekarskie i inne świadczenia medyczne i koordynowaniem wyjazdów (pielęgniarze wskazywali, że bardzo przydałaby się w tym celu pracownik administracyjny, który mógłby odciążać ich w tym zadaniach). Pielęgniarze biorą też udział w wyjazdach z osadzonymi do placówek medycznych, co osłabia w tym czasie kadrowo personel medyczny obecny ma miejscu w jednostce i ma negatywny wpływ na jakość sprawowanej opieki.

KMPT rekomenduje wzmocnienie obsady pielęgniarzy i ratowników medycznych oraz zapewnienie w jednostce całodobowej opieki medycznej świadczonej przez pielęgniarza lub ratownika medycznego.

W ocenie KMPT brak na miejscu wykwalifikowanego personelu medycznego stanowi sytuację wysokiego ryzyka. Personel niemedyczny musi bowiem dokonać oceny, czy wezwanie pogotowia ratunkowego jest konieczne, co stwarza ryzyko błędu i

⁵² Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 76.

niebezpieczeństwa dla zdrowia osadzonych. W takiej sytuacji konieczność oczekiwania na przyjazd karetki pogotowia opóźnia moment rozpoczęcia interwencji medycznej. A mając na względzie pojemność i zaludnienie jednostki, należy stwierdzić, że prawdopodobieństwo skorzystania z pomocy medycznej jest wysokie. Brak personelu medycznego wpływa również na efektywność dokumentowania obrażeń do jakich mogło dojść poza godzinami pracy ambulatorium. Utrudnia też sprawowanie właściwego nadzoru nad osadzonymi umieszczonymi w celi izolacyjnej.

Warto w tym miejscu odwołać się do zalecenia SPT przedstawionego w raporcie z wizyty w Polsce w 2018 r. Podkomitet rekomendował Polsce by zagwarantowała skuteczną, całodobową, profesjonalną opiekę medyczną we wszystkich jednostkach penitencjarnych przez siedem dni w tygodniu⁵³.

Z przeprowadzonych rozmów z osadzonymi wynikało, że w przypadku, gdy badanie lekarskie lub inne świadczenie medyczne odbywa się poza terenem jednostki penitencjarnej, zasadą jest obecność funkcjonariuszy Służby Więziennej przy takim badaniu. Jeden z osadzonych zgłosił przedstawicielce KMPT, że miał wykonywaną kolonoskopię w obecności funkcjonariuszy. Z jego relacji wynikało, że brak było nawet parawanu, który zapewniłby mu jakąkolwiek intymność.

KMPT przypomina, że niezależne badanie medyczne stanowi minimalną gwarancję prewencji tortur. Aby mogła ona zadziałać właściwie konieczne jest zapewnienie poufności takiego badania. Tylko bowiem w ten sposób możliwe jest zbudowanie odpowiedniej relacji na linii pacjent – lekarz i zainicjowanie efektywnej dyskusji na temat sposobu traktowania, posiadanych obrażeń, ich przyczyn i stanu zdrowia. Obecność personelu ochronnego może zniechęcać osadzonego do przekazywania lekarzowi jakichkolwiek informacji w tym zakresie, utrudniać zbudowanie atmosfery zaufania i mieć szkodliwy wpływ na ustalenia medyczne.

⁵³ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 104.

Należy też uwypuklić, że wynikającą z art. 115 § 8 w zw. z art. 115 § 7a k.k.w. zasadą jest udzielanie skazanym innym niż ci, o których mowa w art. 88 § 3 i 6 pkt 2 k.k.w., świadczeń zdrowotnych pod nieobecność funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego. Jedynie wyjątkowo, na wniosek osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, jeżeli jest to konieczne do zapewnienia jej bezpieczeństwa, świadczenie może zostać udzielone w obecności funkcjonariusza.

Na potrzebę zapewnienia poufności badań medycznych osadzonych w jednostkach penitencjarnych wskazywały polskim władzom CPT i SPT.

CPT w raporcie z wizyty w Polsce w 2017 r. podkreślił, że wszystkie badania medyczne osadzonych należy wykonywać poza zasięgiem słuchu (chyba, że lekarz nie zażąda przeciwnie w konkretnym przypadku) oraz poza zasięgiem wzroku funkcjonariuszy Służby Więziennej⁵⁴.

Analogiczny pogląd wyraził SPT w raporcie z wizyty w Polsce w 2018 r. Wskazał w nim, że podczas wszelkich badań lekarskich, w tym podczas przyjmowania do zakładu należy ściśle przestrzegać prawa do prywatności i poufności⁵⁵.

Warto również przytoczyć w tym miejscu poglądy SPT wyrażone w raporcie z wizyty w Ukrainie w 2016 r. Podkomitet wskazał w nim, że przeprowadzanie badań medycznych w obecności innych osób (np. członków konwoju lub strażników) narusza ich poufność i może zniechęcać do dyskusji na temat obrażeń wynikających z tortur i złego traktowania⁵⁶.

KMPT rekomenduje przeprowadzanie badań medycznych osadzonych w obecności funkcjonariusza Służby Więziennej niebędącego personelem medycznym, tylko na wyraźny wniosek osoby przeprowadzającej badanie.

⁵⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 79. Zobacz również poglądy CPT wyrażone w Dwudziestym Trzecim Raporcie Generalnym CPT, CPT/Inf (2013) 29, par. 76 i Trzecim Raporcie Generalnym CPT, CPT/Inf (93)12, par. 51.

⁵⁵ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 104.

⁵⁶ Zob. Raport SPT z wizyty w Ukrainie, CAT/OP/UKR/3, par. 53.

W czasie rozmowy jeden z osadzonych opowiedział przedstawicielce KMPT, że kiedy przebywał w celi izolacyjnej nie odwiedzał go lekarz, ani inni pracownik wykonujący zawód medyczny. Praktyka taka jest niezgodna ze standardami i zaleceniami CPT, który rekomenduje, by lekarz nie brał wprawdzie udziału w opiniowaniu wniosków o umieszczenie więźnia w celi izolacyjnej, powinien jednak zostać niezwłocznie powiadomiony o każdym umieszczeniu w celi izolacyjnej i odwiedzić więźnia niezwłocznie po umieszczeniu oraz w czasie codziennych wizyt, które powinny odbywać się przynajmniej raz dziennie, a nie tylko w sytuacjach, gdy osadzony o to poprosi⁵⁷. Personel medyczny powinien zgłaszać dyrektorowi więzienia każdy przypadek, kiedy zdrowie więźnia podlega poważnemu ryzyku w związku z umieszczeniem go w warunkach izolacyjnych⁵⁸.

Na potrzebę codziennych kontaktów więźnia przebywającego w izolacji z personelem medycznym zwracają też uwagę Reguły Nelsona Mandeli (Reguła 46) i Europejskie Reguły Więzienne (Reguły 43.2 i 43.3.). **KMPT rekomenduje wdrożenie tej praktyki w jednostce.**

6.4. Kontakt ze światem zewnętrznym

W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT przywrócone zostały widzenia dla osadzonych, zgodnie z wymogami przewidzianymi w kodeksie karnym wykonawczym. Więźniów mogły też odwiedzać dzieci. Obowiązywał telefoniczny system umawiania odwiedzin, najpóźniej dzień przed terminem planowanego widzenia.

Wizytujący w czasie swojej wizyty zostali poinformowani, że na razie nie zostaną uruchomione kąiki zabaw dla dzieci, z uwagi na konieczność dezynfekcji zabawek, co miałoby wpływ na liczbę odwiedzin.

⁵⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 89 i 90. Zob. też standardy CPT dotyczące izolacji więźniów zawarte w Dwudziestym Pierwszym Raporcie Generalnym, CPT/Inf (2011) 28, par. 62-63.

⁵⁸ Zob. Dwudziesty Pierwszy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2011) 28, par. 63.

W ocenie KMPT należy dążyć do przywrócenia kącików zabaw dla dzieci w jednostkach penitencjarnych, o ile względy sanitarne na to pozwalają i takie ograniczenie nie jest bezwzględnie konieczne. Kąciki do zabaw z dziećmi tworzą bowiem przyjazne środowisko odwiedzin i mają pozytywny wpływ na budowanie więzi osadzonego z rodziną. Ograniczenia w tym zakresie powinny być więc zniesione tak szybko, jak to tylko możliwe.

Zgodnie z Europejskimi Regułami Więziennymi „wizyty zorganizowane są w sposób, który pozwala więźniom na podtrzymanie i rozwijanie w tak dalece jak to jest możliwe normalnych więzi rodzinnych” (Reguła 24.4.).

Z uwagi na powyższe KMPT zwraca się do Dyrektora jednostki o udzielenie informacji o aktualnej praktyce w tej kwestii i ewentualnym terminie zniesienia tego obostrzenia.

6.5. Opieka wychowawcza

Zgodnie z informacjami udzielonymi przez Dyrektora Zakładu Karnego w Gębarzewie, biorąc pod uwagę pojemność jednostki, statystycznie na jednego wychowawcę przypadało średnio 48,5 skazanych. Z uwagi jednak na sytuację kadrową⁵⁹, w rzeczywistości na jednego wychowawcę przypadało średnio 52,3 osadzonych. Taka obsada kadrowa nie spełniała standardów określonych przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, zgodnie z którymi na jednego wychowawcę powinna przypadać maksymalna liczba 40 skazanych⁶⁰.

⁵⁹ Jeden wychowawca od kwietnia 2018r. zgodnie z ustawą o związkach zawodowych został zwolniony z obowiązku świadczenia służby na rzecz jednostki i realizuje swoje obowiązki w Okręgowym Zarządzie NSZZ Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa w Poznaniu, pozostając jednocześnie w strukturze działu penitencjarnego.

⁶⁰ Zob. Zarządzenie Nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych.

Dyrektor jednostki w piśmie z dnia 6 maja 2022 r. poinformował KMPT, że: „konieczne jest zatrudnienie co najmniej 3 wychowawców, aby spełniać standardy minimalne. Do pełnego komfortu pracy niezbędne jest zatrudnienie również wychowawcy ds. sportu czy wychowawcy postpenitencjarnego”.⁶¹

Taka sytuacja kadrowa ma wpływ na możliwości pracy penitencjarnej z osadzonymi i jej jakość.

KMPT rekomenduje wzmocnienie obsady wychowawczej w jednostce, tak by co najmniej spełniała ona standardy pracy penitencjarnej określone przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej.

6.6. Szkolenie personelu

Z informacji przekazanych wizytującym wynika, że personel uczestniczy w licznych kursach i szkoleniach. Na wyróżnienie zasługują w szczególności: szkolenie specjalistyczne dla realizatorów programu „Motywator”, szkolenie specjalistyczne z prowadzenia oddziaływań specjalistycznych wobec skazanych powyżej 60 roku życia, pod tytułem „Osadzony niepełnosprawny w izolacji penitencjarnej – rozwiązania prawne, skala zjawiska, postępowanie, propozycje oddziaływań” (szkolenie to jest przewidziane również w 2022 r.).

Ponadto w dniu 29 stycznia 2021 r. w trakcie odprawy działu terapeutycznego p.o. Kierownika Działu Terapeutycznego omówiła zalecenia wynikające z raportu tematycznego KMPT poświęconego traktowaniu więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną⁶². Z kolei w dniu 25 stycznia 2022 r. personel działu terapeutycznego został zapoznany z pismem Centralnego Zarządu Służby Więziennej

⁶¹ Zob. Pismo z dnia 6 maja 2022 r., D/OP.0812.1.2022.KN.

⁶² Zob. Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną. Raport z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z 2019 r.

poświęconemu standardom Europejskiego Trybunału praw Człowieka i opracowaniu dotyczącemu osób pozbawionych wolności⁶³.

Wizytujący zostali też poinformowani o planach szkoleniowych na 2021 r. które z uwagi na obostrzenia związane z pandemią nie mogły dojść do skutku, są jednak planowane do realizacji w przyszłości. Są to tzw. „warsztaty starości” z wykorzystaniem symulatora starości (który pozwala doświadczyć świata i ograniczeń z perspektywy osoby w podeszłym wieku)⁶⁴ oraz szkolenie z zakresu komunikacji przy pomocy języka Braille'a⁶⁵.

KMPT pozytywnie ocenia powyższe inicjatywy. Z pewnością zwiększą one potencjał zawodowy personelu i będą korzystne z punktu widzenia doboru odpowiednich form opieki i nadzoru nad osadzonymi.

KMPT rekomenduje, by do programów szkoleniowych funkcjonariuszy i pracowników cywilnych włączyć zagadnienia związane z: międzynarodowymi standardami praw człowieka i prewencji tortur (w tym standardami i zaleceniami SPT i CPT), zakazem dyskryminacji (m.in. ze względu na niepełnosprawność, wiek, orientację seksualną, pochodzenie), komunikacją interpersonalną i deeskalacją napięcia w sytuacjach konfliktowych, sposobami radzenia sobie ze stresem, przeciwdziałaniem wypaleniu zawodowemu, postępowaniem z osobami wymagającymi szczególnego nadzoru i pracy z grupami wrażliwymi (np. z osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, nie w pełni sprawnymi ruchowo, osobami z zaburzeniami psychicznymi, somatycznie chorymi), wczesnym wykrywaniem symptomów przemocy, praktycznym

⁶³ Opracowanie pt. „Standardy orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawach dotyczących osób pozbawionych wolności”, dostępne jest pod adresem: <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/standardy-europejskiego-trybunalu-praw-czlowieka2> [dostęp: 05.09.2022 r.]

⁶⁴ Szkolenie miało zostać przeprowadzone we współpracy ze Stowarzyszeniem Centrum Rozwoju Edukacji Obywatelskiej CREO.

⁶⁵ Szkolenie miało zostać przeprowadzone we współpracy z Polskim Związkiem Głuchych.

wykorzystywaniem Protokołu stambulskiego (zob. też pkt. 5.4. raportu), pracy z traumą i ofiarami przemocy.

SPT wskazuje, że szkolenie personelu jest mechanizmem zapobiegania torturom. Z tego też względu powinno ono obejmować funkcjonariuszy na wszystkich poziomach, mieć charakter prewencyjny i być ukierunkowane na ochronę praw człowieka oraz zapobieganie torturom i innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu⁶⁶.

Z kolei CPT podkreśla znaczenie komunikacji interpersonalnej i rozwoju odpowiednich relacji na linii funkcjonariusz – osadzony. W ocenie CPT 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 i bezpieczeństwo. W rezultacie praca personelu penitencjarnego może być znacznie bardziej satysfakcjonująca⁶⁷.

Na potrzeby odpowiednich szkoleń personelu penitencjarnego wskazują również Reguły Nelsona 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” (Reguła 75). Reguły Nelsona Mandeli wskazują też zakresy tematyczne szkoleń personelu penitencjarnego (Reguła 76).

Zgodnie z art. 10 i 16 Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur, materiały szkoleniowe dotyczące zakazu stosowania tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania powinny zostać włączone do programów szkoleniowych personelu penitencjarnego.

⁶⁶ Zob. Raport SPT z wizyty w Meksyku w 2008 r., CAT/OP/MEX/1, par. 95.

⁶⁷ Zob. Jedenasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2001)16, par. 26; Drugi Raport Generalny, CPT/Inf (92) 3, par. 60.

7. Zalecenia

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

7.1. Dyrektorowi Zakładu Karnego w Gębarzewie:

1. Traktowanie osadzonych z szacunkiem;
2. Realizowanie kontroli osobistych osadzonych w sposób etapowy;
3. Stosowanie kajdanek na czas transportu osadzonych i ich pobytu poza jednostką penitencjarną, tylko w przypadkach uzasadnionych okolicznościami konkretnego przypadku (np. wskazującymi na możliwość ucieczki zatrzymanego lub na wystąpienie u niego agresji lub samoagresji);
4. Wzmocnienie w jednostce obsady pielęgniarzy i ratowników medycznych;
5. Zapewnienie w jednostce całodobowej opieki medycznej świadczonej przez pielęgniarza lub ratownika medycznego;
6. Zapewnienie, że badania medyczne osadzonych realizowane są w warunkach poufności; obecność funkcjonariusza Służby Więziennej niebędącego personelem medycznym powinna mieć miejsce tylko na wyraźny wniosek osoby przeprowadzającej badanie;
7. Dokonywanie w trakcie badań medycznych oglądu ciała osadzonych, celem identyfikacji oznak tortur i innych form złego traktowania;
8. Przeszkolenie funkcjonariuszy i pracowników cywilnych mogących mieć kontakt z osadzonymi z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego;
9. Ulepszenie sposobu rejestrowania obrażeń osadzonych stosownie do zaleceń CPT, w tym stosowanie formularza do oznaczenia umiejscowienia obrażeń z wizerunkiem sylwetki człowieka (tzw. mapy ciała) i wykonywania zdjęć urazów;
10. Zapewnienie codziennych wizyt personelu medycznego w czasie pobytu osadzonego w celi izolacyjnej;

11. Wykonanie zabudowy lub montażu przesłony kącika sanitarnego w celach izolacyjnych;
12. Dokonywanie systematycznego przeglądu i remontu wyeksploatowanych cel mieszkalnych;
13. Rozdzielenie stykających się łóżek w celach mieszkalnych;
14. Dokonanie przeglądu zasadności stosowania blend w jednostce. W przypadkach indywidualnych, gdy konieczne będzie stosowanie szczególnych środków bezpieczeństwa, stosowanie rozwiązań ochronnych zgodnych z międzynarodowymi standardami, które nie będą ograniczać dostępu do cel mieszkalnych światła naturalnego i świeżego powietrza;
15. Rozważenie zorganizowania boiska dla osadzonych odbywający karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego, o ile umożliwi to infrastruktura jednostki;
16. Zapewnienie osadzonym na oddziale terapeutycznym odpowiednich zajęć kulturalno-oświatowych;
17. Wyposażenie pojazdów konwojowych w pasy bezpieczeństwa dla osadzonych, o ile pozwolą na to możliwości techniczne pojazdów;
18. Zapewnienie, że osadzeni poruszający się na wózkach inwalidzkich są transportowani za pomocą pojazdów specjalistycznych, przeznaczonych do przewozu osób z niepełnosprawnościami;
19. Wzmocnienie obsady wychowawczej w jednostce, tak by co najmniej spełniała ona standardy pracy penitencjarnej, określone przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej;
20. Włączenie do programów szkoleniowych personelu obszarów tematycznych, wskazanych w pkt. 6.6. raportu.

KMPT zwraca się też do Dyrektora jednostki o:

- Zajęcie stanowiska w kwestii możliwości modernizacji oddziału terapeutycznego celem poprawy warunków lokalowych (pkt. 6.2. raportu);
- Udzielenie informacji, czy kącik zabaw dla dzieci jest użytkowany przez osoby odwiedzające; ewentualnie jaki jest prognozowany termin przywrócenia jego użytkowania (pkt. 6.4. raportu).

7.2. Dyrektorowi Okręgowemu Służby Więziennej w Poznaniu:

1. Zapewnienie Dyrektorowi Zakładu Karnego w Gębarzewie środków finansowych na realizację powyższych zaleceń, wymagających nakładów finansowych.

7.3. Dyrektorowi Generalnemu Służby Więziennej:

1. Przypomnienie podległym funkcjonariuszom Służby Więziennej o zasadach stosowania kajdanek wobec osadzonych oraz zapoznanie ich ze standardami i zaleceniami CPT i SPT w tym zakresie (pkt. 6.1. raportu).

Opracował: Rafał Kulas

Za Zespół:

Przemysław Kazimirski
Dyrektor Zespołu
/-podpisano elektronicznie/