

**Monitoring
traktowania więźniów
z niepełnosprawnością fizyczną
i sensoryczną**



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Monitoring traktowania
więźniów z niepełnosprawnością
fizyczną i sensoryczną

RAPORT
KRAJOWEGO MECHANIZMU
PREWENCJI TORTUR



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną

Raport z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Opracowanie:

Dorota Krzysztoń

Kamil Kowalski, ekspert Fundacji Integracja – rozdz. „Wytyczne stworzone przez środowisko osób z niepełnosprawnościami”

Redakcja:

Przemysław Kazimirski, dr Hanna Machińska, Justyna Zarecka

Wydawca:

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa

www.rpo.gov.pl

Infolinia obywatelska: 800 676 676

ISBN 978-83-65029-42-3

Oddano do składu w sierpniu 2019 r.

Podpisano do druku we wrześniu 2019 r.

Nakład: 250 egz.

Publikacja jest dostępna na licencji Creative Commons:

Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Na tych samych warunkach (CC BY-NC-SA)

Opracowanie DTP, korekta, druk i oprawa:

Gráfico Agnieszka Blicharz-Krupińska

ul. Żmudzka 21, 51-354 Wrocław

www.argrafpol.pl

Spis treści

Słowo wstępne Rzecznika Praw Obywatelskich	5
Wprowadzenie	7
Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur a prawa osób z niepełnosprawnościami... 7	
Zespół do spraw Równego Traktowania	8
Współpraca KMPT z Fundacją Polska Bez Barrier i Fundacją Integracja.....	10
I. Standardy dotyczące osób z niepełnosprawnościami	15
Co to jest niepełnosprawność.....	16
Międzynarodowe standardy ochrony osób z niepełnosprawnościami	22
Wytyczne stworzone przez środowisko osób z niepełnosprawnością dotyczące dostępności jednostek penitencjarnych dla osadzonych oraz osób ich odwiedzających.....	52
II. Sytuacja więźniów z niepełnosprawnościami	79
Działania Służby Więziennej na rzecz więźniów z niepełnosprawnościami.....	80
III. Problemy systemowe dotyczące więźniów z niepełnosprawnością ruchową i sensoryczną	93
IV. Wyniki wizytacji tematycznych KMPT	107
1. Legalność pobytu.....	109
2. Rozmieszczanie więźniów z niepełnosprawnościami w jednostkach penitencjarnych.....	111
3. Traktowanie	117
4. Warunki bytowe	121
5. Prawo do informacji	135
6. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym	140
7. Prawo do ochrony zdrowia.....	145
8. Personel.	153
9. Zajęcia kulturalno-oświatowe i sportowe.....	153
10. Zatrudnienie oraz nauczanie.....	156
11. Prawo do praktyk religijnych.....	159
V. Rekomendacje	161
Ankieta wykorzystywana w czasie tematycznych wizytacji prewencyjnych KMPT	166

Słowo wstępne

Rzecznika Praw Obywatelskich

Więźniowie z niepełnosprawnościami są niezwykle wrażliwą grupą, której sytuacja i szczególne potrzeby nie były dotąd przedmiotem szerszej analizy. Postępowanie ze skazanymi i tymczasowo aresztowanymi z dysfunkcjami jest jednak istotnym wskaźnikiem humanitaryzmu myśli i praktyki penitencjarnej, mogącym przysłużyć się wszystkim osobom odpowiedzialnym w Polsce za funkcjonowanie systemu więziennictwa.

Niniejsza publikacja poświęcona jest badaniom Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej KMPT) dotyczącym osób z niepełnosprawnością ruchową oraz sensoryczną. Trzeba jednak zaznaczyć, że w polskich więzieniach przebywają także więźniowie z obniżoną sprawnością, której nasilenie - na skutek nie zawsze widocznych gołym okiem chorób czy podeszłego wieku - prowadzi do poważnych trudności w funkcjonowaniu w warunkach, jakie aktualnie panują w polskich jednostkach penitencjarnych.

Niepełnosprawność może stanowić wynik wielu czynników, wśród których można wymienić m.in. przemoc fizyczną czy ubóstwo rozumiane jako brak środków finansowych na odpowiednie leczenie. Praktyka pokazuje, że problemy te dotyczą środowisk, z których wywodzi się znaczna liczba więźniów.

Niepełnosprawność utrudnia reintegrację społeczną. Więźniowie z niepełnosprawnościami ze względu na swoją słabą kondycję fizyczną są szczególnie narażeni na nadużycia i przemoc. Charakter zamkniętego i ograniczonego środowiska, stres i brak odpowiedniej opieki medycznej czy rehabilitacji sprawiają, że więzienie stanowi dla nich nieproporcjonalnie dolegliwą karę za popełnione przestępstwo.

Sytuacja więźniów z niepełnosprawnościami oraz świadomość, że ze względu na starzenie się społeczeństwa ich liczba może wciąż rosnąć, powinny skłonić decydentów do stworzenia odpowiedniej strategii postępowania z tą grupą osadzonych. Należy zatem dążyć do zapewnienia ochrony praw człowieka w więzieniach, a w szczególności uwzględniać potrzeby osób z niepełnosprawnościami.

Publikacja Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur powstała z nadzieją, że przedstawione w niej zagadnienia skłonią władze do refleksji i podjęcia konkretnych działań dotyczących sytuacji osób z niepełnosprawnościami przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych.

Adam Bodnar, *Rzecznik Praw Obywatelskich*

Wprowadzenie

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur a prawa osób z niepełnosprawnościami

*Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania*¹ wraz z Protokołem Fakultatywnym (dalej: OPCAT)², dały podstawy do utworzenia w Polsce w 2008 r. w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. To grupa specjalistów monitorujących sytuację w miejscach odosobnienia, gdzie ludzie przebywają niezależnie od swojej woli. Takich miejsc jest w Polsce ponad 3000. To nie tylko zakłady karne czy areszty śledcze, ale również policyjne izby dziecka, izby wytrzeźwień, szpitale psychiatryczne, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, zakłady poprawcze, zakłady opiekuńczo-lecznicze czy domy pomocy społecznej. W ciągu 10 lat swojej działalności przedstawiciele KMPT przeprowadzili ponad 1000 wizytacji, które odbywały się także w tych placówkach, w których przebywają osoby z niepełnosprawnościami.

Podstawowym zadaniem Krajowego Mechanizmu jest sprawdzenie sposobu traktowania osób pozbawionych wolności w celu wzmocnienia, w razie potrzeby, ich ochrony przed torturami bądź nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem. KMPT działa prewencyjnie, co jest niezwykle ważne w kontekście osób z niepełnosprawnościami – jest to bowiem szczególnie wrażliwa grupa, której przedstawiciele nie zawsze są w stanie (ze względu na swój stan zdrowia, czy inne ograniczenia) samodzielnie zgłosić, że są ofiarami przemocy czy innego niewłaściwego traktowania.

W trakcie swych wizytacji KMPT wskazuje na standardy międzynarodowe. Ich wdrożenie wpływa bezpośrednio na poprawę warunków i sposobu traktowania osób pozbawionych wolności. Choć niezwykle wiele w tym zakresie zależy od gotowości przedstawicieli wizytowanych placówek, jak i nadzorujących ich instytucji do podejmowania dialogu z KMPT.

¹ Dz. U. z 1989 r., Nr 63 poz. 378.

² Dz. U. z 2007 r., Nr 30 poz. 192.

Niniejsza publikacja jest efektem wizytacji aresztów śledczych i zakładów karnych przeprowadzonych pod kątem przestrzegania praw osób z niepełnosprawnościami. W niektórych wizytacjach brali także udział eksperci z organizacji pozarządowych zajmujący się tą tematyką.

W latach 2015-2016 KMPT przeprowadził w sumie 17 wizytacji tematycznych w jednostkach penitencjarnych. W ich trakcie skupiono się przede wszystkim na zbadaniu sytuacji osadzonych z niepełnosprawnością ruchową oraz z niepełnosprawnościami sensorycznymi (narządy wzroku i słuchu). Jak pokazała praktyka, wnioski płynące z tych badań są aktualne w świetle doświadczeń Mechanizmu z wizytacji, które odbywały się w kolejnych latach.

Na końcu publikacji znajduje się ankieta, którą przygotowali przedstawiciele *Fundacji Polska bez Barrier* na potrzeby wizytacji tematycznych KMPT dotyczących osób z niepełnosprawnością ruchową i niepełnosprawnościami sensorycznymi. Zawiera ona wiele praktycznych wskazówek dotyczących m.in. planowania dostępności pomieszczeń dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich czy też wspierających się na kulach łokciowych. Zalecenia te mają charakter uniwersalny i mogą być stosowane również dla innych typów budynków, stanowiąc niezwykle cenne źródło wiedzy, z którego powinniśmy w Polsce coraz powszechniej korzystać.

Zespół do spraw Równego Traktowania

Rzecznik Praw Obywatelskich wykonuje w Polsce zadania niezależnego mechanizmu do spraw promowania, ochrony i monitorowania wdrażania postanowień Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (dalej: KPON), która została przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. Polski rząd podpisał ją 30 marca 2007 r., natomiast ratyfikacja Konwencji przez Polskę miała miejsce 6 września 2012 r., co oznacza, że umowa ta stanowi część polskiego porządku prawnego już od 6 lat.

Między innymi dla realizacji tej misji Rzecznik, w strukturze swojego urzędu, wyodrębnił Zespół ds. Równego Traktowania. Do jego zadań należy m.in. prowadzenie spraw z zakresu ochrony praw osób z niepełnosprawnościami podejmowanych na podstawie skarg indywidualnych, przygotowywanie wystąpień generalnych Rzecznika do organów i instytucji publicznych dotyczących realizacji praw

osób niepełnosprawnych, a także przystępowanie do postępowań sądowych związanych z egzekwowaniem obowiązków państwa wynikających z Konwencji. Rzecznik prowadzi również badania społeczne dotyczące sytuacji osób z niepełnosprawnościami i praktyki stosowania przepisów prawa, co pozwala na skuteczne identyfikowanie problemów, z jakimi konfrontowane są osoby z niepełnosprawnościami. W Biurze RPO działają również Komisja Ekspertów ds. Osób z Niepełnosprawnością oraz Komisja Ekspertów ds. Osób Głuchych zrzeszające przedstawicieli organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami, a także przedstawicieli ośrodków naukowych zaangażowanych w ochronę praw tych osób.

Ratyfikując Konwencję, Polska zobowiązała się do regularnego przedkładania Komitetowi do spraw praw osób niepełnosprawnych szczegółowych sprawozdań dotyczących środków podjętych w celu realizacji postanowień Konwencji oraz postępu dokonanego w tym zakresie. Odpowiedzialnym za przygotowanie tego sprawozdania jest rząd Rzeczypospolitej Polskiej. RPO sporządza natomiast własne sprawozdania z realizacji zobowiązań wynikających z Konwencji³. W raporcie tym Rzecznik - z perspektywy organu odpowiedzialnego za ochronę praw człowieka, który jest niezależny od struktur rządowych - ocenia zarówno postępy i sukcesy, jak również niepowodzenia i bariery w realizacji poszczególnych praw ustanowionych w Konwencji.

Organem odpowiedzialnym na arenie międzynarodowej za monitorowanie przestrzegania postanowień Konwencji jest Komitet do spraw praw osób niepełnosprawnych, ustanowiony w drodze art. 34 KPON. Oprócz swoich podstawowych funkcji, Komitet - na mocy art. 1 ust. 1 Protokołu fakultatywnego do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych - może przyjmować oraz rozpoznawać indywidualne zawiadomienia ze strony osób lub grup osób, które twierdzą, że są ofiarami naruszenia przez państwo-stronę postanowień Konwencji. W efekcie Komitet może zalecić organom państwa odpowiednie działania naprawcze lub zmiany o charakterze legislacyjnym. Prawo do składania skarg indywidualnych nie przysługuje jednak polskim obywatelom, ani innym osobom, które zostały pokrzywdzone w wyniku działania lub zaniechania polskich instytucji publicznych. Do chwili obec-

³ Publikacja „Realizacja przez Polskę zobowiązań wynikających z Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Sprawozdanie Rzecznika Praw Obywatelskich” dostępna jest w wersji elektronicznej pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/realizacja-przez-polsk%C4%99-zobowi%C4%85za%C5%84-wy-nikaj%C4%85cych-z-konwencji-o-prawach-os%C3%B3b-niepe%C5%82nosprawnych>

nej Polska nie podpisała, ani nie ratyfikowała bowiem Protokołu fakultatywnego do Konwencji.

Do końca kwietnia 2017 r. Protokół fakultatywny został ratyfikowany przez 92 państwa członkowskie Organizacji Narodów Zjednoczonych, w tym 21 państw Unii Europejskiej. W swoich zaleceniach pod adresem UE, która stroną Konwencji pozostaje od grudnia 2010 r., Komitet wzywa Unię do ratyfikacji Protokołu fakultatywnego. O ratyfikację tego dokumentu przez Polskę zabiegali też kolejni Rzecznicy Praw Obywatelskich - dr Janusz Kochanowski, prof. Irena Lipowicz oraz dr Adam Bodnar.

Aktualny stan rzeczy powoduje, że osoby z niepełnosprawnością, po wyczerpaniu środków prawnych przewidzianych w prawie krajowym, nie mogą skorzystać z instrumentu międzynarodowego służącego ochronie ich praw. Jest to o tyle niepokojące, że orzecznictwo Komitetu dotyczy przede wszystkim poważnych naruszeń praw wynikających z Konwencji. Przykładowo, orzekając na podstawie zawiadomienia *X przeciwko Argentynie*⁴ Komitet zwrócił uwagę na obowiązek zapewnienia osobie z niepełnosprawnością przebywającej w zakładzie karnym odpowiednich warunków bytowych oraz dostępu do rehabilitacji niezbędnej dla zachowania właściwej kondycji zdrowotnej.

Mając powyższe na uwadze, Rzecznik będzie w dalszym ciągu zabiegał o zmianę decyzji rządu w sprawie ratyfikacji Protokołu fakultatywnego do Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych uznając, że jest to istotny instrument wzmacniający efektywność systemu ochrony praw człowieka.

Współpraca KMPT z Fundacją Polska Bez Barrier i Fundacją Integracja

Działalność Rzecznika Praw Obywatelskich na rzecz osób z niepełnosprawnościami opiera się również na współpracy z organizacjami pozarządowymi, które zrzeszają osoby z niepełnosprawnościami i pracują na ich rzecz.

Przedstawiciele Fundacji Polska bez Barrier oraz Fundacji Integracja aktywnie uczestniczyli w wizytacjach tematycznych KMPT. Są również autorami przywoływanych w raportach KMPT standardów dotyczących planowania dostępności

⁴ Orzeczenie Komitetu do spraw praw osób niepełnosprawnych z dnia 11 kwietnia 2014 r. w sprawie *X przeciwko Argentynie* (CRPD/C/11/D/8/2012).

budynków i pomieszczeń, które nie zostały dotychczas ujęte w przepisach prawa. Fundacja Polska bez Barrier przygotowywała również pracowników KMPT do badania stanu przestrzegania praw osób z niepełnosprawnościami.

Mając na względzie wkład obydwu organizacji w przygotowania i prace KMPT nad niniejszym raportem, uznaliśmy za ważne, by ich przedstawiciele własnymi słowami przedstawili swoją działalność. Oto co mówią:

Fundacja Polska Bez Barrier.

Rozpoczęliśmy działalność w 2012 r. Od tamtego czasu, z każdym dniem, nabieramy mocy, doświadczenia i wrażliwości. Współpracujemy z wieloma instytucjami, lecz szczególnie miejsce w naszych sercach zajmuje współpraca z Biurem Rzecznika Praw Obywatelskich. Jesteśmy z niej bardzo dumni. To dla nas znak jakości i najwyższego zaufania.

Fundacja powstała z niezgody na dyskryminację. Ta nie zawsze jest oczywista. Często składa się z drobiazków, występujących dość powszechnie. Każda pochylnia o nieco tylko zbyt dużym kącie nachylenia (bo nie było miejsca, bo przecież te kilka stopni nachylenia więcej nie ma znaczenia, bo konserwator się nie zgadza, bo architekt(ka) miał(a) taką wizję projektu) to dla kogoś wykluczenie. Każdy obiekt gdzie nie ma dostępu do tłumaczenia na Polski Język Migowy to miejsce, gdzie człowiek taki sam jak Ty, nie będzie mógł się porozumieć z równą łatwością co Ty. Każda awaria windy, podnośnika, platformy, brak kontrastów, pętli indukcyjnej dla osób słabosłyszących i tysiące innych rzeczy wykluczają i dyskryminują. Brak przeszkolonej obsługi potrafiącej uruchomić platformę przyschodową, klucz do platformy na pierwszym piętrze po schodach, niezabezpieczona przestrzeń pod schodami, o które rozpędzone dziecko może sobie rozbić głowę. Zamknięta toaleta zamieniona na magazyn rzeczy przeróżnych. Nieobniżony nawet fragment blatu recepcji lub przeciwnie, obniżony fragment blatu recepcji, na którym ktoś postawił ulotki, kwiaty, drukarkę lub wielkie plastikowe zielone jabłko.

Ośmiolatek będący tłumaczem Polskiego Języka Migowego na rozprawie rozwodowej Głuchych rodziców. Ojciec poruszający się na wózku, który nie może odprowadzić swojego dziecka do przedszkola, ani wejść na wywiadówkę do szkoły. Kobiety z niepełnosprawnością ruchową wybierające ginekologa nie pod kątem

fachowości, lecz siły (gabinety nie są dostępne). Posłanki i Posłowie na Sejm RP urzędujący w niedostępnych Biurach Poselskich. Muzeum Historii Żydów Polskich z bocznym wejściem dla osób z niepełnosprawnością (to nie jedyny błąd). Bulwary Wiślane w Warszawie z tyloma niedociągnięciami, że ciężko byłoby je wszystkie tutaj wymienić. Filharmonia Szczecińska z blatem szatni tak wysokim, że osoba niskiego wzrostu lub ktoś poruszający się na wózku nie ma szans na bycie widocznym. Tak wiele nowych obiektów zgodnych z przepisami, lecz nieużytecznych. W telewizji brak tłumaczeń na Polski Język Migowy i Audiodeskrypcji. Niedostępne areszty i zakłady karne przez co osadzone osoby z niepełnosprawnością są dodatkowo karane tylko z tytułu niepełnosprawności. Brak planów/sposobów ewakuacji osób z niepełnosprawnością. Chcemy to zmienić.

Lubimy myśleć, że codziennie dokładamy starań, by świat stał się lepszy i bardziej dostępny. Jesteśmy uważni i otwarci. Nie chcemy przegapić niczego ważnego. W czasie kilku lat działalności udało nam się wypracować własne metody pracy (wielokrotnie sprawdzone, wciąż dopracowywane i skuteczne – co potwierdzają ewaluacje), mamy doskonały, ale i niestandardowy zespół oraz całą masę sprzętu szkoleniowego (wciąż inwestujemy w rozwój). Bardziej interesuje nas proces zmian niż jednorazowe działania, dlatego dużo ciężkiej pracy przed nami.

Nazwa Fundacji jest zarazem naszą wizją i celem naszych działań. Zajmujemy się likwidacją barier. Wierzymy, że bariery architektoniczne, i te tkwiące w ludzkich umysłach należy burzyć każdego dnia. Promujemy zmiany, które włączą osoby z niepełnosprawnościami w główny nurt życia. Uważamy, że każdy ma prawo do równego traktowania. Budujemy porozumienia i współpracujemy z ludźmi oraz organizacjami, którym bliskie są nasze cele. Naszym zdaniem partnerstwo i współpraca to powód do dumy. Wspólnie jesteśmy w stanie zrobić więcej i lepiej.

Jesteśmy przywiązani do myśli, że różni ludzie to różne potrzeby. Dlatego też nie mówimy o niepełnosprawności, mówimy o potrzebach. Promujemy projektowanie dla wszystkich albo jak kto woli: projektowanie uniwersalne. Uważamy, że dobrze zaprojektowane usługi, produkty, przestrzeń, są zaprojektowane dla wszystkich.

Nasza współpraca z Biurem Rzecznika Praw Obywatelskich rozpoczęła się od przeprowadzenia szkolenia dla Ekspertów i Ekspertek Krajowego Mechanizmu Prewencji. Rozmawialiśmy o dostępności, potrzebach osób z niepełnosprawnościami,

projektowaniu uniwersalnym, wyzwaniach i propozycjach rozwiązań. W ciągu kilkunastu miesięcy odbyliśmy szereg wizytacji tematycznych dotyczących m.in. przebywania osób z niepełnosprawnościami w Zakładach Karnych i Aresztach Śledczych. Owoce tych działań były raporty, sugestie zmian i zacieśnienie współpracy z Krajowym Mechanizmem Prewencji i Służbą Więzienną.

Najnowszym wynikiem współpracy są przygotowane przez nas opracowania dotyczące dostępności architektonicznej warszawskich budynków BRPO.

Rzeczywistość nie jest łatwa. Dostępność wymaga wiele uważności, zmian, zaangażowania i często nakładów finansowych. Przepisy są ważne, lecz musimy pójść dalej, w stronę prawdziwej użyteczności stosowanych rozwiązań. Jasnym drogowskazem może być dla nas Konwencja ONZ o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami. Profesjonalne kadry i rozwiązania dostępnościowe mogą mieć realny wpływ na aktywizację i włączenie społeczne większej liczby osób z niepełnosprawnością, uzyskanie przez nich świadomości np. o możliwych formach aktywności i rehabilitacji, pracy oraz rozwiązań architektonicznych ułatwiających samodzielność. Do takich zmian dążymy i za takie zmiany trzymamy kciuki.

Maciej Augustyniak – Prezes Fundacji Polska Bez Barrier

Fundacja Integracja to ogólnopolska organizacja pozarządowa, która od ponad 20 lat aktywnie działa na rzecz poprawy sytuacji ponad 5 mln osób z różnymi niepełnosprawnościami. Podnosi świadomość społeczną, działa na rzecz wyrównywania szans oraz wyznacza ogólnokrajowe standardy i rozwiązania systemowe. Jest strategicznym partnerem dla instytucji publicznych i prywatnych w rozwiązywaniu problemów dotyczących osób z różnymi niepełnosprawnościami.

Misją organizacji jest poprawa sytuacji osób z niepełnosprawnością, zwiększenie dostępności, kształtowanie świadomości obywatelskiej oraz integracja społeczna.

Fundacja Integracja jest liderem w dostarczaniu informacji z zakresu niepełnosprawności. Jej siłą są media. Prowadzi największą w kraju platformę informacyjną. Od 1994 r. nieprzerwanie wydając magazyn Integracja najbardziej popularne w Polsce pismo, mówiące o niepełnosprawności i skierowane nie tylko do osób z niepełnosprawnością, od 1997 r. realizując programy telewizyjne (ponad 600 odcinków),

oraz od 2003 r., prowadząc najbogatszy tematycznie, związany z niepełnosprawnością portal w naszym kraju Niepełnosprawni.pl.

Tworzy przyjazne miejsca pracy łącząc kandydatów z niepełnosprawnością i pracodawców, dzięki działającym w kilku miastach Centrach Integracja oraz serwisowi rekrutacyjnemu Sprawniwpracy.pl dysponującym ogromną liczbą ofert, jak również wiedzą dotyczącą zatrudnienia pracownika z niepełnosprawnością.

Jest aktywna we wszystkich sferach życia społecznego związanego z niepełnosprawnością. Wspiera działy HR w aktywizacji zawodowej i w zarządzaniu zasobami ludzkimi, w tym osób z niepełnosprawnością. Szkoli pracowników działów obsługi klienta i uwrażliwiamy ich na niepełnosprawność. Walczy o dostępność architektoniczną i cyfrową. Pomaga instytucjom i firmom, które chcą dostosować swoje produkty, serwisy internetowe i placówki, do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Nasi eksperci przygotowują profesjonalne opinie, audyty i szkolenia. Na koncie mamy już kilkaset zrealizowanych audytów stron internetowych zgodnych ze standardami WCAG 2.0. Likwidując bariery architektoniczne, ułatwiłmy osobom z niepełnosprawnością dostęp do wielu dworców kolejowych, lotniczych, budynków publicznych i prywatnych, a także pocztowych i bankowych. Wszystkie dostępne serwisy www i budynki certyfikujemy integracyjnym znakiem jakości Obiekt bez barier oraz Serwis bez barier.

Realizuje największe kampanie społeczne. Do najpopularniejszych należą: Płytką wyobraźnia to kalectwo, Czy naprawdę chciałbyś być na naszym miejscu, Dlaczego traktujesz nas inaczej i ostatnia, obsypana nagrodami w kraju i zagranicą - Nie chcę być strażakiem, promująca portal rekrutacyjny dla osób z niepełnosprawnością: www.sprawniwpracy.pl, który łączy pracodawców i kandydatów.

Organizuje konkurs Człowiek bez barier, który od 2003 r. promuje osoby z niepełnosprawnością, których kariera, aktywność społeczna i zawodowa, zaangażowanie i postawa są przykładem i źródłem motywacji do przełamywania barier w życiu. Od 1996 r. jesteśmy także organizatorem Wielkiej Gali Integracji pod patronatem Prezydenta RP z okazji Światowego Dnia Osób Niepełnosprawnych. Jest to największe tego typu przedsięwzięcie w Polsce, w którym bierze udział ponad 3000 osób.

Monika Rzepkowska - przedstawicielka Fundacji Integracja

1.

Standardy dotyczące osób z niepełnosprawnościami

Co to jest niepełnosprawność

Nie istnieje jedna, powszechnie uznana definicja niepełnosprawności. Ewoluowała ona z biegiem lat. W 1980 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjęła, że *niepełnosprawność to ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu.*

Natomiast w 1994 r. Europejskie Forum Niepełnosprawności Parlamentu Europejskiego zdefiniowało osobę niepełnosprawną jako *jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przewyciężyć w taki sposób, jak inni ludzie. Te przeszkody określane jako bariery są często wzmacniane przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa.*

Z kolei Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych z 2006 r.⁵ stwierdza, że *do osób niepełnosprawnych zalicza się te osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami.*

Różnice w tym zakresie występują również w polskich aktach normatywnych:

Niepełnosprawność oznacza to trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy (art. 2 pkt. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych⁶).

Osoby niepełnosprawne, czyli osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych (uchwała Sejmu RP z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych⁷).

Poszczególne polskie akty prawne posługują się też różnymi pojęciami na określenie niepełnosprawności, używając także określeń przestarzałych i pejo-

⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.

⁶ Tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r. poz. 511.

⁷ M. P. z 1997 r., poz.50, poz. 475.

ratywnych takich jak: kalectwo, upośledzenie umysłowe, niedorozwój umysłowy czy nieporadność⁸. Termin niepełnosprawność też nie jest najwłaściwszy, ale nie znaleziono do tej pory lepszego określenia. Zastępuje on wiele dotychczasowych pojęć, w tym inwalidztwo.

Problem ludzi z niepełnosprawnościami istnieje od początków cywilizacji, a wraz z jej rozwojem ewoluowało samo podejście do niepełnosprawności, tzw. modele niepełnosprawności.

Istotną przesłanką Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych jest przekonanie, że to nie niepełnosprawność jest faktyczną barierą w funkcjonowaniu osób z niepełnosprawnościami ale to, że istniejące w otoczeniu bariery prowadzą do niepełnosprawności. Tymczasem polskie akty normatywne są cały czas związane z modelem medycznym, koncentrującym się na dysfunkcjach i pomijającym kwestie interakcji osób z niepełnosprawnościami z barierami znajdującymi się w środowisku, wbrew standardom ustanowionym w Konwencji. W konsekwencji, podejście takie pomija potencjał, który mają osoby z niepełnosprawnościami, a idąc dalej – stanowi podstawę do odebrania im prawa do pełnienia ról społecznych na równi z ludźmi sprawnymi.

W medycznym modelu podejścia do niepełnosprawności, postrzega się ją w sposób charakterystyczny dla medycyny, tj. przez pryzmat choroby i deficytu⁹. Zakłada się, że niepełnosprawność jest uleczalna (być może dzięki rozwojowi medycyny wkrótce będzie), a osoba z niepełnosprawnością – *wadliwa*, co rodzi konieczność *naprawienia jej*. Model medyczny koncentruje się na uszkodzeniu organizmu, a nie na potencjale osoby z niepełnosprawnością. Nie uznaje się konieczności zmiany w społeczeństwie, a jeśli osobie z niepełnosprawnością udzielane jest wsparcie, to brak możliwości równego jej udziału w życiu społecznym nie jest traktowany jako dyskryminacja.

Najstarsza historycznie koncepcja niepełnosprawności, sięgająca Starożytności, nazywana jest modelem moralnym i uznaje niepełnosprawność za karę należ-

⁸ Przykładowo: art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 21 stycznia 1999 r. o sejmowej komisji śledczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1024.), rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r., poz. 1110), § 359 z dnia 7 kwietnia 2016 r. Regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury (tekst jedn.: Dz.U. 2017 poz. 1206).

⁹ Model lansowany w pocz. XVIII w.

ną za uczynki osoby nią dotkniętej lub jej rodziców. Pewną odmianą tego modelu była odwołująca się do genetyki koncepcja eugeniki negatywnej, oskarżająca rodziców niepełnosprawnych dzieci za ich stan. Rezultatem takich idei były praktyki segregacyjne, poddawanie sterylizacji i zabijanie osób z niepełnosprawnością np. przez faszystów podczas II wojny światowej. Obecnie nauka nie daje żadnych podstaw do funkcjonowania tego modelu.

Diametralnie inne podejście w porównaniu do modelu medycznego i moralnego, prezentuje powstały w latach 70-tych XX wieku model społeczny, zgodnie z którym niepełnosprawność to izolacja i wykluczenie z pełnego udziału i aktywności społecznej wynikające z opresji wobec osób z ograniczeniami sprawności ze strony społeczeństwa¹⁰.

Z kolei, w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) ogłoszonej przez WHO w 2001 r. przyjmuje się całościowy model niepełnosprawności, łączący dotychczasowe modele naukowe (model medyczny i społeczny). *Obejmuje on zależności między uszkodzeniami, ograniczeniem aktywności oraz utrudnieniem lub ograniczeniem uczestnictwa w życiu społecznym, uwarunkowane czynnikami osobniczymi i środowiskowymi. (...) Osoba niepełnosprawna jest więc postrzegana nie tylko jako jednostka z problemami chorobowymi, wymagająca odpowiedniej opieki medycznej, ale jako członek społeczności, którego prawa człowieka dotyczą w takim samym stopniu jak reszty społeczeństwa¹¹.*

Według wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS)¹² w 2014 roku w Polsce było 7,7 mln (dokładnie 7 689,8 tys.) osób niepełnosprawnych¹³. Co warto zaznaczyć, problem niepełnosprawności nie pomija żadnej grupy społecznej, w tym więźniów.

Więzienia są miejscami, w których osoby z niepełnosprawnością ruchu i sensoryczną były osadzane od początku istnienia tych instytucji. W przeszłości to

¹⁰ Więcej na ten temat w: *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniem sprawności* pod red. Anny I. Brzezińskiej, Radosława Kaczana i Karoliny Smoczyńskiej, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2010.

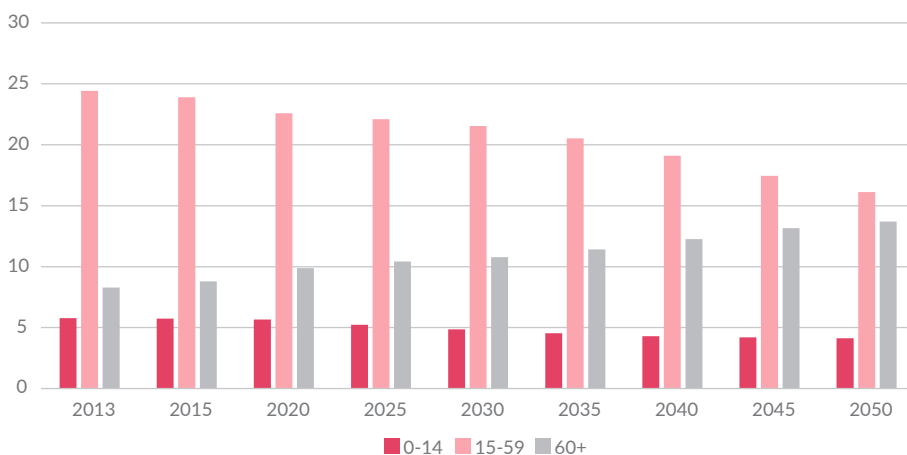
¹¹ Więcej na ten temat w artykule pt. *O potrzebie rehabilitacji kompleksowej* Krzysztofa Czechowskiego i Anny Wilmowskiej-Pietruszyńskiej w: *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*. Nr II/2016(19).

¹² Dane pochodzą z wyników drugiej edycji badania *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.* Pierwszą edycją badania przeprowadzono w 2009 r.

¹³ Źródło: <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,78,dane-demograficzne>

często głód, nieuleczalne choroby i wojny były przyczynami niepełnosprawności. Obecnie bardzo wiele ograniczeń wiąże się z podeszłym wiekiem osadzonych, którzy starzeją się za murami więziennymi. Zgodnie z założeniami opracowanej przez Główny Urząd Statystyczny prognozy demograficznej¹⁴, obejmującej okres do 2050 r., w przyjętej perspektywie wystąpi znaczne zmniejszenie liczby dzieci (w wieku 0-14 lat) i osób dorosłych (w wieku 15-59), natomiast zwiększy się liczba i udział osób w wieku co najmniej 60 lat. W rezultacie udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski zwiększy się do 40,4% (13,7 mln) w ostatnim roku prognozy.

Prognozowana liczba ludności według wybranych grup wieku (w mln.)¹⁵.



Wykonywanie tymczasowego aresztowania i kary pozbawienia wolności wobec osób w wieku senioralnym, jako problem złożony i coraz bardziej dotkliwy, jest przedmiotem publikacji Rzecznika Praw Obywatelskich pt. „Wykonywanie tymczasowego aresztowania i kary pozbawienia wolności wobec osób w wieku senioralnym”¹⁶.

¹⁴ Prognoza ludności na lata 2014-2050, Studia i analizy statystyczne, GUS 2014.

¹⁵ Wykres z notatki Głównego Urzędu Statystycznego przygotowanej w dniu 19 lutego 2016 r. na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące *Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia*. Źródło: http://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/24/1/1/ludnosc_w_wieku_60_struktura_demograficzna_i_zdrowie.pdf

¹⁶ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rpo-sprawdzil-w-jakich-warunkach-seniorzy-odbywaja-kare-pozbawienia-wolnosc>

Udział osób z niepełnosprawnościami i chorych wśród więźniów wynika także ze stylu życia szkodliwego dla zdrowia, jaki niejednokrotnie prowadzili na wolności i braku właściwych nawyków żywieniowych. Jest również powodem nałogów, w tym problemu sięgania po wcześniej nieznanne i coraz bardziej wyniszczające organizm używki (np. dopalacze).

Nie należy także zapominać o niejednokrotnie determinowanej środowiskowo i będącej skutkiem także traumatycznych przeżyć skłonności do agresji, w tym autoagresji. Liczba samouszkodzeń więźniów w polskich placówkach penitencjarnych co prawda systematycznie spada (np. w 2009 r. było ich 818, w 2014 r. – 433, a w ostatnich latach liczba samouszkodzeń, w tym prób samobójczych wynosiła 215 i 220 przypadków¹⁷). Część z nich zakończyła się jednak poważnym rozstrojem zdrowia¹⁸ i być może trwałą niepełnosprawnością¹⁹.

Warto także zwrócić uwagę, że w opinii niektórych badaczy sytuacji osób z niepełnosprawnościami, fakt ich pobytu w izolacji penitencjarnej powodowany jest zwiększającą się liczbą przestępstw dokonywanych przez takie osoby. Obok naruszeń prawa w postaci kradzieży czy oszustw, występujących bez względu na stan zdrowia danego człowieka, osoby z niepełnosprawnościami zaczęły dopuszczać się także poważniejszych przestępstw, w tym kierowania zorganizowanymi grupami przestępczymi²⁰.

Doświadczenia KMPT potwierdzają te wnioski. Poza osobą całkowicie sparaliżowaną, która została tymczasowo aresztowana jako podejrzana o kierowanie gangiem handlarzy narkotyków, wizytujący rozmawiali również m.in. ze skazanym, który stracił nogi w wyniku zamachu bombowego dokonanego na nim w ramach przestępczych porachunków. Jego skłonność do popełniania przestępstw nie uległa zmniejszeniu. Po zagojeniu się ran i rehabilitacji w więzieniu, pewnego dnia założył protezy nóg, dotarł do innego więźnia i z premedytacją wbił mu długopis w szyję.

¹⁷ Źródła: Informacja Statystyczna Ministerstwa Sprawiedliwości o ewidencji spraw i orzecznictwie w sądach powszechnych oraz o więziennictwie <https://bip.ms.gov.pl/dzialalnosc/statystyki/statystyki-2011/download,1721,7.html> oraz statystyka roczna Służby Więziennej <http://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna>

¹⁸ Statystyki Służby Więziennej wskazują na 45 takich przypadków w ostatnich 2 latach.

¹⁹ Ogólnodostępne statystyki milczą na ten temat, ale trzeba mieć na uwadze nieudane próby samobójcze i samoagresję z przyczyn emocjonalnych, których skutki mogą być bardzo daleko idące.

²⁰ Piotr Braun *Osoba niepełnosprawna w izolacji penitencjarnej* w: Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr II/2013(7).

Oczywiście wśród niepełnosprawnych więźniów są i tacy, których dotknęły skutkujące niepełnosprawnością, choroby i wypadki. Przedstawiciele KMPT mieli okazję prowadzenia wywiadów z przynajmniej kilkoma skazanymi poruszającymi się na wózkach inwalidzkich w wyniku niefortunnnych skoków do zbyt płytkiej wody oraz wypadków komunikacyjnych.

Niestety nie sposób dokładnie ustalić ilu więźniów z niepełnosprawnościami ruchowymi i sensorycznymi przebywa obecnie w polskich więzieniach. Służba Więzienna, wskazała jedynie informacje dotyczące osób z niepełnosprawnością ruchu: na początku 2016 r. w jednostkach penitencjarnych przebywało 48 osadzonych poruszających się na wózkach inwalidzkich i 294 osadzonych korzystających na stałe z kul łokciowych. W tym czasie wszystkich osadzonych ogółem było 71 764, co mogłoby wskazywać, że udział tej grupy w ogólnej populacji więźniów nie jest znaczący, jednakże statystyki w tym zakresie nie są dokładne²¹. Wystarczy spojrzeć na formularz wywiadu z nowoprzyjętym do więzienia osadzonym, który wypełnia wychowawca więzienny, by zauważyć, że istnieje możliwość zaznaczenia w nim jedynie faktu widocznej niepełnosprawności, a pytanie o stan zdrowia jest bardzo ogólne. Ponadto widać, że liczba osób z niepełnosprawnościami fizycznymi wciąż rośnie. Jak wynika z informacji Centralnego Zarządu Służby Więziennej z dnia 24 stycznia 2018 r. w jednostkach penitencjarnych w Polsce przebywało 90 osadzonych poruszających się na wózkach inwalidzkich i 570 osadzonych poruszających się o kulach łokciowych²². Całkowita populacja więźniów przebywająca w jednostkach penitencjarnych wynosiła na dzień 31.12.2018 r. 72204 osoby.²³

Niektórzy badacze zjawiska utrzymują więc, że osadzonych z niepełnosprawnościami jest aż kilka tysięcy²⁴. Potwierdzenie tej tezy znajdujemy w ogólnodostępnej statystyce Biura Informacji i Statystyki Centralnego Zarządu Zakładów Karnych z 2012 r., zgodnie z którą osób z niepełnosprawnościami fizycznymi, w tym sensorycznymi było 2499: 1063 osoby z niepełnosprawnością ruchu,

²¹ W czasie wizytacji KMPT wielokrotnie zdarzało się, że to wizytujący podczas oglądu placówki ujawniali obecność w niej osób z niepełnosprawnościami takimi jak brak kończyn czy niedostuch i niedowidzenie.

²² Odpowiedź Ministerstwa Sprawiedliwości z 14 kwietnia 2018 r. sygn.. DWMPK-III-850-2/18.

²³ Dane pochodzą ze statystki rocznej za 2018 r. przygotowanej przez Ministerstwo Sprawiedliwości, BIS.0332.17.2018.AP

²⁴ Piotr Stanisławski, *Cela bez taryfy ulgowej*, Magazyn Integracja nr 2/2008.

339 osób miało niepełnosprawność funkcji wzroku, 155 – funkcji słuchu, a 158 osób – funkcji mowy²⁵. Badania te są o tyle istotne i wskazujące na wrażliwość osób, które je opracowały, że poza wymienionymi danymi, pokazują również m.in. liczbę osób z niepełnosprawnościami niewidocznymi (609), co oznacza dysfunkcję np. któregoś z narządów wewnętrznych mającą równie istotny, negatywny wpływ na sprawność danej osoby, co niepełnosprawność widoczna. Badania potwierdzają też, że jeden więzień może mieć kilka typów niepełnosprawności (2499 osoby miały łącznie 2647 różnych niepełnosprawności).

Z kolei informacje o stopniach niepełnosprawności osadzonych w 2013 r. (nie ma danych z 2012 r., które pozwoliłyby na rzetelne porównanie) pokazują, że znaczna część osadzonych mogła nie starać się o orzeczenie w tym zakresie, albowiem dotyczyło ono 1257 osób. Co ciekawe, spora liczba więźniów podjęła takie starania w omawianym obszarze dopiero podczas pobytu w więzieniu (428)²⁶ (co może świadczyć o pomocy Służby Więziennej niesionej osobom z niepełnosprawnościami w załatwianiu dotyczących ich spraw formalnych).

Zgodnie z wskazanymi danymi, wśród więźniów najwięcej osób miało orzeczoną umiarkowaną stopień niepełnosprawności (641), kolejno lekki (384) i znaczny (142), a w pozostałych przypadkach nie uzyskano danych na ten temat. Oznacza to około 800 osadzonych z poważniejszymi problemami, wymagających specjalnego traktowania zgodnego z międzynarodowymi standardami.

Międzynarodowe standardy ochrony osób z niepełnosprawnościami

Zgodnie z art. 1 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, uchwalonej przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 10 grudnia 1948 r., *Wszystkie istoty ludzkie rodzą się wolne i równe w godności i prawach*²⁷. Przez niemal 70 lat, społeczność międzynarodowa powoli zaczynała rozumieć, że kobiety i mężczyźni mają identyczne prawa tak samo, jak ludzie różnych ras i różnego pochodzenia. Jednakże okazało się to niewystarczające by wyeliminować dyskryminację i uruchomić w społeczeństwie mechanizmy wiodące do zapewnienia rzeczywistej równości

²⁵ <http://www.bip.sw.gov.pl/SiteCollectionDocuments/CZSW/statystyka/Niepelnosprawni.pdf>

²⁶ http://www.bip.sw.gov.pl/SiteCollectionDocuments/CZSW/statystyka/stopien_niepelnosprawnosci_2013.pdf

²⁷ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, [online]: <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/onz/1948.html>

praw wszystkim ludziom, również tym, którzy ze względu na niepełnosprawność, potrzebują wsparcia w korzystaniu z powszechnie przysługujących praw.

Od tamtego czasu powstały kolejne dokumenty międzynarodowe dotyczące praw człowieka. Wiele fundamentalnych aktów tego typu nie odnosi się jednak bezpośrednio do osób z niepełnosprawnościami lub wspomina o nich tylko fragmentarycznie. Wynika to z faktu, że osoby z niepełnosprawnościami są beneficjentami wszystkich praw, które przysługują osobom pełnosprawnym. Nie ma zatem potrzeby deklarowania w szczególny sposób, że przysługuje im np. prawo do życia.

Z biegiem lat autorzy tego typu aktów prawnych uznali, że aby mogły one spełniać właściwą rolę, muszą być wiążące dla państw je ratyfikujących i zawierać - obok ogólnych standardów - także szczegółowe uregulowania.

Niektóre z nich, jak deklaracje i uchwały nadają ogólny kierunek, zmierzający do ugruntowania pewnych norm w szczegółowym porządku prawnym. Mogą stanowić punkt odniesienia dla krajowych regulacji prawnych, które powinny być z nimi zgodne.

Inne natomiast - mające charakter konwencji (*Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych*) - stanowią podstawę realizacji określonych uprawnień, choć zawarte w nich normy wymagają z reguły doprecyzowania w aktach prawnych niższego rzędu.

Do dokumentów uchwalonych przez ONZ odnoszących się do osób z niepełnosprawnościami należą wspomniane już: *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych oraz Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych*, przyjęte w 1966 r. Polska ratyfikowała te akty w dniu 3 marca 1977 r.²⁸

Do ważniejszych z perspektywy osób z niepełnosprawnością dokumentów europejskich o charakterze ogólnym należą przede wszystkim:

- *Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*, weszła w życie w dniu 3 września 1953 r. po ratyfikacji przez 10 państw. Polska ratyfikowała Konwencję w dniu 19 stycznia 1993 r.²⁹ Niepełnospraw-

²⁸ Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167 i 169.

²⁹ Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284.

ność nie została wymieniona w niej oraz w jej protokołach dodatkowych, jako potencjalna przyczyna dyskryminacji, ale zawiera się w treści art. 14 Konwencji oraz w innych przepisach, jak np. w Protokole 12 dotyczącym zakazu dyskryminacji, który jednakże nie został ratyfikowany przez Polskę.

Oceny implementacji przepisów Konwencji przez państwa członkowskie Rady Europy dokonuje Europejski Trybunał Praw Człowieka z Siedzibą w Strasburgu. Trybunał może zobowiązać państwo, które ratyfikowało Konwencję, do zaprzestania naruszeń prawa, oraz nałożyć obowiązek zadośćuczynienia finansowego pokrzywdzonemu. Może również zastosować środki generalne w stosunku do państwa, zobowiązując je np. do wprowadzenia określonych regulacji prawnych. Ze skargą do Trybunału może wystąpić każda osoba znajdująca się pod jurysdykcją każdego z państw - stron Konwencji, jeżeli uzna, że władza publiczna naruszyła prawa gwarantowane w Konwencji - jednak tylko w sytuacji, gdy krajowe środki prawne zostały wyczerpane lub w określonych okolicznościach nie przysługują one skarżącemu. Szczegółowe warunki dopuszczalności skargi reguluje art. 35 Konwencji.

- *Europejska Karta Społeczna (EKS)*, obowiązująca od 1965 r., ratyfikowana przez Polskę w dniu 10 czerwca 1997 r. w zakresie określonym przez siebie, wyłączającym niektóre przepisy³⁰. W 1996 r. osiągnięto porozumienie dotyczące uchwalenia *Zrewidowanej Europejskiej Karty Społecznej (ZEKS)*, która - obok przeformułowania niektórych postanowień EKS wprowadziła 8 nowych postanowień, w tym takie jak prawo do ochrony przed ubóstwem i marginalizacją społeczną czy prawo do mieszkania. ZEKS stanowi najbardziej postępową i nowoczesną umowę międzynarodową z zakresu praw człowieka drugiej generacji. Polska podpisała ZEKS w 2005 r., lecz wciąż nie zdecydowała się na jej ratyfikację. Europejska Karta Społeczna ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnością, gdyż reguluje prawa społeczne, odwołując się do *Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*. W części pierwszej Karty zawarto katalog praw, natomiast w części drugiej szczegółowo określono zobowiązania państw w zakresie ich realizacji. Zawiera ona normy dotyczące już bezpośrednio osób z dysfunkcjami. Niepełno-

³⁰ Dz. U. z 1999 r. Nr 8, poz.67 z późn.zm.

sprawność wymieniona jest np. w art. 15 *Osoby niepełnosprawne mają prawo do szkolenia zawodowego, rehabilitacji oraz readaptacji zawodowej i społecznej, bez względu na przyczynę i rodzaj ich inwalidztwa*. Przestrzeganie zobowiązań określonych w Karcie podlega międzynarodowej kontroli, gdyż państwa - strony mają obowiązek przesyłania sprawozdania z realizacji przyjętych przez nie zobowiązań. Sprawozdania te powinny zawierać bardzo konkretne dane, pozwalające ocenić rzeczywisty stopień realizacji zobowiązań.

- *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej*, która po zmianach weszła w życie w 2009 r. Karta Praw Podstawowych zawiera obszerny katalog praw, jakie przysługują obywatelom UE, a wiele przepisów dotyczy wprost osób z niepełnosprawnością.

Poniżej przedstawiamy wybrane zasady wynikające z ogólnych międzynarodowych aktów prawnych, które dotyczą bezpośrednio lub pośrednio osób z niepełnosprawnością (uzupełniają je wymienione w dalszej części niniejszego rozdziału normy szczegółowe, przede wszystkim zawarte w Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych):

***Zakaz dyskryminacji dotyczący całokształtu życia politycznego, społecznego i gospodarczego, wiążąc się z prawem osoby z niepełnosprawnością do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia* (art. 21 ust. 1. Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej, art. 7 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, art. 14 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, art. 1 Protokołu nr 12 do Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, art. 2 ust. 1 i art. 26 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, art. 2 ust. 2 i art. 10 ust. 3 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych).**

***Prawo do integralności fizycznej i psychicznej osób z niepełnosprawnością, z którego wynika m.in. zobowiązanie zakazujące praktyk eugenicznych³¹, w szczególności tych, których celem jest selekcja osób* (art. 3 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej).**

³¹ Należy przez to rozumieć takie praktyki, jak np. izolacja od społeczeństwa, przymusowa sterylizacja lub eksterminacja osób z niepełnosprawnością.

Umożliwienie uczestnictwa w życiu społecznym (w tym m.in. artystycznym i sportowym) w postaci dostępu do wszelkich dóbr i usług (art. 20-27 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, art. 11 i art. 15 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, art. 26 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej).

Dostęp do leczenia i rehabilitacji, co w przypadku osób z niepełnosprawnością oznacza m.in. diagnostykę i rehabilitację, a także zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny (art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych).

Dostęp do nauki na wszystkich jej poziomach (art. 26 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, art. 13 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych).

Prawo do pracy zarówno na otwartym rynku pracy, jak i w warunkach dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnością (art. 23 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, art. 6 i art. 15 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych).

Prawo do zabezpieczenia społecznego implikujące obowiązek szczególnej aktywności władz publicznych w zabezpieczeniu egzystencji osób niepełnosprawnych (art. 25 pkt 1 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, art. 9 i art. 11 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych).

Z punktu widzenia treści niniejszej publikacji za szczególnie ważne należy uznać również prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa (art. 3 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, art. 2, art. 5 i art. 6 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, art. 6 ust. 1 i art. 9 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych i art. 6 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej), prawo do godności (art. 1 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, art. 1 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej, art. 10 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych) oraz zakaz stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo kara-

nia (art. 5 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, art. 3 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, art. 7 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych i art. 4 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej). Osoby z niepełnosprawnością pozbawione wolności należą bowiem do kategorii więźniów szczególnie wrażliwej na naruszenia w powyższym obszarze. Zakazowi temu poświęcona jest odrębna Konwencja ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania³² wraz z Protokołem Fakultatywnym³³.

Istnieje również szereg specyficznych międzynarodowych aktów prawnych regulujących status osób z niepełnosprawnością, które gwarantują im szczególną ochronę, mającą na celu zabezpieczenie korzystania przez te osoby z zasadniczo tych samych - wspólnych i równych dla wszystkich ludzi uprawnień. Jest to zbiór aktów o bardzo różnym charakterze, zarówno ogólnych wytycznych, jak i stanowiących podstawę finansowania konkretnych przedsięwzięć, czy wpływających bezpośrednio na realizację określonych ogólnie zasad. Część z nich poświęcona została osobom z konkretnym rodzajem niepełnosprawności np. osobom głuchym, czy z niepełnosprawnością intelektualną. Dokumenty te wpływają na zmianę sposobu myślenia zwiększając wrażliwość osób sprawnych np. poprzez ustanowienie Międzynarodowego Dnia Osób Niepełnosprawnych.

1. Prawodawstwo oraz inne dokumenty Unii Europejskiej³⁴

- a) Rozporządzenie (WE) NR 1107/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dnia 5 lipca 2006 r. *w sprawie praw osób niepełnosprawnych oraz osób o ograniczonej sprawności ruchowej podróżujących drogą lotniczą;*
- b) Dyrektywa Rady UE 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r. *ustanawiająca ogólne warunki ramowe równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy;*

³² Dz. U. z 1989 r. Nr 63, poz. 378

³³ Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192

³⁴ Źródło: <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/art,48,dokumenty-unii-europejskiej>

- c) Decyzja Rady UE z dnia 14 kwietnia 2014 r. w sprawie podpisania, w imieniu Unii Europejskiej, Traktatu z Marrakeszu o *ułatwieniu dostępu do opublikowanych utworów osobom niewidomym, niedowidzącym i cierpiącym na inne zaburzenia odczytu druku*;
- d) Decyzja Rady UE z dnia 26 listopada 2009 roku w sprawie zawarcia przez Wspólnotę Europejską *Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych*;
- e) Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 11 grudnia 2013 r. w sprawie *kobiet niepełnosprawnych* [2013/2065(INI)];
- f) Rezolucja Rady UE i przedstawicieli rządów państw członkowskich zebranych w Radzie Unii Europejskiej w sprawie *nowych europejskich ram dotyczących niepełnosprawności* (2010/C 316/01) opublikowana w dniu 20 listopada 2010 r.;
- g) Rezolucja Rady UE i przedstawicieli rządów państw członkowskich, zebranych w Radzie z dnia 17 marca 2008 r. w sprawie *sytuacji osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej*;
- h) Konkluzja Rady UE (przyjęte przez Radę w dniu 21 czerwca 2012 r.): *Wsparcie realizacji europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności 2010–2020*;
- i) Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady UE, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów – *Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier* KOM(2010) 636.

1.1. Dokumenty Rady Europy^{35, 36}

- a) Zalecenie 2064 (2015) Komitetu Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich *Równość i włączenie społeczne osób niepełnosprawnych*;
- b) Zalecenie CM/Rec(2013)3 Komitetu Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich w sprawie *zapewnienia pełnego, równego i efektywnego udziału osób niepełnosprawnych w kulturze, sporcie, turystyce i rekreacji*;

³⁵ <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/art,50,dokumenty-rady-europy>

³⁶ <https://bip.ms.gov.pl/pl/prawa-czlowieka/europejski-trybunal-praw-czlowieka/zalecenia-komitetu-ministrow-rady-europy-majace-na-celu-zapewnienie-efektywnosci-wdrazania-europejskiej-konwencji-praw-czlowieka/>

- c) Zalecenie CM/Rec(2011)14 Komitetu Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich w sprawie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu politycznym i publicznym;
- d) Zalecenie CM/Rec(2009)8 Komitetu Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich o osiągnięciu pełnej integracji przez zastosowanie zasad projektowania uniwersalnego;
- e) Zalecenie No. R (98)7 Komitetu Ministrów do Państw Członkowskich dotyczące etycznych i organizacyjnych aspektów opieki zdrowotnej w więzieniu, w których mowa jest o istotnych aspektach pobytu w detencji więźniów z niepełnosprawnością:

Osadzeni niepełnosprawni fizycznie w stopniu znacznym i osoby w podeszłym wieku powinny przebywać w takich warunkach zakwaterowania, które umożliwią im jak dalece jest to możliwe prowadzenie normalnego życia i nie powinni być oddzieleni od reszty populacji więziennej. Należy dokonywać koniecznych zmian w infrastrukturze jednostek penitencjarnych w celu ułatwienia aktywności osób poruszających się na wózkach inwalidzkich i innych osób niepełnosprawnych, na podobnych zasadach ma to miejsce w warunkach wolnościowych (pkt 50 Zaleceń).

Decyzja o tym, kiedy osadzeni z krótkoterminową prognozą przeżycia powinni być przenoszeni do pozawięziennych zakładów opieki zdrowotnej powinna być oparta na względach medycznych. W oczekiwaniu na taki transport, pacjenci powinni otrzymywać optymalne warunki opieki w terminalnej fazie swojej choroby w więziennym zakładzie opieki zdrowotnej. W takich przypadkach należy przewidzieć czas okresowej opieki zastępczej poza jednostką penitencjarną. Należy również rozważyć, czy zachodzi możliwość ułaskawienia osadzonego lub umożliwienia mu wcześniejszego opuszczenia zakładu karnego ze względów medycznych (pkt 51 Zaleceń).

Cytowane wyżej zalecenia są niezmiernie istotne z perspektywy wyników monitoringu KMPT w zakładach karnych i aresztach śledczych, opisanych w dalszej części niniejszej publikacji.

- f) Rezolucja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy 2039 (2015) *Równość i włączenie społeczne osób niepełnosprawnych*;
- g) Rezolucja Komitetu Ministrów Rady Europy ResAP(2001)3 w sprawie *dążenia do pełnego obywatelstwa osób niepełnosprawnych poprzez nowe technologie sprzyjające włączeniu społecznemu*;
- h) Zalecenie Komitetu Ministrów Rec (2006)2 do państw członkowskich Rady Europy w sprawie *Europejskich Reguł Więziennych*, choć nie postępuje się pojęciem niepełnosprawności, to jednak wskazane w zaleceniu zasady dotyczą również więźniów z niepełnosprawnościami. Co więcej, Europejskie Reguły Więzienne zwracają uwagę na *więźniów mających szczególne potrzeby czy wymagających specjalnej troski*, przez co należy rozumieć między innymi osadzonych z niepełnosprawnościami:

Specjalną uwagę przykłada się do edukacji więźniów młodocianych oraz tych, którzy mają specjalne potrzeby (Reguła 28.3).

Lekarz dba o zdrowie fizyczne i psychiczne więźniów oraz przyjmuje wszystkich chorych więźniów, tych którzy zgłaszają chorobę lub zranienie oraz wszystkich innych więźniów wymagających specjalnej troski na zasadach i z częstotliwością zgodną ze standardami stosowanymi wobec całego społeczeństwa (Reguła 43.1).

Personel mający pracować ze specjalnymi grupami więźniów, takimi jak cudzoziemcy, kobiety, młodociani, więźniowie chorzy psychicznie, itp. otrzymuje specjalne przygotowanie związane ze specyfiką pracy (Reguła 81.3).

2. Dokumenty Organizacji Narodów Zjednoczonych³⁷

- a) *Deklaracja Praw Osób Niepełnosprawnych z 1975 r.* potwierdzająca, że osoby z niepełnosprawnością mają takie same prawa obywatelskie i polityczne jak inni ludzie, a państwo ma za zadanie zapewnienie im opieki i danie im poczucia bezpieczeństwa oraz przynależności³⁸;
- b) *Deklaracja Praw Osób Głuchych i Niewidomych z 1979 r.* określająca prawa osób o wymienionych typach niepełnosprawności sensorycznych do: rehabilitacji, pracy, zabezpieczenia społecznego, udziału w życiu kulturalnym i społecznym;
- c) *Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego z 1976 r.*, ustanawiająca rok 1981 *Międzynarodowym Rokiem Osób Niepełnosprawnych*. W tym roku powstały międzynarodowe, regionalne i krajowe plany działania na rzecz osób niepełnosprawnych, przewidujące podjęcie działań na rzecz wyrównania szans, leczenia, rehabilitacji i zapobiegania niepełnosprawności;
- d) *Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego z dnia 3 grudnia 1982 r.*, ustanawiająca *Światowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych* (dzień wydania Rezolucji uznany został przez ONZ jako Międzynarodowy Dzień Osób Niepełnosprawnych). Głównymi celami programu są: działania prewencyjne i ochrona osób z niepełnosprawnością, wspieranie ich pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz zapewnienie im skutecznej rehabilitacji oraz wyrównania szans;
- e) *Zasady Tallińskie* przyjęte w 1989 r., dotyczące edukacji i zatrudniania osób z niepełnosprawnością przez instytucje rządowe oraz na wszystkich poziomach władzy publicznej;
- f) *Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych* przyjęte w 1993 r., określające modelowe kierunki rozwiązań dotyczących osób z niepełnosprawnością, stanowiące podstawę tworzenia polityki i programów dotyczących niepełnosprawności;

³⁷ Źródło: <http://www.unic.un.org.pl/niepelnosprawnosci/>

³⁸ Źródło: <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/7720>

g) *Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych*³⁹, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 r. Przyczyną uchwalenia Konwencji była potrzeba zgromadzenia w jednym akcie normatywnym różnego rodzaju praw osób z niepełnosprawnościami i nadanie im prawnie wiążącego charakteru. To ważny akt prawa międzynarodowego, również odnoszący się bezpośrednio do osób z niepełnosprawnościami w miejscach detencji, poprzez treść art. 14 i 15:

Artykuł 14

Wolność i bezpieczeństwo osobiste

1. Państwa-Strony zapewnią osobom niepełnosprawnym, na równych zasadach z innymi obywatelami:

(a) realizację prawa do wolności i bezpieczeństwa osobistego;

(b) iż, nie zostaną one pozbawione wolności bezprawnie i arbitralnie, i że pozbawienie wolności będzie odbywać się w świetle prawa, a niepełnosprawność w żadnym przypadku nie będzie uzasadnieniem pozbawienia wolności.

2. Państwa-Strony zagwarantują, iż w razie pozbawienia osoby niepełnosprawnej wolności, w drodze jakiegokolwiek procesu, będą jej przysługiwać prawa gwarantowane przez międzynarodowe ustawodawstwo dotyczące praw człowieka, oraz będzie traktowana w zgodzie z celami i zasadami zawartymi w niniejszej Konwencji, w tym z zasadą racjonalnego dostosowania.

Artykuł 15

Wolność od tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania

1. Nikt nie stanie się obiektem tortur oraz okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, a w szczególności nie zostanie poddany medycznemu lub naukowemu eksperymentom bez wyrażenia na to zgody.

³⁹ Źródło: <https://www.rpo.gov.pl/pl/konwencja-o-prawach-osob-niepelnosprawnych>

2. Państwa-Strony podejmą działania ustawodawcze, administracyjne, sądownicze oraz innego typu tak, aby zapewnić osobom niepełnosprawnym, na równych zasadach z innymi obywatelami, ochronę przed torturami oraz innym okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

Więcej informacji na temat samej Konwencji znajduje się w publikacji Rzecznika Praw Obywatelskich pt. *Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych – poradnik RPO*⁴⁰.

Najważniejsze sukcesy oraz problemy w realizacji prawa osób z niepełnosprawnościami zostały przedstawione w *Sprawozdaniu Rzecznika Praw Obywatelskich z realizacji przez Polskę zobowiązań wynikających z Konwencji w latach 2012-2014*⁴¹.

Wskazując na ważne z perspektywy więźniów z niepełnosprawnością dokumenty ONZ warto zaznaczyć, że tak jak w przypadku dokumentów Rady Europy, specyficzne akty odnoszące się do więźniów, dotyczą również osadzonych z dysfunkcjami. Wśród nich, najważniejsze są *Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli)*, przetłumaczone w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich⁴². Nelson Mandela, który sam przez niemal 30 lat był więźniem⁴³ nie zapomniał o osobach z niepełnosprawnością, zaliczając ich do więźniów ze specjalnymi potrzebami:

Każdy zakład karny będzie posiadać służby medyczne zajmujące się oceną, promowaniem, ochroną i poprawą fizycznego i psychicznego zdrowia więźniów, zwracając szczególną uwagę na więźniów ze specjalnymi potrzebami medycznymi lub problemami zdrowotnymi hamującymi ich proces rehabilitacji (Reguła 25).

⁴⁰ Źródło: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/konwencja-o-prawach-osob-niepełnosprawnych>

⁴¹ Źródło: https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Sprawozdanie_KPON_2015.pdf

⁴² Źródło: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/reguly-nelsona-mandeli>

⁴³ Nelson Rolihlahla Mandela (1918 – 2013) – południowoafrykański polityk, prezydent Republiki Południowej Afryki w latach 1994–1999, jeden z przywódców ruchu przeciw apartheidowi, działacz na rzecz praw człowieka, laureat pokojowej nagrody Nobla. Za działalność polityczną został skazany za rzekome przestępstwa, skutkiem czego w więzieniu spędził 27 lat.

Administracja więzienna podejmie wszystkie uzasadnione kroki i uregulowania w celu zapewnienia więźniom niepełnosprawnym fizycznie, psychicznie lub w inny sposób pełnego i skutecznego dostępu do życia więziennego na sprawiedliwych zasadach (Reguła 5.2).

Więźniowie z niepełnosprawnością sensoryczną otrzymają te informacje (dotyczące zasad obowiązujących w placówce oraz praw i obowiązków osadzonych – przyp. D.K.) w sposób dostosowany do ich potrzeb (fragment Reguły 55).

Personel mający pracować ze specjalnymi grupami więźniów, lub któremu przydzielono inne specjalne funkcje, szkoleny jest do swojej pracy w specjalny sposób (fragment Reguły 76).

Standardy Nelsona Mandeli nie ztraciły aktualności, choć nie zawsze są brane pod uwagę, co potwierdzają stwierdzone przez KMPT problemy, omówione w dalszej części raportu. Warto również dodać, że z inicjatywy Biura Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka, w 2018 r. wydany został podręcznik dotyczący Reguł Nelsona Mandeli i ich implementacji w postępowaniu z więźniami.

3. Dokumenty Międzynarodowej Organizacji Pracy⁴⁴

Kodeks Postępowania - Zarządzanie Niepełnosprawnością w Miejscu Pracy - dokument opublikowany w dniu 13 lutego 2002 r. będący poradnikiem dla pracodawców, informującym jak przeprowadzać rekrutację osób z niepełnosprawnością i jak utrzymać w zatrudnieniu osoby, które stały się niepełnosprawne w okresie zatrudnienia. Dokument ten adresowany jest również do organów władzy, organizacji pracowniczych i do indywidualnych osób z niepełnosprawnością. Pomaga w uświadomieniu, że wiele trudności, jakie osoby z dysfunkcjami napotykają przy poszukiwaniu pracy i w miejscu pracy, wynika w większym stopniu z barier społecznych niż z faktycznej niezdolności do wykonywania pracy.

Konwencja Nr 159 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych, przyjęta w Genewie w dniu 20 czerwca 1983 r. Jej celem jest umożliwienie włączenia się do społeczeństwa

⁴⁴ Źródło: <http://www.niepelnospawni.gov.pl/art,51,dokumenty-miedzynarodowej-organizacji-pracy>

lub powrót do niego osobie z niepełnosprawnością, poprzez stworzenie odpowiednich warunków dla jej edukacji zawodowej i otrzymania odpowiedniego zatrudnienia. Dotyczy również więźniów z niepełnosprawnością i obowiązków Służby Więziennej w zakresie zapewnienia im właściwych środków rehabilitacji zawodowej.

Wspominając wcześniej *Europejską Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności* zaznaczono, że w celu skutecznego wykonywania jej postanowień powołano **Europejski Trybunał Praw Człowieka (dalej ETPCz) z siedzibą w Strasburgu**. Jego orzecznictwo wywiera duży wpływ na państwa - strony Konwencji. Po pierwsze dlatego, że wyroki w indywidualnych sprawach wskazują konkretne naruszenia oraz pozwalają lepiej zrozumieć treść samej Konwencji. Po drugie, kwoty odszkodowań przyznawane skarżącym przez Trybunał są realnym zobowiązaniem, z którego władze państw - stron winny się wywiązać. Nie można również nie wspomnieć o środkach o charakterze generalnym nakładanych na państwo, które mają na celu zmianę przepisów prawa, czy też praktyki działania danego państwa. Sądy krajowe państw - stron Konwencji powinny stosować w swoim orzecznictwie standardy wynikające z wyroków ETPCz, które dotyczą więźniów z niepełnosprawnościami.

Orzecznictwo ETPCz jest niezwykle bogate, jednak w niniejszej publikacji skupiono się jedynie na przedstawieniu wybranych spraw przeciwko Polsce, które dotyczą więźniów z niepełnosprawnością oraz przewlekle chorych.

Dzieciak przeciwko Polsce, wyrok z dnia 9 grudnia 2008 r. (skarga nr 77766/01).



Mężczyzna z poważną chorobą serca został zatrzymany i aresztowany w 1997 r. Wielokrotnie przedłużano jego areszt mimo złego stanu zdrowia i koniecznej operacji laserowej serca. Władze więzienne od początku osadzenia utrzymywały, że są w stanie zapewnić aresztowanemu dobrą opiekę lekarską, ale m.in. umieściły aresztowanego na pewien czas w jednostce penitencjarnej bez szpitalnego zaplecza i nie doprowadzały na wyznaczane operacje. W 2001 r. gdy mężczyzna stracił przytomność podczas rozprawy sądowej, zostały podjęte działania mające na celu przetransportowanie go do szpitala, gdzie wyznaczono

kolejny termin operacji. W międzyczasie pacjent zmarł. Przyczyną śmierci był zawał spowodowany zaawansowaną chorobą serca. Prokurator umorzył postępowanie w sprawie śmierci aresztowanego uznając, że zebrane dowody nie pozwalają na uznanie za prawdziwe twierdzenia, że była ona wynikiem działań lub zaniechań osób trzecich. Postanowienie to zostało utrzymane w mocy przez sąd.

Trybunał odnotował, że od chwili aresztowania we wrześniu 1997 r. do momentu śmierci w październiku 2001 r. stan zdrowia pacjenta cierpiącego na chorobę serca ulegał systematycznemu pogorszeniu w miarę upływu kolejnych lat tymczasowego aresztowania. Zauważył też wiele nieprawidłowości po stronie władz więziennych i sądu krajowego, który przy wydawaniu kolejnych postanowień o przedłużeniu stosowania tymczasowego aresztowania nie odnosił się o stanu zdrowia aresztowanego. Trybunał orzekł również, że władze krajowe nie przeprowadziły śledztwa w sprawie jego śmierci w sposób efektywny. Na niekompletny i nieadekwatny sposób prowadzenia śledztwa wskazuje fakt, że nie ustalono przebiegu wydarzeń, które miały miejsce w dniu śmierci mężczyzny, co również stanowi naruszenie art. 2 Konwencji. Trybunał zasądził wdowie po aresztowanym 20 tys. euro tytułem zadośćuczynienia.

W wydanym wyroku znajdujemy fundamentalne standardy, które należy odnosić również do innych ciężko chorych więźniów:

Trybunał wskazał, że zgodnie z art. 2 ust. 1 Konwencji Państwo ma obowiązek nie tylko powstrzymania się od zamierzonego i bezprawnego pozbawiania życia, ale również powinno podejmować kroki w celu ochrony życia osób podlegających jego jurysdykcji.

Przypomniał też, że zgodnie z wcześniejszą linią orzecniczą, jeśli tymczasowo aresztowany w chwili zatrzymania jest zdrowy, a w momencie zwolnienia jego stan zdrowia jest pogorszony, to władze krajowe mają obowiązek wyjaśnić przyczyny takiego stanu rzeczy. W przypadku śmierci osadzonego na władzach ciąży szczególny obowiązek wyjaśnienia okoliczności zgonu.

Ponadto Trybunał podkreślił, że warunki, w jakich osadzony jest przetrzymywany, nie mogą negatywnie wpływać na jego stan zdrowia i muszą zapewnić poszanowanie godności osadzonego.

Równocześnie Trybunał zaznaczył, że nie można interpretować przepisów Konwencji w ten sposób, że pogorszenie stanu zdrowia osadzonego powinno automatycznie skutkować zwolnieniem z aresztu. Jednakże na Państwie ciąży obowiązek zapewnienia właściwej opieki lekarskiej osadzonemu.

Rokosz przeciwko Polsce, wyrok z dnia 27 lipca 2010 r. (skarga nr 15952/09)



Skazany w kilku sprawach karnych (najstarszy wyrok z 2001 r.), otrzymał kolejne przerwy w karze pozbawienia wolności ze względu na stan zdrowia. Sąd podejmował w tej kwestii decyzje w oparciu o opinie biegłych, mimo uznania więziennego lekarza, że może on leczyć się w więzieniu. Skarżący cierpiął na miażdżycę zrostową naczyń kończyn dolnych, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę oraz hiperlipidemię. Był uznany za osobę ze znaczną niepełnosprawnością, wymagającą stałej opieki ze strony osoby trzeciej. Mimo przerw w karze pozbawienia wolności stosowanych ze względów zdrowotnych, stan jego zdrowia nie poprawiał się, w dodatku w 2007 r. przeszedł on zawał serca. Biegli zwrócili uwagę na konieczne leczenie sanatoryjne i uznali, że choroby skarżącego są nieuleczalne, postępujące i stanowiące poważne zagrożenie dla jego zdrowia a nawet życia. Z opinii biegłego kardiologa wydanej w dniu 12 listopada 2007 r. na zlecenie sądu wynikało, że *istniałoby ogromne zagrożenie dla skarżącego w razie kontynuowania odbywania kary w warunkach zakładu karnego oraz, że mogłoby stanowić zagrożenie dla jego życia*. Według biegłego, żaden zakład karny nie zapewniłby skarżącemu odpowiedniej przy jego stanie zdrowia opieki medycznej, a w szczególności z uwagi na fakt, że jest on pacjentem z grupy wysokiego ryzyka zagrożenia nagłym zgonem, niemożliwym do wyeliminowania nawet w warunkach poza zakładem karnym. Biegły wniósł o odstąpienie od wykonywania kary pozbawiania wolności wobec skarżącego, określając jednostki chorobowe, na które cierpi jako zaawansowane i poważne. Ekspert uznał też, że następne przerwy w odbywaniu kary przez skarżącego byłyby uzasadnione jedynie w przypadku, gdyby rokowania, co do jego wyleczenia były dobre, tymczasem w opinii biegłego pacjent źle rokował.

Skazany wnioskował o zawieszenie postępowania wykonawczego w 2008 r., ale wniosek ten został oddalony mimo podobnej opinii biegłego. W 2009 r. oddalone zostało również zażalenie skazanego złożone w tej sprawie, w którym dodat-

kowo wskazał on na brak właściwej opieki medycznej w więzieniu, w którym ma problem m.in. z otrzymywaniem insuliny i dostępem do lekarzy specjalistów. Sąd uznał, że stan zdrowia skarżącego może ulec pogorszeniu niezależnie od tego, czy będzie on odbywał karę, czy też będzie przebywał poza zakładem karnym. Poza tym nie można było założyć, że niezdolność do odbywania kary okaże się trwała oraz nie można wykluczyć, że leczenie skarżącego zakończy się sukcesem. Sąd odmówił żalącemu się również przyznania pełnomocnika z urzędu.

W tym samym roku również wniosek skazanego o kolejną przerwę w karze został oddalony. Sąd apelacyjny zauważył wprawdzie, że sytuacja skarżącego powinna być poddana dokładniejszej kontroli, ale mimo, że uchylił postanowienie oddalające wniosek osadzonego, nie nadano tej decyzji żadnego biegu.

Trybunał uznał, że niepokój i niepewność, które musiał odczuwać w takiej sytuacji ciężko chory osadzony, mający świadomość swej niezdolności do odbywania kary, a także, dlatego, że według lekarzy specjalistów był pacjentem o wysokim ryzyku zagrożenia zgonem i nade wszystko cierpienia, jakich doznawał z powodu chorób stanowią traktowanie przekraczające stopień dolegliwości przewidziany przez artykuł 3 Konwencji. Trybunał przyznał skarżącemu 10 tys. euro z tytułu szkody moralnej.

Rozpoznając tę sprawę ETPCz wskazał m.in. na następujące standardy:

Artykuł 3 Konwencji zakazujący tortur i niehumanitarnego traktowania nakłada na Państwo pozytywny obowiązek zapewnienia osobom pozbawionym wolności warunków zgodnych z poszanowaniem ich godności ludzkiej w sposób, który nie sprawia im jednocześnie bólu lub niedogodności przekraczających nieuniknione go poziomu cierpienia właściwego dla pozbawienia wolności oraz zapewnienia im stosownego zabezpieczenia zdrowia i dobrego samopoczucia, szczególnie poprzez wymaganą pomoc medyczną i opiekę.

Brak odpowiedniej opieki medycznej oraz osadzenie chorej osoby w nieodpowiednich warunkach, może być co do zasady równoznaczne z traktowaniem wbrew przepisowi artykułu 3. Ponadto, poza zdrowiem osadzonego należy mu odpowiednio zapewnić dobre samopoczucie.

Nie można interpretować artykułu 3 Konwencji, jako ustanawiającego ogólny obowiązek zwolnienia osoby z zakładu karnego z powodów zdrowotnych lub przeniesienia jej do zwykłego szpitala, nawet, jeśli cierpi na chorobę, która jest szczególnie uciążliwa w leczeniu. Trybunał dopuszcza, że jakość opieki medycznej w zakładzie karnym może niekiedy odbiegać od oferty opieki medycznej proponowanej w publicznych jednostkach zdrowia. Mimo tego, artykuł 3 Konwencji nakłada na Państwo obowiązek ochrony integralności fizycznej osób pozbawionych wolności, w szczególności poprzez zapewnienie im odpowiedniej opieki medycznej. Trybunał uznaje, że w przypadku, gdy sąd postanawia umieścić chorą osobę w zakładzie karnym, to musi on kontrolować w szczególności staranny sposób czy warunki odbywania kary są godzone ze szczególnymi potrzebami osoby chorej.

Trybunał nie może wykluczyć, że w szczególnie trudnych warunkach, można znaleźć się w obliczu sytuacji, gdy względy prawidłowego administrowania wymiarem sprawiedliwości będą wymagały podjęcia działań o charakterze humanitarnym w celu ich rozwiązania.

D.G. przeciwko Polsce, wyrok z dnia 12 lutego 2013 r. (skarga nr 45705/07)



Skarżący z niepełnosprawnością ruchu (paraliż obustronny) zarzucił, że warunki jego osadzenia były niedostosowane do jego niepełnosprawności.

Poruszał się on na wózku inwalidzkim i cierpiał na poważne zaburzenia pracy zwieraczy cewki moczowej i odbytu oraz inne dolegliwości. W początkowym okresie odbywania kary pozbawienia wolności (od 2001 r.) uzyskiwał on przerwy w karze pozbawienia wolności ze względu na stan zdrowia.

Po upływie terminu zakończenia kolejnej przerwy, skarżący nie stawiał się w więzieniu i został zatrzymany. W więzieniu nie otrzymał pieluchomajtek dla dorosłych i nowych cewników.

Należy zaznaczyć, że więzień ten pomimo swojej niepełnosprawności i słabego stanu zdrowia był regularnie przewożony między więzieniami a szpitalami więziennym autobusem, bez właściwego przymocowania do fotela, a jedynie sporadycznie wożono go karetką. Podczas transportowania, siedział w swoim unieruchomionym wózku, opierając się o tył pojazdu. Dla zachowania stabilności

całą podróż musiał trzymać się poręczy. W czasie przejazdu cewnik, którego używał od chwili zatrzymania, przerwał się i zaczął przeciekać.

Również cele, w których go osadzano nie spełniały standardów dostępności dla osób z niepełnosprawnością ruchu. Na początku umieszczono go w brudnej celi o powierzchni 7,5 metrów kwadratowych z dwoma łózkami piętrowymi i niewydzieloną toaletą, następnie w celi z toaletą, której użytkowanie zależne było od pomocy współwięźniów. Kiedy skarżący brał prysznic w łaźni aresztu śledczego, siedział na zwykłym stołku umieszczonym pod prysznicem. Twierdził, że raz z niego spadł i musiał nadal brać prysznic leżąc na podłodze, bez niczyjej pomocy. W trakcie pobytu w więzieniu skarżący nabawił się odleżyn.

W dniu 11 września 2003 r. został przeniesiony na oddział szpitalny jednostki penitencjarnej w celu leczenia odleżyn. Odleżyny zostały zszyte, ale w opinii skarżącego, szwy nie utrzymały się długo, a rana szybko otworzyła się ponownie. Nabawił się też grzybicy stop. Osadzonego przetransportowano do kolejnego więzienia, gdzie umieszczony został w 12-osobowej celi dla palących, choć on sam był niepalący. Współwięźniowie pomagali mu w dbaniu o codzienną higienę, ale często był zmuszony do pozostania w przemoczonych pieluchomajtkach, zwłaszcza w nocy.

Neurochirurg, który zbadał skarżącego, uznał, że pacjent wymaga codziennej fizjoterapii. W zaświadczeniu lekarskim z dnia 16 stycznia 2004 r. stwierdzono, że taka terapia nie była dostępna w więzieniu.

Skazany otrzymał kolejną przerwę w karze i poddał się leczeniu szpitalnemu, dzięki któremu poprawił się jego ogólny stan zdrowia. Otrzymując wypis ze szpitala dostał jednocześnie zalecenie kontynuowania fizjoterapii zgodnie z programem szpitala, pozostawania pod nadzorem medycznym i poddawania się okresowej rehabilitacji. Otrzymał też zalecenia dotyczące użytkowanego cewnika. Przerwa w karze została przedłużona jeszcze 2 razy, po czym, w 2005 r. sąd odmówił kolejnego przedłużenia.

I tym razem skazany nie powrócił do więzienia samodzielnie – został zatrzymany i dowieziony do niego. Jego kolejny pobyt odbywał się w podobnie trudnych warunkach, gdyż został umieszczony w więzieniu, nieprzystosowanym do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchu. Przejście do toalety w celi było zbyt wąskie dla jego wózka inwalidzkiego i nie był on w stanie dotrzeć do umywalki

bez pomocy współwięźniów. Musieli go oni również nosić do prysznicza znajdującego się na innym piętrze. Kabina prysznicowa nie była dostosowana do jego potrzeb. Siedział pod prysznicem na zwykłym krześle. Przenosiny z celi do celi, nie skutkowały zmianą warunków bytowych na korzystniejsze w związku z jego sytuacją. W listopadzie 2005 r. boleśnie upadł, gdy próbował się przenieść z wózka na pryczę.

Również traktowanie skarżącego przebiegało według tego samego scenariusza - na początku nie otrzymał żadnych pieluchomajtek dla dorosłych ani cewników i był zmuszony korzystać z tych, które zabrał ze sobą podczas zatrzymania. Wkrótce dostał nowe pieluchomajtki, ale ich ilość była tak niewielka, że osadzony zaczął ograniczać jedzenie i picie. Nadal brakowało mu cewników.

W 2006 r. wymagał interwencji lekarskiej ze względu na poważny stan zapalny cewki moczowej. Odmówił leczenia w więziennej placówce tłumacząc to brakiem oddziału urologicznego. Starał się o kolejną przerwę w karze, ale nie otrzymał jej ze względu na uznanie, że może być leczony w warunkach więziennych.

Wkrótce doszło do niedrożności cewki moczowej i pojawienia się kamieni w pęcherzu moczowym, co wymagało operacji. Zaobserwowano też dystrofię mięśniową, przykurcze w biodrach i kolanach oraz ogólne pogorszenie się jego stanu zdrowia. Skarżący wymagał zatem zaawansowanej fizjoterapii, która nie mogła być zapewniona w ramach systemu penitencjarnego. Znowu też powstały u niego odleżyny. Dopiero wówczas, w 2006 r., skarżący został przewieziony do więzienia, w którym znajdowała się cela dostosowana do jego potrzeb. Tam też rozpoczął fizjoterapię i leczenie odleżyn. Po poprawie stanu zdrowia, skazany został wywieziony do innej jednostki, gdzie jego zdaniem postępowano z nim niewłaściwie. Odmówił operacji odleżyn. Doszło do niej dopiero w 2007 r., po ponownym osadzeniu go w jednostce, w której miał dogodniejsze warunki.

Następnie kolejny raz przewieziono go do innego więzienia i osadzono w niedogodnych warunkach. Więzień znów zaczął starania o przerwę w karze, ale sąd odmówił jej udzielenia uznając, że według najnowszych, dostępnych opinii lekarskich, może być właściwie leczony w ramach systemu penitencjarnego. Sąd też zwrócił uwagę na niepowrót z wcześniej udzielonej przerwy i popełnienie kradzieży, mimo poruszania się na wózku inwalidzkim.

W kolejnym roku stan zdrowia osadzonego znów się pogorszył. Do rozpoznanych wcześniej schorzeń doszedł problem z kręgosłupem. Po wyznaczeniu w 2008 r. terminu operacji kręgosłupa i powrocie z badań, osadzonego znów umieszczono w brudnej, niedostosowanej do jego potrzeb celi z osobami palącymi. Ostatecznie dostał jednak przerwę w karze, która była kilkakrotnie przedłużana.

Trybunał uznał, że skarżący doznał szkody niemajątkowej i przyznał mu 8 tys. euro zadośćuczynienia.

Rozpoznając tę sprawę ETPCz zwrócił uwagę m.in. na następujące kwestie:

Należy stwierdzić, że o ile zastosowanie właściwego środka, jakim była kara pozbawienia wolności, nie było samo w sobie niezgodne ze stanem zdrowia skarżącego, to osadzenie go przez osiemnaście miesięcy w więzieniu, które nie było odpowiednie do pobytu w nim osób niepełnosprawnych fizycznie, a także brak wystarczających starań, by rozsądnie dostosować się do jego specjalnych potrzeb, stanowi poważny problem w świetle Konwencji.

Krytyce należy poddać system, w ramach którego niepełnosprawnemu fizycznie więźniowi zapewniona jest rutynowa pomoc ze strony współwięźniów. Musi to wzbudzać znaczny niepokój skarżącego i stawiać go w pozycji niższości wobec innych więźniów.

Pozbawienie wolności osób cierpiących na poważne upośledzenia fizyczne w warunkach nieodpowiednich do ich stanu zdrowia lub pozostawienie tych osób w rękach współwięźniów, by udzielali pomocy przy kąpielach oraz ubieraniu lub rozebraniu, stanowi poniżające traktowanie.

Trybunał uznaje za szczególnie godną ubolewania praktykę niezapinania skarżącemu pasów bezpieczeństwa w jadącym pojeździe, nawet jeśli jego wózek został unieruchomiony.

Nie ma dowodów, że w niniejszej sprawie wystąpił jakiegokolwiek bezpośredni zamiar poniżenia lub upokorzenia skarżącego. Niemniej jednak Trybunał uznał, że pozbawienie wolności osoby, która jest przykuta do wózka inwalidzkiego i cierpi na paraliż obustronny oraz poważne zaburzenia pracy zwieraczy cewki moczowej i odbytu, w warunkach, w których nie ma ona nieograniczonego i stałego zapasu pieluchomajtek i cewników oraz nieograniczonego

dostępu do prysznic, jest zdana na niezbędną pomoc współwięźniów z celi i nie jest w stanie bez większych trudności utrzymać higienę, osiąga wymagany na mocy Artykułu 3 Konwencji poziom dotkliwości i stanowi poniżające i nieludzkie traktowanie, sprzeczne z tym przepisem.

Kaprykowski przeciwko Polsce, wyrok z dnia 3 lutego 2009 r. (skarga nr 23052/05)



Skarżący cierpiął na padaczkę, charakteryzującą się częstymi napadami, encefalopatię połączoną z demencją oraz wrzody żołądka i syfilis. Formalnie był uznany za osobę z niepełnosprawnością i całkowicie niezdolną do pracy.

Wielokrotnie był on karany więzieniem za przestępstwa, które popełniał. Przebywał w wielu jednostkach penitencjarnych od 1998 r., zarówno w zwykłych celach, jak i w oddziałach szpitalnych. Często przewożony do różnych jednostek penitencjarnych, rzadko trafiał do więzienia, w którym była opieka lekarska adekwatna do jego stanu.

W jednym z aresztów śledczych, gdzie ostatnio odbywał wyrok, został przydzielony na oddział ogólny, a nie medyczny. Dzielił celę ze zdrowymi więźniami, którzy - jak przedstawił - ignorowali jego napady padaczkowe i nie udzielali mu żadnej pomocy w rutynowych czynnościach dnia codziennego. Skarżący ponadto wskazał, iż był poniżany przez współosadzonych z celi, gdyż w wyniku napadów padaczkowych, często tracił przytomność i moczył się. Pod koniec 2007 r. jego padaczka miała nadal poważny charakter, mimo że jej napady zdarzały się dużo rzadziej. Co więcej, zaczęły się objawiać jego zaburzenia osobowości, polegające na występowaniu halucynacji. Przez większość czasu cierpiął na poważne zaniki pamięci.

Skarżący w skardze do ETPCz zarzucił, iż mimo że wymagał specjalistycznej opieki lekarskiej oraz bezpośredniej i ciągłej pomocy innej osoby w codziennych czynnościach, nie zostały mu one zapewnione podczas jego pobytu w tym areszcie. Zachowanie współosadzonych było dla niego poniżające. Ponadto podniósł, iż dyrekcja jednostki penitencjarnej odmówiła mu możliwości przyjmowania zagranicznego lekarstwa przepisanego mu w przeszłości przez lekarza spoza aresztu. Zamiast tego leku, więzienny lekarz przepisał mu tańszy polski odpowiednik oraz udzielił nieodpowiedniej pomocy lekarskiej. Zastosowana wobec niego zmiana

leczenia farmakologicznego, została wprowadzona nie przez lekarzy specjalistów z zakresu neurologii, lecz przez internistów. Alternatywna terapia nie opierała się na wskazaniach medycznych, lecz była raczej podyktowana wolą zmniejszenia kosztów leczenia. Odstawienie zagranicznego leku spowodowało częstsze oraz poważniejsze napady padaczkowe, którym towarzyszyły utrata przytomności i nietrzymanie moczu.

Skarżący uważał, iż stan jego zdrowia był na tyle poważny, że nie nadawał się do długotrwałego przebywania w areszcie, w którym nie było wykwalifikowanego personelu lekarskiego do leczenia schorzeń neurologicznych. Władze więzienne były w pełni świadome jego sytuacji zdrowotnej oraz zaleceń biegłych wyznaczonych przez sąd, jak również specjalisty neurologa ze szpitala w innej placówce. Mimo to, skarżący przebywał przez większość czasu na zwykłym oddziale. Ten czas był przerwany tylko kilkoma krótkimi okresami hospitalizacji w jedynym właściwym, jak stwierdził, ośrodku w Polsce, tj. na oddziale neurologicznym szpitala więziennego.

W opinii Trybunału, brak odpowiedniej opieki lekarskiej w areszcie, w którym przebywał oraz umieszczenie skarżącego w pozycji zależności oraz niższości względem jego zdrowych współtowarzyszy z celi naruszyło jego godność osobistą oraz naraziło go na szczególny trud, które z kolei wywołały niepokój oraz cierpienie wykraczające poza poziom nieuchronnie związany z pozbawianiem wolności. Stałe trzymanie skarżącego w warunkach więziennych bez właściwej opieki lekarskiej oraz pomocy stanowiły niehumanitarne traktowanie, będące naruszeniem artykułu 3 w rozumieniu Konwencji. Skarżącemu przyznano mu kwotę 3 tys. euro tytułem doznanej szkody niemajątkowej.

W wydanym wyroku ETPCz poczynił spostrzeżenia istotne dla osób z niepełnosprawnościami wywołanymi chorobami:

Artykuł 3 Konwencji nie może być interpretowany jako ustalający generalny obowiązek do zwolnienia zatrzymanego z powodu wystąpienia przesłanek zdrowotnych bądź jako obowiązek do przetransportowania go do publicznego szpitala, nawet jeśli osoba ta cierpi na choroby szczególnie trudne do wyleczenia. Jednakże, przepis tego artykułu wymaga od Państwa zapewnienia, aby

więźniowie osadzeni byli w warunkach, które nie uwłaczają godności ludzkiej, aby sposób wykonywania kary nie narażał ich na ból czy trudności, których intensywność przekraczałyby nieunikniony poziom cierpienia, nieodłącznie związany z faktem osadzenia oraz aby mając na względzie praktyczne uwarunkowania kary pozbawienia wolności, zdrowie oraz samopoczucie (osadzonych) było odpowiednio zabezpieczone przez, między innymi, udzielanie im wymaganej pomocy lekarskiej.

Trybunał podkreślił swoją dezaprobatę dla sytuacji, w której personel zakładu karnego czuje się zwolniony z powinności zapewnienia bezpieczeństwa i opieki bardziej potrzebującym więźniom i czyni ich współtowarzyszy z celi odpowiedzialnymi za udzielenie im pomocy w codziennych czynnościach lub, jeśli to konieczne, nakazuje służyć niezbędnym ratunkiem w sytuacji nagłej.

Trybunał skrytykował to, że przez większość czasu skarżący przebywał w zwykłych zakładach karnych albo, najwyżej, na wewnętrznych oddziałach szpitali więziennych. Tylko dwukrotnie był hospitalizowany na specjalistycznym oddziale neurologii szpitala więziennego.

Skazany był często przewożony na dalekie dystanse i to osiemnaście razy między różnymi placówkami więziennymi. W tym zakresie, Trybunał uznał, że tak częste zmiany środowiska musiały powodować u niego negatywne skutki, gdyż skarżący pozostawał wówczas osobą o kruchej strukturze mentalnej.

Konwencja nie gwarantuje prawa do otrzymywania pomocy lekarskiej, która przewyższałaby standardowy poziom leczenia dostępny dla ogółu społeczeństwa. Niemniej jednak, zmiana oryginalnego leku na jego odpowiednik spowodowała wzrost liczby jego dziennych napadów padaczkowych oraz uczyniła ich skutki bardziej dotkliwymi przyczyniając się w ten sposób do zwiększenia u skarżącego poczucia pokonania oraz fizycznego cierpienia spowodowanego chorobą.

Na koniec warto również przytoczyć sprawę osoby z niepełnosprawnością, której ETPCz nie przyznał racji. Sprawa ta uznawana jest za kontrowersyjną, czego wyrazem jest zdanie odrębne 2 sędziów Trybunału.

Adam Zarzycki przeciwko Polsce, wyrok z dnia 12 marca 2013 r. (skarga nr 15351/03)



W 1996 roku skarżący utracił w wypadku oba przedramiona. Został uznany za osobę ze znaczną niepełnosprawnością, wymagającą pomocy innych ludzi. Mężczyznę aresztowano w 2002 r. Władze wzięły pod uwagę niepełnosprawność skarżącego oraz zaświadczenie lekarskie wydane przez jego lekarza z dnia 15 marca 2002 r. o niezdolności do samodzielnej egzystencji, ale nie zgodziły się z uznaniem, że nie może przebywać w więzieniu.

W dniu 7 lipca 2003 r. skarżący uzyskał przerwę w odbywaniu kary w celu leczenia ortopedycznego poza systemem penitencjarnym. Przed i po zakończeniu przerwy skarżący przebywał naprzemiennie w dwóch aresztach śledczych.

Warunki w nich nie były dostosowane do jego specyficznych potrzeb wynikających z niepełnosprawności, a personel aresztu śledczego nie zapewnił mu szczególnej opieki, co czyniło jego życie podczas osadzenia bardzo trudnym. Skarżący nie miał możliwości wykonywania wielu codziennych czy rutynowych czynności, przykładowo: spożywania posiłków, ścielenia łóżka, obcinania paznokci u stóp, mycia, golenia i ubierania oraz czynności higienicznych po skorzystaniu z toalety. Był zmuszony prosić o pomoc współosadzonych, co czyniło go zależnym. Władze więzienne jego zdaniem nie udzieliły mu wsparcia w staraniach o otrzymanie protez przedramion, a opieka lekarska świadczona w okresie tymczasowego aresztowania była niewystarczająca. W tej sprawie składał liczne skargi do władz krajowych.

Lekarz aresztu złożył wprawdzie w imieniu skarżącego oficjalny wniosek o przyznanie protez, lecz zaproponowane skarżącemu protezy podstawowe nie odpowiadały mu. Oświadczył, że zaakceptuje jedynie protezy biomechaniczne. Władze więzienne złożyły w jego imieniu wniosek o protezy biomechaniczne, ale ich koszt był bardzo wysoki i był jedynie w części pokrywany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa pacjent zainteresowany protezami biomechanicznymi miał obowiązek pokrycia różnicy z własnych środków, ale skarżący nie wyraził na to zgody.

Psychiatra w areszcie zdiagnozował u skarżącego formę depresji, która jego zdaniem mogła być spowodowana obawą skarżącego, iż nie będzie miał możliwości uzyskania protez przedramion.

Podczas przerwy w karze, trwającej do 2004 r., skarżący otrzymał dwie zwykłe protezy mechaniczne przedramion i został poddany niezbędnej fizjoterapii (rehabilitacji). Ponadto znów stwierdzono, że skarżący nie jest samowystarczalny i wymaga pomocy osób trzecich oraz że nie może przebywać w więzieniu. Problem ten potwierdził w 2005 r. więzienny lekarz.

Następnie dwaj biegli, z zakresu kardiologii i ortopedii, wydali opinię, z której wynikało, że protezy okazały się użyteczne, lecz skarżący nadal wymaga pomocy w wykonywaniu wielu codziennych czynności, ponieważ protezy mechaniczne nie umożliwiają wykonywania precyzyjnych ruchów. Stwierdzono, że skarżący wyraził pragnienie uzyskania bardziej zaawansowanych protez biomechanicznych. Biegli uznali, że był on zdolny do odbycia kary pozbawienia wolności ze względu na dobre dostosowanie się do więziennych warunków. Stwierdzili jednakże, że powinien on otrzymywać ze strony pracowników aresztu śledczego pewną pomoc w wykonywaniu codziennych czynności.

Ostatecznie skarżący został zwolniony warunkowo. Trybunał nie uznał, aby w tej sprawie doszło do naruszenia Konwencji.

W wydanym wyroku ETPCz wskazał m.in. na następujące kwestie, które zaważyły na nieuznaniu skargi osadzonego za zasadną:

Osoby pozbawione wolności znajdują się w szczególnej sytuacji, a na władzach spoczywa obowiązek ich ochrony. W przypadku, gdy władze podejmują decyzję o aresztowaniu osób niepełnosprawnych, powinny ze szczególną troską zapewnić warunki dostosowane do szczególnych potrzeb takich osób, wynikających z niepełnosprawności.

W sprawach tego typu Trybunał musi uwzględnić trzy czynniki, w szczególności przy ocenie, czy ciągłe osadzenie skarżącego jest zgodne ze stanem jego zdrowia, w przypadku gdy daje on powody do niepokoju. Są to: (a) stan osadzonego, (b) jakość zapewnionej opieki oraz (c) czy ze względu na swój stan zdrowia skarżący powinien nadal przebywać w areszcie czy zakładzie karnym.

Trybunał często krytykował rozwiązanie polegające na zapewnianiu osadzonym z niepełnosprawnością fizyczną pomocy w wykonywaniu rutynowych czynności pomocy za pośrednictwem współosadzonych, nawet, gdy była to

pomoc dobrowolna i udzielana wyłącznie w czasie, gdy zakład opieki zdrowotnej danego więźnia był zamknięty. W specyficznych okolicznościach niniejszej sprawy Trybunał nie zauważa jednak podstaw, by potępić wdrożone przez władze rozwiązania w celu zapewnienia skarżącemu odpowiedniej i niezbędnej pomocy.

Trybunał stwierdza, iż poprzez umożliwienie skarżącemu korzystania z łazienki z prysznicem sześć razy w tygodniu, władze w odpowiedni sposób zareagowały na jego specyficzne potrzeby.

Istnienie typowych barier architektonicznych czy technicznych nie miało wpływu na sytuację skarżącego, który miał amputowane przedramiona, ale nie cierpiał na trudności z poruszaniem się i miał możliwość korzystania z opieki lekarskiej i pozostałych więziennych udogodnień, zajęć na zewnątrz i świeżego powietrza.

Zgodnie z przepisami prawa polskiego, pacjent zwracający się o wykonanie protez biomechanicznych mógł domagać się refundacji wyłącznie w bardzo ograniczonym zakresie i musiał pokryć różnicę z własnych środków. W konsekwencji, uwzględniając fakt, że podstawowe protezy mechaniczne były dostępne i skarżący otrzymał je bezpłatnie, oraz że możliwe było także refundowanie niewielkiej części kosztów protez biomechanicznych, Trybunał uznaje, iż nie można stwierdzić, że pozwane Państwo, w okolicznościach danej sprawy, nie spełniło swoich obowiązków z artykułu 3, nie pokrywając w całości kosztów protez zaawansowanego typu.

Ponadto w niniejszej sprawie brak dowodów potwierdzających jakiegokolwiek zdarzenia czy intencje poniżenia czy upokorzenia skarżącego. Trybunał uznaje zatem, iż mimo, że więzień z amputowanymi przedramionami jest znacznie bardziej narażony na trudy osadzenia, w okolicznościach niniejszej sprawy traktowanie skarżącego nie osiągnęło progu dolegliwości wymaganego, by stwierdzić poniżające traktowanie niezgodne z artykułem 3 Konwencji.

Krajowe standardy ochrony praw osób z niepełnosprawnościami

Ratyfikowane przez Polskę międzynarodowe akty prawne odnoszące się do osób z niepełnosprawnością, stały się częścią wewnętrznego porządku prawnego.

Również polskie regulacje prawne mające zastosowanie do więźniów i osób z niepełnosprawnością odzwierciedlają generalnie standardy międzynarodowe.

Polska Konstytucja stanowi, że *Wszyscy są wobec prawa równi*. Wszyscy, a więc również osoby z niepełnosprawnościami. Akt ten wskazuje też na zakaz dyskryminacji z jakiegokolwiek przyczyny, a więc również ze względu na niepełnosprawność (art. 32). Określa bezwarunkowy standard humanitarnego traktowania, zapewniając, że *Nikt nie może być poddany torturom ani okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu. Zakazuje się stosowania kar cielesnych* (art. 40).

Niektóre przepisy Konstytucji RP odnoszą się wprost do osób z niepełnosprawnościami, zapewniając im zabezpieczenie społeczne w razie niezdolności do pracy ze względu na *inwalidztwo* (art. 67 ust. 1), gwarantując osobom z niepełnosprawnościami szczególną opiekę zdrowotną (art. 68 ust. 3) oraz *pomoc w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej* (art. 69).

Mając na względzie przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 r. przez Sejm RP – Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych⁴⁵ oraz ratyfikowaną w dniu 6 września 2012 r., a przyjętą w dniu 13 grudnia 2016 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych⁴⁶, należy umożliwić osobom z niepełnosprawnościami niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. Oba wymienione dokumenty mają zastosowanie również w odniesieniu do osób pozbawionych wolności oraz ich otoczenia w miejscu detencji.

Pozbawienie wolności osób z niepełnosprawnościami nie zwalnia zatem władz państwowych z obowiązku szczególnej aktywności na rzecz zapewnienia im opieki zdrowotnej (art. 68 ust. 3 Konstytucji RP), zabezpieczenia społecznego (art. 67 Konstytucji RP) czy też innych praw zawartych w ogólnych, konstytucyjnych zasadach (np. dostępu do nauki, zgodnie z art. 70 Konstytucji RP).

Poszczególne postanowienia zawarte w uchwale Sejmu RP formułującej Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych mają charakter norm programowych i wyrażają potrzebę zapewnienia realizacji postulatów przyjętych w Konstytucji RP. Przykładowo, prawo do środowiska wolnego od barier funkcjonalnych np. w dostępie

⁴⁵ M.P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475

⁴⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 1169

do urzędów, punktów wyborczych, obiektów użyteczności publicznej implikujące obowiązek pozytywnej aktywności państwa (art. 69 Konstytucji RP) wiąże się z prawem do swobodnego przemieszczania się, informacji i komunikacji międzyludzkiej (§ 1 pkt. 8 Karty Praw Osób Niepełnosprawnych).

Normy programowe nie są jednak bezpośrednio wiążące, a jedynie wyznaczają ogólny kierunek działania. Oznacza to, że Karta nie stanowi podstawy prawnej do uzyskania od odpowiednich organów państwowych, np. administracji czy sądów, ochrony w przypadku wystąpienia naruszeń praw konkretnych osób niepełnosprawnych. Stanowi natomiast zobowiązanie dla władz, zarówno rządu, jak i władz samorządowych do podjęcia działań ukierunkowanych na urzeczywistnienie tych praw. Z tego względu zalecenia KMPT są często wspierane normami ujętymi w Karcie.

Poza ogólnymi gwarancjami prawnymi, sytuacja więźniów z niepełnosprawnościami podlega zakresowi polskich przepisów dotyczących niepełnosprawności m.in. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o *rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*⁴⁷ i ustawy *Prawo budowlane* z dnia 7 lipca 1994 r.⁴⁸. W tej ostatniej znajdujemy przepis nakazujący, aby w obiekcie budowlanym zapewnić *niezbędne warunki do korzystania z obiektów użyteczności publicznej i mieszkaniowego budownictwa wielorodzinnego przez osoby niepełnosprawne, w szczególności poruszające się na wózkach inwalidzkich* (art. 5 ust. 1 pkt 4)

W tym kontekście należy jednak zauważyć, że więzienia i inne miejsca odosobnienia na ogół nie mieszczą się w definicji *obiektów użyteczności publicznej i mieszkania zbiorowego*. Są traktowane jako tzw. *budynki zamieszkania zbiorowego*. Ten słowny zabieg pozwala na niewykonywanie dostosowań do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, co zostanie omówione szczegółowo w części poświęconej zidentyfikowanym przez KMPT problemom systemowym dotyczącym więźniów z niepełnosprawnością.

Pozostając przy kwestii ważnych uściśleń w aktach odnoszących się do więźniów z niepełnosprawnościami, w dokumentach krajowych w pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na przepisy Kodeksu karnego wykonawczego⁴⁹ (K.k.w.).

⁴⁷ Dz.U. z 1997 r. nr 123 poz. 776 z późn. zm.

⁴⁸ Dz.U. z 1994 r. nr 89 poz. 414 z późn. zm.

⁴⁹ Dz.U. z 1997 r., Nr 90 poz. 557 z późn. zm.

Artykuł 96 K.k.w. ustanawia system terapeutyczny, w ramach którego mogą odbywać karę pozbawienia wolności skazane osoby niepełnosprawne fizycznie lub psychicznie, które wymagają specjalistycznego leczenia, w szczególności opieki psychologicznej lub medycznej albo rehabilitacji.

Nadto artykuł 97 § 1 K.k.w. stanowi, że w odniesieniu do skazanych odbywających karę w ramach systemu terapeutycznego, władze powinny kierować się między innymi koniecznością przygotowania tych więźniów do samodzielnego życia. Zaś § 2 przewiduje, że wykonywanie kary pozbawienia wolności musi być dostosowane do potrzeb więźnia w zakresie leczenia, higieny i warunków sanitarnych. Wreszcie § 3 stanowi, że skazanych, którzy nie wymagają już leczenia specjalistycznego, przenosi się do innego, odpowiedniego systemu wykonywania kary.

Poza powyższymi wskazaniem, w art. 110 § 4 pkt 4 K.k.w. znajdujemy jeszcze doprecyzowanie, że przy umieszczaniu skazanego w celi mieszkalnej bierze się pod uwagę w szczególności m.in. zalecenia lekarskie, psychologiczne i rehabilitacyjne.

Kolejnymi istotnymi aktami prawnymi w omawianym obszarze są dwa rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości: z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności⁵⁰ i z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania tymczasowego aresztowania⁵¹.

Zgodnie z § 32 pkt 2 rozporządzenia w sprawie tymczasowego aresztowania i § 27 pkt. 2 rozporządzenia w sprawie wykonywania kary pozbawienia wolności, dyrektor aresztu śledczego lub zakładu karnego może, na wniosek lub po zasięgnięciu opinii lekarza, dokonać niezbędnych odstępstw od sposobu odbywania tymczasowego aresztowania lub wykonywania kary pozbawienia wolności, w zakresie uzasadnionym stanem zdrowia danego więźnia.

W odniesieniu do wykonywania tymczasowego aresztowania w podmiocie leczniczym właściwym ze względu na problemy zdrowotne aresztowanego, możliwość taką statuuje art. 260 § 1 K.p.k. Wskazuje on, że jeżeli stan zdrowia oskarżonego tego wymaga, tymczasowe aresztowanie może być wykonywane tylko w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym, w tym w zakładzie psychiatrycznym.

⁵⁰ Dz.U. z 2016 r. poz. 2231.

⁵¹ Dz.U. z 2016 r., poz. 2290.

Wytyczne stworzone przez środowisko osób z niepełnosprawnością dotyczące dostępności jednostek penitencjarnych dla osadzonych oraz osób ich odwiedzających⁵²

W trakcie tworzenia wytycznych pod uwagę brano potrzeby osób o ograniczonej możliwości poruszania się, w tym w szczególności:

- osób z różnymi typami niepełnosprawności ruchu (w tym osób korzystających z wózka, osób poruszających się o kulach, przy pomocy laski i innych pomocy, osób z niepełnosprawnościami manualnymi),
- osób z dysfunkcjami wzroku (w tym niewidomych i słabowidzących),
- osób z dysfunkcjami słuchu (w tym niesłyszących i słabosłyszących),
- osób z innymi niepełnosprawnościami,
- osób czasowo niepełnosprawnych,
- kobiet w ciąży,
- osób z wózkami dziecięcymi,
- osób starszych i dzieci,
- obcokrajowców, którzy nie znają lokalnego języka i mogą mieć problemy ze zdobyciem informacji oraz porozumiewaniem się.

Wytyczne oparto na 7 zasadach *Uniwersalnego projektowania*⁵³ opracowanych na Uniwersytecie w Północnej Karolinie, w Stanach Zjednoczonych Ameryki, wskazanych w uchwalonej przez ONZ *Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych*:

- **Równy dostęp (*equitable use*)** – rozwiązanie powinno być użyteczne i atrakcyjne dla ludzi o różnych możliwościach fizycznych.
- **Elastyczność użytkowania (*flexibility in use*)** – rozwiązanie powinno uwzględniać potrzeby i możliwości różnych użytkowników. Przykłady: stół z możliwością regulacji wysokości blatu; uwzględnienie możliwości obsługi urządzenia przez osoby prawo i lewo ręczne.
- **Prostota i intuicyjność (*simple and intuitive*)** – sposób korzystania z rozwiązania powinien być łatwy do zrozumienia i niezależny od doświadczeń, wiedzy, znajomości języka czy stopnia koncentracji użytkownika. Przykła-

⁵² Wytyczne zostały opracowane przez Fundację Integracja

⁵³ The principles of universal design, NC State University, The Center for Universal Design, 1997.

dy: proste, obrazkowe instrukcje obsługi; intuicyjne menu urządzeń elektronicznych.

- **Czytelna informacja (*perceptible information*)** – informacja powinna być czytelna niezależnie od warunków otoczenia oraz możliwości sensorycznych użytkowników. Przykłady: wyróżnienie kolorystyczne lub nadawanie symboli poszczególnym strefom budynku; informacja możliwa do odczytania za pomocą min. 2 zmysłów, np. wzroku i dotyku, wzroku i słuchu.
- **Tolerancja na błędy (*tolerance for error*)** – rozwiązanie powinno minimalizować niebezpieczeństwo i negatywne konsekwencje przypadkowych lub niezamierzonych działań użytkownika. Przykład: możliwość cofnięcia w aplikacji ostatnio wykonanych czynności; na peronach metra zastosowanie bramek zsynchronizowanych z drzwiami wagonów, określających lokalizację wejść i zabezpieczających przed spadnięciem z peronu.
- **Minimalizowanie wysiłku fizycznego (*low physical effort*)** – korzystanie z danego rozwiązania powinno być możliwe w sposób efektywny, wygodny i niepowodujący zmęczenia u użytkownika. Przykład: duże i kontrastowe oznaczenia niewymagające skupienia wzroku; przyciski i panele umieszczone na wysokości niewymagającej nadmiernego wyciągania rąk; otwierane automatycznie drzwi.
- **Parametry wielkości przestrzeni umożliwiające dostęp i użytkowanie (*size and space for approach and use*)** – przestrzeń i parametry danego rozwiązania powinny umożliwiać korzystanie z niego niezależnie od parametrów ciała, postury i mobilności użytkownika. Przykłady: zapewnienie szerszych bramek kontroli dostępu dla osób poruszających się na wózku; w transporcie miejskim zapewnienie pojazdów niskopodłogowych z miejscami dla osób z niepełnosprawnością.

Dostosowanie istniejących budynków

W przypadku budynków istniejących należy stosować zasadę „racjonalnego dostosowania”⁵⁴, zgodnie z którą dopuszcza się stosowanie odstępstw w zakresie wynikającym z:

⁵⁴ Wynikająca z art. 2 Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych.

- konstrukcji budynku
- braku wystarczającej ilości miejsca
- konieczności poniesienia kosztów znacząco przekraczających uzyskany skutek.

Odstępstwa można stosować wyłącznie w miejscach, w których występują do tego istotne przesłanki, a ich wprowadzenie nie zwalnia z obowiązku zapewnienia odpowiednich rozwiązań w innych częściach budynku. Stosując odstępstwa należy zapewnić inne, adekwatne rozwiązania pozwalające korzystać z obiektu osobom o ograniczonej możliwości poruszania się. Zastosowanie odstępstw nie może uniemożliwiać korzystania z budynku, jego części lub wybranych funkcji żadnej grupie osób.

Słownik pojęć

LRV (Light Reflectance Value) – wartość określająca proporcję odbitego we wszystkich kierunkach światła widzialnego w stosunku do światła, którym oświetla się powierzchnię. Inaczej wartość LRV określa się jako współczynnik lub wartość CIE Y.

Skala LRV posiada wartości od 0 do 100, gdzie 0 to czysta czerń, a 100 czysta biel. W naturze wartości 0 i 100 nie występują. Kontrast w skali LRV oblicza się poprzez odjęcie wartości LRV dla dwóch, ocenianych powierzchni ($LRV_1 - LRV_2$).

Obniżony krawężnik – nachylenie występujące na granicy dwóch rodzajów ciągów komunikacyjnych, np. chodnika i jezdni, chodnika i ciągu pieszo-jezdnego, przy przejściach dla pieszych i innych istotnych komunikacyjnie miejscach, w których ciągi takie się krzyżują. Obniżony krawężnik nie jest traktowany jako pochylnia.

Osoba o ograniczonej możliwości poruszania się⁵⁵ – osoba o ograniczonej możliwości poruszania się oznacza każdą osobę dotkniętą trwałym lub czasowym upośledzeniem fizycznym, umysłowym, intelektualnym lub sensorycznym, które to upośledzenie może utrudniać takiej osobie – w konfrontacji z różnymi barierami – pełne i skuteczne korzystanie z obiektu na równi z innymi osobami, lub której możliwość poruszania się przy korzystaniu z obiektu jest ograniczona z powodu wieku.

⁵⁵ Definicja opracowana na podstawie: Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1300/2014, pkt 2.2 oraz Rozporządzenia Komisji nr 2008/164/WE, pkt 2.2.

Wśród osób o ograniczonej możliwości poruszania się można wymienić m.in.:

- osoby na wózkach inwalidzkich,
- inne osoby mające problem z poruszaniem się, w tym osoby z niepełnosprawnością kończyn, osoby mające trudności z chodzeniem, osoby z dziećmi, osoby z ciężkim lub nieporęcznym bagażem, osoby starsze, kobiety w ciąży,
- osoby słabowidzące,
- osoby niewidome,
- osoby niedosłyszące,
- osoby głuche,
- osoby z ograniczeniami w zakresie komunikacji (to znaczy osoby, które mają problem z komunikowaniem się lub rozumieniem języka pisanego lub mówionego, w tym osoby z zagranicy, które nie znają języka miejscowego, osoby cierpiące na trudności w komunikacji, osoby z ograniczeniem funkcji czuciowych, ograniczeniem psychicznym lub intelektualnym),
- osoby niskiego wzrostu (w tym dzieci).

Pochylnia – nachylenie występujące w pieszej przestrzeni komunikacyjnej, służące do pokonywania różnic poziomów. Nachylenie poniżej 5% może nie być traktowane jako pochylnia.

Przeźródź manewrowa – przestrzeń zapewniająca użytkownikowi możliwość zmiany kierunku ruchu lub pozycji. W standardach pojęcie używane jest najczęściej w stosunku do osób poruszających się na wózku. Przestrzeń taka musi być wolna od jakichkolwiek przeszkód do wysokości min. 210 cm, chyba że w wytycznych określono inaczej.

Schodofaz – urządzenie przenośne, służące do przewożenia osób o ograniczonej możliwości poruszania się po schodach. Ze względu na trudności w korzystaniu z tego typu urządzeń nie powinno dopuszczać się do ich stosowania.

WT budynku – rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie⁵⁶.

⁵⁶ Tekst jedn.: Dz.U. 2015 poz. 1422.

WT drogi publiczne – rozporządzenie Ministra Transportu i Gospodarki Morskiej z dnia 2 marca 1999 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać drogi publiczne⁵⁷.

KOMUNIKACJA ZEWNĘTRZNA

Zaleca się, żeby jednostki penitencjarne były lokalizowane w miejscach, do których można dotrzeć samochodem oraz transportem publicznym. Jest to szczególnie istotne z punktu widzenia osób odwiedzających osadzonych oraz pracowników zakładu.

Przynajmniej jedno dojsście łącznie przystanki, parkingi oraz główne ciągi piesze z wejściem do jednostki musi być dostępne dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się. Dojszcia dostępne dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się powinny pokrywać się z drogami dla pozostałych użytkowników. Dopuszcza się lokalne rozdzielanie dróg w miejscach, w których występują istotne przeszkody, np. schody.

Na drogach dostępnych dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się nie mogą występować schody, progi ani uskoki.

- **Komunikacja na terenie zakładu**

Należy zapewnić dostępne dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się ciągi piesze, umożliwiające przemieszczenie się pomiędzy poszczególnymi budynkami oraz innymi istotnymi miejscami, np. przestrzeniami spacerowymi, boiskami.

Szerokości ciągów pieszych muszą być zgodne z tabelą⁵⁸:

Położenie ciągu pieszego		Min. szerokość ciągu pieszego	Min. szerokość przebudowywanego ciągu pieszego <i>wyłącznie w wyjątkowych sytuacjach</i>
Przy jezdni lub pasie postojowym		200 cm	125 cm
Ciągi piesze odsunięte od jezdni lub pasa postojowego	główne ciągi piesze	180 cm	100 cm
	drugorzędne ciągi piesze	150 cm	100 cm

⁵⁷ Tekst jedn.: Dz.U. 2016 poz. 124.

⁵⁸ Opracowanie na podstawie: WT drogi publiczne, § 44 ust. 2 i 4 oraz ISO 21542:2011, pkt 7.4.

Szerokość ciągów pieszych należy określać po odjęciu przestrzeni zajmowanej przez małą architekturę, urządzenia, roślinność itp.

Jeżeli zapewnia się małą architekturę, urządzenia, roślinność itp. mogące stanowić przeszkodę, należy dążyć do umieszczenia ich poza podstawową przestrzenią komunikacyjną. Jeżeli nie jest to możliwe, należy usytuować je w taki sposób, żeby w możliwie najmniejszym stopniu utrudniały poruszanie się użytkownikom i nie zmuszały ich do częstych zmian kierunku w celu ominięcia przeszkód.

W miejscach, w których może następować zmiana kierunku o więcej niż 45°, należy zapewnić przestrzeń manewrową o wymiarach min. 150 x 150 cm. Na ciągach pieszych o szerokości mniejszej niż 180 cm należy zapewnić miejsca mijania o długości min. 200 cm i szerokości min. 180 cm. Miejsca takie muszą występować w odległościach nie większych niż co 25 m. Dopuszcza się zrezygnowanie z miejsc mijania, jeżeli długość ciągu komunikacyjnego o szerokości poniżej 180 cm nie przekracza 50 m.

Nachylenie podłużne ciągów pieszych musi być mniejsze niż 5%⁵⁹. W istniejących budynkach dopuszcza się zwiększenie nachylenia do 6%. Po przekroczeniu tego nachylenia należy wykonać pochylnię. Nachylenie poprzeczne ciągów pieszych nie może być większe niż 3%⁶⁰. Zaleca się, żeby nachylenie poprzeczne nie przekraczało 2%.

Wysokość ciągów pieszych musi wynosić min. 220 cm. Wysokość przestrzeni należy mierzyć po uwzględnieniu elementów architektonicznych, informacji, znaków drogowych itp.

W trakcie użytkowania obiektu konieczne jest docinanie gałęzi drzew i krzewów, żeby nie ograniczały wysokości przestrzeni komunikacyjnych. Do wysokości 220 cm nie mogą znajdować się, żadne elementy ostre, wystające lub wiszące w sposób stanowiący zagrożenie dla użytkowników m.in. ze względu na bezpieczeństwo osób z niepełnosprawnością wzroku⁶¹.

⁵⁹ ISO 21542:2011, pkt 7.3.

⁶⁰ WT drogi publiczne, § 45 ust. 8.

⁶¹ Opracowanie w oparciu o: ISO 21542:2011, pkt 7.14 oraz ADA. Standards, pkt 307.3.

- **Nawierzchnie**

Konieczne jest zapewnienie antypoślizgowej powierzchni. Warunek ten musi być spełniony również, gdy nawierzchnia jest mokra. Nawierzchnie ciągów pieszych muszą być wykonane z gładkich materiałów, nieutrudniających poruszania się m.in. na wózku. Za nawierzchnie równe można uznać płyty betonowe lub kamienne, nawierzchnie bitumiczne. W istniejących zakładach karnych wyjątkowo dopuszcza się stosowanie kostki betonowej. W takiej sytuacji korzystniejsza jest kostka bez fazowa.

Pokrywy włazów i wpustów ulicznych itp. znajdujących się na pieszych ciągach komunikacyjnych muszą mieć odstępy pomiędzy prętami lub średnice otworów nie większe niż 2 cm⁶². Otwory podłużne należy sytuować poprzecznie do głównych ciągów komunikacyjnych.

- **Przestrzenie spacerowe**

W zakładzie karnym przynajmniej jedna przestrzeń spacerowa musi być dostępna dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się. Jeżeli zapewnia się osobne przestrzenie spacerowe dla bloków o różnym rygorze, zasadę tę należy stosować osobno dla każdego bloku.

Dostępna przestrzeń spacerowa musi znajdować się w miejscu dostępnym dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się. Dojście do dostępnej przestrzeni spacerowej oraz drogi komunikacyjne na terenie muszą być zgodne ze wskazanymi wcześniej parametrami. Wejście na teren przestrzeni spacerowej musi mieć szerokość min. 90 cm w świetle przejścia. Wysokość progu przy wejściu nie może przekraczać 2 cm.

Jeżeli na danej przestrzeni spacerowej zapewnia się specjalne funkcje, niedostępne na innych przestrzeniach spacerowych, np. siłownię, musi być ona dostępna dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się.

Na przestrzeni spacerowej należy zapewnić przynajmniej jedną ławkę. Co najmniej 1/3 ławek na przestrzeni spacerowej, ale nie mniej niż 1, musi być wyposażona w oparcia i podłokietniki.

Boiska muszą być dostępne dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się, chyba że funkcja boiska uniemożliwia korzystanie z niego osobom z określoną

⁶² WT budynki, § 294 ust. 2 oraz WT drogowe obiekty inżynierskie, § 242 ust. 3, ISO 21542:2011, pkt 7.13.

niepełnosprawnością, np. z boiska do siatkówki plażowej nie będzie korzystała osoba poruszająca się na wózku. Jeżeli funkcja boiska uniemożliwia zapewnienie dostępności dla osób z określoną niepełnosprawnością, należy zapewnić tym osobom przynajmniej możliwość obserwowania gry.

- **Miejsca parkingowe**

Przed jednostką penitencjarną należy zapewnić miejsca parkingowe dla osób odwiedzających.

Liczba miejsc parkingowych przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością musi być zgodna z tabelą⁶³:

Ogólna liczba miejsc parkingowych	Liczba miejsc przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością
6-15	1
16-40	2
41-100	3
Powyżej 100	min. 4% ogólnej liczby stanowisk

Miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnością należy lokalizować możliwe blisko wejścia do jednostki penitencjarnej. Miejsca parkingowe przeznaczone dla osoby z niepełnosprawnością musi znajdować się na poziomie terenu, w miejscu dostępnym dla osób poruszających się na wózku, a w przypadku zapewnienia garażu wielopoziomowego - na poziomie terenu lub kondygnacji dostępnej dla tych osób, np. za pomocą dźwigu osobowego.

Wymiary miejsc muszą być zgodne z poniższą tabelą⁶⁴:

Sposób parkowania	Min. szerokość miejsca	Min. długość miejsca
Prostopadłe	360 cm	500 cm
Równoległe	standardowe	600 cm
	odstępstwo (<i>patrz uwaga poniżej</i>)	
Ukośne	360 cm	500 cm

⁶³ Art. 12a ustawy z dnia 21 marca 1985 r. o drogach publicznych, Tekst jedn.: Dz.U. 2017 poz. 2222

⁶⁴ Opracowanie w oparciu o WT budynki, § 21 ust. 1 oraz ISO 21542:2011 pkt 6.3.

Uwaga! Zastosowanie odstępstwa pozwalającego na zmniejszenie szerokości miejsca do 250 cm dopuszcza się wyłącznie w wyjątkowych sytuacjach. Należy przy tym zapewnić dostęp do ciągu pieszego o szerokości min. 150 cm, znajdującego się wzdłuż dłuższego boku miejsca.

Miejsc o ograniczonej szerokości nie można sytuować przy drogach dwujezdniowych oraz jednokierunkowych, gdy kierowca nie może zaparkować dowolnym bokiem samochodu zwróconym w stronę chodnika.

Konieczne jest zapewnienie wejścia na chodnik z miejsca parkingowego przeznaczonego dla osób z niepełnosprawnością bezpośrednio z takiego miejsca lub w jego sąsiedztwie. Dopuszczalne są następujące rozwiązania:

- umieszczenie miejsca na tym samym poziomie, co chodnik lub ciąg pieszojezdny,
- zapewnienie obniżonego krawężnika.

Miejsce parkingowe dla osób z niepełnosprawnością musi być oznaczone znakami poziomymi i pionowymi, zgodnymi z obowiązującymi przepisami. Powierzchnia miejsca powinna być w kolorze niebieskim.

WEJŚCIA DO BUDYNKÓW

Na terenie zakładu karnego dostępność wejść należy zapewnić zgodnie z poniższą tabelą:

Funkcja budynku lub części budynku	Wejście dostępne dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się	
	Dla osadzonych	Dla odwiedzających
Sale odwiedzin	min. 1 wejście	min. 1 wejście
Pokoje widzeń intymnych	min. 1 wejście	min. 1 wejście
Miejsca oczekiwania osadzonych na przyjęcie lub wypuszczenie z zakładu	min. 1 wejście <i>przy czym wejście/ wejścia dostępne muszą być tak zlokalizowane, żeby umożliwiły dostanie się do budynku z zewnątrz oraz przejście na obszar zamknięty</i>	nd
Blok więzienny	min. 1 wejście do przynajmniej jednego bloku o danym stopniu rygoru	nd
Szpital	min. 1 wejście	nd
Gabinet lekarski	min. 1 wejście	nd

Wejście dostępne dla osób o ograniczonej możliwości należy zapewnić zgodnie z wymaganiami opisanymi w tabeli:

Położenie wejścia	Sposób dotarcia do wejścia
Na poziomie terenu – najkorzystniejsze	-----
Do 200 cm powyżej poziomu terenu	schody i pochylnia <i>wyjątkowo dopuszcza się dźwig osobowy</i>
Więcej niż 200 cm powyżej poziomu terenu	schody i dźwig osobowy <i>dodatkowo zaleca się wykonanie pochylni</i>

W budynkach istniejących, w przypadku braku technicznych możliwości zastosowania innych rozwiązań dopuszcza się zastosowanie podnośnika zgodnie z zasadami opisanymi w dalszej części niniejszego rozdziału. W żadnym przypadku nie dopuszcza się zastosowania schodołazu.

Szerokość drzwi w świetle przejścia musi wynosić min. 90 cm⁶⁵. Wysokość drzwi w świetle ościeżnicy musi wynosić min. 200 cm⁶⁶. Wysokość progu przy drzwiach wejściowych do budynku nie może przekraczać 20 mm⁶⁷.

Jeżeli przy drzwiach znajduje się przedsionek, jego szerokość musi wynosić min. 150 cm, a długość musi mieć min. 150 cm powiększone o przestrzeń zajmowaną przez pola otwierania drzwi skierowane do wewnątrz pomieszczenia⁶⁸.

Jeżeli zastosowane są drzwi obrotowe, konieczne jest zapewnienie obok nich drzwi rozwieranych lub przesuwanych, dostępnych dla osób z ograniczoną możliwością poruszania się. Drzwi i ściany transparentne należy oznaczyć kontrastowymi znakami, ułatwiającymi ich zauważenie.

Jeżeli zapewnia się bramki kontroli dostępu, przynajmniej jedna musi mieć szerokość przejścia nie mniejszą niż 90 cm. Po obu stronach bramki należy zapewnić przestrzeń manewrową o wymiarach 150 x 150 cm. Urządzenia kontroli dostępu należy instalować w taki sposób, żeby znajdowały się na wysokości 80-110 cm. Pomiaru należy dokonywać w następujący sposób:

⁶⁵ WT budynki, § 62 ust. 1.

⁶⁶ WT budynki, § 75 ust. 1.

⁶⁷ WT budynki, § 62 ust. 3.

⁶⁸ por. WT budynki, § 61 ust. 1.

- przyciski otwierania drzwi – cały przycisk we wskazanym zakresie,
- domofony i wideofony – wszystkie przyciski we wskazanym zakresie,
- czytniki kart dostępu – przynajmniej fragment urządzenia we wskazanym zakresie.

PRZESTRZEŃ WEWNĘTRZNA

W budynkach jednostki penitencjarnej dostęp do pomieszczeń należy zapewnić zgodnie z tabelą:

Funkcja pomieszczenia	Zasada zapewnienia dostępności dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się
Sale odwiedzin	Przynajmniej 1 sala o każdym stopniu rygoru
Pokoje widzeń intymnych	Przynajmniej 1 pokój
Miejsce oczekiwania na przyjęcie lub zwolnienie z zakładu karnego	Przynajmniej 1 pomieszczenie
Cele	Przynajmniej 2 cele (w zakładach istniejących min. 1 cela) w przynajmniej jednym budynku o danym stopniu rygoru
Stołówka	Przynajmniej 1 stołówka w budynku z dostępnymi dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się celami
Świetlica	Przynajmniej 1 świetlica w budynku z dostępnymi dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się celami
Łaźnia	Przynajmniej 1 łaźnia w: <ul style="list-style-type: none"> - budynku z dostępnymi dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się celami, - w szpitalu.
Szpital	Wszystkie istotne przestrzenie, w tym sale szpitalne, sale diagnostyczne, łaźnie, toalety dostępne
Gabinet lekarski	Przynajmniej 1 gabinet o każdej funkcji
Biblioteka	Przynajmniej 1 biblioteka lub katalog publikacji dostępny w celi oraz zapewniona możliwość zamówienia publikacji do celi
Kaplica	Przynajmniej 1 kaplica w jednostce
Pomieszczenie o innych funkcjach	Jeżeli w zakładzie karnym zapewnia się innego rodzaju pomieszczenia wspólne, np. sale do terapii, zajęć plastycznych, radiowęzeł, sale nagrań, muszą być one zlokalizowane w miejscu dostępnym dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się.

Aby pomieszczenie mogło być uznane za dostępne musi znajdować się na kondygnacji dostępnej dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się, a na dojściu do tego pomieszczenia nie mogą występować schody, progi, uskoki i inne przeszkody ograniczające dostępność. Zalecane jest sytuowanie opisanych w powyższej tabeli pomieszczeń na parterze budynków. Dopuszcza się sytuowanie ich na innych kondygnacjach pod warunkiem zapewnienia dźwigów osobowych, z których mogą korzystać osadzeni. W przypadku sal odwiedzin i sal tzw. widzeń intymnych, znajdujących się na kondygnacji innej niż parter, należy zapewnić również dźwig osobowy, z którego mogą korzystać osoby odwiedzające.

W budynkach już istniejących, w przypadku braku technicznych możliwości zastosowania dźwigu osobowego, dopuszcza się zapewnienie podnośnika. W żadnym przypadku nie dopuszcza się stosowania schodołazu. Dźwig lub dźwigi osobowe zapewniające dostęp do wszystkich kondygnacji należy bezwzględnie zapewnić w budynku szpitalnym o min. 2 kondygnacjach. W nowo projektowanych jednostkach kondygnacje należy projektować jako jednopoziomowe.

W już istniejących więzieniach różnice poziomów w obrębie kondygnacji nie mogą występować na drogach dojścia dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się, chyba że zostaną zapewnione rozwiązania architektoniczne lub techniczne umożliwiające pokonanie takiej zmiany. Jeżeli w obrębie kondygnacji nie jest możliwe uniknięcie zmiany poziomów, należy stosować następujące rozwiązania:

- różnica wysokości do 200 cm: pochylnia,
- różnica wysokości powyżej 200 cm: dźwig osobowy.

W budynkach istniejących, w przypadku braku technicznych możliwości zapewnienia pochylni lub dźwigu osobowego dopuszcza się zapewnienie podnośnika.

- **Parametry przestrzeni komunikacyjnej**

Wewnętrzne przestrzenie komunikacyjne muszą mieć szerokości zgodne z tabelą:

	Szerokość przestrzeni komunikacyjnej
Główne przestrzenie komunikacyjne – np. hole wejściowe, windowe, główne korytarze	min. 180 cm
Ważne przestrzenie komunikacyjne – np. korytarze	min. 150 cm (wyjątkowo dopuszczalne min. 140 cm)
Drugorzędne przestrzenie – np. przejścia pomiędzy biurkami, półkami	min. 120 cm

Na korytarzach o szerokości mniejszej niż 180 cm, w istotnych miejscach, w tym w szczególności na końcach korytarzy należy zapewnić miejsca mijania o długości min. 200 cm i szerokości min. 180 cm.

Wysokość przestrzeni komunikacyjnych mierzona od posadzki do najniższej położonych elementów, np. wiszących tablic informacyjnych, musi wynosić min. 210 cm⁶⁹.

Posadzki muszą być antypoślizgowe i równe. Ze względu na osoby słabowidzące należy unikać stosowania dużej ilości materiałów o wysokim połysku. Należy zapewnić odpowiedni kontrast pomiędzy posadzkami a ścianami, pomiędzy ścianami a drzwiami lub ościeżnicami drzwi oraz pomiędzy wyposażeniem a jego tłem.

Włączniki światła należy instalować na wysokości 80-110 cm.

Standardy dotyczące drzwi, progów, przedsionków i kontroli dostępu są takie same jak w opisane w punkcie dotyczącym wejść do budynków.

- **Telefony**

Na każdym bloku więziennym dostępnym dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się oraz w każdym innym miejscu, w którym osoby te mogą korzystać z telefonu, przynajmniej jednej telefon musi znajdować się na wysokości 80-110 cm.

POCHYLNIE I SCHODY

- **Pochylnie**

Nawierzchnia pochylni musi być równa i antypoślizgowa. Przed i za każdym biegiem pochylni należy umieścić pasy o kolorze innym niż kolor otaczającej

⁶⁹ ISO 21542:2011, pkt 11.2.

posadzki. Szerokość pasa nie może być nie mniejsza niż 50 mm. Dopuszcza się odsunięcie pasa do 15 mm od krawędzi pochylni. Kontrast oznaczenia w stosunku do posadzki nie może być mniejszy niż 60 stopni w skali LRV⁷⁰.

Nachylenie pochylni należy projektować zgodnie z wymaganiami opisanymi w poniższej tabeli:

Różnica wysokości	Maksymalne nachylenie		Maksymalna długość biegu
Nowe budynki⁷¹			
bez ograniczeń	mniej niż 5 %*		bez ograniczeń
maks. 50 cm	5 %		900 cm**
maks. 46 cm	5,3 %		874 cm
maks. 42 cm	5,6 %		756 cm
maks. 38,5 cm	5,9 %		654,5 cm
maks. 35 cm	6,3 %		560 cm
maks. 31,5 cm	6,7 %		472,5 cm
maks. 28 cm	7,1 %		392 cm
maks. 24,5 cm	7,7 %		318,5 cm
maks. 21 cm	8,3 % <i>dopuszczalne wyłącznie wewnątrz lub na zewnątrz, pod zadaszeniem**</i>		252 cm
Budynki istniejące oraz nowe budynki w wyjątkowych sytuacjach⁷²			
	wewnątrz lub na zewnątrz pod zadaszeniem	na zewnątrz, bez zadaszenia	
do 15 cm	15 %	15 %	900 cm
15-50 cm	10 %	8 %	
powyżej 50 cm	8 %	6 %	

* stosowanie poręczy nie jest konieczne

** wprowadzono korekty względem normy ISO 21542:2011 wynikające z braku zgodności z polskimi przepisami

⁷⁰ ISO 21542:2011, pkt 35.1.

⁷¹ Por. ISO 21542:2011, pkt 8.2, zastosowano korekty wynikające z niezgodności z polskimi przepisami.

⁷² WT budynki, § 70.

Różnica wysokości pokonywana za pomocą pochylni nie może przekraczać 200 cm, chyba że jednocześnie zostanie zapewnione urządzenie techniczne, np. dźwig osobowy. Szerokość podstawy pochylni musi wynosić 120 cm⁷³. Wzdłuż krawędzi pochylni należy zapewnić krawężnik o wysokości min. 7 cm⁷⁴.

• Spoczniki

Wymiary spocznika muszą być zgodne z wartościami określonymi w poniższej tabeli:

	Min. wymiary spocznika	
	nowe budynki ⁷⁵	budynki istniejące ⁷⁶
Ruch na wprost lub zmiana kierunku do 45°	<p>szerokość: równa szerokości pochylni</p> <p>długość: min. 150 cm</p>	<p>szerokość: równa szerokości pochylni</p> <p>długość: min. 140 cm</p>
Zmiana kierunku powyżej 45°	<p>szerokość: min. 150 cm</p> <p>długość: min. 150 cm</p>	<p>szerokość: min. 140 cm</p> <p>długość: min. 140 cm</p>

Na górze i na dole pochylni, przed jej pierwszym i za ostatnim biegiem należy zapewnić pola manewrowe o wymiarach min. 150 x 150 cm⁷⁷. Przestrzenie te nie mogą być ograniczone przez żadne przeszkody ani przez pole otwierania się drzwi.

• Poręcze

Poręcze należy stosować przy nachyleniu 5% lub większym. Poręcze muszą spełniać następujące warunki:

- muszą znajdować się po obu stronach pochylni⁷⁸,
- muszą znajdować się na wysokości 75 i 90 cm (pomiar do wierzchu poręczy)⁷⁹,
- rozstaw pomiędzy poręczami musi wynosić 100-110 cm⁸⁰,

⁷³ WT budynki, § 71 ust. 1.

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ ISO 21542:2011, pkt 8.4.

⁷⁶ WT budynki, § 70.

⁷⁷ WT budynki, § 71 ust. 3.

⁷⁸ WT budynki, § 71 ust. 1.

⁷⁹ WT budynki, § 298 ust. 4.

⁸⁰ WT budynki, § 71 ust. 1.

- przy pochylniach zewnętrznych poręcze muszą być przedłużone o 30 cm poza bieg pochylni (przy pochylniach wewnętrznych przedłużenie jest zalecane)⁸¹,
- odległość poręczy od ściany lub innej przeszkody musi wynosić min. 5 cm⁸²,
- pochwyty muszą mieć przekrój okrągły lub owalny o średnicy 35-45 mm,
- pochwyty muszą kontrastować z tłem.

• Schody

Nawierzchnia schodów musi być równa i antypoślizgowa. Pierwszy i ostatni stopień w każdym biegu schodów musi być oznaczony kontrastującym z powierzchnią schodów pasem o szerokości 50-100 mm. Dopuszcza się odsunięcie pasa o maks. 15 mm od krawędzi stopnia. Oznaczenie umieszcza się przynajmniej na wierzchu stopnia. Zalecane jest uzyskanie kontrastu oznaczenia względem powierzchni stopnia na poziomie min. 60 stopni LRV⁸³.

Wysokość stopni może wynosić maks. 17,5 cm⁸⁴.

Szerokość stopni musi wynikać ze wzoru⁸⁵:

$$2h + s = 60-65 \text{ cm}$$

h – wysokość stopnia, **s** – szerokość stopnia

Ponadto szerokość stopni w schodach zewnętrznych, prowadzących do głównych wejść do budynku nie może być mniejsza niż 35 cm.

Liczba stopni w biegu musi być zgodna z wymaganiami opisanymi w tabeli:

Rodzaj schodów	Minimalna liczba stopni	Maksymalna liczba stopni ⁸⁶
Zewnętrzne	3	10
Wewnętrzne		17

⁸¹ WT budynku, § 298 ust. 5.

⁸² WT budynku, § 298 ust. 6.

⁸³ ISO 21542:2011, pkt 35.1.

⁸⁴ WT budynku, § 68 ust. 1.

⁸⁵ WT budynku, § 69.

⁸⁶ WT budynku, § 69 ust. 1 i 3.

Szerokość spocznika nie może być mniejsza niż 150 cm⁸⁷. Szerokość biegu schodów nie może być mniejsza niż 120 cm⁸⁸.

DŹWIGI OSOBOWE I PODNOŚNIKI

• Dźwigi

Wielkość kabiny dźwigu osobowego nie może być mniejsza niż:

- **110 x 140 cm** pod warunkiem umieszczenia drzwi na krótszym boku kabiny (również w przypadku drzwi na przelot),
- **150 x 150 cm lub 140 x 160 cm**, jeżeli w kabinie konieczne jest obrócenie wózka, np. zapewniono dwie pary drzwi umieszczonych na prostopadłych do siebie ścianach kabiny,
- **130 x 170 cm** w przypadku umieszczenia drzwi na dłuższym boku kabiny, z boku ściany,
- **130 x 200 cm** w przypadku umieszczenia drzwi na dłuższym boku kabiny, na środku ściany,
- **120 x 230 cm** w szpitalu.

Wejście do kabiny musi mieć szerokość min. 90 cm.

Odległość pomiędzy drzwiami wejściowymi do kabiny a przeciwległą ścianą znajdującą się na kondygnacji przystankowej musi wynosić⁸⁹:

- **dźwigi do przewozu osób na noszach w szpitalu** min. 300 cm,
- **jeżeli naprzeciwko wejścia do kabiny znajdują się schody:** min. 200 cm,
- **pozostałe dźwigi:** min. 160 cm.

Jeżeli kabina dźwigu osobowego jest mniejsza niż 150 x 150 cm lub 140 x 160 cm, w kabinie należy zainstalować lustro, które umożliwi osobie poruszającej się na wózku sprawdzenie, czy może bezpiecznie opuścić kabinę (przy wysiadaniu tyłem). Lustro musi być zainstalowane na wprost wejścia do kabiny. Dół lustra należy umieścić na wysokości 30-100 cm. Górna krawędź lustra nie może znajdować się niżej niż 190 cm⁹⁰.

⁸⁷ WT budynki, § 68 ust. 1.

⁸⁸ WT budynki, § 68 ust. 1.

⁸⁹ Opracowano w oparciu o WT budynki § 195 oraz ISO 21542:2011 pkt 15.3.

⁹⁰ ISO 21542:2011, pkt 15.4.3.

W kabinie windy należy zainstalować poręcz przynajmniej na jednej ścianie⁹¹.

W dźwigach osobowych konieczne jest stosowanie drzwi automatycznych, przesuwnych⁹². Drzwi muszą być wyposażone w kurtynę świetlną, powstrzymującą zamykanie drzwi, jeżeli w przejściu znajdował się będzie użytkownik lub inna przeszkoda. Kurtyna musi reagować na różne grupy użytkowników, w tym osoby sprawne, osoby poruszające się na wózku, niskie (m.in. dzieci). System musi reagować bezdotykowo.

Wszystkie przyciski na wewnętrznych i zewnętrznych panelach sterujących muszą znajdować się na wysokości 80-120 cm⁹³ (zalecane 80-110 cm). Zasada ta dotyczy przycisków kondygnacji oraz przycisków funkcyjnych (np. alarm, otwierania i zamykanie drzwi). Wewnętrzne panele sterujące nie mogą znajdować się bliżej niż 50 cm od narożnika ścian kabiny⁹⁴. Zewnętrzne panele sterujące nie mogą znajdować się bliżej niż 60 cm od najbliższego narożnika ścian. Nie dopuszcza się stosowania paneli dotykowych. Przyciski muszą mieć średnicę lub długość krótszego boku nie mniejszą niż 2 cm. Przyciski muszą być wypukłe. Przyjęcie polecenia po wciśnięciu przycisku powinno być potwierdzane za pomocą sygnału dźwiękowego i wizualnego (np. podświetlenie przycisku). Zaleca się, żeby przycisk wskazujący kondygnację, na której znajduje się wyjście z budynku był wyróżniony kolorystycznie lub dotykowo (np. grubsza ramka, większa wypukłość).

Na przyciskach lub obok nich konieczne jest zapewnienie⁹⁵:

- **numeru kondygnacji**: wypukłe cyfry oraz nr kondygnacji w alfabecie Braille'a,
- **przyciski funkcyjne** (np. alarm, otwierania lub zamykanie drzwi): wypukłe symbole oraz podpisy w alfabecie Braille'a.

Na zewnątrz kabiny, na poszczególnych kondygnacjach należy zapewnić sygnał dźwiękowy informujący o przyjeździe kabiny, ułatwiający znalezienie wejścia osobie z niepełnosprawnością wzroku⁹⁶. Wewnątrz kabiny należy zapewnić dobrze słyszalną i czytelną informację głosową, informującą po przyjeździe na kondygnację o jej numerze i funkcji, np. „Parter – wyjście z budynku”⁹⁷.

⁹¹ WT budynku, § 193 ust. 2a.

⁹² ISO 21542:2011 pkt 15.3.

⁹³ WT budynku, § 193 ust. 2a.

⁹⁴ WT budynku, § 193 ust. 2a.

⁹⁵ Por. WT budynku, § 193 ust. 2a.

⁹⁶ Por. WT budynku, § 193 ust. 2a.

⁹⁷ WT budynku, § 193 ust. 2a.

Informacja wizualna zapewniona na zewnątrz i wewnątrz kabiny musi wskazywać aktualne położenie kabiny oraz kierunek jej poruszania.

• Podnośniki

Stosowanie podnośników dopuszcza się wyłącznie w wyjątkowych sytuacjach, m.in. w przypadku braku możliwości technicznych zaprojektowania dźwigu osobowego lub pochylni.

Decydując o zastosowaniu podnośnika w pierwszej kolejności należy rozważyć podnośnik pionowy, a dopiero po wykluczeniu możliwości jego zastosowania podnośnik schodowy.

Parametry podnośników

	Podnośnik pionowy z szybem	Podnośnik pionowy bez szybu	Podnośnik schodowy
Zalecane wymiary platformy	zgodnie z wymaganiami dla dźwigów osobowych		-----
Minimalny wymiar platformy (wyłącznie obiekty istniejące)	110 x 140 cm	90 x 125 cm	80 x 100 cm
Minimalny udźwig platformy	300 kg	300 kg	250 kg

TOALETY I ŁAŻNIE DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

• Toalety

Toalety dla osób z niepełnosprawnością należy zapewnić przynajmniej w następujących miejscach:

- w celach dostępnych dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się,
- obok dostępnych sal odwiedzin, zarówno po stronie dostępnej dla osadzonych jak i odwiedzających,
- w dostępnych pokojach widzeń intymnych,
- w lub w pobliżu dostępnych pomieszczeń dla osadzonych oczekujących na przyjęcie lub zwolnienie z zakładu karnego,
- w pobliżu stołówki, świetlicy i innych pomieszczeń wspólnych, chyba że dostępna cela znajduje się w pobliżu tych pomieszczeń, a osadzony ma zapewniony do niej dostęp,

- w dostępnej łaźni,
- w szpitalu: w dostępnych salach, łaźniach,
- w pobliżu gabinetu lekarskiego.

Drzwi do toalety muszą otwierać się na zewnątrz. W toalecie dla osób z niepełnosprawnością należy zapewnić prostokątne pole manewrowe, o wymiarach min. 150 x 150 cm⁹⁸. Układ pomieszczenia musi być rozwiązany w taki sposób, żeby osoba poruszająca się na wózku mogła dotrzeć do wszystkich sprzętów oraz mogła swobodnie manewrować w pobliżu drzwi. Należy zapewnić przynajmniej możliwość wykonania transferu bocznego i ukośnego z wózka na muszlę. Przynajmniej z jednej strony muszli należy zapewnić wolną przestrzeń o szerokości min. 90 cm⁹⁹. Muszlę ustępową należy zainstalować na wysokości 45-48 cm (optymalnie 46 cm)¹⁰⁰. Długość muszli musi wynosić 65-80 cm. Oś muszli musi znajdować się w odległości min. 45 cm od najbliższej ściany.

Przy muszli należy zapewnić obustronne poręcze o następujących parametrach¹⁰¹:

	Poręcz od strony wolnej przestrzeni	Poręcz od strony ściany	
		oś muszli 45 cm od ściany	oś muszli > 45 cm od ściany
Miejsce mocowania	do ściany za muszlą	do ściany obok muszli	do ściany za muszlą
Rodzaj poręczy	uchylna	stała	stała
Odległość osi poręczy od osi muszli	30-35 cm	30-40 cm	30-35 cm
Długość poręczy	Poręcz sięgająca 10-25 cm przed przednią krawędź muszli		
Wysokość górnej krawędzi poręczy	nowe budynki	20-30 cm ponad poziomem górnej krawędzi muszli ustępowej	
	budynki istniejące	75-85 cm od poziomu posadzki	
Średnica poręczy	35-50 mm		
Wytrzymałość poręczy	min. 1 kN przyłożony w dowolnym kierunku (zalecane min. 1,7 kN)		

⁹⁸ WT budynki, § 86 ust. 1.

⁹⁹ ISO 21542:2011, pkt 26.4.1.

¹⁰⁰ ISO 21542:2011, pkt 26.6.

¹⁰¹ Opracowanie w oparciu o: ISO 21542:2011, pkt 26.7.

Jeżeli jest to konieczne ze względów bezpieczeństwa, dopuszcza się zastosowanie poręczy tylko z jednej strony muszli (dopuszczalne jest zrezygnowanie z poręczy uchylnej).

W toalecie dla osób z niepełnosprawnością należy umieścić umywalkę. Przed nią należy zapewnić wolną przestrzeń umożliwiającą osobie poruszającej się na wózku korzystanie z niej. Musi być możliwe ustawienie wózka przodem do umywalki. Górna krawędź umywalki musi znajdować się na wysokości 75-85 cm. Wysokość wolnej przestrzeni pod nią nie może być mniejsza niż 65 cm. Głębokość umywalki (pomiar od ściany do przedniej krawędzi umywalki) musi wynosić 40-60 cm¹⁰².

Bateria może być sterowana za pomocą dźwigni (najlepiej wydłużonej) lub fotokomórki. Nie dopuszcza się stosowania kranów sterowanych za pomocą kurków oraz w inny sposób, który może utrudniać obsługę osobom z niepełnosprawnością manualną. Odległość od przedniej krawędzi umywalki do uchwytu baterii lub czujnika fotokomórki nie może przekraczać 30 cm.

Możliwe jest stosowanie dwóch rodzajów luster:

- stałe z dolną krawędzią na wysokości maks. 90 cm i górną na wysokości min. 190 cm – rozwiązanie zalecane ze względów bezpieczeństwa,
- uchylne z rączką umieszczoną na wysokości nie większej niż 100 cm i możliwością regulacji zapewniającą wygodę osobie poruszającej się na wózku, a także osobie stojącej.

Jeżeli zapewnia się dozownik mydła, należy umieścić go przy umywalce. Dolna krawędź dozownika musi znajdować się na wysokości 80-110 cm (zalecane 80-100 cm). Powinien być tak dobrany, żeby można było obsługiwać go jedną ręką.

Jeżeli zapewnia się suszarkę do rąk lub pojemnik na ręczniki, należy umieścić je tuż przy umywalce. Niedopuszczalna jest sytuacja, w której osoba poruszająca się na wózku jest zmuszona do manewrowania wózkiem przed osuszeniem rąk. Dolna krawędź suszarki lub pojemnika na ręczniki musi znajdować się na wysokości 80-110 cm (zalecane 80-100 cm).

¹⁰² ISO 21542:2011, pkt 26.9.

Jeżeli w toalecie zapewnia się haczyki, przynajmniej jeden z nich musi znajdować się na wysokości 80-110 cm, w miejscu umożliwiającym dotarcie wózkiem.

Dopuszcza się następujące sposoby uruchamiania światła:

- włączniki umieszczone na wysokości 80-110 cm,
- stałe oświetlenie, np. sterowane za pomocą BMS,
- oświetlenie uruchamiane automatycznie.

W toaletach dla osób z niepełnosprawnością zaleca się zapewnienie systemu wzywania pomocy. Dopuszczalne są następujące sposoby uruchamiania systemu:

- linka, której dół znajduje się nie wyżej niż 10 cm od posadzki, a góra na wysokości min. 110 cm,
- dwa przyciski umieszczone na wysokości 0-40 cm oraz 80-110 cm – rozwiązanie zalecane ze względów bezpieczeństwa.

Linka lub przycisku muszą być położone w miejscu dostępnym dla osoby siedzącej na wózku, siedzących na muszli oraz osoby, która upadnie na posadzkę, np. urządzenia do uruchamiania nie powinny być lokalizowane w narożniku pomieszczenia, za muszlą ustępową, a ich uruchomienie nie powinno wymagać od osoby siedzącej na muszli sięgania do tyłu. Jeżeli zapewnia się przycisk resetujący system, należy umieścić go na wysokości 80-110 cm. Alarm musi być przekazywany do osoby odpowiedzialnej za udzielenie pomocy, np. strażników.

● Prysznic

Prysznic dla osób z niepełnosprawnością należy zapewnić przynajmniej w następujących miejscach:

- w celach dostępnych dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się,
- w dostępnych pokojach widzeń intymnych,
- w szpitalu: w dostępnych salach lub w sąsiadujących z nimi łazienkach,
- w pobliżu gabinetu lekarskiego.

W pomieszczeniu z prysznicem dostosowanym do potrzeb osób z niepełnosprawnością lub w pobliżu tego pomieszczenia należy zapewnić toaletę dla osób z niepełnosprawnością. Dopuszcza się zapewnienie dostępnego prysznica i toalety dla osób z niepełnosprawnością w jednym pomieszczeniu.

W pomieszczeniu z prysznicem przeznaczonym dla osób z niepełnosprawnością należy zapewnić prostokątną przestrzeń manewrową o wymiarach

min. 150 x 150 cm, zapewniającą wygodny dostęp do prysznica. Obok brodzika, równoległe do bocznej krawędzi siedziska należy zapewnić przestrzeń umożliwiającą ustawienie wózka. Wymiary tej przestrzeni nie mogą być mniejsze niż 90 x 130 cm.

Prysznic dostępny dla osób z niepełnosprawnością musi mieć brodzik umieszczony na wysokości posadzki. Szerokość brodzika musi wynosić 90 cm, a jego długość nie może być mniejsza niż 90 cm.

Pod prysznicem dostosowanym do potrzeb osób z niepełnosprawnością należy zapewnić siedzisko o wymiarach min. 45 x 45 cm¹⁰³. Siedzisko należy zainstalować w taki sposób, żeby jego oś znajdowała się 45 cm od ściany. Siedzisko umieszcza się na wysokości 45-48 cm.

Pod prysznicem dostosowanym do potrzeb osób z niepełnosprawnością należy zapewnić poręczę. Poręczę umieszcza się na ścianie położonej pod kątem 90° w stosunku do ściany, do której mocowane jest siedzisko.

Pod prysznicem przystosowanym do potrzeb osób z niepełnosprawnością baterię należy umieścić na ścianie położonej pod kątem 90° w stosunku do ściany, do której mocowane jest siedzisko. Baterię należy zainstalować na wysokości 80-110 cm.

Musi istnieć możliwość regulacji wysokości położenia główki prysznica, min. W zakresie 100-180 cm. Musi również istnieć możliwość wzięcia główki prysznica do ręki. Wyjątkowo, ze względów bezpieczeństwa dopuszcza się zastosowanie innych rozwiązań.

Dopuszcza się następujące sposoby uruchamiania światła:

- włączniki umieszczone na wysokości 80-110 cm,
- stałe oświetlenie, np. sterowane za pomocą BMS,
- oświetlenie uruchamiane automatycznie.

ISTOTNE POMIESZCZENIA

Każde z poniższych pomieszczeń musi znajdować się w miejscu dostępnym dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się. Wejścia do takiego pomieszczenia muszą być zgodne z opisanymi wcześniej standardami.

¹⁰³ ISO 21542:2011, pkt 26.16.

• **Dyżurka**

Po stronie osoby odwiedzającej należy zapewnić przestrzeń manewrową o wymiarach min. 150 x 150 cm. Błat na szerokości min. 90 cm musi znajdować się nie wyżej niż 90 cm od posadzki.

Zaleca się, żeby recepcja była wyposażona w:

- stanowiskową pętlę indukcyjną,
- tłumacza języka migowego online.

• **Salę odwiedzin**

W jednostce penitencjarnej należy zapewnić przynajmniej jedną salę odwiedzin o każdym stopniu rygoru dostępną dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się. Pomiędzy wejściem do sali a przynajmniej jednym stołem lub stanowiskiem odwiedzin należy zapewnić dostępną dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się przestrzeń.

Jeżeli zapewnia się stoły, przynajmniej jednej z nich musi spełniać następujące warunki:

- prostokątna przestrzeń manewrowa, o wymiarach min. 150 x 150 cm przed stołem,
- wysokość blatu 72-80 cm,
- wolna przestrzeń pod blatem¹⁰⁴:
 - wysokość przestrzeni pod blatem min. 67 cm (zalecane 70 cm),
 - szerokość przestrzeni pod blatem min. 75 cm (zalecane 90 cm),
 - głębokość przestrzeni pod blatem min. 40 cm (zalecane 60 cm).

W pobliżu sali odwiedzin zarówno po stronie osadzonych, jak i po stronie odwiedzających musi być zapewniono toaleta, w tym toaleta dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

• **Pomieszczenie do tzw. widzeń intymnych¹⁰⁵**

W jednostce penitencjarnej należy zapewnić przynajmniej jeden pokój do tzw. widzeń intymnych dostępny dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się.

¹⁰⁴ Por. ISO 21542:2011, pkt 37.3.

¹⁰⁵ Chodzi o widzenie udzielane jako nagroda na podstawie art. 138 § 1 pkt 3 Kkw.

W pokoju widzeń intymnych należy zapewnić:

- łóżko z zapewnioną przynajmniej z jednej strony prostokątną przestrzeń manewrową o wymiarach min. 150 x 150 cm,
- toaletę dostosowaną do potrzeb osób z niepełnosprawnością,
- prysznic dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

• **Miejsca oczekiwania osadzonych na przyjęcie lub zwolnienie z zakładu**

W jednostce należy zapewnić przynajmniej jedno pomieszczenie do oczekiwania na przyjęcie lub zwolnienie z zakładu dostępne dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się. W pomieszczeniu tym powinno się zagwarantować:

- prostokątną przestrzeń manewrową o wymiarach min. 150 x 150 cm,
- miejsce siedzące wyposażone w oparcie i podłokietniki.

W pobliżu pomieszczenia lub bezpośrednio w nim musi być zapewniono toaleta dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

• **Cele**

Na bloku o każdym rygorze należy zapewnić cele dostępne dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się. Jeżeli w jednostce znajduje się kilka bloków o tym samym rygorze, cele takie mogą znajdować się tylko na jednym z tych bloków.

Osoby o ograniczonej możliwości poruszania się, przebywające w takiej celi muszą mieć dostęp do innych funkcji obiektu, z których mogą korzystać pozostali osadzeni (np. stołówki, świetlice).

W celi należy zapewnić:

- przestrzeń manewrowe o wymiarach nie mniejszych niż 150 x 150 cm, umożliwiające swobodne poruszanie się po celi na wózku,
- łóżko z zapewnioną przynajmniej z jednej strony prostokątną przestrzeń manewrową o wymiarach min. 150 x 150 cm. Łóżko takie nie może być łóżkiem piętrowym,
- toaletę dostosowaną do potrzeb osób z niepełnosprawnością,
- prysznic dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

- **Stołówka**

Przynajmniej jedna stołówka w jednostce powinna być dostępna dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się, do której osoby te będą w stanie dotrzeć z każdego dostępnego dla nich bloku więziennego. Należy zapewnić komunikację pomiędzy wejściem a stolikami i punktami wydawania posiłków oraz zwrotu naczyń. Blaty stanowisk wydawania posiłków oraz zwrotu naczyń muszą znajdować się nie wyżej niż 90 cm. W stołówce należy zapewnić stoły umożliwiające korzystanie z nich osobom poruszającym się na wózku. Stoły takie muszą spełniać takie same parametry jak w przypadku sal odwiedzin.

- **Świetlica**

Z każdego bloku więziennego dostępnego dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się należy zapewnić dostęp do świetlicy dostosowanej do potrzeb dla tych osób. W świetlicy należy zapewnić dostępną dla osoby poruszającej się na wózku komunikację umożliwiającą dostanie się do wszystkich istotnych elementów wyposażenia. Stoły w świetlicy muszą spełniać takie same parametry jak w przypadku sal odwiedzin.

- **Szpital**

Szpital musi być w całości dostępny dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się.

W sali dla chorych należy zapewnić:

- przestrzenie manewrowe o wymiarach nie mniejszych niż 150 x 150 cm, umożliwiające swobodne poruszanie się po sali na wózku,
- łóżko z zapewnioną przynajmniej z jednej strony prostokątną przestrzeń manewrową o wymiarach min. 150 x 150 cm. Łóżko takie nie może być łóżkiem piętrowym,
- toaletę dostosowaną do potrzeb osób z niepełnosprawnością,
- prysznic dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością bezpośrednio w sali lub zapewniony dostęp do łaźni z takim prysznicem.

- **Gabinet lekarski**

Gabinety lekarskie na terenie jednostki muszą być dostępne dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się.

Gabinet lekarski musi być wyposażony w:

- poczekalnię z przynajmniej jednym miejscem wyposażonym w oparcia i podłokietniki,
- wymiary poczekalni umożliwiające poruszanie się na wózku,
- przestrzeń manewrową o wymiarach nie mniejszych niż 150 x 150 cm, umożliwiające swobodne poruszanie się na wózku w gabinecie,
- leżankę z zapewnioną przynajmniej z jednej strony prostokątną przestrzeń manewrową o wymiarach min. 150 x 150 cm,
- toaletę dostosowaną do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

- **Inne pomieszczenia**

Inne rodzaje pomieszczeń dla osadzonych muszą być dostępne również dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się. W wyjątkowych sytuacjach dopuszcza się brak fizycznej dostępności pomieszczeń, pod warunkiem zapewnienia możliwości skorzystania z usług oferowanych w tych pomieszczeniach, np. w więzieniu nie musi być w stanie dostać się do biblioteki, ale musi mieć możliwość zamówienia książki do celi.



Sytuacja więźniów z niepełnosprawnościami

Działania Służby Więziennej na rzecz więźniów z niepełnosprawnościami

Polskie więziennictwo istnieje od 100 lat. Powstało razem z odzyskaniem przez Polskę niepodległości. W pierwszych latach do wykonywania kary pozbawienia wolności, korzystano z obiektów państw zaborczych. Nie było oddziaływań wychowawczych, nagród ani zakładów karnych czy też oddziałów dla osób z niepełnosprawnościami.

Dopiero dzięki międzynarodowym kongresom penitencjarnym, zwłaszcza londyńskiemu z 1925 r. i praskiemu z 1930 r., ukształtował się pogląd, że przy wykonaniu kary pozbawienia wolności należy uwzględniać nie tylko przestępstwo (czyn) i wyrok sądowy, ale również osobowość skazanego. Odzwierciedlenie tego poglądu stanowiło rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 7 marca 1928 r. w sprawie organizacji więziennictwa i ustawa o organizacji więziennictwa z dnia 26 lipca 1936 r. Dzięki tym aktom prawnym więzienia podzielono na zwykłe i specjalne, które z kolei dzieliły się na więzienia dla niezdeprawowanych i zdeprawowanych, w tym m.in. dla zdeprawowanych w niewielkim stopniu, rokujących nadzieję na szybką poprawę. Do tej ostatniej grupy zaliczono więzienia o charakterze leczniczym. W kwietniu 1936 r. powstał też pierwszy oddział obserwacyjno-rozdzielczy, którego rolą było badanie osobowości skazanych w celu wyboru dla nich zakładów karnych i ustalenia metod postępowania.

Jednocześnie prowadzono na szeroką skalę badania kryminalno-biologiczne w polskich więzieniach¹⁰⁶, które zwróciły uwagę na potrzebę specjalnego traktowania niektórych kategorii więźniów.

Pierwszą grupą osób pozbawionych wolności, którą zaczęto traktować w sposób odmienny były osoby uznane za obarczone *odchyleniem psychicznym*¹⁰⁷, w tym głównie chore psychicznie, co ma również odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu, nawet w obecnym czasie. Co ciekawe, zgodnie ze wspomnianymi badaniami kryminologiczno-biologicznymi, wśród przebadanych skazanych mężczyzn i kobiet, aż 41,7% stanowili *chorzy fizycznie*¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Od kongresu londyńskiego do połowy 1938 r. przebadano 31 tys. więźniów w kilku polskich więzieniach.

¹⁰⁷ W pojęciu tym mieściły się np.: psychopatia, socjopatia, charakteropatia, neuropatia, niedorozwój umysłowy, choroba psychiczna a nawet padaczka zob. M. Dworski i in. *Diagnoza kierująca więźniów do Więzienia Specjalnego w Oleśnicy a ich obserwacja w tym zakładzie* w: Przegląd Penitencjarny Nr 3 (15), Warszawa 1967 r.

¹⁰⁸ Tadeusz Kolarczyk *Postępowanie ze skazanymi niepełnosprawnymi fizycznie lub psychicznie* w: Księga Jubileuszowa Więziennictwa Polskiego 1918-1988 red. Andrzej Marek, Wyd. Prawnicze, Warszawa 1990.

W pierwszych latach niepodległości, więźniów chorych psychicznie po prostu wypuszczano na tzw. przerwę w karze. Praktykę tę przerwano w 1928 r. postanawiając o ich leczeniu. W tym celu w latach 30-tych minionego wieku powstało 5 szpitali psychiatrycznych dla więźniów, zlokalizowanych w osobnych od zakładów karnych budynkach, w których prowadzono m.in. terapię zajęciową polegającą na przyzwyczajaniu do systematycznej pracy, co miało dawać pozytywne rezultaty.

Szpitala psychiatryczne dla więźniów odciążały kadrę zakładów karnych i przyczyniły się do rozwoju badań osobopoznawczych, a przede wszystkim - do wypracowania innego niż do tej pory podejścia do pracy ze skazanymi, w którym nie dominował odwet za czyn, ale resocjalizacja uwzględniająca dysfunkcje, rehabilitacja oraz nauka pracy dostosowanej do możliwości osadzonych.

Zaczęto też tworzyć zakłady karne i oddziały dla więźniów wymagających specjalnego traktowania ze względu na problemy psychiczne, a wraz z nimi, w roku 1937 zaplanowano utworzenie osobnego oddziału *dla słabych fizycznie*¹⁰⁹ w więzieniu w Grudziądzu¹¹⁰.

Więzienie to utworzono w dniu 1 kwietnia 1939 r., a następnie przekształcono w zakład leczniczy, którym kierował naczelnik będący lekarzem, co świadczyło o przewadze środków leczniczych nad innymi sposobami oddziaływania stosowanymi wobec więźniów w tej jednostce. Kierowano do niej więźniów *niepełnowartościowych psychicznie i słabych fizycznie*¹¹¹. Zakład dysponował miejscami dla ponad 500 osób i według niektórych badaczy¹¹², wraz z mniejszym więzieniem w Grodzisku Mazowieckim (przeznaczonym dla pierwszej kategorii osadzonych oraz *epileptyków, narkomanów i psychopatów*), stanowił ówczesne rozwiązanie problemu skazanych z niepełnosprawnościami.

Druga wojna światowa zatrzymała, a nawet cofnęła, rozwój więziennictwa w omawianym obszarze. W latach 50-tych rozpoczęto na nowo włączanie

¹⁰⁹ Do kategorii *słabych fizycznie* poza więźniami z niepełnosprawnościami fizycznymi, zaliczano również osoby starsze i chore (np. na gruźlicę).

¹¹⁰ Zgodnie z zarządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 sierpnia 1937 r. w sprawie podziału więzień, Dz. Urz. MS Nr 8.

¹¹¹ Użyta terminologia: *niepełnowartościowy psychicznie i słaby fizycznie*, obowiązywała w Polsce w latach międzywojennych i została przytoczona dla zobrazowania przemian dotyczących osób z niepełnosprawnościami, jakie dokonały się w ostatnim stuleciu, również w sferze językowej.

¹¹² Karol Pawlak, *Więzienia dla niepełnosprawnych psychicznie i fizycznie w Polsce w okresie międzywojennym w: Pomoc postpenitencjarna w kontekście strategii działań resocjalizacyjnych*, red. Beata Skafiriak, Oficyna Wydawnicza *Impuls*, Kraków 2007.

w ogólnoświatowe tendencje penologiczne uznanie celowości zindywidualizowanego i specjalistycznego oddziaływania na więźniów z dysfunkcjami zdrowotnymi. Koncepcja ta doczekała się wdrożenia poprzez utworzenie w 1965 r. Więzienia Specjalnego - Szpitala Psychiatrycznego w Oleśnicy. Zorganizowano również eksperymentalne zakłady specjalne dla skazanych z odchyleniami od normy psychicznej we Wronkach, Rawiczu i Świeciu.

W 1966 r. wprowadzono po raz pierwszy ogólny zapis regulaminowy, dotyczący stosowania odstępstw w wykonywaniu kary w polskich więzieniach wobec więźniów m.in. *ułomnych fizycznie*.

Wydaje się, że problem osób z niepełnosprawnością ruchową i sensoryczną choć nie umknął uwadze ówczesnych władz więziennych, to nie był przedmiotem głębszych rozważań. Brak pogłębionej analizy sytuacji takich osób trwał aż do fali samookaleczeń, skutkujących poważnymi wadami wzroku i ślepotą, która przetoczyła się przez polskie zakłady karne w latach 80-tych XX wieku. Blisko 100 skazanych utraciło wzrok lub doprowadziło się do niedowidzenia. Więzienna służba zdrowia nie była zupełnie przygotowana na tak lawinowy wzrost tego typu dysfunkcji narządu wzroku.

W 1984 roku jeden z więźniów dokonał samouszkodzenia oczu i wystąpił do sądu penitencjarnego z prośbą o udzielenie przerwy w odbywaniu kary na leczenie poza zakładem - opowiada Wojciech Wilk, rzecznik prasowy ZK w podbydgoskim Fordonie. Jego śladem poszli inni. W okaleczaniu oczu znaleźli sposób na opuszczenie zakładu karnego na czas leczenia. Niekiedy trwało to pół roku i dłużej. To był sposób na wyjście na wolność.

Skazani wymyślali różne metody uszkodzenia wzroku. Najbardziej znana to wbijanie w gałkę oczną miedzianego drucika. Kilkumilimetrowy drut wdmuchiwał w oko przez rurkę kolega z celi. Miedź w gałce wywoływała chorobę - miedzicę. Niektórzy na stałe mieli w oku wbity drucik. Tak długo masowali okolice oczodołu, aż puchła im głowa. Robiło to lepsze wrażenie na lekarzach, którzy decydowali, czy konieczna jest przerwa na leczenie. Gdy o miedziane druciki było trudno, do oczu wbijano mocno podgrzane spinacze biurowe. Jeśli ich zabrakło, chwymano po żyletki i nimi cięto gałki.

W celu doraźnego wywołania stanu zapalnego, zasypywano też oczy startym grafitem z ołówka lub opiłkami wolframu z żarówek¹¹³.

Na opisaną sytuację więziennictwo musiało jakoś zareagować. Centralny Zarząd Zakładów Karnych zawarł porozumienie w sprawie rehabilitacji skazanych z Zarządem Głównym Polskiego Związku Niewidomych oraz Centralnym Związkiem Spółdzielczości Niewidomych. Utworzono też w Bytomiu oddział szpitalny i oddział dla ociemniałych w Fordonie, w którym uczono osoby po samouszkodzeniach orientacji przestrzennej oraz czytania w języku Braille'a, a także zapewniano odpowiednie zatrudnienie. Do dziś znajduje się tam oddział dla skazanych niewidomych i niedowidzących. Podobne oddziały funkcjonowały w Bydgoszczy, Opolu i Kluczborku.

Administracja więzienna zobligowana była wobec tych osób do stosowania nieodzownych przy ich stanie zdrowia odstępstw regulaminowych, a także kierowania ich na badania w celu orzeczenia niepełnosprawności, ułatwiania kontaktów z organizacjami pozarządowymi zajmującymi się osobami z niepełnosprawnościami oraz zadbania o ich los po wyjściu z zakładu karnego, poprzez kontakt z właściwą terenowo spółdzielnią inwalidzką. Takie wyspecjalizowane postępowanie nie było jednak powielane wobec osób z innymi typami niepełnosprawności.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że w drugiej połowie XX wieku w dyskusji nad działaniami więziennictwa odnoszącymi się do więźniów wymagających specjalnego traktowania, rozważano wybór między zgrupowaniem ich w specjalnych zakładach karnych, a ewentualnym ich *rozcieńczeniem wśród przeciętnej populacji więziennej, przy jednoczesnym jednomyślnym lansowaniu konieczności ich specjalnego traktowania*¹¹⁴. Ze względu na brak odpowiednich warunków kadrowych i organizacyjnych do podjęcia ściśle zindywidualizowanego i specjalistycznego traktowania tych osób w zwykłych zakładach karnych i obawę przed wzajemnym, niekorzystnym oddziaływaniem więźniów, początkowo preferowano pierwszą z koncepcji¹¹⁵.

¹¹³ Piotr Stanisławski *Cela bez taryfy ulgowej*, w: Magazyn Integracja nr 2/2008.

¹¹⁴ Mieczysław Dworski *Koncepcja Zakładu Specjalnego w Oleśnicy* w: Przegląd Penitencjarny Nr 3 (15), Warszawa 1967 r.

¹¹⁵ W przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową i sensoryczną jest to zły wybór, o czym więcej w części poświęconej wynikom monitoringu KMPT w zakładach karnych i aresztach śledczych z lat 2015-2016 w zakresie dostosowania jednostek penitencjarnych do potrzeb osób z tego typu niepełnosprawnościami.

Ostatecznie odstąpiono od koncepcji koncentracji w poszczególnych zakładach karnych osób z niepełnosprawnościami fizycznymi na rzecz wskazywania poszczególnych jednostek, w których osoby te mogłyby przebywać.

W 1981 r. Centralny Zarząd Zakładów Karnych przeprowadził badania mające na celu ustalenie poziomu warunków bytowych osób z niepełnosprawnościami, które ujawniły, że skazani ci nie mają zapewnionych należytych, ze względu na ich stan zdrowia, warunków odbywania kary, a obowiązujące unormowania prawne dotyczące odstępstw i rozwiązania organizacyjne są niewystarczające, by istniejący stan rzeczy zmienić. Skazani nie zawsze przebywali w wyznaczonych dla nich więzieniach, nie mieli odpowiednich warunków bytowych, nie korzystali z odrębnej kąpieli i spacerów, nie zapewniano im powszechnie odpowiedniej pomocy medycznej oraz zatrudnienia przy tzw. pracach chronionych. Ujawniono też zaniedbania Służby Więziennej w zakresie pomocy skazanym z niepełnosprawnościami w zakresie kierowania na komisję orzekającą o niepełnosprawności i organizacji pomocy postpenitencjarnej.

Biorąc pod uwagę wnioski z powyższych badań, w 1982 r. wyodrębniono w 21 jednostkach penitencjarnych (zakładach karnych i aresztach śledczych) oddziały dla skazanych z kategorią zdrowia D (co oznaczało niezdolność do pracy, w domyśle spowodowaną niepełnosprawnością).

Jednocześnie wydano też wytyczne w sprawie wykonania kary pozbawienia wolności wobec wszystkich skazanych z niepełnosprawnościami fizycznymi, dotyczące m.in. konieczności określania w indywidualnych programach wychowawczych odstępstw od regulaminowych zasad wykonywania kary, obowiązkowego kierowania do wyznaczonych dla nich oddziałów, wszechstronnego ustalania przez dział penitencjarny potrzeb w kontekście ich sytuacji w różnych obszarach, z rodzinnymi i zdrowotnymi łącznie. Wytyczne te obejmowały również podejmowanie starań w zakresie zwolnienia z dalszego wykonywania kary tych skazanych, którzy wykazują postępy w resocjalizacji, i za zwolnieniem których przemawiają względy humanitarne.

Zalecenia te uznane zostały jednak za czysto teoretyczne i trudne do zrealizowania wobec braku odpowiednio sprofilowanych oddziałów dla skazanych z tą kategorią zdrowia, a także braku powszechnej informacji o możliwościach tych

oddziałów w zakresie zatrudnienia, szkolenia i leczenia skazanych¹¹⁶. Były one jednak ważnym krokiem na drodze skupienia uwagi pracowników Służby Więziennej na tej kategorii więźniów.

W połowie XX wieku zwrócono również uwagę na konieczność oszacowania liczby więźniów z *anomaliami*¹¹⁷, dostrzegając, iż wszelkie rozważania systemowe są obciążone mankamentem w postaci braku jednolitego i całościowego ujęcia ilościowych proporcji tych więźniów w ogólnej populacji więziennej¹¹⁸. Postulat ten został powtórzony w latach 90-tych ubiegłego wieku¹¹⁹ i w zasadzie nie został on zrealizowany w pełni do dnia dzisiejszego.

Występowanie osób z niepełnosprawnościami wśród osadzonych jest faktem bezspornym, choć jak już wcześniej wskazano, dostrzeżonym przez teorię i praktykę penitencjarną bardzo późno. Postępowanie z tego rodzaju więźniami nie należy do węzłowych zagadnień penitencjarystyki, ale wraz ze zmianą ogólnego nastawienia do osób z niepełnosprawnościami, jego ranga rośnie. Tym bardziej, że wśród pozbawionych wolności, osoby z niepełnosprawnościami mogą stanowić wysoki odsetek.

Początek lat 90-tych ubiegłego wieku przyniósł koncepcję utworzenia cel dostosowanych do potrzeb osób poruszających się na wózkach inwalidzkich w każdym zakładzie karnym i areszcie śledczym. Pomysł ten nie został do tej pory w pełni zrealizowany. W 2001 roku tylko cztery zakłady karne w Polsce miały przystosowane cele. Dzisiaj jest ich dużo więcej. Służba Więzienna dysponuje 129 jednostkami penitencjarnymi.

W 68 jednostkach funkcjonują:

- 92 cele mieszkalne przystosowane do zakwaterowania 285 osób - dla poruszających się na wózkach inwalidzkich;
- 8 cel mieszkalnych dla niepełnosprawnych fizycznie, o łącznej pojemności 24 miejsc zakwaterowania¹²⁰.

¹¹⁶ Tadeusz Kolarczyk *Postępowanie ze skazanymi niepełnosprawnymi fizycznie lub psychicznie* w: Księga Jubileuszowa Więziennictwa Polskiego 1918-1988 red. Andrzej Marek, Wyd. Prawnicze Warszawa 1990 r.

¹¹⁷ Kolejne, dzisiaj już nieakceptowalne określenie osób z niepełnosprawnościami różnego typu.

¹¹⁸ jw.

¹¹⁹ Tadeusz Kolarczyk *Postępowanie ze skazanymi niepełnosprawnymi fizycznie lub psychicznie* w: Księga Jubileuszowa Więziennictwa Polskiego 1918-1988 red. Andrzej Marek, Wyd. Prawnicze Warszawa 1990 r.

¹²⁰ Odpowiedź Ministerstwa Sprawiedliwości z 14 kwietnia 2018 r. sygn.. DWMPC-III-850-2/18.

Pomimo zastosowanych w jednostkach penitencjarnych udogodnień dla więźniów z niepełnosprawnościami, codzienny pobyt takich osób w izolacji penitencjarnej związany jest w dużej mierze z ich wsparciem przez w pełni sprawnych współosadzonych, którzy są zakwaterowywani wspólnie z nimi. W sytuacji, gdy stan osoby pozbawionej wolności z niepełnosprawnością, wyklucza możliwość pobytu w danym więzieniu, przenosi się ją do innej placówki, dostępnej choćby częściowo. Ani uzależnienie od innych osób, ani przenosiny z dala od miejsca zamieszkania rodziny nie są rozwiązaniami optymalnymi.

W naszej służbie nie ma przepisów, które nakazywałyby obejmować niepełnosprawnych więźniów szczególną troską. W niektórych przypadkach takie osoby poddawane są rehabilitacji, ale tylko wtedy, gdy są wskazania medyczne. Brak też specjalnych programów readaptacyjnych dla tej grupy osadzonych. W jednostce, w której pracowałam, czasem dla rozrywki osadzonym na wózkach urządzaliśmy zawody – wspominała w roku 2012 por. Urszula Charciarek - wówczas naczelną lekarz Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Warszawie¹²¹.

W efekcie wizytacji tematycznych KMPT dotyczących sytuacji omawianej grupy więźniów oraz formułowanych na ich podstawie zaleceń, Służba Więzienna zwróciła większą uwagę na osoby z niepełnosprawnościami pozbawione wolności i podjęła więcej działań na ich rzecz. Należy zauważyć, że w znacznej mierze obecne działania tej formacji pokrywają się z wnioskami i rekomendacjami KMPT, co zdecydowanie świadczy o otwartości Służby Więziennej na zmiany w opisywanym obszarze.

W dniu 28 marca 2017 r. Dyrektor Generalny Służby Więziennej wystosował do wszystkich dyrektorów okręgowych pismo z prośbą o dokonanie analizy oraz wytypowanie jednostek, które w sposób kompleksowy mogą być przystosowane do pobytu w nich osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich¹²². W tym kontekście zwrócono uwagę, aby podejmując decyzję o tworzeniu cel mieszkalnych dla osób dotkniętych niepełnosprawnością fizyczną mieć na względzie wymogi, jakie winny spełniać pomieszczenia, z których mają korzystać. Typowane jednostki powinny również uwzględniać zabezpieczenie

¹²¹ Łupińska A., *Łamiemy bariery*, Forum Penitencjarne 2012 r., Nr 4.

¹²² Sygn. BIS.404.91.2017.MH.

miejsc dla wszystkich kategorii skazanych oraz dla tymczasowo aresztowanych. Wskazano, aby w tych jednostkach penitencjarnych w miarę możliwości zlokalizowane były szkoły, oddziały terapeutyczne, oddziały dla skazanych uznanych za stwarzających poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu, szpitale oraz ambulatoria z izbami chorych¹²³. Wskazano też, aby dokonując analizy i typowania jednostek, o których mowa powyżej, wykorzystano doświadczenia przedstawicieli stowarzyszeń, fundacji, organizacji oraz instytucji, współpracujących z jednostkami penitencjarnymi na podstawie art. 38 K.k.w., których statutowa działalność jest adresowana do osób z niepełnosprawnościami.

W celu niwelowania barier architektonicznych w trakcie modernizacji podmiotów leczniczych funkcjonujących w jednostkach penitencjarnych uwzględniane są potrzeby dostosowania pomieszczeń szpitali, ambulatoriów i izb chorych, dla potrzeb osób niepełnosprawnych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności. Do końca 2016 r. dostosowanych do rozporządzenia było 61 podmiotów leczniczych więziennej służby zdrowia, a 93 wymagało jeszcze dostosowania.

W 2017 r. w strukturach więziennych podmiotów leczniczych funkcjonowały dwa oddziały szpitalne dedykowane m.in. skazanym z niepełnosprawnościami:

- Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu w Zakładzie Karnym Nr 2 w Łodzi (w 2016 r. hospitalizowano w nim 131 pacjentów);
- Oddział dla Przewlekłe Chorych w Zakładzie Karnym w Czarnem (w 2016 r. hospitalizowano tam 38 pacjentów), znajdujący się w nowym, przystosowanym dla osób niepełnosprawnych szpitalu więziennym otwartym na początku 2017 r.

Osoby pozbawione wolności, w tym osoby z niepełnosprawnościami objęte są bezpłatną opieką medyczną, zgodnie z art. 115 K.k.w. Po przyjęciu do jednostki penitencjarnej, każdy osadzony jest niezwłocznie badany przez lekarza.

¹²³ Dz.U. z 2012 r. poz. 808 z późn. zm.

Jeśli zachodzi potrzeba, lekarz więzienny wydaje odpowiednie zalecenia dotyczące dalszego postępowania w stosunku do danej osoby, na przykład:

- umieszczenie w celi przystosowanej dla osób z niepełnosprawnościami,
- zaopatrzenie w bezpłatne protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- zalecenia w stosunku do odstępstw od rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania tymczasowego aresztowania oraz rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności.

Skazani, którzy uzyskali orzeczenie o niepełnosprawności przed umieszczeniem w zakładzie karnym nie są zobligowani żadnym przepisem do informowania administracji o tym fakcie. Przepisy dotyczące prowadzenia oddziaływań penitencjarnych przewidują jednak zwrócenie uwagi przez wychowawcę już w trakcie rozmowy wstępnej na widoczną niepełnosprawność skazanego, ustalenie wcześniejszych pobytów w oddziałach terapeutycznych, leczenie psychiatryczne i neurologiczne. W zależności od tych ustaleń podejmowane są decyzje o odpowiednim rozmieszczeniu skazanego oraz konieczności ewentualnej specjalistycznej opieki psychologicznej, czy też zapewnienia skazanemu, w miarę możliwości, udogodnień adekwatnych do rodzaju niepełnosprawności.

W zarządzeniu Nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie *szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych* unormowano sposób prowadzenia oddziaływań penitencjarnych, uwzględniając szczególne potrzeby skazanych z niepełnosprawnościami oraz konieczność zapewnienia, aby byli oni traktowani w sposób zapobiegający dyskryminacji poprzez:

- 1) uwrażliwienie osadzonych na właściwe traktowanie osób niepełnosprawnych, poszanowanie ich odmienności oraz ich akceptację;
- 2) podejmowanie działań mających na celu niwelowanie uprzedzeń oraz stereotypów wobec osób niepełnosprawnych;

- 3) aktywne włączanie w dostępne dla wszystkich skazanych programy resocjalizacyjne i zajęcia kulturalno-oświatowe;
- 4) obejmowanie zatrudnieniem, szkoleniem zawodowym i umożliwianie udziału w zajęciach sportowych, z uwzględnieniem wskazań lekarskich dotyczących stanu zdrowia;
- 5) organizowanie, w miarę możliwości, terapii zajęciowej dla osób z niepełnosprawnościami;
- 6) wspieranie tożsamości językowej osób głuchych, poprzez stworzenie możliwości nauki języka migowego;
- 7) organizowanie kursów zawodowych dla skazanych opiekunów osób niepełnosprawnych;
- 8) współpracę z instytucjami i organizacjami pozarządowymi, których działalność jest ukierunkowana na pomoc osobom niepełnosprawnym.

W 2016 r. położono nacisk na podwyższenie kompetencji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej w zakresie postępowania z osadzonymi z niepełnosprawnościami i przestrzeganiem ich praw w warunkach izolacji. W zakładach karnych i aresztach śledczych zrealizowano łącznie 230 szkoleń dla kadry penitencjarnej, w których uczestniczyło 3670 funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych; 87 szkoleń zorganizowano we współpracy z instytucjami i organizacjami pożytku publicznego, których celem statutowym jest pomoc i opieka osobom z niepełnosprawnościami.

26 stycznia 2016 r. skierowane zostało do dyrektorów okręgowych Służby Więziennej polecenie Dyrektora Generalnego Służby Więziennej zobowiązujące kadrę jednostek penitencjarnych do zapoznania się z aktami prawnymi znajdującymi się na stronie internetowej Pełnomocnika Rządu ds. Niepełnosprawnych dotyczącymi praw i obowiązków osób niepełnosprawnych oraz ich stosowania w zakresie kompetencji Służby Więziennej¹²⁴.

Ponadto w 2016 r. przedstawiciele Centralnego Zarządu Służby Więziennej oraz trzech jednostek penitencjarnych zostali zaproszeni do udziału w spotkaniach ekspertów realizowanych w ramach projektu *Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych - wspólna sprawa*, którego celem jest włączenie

¹²⁴ Sygn. BP-073-27/16/175.

Polski w międzynarodowy nurt korzystnych przemian dla osób z niepełnościami¹²⁵.

Od 2015 r. na stronie intranetowej Biura Penitencjarnego, w zakładce *Dobre praktyki*, udostępniono funkcjonariuszom i pracownikom Służby Więziennej *Praktyczny poradnik savoir - vivre wobec osób niepełnosprawnych* autorstwa Judy Cohen, wykorzystywany do podnoszenia kompetencji w zakresie udzielania skutecznej pomocy oraz właściwego traktowania osób z niepełnościami.

Podjęto również działania adresowane do skazanych, polegające na:

- koordynacji oddziaływań Służby Więziennej, organizacji pożytku publicznego, instytucji oraz organizacji, ukierunkowanych na pomoc osobom niepełnosprawnym oraz wsparcie dla personelu zakładów karnych w opiece nad osobami z różnymi dysfunkcjami,
- rozpoczęciu aktywizacji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem ze szczególnym uwzględnieniem osób z niepełnościami,
- rozwijaniu wolontariatu skazanych realizowanego w ramach programów resocjalizacji w domach pomocy społecznej i w hospicjach. W 2015 r. w 55 programach uczestniczyło 415 skazanych (2016 r. - 57 programów, 416 uczestników),
- organizacji spotkań edukacyjnych i programów resocjalizacji dotyczących przeciwdziałania dyskryminacji, uczących postaw tolerancji, szacunku i akceptacji. W 2015 r. zrealizowano 55 takich programów, w których wzięło w udział 415 skazanych, a w 2016 r. w 159 programach tego rodzaju uczestniczyło już 2438 skazanych,
- włączaniu skazanych w akcje charytatywne na rzecz osób niepełnosprawnych,
- organizacji szkoleń dla skazanych opiekunów osób niepełnosprawnych. W 25 szkoleniach zorganizowanych w 2016 r. uczestniczyło 227 skazanych. W porównaniu do 2015 r. liczba osadzonych, którzy uzyskali kompetencje opiekunów dla osób niepełnosprawnych lub starszych wzrosła trzykrotnie (2015 r. – 71 skazanych).

¹²⁵ Realizatorami projektu jest Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych - lider projektu, wraz z partnerami: Lubelskim Forum Organizacji Osób Niepełnosprawnych – Sejmikiem Wojewódzkim, Warmińsko-Mazurskim Sejmikiem Osób Niepełnosprawnych, Akademią Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej oraz kancelarią prawniczą Domański Zakrzewski Palinka Sp. z o.o.

Rośnie też liczba skazanych z orzeczoną niepełnosprawnością zatrudnionych w jednostkach penitencjarnych. W 2016 r. było ich 166, w tym 64 zatrudnionych odpłatnie i 102 nieodpłatnie (na podstawie art.123 lit. a K.k.w.). Na dzień 31 października 2018 r. liczba zatrudnionych więźniów z niepełnosprawnością wynosiła 170.

W 2017 r. dzięki pomocy Służby Więziennej 647 osadzonych otrzymało orzeczenia o niepełnosprawności do celów nierentowych, a 183 orzeczenia o trwałej niezdolności do zatrudnienia (tzw. renta chorobowa).

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 września 2017 r. w sprawie Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej - Funduszu Sprawiedliwości¹²⁶ osadzonym przebywającym w jednostkach penitencjarnych można pomagać w pokrywaniu kosztów związanych ze specjalistycznym leczeniem lub rehabilitacją leczniczą oraz uzyskiwaniem orzeczeń, o których mowa powyżej. W 2015 r. wydano na ten cel ok. 93.000 zł.

Ponadto skazani mogą na podstawie wymienionego rozporządzenia uzyskać wsparcie w postaci pokrywania kosztów wyrobów medycznych, w tym protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, leków, środków opatrunkowych i sanitarnych. W 2016 r. takie zaopatrzenie uzyskało 871 skazanych.

W marcu 2017 r. Biuro Penitencjarne Centralnego Zarządu Służby Więziennej przekazało 7000 zł przeznaczonych na doposażenie oddziału dla skazanych niewidomych odbywających karę w systemie terapeutycznym w Zakładzie Karnym w Bydgoszczy-Fordonie. Zakład ten realizuje program edukacyjny dla osadzonych słabowidzących i niewidomych, ale nie realizuje okulistycznego leczenia specjalistycznego. W Programie kursu rehabilitacji podstawowej z elementami orientacji przestrzennej i samodzielnej poruszania się oraz nauki pisma Braille'a mogą uczestniczyć skazani, którzy wcześniej takiego szkolenia nie przechodzili. Program ma charakter edukacyjny, a jego celem jest usprawnienie funkcjonowania skazanych z niepełnosprawnością wzroku. Po zakończonym udziale w programie są oni transportowani do jednostek, z których przybyli lub do jednostek położonych bliżej stałego miejsca zamieszkania.

¹²⁶ Dz.U. 2017 poz. 1760

Liczba osadzonych doświadczających, trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu, które skorzystały z usług tłumacza PJM, SJM i SKOBN w 2018 r. wyniosła 8.

W przypadku zaistnienia konieczności skorzystania z usług tłumacza języka migowego dyrektor zakładu karnego lub aresztu śledczego zakupuje taką usługę, której koszty pokrywa się ze środków budżetowych.

W 2016 r. w jednostkach penitencjarnych łączna liczba funkcjonariuszy i pracowników posługujących się językiem migowym wyniosła 80 osób, w tym 52 posiadało certyfikaty tłumacza takiego języka. Centralny Zarząd Służby Więziennej nie ma jednak danych, czy to są dokumenty dotyczące języka PJM czy SJM.

W 2016 r. na portalu Służby Więziennej oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Służby Więziennej zostały wdrożone mechanizmy zmiany kontrastu oraz zmiany wielkości czcionki, dostosowujące portal do wytycznych dla dostępności treści internetowych WCAG 2.0 dla osób słabowidzących.

Warto również podkreślić, że zarządzeniem Nr 20/2016 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 19 kwietnia 2016 r. został ustanowiony Pełnomocnik Dyrektora Generalnego Służby Więziennej do Spraw Ochrony Praw Człowieka i Równego Traktowania, którego działania obejmują ochronę przed dyskryminacją m.in. ze względu na płeć, wiek i niepełnosprawność.



Problemy systemowe dotyczące
więźniów z niepełnosprawnością
ruchową i sensoryczną

Rzecznik Praw Obywatelskich zidentyfikował kilka ważnych problemów o charakterze generalnym, dotyczących osób z niepełnosprawnościami, które przedstawiał na przestrzeni ostatnich lat właściwym instytucjom w formie wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony wolności i praw tej grupy pozbawionych wolności. Korzystając z uprawnienia określonego w art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich¹²⁷, występował również z wnioskiem o podjęcie inicjatywy ustawodawczej. Część sygnalizowanych problemów wciąż pozostaje aktualna. Oto najważniejsze z nich.

1. Problem braku wczesnej identyfikacji przez Policję osób wymagających szczególnego traktowania i przekazywania o tym informacji innym organom postępowania karnego

Konieczna jest świadomość, że osoba, która właśnie została pozbawiona wolności przez Policję, wymaga ze względu na niepełnosprawność specjalnego traktowania. Chodzi m.in. o osadzenie takich osób w dogodnych warunkach czy zorganizowanie odpowiedniej opieki lekarskiej i umożliwienie realizacji przysługujących im uprawnień np. dzięki zagwarantowaniu pomocy tłumacza języka migowego.

RPO wystąpił do Komendanta Głównego Policji i Prezesa Rady Ministrów¹²⁸, zwracając uwagę na szczególną rolę funkcjonariuszy Policji, którzy mogą udokumentować spostrzeżenia dotyczące takich osób i przekazać je innym organom prowadzącym postępowanie karne. Zdaniem Rzecznika policjanci powinni mieć obowiązek polegający na odnotowaniu np. w protokole zatrzymania, czy osoba zatrzymana należy do grupy osób wymagających szczególnego traktowania i z jakiego powodu. To warunek stworzenia odpowiedniego systemu, który pozwoli na sprawny przepływ informacji na temat trudności, z jakimi zmagają się osoby z różnymi dysfunkcjami pomiędzy podmiotami odpowiedzialnymi za sytuację tych osób (Policja, sąd, Służba Więzienna).

W związku z powyższym, poza propozycją skierowaną do Komendanta Głównego Policji, aby rozważył opracowanie stosownych wytycznych dla policjantów w zakresie dokumentowania oraz przekazywania informacji i spostrzeżeń doty-

¹²⁷ Tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 958.

¹²⁸ Sygn. IX.517.2.2015 z dnia 12 stycznia 2016 r. oraz 22 lipca 2016 r.

czących zatrzymanego przez funkcjonariuszy Policji, RPO zwrócił się również do Prezesa Rady Ministrów z prośbą o rozważenie podjęcia inicjatywy prawodawczej, w celu zmiany przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 września 2015 r. w sprawie postępowania przy wykonywaniu niektórych uprawnień policjantów¹²⁹, poprzez zmianę wzoru protokołu zatrzymania.

Postulat ten nie spotkał się z akceptacją. W odpowiedzi Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji poinformował, że protokół zatrzymania osoby jest dokumentem sporządzanym z przeprowadzenia czynności zatrzymania i niewłaściwym byłoby dokonywanie w jego treści osobistych spostrzeżeń funkcjonariusza co do stanu zdrowia fizycznego lub psychicznego osoby zatrzymanej. Policjant nie jest bowiem podmiotem właściwym do dokonywania takich ocen oraz określenia, czy zatrzymany jest osobą wymagającą szczególnego traktowania.

Minister zaznaczył jednak, że w przypadku, w którym stan zdrowia lub zachowanie się osoby zatrzymanej powoduje trudności w realizacji czynności zatrzymania, istnieje możliwość dokonania stosownej adnotacji w protokole zatrzymania osoby, w rubryce przeznaczonej na oświadczenia policjanta prowadzącego czynności. Ponadto w sytuacji, gdy osoba zatrzymana swoim zachowaniem wykazuje symptomy świadczące o ewentualnej niepełnosprawności psychicznej, fizycznej lub innych zaburzeniach powodujących trudności w kontakcie z nią i prowadzenie czynności, fakt taki funkcjonariusz może odnotować w notatce służbowej z czynności zatrzymania.

2. Problem przyjmowania do aresztu śledczego lub zakładu karnego osób w stanie bezpośredniego zagrożenia życia

Treść § 35 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności¹³⁰ stanowi, że każda tymczasowo aresztowana lub skazana osoba, choćby nawet znajdowała się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia (co dotyczy również osób z niepełnosprawnością

¹²⁹ Dz. U. z 2015 r., poz. 1565.

¹³⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 927 z późn. zm.

wynikającą z postępujących schorzeń), musi być przyjęta do jednostki penitencjarnej, by dopiero później móc mieć zapewnioną odpowiednią opiekę lekarską. **Przepisy rozporządzenia nie przewidują zatem sytuacji, która stanowiłaby przeszkodę do osadzenia w więzieniu nawet najciężej chorego fizycznie.** Obowiązujące przed dniem 1 lipca 2015 r. regulacje jednoznacznie wykluczały możliwość przyjęcia do jednostki penitencjarnej osób w ciężkim stanie zdrowia, w szczególności osób wymagających hospitalizacji. W ocenie Rzecznika przyjęte rozwiązanie może stanowić przejaw niehumanitarnego traktowania ciężko chorych i niepełnosprawnych więźniów naruszającego ich konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia i życia. Więzienna służba zdrowia nie jest bowiem w stanie zapewnić natychmiastowego leczenia osobie bezwzględnie wymagającej hospitalizacji czy też cierpiącym na choroby grożące śmiercią.

Rzecznik w wystąpieniu do Ministra Sprawiedliwości i Prokuratora Generalnego¹³¹ zwrócił się o rozważenie, czy nie należy wrócić do wcześniejszej regulacji, by zapobiec umieszczaniu w jednostkach penitencjarnych m.in. osób w ciężkim stanie fizycznym, zagrażającym życiu lub zdrowiu.

Minister poinformował¹³², że obecnie nie jest możliwe przywrócenie poprzedniego brzmienia przepisów. Zaznaczył jednak, że dostrzegając przedstawioną przez RPO argumentację w zakresie poruszanej problematyki przyjmowania osób do jednostek penitencjarnych, Ministerstwo Sprawiedliwości jest gotowe podjąć prace analityczno-koncepcyjne mogące skutkować zmianą regulujących tę kwestię przepisów na szczeblu ustawowym czy też przepisów wykonawczych. Zmiany w tym zakresie nie zostały jednak jeszcze wprowadzone.

3. Problem braku możliwości umieszczenia tymczasowo aresztowanej osoby z niepełnosprawnością wynikającą m.in. z ciężkiej choroby somatycznej, w szpitalu lub też w innej placówce zdrowia poza systemem więziennictwa

Więzienna Służba Zdrowia nie może zapewnić wszelkiego typu opieki zdrowotnej, jaka powinna być dostępna dla osób tymczasowo aresztowanych z niepełnosprawnościami wynikającymi m.in. ze specyficznych chorób somatycznych.

¹³¹ Sygn. IX.517.2.2015 z dnia 29 lipca 2016 r.

¹³² Sygn. DWOIP-I-072-25/16 z dnia 30 września 2016 r.

Przepis art. 260 § 1 K.p.k. stanowi, że tymczasowe aresztowanie, jeżeli stan zdrowia oskarżonego tego wymaga, może być wykonywane tylko w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym. Taki zakład leczniczy może funkcjonować w ramach więziennej, jak i publicznej służby zdrowia. Tymczasem rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 czerwca 2015 r. w *sprawie wykazu zakładów leczniczych przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów*¹³³, nie zawiera wykazu podmiotów leczniczych znajdujących się poza systemem więziennictwa. **Zachodzi zatem obawa, że w sytuacji, gdy żaden z więziennych zakładów leczniczych nie będzie w stanie zapewnić tymczasowo aresztowanemu odpowiedniej opieki lekarskiej, a nie będzie możliwe zastosowanie nieizolacyjnego środka zapobiegawczego, tymczasowo aresztowany nie zostanie objęty świadczeniami medycznymi, adekwatnymi do potrzeb w tym zakresie.**

Problem ten był kilkakrotnie przedstawiony kolejnym Ministrom Sprawiedliwości w latach 2015-2016¹³⁴. Rzecznik zwracał się o uzupełnienia wykazu zakładów leczniczych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania, o podmioty lecznicze znajdujące się poza systemem więziennictwa.

Z otrzymanej od Ministra Sprawiedliwości Prokuratora Generalnego odpowiedzi¹³⁵ wynika, że niecelowe jest podejmowanie prac legislacyjnych, zmierzających do zmiany treści ww. przepisu, w kierunku wskazanym przez RPO.

4. Problem barier architektonicznych w zakładach karnych i aresztach śledczych, w tym zbyt małej powierzchni przypadającej na jednego więźnia, stanowiących utrudnienie w poruszaniu się więźniów z niepełnosprawnością i przeszkodę w realizacji przez Polskę zapisów art. 9 i 15 Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych w zakresie wolności od tortur i niewłaściwego traktowania.

W ocenie Rzecznika w polskim prawie istnieją luki i wyłączenia, które stanowią przeszkodę dla pełnej realizacji art. 15 *Konwencji o prawach osób z niepełnospraw-*

¹³³ Tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1733.

¹³⁴ Sygn. IX.517.411.2015, wystąpienia RPO z dni: 27 sierpnia.2015 r., 7 grudnia 2015 r. oraz 20 grudnia 2016 r.

¹³⁵ Sygn. DL-III-072-56/16 z 8 lutego 2017 r.

nościami. Ratyfikowanie przez Polskę Konwencji nie pociągnęło za sobą zmian w obowiązujących przepisach prawa w zakresie umożliwiającym osobom z niepełnosprawnościami funkcjonowanie w miejscach pozbawienia wolności. Kwestię tę należy również traktować w kategoriach nieludzkiego czy też poniżającego traktowania osób z niepełnosprawnościami. Problem istniejących barier architektonicznych nie dotyczy tylko placówek, które podlegają Ministerstwu Sprawiedliwości (m.in. aresztów śledczych i zakładów karnych), ale ze względu na zakres niniejszej publikacji, na tych miejscach się skupiono¹³⁶. Podpisanie i ratyfikowanie Konwencji nie spowodowało wprowadzenia szczegółowych wymagań dotyczących konieczności zmodernizowania istniejących placówek w celu dostosowania ich do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Pozostawiono też istotne wyłączenia w zakresie obowiązku dostosowania budynków do potrzeb osób z niepełnosprawnościami dotyczące niektórych kategorii miejsc pozbawienia wolności. Wynikający z ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. *Prawo budowlane*¹³⁷ obowiązek projektowania i budowania obiektów użyteczności publicznej i mieszkaniowego budownictwa wielorodzinnego w sposób zapewniający dostępność dla osób z niepełnosprawnościami, ma zastosowanie wyłącznie w przypadku obiektów użyteczności publicznej, do których nie zalicza się zakładów karnych i aresztów śledczych. Są to tzw. budynki zamieszkania zbiorowego, co do których istniejące w tym zakresie wymagania również zostały zniesione na podstawie rozporządzenia Ministra Infrastruktury¹³⁸.

Sytuacja w powyższym zakresie godzi w zasadę równości wobec prawa, wyrażoną w art. 32 ust. 1 Konstytucji RP, który wymaga, by prawodawstwo traktowało na równi osoby znajdujące się w podobnej sytuacji. Zdaniem Rzecznika, osoby z niepełnosprawnością, przebywające w miejscach detencji powinny mieć taki sam dostęp do pomieszczeń użytkowych, jak pozostali osadzeni, aby w pełni realizować przysługujące im prawa. Przepis art. 32 ust. 2 Konstytucji RP wyraźnie

¹³⁶ Problem dotyczy też placówek Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (jednostek Policji i Straży Granicznej), Ministerstwa Zdrowia (szpitali psychiatrycznych), Ministerstwa Obrony Narodowej (jednostek Żandarmerii Wojskowej) i Ministerstwa Edukacji Narodowej (m.in. młodzieżowych ośrodków wychowawczych).

¹³⁷ Tekst jedn.: Dz.U. z 2018 r. poz. 1202

¹³⁸ Zob. m.in.: par. 16 ust. 2, par.42 ust.2, par. 55 ust.2, par. 61 ust. 2, par 71 ust. 4, par.74, par. 89 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r., poz. 1422.).

bowiem stanowi, iż nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny.

Osoby z niepełnosprawnościami nie mogą być podwójnie stygmatyzowane i poddawane dodatkowym dolegliwościom z powodu braku odpowiednich warunków technicznych, niezbędnych do codziennej egzystencji. Tym samym brak zapewnienia więźniom z dysfunkcjami odpowiednich warunków może przyczynić się do naruszenia ich godności, która zgodnie z art. 30 Konstytucji RP jest przyrodzona, niezbywalna i nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.

Na tę kwestię RPO zwracał uwagę w wystąpieniu do Wiceprezesa Rady Ministrów-Ministra Infrastruktury i Rozwoju¹³⁹, w sprawozdaniu z realizacji przez Polskę zobowiązań wynikających z Konwencji ONZ w okresie 2012-2014¹⁴⁰, a także w raporcie rocznym KMPT za 2015 r.¹⁴¹

Problem ten pogłębia dodatkowo fakt funkcjonowania części jednostek penitencjarnych w budynkach o charakterze historycznym, objętych ochroną konserwatora zabytków. W związku z tym istnieje trudność z uzyskiwaniem pozwoleń na ich modernizację związaną z dostosowaniem budynków do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Z powyższą sprawą wiąże się też kwestia normy powierzchni mieszkalnej przypadającej na więźnia, która jest zbyt niska nawet dla w pełni sprawnych osadzonych. Obecny stan prawny budzi wątpliwości RPO w odniesieniu do podstawowych standardów praw człowieka i powziętych przez Rzeczpospolitą Polską zobowiązań międzynarodowych. Obowiązujący w prawie polskim standard 3 m² przypadających na jedną osobę, nie jest zgodny z europejskim standardem przewidującym co najmniej 4 m² na osobę i co najmniej 6 m² w celach jednoosobowych, nie wliczając w to powierzchni zajmowanej przez kąki sanitarne znajdujące się w celi¹⁴². Przy czym jest to standard dogodny tylko dla osób sprawnych. Osoby poruszające się na wózku inwalidzkim powinny

¹³⁹ Sygn. RPO-744194-II/IV-702/13/EB/AT

¹⁴⁰ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/realizacja-przez-polske-zobowiazan-wynikajacych-z-konwencji-o-prawach-osob-niepełnosprawnych>

¹⁴¹ https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Raport_RPO_KMP_2015.pdf

¹⁴² Standard 3 m² określony jest w art. 110 § 2 K.k.w.

mieć odpowiednią dla manewrów powierzchnię wolną od sprzętu kwaterunkowego znajdującego się w celi.

W powtarzających się rekomendacjach CPT, wydanych po wizytach w Polsce począwszy od 1996 r., w tym ostatniej z 2017 r., Komitet zalecił polskim władzom zwiększenie wysiłków zmierzających do osiągnięcia tego stanu we wszystkich jednostkach penitencjarnych. W odpowiedzi na zalecenia z 2017 r.¹⁴³, polski rząd wskazał, że przy tak wysokiej populacji osadzonych w stosunku do możliwości infrastrukturalnych Służby Więziennej nie jest obecnie możliwe zapewnienie każdemu osadzonemu 4 m² minimalnej powierzchni celi mieszkalnej. Wskazano przy tym, że Służba Więzienna czyni starania związane z budową nowych jednostek penitencjarnych, które spełniałyby standardy, jednak ich osiągnięcie zależy zarówno od polityki karnej państwa, jak i jego możliwości finansowych¹⁴⁴. RPO zwracał uwagę na kwestię niewystarczającej powierzchni celi mieszkalnej przypadającej na osadzonego Ministrowi Sprawiedliwości w 2016 r., jednak już wtedy z odpowiedzi wynikało, że zalecany standard nie zostanie szybko osiągnięty¹⁴⁵.

Warto zatem dodać, że przepisy Kodeksu karnego wykonawczego dotyczące umieszczania osadzonych w warunkach przeludnienia nie przewidują odstępstw w ich stosowaniu wobec osób niepełnosprawnych. Sprawa więźnia z niepełnosprawnością, który przebywał w celi o powierzchni 16 m² razem z 5 albo 6 osadzonymi, gdyż okresowo nie było wolnych cel w zakładzie karnym, stała się kanwą wystąpienia RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej¹⁴⁶. W odpowiedzi Dyrektor Generalny SW wyjaśnił, że opisany w wystąpieniu przypadek miał charakter incydentalny, a osoby z niepełnosprawnością nie są co do zasady umieszczone w warunkach poniżej 3 m² przypadających na jednego osadzonego¹⁴⁷. Mimo, że wskazany przypadek – jak podano w odpowiedzi – miał charakter incydentalny, istnieje ryzyko, że powtórzy się on wobec braku odpowiedniej regulacji prawnej.

¹⁴³ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 59.

¹⁴⁴ Sprawozdanie władz polskich dla Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu z 19 czerwca 2018 r. sygn. DWMPC-III-0825-18/16.

¹⁴⁵ Sygn. KMP.571.5.2016.RK

¹⁴⁶ Pismo z dnia 21 października 2013 r. sygn. RPO-727955-II-702/13/JN.

¹⁴⁷ Odpowiedź z dnia 14 listopada 2013 r.

5. Problem ograniczania liczby więźni, w których mogą przebywać osoby z niepełnosprawnościami oraz pomijanie pewnych typów dysfunkcji

W czasie wizytacji tematycznych jednostek penitencjarnych prowadzonych przez KMPT, zgodnie z ówczesnie obowiązującym zarządzeniem Dyrektora Generalnego Służby Więziennej Nr 30/15 z dnia 1 lipca 2015 r. w *sprawie określenia przeznaczenia zakładów karnych i aresztów śledczych*, jedynie 60 spośród 155 jednostek penitencjarnych mogło służyć osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich, a 1 placówka przeznaczona była dla osób niewidomych. Żadne więzienie nie było przeznaczona dla osób głuchych.

Mając na względzie wcześniej przedstawione standardy i fakt, że żyjemy w XXI wieku, w którym możliwości kreowania przestrzeni dostępnej dla wszystkich osób nie są czymś nieosiągalnym, ze zdziwieniem należy przyjąć, iż we wszystkich instytucjach państwowych, do których należą jednostki penitencjarne, nie ma jeszcze udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami.

Nie powinniśmy myśleć przy tym tylko o więźniach, ale również o odwiedzających ich bliskich, pracownikach, wizytujących urzędnikach i gościach. Brak udogodnień oraz istniejące bariery (stromie schody, brak wind, podjazdów, odpowiednich szerokości przejść etc.), wykluczają wiele osób z możliwości pracy w tych miejscach.

Brak powszechnego dostosowania oznacza ograniczenie możliwości rozmieszczania skazanych z niepełnosprawnościami fizycznymi i sensorycznymi w jednostkach penitencjarnych, a także utrudnia dostęp do nich ich bliskim.

Trzeba też otwarcie powiedzieć, że podział na więzienia przeznaczone dla osób z niepełnosprawnościami i dla osób sprawnych, jest sztuczny. W praktyce, do każdego aresztu śledczego w Polsce, również nieprzeznaczonego dla osób z niepełnosprawnością może trafić osadzony np. mający problemy w poruszaniu się¹⁴⁸, ze względu np. na czynności procesowe czy też konieczność udziału w rozprawach sądowych. Warto też zaznaczyć, że w czasie wizytacji zakładów karnych, przedstawiciele KMPT niejednokrotnie napotykali osoby z niepełnosprawno-

¹⁴⁸ Przykładowo w czasie wizytacji AŚ w Wałbrzychu w 2017 r., przebywał w nim więzień poruszający się o kulach łokciowych, który nie tylko nie przebywał w celi dla osób z niepełnosprawnością ruchową, ale praktycznie nigdzie nie wychodził, gdyż umieszczono go na piętrze, skąd wiodły do innych pomieszczeń i na plac spacerowy jedynie strome schody.

ścią ruchową (również przejściową), które mimo problemów z poruszaniem się, umieszczone były w placówkach przeznaczonych dla osób pełni sprawnych¹⁴⁹.

Podobny problem dotyczy osób niewidomych, dla których jedyny przystosowany oddział w zakładzie karnym¹⁵⁰, służy tylko skazanym i tylko tym z nich, którzy zostali skierowani do odbywania kary w systemie terapeutycznym. W efekcie, żaden z niewidomych i słabowidzących więźniów, z którymi rozmawiali reprezentanci KMPT, nie przebywał w jednostce penitencjarnej przeznaczonej dla osób z dysfunkcją wzroku. Przebywali oni w warunkach niesprzyjających ich funkcjonowaniu, o czym świadczą rozmowy z niewidomymi, przeprowadzone przez wizytujących w aresztach śledczych¹⁵¹.

Podział ten uwzględnia jedynie potrzeby osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. W najnowszym zarządzeniu nr 60/18 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 19 grudnia 2018 r. *zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia przeznaczenia zakładów karnych i aresztów śledczych* nadal nie określono, do których zakładów karnych lub aresztów śledczych powinni trafiać głusi czy też osoby z innego typu niepełnosprawnością ruchową, niż wymagającą poruszania się na wózku. Tymczasem osoby wspierające się na kulach łokciowych również potrzebują osadzenia w warunkach przyjaznych osobom z niepełnosprawnością, niemal tożsamy z warunkami, jakie trzeba stworzyć więźniom poruszającym się na wózkach inwalidzkich, bo pokonanie schodów, czy też korzystanie np. z urządzeń w sanitariatach oraz poruszanie się po podłożu niewyłożonym antypoślizgowym materiałem, stanowi niejednokrotnie dla osób chodzących przy pomocy kul barierę nie do pokonania.

Kolejnym problemem jest fakt, że **na podstawie zarządzenia Dyrektora Generalnego Służby Więziennej¹⁵² tylko wybrane jednostki penitencjarne zobowiązane są do posiadania cel dla osób z niepełnosprawnościami**, poruszających się na wózku inwalidzkim.

¹⁴⁹ Przykładowo w czasie wizytacji ZK nr 2 we Wrocławiu w 2015 r., przebywały w nim dwie osoby z niepełnosprawnością ruchową: z protezą nogi i niedawnym złamaniem nogi utrudniającym chodzenie.

¹⁵⁰ ZK Bydgoszcz-Fordon.

¹⁵¹ Na warunki pobytu i brak oferty placówki adresowanej do osób niewidomych, skarżyli się skazani w AŚ Mokotów i AŚ Szczecin.

¹⁵² Załącznik do Zarządzenia Nr 55/13 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 20 grudnia 2013 r. w sprawie określenia przeznaczenia zakładów karnych i aresztów śledczych.

Rzecznik Praw Obywatelskich w wystąpieniu do Ministra Sprawiedliwości wskazał na potrzebę przygotowania przynajmniej jednej celi w każdej z jednostek penitencjarnych spełniających potrzeby osób z niepełnosprawnościami¹⁵³. Na liczbę i rodzaje dostosowań w jednostkach penitencjarnych wpływ powinna mieć także faktyczna liczba osób mających problemy z poruszaniem się, również z racji wieku.

Przeprowadzone przez KMPT wizytacje uprawniają do sformułowania generalnego wniosku, że wyznaczenie pojedynczych cel mieszkalnych dla osadzonych poruszających na wózkach inwalidzkich nie znosi w całości barier architektonicznych, lecz czyni te obiekty dostępnymi jedynie częściowo dla tej kategorii osadzonych. Na tę sprawę Zastępca RPO zwracał uwagę w wystąpieniu do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej¹⁵⁴, bezskutecznie apelując o modyfikację wspomnianego Zarządzenia DGSW w *sprawie określenia przeznaczenia zakładów karnych i aresztów śledczych*.

6. Problem braku szkoleń dla pracowników różnych instytucji, w tym Służby Więziennej, dotyczących osób z niepełnosprawnościami

Badane przez Rzecznika sprawy indywidualne wykazały, że personel więzienny często nie potrafi udzielić skutecznej i właściwej pomocy osobie, która z powodu niepełnosprawności ma trudności z adaptacją do warunków więzennych i z wykonywaniem podstawowych czynności życia codziennego.

Kwestia ta została potwierdzona w czasie wizytacji KMPT. Niepokojące w zakresie rozumienia perspektywy więźniów z dysfunkcjami były również częste polemiczne odpowiedzi dyrektorów jednostek penitencjarnych na wydawane zalecenia powizytacyjne, dotyczące osób z niepełnosprawnościami.

W związku z powyższym RPO podjął działania, mające na celu rozszerzenie programu szkoleń funkcjonariuszy Służby Więziennej o treści dotyczące postępowania ze skazanymi z niepełnosprawnościami.

¹⁵³ Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 maja 2014 r., sygn. KMP.571.26.2014.MMa.

¹⁵⁴ Wystąpienie z dnia 24 stycznia 2017 r. sygn. KMP.571.2.2017.MK.

Należy jednak pamiętać, że Służba Więzienna nie funkcjonuje w oderwaniu od innych instytucji. Dlatego realizacja zobowiązań wobec osób z niepełnosprawnościami jest możliwa poprzez poszerzenie zakresu kształcenia przedstawicieli wszystkich organów uczestniczących w postępowaniu karnym i przedstawicieli instytucji centralnych, w których podejmowane są decyzje dotyczące funkcjonowania jednostek penitencjarnych i innych miejsc pozbawienia wolności¹⁵⁵. Edukacja przyczyni się do odrzucenia uprzedzeń i krzywdzącego postrzegania osób borykających się z tymi problemami oraz zachowań mogących świadczyć o dyskryminacji.

7. Problem braku spójnych zasad postępowania personelu jednostek penitencjarnych z więźniami z niepełnosprawnościami

Ilustracją powyższego zagadnienia są m.in. kontrole osobiste oraz ewakuacja osób z niepełnosprawnością ruchową. Kwestie te zostały opisane szerzej w następnej części niniejszego raportu, dotyczącej wyników wizytacji KMPT w obszarze traktowania więźniów z dysfunkcjami.

Kontrola osobista osadzonych z niepełnosprawnościami powinna uwzględniać stopień i rodzaj dysfunkcji, warunkujących inny sposób postępowania niż w przypadku sprawnych osób pozbawionych wolności. Ogólne zasady, w tym przeszkolenie przeprowadzających kontrolę funkcjonariuszy, powinny być wspólne dla wszystkich placówek i zostać opracowane przez Centralny Zarząd Służby Więziennej.

Podobnie podstawowe zasady ewakuacyjne powinny być spójne dla wszystkich zakładów karnych i aresztów śledczych, a poszerzone przez wydziały ochrony poszczególnych jednostek penitencjarnych o indywidualne kwestie, związane z topografią i wyposażeniem danej jednostki (np. konieczność posiadania wózków ewakuacyjnych w przypadku lokowania osób z niepełnosprawnością ruchową na górnych kondygnacjach).

¹⁵⁵ Wystąpienie RPO do: Dyrektora Generalnego Służby Więziennej (KMP.571.I.2015.DK z dnia 21 maja 2015 r., sygn. IX.517.2.2015.JN z dnia 21 grudnia 2015 r. oraz 19 lutego 2016 r.), Przewodniczącego Krajowej Rady Kuratorów (sygn. IX.517.2.2015 z dnia 19 października 2016 r.) oraz Dyrektora Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury (sygn. IX.517.2.2015 z dnia 7 marca 2017 r.) - w sprawie zapewnienia odpowiedniego szkolenia wszystkim praktykom, mającym kontakt z osobami wymagającymi szczególnego traktowania w postępowaniu karnym.

Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich wystąpił m.in. w tych sprawach w dniu 21 maja 2015 r. do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej¹⁵⁶. W odpowiedzi na to wystąpienie, Dyrektor w piśmie z dnia 18 czerwca 2015 r. zapewnił, że osoby pozbawione wolności w czasie kontroli traktowane są z poszanowaniem praw człowieka i nie są wymagane dodatkowe procedury określające tę czynność¹⁵⁷. Natomiast instrukcje bezpieczeństwa pożarowego sporządzane przez kierowników poszczególnych jednostek odnoszą się do wszystkich osób znajdujących się w ewakuowanych budynkach, w tym również do osób z niepełnosprawnością.

Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich ponowił korespondencję w tej sprawie w dniu 26 października 2015 r.¹⁵⁸ Wyraził w niej poważne wątpliwości dotyczące uznania, że organizacja ewakuacji osób z niepełnosprawnością przebiega w identyczny sposób, jak osadzonych, którzy nie borykają się z dysfunkcjami wzroku, słuchu i ruchu, w tym poruszają się na wózkach inwalidzkich.

Mimo odmownej odpowiedzi w niniejszej sprawie¹⁵⁹, zorganizowano szkolenia dla pracowników i funkcjonariuszy Służby Więziennej, o które zabiegał Rzecznik. Co więcej, z pisma Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 5 lipca 2016 r. adresowanego do wszystkich dyrektorów okręgowych Służby Więziennej wynika, że podjęte zostały prace nad *Instrukcją przeszukiwania osób niepełnosprawnych*¹⁶⁰. W toku dalszych prac, procedura kontroli osadzonych z niepełnosprawnościami włączona została do projektu pt. Kontrola osób opracowanego w CZSW. W listopadzie 2018 r., przedstawiciele KMPT oraz Zespołu ds. Wykonywania Kar w Biurze RPO przedstawili swoje uwagi do treści projektu.

¹⁵⁶ Wystąpienie o sygn. KMP.571.I.2015.DK

¹⁵⁷ Odpowiedź o sygn. BDG-070-72/15/431

¹⁵⁸ Wystąpienie o sygn. KMP.571.I.2015.DK

¹⁵⁹ Odpowiedź o sygn. BDG-070-72/15/431

¹⁶⁰ Sygn. BP-073-173/16.

IV.

Wyniki wizytacji tematycznych KMPT

W latach 2015-2016 KMPT przeprowadził 17 wizytacji tematycznych w aresztach śledczych (AŚ w Gdańsku, AŚ w Grójcu, AŚ w Krakowie, AŚ w Lublinie, AŚ w Warszawie-Mokotów, AŚ w Warszawie-Grochów, AŚ w Poznaniu, AŚ w Radomiu, AŚ w Suwałkach, AŚ w Szczecinie, AŚ we Wrocławiu) i w zakładach karnych (ZK w Hrubieszowie, ZK w Bydgoszczy-Fordonie, ZK w Gębarzewie, ZK w Koronowie, ZK w Przytułach Starych, ZK we Włocławku). Zajmowaliśmy się sytuacją osadzonych z niepełnosprawnością ruchową (przede wszystkim) oraz z niepełnosprawnościami sensorycznymi (osoby niewidzące, niesłyszące).

Wnioski płynące z badań wymienionych miejsc pozbawienia wolności są aktualne w świetle doświadczeń Mechanizmu z wizytacji, które odbyły się w kolejnych latach. Na potrzeby niniejszej publikacji skupiono się jednak wyłącznie na więzieniach przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnościami.



Mapa 1. Geograficzny rozkład wizytacji tematycznych KMPT.

1. Legalność pobytu

KMPT nie stwierdził bezpodstawnego pozbawienia wolności osoby z niepełnosprawnością.

Istnieje jednak problem przebywania w jednostkach penitencjarnych osób z niepełnosprawnościami różnego typu, stanowiących skutki nieuleczalnych chorób, będących w tak zaawansowanym stadium, że dalsze uwięzienie oznacza dla chorego śmierć w więzieniu. A przecież zasadniczym celem wykonania kary pozbawienia wolności jest doprowadzenie do poprawy postępowania skazanego i jego powrót do społeczeństwa.

Przykładem tego problemu był przypadek mężczyzny, który starał się bezskutecznie o przerwę w karze ze względu na ciężki, terminalny stan zdrowia. Starania okazały się bezskuteczne – mężczyzna zmarł w więzieniu¹⁶¹. W opinii KMPT obowiązujące przepisy nie dają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy z uwagi na respektowanie zasady humanitaryzmu i poszanowania godności ludzkiej skazanego przy wykonywaniu kary pozbawienia wolności (art. 4 § 1 K.k.w.) możliwe jest udzielenie przerwy w sytuacji braku pomyslnych rokowań co do leczenia (zarówno w warunkach wolnościowych, jak i więziennych)¹⁶². Wskazana kwestia jest problemem systemowym, wymagającym odpowiednich zmian w przepisach dotyczących udzielania przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności albo wypracowania przez sądy penitencjarne linii orzeczniczej w tym przedmiocie, zgodnej z ideą humanitaryzmu.

Paragraf 51 zalecenia nr R (98) 7 Komitetu Ministrów Rady Europy dotyczącego etycznych i organizacyjnych aspektów opieki zdrowotnej w więzieniu (przyjętego w dniu 8 kwietnia 1998 r.) stanowi, że *Decyzja o tym, kiedy osadzeni z krótkoterminową prognozą przeżycia powinni być przenoszeni do pozawięziennych zakładów opieki zdrowotnej powinna być oparta na względach medycznych. W oczekiwaniu na taki transport, pacjenci powinni otrzymywać optymalne warunki opieki w terminalnej fazie swojej choroby w więziennym zakładzie opieki zdrowotnej.*

¹⁶¹ AŚ Gdańsk.

¹⁶² Szerzej na temat możliwości wykorzystania w tym celu instytucji fakultatywnego udzielenia przerwy w wykonaniu kary (art. 153 § 2 K.k.w.) z uwagi na względy rodzinne lub osobiste skazanego pisze K. Postulski, *Stan zdrowia skazanego w aspekcie zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności*, Prokuratura i Prawo 7-8, 2015, s. 170.

W takich przypadkach należy przewidzieć czas okresowej opieki zastępczej poza jednostką penitencjarną. Należy również rozważyć, czy zachodzi możliwość utaskawienia osadzonego lub umożliwienia mu wcześniejszego opuszczenia zakładu karnego ze względów medycznych¹⁶³.

Wskazówki co do właściwego kierunku postępowania z umierającymi więźniami można znaleźć w publikacji dotyczącej *Kar faktycznego/rzeczywistego dożywocia* przygotowanej przez Jørgen Worsaae Rasmusena - byłego członka CPT. Zawiera ona przegląd różnych tekstów Rady Europy dotyczących kar dożywotniego pozbawienia wolności, w tym rekomendacji (2003) 22 i 23. W konkluzjach opracowania, autor wskazuje m.in. że wszystkie Państwa członkowskie Rady Europy mają przepis umożliwiający zwolnienie skazanego ze względów humanitarnych, lecz ta szczególna forma zwolnienia jest czymś innym niż zwolnienie warunkowe. *Nikt nie powinien być zmuszony do śmierci w więzieniu. W celu umożliwienia śmiertelnie chorym więźniom umierania z godnością, należy rozważyć ich uwolnienie, aby mogli oni być otoczeni opieką poza więzieniem*¹⁶⁴.

Należy wziąć pod uwagę tę rekomendację, czytając także art. 20 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁶⁵, zgodnie z którym:

1. *Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.*
2. *Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.*

Jak czytamy w komentarzach do ustawy: *Pacjent umierający ma prawo do wsparcia psychologicznego, a w sytuacjach krytycznych do otrzymania środków psychotropowych umożliwiających wewnętrzne przezwyciężenie problemów natury emocjonalnej (§ 5 pkt 6, § 6 i 7 ust. 1 i 2 pkt 9 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej).* Pacjent taki ma prawo do *opieki duszpasterskiej, do dodatkowej opieki ze strony osób bliskich oraz do utrzymywania kontaktu z osobami z zewnątrz do chwili swojej śmierci*¹⁶⁶.

¹⁶³ https://bip.ms.gov.pl/Data/Files/_public/bip/prawa_czlowieka/zalecenia/987.pdf

¹⁶⁴ CPT (2007) 55, 27 czerwca 2007 r.

¹⁶⁵ Tekst jedn.: Dz.U. 2017 poz. 1318.

¹⁶⁶ Karkowska Dorota *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz* Lex nr 490040.

Godne umieranie to nie tylko umieranie bez bólu i innych objawów, które dręczą chorego człowieka. Elementem godnego umierania jest też kontynuowanie ról i relacji społecznych, kontaktu z bliskimi (rodziną i znajomymi). Najpełniej prawo to można wypełnić zapewniając umierającemu opiekę w domu. Umieranie w więzieniu to śmierć w izolacji i osamotnieniu, której żaden człowiek nie powinien doświadczyć¹⁶⁷.

2. Rozmieszczanie więźniów z niepełnosprawnościami w jednostkach penitencjarnych

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zauważa problemem dotyczący rozmieszczenia osadzonych. Jest nim **skromna liczba cel przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością fizyczną w jednostkach wskazanych przez Dyrektora Generalnego SW jako przeznaczone dla takich osób (standardowo 1-2 cele w placówce¹⁶⁸).**

W efekcie małej liczby cel dla osób z niepełnosprawnościami, w niektórych jednostkach penitencjarnych wizytujący zastawali takie osoby w zwykłych celach mieszkalnych¹⁶⁹, gdyż w przeznaczonych dla nich pomieszczeniach, zwyczajnie zabrakło już miejsca.

Warto też zauważyć, że **pojemność jednostki nie determinuje liczby tego typu cel.** Są bowiem duże więzienia np. ZK Koronowo, który choć jest przeznaczony dla 641 więźniów, nie ma w ogóle takiej celi, podczas gdy oddział zewnętrzny tej samej jednostki, w Strzelewie, dla 254 osób, taką celę posiada. Z kolei w ZK Wrocław o pojemności 794 osadzonych wyodrębniono 1 celę dla osób niepełnosprawnych ruchowo, a w ZK Gębarzewo, do którego może trafić 605 osób, są 3 takie pomieszczenia w 3 różnych pawilonach.

Dla porównania warto wskazać, że w hotelach czy nawet w schroniskach z drogą dojazdową, w których znajduje się więcej niż 50 pokoi, co najmniej jeden

¹⁶⁷ Szerzej na ten temat pisał ks. prof. dr hab. Wojciech Bołoz w artykule pt. *Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego* dostępnym pod adresem: http://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/41127,prawa-czlowieka-umierajacego.

¹⁶⁸ Z największą liczbą cel dla niepełnosprawnych wizytujący zetknęli się w AŚ Gdańsk, gdzie na 823 zdrowych osadzonych przeznaczono 4 takie pomieszczenia. Niestety w oddziałach szpitalnych tego aresztu nie było ich wcale.

¹⁶⁹ AŚ Wrocław, ZK Przytuły Stare

z nich powinien być dostosowany dla osoby z niepełnosprawnością, a dla każdego kolejnych rozpoczętych 100 pokoi – powinno się zagwarantować kolejne takie pomieszczenie¹⁷⁰.

Dalsze problemy dotyczące rozmieszczenia osadzonych stwierdzone przez KMPT są związane z trzema jego kryteriami. Stanowią je status procesowy więźnia (skazany, tymczasowo aresztowany), status penitencjarny (pierwszy raz karany, recydywista) oraz typ zakładu karnego, w którym kara jest wykonywana (zamknięty, półotwarty i otwarty). W jednej zatem celi, w tym również w celi dla osób z niepełnosprawnością ruchową, nie można umieszczać osób o różnych rygorach odbywania kary, czy też zakwaterować razem tymczasowo aresztowanego i skazanego, jak również karanego po raz pierwszy z recydywistą. Jeżeli zatem w danym więzieniu będzie tymczasowo aresztowany i skazany (pierwszy raz karany i recydywista) - obydwaj poruszający się na wózkach inwalidzkich, to mimo miejsca dla nich obu w celi dogodnej z perspektywy swobody poruszania się na wózkach, tylko jeden z nich będzie mógł z niej skorzystać.

Co więcej, może być i taka sytuacja, że żaden z nich nie zostanie osadzony w takim pomieszczeniu, ze względu sprzeczność pomiędzy typem jednostki, w której cela funkcjonuje, a typem wykonywania kary właściwym dla tych skazanych. **Cela dla osób z niepełnosprawnością ruchową może być wykorzystywana tylko zgodnie z przeznaczeniem formalnym w zakresie rygoru wykonywania kary** jednostki, w której została zbudowana. np. dla osadzania w niej skazanych odbywających karę w typie zakładu karnego zamkniętego. Błędem w zakresie rozmieszczenia byłoby w takiej sytuacji umieszczenie w niej skazanego odbywającego karę w rygorze półotwartym lub otwartym. Dyrektorzy jednostek penitencjarnych mogą wprawdzie swobodnie decydować dla jakiej grupy osadzonych będzie przeznaczona dana cela i zmieniać to według potrzeb, ale jeśli cela dla osób z niepełnosprawnością ruchową będzie wyodrębniona w pawilonie przeznaczonym w całości do odbywania wyroku w określonym rygorze, zmiana taka będzie miała w praktyce jedynie formalne znaczenie, bez wpływu na materialną stronę wykonywania kary. Na przykład skazani z niepełnosprawnością odbywający karę w typie zakładu pół-

¹⁷⁰ Załącznik nr 8 rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 19 sierpnia 2004 r. w sprawie obiektów hotelarskich i innych obiektów, w których są świadczone usługi hotelarskie (Tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 2166.).

otwartego nie mogliby skorzystać ze wszystkich zalet wynikających z tego typu, gdyby zostali umieszczeni w celi dla więźniów poruszających się na wózkach inwalidzkich, znajdującej się w jednostce (oddziale) typu zamkniętego¹⁷¹.

Rygor postępowania z niepełnosprawnym osadzonym nie powinien zależeć od miejsca, w którym został umieszczony przez administrację jednostki penitencjarnej, ale od klasyfikacji, lokującej go w konkretnej podgrupie.

Nie jest to też rozwiązanie najlepsze dla samych osadzonych. Przedstawiciele KMPT mieli okazję obserwować w jednej z placówek skazanego na wózku inwalidzkim, korzystającego z możliwości poruszania się po korytarzu oddziału w ciągu dnia, ze względu na półotwarty rygor wykonywania przez niego kary. Z uwagi na fakt, że cały oddział przeznaczony był dla skazanych nie mogących wychodzić z cel, człowiek ten przebywał cały czas jedynie w towarzystwie obserwujących go strażników, co nie wpływało dobrze na jego stan psychiczny.

Optymalnym rozwiązaniem powyższych problemów dotyczących rozmieszczenia skazanych z niepełnosprawnością w jednostkach penitencjarnych, byłoby wyodrębnienie we wszystkich zakładach karnych i aresztach śledczych większej liczby cel dla osób z niepełnosprawnością ruchową tj. zapewnienie, aby np. na 50 osadzonych przynajmniej jedna cela była przystosowana dla osób z dysfunkcją narządów ruchu i zadbanie, aby takie pomieszczenia znajdowały się w różnych typach oddziałów.

Natomiast pomieszczenia szczególne, takie jak cele monitorowane, izolacyjne i transportowe z założenia powinny być przystosowane dla osób z niepełnosprawnością ruchową (przynajmniej po jednym z każdego rodzaju pomieszczeń w danym zakładzie karnym lub areszcie śledczym).

Zważywszy wskazaną wcześniej liczbę osób z niepełnosprawnościami sensorycznymi, wynikającą z badań Służby Więziennej z 2012 r., potrzebne jest

¹⁷¹ W ZK Włocławek cela dla niepełnosprawnych dostępna była dla tymczasowo aresztowanych i skazanych odbywających karę w systemie zamkniętym, natomiast w OZ ZK Koronowo cela dla niepełnosprawnych nie mogła być wykorzystywana przez innych skazanych, niż odbywających karę w systemie półotwartym i otwartym.

również przygotowanie rozwiązań wychodzących naprzeciw potrzebom więźniów z dysfunkcjami wzroku.

Do wyżej wymienionych problemów związanych z wadami koncepcji rozmieszczania osób z różnymi typami niepełnosprawności należy dodać również te, które ujawnili przedstawiciele KMPT, a które są niestety ilustracją braku wrażliwości niektórych przedstawicieli Służby Więziennej na sytuację osób mających problemy w poruszaniu się.

Zasadą powinno być, że skazani z niepełnosprawnością ruchową umieszczeni są w przeznaczonych dla nich celi (mającej stosowne udogodnienia), a odstępstwa w tym zakresie winny wynikać z indywidualnych sytuacji i woli samych zainteresowanych.

Sama Służba Więzienna oficjalnie deklaruje, że stosuje powyższą procedurę:

Rozmieszczenie osób z niepełnosprawnością każdorazowo zależne jest od stopnia posiadanej przez nich niepełnosprawności. Przy podejmowaniu decyzji o odpowiednim rozmieszczeniu brane są także pod uwagę wskazania lekarza tutejszego Ambulatorium. Analizując wszelkie informacje dotyczące przyjmowanej osoby, wybiera się najwłaściwsze dla każdego osadzonego z niepełnosprawnością miejsce zakwaterowania. Dodatkowo, w każdym przypadku uwzględnia się możliwość maksymalnego ułatwienia dostępu do opieki medycznej, korzystania ze spaceru, pomieszczeń gdzie organizowane są zajęcia dla skazanych, Sali wokand, itd.

Skazani posiadający jakiegokolwiek ograniczenia sprawności ruchowej w zdecydowanej większości rozmieszczani są na najniższych kondygnacjach budynków mieszkalnych. W przypadkach, gdy niepełnosprawność jest na tyle znaczna, że wymaga korzystania ze szczególnych udogodnień, podejmuje się decyzję o umieszczeniu w specjalnie przygotowanych do tego pomieszczeniach. W sytuacji gdy nie jest to możliwe, czynione są starania zmierzające do przetransportowania osadzonego do innej jednostki posiadającej warunki i możliwości do jego właściwego zakwaterowania¹⁷².

¹⁷² Fragment odpowiedzi z dnia 8 grudnia 2015 r. Dyrektora ZK Przytuły Stare (sygn. S/P-072/30/15/36813) na raport KMPT z wizytacji tej jednostki.

Tymczasem nierzadko szczegółowe ustalenia (również dotyczące spraw skargowych wpływających do BRPO) świadczą o przyjęciu odwrotnej koncepcji, tj. osadzeni ci co do zasady są umieszczani w zwykłych celach mieszkalnych, a w celi przeznaczonej dla osób z niepełnosprawnością – wyjątkowo (np. tylko jeżeli poruszają się na wózku inwalidzkim). Procedura ta nie ma uzasadnienia z perspektywy osób ze stwierdzoną lub widoczną niepełnosprawnością ruchową (tj. bez formalnego orzeczenia o niepełnosprawności).

Wobec powyższego **niestety zdarza się, że w celach dla osób z niepełnosprawnością ruchową przebywają osoby w pełni sprawne, zaś osoby np. poruszające się o kulach łokciowych, są umieszczane w nieprzystosowanych pomieszczeniach i w oddziale gdzie poruszanie się po obiekcie dla osób z niepełnosprawnością ruchową jest utrudnione**¹⁷³. Więźniowie, których przypadki analizowali wizytujący nie tylko mieli problemy z poruszaniem się po celi, ale też borykali się z utrudnieniami w dotarciu do placów spacerowych, świetlic, łaźni, ambulatorium, biblioteki czy kaplicy.

Nawet brak miejsca w celach dla niepełnosprawnych nie usprawiedliwia umieszczania osób z niepełnosprawnością ruchową na 3 czy 4 kondygnacji, w budynku pozbawionym wind¹⁷⁴.

W tym zakresie przedstawiciele KMPT odbierali często wyjaśnienia funkcjonariuszy, że o takiej sytuacji zdecydował lekarz, bo nie wydał opinii o potrzebie umieszczenia danego więźnia w celi dla osób z niepełnosprawnością ruchową. **Zdaniem KMPT brak opinii lekarskiej na ten temat, nie może stanowić przeszkody we właściwym, zgodnym ze zdrowym rozsądkiem, rozmieszczaniu więźniów.** Podobne argumenty uzasadniające np. nieskierowanie osadzonego poruszającego się o kulach łokciowych do celi z udogodnieniami, a nawet umieszczenie go na piętrze, pojawiają się w przypadku odpowiedzi na skargi indywidualne wpływające do Rzecznika Praw Obywatelskich, rozpoznawane przez Zespół ds.

¹⁷³ ZK Gębarzewo, AŚ w Suwałkach, AŚ Radom, AŚ Grójec.

¹⁷⁴ AŚ Wrocław, ZK Koronowo.

Wykonywania Kar BRPO¹⁷⁵. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że zgodnie z art. 110 §4 K.k.w. przy umieszczaniu skazanego w celi mieszkalnej bierze się pod uwagę w szczególności zalecenia lekarskie, psychologiczne i rehabilitacyjne, co nie wyklucza możliwości umieszczania osób z niepełnosprawnością ruchową w celach przystosowanych dla ich potrzeb, jeżeli lekarz nie przedstawi w tym zakresie swojego stanowiska.

Wizytujący krytycznie ocenili także używanie celi dla niepełnosprawnych, jako celi transportowej¹⁷⁶. Częste zmiany składu osobowego celi (np. w przeciągu 4 miesięcy poza osadzonym z niepełnosprawnością zmieniło się 11 osób) negatywnie wpływają na poczucie bezpieczeństwa więźnia, który był zakwaterowany w niej na stałe i utrudniają nawiązanie bliższych relacji personalnych, które w przypadku osoby z niepełnosprawnością mogłyby ułatwić mu codzienne funkcjonowanie.

Powyższe przypadki świadczą o konieczności upowszechnienia wśród pracowników i funkcjonariuszy Służby Więziennej szkoleń na temat osób z różnymi typami niepełnosprawności, podczas których kadra jednostek penitencjarnych mogłaby np. za pomocą symulacji wejść w rolę niewidomych, głuchych czy też osób z niepełnosprawnością ruchową i w ten sposób poznać ich faktyczną sytuację oraz zmierzyć się z koniecznością pokonywania barier architektonicznych czy też komunikacyjnych. Należy też systematycznie monitorować postępowanie pracowników i funkcjonariuszy, aby kierowali się oni w swoich zawodowych decyzjach i kontaktach z więźniami empatią, zasadami humanitaryzmu i poszanowaniem godności ludzkiej.

¹⁷⁵ Przykładowo Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Warszawie w piśmie o sygn. OI/S-0510/7132/6/15 poinformował, że osadzony poruszający się o kulach łokciowych miał możliwość m.in. odbywania spaceru po równej powierzchni i zdecydowano o osadzeniu go w dolnym pawilonie, przy czym jednocześnie przyznano, że w okresach swojego pobytu osadzony był zakwaterowany zarówno na parterze, jak i pierwszym piętrze. Natomiast brak zakwaterowania więźnia z niepełnosprawnością ruchową utrudniającą poruszanie się i kwalifikującą go do operacji w przystosowanej do poruszania się o kulach łokciowych celi, wyjaśniono tym, że w takim pomieszczeniu mogą przebywać osoby ze znaczną dysfunkcją i ograniczeniami w poruszaniu się, głównie osadzeni poruszający się na wózku inwalidzkim.

¹⁷⁶ AŚ we Wrocławiu, AŚ w Szczecinie.

3. Traktowanie

Z obserwacji reprezentantów KMPT poczynionych podczas wizytacji wynika, że **co do zasady osoby z niepełnosprawnościami są właściwie traktowane przez pracowników i funkcjonariuszy Służby Więziennej**. Wizytujący nie odebrali sygnałów świadczących o maltretowaniu osadzonych z tej grupy czy też stosowaniu dyskryminacji, mającej związek z ich stanem zdrowia. Więźniowie w rozmowach wskazywali na ogół na przychylny stosunek wychowawców, oddziałowych i personelu medycznego. Pisemne skargi osadzonych dotyczące bezpośrednio zagadnień związanych z niepełnosprawnością stanowiły rzadkość.

Niestety dwie sprawy przyćmiewają ten pozytywny odbiór Służby Więziennej w zakresie traktowania osób z niepełnosprawnością.

W jednej z placówek¹⁷⁷ ze względu na niewielką przestrzeń w celi, więźniowi został odebrany wózek, w wyniku czego, w jej obrębie musiał poruszać się na kolanach. Był także zależny od współosadzonych w zakresie korzystania z toalety. Przedstawiciele KMPT uznają opisaną sytuację za uwłaczającą godności osadzonego poniżające traktowanie. Za niedopuszczalny należy uznać również sam pomysł odbierania wózków na czas pobytu w celi.

Przypadek ten wskazuje dobitnie, że konieczne jest uwrażliwienie personelu medycznego i funkcjonariuszy Służby Więziennej na potrzeby osób ze znacznie obniżoną sprawnością ruchową.

W innej jednostce¹⁷⁸ niesłyszący skazany wskazał na problemy występujące w komunikacji z personelem i negatywne konsekwencje, które są tego efektem. Twierdził, że współosadzeni z nim więźniowie prowokują konflikty, on zaś z uwagi na fakt, że nikt z personelu Służby Więziennej nie posługuje się językiem migowym, nie może przedstawić swojej wersji wydarzeń. Więzień opisywał też, że gestykulacja z jego strony, mająca na celu wyjaśnienie personelowi co się stało jest odczytywana jako agresja.

¹⁷⁷ AŚ Mokotów.

¹⁷⁸ ZK Bydgoszcz-Fordon.

Przykład ten dowodzi, jak wielka jest potrzeba, zapewnienia personelowi więziennemu odpowiednich szkoleń z zakresu porozumiewania się z osobami z niepełnosprawnością narządu mowy. W przedmiotowym przypadku należało skorzystać z usług tłumacza Polskiego Języka Migowego, które możliwe są także za pośrednictwem internetu.

Co do zasady pozytywnie należy ocenić nagradzanie sprawnych skazanych za pomoc osobom z niepełnosprawnościami, którym okazują wsparcie w trakcie wspólnego zakwaterowania w jednej celi. W trakcie monitoringu tematycznego, przedstawiciele KMPT napotkali jednakże jednostkę, gdzie w żaden sposób nie gratyfikowano tego typu wsparcia¹⁷⁹.

W czasie wizytacji jednej z placówek¹⁸⁰ zauważono, że osoba niewidząca była prowadzona przez pomagającego jej skazanego w nieprofesjonalny sposób tj. popychana lekko do przodu przez stojącego za jej plecami sprawnego kolegę. Takie prowadzenie, zamiast trzymania się przez niewidomego za łokieć idącego z jego boku sprawnego kolegi, powoduje dyskomfort więźnia z niepełnosprawnością, z obawy o to co znajduje się bezpośrednio przed nim, a czego nie jest w stanie zobaczyć. Szkolenia dla skazanych pomogłyby im zdobyć wiedzę dotyczącą postępowania z osobami z niepełnosprawnościami stanowiąc być może dla niektórych z nich dodatkowy atut przy poszukiwaniu pracy po opuszczeniu zakładu karnego.

W ocenie Mechanizmu warto rozwijać zaangażowanie więźniów w taką pomoc, poprzez profesjonalne szkolenia i kursy zawodowe dla chętnych.

Choć wsparcie współosadzonych jest pozytywnym aspektem izolacji osób z niepełnosprawnościami, to jednak należy pamiętać, że przenoszenie odpowiedzialności za pomoc osadzonemu z niepełnosprawnością na współosadzonych, może nieść ze sobą ryzyko nadużyć lub braku zapewnienia wszystkich potrzeb. Z relacji niektórych więźniów przedstawianych w tej kwestii wynika, że pomoc ta nie zawsze jest bezinteresowna. Przykładowo osadzony z niepełnosprawnością

¹⁷⁹ AŚ Radom.

¹⁸⁰ AŚ Mokotów.

wzroku poinformował wizytujących, że otrzymanie wsparcia wiązało się z oddaniem papierosów współwięźniom, natomiast osadzony poruszający się na wózku przyznał, że wielokrotnie współwięźniowie odmawiali mu pomocy¹⁸¹.

W tej samej jednostce rozmawiano z tymczasowo aresztowanym z 4-kończynowym porażeniem. Osadzony poinformował, iż pomoc przy codziennych czynnościach jest udzielana mu przez współosadzonych, nie zaproponowano bowiem stałej asysty funkcjonariuszy Służby Więziennej czy personelu medycznego jednostki. Za uciążliwe wskazał proszenie współosadzonego o wezwanie oddziałowych, czy pomoc w zmianie pozycji. Uwagę wizytujących wzbudziło też, iż mężczyzna ten nie miał ukrytego worka stomijnego (trzymał go na kolanach), co spowodowało jego zażenowanie.

Powyższy przypadek może świadczyć też o panującym w niektórych jednostkach penitencjarnych przekonaniu, że ich kadra nie musi angażować się w pomoc osobom z niepełnosprawnością. Niepokojąca w tym zakresie była też relacja innego osadzonego, opisująca brak reakcji funkcjonariusza Służby Więziennej na zsuniecie się przez więźnia z wózka¹⁸². Z uwagi na swoją niepełnosprawność skazany nie był w stanie samodzielnie podnieść się i musiał czekać, aż inny osadzony udzieli mu pomocy. W ocenie przedstawicieli KMPT w opisanej sytuacji najistotniejsza jest jak najszybsza reakcja. Osoba znajdująca się najbliżej, a zatem również funkcjonariusz Służby Więziennej, bez zbędnej zwłoki powinna podnieść leżącego.

We wszystkich jednostkach brakowało w planie ochrony konkretnej procedury postępowania z osobami z niepełnosprawnością.

Nikt z funkcjonariuszy prowadzących kontrolę osobistą nie potrafił powiedzieć w jaki sposób w praktyce przeprowadza się kontrolę osób np. na wózku inwalidzkim (tłumaczyli zazwyczaj, że kontrole są prowadzone cyt. *na zasadach ogólnych*). Nie było zatem jasne, czy osoby te były podnoszone z wózka, czy też były proszone o samodzielne wykonywanie czynności ułatwiających przeprowadzenie kontroli przez funkcjonariuszy Służby Więziennej, jak odbywa się to w przypadku osób w pełni sprawnych. Wyjątkiem w zakresie procedury kontro-

¹⁸¹ AŚ Mokotów.

¹⁸² ZK Koronowo.

li osobistych był jeden zakład karny¹⁸³, w którym wyznaczono do tego zadania ratownika medycznego zatrudnionego w ambulatorium ZK, jako bardziej wykwalifikowanego w zakresie fizycznych możliwości i ograniczeń osób z różnymi dysfunkcjami narządów ruchu.

Jednak w większości zwizytowanych placówek przeprowadzanie kontroli osobistych stanowiło jedno z zadań funkcjonariuszy, którzy nie przeszli żadnego szkolenia dotyczącego postępowania z osobami mającymi dysfunkcje narządów ruchu. Należy podkreślić, że np. u osób z dużymi ograniczeniami ruchomości w obrębie stawów biodrowych, kolanowych i stawów skokowych lub u osób z deformacjami kończyn dolnych niezwykle ważna jest wiedza o technikach ich podnoszenia czy przesadzania z wózka, by nie spowodować u nich obrażeń czy nie przewrócić ich. Trzeba też wiedzieć, że w przypadku osób z silną spastycznością zgięciową kończyn dolnych należy wykonywać wszelkie manewry powoli i mocno stabilizować kolana oraz stopy. Obowiązkiem każdej osoby kontrolującej powinno być też zadanie pytania osoby sprawdzanej, jaka technika podnoszenia jest dla niej najbezpieczniejsza.

W ocenie reprezentantów KMPT kontrola osobista osadzonych z niepełnosprawnością powinna uwzględniać stopień i rodzaj niepełnosprawności. W obecnej sytuacji, wobec braku zasad w opisywanym zakresie, może dojść do naruszenia godności osoby kontrolowanej. Zaznaczyć należy, że ta sprawa dotyczy zarówno osób osadzonych, jak i wchodzących do więzienia jako odwiedzający.

Na problem ten zwracali uwagę sami osadzeni. Przykładowo więzień z jednego z aresztów śledczych¹⁸⁴ skarżył się, że przeszukanie stanowiło dla niego dużą niedogodność. Poruszał się na wózku inwalidzkim, natomiast w dniu przetransportowania do aresztu musiał w trakcie przeszukania stać opierając się o krzesło.

Kolejnym i również należącym do zagadnień ochronnych problemem jest nieprzyjęcie w części wizytowanych jednostek penitencjarnych żadnych zasad

¹⁸³ ZK Przytuły Stare.

¹⁸⁴ AŚ Kraków.

ewakuacji osób z niepełnosprawnościami lub opisanie ich w instrukcjach bezpieczeństwa sposób szczątkowy np. ogólnikowo ustalając, że należy pomóc w ewakuacji osobom z problemami z poruszaniem się¹⁸⁵.

Tymczasem nie wiadomo kto konkretnie ma pomagać i jaką drogą ma się odbywać ewakuacja tej grupy osadzonych. Nie jest też jasne komu ta pomoc powinna być niesiona. Wizytacje KMPT wskazują na to, że ustalenie przez administrację placówki, którzy aktualnie przebywający w jednostce penitencjarnej więźniowie są osobami z niepełnosprawnościami, jest zbyt długim procesem, aby można było mówić o sprawnej ewakuacji. Być może i w tej sprawie pomogłoby usytuowanie osób z niepełnosprawnościami w wyznaczonych dla nich celach, najlepiej na dolnych kondygnacjach.

Organizacja ewakuacji osób z niepełnosprawnościami powinna uwzględniać dotyczące ich wytyczne postępowania personelu na wypadek zagrożenia, w tym sposoby alarmowania (nawet indywidualne) osadzonych, a także wskazywać na dodatkowe obowiązki innych pracowników obiektu, w którym akcja jest prowadzona.

4. Warunki bytowe

Ponieważ warunki bytowe w zakładach karnych i aresztach śledczych nie zależą wyłącznie od woli dyrektorów poszczególnych jednostek, ale również od przekazywanych im na ten cel środków finansowych, warto zaznaczyć, że z perspektywy ochrony praw człowieka ewentualne problemy administracji więziennej w zdobyciu dofinansowania nie mogą stanowić usprawiedliwienia złego traktowania więźniów.

Europejski Trybunał Praw Człowieka prezentuje w tej sprawie stanowisko, że każda osoba prawomocnie skazana na karę pozbawienia wolności może skutecznie oczekiwać od państwa nie tylko stosownego traktowania, ale także zapewnienia jej *odpowiednich* warunków, w jakich przebiega wykonanie wyroku. Wspom-

¹⁸⁵ Przykładowo w Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego Aresztu Śledczego w Grójcu do pomocy osobom mającym problemy z poruszaniem się można użyć m.in. noszy i cyt.: *Można przy tym wykorzystać ludzi sprawnych fizycznie, którzy znajdują się w pobliżu.*

mniana *odpowiedniość* oznacza co najmniej zakaz naruszenia standardu *poniżającego* traktowania lub karania, a **dla oceny sytuacji nie ma znaczenia to, na ile państwo dysponuje zwłaszcza niezbędnymi środkami materialnymi**¹⁸⁶.

Podobnie uregulowano to w punkcie 4 Części I Europejskich Reguł Więziennych, zgodnie z którym *Brak środków nie uzasadnia warunków więziennych naruszających prawa człowieka więźniów*¹⁸⁷.

Jak dowodzą wnioski monitoringu tematycznego KMPT, kwestie finansowe stanowią jednakże podstawowe źródło problemów w uzyskaniu przestrzeni wolnej od barier architektonicznych.

Wiek budynków mieszkalnych części jednostek penitencjarnych przeznaczonych dla więźniów z niepełnosprawnościami, z założenia wyklucza ich kompleksową modernizację pod kątem dostępności dla osób z niepełnosprawnością ruchową. W Polsce bowiem część wciąż funkcjonujących więzień, zbudowano w ubiegłych stuleciach. Przykładem jest choćby Zakład Karny w Koronowie utworzony w 1819 r., na bazie klasztoru Zakonu Cystersów z XIV wieku czy Areszt Śledczy w Krakowie, również przeznaczony dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, którego budynki mieszkalne powstały w latach 1880-1890.

Determinuje to liczne problemy dostosowawcze. Świadczy o tym dobitnie fragment raportu powizytacyjnego KMPT z Aresztu Śledczego we Wrocławiu:

Budynki Aresztu pochodzą w większości z połowy XIX wieku, a ich remont wymaga każdorazowo zgody konserwatora zabytków. Zwarty charakter zabytkowej zabudowy Aresztu oraz położenie w centrum miasta, uniemożliwia jakkolwiek rozbudowę jednostki, co stanowi istotny problem, zwłaszcza w kontekście architektonicznego dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnością. (...) Pełne dostosowanie wydaje się być trudne do osiągnięcia. Wszelkie prace remontowe determinowane są bowiem, jak wspomiano, przez wiek budynku mieszkalnego, jego zabytkowy charakter oraz położenie w zwartej zabudowie. Odpowiednie dostosowanie jednostki wymagać zatem będzie dużych nakładów finansowych, a także przeprowadzenia dokładnych analiz technicznych, projektów architektonicznych oraz uzgodnień z konserwatorem

¹⁸⁶ Por. np. Kałashnikov przeciwko Rosji, wyrok z dnia 15 lipca 2002 r., nr skargi 47095/99, §§ 93–95.

¹⁸⁷ https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Dorobek_miedzynarodowy_w_sprawie_wiezniow.pdf

zabytków. Należy więc rozważyć, czy zasadne jest dostosowywanie jednostki. Możliwe, że łatwiejszym przedsięwzięciem będzie wyznaczenie do osadzania więźniów poruszających się na wózku inwalidzkim innego, bardziej dostępnego lub łatwiejszego do dostosowania aresztu śledczego¹⁸⁸.

Oprócz wieku jednostek penitencjarnych, **problemem w zakresie generalnych dostosowań więzień dla potrzeb osób z niepełnosprawnościami, jest wspomniana zwarta zabudowa budynków penitencjarnych i ich wielokondygnacyjność**, charakterystyczna również dla nowszych placówek¹⁸⁹. W takiej sytuacji wprowadzanie zmian architektonicznych i niwelowanie barier w postaci schodów, poprzez np. budowę wind i podjazdów stanowi bez wątpienia trudne i kosztowne zadanie.

W ocenie KMPT w powyższym kontekście należałoby dokonać przeglądu przeznaczenia zakładów karnych i aresztów śledczych i rozważyć wyznaczenie do osadzania więźniów poruszających się na wózku inwalidzkim innych placówek niż te, które nie nadają się do modernizacji dostosowawczej.

Kolejnym problemem dostrzeżonym przez KMPT jest fakt, że nowopowstające budynki mieszkalne dla więźniów, nie są budowane z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Przykładem jest pawilon mieszkalny jednego z zakładów karnych, oddany do użytku w 2008 r.¹⁹⁰

Dostosowania są korzystne także dla osób w pełni sprawnych ułatwiając im wykonywanie codziennych obowiązków. Należy również pamiętać o tym, że często o wiele prościej i taniej jest zbudować budynek pozbawiony barier architektonicznych niż dostosować już istniejącą infrastrukturę.

Zdaniem KMPT, kierując się wzrastającą w społeczeństwie świadomością specyficznych potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz podejściem do niepełnosprawności zawartym w Konwencji, zgodnie z którym istotne jest

¹⁸⁸ <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files//Wyciąg - AŚ Wrocław 2016.pdf>

¹⁸⁹ Przykładowo AŚ w Szczecinie.

¹⁹⁰ ZK Gębarzewo.

urzeczywistnienie idei równości, wszystkie nowopowstające miejsca pozbawienia wolności powinny być wolne od barier architektonicznych.

Przechodząc do szczegółowych wyników badania KMPT w wymienionych 17 jednostkach penitencjarnych należy zauważyć, że **generalnie pod kątem dostosowań do potrzeb osób z niepełnosprawnościami prezentują się one bardzo różnie, przy czym skala oceny w tym zakresie zaczyna się od bardzo złej i kończy na zaledwie przeciętnej.** Jest to oczywiście bardzo ogólna ocena.

Przedstawiciele KMPT w trakcie prowadzonego monitoringu z rozczarowaniem stwierdzili występowanie w Polsce takich jednostek, które mimo przeznaczenia ich na potrzeby osób z danym typem niepełnosprawności i mimo wielu widocznych wad związanych z ich przystosowaniem, w ogóle nie czyniły żadnych planów modernizacyjnych. Przykładowo eksperci KMPT w przypadku jednego z zakładów karnych wyrazili następującą opinię: *Duży niepokój budzi fakt, iż wg. informacji uzyskanych od pracowników nie są planowane remonty mające na celu zwiększenie dostępności dla osób ze specjalnymi potrzebami*¹⁹¹.

Zupełnie inaczej należy ocenić pracę kadry tych jednostek penitencjarnych, w których mimo identycznych problemów budżetowych, podobnego wieku budynków i innych podobieństw, podejmowano jednak działania zwiększające dostępność jeszcze zanim pojawili się przedstawiciele KMPT. Przykładowo w jednym z zakładów karnych¹⁹² do 2014 r. *przeprowadzono szereg działań zmierzających do ułatwienia funkcjonowania w placówce osobom o obniżonej sprawności ruchowej: dostosowano wejście do jednego z pawilonów do potrzeb osób z niepełnosprawnością (wykonano podjazd, wymieniono drzwi wejściowe i kratę koszową), przeprowadzono remont ambulatorium pod tym kątem oraz oddano do użytku kolejny pawilon i budynek administracyjny z infrastrukturą przystosowaną dla osób z niepełnosprawnością. (...) W tym zakładzie znajdują się ponadto 2 dwuosobowe cele dla osób z niepełnosprawnością ruchową, usytuowane w dolnych kondygnacjach budynków i posiadające łazienki z udogodnieniami dla osób o obniżonej sprawności fizycz-*

¹⁹¹ ZK Włocławek. Trzeba jednocześnie zaznaczyć, że działania modernizacyjne zostały podjęte w efekcie zaleceń KMPT zawartych w raporcie z wizytacji.

¹⁹² ZK Hrubieszów.

nej (natrysk bezprogowy, urządzenia sanitarne z uchwytami). Efekt tych działań nie był wprawdzie w pełni zadowalający, ale dzięki takiej postawie personelu, należy liczyć, że wskazówki ekspertów KMPT dotyczące kontynuacji modernizacji, zostaną wkrótce wprowadzone w życie.

Kolejnym, ogólnym problemem w obszarze warunków bytowych, jest **skupienie uwagi Służby Więziennej na osobach z niepełnosprawnością jednego typu – niepełnosprawnych ruchowo, z pominięciem rozwiązań dostosowawczych dla osób z niepełnosprawnością sensoryczną, zwłaszcza niewidzących lub słabowidzących.**

W ocenie KMPT polskie więziennictwo powinno zostać zmodernizowane pod kątem dostosowania do wszystkich typów niepełnosprawności.

Cele dla osób z niepełnosprawnością i ich wyposażenie

Jak już wskazano, cele dedykowane osobom z niepełnosprawnością są nieliczne (1-2 w danym więzieniu). Służą one osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich.

Dla potrzeb takich osób nie są dostosowane inne cele i pomieszczenia, w których mogą się znaleźć m.in. cele przejściowe¹⁹³, cele izolacyjne, cele monitorowane, a także pomieszczenia więziennych ośrodków diagnostycznych oraz izb chorych¹⁹⁴.

Mimo przekonania kierownictwa wszystkich jednostek penitencjarnych, które wizytowali przedstawiciele KMPT o pełnym dostosowaniu tych nielicznych cel dedykowanych więźniom poruszającym się na wózkach inwalidzkich, żadna z nich nie mogła zostać uznana za dostosowaną w pełni do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową.

Podstawowy problem stanowi zbyt mała **przestrzeń w celach mieszkalnych uniemożliwiająca swobodne poruszanie się w nich więźniów na wózkach inwalidzkich.**

¹⁹³ Zaznaczyć należy, że dyrektor jednostki penitencjarnej, w przypadku przyjęcia osoby z niepełnosprawnością, może wyznaczyć celę dla niej przystosowaną, jako celę przejściową, co stanowi tymczasowe rozwiązanie problemu w zakresie dostosowania cel przejściowych.

¹⁹⁴ Co w tym przypadku jest niezgodne z rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. z 2012 r., poz. 808, z późn.zm.).

Przy obecnym, jednym z najniższych w UE standardzie powierzchni celi przypadającej na 1 osadzonego (3 m² z meblami na jednego więźnia), w celach dla osób z niepełnosprawnością ruchu na ogół nie jest zapewniona przestrzeń manewrowa, która powinna wynosić 150x150 cm. W efekcie osoba korzystająca z wózka inwalidzkiego może być zmuszona do pozostawienia go w pobliżu drzwi i przemieszczenia się na łóżko w inny sposób. Świadczy o tym podany wcześniej przykład więźnia poruszającego się po celi na kolanach.

Ten sam problem dotyczy kącików sanitarnych w celach wyznaczonych dla osób z niepełnosprawnością. W jednym z wizytowanych aresztów¹⁹⁵ ze względu na małą przestrzeń wewnątrz kącika, przy transferze na muszlę, osadzony pozostawał odślonięty, co sprawiało, że nie miał możliwości skorzystania z toalety z zachowaniem intymności. Zgodnie z Regułą 19.3 Zalecenia Rec(2006)2 Europejskich Reguł Więziennych, *więźniowie mają bezpośredni dostęp do pomieszczeń sanitarnych, które są higieniczne i respektują prywatność*, a więc zastana sytuacja stanowi o naruszeniu wskazanej normy.

Do części cel dla osób z niepełnosprawnością więzień na wózku inwalidzkim nie mógłby samodzielnie nawet wjechać, ze względu na zbyt wąskie drzwi wejściowe (poniżej 90 cm) i progi utrudniające przejazd wózkiem (powyżej 2 cm).

Uwagę zwraca też niespełniające wymogów dostępności wyposażenie cel i znajdujących się w nich kącików sanitarnych.

W celach dla osadzonych z niepełnosprawnością ruchową, dominują łóżka piętrowe. Nie jest to rozwiązanie idealne, bowiem specyfika piętrowego łóżka może utrudniać osobie z niepełnosprawnością samodzielne i bezpieczne siadanie (ograniczenie przestrzeni nad głową przez górne łóżko) oraz transfer z wózka na dolne łóżko (drabinka zagradzająca częściowo wejście na dolne łóżko). Łóżka te są z reguły za niskie (poniżej 45 cm) i ich wysokość nie jest regulowana.

W jednym z aresztów śledczych¹⁹⁶ próbowano rozwiązać ten problem wyposażając celę dla osób niepełnosprawnych w łóżko szpitalne (na kółkach), co też nie jest dobrym rozwiązaniem.

¹⁹⁵ AŚ Mokotów.

¹⁹⁶ AŚ Radom.

Warunki w celach dla osób z niepełnosprawnością ruchową nie powinny przypominać tych w izbach szpitalnych i odbiegać swoim wyposażeniem od wyposażenia zwykłej celi mieszkalnej.

W celach dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim niedostępne były znajdujące się zbyt wysoko uchwyty okienne oraz włączniki światła i przyciski instalacji przyzywowej, a także widniejący z reguły nad drzwiami wejściowymi potencjometr służący do sterowania głośnością radia. Rzadko pamiętano, by odpowiednio obniżyć miejsce zamontowania wieszaka i szafek ściennych. Warto dodać, że przycisk sygnalizacji przyzywowej, umieszczony był jedynie przy drzwiach, podczas gdy powinien być dostępny również z łóżka osoby z niepełnosprawnością ruchu.

Poza łóżkiem, więźniowie mają do dyspozycji w celach podstawowe meble, takie jak stoły i taborety. Jeden z osadzonych w areszcie śledczym¹⁹⁷ zwrócił uwagę wizytujących na utrudnienia związane z korzystaniem przez osoby posiadające problemy z kręgosłupem z taboretu znajdującego się w celi, z uwagi na brak oparcia. Zgłaszał on w tej sprawie prośbę do dyrektora jednostki, ale została ona załatwiona odmownie. Przedstawiciele Mechanizmu stoją na stanowisku, że określone normy wyposażenia cel mieszkalnych nie wykluczają możliwości zaopatrzenia danej celi w krzesło, w szczególności gdyby możliwość korzystania z niego przez konkretnego osadzonego zapobiegała ryzyku pogorszenia jego stanu zdrowia.

Warto w tym miejscu jednak zwrócić uwagę na treść załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości 19 grudnia 2016 r. w sprawie warunków bytowych osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz. U. z 2016 r., poz.2224), określającego normy wyposażenia cel i zaapelować o jej zmianę tak, by uwzględniała ona również potrzeby osób z różnymi typami niepełnosprawności.

¹⁹⁷ AŚ Gdańsk.

Toalety i łazienki

Uwagi ekspertów KMPT dotyczące kąpoków sanitarnych w celach, wspólnych łazienki i ogólnodostępnych toalet, wskazują na wspólne mankamenty dostosowawcze tych pomieszczeń.

Część WC dla osób z niepełnosprawnością była zbyt niska (poniżej 45 cm), by móc z nich swobodnie wstawać. Nierzadko przy muszlach ustępowych i umywalkach nie było żadnego oporęczowania lub nie było ono prawidłowe (np. odległość względem osi muszli ustępowej poniżej 40 cm, na stałe zamontowana poręcz zamiast ruchomej w miejscu przeznaczonym na przesiadanie się z wózka, brak stałej poręczy pozwalającej się oprzeć przy podnoszeniu się). Umywalki, poza tym, że były mocowane na różnych wysokościach (prawidłowa wysokość górnej krawędzi wynosi 85 cm, a dolnej min. 70 cm), nie zawsze były dostępne ze względu na brak miejsca pod nimi na nogi osoby siedzącej na wózku inwalidzkim.

Poza nielicznymi jednostkami penitencjarnymi, w których z racji oszczędności wody, krany uruchamiane są za pomocą fotokomórki, większość baterii w więziennych łazienkach była starego typu, tj. obsługiwana za pomocą kurków, które są niedostępne dla osób z niepełnosprawnościami manualnymi. Prawidłowe w tym zakresie jest tymczasem zastosowanie baterii z przedłużoną dźwignią lub uruchamianej fotokomórką.

W żadnym więzieniu nie było nad umywalką lustro, w którym mogłaby się przejrzeć osoba siedząca na wózku inwalidzkim. Wieszano je na wysokości powyżej 100 cm, co jest właściwe wyłącznie dla kogoś, kto stoi.

W większości toalet nie było sygnalizacji przyzywowo-alarmowej, a przecież osoba z niepełnosprawnością po upadku może nie móc samodzielnie wezwać pomocy¹⁹⁸.

W niektórych jednostkach penitencjarnych łazienki ze stanowiskiem prysznicowym dla osoby z niepełnosprawnością ruchową były dostępne tylko dla jednej płci. Przykładowo w jednym z aresztów śledczych¹⁹⁹ taka łazienka przeznaczona była dla kobiet.

¹⁹⁸ Wyjątkiem w tym zakresie są niektóre toalety w ZK Hrubieszów.

¹⁹⁹ AŚ Warszawa-Grochów.

Dostosowania dla osób z niepełnosprawnością ruchową w łaźniach, na ogół ograniczały się tylko do odpowiedniej przestrzeni manewrowej w środku (szerokość drzwi do łaźni bywała nieodpowiednia) i wyposażenia w krzeselko pod prysznicem. Poręcze przy stanowisku prysznicowym dla osoby z niepełnosprawnością, jeśli w ogóle je zamontowano, nie zawsze były umieszczone na odpowiedniej wysokości 75-85 cm, a wieszaki na ręczniki i ubranie - z reguły przymocowane były zbyt wysoko, powyżej 120 cm. Przy łaźniach brakowało również toalet dla osób z niepełnosprawnością. Żadna łaźnia nie została wyposażona w specjalistyczne wózki kąpielowe.

Warto jednak podkreślić, że istnieją także jednostki penitencjarne, które w zakresie organizacji kąpieli w sposób dogodny dla osób z niepełnosprawnością ruchu zapewniały właściwe warunki zarówno w obrębie celi mieszkalnej jak i w łaźniach ogólnych. W jednym z zakładów karnych²⁰⁰ pomimo możliwości korzystania przez osoby z niepełnosprawnością z prysznicu umieszczonych w ich celach, zapewniono odpowiednie udogodnienia również w ogólnodostępnych łaźniach. Mogą one służyć np. osobom starszym, korzystającym z kul, lasek itp. Rozwiązanie takie jest zdecydowanie godne naśladowania.

Czas przeznaczony na kąpiel więźniów, nie przekracza na ogół 10-15 minut. Tego typu organizacja kąpieli nie uwzględnia indywidualnych potrzeb osób ze specjalnymi potrzebami m.in. z niepełnosprawnościami. Jeden z osadzonych skarżył się przedstawicielom KMPT na zbyt krótki czas przygotowania do kąpieli. Miał on na nogach opatrunki i przewidziany czas przygotowania był dla niego zbyt krótki, by je zdjąć przed kąpielą, przez co jak twierdził brakowało mu czasu na samą kąpiel²⁰¹.

Eksperti KMPT zauważyli, że **na terenie jednostek penitencjarnych w wielu istotnych miejscach brakuje toalet dla osób z niepełnosprawnościami**, tj. w:

- a) poczekalniach węzłów, w których do jednostek przyjmowani są więźniowie;
- b) pobliżu sal widzeń;
- c) salach widzeń bezdozorowych lub w ich pobliżu;

²⁰⁰ ZK Hrubieszów.

²⁰¹ AŚ Wrocław.

- d) świetlicach zlokalizowanych na poziomie celi dla osób z niepełnosprawnością;
- e) izbach przyjęć w pawilonach szpitalnych;
- f) w oddziałach pawilonu szpitalnego²⁰².

Komunikacja w budynkach i pomiędzy nimi

Poruszanie się w budynkach więziennych jest miejscami utrudnione, lub wręcz niemożliwe dla osób z niepełnosprawnością ruchową, w szczególności tych przemieszczających się na wózkach inwalidzkich. **Nie stosuje się też udogodnień dla osób niewidomych i słabowidzących (takich jak np. ścieżki dotykowe czy dotykowe znaki ostrzegawcze) oraz głuchych i niedosłyszących (brak informacji wizualnych).** Komunikacja pionowa odbywa się głównie po schodach, nieoznaczonych kontrastowo, nieposiadających poręczy po obu stronach. Nadto w niektórych więzieniach²⁰³ poszczególne stopnie schodowe mają różną wysokość. Jak już wspomniano, w jednostkach penitencjarnych na ogół nie ma też wind i platform pozwalających rozwiązać ten problem. Sporadycznie korzysta się także ze schodołazów.

Kuriozalną sytuacją jest niedopuszczanie możliwości korzystania przez osoby z niepełnosprawnością z wind, jeżeli nawet są one w więzieniu. W trakcie rozmów z osadzonymi w jednym z aresztów wizytujący odebrali sygnały o konieczności korzystania przez osoby posiadające problemy z poruszaniem się (w tym wypadku korzystających z kul) ze schodów, mimo że w budynku dostępny był dźwig osobowy. Wytłumaczeniem administracji jednostki było to, że część wind nie posiadała odbioru technicznego, ale w odpowiedzi na raport KMPT z tej wizytacji formalnie tego nie potwierdzono²⁰⁴.

Drzwi wiodące do niektórych pomieszczeń, do których powinna móc dostać się osoba korzystająca z wózka inwalidzkiego w trakcie wizytacji KMPT miały szerokość poniżej 90 cm, jak również zbyt wysokie progi - powyżej 2 cm (pokoje wychowawców, świetlice).

²⁰² Przykładem tego typu braków jest AŚ Szczecin.

²⁰³ ZK Włocławek.

²⁰⁴ AŚ Gdańsk.

Również wejście do pawilonu mieszkalnego z całą dla osób z niepełnosprawnością bywało niedostępne dla osadzonych mających problemy z poruszaniem się²⁰⁵.

Problem ten dotyczył również wejść do niektórych jednostek penitencjarnych, gdzie osoby z niepełnosprawnością borykały się z nierównością chodników przed budynkami i zbyt wysoko umieszczonymi przyciskami dzwonek przyzywających strażników w celu pomocy. W pobliżu budynków nie zapewniono obniżonych krawężników w miejscach, w których konieczne jest np. przejście przez drogę dojazdową lub parking.

Ścieżki między budynkami wewnątrz więzień, również nie były wolne od nierówności i zbyt wysokich krawężników. W ciągach komunikacyjnych (w budynkach i poza nimi) nie było miejsc siedzących umożliwiających odpoczynek.

Wyjątkiem w tym zakresie były nieliczne ławki na placach spacerowych, których jednak nie można uznać za odpowiednie dla osób niepełnosprawnych, ze względu na nieprawidłową wysokość (powinny one mieć wysokość 45–55 cm) oraz częsty brak oparcia dla pleców i rąk.

Opisując kwestie komunikacji wewnątrz i poza budynkami, nie można pominąć również sprawy wyjazdów więźniów poza placówkę (do lekarza, na rozprawy sądowe etc.). **Samochody Służby Więziennej, którymi wożeni są osadzeni nie mają na ogół żadnych dostosowań do potrzeb osób z niepełnosprawnością.** Nadto nie ma w nich nawet podstawowych zabezpieczeń dla wożonych nimi ludzi, którzy podczas transportu siedzą bokiem w stronę kierunku jazdy, na drewnianych ławkach o metalowej podstawie, przymocowanej trwale do podłogi pojazdu. Trudno wyobrazić sobie osobę ze słabszymi rękami lub siedzącą na wózku inwalidzkim w takiej sytuacji.

Należy zatem zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 1 *Prawa o ruchu drogowym*²⁰⁶, *pojazd uczestniczący w ruchu ma być tak zbudowany, wyposażony i utrzymany, aby korzystanie z niego nie zagrażało bezpieczeństwu osób w nim jadących (...) i nie narażało kogokolwiek na szkodę.* Wprawdzie obowiązujące w czasie wizytacji tematycznych rozporządzenie Ministrów: Spraw

²⁰⁵ Przykładem tego problemu jest AŚ Grójec.

²⁰⁶ Tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1260.

Wewnętrznych, Obrony Narodowej, Finansów oraz Sprawiedliwości z dnia 17 października 2014 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów specjalnych i używanych do celów specjalnych Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, kontroli skarbowej, Służby Celnej, Służby Więziennej i straży pożarnej²⁰⁷ nie zawierało szczegółowych wytycznych związanych z opisywanym obszarem²⁰⁸, niemniej jednak powszechnie wiadome jest, że osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich powinny być przewożone przy użyciu pojazdów wyposażonych w windę lub pochylnię dla wózka oraz miejsce, w którym możliwe jest stabilne zamocowanie wózka z pasażerem.

Dyrektor Generalny Służby Więziennej, w odpowiedzi z dnia 21 maja 2015 r. na wystąpienie generalne RPO w tej sprawie²⁰⁹ poinformował, że w razie konieczności przetransportowania takiej osoby, jednostki penitencjarne w większości przypadków korzystają z pojazdów sanitarnych, posiadających możliwość przewożenia osób w pozycji poziomej lub decydują się na zakup usługi specjalistycznego transportu medycznego od firm zewnętrznych.

Niestety praktyka wizytowanych później jednostek penitencjarnych pokazała, że wskazany przez Dyrektora standard nie zawsze jest przez nie respektowany. Z rozmów z osadzonymi w jednym z zakładów karnych²¹⁰ wynikało, że konwojowanie osób z niepełnosprawnością ruchową odbywało się pojazdem Służby Więziennej nie przystosowanym do transportu ww. osób (nie stosowało się wówczas pasów bezpieczeństwa i osadzony musiał się trzymać ławki), a dopiero w przypadku dalszych podróży – transportem sanitarnym w pozycji poziomej.

²⁰⁷ Dz. U. z 2014 r., poz. 1421.

²⁰⁸ Tak samo, jak obecnie obowiązujące rozporządzenie z dnia 1 marca 2017 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 450 z późn. zm.).

²⁰⁹ Korespondencja w tej sprawie dostępna jest <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/wystapienie-generalne-z-dnia-21052015-r-do-dyrektora-generalnego-sluzby-wieziennej-w-sprawie>

²¹⁰ ZK Bydgoszcz-Fordon.

W ocenie KMPT niezależnie od dystansu, który należy pokonać transportując więźnia z niepełnosprawnością ruchową, każdorazowo należy zapewnić mu bezpieczeństwo w podróży, którego gwarantem jest korzystanie z pojazdów przystosowanych do potrzeb takich więźniów.

Wypożyczenie więzień

Meble stanowiące wyposażenie cel nie są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchu.

Nie we wszystkich miejscach, z których mogą korzystać osoby poruszające się na wózku inwalidzkim stosowane były odpowiednie stoliki z właściwą przestrzenią na nogi (o wysokości min. 67 cm, szerokości min. 75 cm, i głębokości min. 40 cm umożliwiającą wygodny podjazd przednią częścią wózka).

Powszechnym mankamentem był brak obniżenia do 90 cm (przynajmniej na pewnej długości) blatów recepcji, dyżurek i kantyn, aby osoby siedzące w wózkach inwalidzkich, mogły swobodnie rozmawiać z osobami znajdującymi się po ich drugiej stronie i widzieć np. oferowane do sprzedaży produkty.

Dla potrzeb osób z niepełnosprawnością, więzienia niekiedy dysponowały zapasowymi wózkami inwalidzkimi, balkonikami oraz kulami łokciowymi. Ewentualnie, ich zakup załatwiany był na prośbę więźnia. Osadzonym, którzy przybyli do jednostki z własnym sprzętem rehabilitacyjnym pozwalano na jego posiadanie i wykorzystywanie.

Stan w tym zakresie nie jest jednak idealny – wizytujący widzieli w jednym z aresztów śledczych osadzonego transportowanego na wózku toaletowym²¹¹, natomiast w innym wizytowanym areszcie więzień korzystał z własnego materaca przeciwodleżynowego²¹², gdyż jednostki penitencjarne nie mają takich materacy na wyposażeniu. Opisana w części dotyczącej opieki zdrowotnej historia tymczasowo aresztowanego starającego się przez długi czas o kule łokciowe, też niestety pokazuje, że dbałość o wsparcie osadzonych w tym obszarze nie zawsze jest regułą.

²¹¹ AŚ Kraków.

²¹² AŚ Warszawa-Mokotów.

Więźniom, których przypadki analizowali reprezentanci KMPT, nie zapewniano też najprostszego sprzętu gospodarstwa domowego, który ułatwiałby im codzienne wykonywanie obowiązków i utrzymanie higieny.

Mam tylko jedną rękę, a więźniowie muszą pracować ręcznie. Najtrudniej jest wykręcić ciuchy, więc muszę prosić o pomoc kolegę z celi, ale jak piorę majtki, to on się nie zgadza. To dla mnie również wstydliva sytuacja. Chodzę jak najdłużej w tym samym, czasem w brudnych skarpetkach, choć wiem, że śmierdzą. Przydałaby się pralka, by tacy jak ja mogli od czasu do czasu coś przeprać²¹³.

KMPT zaleca umożliwienie więźniom posiadania lub dostępu do wszelkich niezbędnych dla sprawnego funkcjonowania urządzeń, w tym zwłaszcza sprzętu rehabilitacyjnego.

Rozwiązania techniczne mające służyć osobom z niepełnosprawnością ruchową nie zawsze spełniały wymogi dostępności. Przykładowo w niektórych jednostkach penitencjarnych usiłowano zniwelować bariery we wjazdach do budynków podstawkami najazdowymi przy progach²¹⁴ lub też stosując podjazd w miejsce schodów²¹⁵ lub kładąc na nich szyny najazdowe²¹⁶, niemniej jednak ze względu na zbyt wysoki kąt nachylenia i brak odpowiednio gładkiej powierzchni do jazdy wózkami - nie spełniały one celu ich zastosowania. Podobny problem występował w przypadku niektórych pochylni²¹⁷, choć ich opis jest bardzo dokładnie przedstawiony w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie²¹⁸.

Nie należy zapominać, że w efekcie mankamentów architektoniczno-dostosowawczych, więźniowie z niepełnosprawnościami są w gorszej sytuacji od innych, doświadczając tym samym zwiększenia dolegliwości wykonywanej kary.

²¹³ Fragment rozmowy z niepełnosprawnym skazanym w jednym z wizytowanych przez KMPT zakładów karnych.

²¹⁴ AŚ Grójec.

²¹⁵ ZK Gębarzewo.

²¹⁶ AŚ Warszawa-Grochów.

²¹⁷ ZK Gębarzewo, AŚ Warszawa-Grochów, AŚ Gdańsk, ZK Włocławek, jedna z pochylni ZK Hrubieszów,

²¹⁸ Tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r., poz. 1422.

Nie chodzi wyłącznie o utrudnienia, których pokonanie wymaga większego wysiłku niż to powinno mieć miejsce, ale o poniżające sytuacje (np. kontrole osobiste w łazniach zamiast w pomieszczeniach do tego służących) i niebezpieczeństwo utraty zdrowia a nawet życia związane z upadkami czy niemożliwością wezwania pomocy w przypadku zapaści zdrowotnych. Nie należy też zapominać o grożącym np. depresją dyskomforcie psychicznym spowodowanym brakiem możliwości przebywania w tych samych pomieszczeniach - poza celami - co inni ludzie i uzależnieniem od pomocy osób trzecich. Pogłębianie bezradności nie służy powrotowi do społeczeństwa po opuszczeniu więziennych murów i stanowi ryzyko gorszego traktowania, w tym wykorzystania.

W ocenie KMPT należy zapewnić w celi takie warunki w zakresie przestrzeni, udogodnień i innego wyposażenia oraz w pozostałych miejscach, aby osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim, wspierająca się na kulach łokciowych lub mająca problemy ze wzrokiem, mogła z niej samodzielnie korzystać oraz samodzielnie docierać do pomieszczeń dla niej również przeznaczonych. W przypadku przetrzymywania osadzonych z niepełnosprawnością ruchu istotne jest zapewnienie odpowiedniej dostępności wejść do budynków oraz dostępu do infrastruktury – cel, świetlic, łazni, placów spacerowych, sal widzeń. Zapewnienie dostępności wyższych kondygnacji nie jest konieczne, pod warunkiem umieszczania osadzonych z niepełnosprawnością ruchu na parterze.

Również zasady korzystania z pomieszczeń i urządzeń np. długość kąpeli, winny uwzględniać indywidualną sytuację osób z niepełnosprawnościami.

5. Prawo do informacji

Co do zasady, każda osoba pozbawiona wolności po umieszczeniu jej w więzieniu powinna być niezwłocznie poinformowana o przysługujących jej prawach i ciężących na niej obowiązkach²¹⁹. Można to czynić wspierając się np. broszurami informacyjnymi dedykowanymi poszczególnym grupom osadzonych²²⁰. Więzień

²¹⁹ Art. 101 i art. 210 K.k.w.

²²⁰ W tym przypadku Polska nie ma dobrych praktyk, ale warto sięgnąć do przykładów zagranicznych organizacji pozarządowych np. ulotka dla więźniów z niepełnosprawnością <http://www.prisonreformtrust.org.uk/Portals/0/Documents/pibs/PolishDisabilityBook2009.pdf>

ma mieć także możliwość zapoznania się z przepisami Kodeksu karnego wykonawczego i regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności.

Europejskie Reguły Więzienne [Rekomendacja Rec(2006)2 Komitetu Ministrów Rady Europy, zwane dalej ERW] wskazują, iż *w momencie przyjęcia i tak często jak jest to potrzebne również później, wszyscy więźniowie są informowani pisemnie i ustnie w języku, który rozumieją o przepisach, regulujących dyscyplinę więzienną oraz o ich prawach i obowiązkach w zakładzie karnym (pkt 30.1). Więźniowie mają prawo do posiadania pisemnej wersji przekazanych im informacji (pkt 30.2).*

Pojęcie poinformowania nie sprowadza się do umożliwienia skazanemu zapoznania się z przepisami, lecz ma szerszy zakres. Obejmuje także udzielenie stosownych wskazówek i wyjaśnień. Należy przy tym mieć na względzie poziom wiedzy skazanego, jego wykształcenie, a także wszelkie dysfunkcje np. fakt, że jest to osoba niesłysząca, wymagająca użycia innego niż standardowy kanał komunikacyjny np. przekazu pisemnego w alfabecie Braille'a lub w formie elektronicznej (do odczytu za pośrednictwem więziennego komputera ze specjalistycznym oprogramowaniem i klawiaturą dla niewidzących), a także pomocy tłumacza Polskiego Języka Migowego.

Wśród Zbioru zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia ogłoszonych w treści Rezolucji Zgromadzenia Ogólnego ONZ 43/173 z dnia 9 grudnia 1988 r. znajduje się zasada nr 14, zgodnie z którą osoba, która w niewystarczający sposób rozumie lub mówi językiem używanym przez organy odpowiedzialne za jej zatrzymanie, aresztowanie lub uwięzienie, uprawniona jest otrzymać niezwłocznie, w języku dla niej zrozumiałym, informacje m.in. o jej prawach, jak też wyjaśnienie tych praw oraz informację o sposobach korzystania z nich, oraz, jeśli zajdzie taka potrzeba, uzyskać bezpłatną pomoc tłumacza w związku z czynnościami prawnymi następującymi po jej zatrzymaniu.

Niestety nawet w więzieniu przeznaczonym w części dla niewidomych²²¹ osadzonych z niepełnosprawnością wzroku nie mieli dostępu do istotnych z ich punktu widzenia dokumentów i komunikatów, albowiem wszystkie ważne informacje miały wyłącznie formę wizualną, z pominięciem formy dotykowej, co dotyczyło również ogłoszeń zamieszczonych na tablicach informacyjnych. Jednostka nie dysponowała żadnymi dokumentami w alfabecie Braille'a oraz w formie nagrań audio, zaś stanowiska komputerowe nie były wyposażone w program odczytu ekranu i odpowiednie klawiatury²²², co uniemożliwiało ich dostępność dla niewidzących. Przedstawiciele KMPT uzyskali informację, że jedynie część porządku wewnętrznego była czytana osadzonym z dysfunkcją wzroku przez wychowawcę, co nie wydaje się w sposób wystarczający dopełnieniem obowiązków informacyjnych wobec więźnia. Zastana sytuacja była niestety standardem we wszystkich wizytowanych placówkach.

W jednym z aresztów śledczych²²³ wizytujących poinformowano, że osoby ze znaczną dysfunkcją wzroku były po prostu transportowane do innych jednostek. Biorąc pod uwagę opisany w części pt. *Rozmieszczanie więźniów z niepełnosprawnościami w jednostkach penitencjarnych* problem przeznaczenia tylko jednego zakładu karnego do osadzania niewidomych więźniów i tylko tych, których skierowano do odbywania kary w systemie terapeutycznym, tłumaczenie to należy uznać za nieprawdziwe. Tym bardziej, że w czasie oglądu tego aresztu, przedstawiciele KMPT natknęli się na niewidomego mężczyznę. Żalił się on na liczne problemy w postaci barier komunikacyjnych i w dostępie do informacji (m.in. nie zapewniono programu odczytu ekranu w żadnym z komputerów dostępnych dla osadzonych).

Podobny problem stwierdzono w przypadku więźniów niesłyszących. Więzienia nie są wyposażone w pętle indukcyjne²²⁴, brak systemów FM dla

²²¹ ZK Bydgoszcz-Fordon.

²²² Mogą być to oznaczenia w formie wypukłości nalepione na klawiszach klawiatur użytkowanych również przez widzących.

²²³ AŚ Warszawa-Mokotów.

²²⁴ System wspomaganie słuchu z pętlą indukcyjną (induktofoniczną), który umożliwia osobie niedosłyszącej odbiór nieskazitelnie czystego i wyraźnego dźwięku poprzez cewkę telefoniczną, w którą wyposażony jest niemal każdy aparat słuchowy.

osób słabosłyszących²²⁵, wśród personelu nie ma tłumaczy języka migowego²²⁶. W czasie wizytacji poszczególnych jednostek penitencjarnych wprowadzono KMPT, że w razie osadzenia osoby niesłyszącej, zostanie zapewniona stosowna pomoc, to jednak w obecnej sytuacji trudno to sobie wyobrazić.

W jednym z zakładów karnych²²⁷ wizytujący zastali głuchego więźnia. Służba Więzienna nie zapewniła mu dostępu do tłumacza Polskiego Języka Migowego. Przedstawicielka KMPT porozmawiała z nim dzięki pomocy Fundacji *Polska Bez Barrier*, której reprezentanci brali udział w czynnościach wizytacyjnych w charakterze ekspertów. Okazało się, że od początku pobytu w jednostce skazany ten z nikim spośród funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej nie rozmawiał i nie został on poinformowany o zasadach obowiązujących w więzieniu. Jego codzienne funkcjonowanie w kontakcie z personelem polegało na tym, że strażnik przywoływał go gestem, ale już nie był w stanie wyjaśnić więźniowi o co chodzi. Następnie osadzony był prowadzony w niewiadomym kierunku, co niewątpliwie było bardzo stresującym przeżyciem. Odczytywał on intencje i żądania funkcjonariuszy intuicyjnie, za pośrednictwem mowy ciała oraz wnioskuje np. z charakteru pomieszczeń, do których był doprowadzany (np. *łaźnia więzienna, czyli mam się wykąpać*).

Przedstawiciele KMPT sprawdzili również dokumentację dotyczącą tego więźnia. W notatce wychowawcy działu penitencjarnego znajdowała się adnotacja następującej treści *Zapoznałem osadzonego z porządkiem wewnętrznym obowiązującym w Zakładzie Karnym Bydgoszcz-Fordon oraz przypomniałem obowiązki wynikające z kodeksu karnego wykonawczego i regulaminu*. Biorąc pod uwagę opisaną sytuację braku tłumacza i relacje osadzonego, należy wpis ten uznać za mijający się z prawdą.

²²⁵ Wspomagające pracę aparatu słuchowego urządzenie pozwalające na uzyskanie wysokiej jakości dźwięku i pomagające ograniczyć wpływ hałasu otoczenia i niewłaściwej akustyki w pomieszczeniu. System FM jest bardziej odporny niż systemy pętli indukcyjnych na zakłócenia spowodowane bliskością sprzętu elektrycznego takiego jak komputery.

²²⁶ Pojedynczy pracownicy w AŚ Wrocław i AŚ Poznań odbyli kursy SJM, nie jest to jednak równoznaczne z możliwością sprawnego tłumaczenia zwłaszcza, że osoby głuche porozumiewają się w języku PJM.

²²⁷ ZK Bydgoszcz-Fordon.

W ocenie przedstawicieli KMP władze więzienne powinny podjąć działania na rzecz właściwej komunikacji z osadzonymi z niepełnosprawnościami słuchu, mowy i wzroku, z użyciem ogólnie stosowanych metod i środków.

Warto też mieć na uwadze, że brak rozwiązań w zakresie informacyjnym w stosunku do tych więźniów czyni takie osoby całkowicie zależnymi od innych (personelu lub współosadzonych) i utrudnia wzajemną komunikację, co może wywoływać frustrację i generować konflikty.

Od kwietnia 2014 r. we wszystkich jednostkach penitencjarnych zostały zainstalowane wydzielone komputery z przeznaczeniem dla osadzonych z dostępem do stron internetowych m.in. BIP SW, MS i RPO oraz serwisu prawnego Lex Polonica²²⁸. Na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości są publikowane m.in. dokumenty i informacje dotyczące praw człowieka, w tym sprawozdania Polski dla organizacji międzynarodowych, tłumaczenia wyroków ETPCz, teksty obowiązujących i projektowanych aktów prawnych.

Niestety stanowiska komputerowe w znacznej części jednostek penitencjarnych nie są dostępne dla osób poruszających się na wózkach i nie są przydatne dla osób niewidzących lub niedowidzących, w związku z brakiem odpowiednich programów i klawiatur. W wielu więzieniach²²⁹ do pomieszczenia, gdzie ulokowano komputer prowadziły schody, stanowiące barierę dla osób z niepełnosprawnością, korzystających z wózków inwalidzkich, a także brakowało odpowiedniej przestrzeni manewrowej w świetle drzwi czy też w samym pomieszczeniu. Standardem był też brak przy komputerze udogodnień dla osób ze słabszymi rękami.

W ocenie KMPT należy zadbać, aby osoby z niepełnosprawnościami nie były wykluczone, ze względów architektonicznych i technicznych, z możliwości dostępu do informacji za pośrednictwem komputera.

²²⁸ Wyjątkiem w tym zakresie był AŚ Szczecin, gdzie podczas wizytacji oraz w formie przekazanej dokumentacji władze aresztu przedstawiły informację, iż ta jednostka w ogóle nie ma stanowiska komputerowego dla osadzonych. W odpowiedzi na zalecenie KMPT w tym obszarze dyrektor AŚ Szczecin poinformowała, że takie urządzenie funkcjonuje od 2014 r. i doszło do nieporozumienia.

²²⁹ Przykładowo AŚ Gdańsk.

We wszystkich zwizytowanych przez KMPT pawilonach mieszkalnych jednostek penitencjarnych znajdowały się skrzynki na korespondencję do organów międzynarodowych oraz tablice informacyjne zawierające m.in. wykaz instytucji stojących na straży praw człowieka, w tym Rzecznika Praw Obywatelskich. Ważne dla osadzonych informacje zawieszono także przy wejściach do jednostek, w salach widzeń, kantinach i w oddziałowych świetlicach.

Tablice informacyjne i skrzynki znajdowały się jednak z reguły zbyt wysoko, co utrudniało osobom na wózku inwalidzkim ich użytkowanie²³⁰. Z kolei dla osób słabowidzących barierą była zbyt mała wielkość liter i cyfr w tekstach informacji dla osadzonych²³¹.

Optymalnym rozwiązaniem, poza stosowaniem dużych czcionek i liter, byłoby umieszczenie wszelkich informacji i tablic informacyjnych na wysokości od 80 cm (dolna krawędź) do 180 cm (górną krawędź) zwłaszcza w pawilonach mieszkalnych, gdzie znajdują się cele przeznaczone do osadzania osób z niepełnosprawnością ruchową.

6. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

Zakres i sposób kontaktów skazanego ze światem zewnętrznym jest uzależniony od rodzaju i typu zakładu karnego, w którym odbywa on karę i jest regulowany porządkiem wewnętrznym danego więzienia. W przypadku osób tymczasowo aresztowanych dodatkowe ograniczenia w tym zakresie są zależne od decyzji tzw. organów dysponujących (prokuratury, sądy), które muszą wyrazić zgodę na kontakt takich osób z osobami z wolności.

Dla osób z niepełnosprawnościami nie przyjęto poza ogólnymi, żadnych szczególnych uregulowań w zakresie ich kontaktów ze światem zewnętrznym.

Nierozwiązana pozostaje sytuacja osób niewidomych i niedowidzących związana z dostępem do papierowej dokumentacji czy korespondencji. Bez możliwości skorzystania przez tych więźniów z odpowiedniego skanera, taka dokumentacja jest niedostępna. Jednocześnie nie są uregulowane kwestie dotyczące

²³⁰ Wyjątkiem w tym zakresie był ZK Przytuły Stare, gdzie tablice informacyjne były dostępne dla wszystkich czytelników.

²³¹ Przykładowo cennik w kantine ZK Przytuły Stare.

możliwości odczytania wpływających pism przez osobę zaufaną, czy też pracownika więzienia. Ze względu na brak konkretnych wytycznych, rozwiązanie w tym zakresie jest uznaniowe i zależy od decyzji dyrektora danej jednostki penitencjarnej, który może wyznaczyć widzącego współosadzonego do pomocy w odczycie, czy też życzliwości wychowawcy, który sam wejdzie w rolę pomocnika. Jednakże w czasie rozmów z niewidomymi osadzonymi, przedstawiciele KMPT odebrali sygnały, że korzystanie w tym zakresie z pomocy osób trzecich, zwłaszcza innych osadzonych, jest niekomfortowe i narusza ich prywatność.

Dobrym rozwiązaniem dla osób niewidomych i niedowidzących byłoby udostępnienie dokumentów (np. dostępu do akt spraw karnych poprzez Portal Informacyjny) również w formie elektronicznej, która umożliwiłaby ich odczytanie przez program czytający, zamontowany na komputerze udostępnianym osobom pozbawionym wolności. Celowe wydaje się także umożliwienie przekazywania wniosków do administracji jednostki w formie elektronicznej lub przygotowania tekstów korespondencji na komputerze więziennym, który po wyposażeniu w specjalistyczne oprogramowanie dla osób niewidzących, pomaga także pisać.

Odnosząc się do wcześniejszych uwag dotyczących rozmieszczenia osób z niepełnosprawnością ruchową w jednostkach penitencjarnych, należy zauważyć, że miejsce odbywania kary czy wykonywania aresztu ma istotny wpływ na częstotliwość i formę kontaktu więźniów z rodziną, bliskimi i znajomymi.

Wyznaczenie tylko kilku placówek jako miejsca odbywania kary dla osób poruszających się na wózkach i tylko jednej dla osób niewidomych, oznacza, że mogą one być umieszczone daleko od rodziny i miejsca zamieszkania. Lokalizacja jednostki w znacznej odległości od miejsca zamieszkania bliskich osadzonego, zdecydowanie nie sprzyja obu stronom w podtrzymywaniu bezpośrednich relacji w formie widzeń.

Stanowić to też może trudność w odwiedzaniu więźniów przez ich bliskich z niepełnosprawnością ruchową. Do Rzecznika Praw Obywatelskich w tej sprawie wpływają skargi i prośby o pomoc. Przykładem jest pismo matki więźnia, którego przetransportowano z placówki w rodzinnym mieście do zakładu karnego kilkaset kilometrów dalej. Skazany ten miał 4 dzieci, z których 2 było osobami z niepełnosprawnością. Nie tylko sfinansowanie podróży na widzenie stanowiło

problem dla tej rodziny, lecz był nim również też stan zdrowia dzieci. W ocenie KMPT opisana sytuacja stanowi przejaw nieludzkiego traktowania zarówno samego więźnia, jak i jego bliskich.

Realizacja najbardziej oczywistej formy kontaktów z osobami spoza więzienia - widzeń – z perspektywy więźniów z niepełnosprawnością ruchową wcale nie jest taka oczywista ze względu na bariery architektoniczne.

W zdecydowanej większości zwizytowanych zakładów karnych i aresztów śledczych²³² dostęp do sali widzeń dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim był bowiem niemożliwy lub utrudniony ze względu na schody, zbyt wysokie progi, przewężenia w korytarzach i w świetle drzwi wiodących do sal (o szerokości uniemożliwiającej transport wózkiem inwalidzkim). Brakowało również udogodnień w postaci np. windy²³³ lub urządzenia do transportu osoby niepełnosprawnej po schodach (tzw. schodołaza²³⁴). Zdarzało się również, że istniejące udogodnienia były w praktyce niedostępne dla osób z niepełnosprawnościami ruchowymi np. podjazdy dla wózków inwalidzkich o zbyt ostrym kącie nachylenia, nie pozwalające na wjechanie po nich osobom poruszającym się w ten sposób, zwłaszcza ze słabszymi rękami²³⁵.

Sposóbumeblowania przestrzeni sal widzeń również na ogół ograniczał ich dostępność np. przytwierdzone na stałe do podłogi krzesła, brak wolnych miejsc dla osób na wózkach inwalidzkich²³⁶. Z kolei w pomieszczeniach do widzeń w trybie art. 138 ust. 1 pkt 3 K.k.w. (tzw. intymnych) brakowało zazwyczaj przestrzeni manewrowej, udogodnień dla niepełnosprawnych czy choćby możliwości wjazdu ze względu na zbyt wąskie drzwi.

Z podobnymi problemami borykać się muszą odwiedzający więźniów bliscy poruszający się na wózkach inwalidzkich oraz wykonujący służbowe zadania pracownicy i współpracownicy różnych instytucji.

²³² Poza ZK Przytuły, AŚ Warszawa-Grochów oraz ZK Włocławek, gdzie utrudnień było najmniej.

²³³ Wyjątkiem w tym zakresie był AŚ Kraków, AŚ Radom i AŚ Gdańsk (gdzie jednak w czasie wizytacji KMPT nie użytkowano wind do transportu osób z niepełnosprawnością) oraz oddział szpitalny AŚ (gdzie jednak do samego wejścia do budynku wiodły jedynie schody).

²³⁴ Wyjątkiem w tym zakresie był ZK Przytuły i AŚ Kraków.

²³⁵ AŚ Warszawa-Grochów.

²³⁶ AŚ Lublin, AŚ Wrocław, ZK Hrubieszów i AŚ Szczecin.

Mechanizm dostrzega w tej mierze problemy wspólne dla wszystkich jednostek penitencjarnych. Po pierwsze osobie z niepełnosprawnością trudno się wcześniej przygotować na ewentualne bariery w zakresie dostępności danego więzienia, albowiem strony internetowe placówek Służby Więziennej w czasie wizytacji KMPT były niezgodne ze standardem WCAG 2.0.²³⁷ i nie zawierały informacji na temat dostępności obiektu, możliwej asysty, czy numeru telefonu dedykowanego dla osób z niepełnosprawnością odwiedzających osadzonych.

Po drugie przy jednostkach penitencjarnych nie zawsze były wyznaczone miejsca do parkowania dla osób z niepełnosprawnością.

Po trzecie większość wejść dla odwiedzających była niemożliwa do pokonania przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich. Oto jeden opisów takich sytuacji.

Niemożliwe jest wejście do poczekalni poprzez główne drzwi prowadzące do jednostki, ze względu na ich szerokość, która nie spełnia standardu 90 cm (w AŚ – 83 cm). Ponadto odwiedzający muszą pokonać próg o wysokości 12 cm, schody oraz przejście niezapewniające przestrzeni manewrowej 150x150 cm. Wizytujących poinformowano, że osoby korzystające z wózków mogą dostać się na teren jednostki poprzez bramę główną, jednakże ta droga także naraża ich na niedogodności. Dzwonek umieszczony jest na wysokości powyżej 80-120 cm, co sprawia, że jest poza zasięgiem ręki osoby poruszającej się na wózku, jest ona także niewidoczna w oku wizjera. Co więcej, po otwarciu bramy, konieczne jest pokonanie szczeliny po prowadnicy o znacznej szerokości i głębokości (10 cm), co może być niemożliwe dla osoby mającej trudność z utrzymaniem balansu. Drzwi w bramie posiadają próg o wysokości znacznie większej niż dopuszczalne 2 cm (w AŚ – 6 cm). Niezależnie od wybranego sposobu wejścia na teren jednostki, osoba odwiedzająca musi pokonać bariery architektoniczne. Żadnego z wejść nie można zatem uznać za całkowicie dostępne²³⁸.

Warto dodać, że we wszystkich jednostkach penitencjarnych brakowało również udogodnień dla osób z innymi niepełnosprawnościami, pozwalających

²³⁷ WCAG 2.0 (Web Content Accessibility Guidelines - wytyczne dotyczące ułatwień w dostępie do treści publikowanych w internecie) - to dokument, który zawiera wskazówki na temat tego, jak budować serwisy internetowe dostępne dla wszystkich.

²³⁸ AŚ Mokotów.

dostać się do sal widzeń (np. ścieżek prowadzących) lub korzystać w pełni z widzenia (np. dzięki pętlom indukcyjnym polepszającym słyszenie rozmówcy).

Poza odwiedzinami, w uzasadnionych wypadkach, za zgodą dyrektora jednostki penitencjarnej, skazani mają możliwość nawiązania kontaktu z rodziną i innymi osobami bliskimi za pośrednictwem komunikatora internetowego Skype.

Jednakże stanowiska komputerowe w większości jednostek penitencjarnych były niedostępne dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Aby się do nich dostać, nierzadko trzeba było pokonać schody i wąskie drzwi²³⁹. Nadto jak wskazano w punkcie dotyczącym prawa do informacji, komputery więzienne nie są standardowo wyposażone w sprzęt ułatwiający ich obsługę przez osoby niewidzące i słabowidzące.

Podobny problem dotyczy aparatów telefonicznych, które w większości więzień powieszono zbyt wysoko, aby siedząca na wózku inwalidzkim osoba mogła swobodnie z nich korzystać²⁴⁰. W jednym z zakładów karnych²⁴¹ telefony zamknięte zostały w metalowych klatkach, do których żadna osoba na wózku inwalidzkim nie mogła się dostać, i w których nie było dla nich dogodnej przestrzeni manewrowej.

Ponadto aparaty w jednostkach penitencjarnych z reguły nie posiadają klawiszy ułatwiających korzystanie z nich osobom z niepełnosprawnością wzroku lub z ograniczeniami manualnymi. Tylko w jednym zakładzie karnym²⁴² telefony miały regulację głośności i funkcję umożliwiającą wysyłanie wiadomości tekstowych, co z kolei jest udogodnieniem dla osób głuchych i słabosłyszących.

Przedstawiciele KMPT nie odebrali od więźniów z niepełnosprawnością sygnałów dotyczących problemów z wysyłaniem i odbiorem adresowanej do nich korespondencji. Należy jednak pamiętać, żeby nie zawieszać skrzynek na korespondencję zbyt wysoko, by osoba siedząca na wózku inwalidzkim mogła do nich dosięgnąć.

²³⁹ Przykładem takich jednostek jest ZK Wrocław, w którym do sali ze Skype prowadziły drzwi o szerokości 56 cm, z progiem o znacznej wysokości, ale też i inne placówki np. AŚ Gdańsk i AŚ Mokotów oraz ZK Przytuły Stare.

²⁴⁰ Do najwyższej położonego przycisku nie powinno być wyżej niż 120 cm.

²⁴¹ ZK Przytuły Stare.

²⁴² ZK Hrubieszów.

Reasumując, w większości jednostek penitencjarnych komunikowanie się więźniów z niepełnosprawnościami (bezpośrednie i za pomocą komputera z dostępem do internetu lub telefonów) wymaga likwidacji barier architektonicznych i wprowadzenia takich udogodnień, jak pętle indukcyjne i ścieżki prowadzące.

Należy też pamiętać o odpowiednio dużych czcionkach ogłoszeń i informacji eksponowanych na tablicach informacyjnych oraz obrazkowej formie ich przedstawiania.

Przynajmniej jeden komputer w jednostce powinien być dostępny dla osób niewidomych i niedowidzących. Osoby z niepełnosprawnością sensoryczną i ze słabszymi rękami, powinny mieć dostęp do telefonów przystosowanych do ich dysfunkcji.

7. Prawo do ochrony zdrowia

Pozbawiając kogoś wolności, państwo bierze na siebie pełną odpowiedzialność za niepogorszenia stanu jego zdrowia w trakcie izolacji. Miarą tej odpowiedzialności jest bezpłatna opieka medyczna, z której korzystają więźniowie.

To bardzo ważne z perspektywy potrzeb osób z niepełnosprawnościami, które często wynikają z wciąż trwających i wymagających leczenia chorób lub świeżych kontuzji, czy też z dawniejszych urazów, których skutki wymagają pomocy medycznej i rehabilitacji.

Zgodnie ze standardem opartym na treści orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawach dotyczących osób pozbawionych wolności, w razie potrzeby więźniowie muszą mieć zapewnioną stałą opiekę lekarską, nie wystarczą sporadyczne wizyty lekarza ogólnego (sprawa Hummatov przeciwko Azerbejdżanowi, skargi nr 9852/03 i 13413/04, wyrok z dnia 29 listopada 2007 r.) lub opieka współwięźniów (sprawa Kaprykowski przeciwko Polsce, skarga nr 23052/05, wyrok z dnia 3 lutego 2009 r.). Gdy udzielenie pomocy ambulatoryjnej okaże się niewystarczające, niezbędne jest zapewnienie leczenia specjalistycznego (sprawa Dzieciak przeciwko Polsce, skarga nr 77766/01, wyrok z dnia 9 grudnia 2008 r.).

Analiza dostępności pomocy medycznej dla więźniów z niepełnosprawnościami wskazuje, że co do zasady ich prawo do ochrony zdrowia jest respektowane. W każdej jednostce penitencjarnej funkcjonują podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności. Są nimi: ambulatoria z izbami chorych (we wszystkich jednostkach penitencjarnych) oraz kilkanaście szpitali więziennych. W ramach tych podmiotów działają oddziały szpitalne, gabinety lekarskie, pracownie diagnostyczne, gabinety stomatologiczne, pracownie rehabilitacji i fizykoterapii oraz apteki zakładowe. W sytuacji, gdy w jednostce nie ma kadry medycznej, więziennictwo korzysta ze świadczeń Zespołów Ratownictwa Medycznego. W przypadku braku możliwości zapewnienia adekwatnej opieki zdrowotnej możliwe jest wystąpienie do sądu penitencjarnego o udzielenie osadzonemu przerwy w odbywaniu kary lub uchylenie środka zapobiegawczego (aresztu).

Newralgiczną sytuacją jest konieczność konsultacji czy badania, którego nie można wykonać w więzieniu i trzeba skorzystać z wolnościowych placówek Narodowego Funduszu Zdrowia czy innych firm zewnętrznych.

Podczas wizytacji przedstawiciele Mechanizmu odebrali od kadry medycznej w niektórych jednostkach penitencjarnych sygnały, że **personel części pozawięziennych placówek medycznych niechętnie umawia więźniów (w tym osadzonych z niepełnosprawnościami) na wizyty w ich placówkach, co jest motywowane niechęcią lekarzy do tej grupy pacjentów.** Zazwyczaj pracownicy aresztów śledczych i zakładów karnych uzasadnione w ten sposób odmowy odbierają w sposób nieformalny np. ustnie, i radzą sobie z tym szukając po prostu jakiejś innej przychodni czy szpitala. Formalne wystąpienia w tej sprawie kończą się bowiem otrzymaniem wymijającej odpowiedzi, np. takiej jak ta:

W związku z pismem [dane usunięto] z przykrością informujemy, że na chwilę obecną nie możemy przychylić się do Państwa prośby dotyczącej wykonywania konsultacji neurochirurgicznych u osadzonych. Właściwym dla tego typu konsultacji wydaje się być Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie przy ul. Wołoskiej. Jednocześnie dziękujemy za uznanie dla naszej fachowości, jakości i rzetelności świadczonych usług²⁴³.

²⁴³ Pismo Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie przedstawione jako ilustracja opisanego problemu podczas wizytacji AŚ Warszawa-Grochów.

Odmowy bywają także uzasadniane dużą liczbą pacjentów:

W odpowiedzi na Państwa pismo z dnia 2 kwietnia 2015 r. Mazowiecki Szpital Bródnowski Sp. z o.o. informuje, że ze względu na dużą liczbę pacjentów nie jest w stanie zapewnić Państwu świadczeń medycznych w zakresie konsultacji neurochirurgicznych²⁴⁴.

W ocenie KMPT takie sytuacje są niedopuszczalne i dyskryminujące dla pacjentów pozbawionych wolności. Zgodnie z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty²⁴⁵ lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Odmowa podjęcia lub odstąpienia od leczenia, przewidziana w art. 38 ust. 1 cytowanej ustawy nie dotyczy powyższej sytuacji i nie może nastąpić, jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, jeżeli nie istnieją poważne ku temu powody i nie uzyskał na to zgody swojego przełożonego. Poważnym powodem nie może być także niechęć do pacjenta wynikająca z dyskryminacyjnych pobudek.

Natomiast zgodnie z art. 38 ust. 4 tego samego aktu prawnego, w przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Oznacza to, że oceny stanu zdrowia dokonuje nie pracownik rejestracji - ale wyłącznie lekarz.

Pacjent niewymagający natychmiastowej pomocy medycznej może spotkać się z odmową przyjęcia w wybranej placówce w dniu, kiedy zgłasza się do niej, a ta nie dysponuje np. wolnymi łóżkami, czy też gdy wszystkie godziny konsultacji i badań zostały już zarezerwowane przez innych chorych. Pacjent musi być jednak wpisany na listę osób oczekujących w kolejce medycznej. Świadczeniodawca powinien odnotować jego dane, rozpoznanie oraz wskazać mu termin udzielenia świadczenia. Identyczne zasady powinny dotyczyć również więźniów.

²⁴⁴ Kolejny przykład przekazany przez kadrę AŚ Warszawa-Grochów.

²⁴⁵ Tekst jedn.: Dz.U. z 2018 r. poz. 617.

Osoby z trwałymi i przejściowymi niepełnosprawnościami wymagającymi rehabilitacji zapobiegającej pogarszaniu się ich stanu fizycznego, załagodzenia bólu itp. mogą korzystać z rehabilitacji w trakcie pozbawienia wolności. Powszechnie wiadome jest jednak, że dostanie się na zabiegi w Polsce w ramach NFZ nie jest łatwe i szybkie. Osoby pozbawione wolności są jednak jeszcze w gorszej sytuacji ze względu na ograniczoną liczbę miejsc, w których z takiej rehabilitacji mogłyby skorzystać.

Godzina spaceru dziennie to nic. W więzieniu brakuje mi ruchu i zaczęły dokuczać mi nogi. Jestem po operacji kolan, leczony tabletkami przeciwbólowymi. Z bólu nie mogę jednak spać po nocach. Skierowano mnie na rehabilitację do Łodzi. Czekam już rok. Złożyłem więc wniosek o przerwę w karze, bo chciałem się leczyć na własną rękę. Właśnie dostałem decyzję odmowną, bo uznano, że Zakład Karny ma możliwość leczenia mnie dalej²⁴⁶.

W więziennictwie trwa dyskusja na temat słuszności dalszego funkcjonowania służby zdrowia w jego ramach. W międzyczasie zachodzą niezbyt korzystne dla więźniów zmiany. Przykładowo do końca 2014 r. Areszt Śledczy w Warszawie-Mokotowie świadczył usługi w zakresie rehabilitacji osadzonych, które z założenia nie są możliwe na terenie innych jednostek penitencjarnych. Czas oczekiwania na rehabilitację osób pozbawionych wolności w pobliskich więzieniach wynosił wówczas średnio ok. 2 tygodni. Wskazana placówka zakończyła świadczenie usług w tym obszarze, a zatem zajęcia dla osób potrzebujących rehabilitacji, w tym osób z niepełnosprawnością odbywają się w innych jednostkach penitencjarnych, a czas oczekiwania wydłużył się aż do 2 lat²⁴⁷.

Należy też wspomnieć informację jednego z dyrektorów zakładów karnych²⁴⁸ na temat rejonizacji, której podlegają zakłady karne i areszty śledcze w związku z leczeniem osadzonych w przywięziennych placówkach służby zdrowia, skutkiem czego pacjenci transportowani są do odległych miejscowości. Jest to również

²⁴⁶ Fragment anonimowej rozmowy z jednym z osadzonych.

²⁴⁷ Na podstawie informacji uzyskanych od personelu medycznego wizytowanych jednostek penitencjarnych, m.in. w AŚ Grójec.

²⁴⁸ ZK Przytuły Stare.

pokłosie rozpoczętego w roku 2015 procesu restrukturyzacji szpitali więziennych i likwidacji niektórych z nich²⁴⁹.

Kolejne zastrzeżenia ekspertów i przedstawicielei KMPT w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej związane były - podobnie jak w przypadku prawa do kontaktu ze światem zewnętrznym i innych opisanych wyżej kwestii - z barierami architektonicznymi i brakiem udogodnień dla osób ze wszystkimi typami niepełnosprawności (ruchowej i sensorycznej).

Największe wady w tym zakresie dotyczyły osób poruszających się na wózkach inwalidzkich i korzystających z kul łokciowych.

Zarówno cele dla niepełnosprawnych w szpitalnych oddziałach, jak i izby chorych²⁵⁰ w ambulatoriach więziennych, na ogół nie były dostosowane do potrzeb osób mających problem z poruszaniem się. Problemy w tym zakresie były identyczne jak w zwykłych celach dla osób z niepełnosprawnością ruchową: zbyt wysokie zamontowanie klamek okiennych, szafek, włącznika światła i sygnalizacji alarmowo-przyzywowej (lub jej całkowity brak), zbyt niskie umieszczenie poręczy przy muszli ustępowej i umywalce lub całkowity brak udogodnień w łazienkach oraz niewystarczająca przestrzeń manewrowa. Łóżka dla chorych nie posiadały regulacji wysokości. Powszechny był również brak materacy przeciwoodleżynowych.

Wskazać w tym miejscu należy, że izby chorych w jednostkach penitencjarnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności*²⁵¹ obowiązkowo powinny spełniać wymogi dostępności dla osób z niepełnosprawnością ruchową.

Niestety w przypadku znacznej części aresztów śledczych i zakładów karnych również **dostęp do ambulatorium i gabinetów lekarskich dla osób poruszających**

²⁴⁹ Szpitale, których wiek i stan nie pozwalał na dostosowanie do obowiązujących standardów, zostały zlikwidowane ze względu na olbrzymie koszty ich ewentualnego remontu. Więcej na ten temat w odpowiedzi na zapytanie poselskie nr 7747 z dnia 22 stycznia 2015 r. w tej sprawie. <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=6CD2EBF7>

²⁵⁰ ZK Gębarzewo, ZK Przytuły Stare, AŚ Mokotów, AŚ Gdańsk, AŚ Poznań, AŚ Suwałki, AŚ Warszawa-Grochów, ZK Bydgoszcz-Fordon.

²⁵¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 808.

się na wózku inwalidzkim był utrudniony²⁵² lub wręcz niemożliwy ze względu na konieczność pokonywania schodów, wąskich korytarzy czy drzwi oraz przejazdu przez zbyt wysokie progi²⁵³. Utrudnienia w manewrowaniu wózkiem były też wadą licznych pomieszczeń medycznych (m.in. skutkiem złego ustawienia mebli). W pomieszczeniach tych brakowało także dodatkowych udogodnień, w tym możliwości regulacji wysokości łóżka.

W niektórych jednostkach penitencjarnych powyższy problem rozwiązano organizując badania w celach mieszkalnych dla osób z niepełnosprawnością ruchową²⁵⁴. Zastrzeżenie KMPT budzi jednak problem braku intymności takich wizyt lekarskich (w przypadku cel wieloosobowych odbywają się one przy innych osadzonych) oraz niemożność skorzystania przez więźniów z pomocy lekarskiej w pełnym zakresie (pewne usługi np. stomatologiczne, mogą być świadczone wyłącznie w niedostępnych dla osób z niepełnosprawnością ruchową pomieszczeniach ambulatorium).

Z tego względu reprezentanci KMPT zalecają, aby gabinet lekarski był dostępny na tym samym poziomie, gdzie mieści się cela dla osób z niepełnosprawnością. Jeśli jest to niemożliwe, należy zagwarantować inny, możliwy dla niepełnosprawnego dostęp do tego pomieszczenia (windą, schodołaz).

Pomieszczenia opieki zdrowotnej w więzieniach tak, jak inne pomieszczenia wspólne, nie powinny mieć progów, natomiast powinny posiadać odpowiednio szerokie drzwi i oznaczenia dla słabowidzących. W gabinetach lekarskich nie powinno się zapominać o udogodnieniach dla osób z niepełnosprawnościami, w tym np. o kozetkach lekarskich z regulowaną wysokością.

²⁵² Przykładowo w ZK Włocławek pochylnia wiodąca do budynku nie miała spocznika, poręczy i była pochylna pod zbyt ostrym kątem, by z niej bez problemów korzystać.

²⁵³ Należy pod tym względem pozytywnie wyróżnić ZK Hrubieszów, w którym dostęp do działu więziennej służby zdrowia był ułatwiony dzięki prawidłowo zbudowanemu podjazdowi i osobnemu wejściu dla osób z niepełnosprawnością. Niestety nie można go przedstawić jako modelowy ze względu na wady dostępności w samych pomieszczeniach.

²⁵⁴ AŚ Radom, AŚ Grójec, ZK Koronowo.

Eksperci z zakresu medycyny wizytujący jednostki penitencjarne przeznaczone dla osób z niepełnosprawnościami nie stwierdzili nieprawidłowości w opiece medycznej dotyczącej tej grupy osadzonych.

Wątpliwości KMPT wzbudziły jednak pewne przypadki postępowania przedstawicieli więziennej służby zdrowia z osobami z niepełnosprawnościami, które w ich relacjach wydawały się dramatyczne. Warto przytoczyć dwie przykładowe sprawy tego typu, aby zilustrować ich specyfikę.

Pierwszy przypadek dotyczył więźnia skarżącego się na brak kul wspomagających chodzenie. Osadzony wyjaśnił, że ma jedną nogę krótszą od drugiej i w związku z tym złożył prośbę o pomoc w uzyskaniu kul, które pomogłyby mu w samodzielnym poruszaniu się. Prośba osadzonego nie została rozpoznana z uwagi na konieczność zaopiniowania jej przez lekarza ortopeda, co miało trwać 2 miesiące. Zgodnie z wyjaśnieniami administracji aresztu śledczego, w którym przebywał²⁵⁵, wniosek w tej sprawie został złożony przez osadzonego dopiero po wizytacji KMPT. Prośba ta została niezwłocznie pozytywnie zaopiniowana przez ortopeda, ale gdy przystąpiono do jej realizacji, tymczasowo aresztowany wyszedł z aresztu po wpłaceniu kaucji.

Analiza dat wskazanych przez samą administrację jednostki penitencjarnej, ujawniała jednak, że do zbadania osadzonego przez ortopeda i wydania pozytywnej opinii o konieczności przekazania mu kul łokciowych, doszło w dniu rozpoczęcia wizytacji, a zatem wniosek w tej sprawie więzień musiał złożyć odpowiednio wcześniej, a nie *post factum*. Wyjaśnienia kierownictwa aresztu śledczego wydają się zatem mijać z rzeczywistością.

Kolejna sprawa dotyczyła całkowicie sparaliżowanego więźnia z niewyleczonymi odleżynami, co mogło świadczyć o braku zapewnienia mu odpowiedniej opieki zdrowotnej. Według relacji osadzonego, nie otrzymał on także pomocy w formie rehabilitacji²⁵⁶.

Po sprawdzeniu stanu faktycznego okazało się, że osoba ta przybyła do jednostki z zaniedbanymi odleżynami (zgodnie z dokumentacją lekarską stan ten trwał od 2000 r.) i została umieszczona w szpitalu więziennym na wniosek jego

²⁵⁵ AŚ Gdańsk.

²⁵⁶ AŚ Warszawa-Mokotów.

dyrektora ze względów humanitarnych (nie było wskazań do leczenia szpitalnego). Od samego początku pobytu więzień ten objęty była wysokospecjalistyczną opieką lekarską. Był on wielokrotnie konsultowany przez chirurgów (leczenie odleżyn), neurologa, urologa, a także przez neurochirurga, psychiatrę i ortopedę. W zastosowanym procesie leczenia założono i prowadzono indywidualną kartę profilaktyki leczenia odleżyn, a w wyniku stosowania codziennych opatrunków oraz nadzoru chirurgicznego uzyskano poprawę. Aby osiągnąć jeszcze lepsze efekty, osadzony był dwukrotnie konsultowany w klinice chirurgii plastycznej, gdzie zaplanowano leczenie operacyjne.

Wbrew twierdzeniom więźnia, personel medyczny dowodził, że był on rehabilitowany w gabinecie fizykoterapii. Do dnia wizytacji odnotowano kilka długich cykli, które miały zapobiegać nadmiernym przykurczom kończyn (nie było możliwe całkowite przywrócenie ich funkcji). Osadzony jednak nie chciał współpracować z personelem medycznym, odmawiał też przyjmowania zaleconego leku, co skutkowało nasileniem się objawów spastycznych.

Wyjaśnienia administracji aresztu śledczego wskazują na to, że prawo do opieki medycznej opisanego pacjenta - osoby z niepełnosprawnością - było respektowane. Być może postępowanie więźnia było motywowane pragnieniem odzyskania wolności, niemniej jednak zaangażowanie pracowników medycznych Służby Więziennej spotkało się z postawą, która może negatywnie wpływać na postrzeganie przez personel medyczny innych osób z niepełnosprawnością w podobnej sytuacji.

Dlatego warto, aby personel jednostek penitencjarnych, który ma do czynienia na co dzień z trudnymi przypadkami, zarówno medycznymi, jak i wynikającymi ze stanu psychicznego (determinowanego również sytuacją rodzinną czy osobistą w jednostce penitencjarnej) osób pozbawionych wolności (w szczególności dotyczy to psychologów i psychoterapeutów), miał wsparcie w postaci regularnych superwizji. Służy ona rozładowaniu napięć powstałych w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych. Takie spotkania mogłyby przyczynić się również do polepszenia relacji pomiędzy personelem, co w rezultacie może mieć bezpośrednie przełożenie na jakość ich pracy i poziom sprawowanej opieki nad więźniami.

8. Personel.

Wizyty tematyczne ujawniły problem kompletnego nieprzygotowania kadry Służby Więziennej do pracy z osobami z niepełnosprawnościami. A przecież postawa personelu jest kluczowym elementem w zapewnianiu ochrony praw człowieka więźniów niepełnosprawnych i skutecznego przeciwdziałania przejawom wszelkiej dyskryminacji w więzieniu.

Warto przywołać w tym miejscu także standardy Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom [patrz: Fragment Drugiego Sprawozdania Ogólnego (CPT/Inf 92/ 3) dot. szkoleń funkcjonariuszy służb porządku publicznego], które wskazują, że *nie ma lepszej gwarancji przeciwko złemu traktowaniu osoby pozbawionej wolności, niż dobrze wyszkolony funkcjonariusz Policji czy Służby Więziennej.*

Mając na względzie przeznaczenie wizytowanych jednostek, przedstawiciele KMPT zalecają objęcie wszystkich funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej mających bezpośredni kontakt w swojej pracy z osadzonymi z niepełnosprawnościami, szkoleniami obejmującymi sposób postępowania z tą grupą więźniów oraz pogłębiającymi ich w wiedzę z zakresu ograniczeń wynikających z dysfunkcji narządów ruchu, wzroku i słuchu.

Pracownicy powinni być przeszkoleni w celu skutecznego nadzoru nad osobami z niepełnosprawnościami, aby zapobiec nadużyciom wobec nich i złemu traktowaniu przez innych więźniów. Należy również przeszkolić personel w celu wczesnego wykrywania symptomów przemocy stosowanej wobec osadzonych z niepełnosprawnościami.

9. Zajęcia kulturalno-oświatowe i sportowe.

Standardowo wszyscy osadzeni, niezależnie od stanu zdrowia czy fizycznych ograniczeń mogą spędzać wolny od obowiązków czas w celach i w świetlicach oglądając TV, słuchając więziennego radiowęzła, czytając udostępniane w bibliotece książki i prasę, grając w gry stolikowe i zręcznościowe oraz korzystając ze spacerów. Organizowane są też turnieje wiedzy i spotkania z ciekawymi osobami,

koncerty i występy artystyczne, a jeżeli jednostka dysponuje salą gimnastyczną, boiskiem sportowym czy siłownią - także zajęcia sportowe.

Programy resocjalizacyjne adresowane do skazanych zazwyczaj są liczne i mogą odbywać się np. z wykorzystaniem technik arteterapii (np. zajęcia ze zdobnictwa, fotografii, dekoratorstwa i rysunku²⁵⁷). Osadzeni mogą też zresztać się w różnych klubach m.in. dyskusyjnych i kołach zainteresowań np. filmowych czy muzycznych²⁵⁸.

Zwykle w trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT otrzymują informacje, że *osoby niepełnosprawne fizycznie mają możliwość - na zasadach ogólnych - korzystania ze wszystkich dostępnych na terenie placówki form zajęć*. Jest to jednak tylko teoretyczna możliwość. W praktyce bowiem **w działalności kulturalno-oświatowej i sportowej sporadycznie uwzględnia się zainteresowania i możliwości osób z niepełnosprawnościami**. Pozytywnych przykładów takich, jak spotkanie z medalistką igrzysk paraolimpijskich w Pekinie czy cyklicznie organizowane programy resocjalizacyjne *Z tolerancją na TY*, w ramach których skazani poznawali problemy osób z niepełnosprawnościami²⁵⁹, jest niewiele. Na ogół też jedyną dostępną formą ruchu dla więźniów z niepełnosprawnością w czasie wolnym, jest spacer.

Uwzględniając standardowe bariery architektoniczne w postaci schodów i braku windy, należy jednak stwierdzić, że nawet ten skromny dostęp osadzonych z niepełnosprawnością do nielicznych zajęć, a także zwykłego spaceru jest znacznie utrudniony.

Również wśród licznych programów resocjalizacyjnych nie było żadnych, które dedykowane były osobom z niepełnosprawnościami²⁶⁰.

A przecież istnieją alternatywne formy oferty kulturalnej czy sportowej dla tej grupy osadzonych i jest możliwość opracowania takich programów resocjalizacyjnych, w których mogliby wziąć udział skazani z niepełnosprawnościami.

²⁵⁷ AŚ Gdańsk.

²⁵⁸ Bogata oferta klubów i kół zainteresowań dla osób o obniżonej sprawności była prowadzona w AŚ Warszawa-Grochów.

²⁵⁹ AŚ Grójec. Podobną ofertę przy współpracy ze Stowarzyszeniem *Dajmy razem szansę* miał też ZK Przytuły Stare.

²⁶⁰ Problem ten występował w większości jednostek penitencjarnych, m.in. w AŚ Lublin, AŚ Poznań, AŚ Radom, ZK Włocławek, ZK Przytuły Stare, ZK Koronowo.

Większość bibliotek wizytowanych przez KMPT zakładów karnych i aresztów śledczych nie dysponowała książkami napisanymi w alfabecie Braille'a i w wersji audio dla osób niewidomych lub słabowidzących. Niektóre jednostki penitencjarne, które je posiadały, dysponowały bardzo skromną ich liczbą w porównaniu z zasobem bibliotecznym papierowych książek²⁶¹.

Świetlice dostępne dla osób niepełnosprawnych nie miały wyposażenia, z którego osadzeni z niepełnosprawnością ruchową mogliby korzystać²⁶². W czasie wizytacji jednego z aresztów śledczych²⁶³ osoby takie zostały umieszczone w pawilonie nie posiadającym w ogóle świetlicy.

Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu trafnie zauważa, iż kluczowe znaczenie dla dobrego samopoczucia osadzonych ma odpowiedni program ich aktywności (praca, nauka, sport, itd.). Odnosi się to do wszystkich ośrodków pozbawienia wolności, zarówno do zakładów karnych, jak i aresztów śledczych. (Fragment § 47 Drugiego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (92) 3]). Podobnie kwestia ta została przedstawiona w Europejskich Regułach Więziennych, które wspominają, że rygor panujący w jednostkach penitencjarnych powinien pozwalać więźniom na spędzanie jak największej liczby godzin w ciągu dnia poza ich celą dla zapewnienia właściwego poziomu ludzkich i społecznych interakcji (Reguła 25.2).

Służba Więzienna powinna podjąć wszelkie możliwe środki w celu zapewnienia równego dostępu więźniów z niepełnosprawnością do działalności więziennej, w tym rekreacji. Osób z niepełnosprawnościami nie można skazać na trwającą kilka tygodni lub miesięcy beczynność w zamkniętej celi, niezależnie od tego, jak dobre warunki bytowe mogłyby tam panować. Powinno dążyć się do zapewnienia, aby tak samo, jak w pełni sprawni więźniowie, mieli oni możliwość spędzenia odpowiedniej części dnia (8 lub więcej godzin) poza celami, w celu podjęcia działalności o różnym charakterze.

²⁶¹ Przykładowo AŚ Szczecin.

²⁶² Problem ten występował np. w AŚ Gdańsk.

²⁶³ AŚ Szczecin.

10. **Zatrudnienie oraz nauczanie.**

Praca więźniów, o ile nie jest narzędziem represji i nie sprowadza ich do roli taniej lub całkowicie bezpłatnej siły roboczej, jest fundamentem resocjalizacji. Wykonywanie pracy zarobkowej świadczy bowiem o dobrym przystosowaniu i właściwym pełnieniu ról społecznych, co jest oczekiwane w pozytywnej przemianie skazanego²⁶⁴. Kwestia zatrudniania więźniów jest dobrze znana Służbie Więziennej, która wobec treści art. 121 K.k.w. jest zobowiązana do zapewnienia osadzonemu, w miarę możliwości, miejsca pracy²⁶⁵.

Obecnie, w warunkach gospodarki rynkowej, podstawowym problemem jest brak pracy dla skazanych. Zdecydowana większość z nich nie pracuje, choć wielu z nich może i chce pracować, co również dotyczy osób z niepełnosprawnościami. Oczywiście wśród nich są i takie osoby, które wolą pobierać rentę czy też w obawie przed jej utratą nie chcą podejmować pracy. To podejście nie jest jednak charakterystyczne dla wszystkich osadzonych z niepełnosprawnościami.

Wątpliwości KMPT budzi jednak brak szkoleń zawodowych i programów adresowanych do poszczególnych grup osób z niepełnosprawnościami oraz niemal całkowity brak przypadków zatrudnienia więźniów z tej grupy.

Przedstawiciele KMPT podczas wizytacji tematycznych stwierdzili, że nie organizowano dla skazanych z niepełnosprawnościami żadnych kursów zawodowych. Według wyjaśnień Służby Więziennej mogli oni korzystać z ogólnodostępnych szkoleń. Jednakże wśród absolwentów kursów zawodowych, zorganizowanych przez jednostki penitencjarne, nie było osób z tej grupy. A zatem w warunkach więziennych osoby z niepełnosprawnościami nie pozyskują nowych umiejętności zawodowych oraz nie zdobywają w formie praktyk doświadczenia zawodowego, które mogłyby być pomocne w znalezieniu pracy po wyjściu na wolność.

Co ciekawe, pracownicy KMPT zetknęli się tylko z jednym przypadkiem prowadzenia przez Służbę Więzienną²⁶⁶ we współpracy z Polskim Związkiem Niewidomych w Bydgoszczy kursu samodzielności (tzw. rehabilitacji podstawowej z elementami orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się oraz nauki

²⁶⁴ W niniejszej części z oczywistych względów pominięto tymczasowo aresztowanych, których kwestia resocjalizacji i zatrudnienia nie dotyczy.

²⁶⁵ Przykładowo <http://www.sw.gov.pl/aktualnosc/Praca-skazanych-jako-efektywna-forma-resocjalizacji>

²⁶⁶ W ZK Bydgoszcz-Fordon.

pisma Braille'a), który może zostać uznany za dający podstawy do kolejnych szkoleń np. zawodowych. Niestety w czasie trwania badania przez KMPT, brała w nim udział tylko jedna osoba. Nadto podobnych kursów, ale adresowanych do osób pozbawionych wolności z innymi typami niepełnosprawności, nie organizowano w jednostkach dla nich przeznaczonych.

Przedstawiciele KMP zachęcają władze wszystkich jednostek penitencjarnych, do stworzenia warunków do rozwoju zawodowego osób z niepełnosprawnościami i mobilizowania ich do aktywnego w nim udziału.

Zgodnie z informacją udzieloną wizytującym, **nie pozyskiwano także miejsc zatrudnienia dla skazanych poruszających się na wózku inwalidzkim i osób o innym charakterze niepełnosprawności.** Nie było też żadnych planów w tym zakresie. Według danych przekazywanych przez Służbę Więzienną podczas poszczególnych wizytacji, nikt z przebywających wówczas w jednostkach penitencjarnych skazanych z niepełnosprawnościami nie był zatrudniony. Wyjątkiem był tylko jeden zakład karny²⁶⁷, gdzie spowodowano zatrudnienie osadzonego z niepełnosprawnością na ½ etatu w ekipie remontowo-budowlanej poza jednostką.

Ta smutna statystyka dotyczy również zatrudnienia na rzecz zakładów karnych i aresztów śledczych. Na ogół bowiem osoby zatrudnione na rzecz jednostki wykonują prace porządkowe i pomocnicze wymagające pełnej sprawności fizycznej.

Przedstawiciele KMPT zwracają uwagę na to, że osoby z niepełnosprawnościami powinny mieć taki sam dostęp do pracy jak osoby sprawne, a jedyną ewentualną barierą w tym zakresie może być orzeczenie lekarskie niedopuszczające do pracy na konkretnym stanowisku, proponowanym przez jednostkę penitencjarną.

Z uzyskiwanych wyjaśnień dotyczących tej sprawy wynika, że co do zasady nie ma dyskryminacji osób z niepełnosprawnością i że po prostu *do dyrektora jed-*

²⁶⁷ ZK Przytuły Stare.

nostki penitencjarnej nie występował żaden podmiot zewnętrzny z ofertą pracy dla osadzonych niepełnosprawnych.

Uwagę KMPT kierowano w informacjach na ten temat, raczej na wiodącą rolę firm i instytucji pozawięziennych w organizacji zatrudnienia skazanych cyt. *organizacje i instytucje współpracujące z Aresztem nie ograniczają i nie dyskryminują osób z dysfunkcjami fizycznymi w dostępie do organizowanych przez siebie spotkań, ale też nie skupiają swojej aktywności na osobach z niepełnosprawnością*²⁶⁸.

Ewentualnie wskazywano, że osoby z niepełnosprawnościami nie zgłaszały chęci podjęcia pracy i w przypadku, jeżeli osoba z niepełnosprawnością zgłosi chęć podjęcia zatrudnienia, kwestia ta rozpatrzona będzie zgodnie z obowiązującymi przepisami bez jakiegokolwiek formy dyskryminacji tej kategorii więźniów²⁶⁹.

Jednocześnie w żadnej jednostce penitencjarnej nie poszukiwano dla więźniów z niepełnosprawnością miejsc pracy odpowiadających ich możliwościom, poprzez współpracę z instytucjami i organizacjami zajmującymi się pomocą osobom z niepełnosprawnościami w znalezieniu pracy. Przedstawiciele KMPT nie zetknęli się również z przykładami ogłoszeń (np. na stronach internetowych jednostek penitencjarnych) dla potencjalnych pracodawców, odnoszących się do tej grupy poszukujących pracy więźniów²⁷⁰.

Więźniowie z niepełnosprawnością tak samo jak inni osadzeni powinni zostać zidentyfikowani pod kątem ich możliwości i szczególnych wymagań, w tym zwłaszcza potrzeb edukacyjnych, aby określić poziom i rodzaj wsparcia, którego wymagają, a także zaplanować działania zmierzające do ich wykształcenia i zatrudnienia. Te same zasady powinny obowiązywać w zakresie przygotowania osadzonych z niepełnosprawnościami do wyjścia na wolność.

²⁶⁸ AŚ Warszawa-Mokotów.

²⁶⁹ Przykładowo Areszt Śledczy Warszawa-Mokotów.

²⁷⁰ Przykład tego typu działalności <http://sprawniwpracy.com/korzysci-dla-pracodawcy>.

11. Prawo do praktyk religijnych.

Prawo do wyznawania przyjętej przez siebie religii jest wartością chronioną zarówno przez Konstytucję RP (art. 53 ust. 1 i 2), Powszechną Deklarację Praw Człowieka (art. 18), Europejską Konwencję Praw Człowieka (art. 9) oraz Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych (art. 18).

Jak wskazuje praktyka, osoby pozbawione wolności na ogół korzystają z postug kapelanów rzymskokatolickich, zatrudnianych zwyczajowo na etatach pracowników cywilnych Służby Więziennej. Odprawiają oni msze św. w więziennych kaplicach i w świetlicach oddziałów szpitalnych. Każdy osadzony, bez względu na niepełnosprawność może brać w nich udział raz w tygodniu (soboty/niedziele) lub co kilka tygodni (w przypadku placówek w których osadzonych należy izolować od siebie np. ze względu na toczące się postępowanie karne) oraz w wyznaczone święta kościelne. Księża świadczą też indywidualne postęgi religijne (osadzony pisze w tej sprawie prośbę, którą przekazuje duchownemu za pośrednictwem wychowawcy lub oddziałowego). Z okazji świąt kościelnych kapelani organizują spotkania rodzin z osadzonymi powiązane z poczęstunkiem i prezentami dla dzieci.

Msze święte są też transmitowane na żywo lub retransmitowane w radiowęzłach, co stanowi dużą dogodność dla osób z niepełnosprawnością ruchową lub dysfunkcją wzroku, w tym chorych, którzy nie mają siły czy ochoty osobiście brać w nich udziału.

Problemem w zakresie czynnego uczestnictwa w spotkaniach religijnych są bariery architektoniczne (głównie są to schody, wysokie progi oraz brak oznaczeń dla osób słabowidzących czy udogodnień dla niewidzących), które w ponad połowie zwizytowanych placówek²⁷¹ utrudniały osobom z różnymi typami niepełnosprawności ruchu dotarcie do kaplic. Wizytujący byli zapewniani w tych jednostkach, że w razie zgłoszenia przez osadzonego chęci uczestnictwa w nabożeństwie, jest on wnoszony po schodach. Jakkolwiek wychodzące naprzeciw potrzebom duchowym takich więźniów, nie jest to rozwiązanie optymalne.

²⁷¹ ZK Włocławek, AŚ Warszawa-Grochów, AŚ Wrocław, AŚ Szczecin, AŚ Suwałki, AŚ Radom (dot. tylko osób z niepełnosprawnością ruchu umieszczonych w izbach chorych), AŚ Poznań, AŚ Mokotów, AŚ Grójec. Pojedyncze niedogodności w postaci zbyt wysokiego – 15 cm - progu i zbyt wąskich drzwi stwierdzono odpowiednio w AŚ Gdańsk i w AŚ Lublin.

W kaplicach brakowało też udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami, w szczególności dla osób poruszających się na wózkach czy niedosłyszących (krzesła bez podłokietników, brak pętli indukcyjnej do lepszego odbioru dźwięku).

Reprezentanci KMPT rekomendują zagwarantowanie osadzonemu możliwości uczestnictwa w odprawianych na terenie jednostki nabożeństwach, poprzez likwidację barier architektonicznych, stanowiących przeszkodę w dotarciu do więziennych kaplic oraz stosowanie udogodnień pozwalających m.in. na pełniejszy udział w praktykach religijnych osobom słabosłyszącym i niesłyszącym.

Jest to ważne również dla wyznawców innych wyznań, którzy w tych samych pomieszczeniach odbywają swoje religijne praktyki (kaplice są ekumeniczne, ewentualnie spotkania odbywają się w świetlicach oddziałowych).

V.

Rekomendacije

1. Wyeliminowanie przypadków nieludzkiego i poniżającego traktowania osadzonych z niepełnosprawnościami przez personel jednostek, w których przebywają.
2. Nowelizacja przepisów prawa regulujących postępowanie z więźniami i warunki ich detencji, stosownie do międzynarodowych standardów wynikających z umów międzynarodowych ratyfikowanych przez Polskę.
3. Nowelizacja przepisów umożliwiająca nieprzyjmowanie do jednostek penitencjarnych osób znajdujących się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.
4. Nowelizacja przepisów umożliwiająca umieszczenie tymczasowo aresztowanej osoby z niepełnosprawnością wynikającą m.in. z ciężkiej choroby somatycznej, w szpitalu lub też w innej placówce zdrowia poza systemem więziennictwa.
5. Wyłączenie stosowania wobec więźniów z niepełnosprawnościami przepisów zezwalających na czasowe zmniejszenie metrażu przypadającego na jednego więźnia w związku z przeludnieniem jednostki.
6. Wprowadzenie elastycznych zasad korzystania z praw osób pozbawionych wolności uwzględniających indywidualne deficyty osób z niepełnosprawnościami (kąpiel, spacer, telefony).
7. Oszacowanie liczby więźniów z różnymi typami niepełnosprawności i prowadzenie w tym zakresie systematycznej statystyki przez Służbę Więzienną.
8. Oszacowanie możliwości jednostek penitencjarnych w zakresie zatrudnienia, szkolenia, leczenia oraz rehabilitacji skazanych z niepełnosprawnościami.
9. Usprawnienie procesu wczesnej identyfikacji osób z niepełnosprawnościami i rozpoznawania ich potrzeb związanych z sytuacją procesowo-penitencjarną. Więźniowie z niepełnosprawnością tak samo jak inni osadzeni powinni zostać zidentyfikowani w jednostce penitencjarnej pod kątem ich możliwości i szczególnych wymagań, w tym zwłaszcza potrzeb edukacyjnych, aby określić poziom i rodzaj wsparcia, którego wymagają, a także zaplanować działania zmierzające do ich wykształcenia i zatrudnienia. Te same zasady powinny obowiązywać w zakresie przygotowania osadzonych z niepełnosprawnościami do wyjścia na wolność.

10. Zapewnienie odpowiednich oddziaływań leczniczo-wychowawczych więźniom z niepełnosprawnościami, uwzględniających ich potrzeby i stwierdzone możliwości. Zapewnienia równego dostępu więźniów z niepełnosprawnością do rekreacji.
11. Stworzenie warunków do rozwoju zawodowego osób z niepełnosprawnościami i mobilizowanie ich do aktywnego w nich udziału. Osoby z niepełnosprawnościami powinny mieć taki sam dostęp do pracy jak osoby sprawne, a jedyną ewentualną barierą w tym zakresie może być orzeczenie lekarskie niedopuszczające do pracy na konkretnym stanowisku, proponowanym przez jednostkę penitencjarną.
12. Objęcie wszystkich funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej mających bezpośredni kontakt w swojej pracy z osadzonymi z niepełnosprawnościami, szkoleniami dotyczącymi sposobu postępowania z tą grupą więźniów oraz pogłębiającymi ich wiedzę na temat ograniczeń wynikających z dysfunkcji narządów ruchu, wzroku i słuchu.
13. Poszerzenie zakresu kształcenia przedstawicieli wszystkich organów uczestniczących w postępowaniu karnym i wykonawczym oraz pracowników instytucji centralnych, w których podejmowane są decyzje dotyczące funkcjonowania miejsc pozbawienia wolności o kwestie dotyczące potrzeb osób z niepełnosprawnościami.
14. Personel jednostek penitencjarnych, który ma do czynienia na co dzień z trudnymi przypadkami, zarówno medycznymi, jak i wynikającymi ze stanu psychicznego (determinowanego również sytuacją rodzinną czy osobistą w jednostce penitencjarnej) osób pozbawionych wolności (w szczególności dotyczy to psychologów i psychoterapeutów), powinien mieć zagwarantowane wsparcie w postaci regularnych superwizji.
15. Systematyczne przypominanie pracownikom i funkcjonariuszom, aby kierowali się w swoich zawodowych decyzjach i kontaktach z więźniami z niepełnosprawnościami empatią, zasadami humanitaryzmu i poszanowaniem godności ludzkiej.
16. Dokonanie przeglądu przeznaczenia zakładów karnych i aresztów śledczych i wyznaczenie jako jednostki dla więźniów z niepełnosprawnościami

jedynie tych, które dysponują odpowiednią infrastrukturą oraz tych, które nadają się do modernizacji dostosowawczej.

17. Likwidacja barier architektonicznych i zmodernizowanie budynków więziennych i ich wyposażenia, zgodnie z zasadami uniwersalnego projektowania, uwzględniającymi wszystkie typy niepełnosprawności i faktyczną liczbę osadzonych z niepełnosprawnościami. Należy zapewnić takie warunki w celach dla osób z niepełnosprawnościami w zakresie przestrzeni, udogodnień i innego wyposażenia oraz w pozostałych miejscach, aby osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim, wspierająca się na kulach łokciowych lub mająca problemy ze wzrokiem, mogła z niej korzystać oraz samodzielnie docierać do pomieszczeń znajdujących się poza celą. W przypadku osadzonych z niepełnosprawnością ruchu i wzroku istotne jest zapewnienie odpowiedniej dostępności wejść do budynków oraz dostępu do infrastruktury - cel, świetlic, łaźni, placów spacerowych, sal widzeń.
18. Należy wprowadzić takie udogodnienia dla osób z niepełnosprawnościami, jak: pętle indukcyjne, schodołazy, ścieżki prowadzące, oznaczenia kontrastowe powierzchni, czytniki tekstu wyświetlanego na ekranie komputera, klawiatura dla słabowidzących) oraz telefony dla niepełnosprawnych sensorycznie i ze słabszymi rękami.
19. Umożliwienie więźniom posiadania lub dostępu do wszelkich niezbędnych dla sprawnego funkcjonowania urządzeń, w tym zwłaszcza sprzętu rehabilitacyjnego.
20. Wyeliminowanie błędów w zakresie rozmieszczania więźniów z niepełnosprawnościami. Zasadą powinno być, że osoby pozbawione wolności z niepełnosprawnością ruchową umieszczane są na parterze, w przeznaczonych dla nich celi (mającej stosowne udogodnienia), a odstępstwa w tym zakresie winny wynikać z indywidualnych sytuacji i woli samych zainteresowanych.
21. Podjęcie przez władze więzienne działań na rzecz efektywnej komunikacji z osadzonymi z niepełnosprawnościami sensorycznymi, przy wykorzystaniu ogólnie stosowanych metod i środków, w tym usług tłumacza Polskiego Języka Migowego. Należy też pamiętać o odpowiednio dużych czcionkach

ogłoszeń i informacji eksponowanych na tablicach informacyjnych. Pożądanym byłoby opracowanie najważniejszych zasad związanych z detencją w formie infografik.

22. Uwzględnienie możliwości i potrzeb osób z niepełnosprawnościami w zagadnieniach ochronnych jednostek penitencjarnych (kontrola osobista, ewakuacja, transport).
23. Rozwijanie poprzez odpowiednie szkolenia zaangażowania sprawnych współosadzonych umożliwiających profesjonalizację zadań, które wykonują w ramach pomocy więźniom z niepełnosprawnościami.
24. Umożliwianie więźniom w stanach terminalnych, umierania na wolności.

Ankieta wykorzystywana w czasie tematycznych wizytacji prewencyjnych KMPT

WEJŚCIE DO BUDYNKU

1. Dojście do obiektu/komunikacja zewnętrzna:

0 – dostępność nie jest zapewniona lub osoba z niepełnosprawnością będzie potrzebować znaczącej pomocy.

1 – dostępność niska/korzystanie przez osoby z niepełnosprawnościami jest w znacznym stopniu utrudnione i miejscami może wymagać asysty.

2 – dostępność średnia/samodzielne korzystanie przez osoby z niepełnosprawnościami jest możliwe; osoba z niepełnosprawnością może napotkać jednak pewne utrudnienia.

3 – dostępność wysoka/korzystanie przez osoby z niepełnosprawnością jest możliwe.

Przy ocenie wziąć pod uwagę:

- utwardzenie i równość nawierzchni,
- szerokość ciągów komunikacyjnych (min. 90 cm),
- sposób profilowania krawężników przy przejściach przez ulice (wysokość krawężników max 2 cm),
- przeszkody,

UWAGI:

2. Miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnościami.

Jeżeli obiekt nie dysponuje własnym parkingiem, należy, biorąc pod uwagę funkcję obiektu, ocenić czy liczba oraz wielkość miejsc dla osób z niepełnosprawnościami w pobliżu obiektu jest wystarczająca.

Liczba miejsc:

0 – brak miejsc

1 – liczba miejsc niewystarczająca

2 – liczba miejsc wystarczająca (dla parkingów min. 5%)

Wielkość miejsc:

0 – miejsca za małe

1 – miejsca o wystarczającej wielkości

Wielkość oceniać zgodnie z poniższym:

Rodzaj miejsca Szerokość Długość

Miejsce usytuowane wzdłuż jezdni* 3,6m 6m

Pozostałe miejsca parkingowe* 3,6m 5m

- Możliwe jest zastosowanie miejsc o szerokości 2,3m z zapewnieniem dojścia do głównego ciągu pieszego. Dojście takie musi mieć szerokość min. 1,4m i może obsługiwać dwa przystosowane miejsca postojowe.

UWAGI:

3. Wejście główne do budynku

0 – brak wejść dostępnych

1 - wejście dostępne od tyłu budynku lub przez wejście techniczne

2- dostępne wejście od frontu

3- wszystkie wejścia dostępne

Należy oceniać tylko wejścia dostępne.

szerokość drzwi min. 90 cm

0-nie/1-tak

wysokość drzwi min. 200 cm

0-nie/1-tak

próg

0 – próg powyżej 2 cm

1 – próg do 2 cm

2 – brak progów

kontrast drzwi ze ścianami (kontrast na drzwiach przezroczystych umieszczony na wysokości oczu)

0 – brak

1 – niski

2 – wysoki

klamka na wysokości 90-120cm (nie oceniać, jeżeli do wejścia prowadzą drzwi automatyczne)

0 – nie

1 – tak

rodzaj drzwi

0 – drzwi rozwierane, trudne do otwarcia

1 – drzwi rozwierane, łatwe do otwarcia

2 – drzwi automatyczne rozsuwane

w przypadku drzwi obrotowych: czy istnieje alternatywne wejście dostępne

0 – nie lub jest ono zamknięte

1 – tak

w przypadku bramek wejściowych: czy zapewniono wejście dla osób z niepełnosprawnością

0 – nie

1 – tak

Ew. przedśionek za drzwiami wejściowymi powinien wynosić min. 120 cm. długości i nie mniej niż 150 cm. szerokości wg. „Planowania dostępności” Kamila Kowalskiego

UWAGI:

4. Pochylnia przy wejściu głównym

zgodność parametrów pochylni z tabelą

0 - nie

1 - tak

Ocenić według poniższej tabeli

Różnica wysokości	Max. nachylenie wewnątrz lub pod zadaszeniem	Max. nachylenie na zewnątrz
do 15 cm	15%	15%
15-50 cm	10%	8%
powyżej 50 cm	8%	6%

Szerokość płaszczyzny ruchu 120 cm.

Maksymalna długość biegu 9 m.

Długość spocznika min. 1,4 m.

Z obu stron pochylni krawężnik o wysokości min. 7 cm.

Poręcze

0 – nieprawidłowe

1 – prawidłowe

Rozstaw poręczy 1-1,1 m.

Wysokość 90 i 75 cm.

Część chwytna poręczy o średnicy 3,5-4 cm.

Przeźródzeń manewrowa przed i za pochylnią

0 – brak przestrzeni manewrowej o długości min. 150 cm

1 – jest przestrzeń manewrowa o długości 150 cm, ale koliduje z polem otwierania drzwi lub znajdują

się na niej elementy wyposażenia

2 – przestrzeń manewrowa rozwiązana prawidłowo

Nawierzchnia

0 – śliska

1 - antypoślizgowa

Oznaczenie przed każdym biegiem pochylni

0 – brak oznaczeń

1 – oznaczenia wizualne

2 – oznaczenia fakturowe

3 – oznaczenia wizualne oraz fakturowe

UWAGI:

5. Schody do wejścia głównego

Liczba stopni nie powinna być zbyt duża.

Wszystkie stopnie w biegu powinny mieć te same parametry.

W budynkach opieki zdrowotnej, a także w budynkach zamieszkania zbiorowego przeznaczonych dla osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami nie wolno stosować stopni schodów z noskami i podcięciami.

Poręcze

0 – brak poręczy

1 – poręcz jednostronna

2 – poręcz dwustronna lub co maks. 4m

3 – poręcz dwustronna lub co maks. 4m, na dwóch wysokościach 90 i 75cm od przedniej krawędzi

stopnia. Podwójna poręcz może znajdować się tylko z jednej strony biegu.

Oznaczenia krawędzi stopni

0 - nie

1 – tak

Oznaczenia przed biegiem stopni

0 – brak oznaczeń

1 – oznaczenia wizualne

2 – oznaczenia fakturowe

3 – oznaczenia wizualne oraz fakturowe

Materiał zapobiegający poślizgowi

0 – materiał śliski

1 – materiał zapobiegający poślizgowi (właściwości zastosowanego materiału należy ocenić subiektywnie, mając na uwadze np. padający deszcz)

UWAGI:

CELA

1. Drzwi do celi

Szerokość drzwi min. 90 cm

- 0 – drzwi węższe niż 90 cm
 - 1 – drzwi do najważniejszych przestrzeni min. 90 cm
 - 2 – drzwi do większości przestrzeni min. 90 cm
 - 3 – wszystkie drzwi o szerokości min. 90 cm
- dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.

Wysokość drzwi min. 200 cm

- 0 – drzwi niższe niż 200 cm
- 1 – drzwi do najważniejszych przestrzeni min. 200 cm
- 2 – drzwi do większości przestrzeni min. 200 cm
- 3 – wszystkie drzwi o wysokości min. 200 cm

Progi

- 0 – drzwi z progami
- 1 – drzwi do najważniejszych przestrzeni bez progów
- 2 – drzwi do większości przestrzeni bez progów
- 3 – wszystkie drzwi bez progów

Kontrast drzwi ze ścianami

- 0 – brak
 - 1 – niski
 - 2 – wysoki
- Klamka na wysokości 90-120 cm

- 0 – nie
- 1 – w drzwiach do najważniejszych przestrzeni
- 2 – w drzwiach do większości przestrzeni
- 3 – we wszystkich drzwiach

Oznaczenie wizualne drzwi przezroczystych

- 0 – nie
- 1 – tak

Swoboda otwierania drzwi

Należy ocenić łatwość otwierania oraz przestrzeń manewrową przed drzwiami.

- 0 – drzwi otwierają się zbyt ciężko, przestrzeń manewrowa nie jest wystarczająca
- 1 – drzwi otwierają się zbyt ciężko, przestrzeń manewrowa jest wystarczająca
- 2 – drzwi otwierają się lekko, przestrzeń manewrowa nie jest wystarczająca
- 3 – drzwi otwierają się lekko, przestrzeń manewrowa jest wystarczająca

UWAGI:

2. Wyposażenie celi

a) Łóżka

Należy ocenić, czy przestrzeń manewrowa przy łóżku jest wystarczająca.

Należy ocenić, czy wysokość materaca jest odpowiednia 45 – 55 cm.

UWAGI:

b) Stoły

Należy ocenić możliwość dotarcia do stołu oraz skorzystania ze stołu przez osoby o różnych niepełnosprawnościach. Nie wszystkie stoły muszą spełniać warunek powszechnej dostępności. Należy ocenić, czy liczba stołów spełniających ten warunek jest wystarczająca.

Wysokość blatu stołów powinna oscylować pomiędzy 67-80 cm. Miejsce na nogi osoby siedzącej na wózku powinno wynosić min. 30 cm.

UWAGI:

c) Szafki, półki itp.

Dostępność miejsc składowania

Należy ocenić możliwość dojazdu wózkiem do miejsc składowania.

Wysokość miejsc składowania

0 – wiele istotnych elementów znajduje się wyżej niż 135 cm od posadzki

1 – część istotnych elementów znajduje się wyżej niż 135 cm, nie istnieje możliwość reorganizacji przestrzeni.

2 - część istotnych elementów znajduje się wyżej niż 135 cm, ale istnieje możliwość reorganizacji przestrzeni

3 – miejsca składowania zostały zorganizowane prawidłowo, powyżej 135 cm znajdują się jedynie elementy mniej istotne dla użytkowników

UWAGI:

d) Okna

możliwość otwierania okien przez osoby na wózkach, osoby o niskim wzroście, dzieci

0 – nie

1 – tak

Klamka max 1,2 m. od poziomu podłogi wg. „Planowania dostępności” Kamila Kowalskiego

UWAGI:

e) Instalacje elektryczne oraz oświetleniowe

Wysokość montażu włączników światła i przycisków przyzywowych 90-120 cm

(80-120 cm. wg. „Planowania dostępności” Kamila Kowalskiego)

0 – wszystkie lub większość nie spełnia warunku

1 – spełniają warunek w najważniejszych przestrzeniach

2 - spełniają warunek w większości przestrzeni

3 – wszystkie spełniają warunek

Wysokość montażu gniazd elektrycznych

Należy ocenić, czy sposób zamontowania gniazd pozwala na swobodne korzystanie z nich przez wszystkich użytkowników, np. czy przy biurkach umieszczono gniazda powyżej blatu.

UWAGI:

2. Kącik sanitarny w celi

Wejście

Należy ocenić szerokość drzwi, możliwość ich otwarcia przynajmniej do kąta 90 stopni, przestrzenie manewrowe przed i za drzwiami oraz inne możliwe przeszkody.

Przeźreń manewrowa w toalecie

0 – przestrzeń w toalecie nie zapewnia możliwości manewrowania wózkiem

1 – przestrzeń manewrowa o średnicy 140-150 cm

2 – przestrzeń manewrowa o średnicy 150 cm i większej

Dostępność muszli

Należy ocenić swobodę dojazdu wózkiem do muszli ustępowej oraz możliwe rodzaje transferu z wózka na muszlę (frontowy, boczny, diagonalny) – składanie poręczy

0 – brak swobodnego dojazdu do muszli i transferu na muszlę ustępową

(*min. 90 cm. wolnej przestrzeni pomiędzy krawędzią muszli a ścianą lub kolejnym elementem wyposażenia wg. „Planowania dostępności”*)

1 – możliwość dojazdu i transferu na muszlę z jednej strony

3 – możliwość dojazdu i transferu na muszlę z dwóch stron

4 – możliwość i transferu na muszlę z trzech stron

Muszla ustępowa

Ocenić, czy zastosowana muszla jest muszlą odpowiednią do korzystania przez osoby z niepełnosprawnością oraz czy jej wysokość jest odpowiednia 45-50 cm.

(*42-45 wg. „Planowania dostępności”*)

0 - nie

1 - tak

Oporęczowanie

Poręcze przy muszli należy instalować w odległości 40 cm od osi muszli do osi poręczy na wysokości 70 – 85 cm mierzone do wierzchu górnej poręczy. Korzystne jest też zainstalowanie poręczy z obu stron umywalki.

0 – brak lub niepoprawnie

1 - poprawnie

Dostępność umywalki

Należy ocenić swobodę dojazdu wózkiem do umywalki.

Umywalka

Należy ocenić czy zastosowana została odpowiednia umywalka oraz czy wysokość górnej krawędzi wynosi 85 cm, a dolnej min. 70 cm oraz czy możliwy jest podjazd wózkiem pod umywalkę. Bateria nie może być uruchamiana przy pomocy kurków. Prawidłowe jest zastosowanie baterii z przedłużoną dźwignią, lub uruchamianej fotokomórką.

0 – umywalka nieprawidłowa

1 – umywalka prawidłowa

Dolna krawędź lustra przy umywalce nie wyżej niż 100 cm. od podłogi (wg. „Planowania dostępności”)

Dostępność pozostałych elementów wyposażenia (papier, mydło, suszarki itp.)

Należy ocenić możliwość sięgania bez przesuwania wózka do dozownika mydła, ręczników, suszarki, sięgania z muszli ustępowej po papier oraz korzystania z innych elementów wyposażenia. A także wysokość oraz sposób mocowania lustra.

Włącznik światła, gniazda w pobliżu umywalki, wieszaki, dozownik mydła, podajnik ręczników na wysokości 80-120 cm. wg. „Planowania dostępności”.

Rozwiązania ponadstandardowe

Należy ocenić, czy w łazience zastosowano rozwiązania ponadstandardowe np. przycisk (sznurek) umożliwiający wezwanie pomocy, numer telefonu pod który należy zadzwonić, by wezwać pomoc itp. Ocenić jakość zastosowanych rozwiązań.

0 – nie znaleziono rozwiązań ponadstandardowych lub zostały rozwiązane nieprawidłowo

1 – poprawnie zastosowano rozwiązania ponadstandardowe

Prysznic

Należy ocenić, czy przestrzeń manewrowa przed prysznicem jest wystarczająca.

Należy ocenić, czy brodzik jest płaski, bezprogowy, czy odpowiednio zastosowano poręczę, ławkę dla osób z niepełnosprawnościami oraz czy baterię oraz główkę prysznica umieszczono właściwie. Jeżeli zastosowano wysoki brodzik, brakuje ławki lub poręczy, prysznic należy uznać za niedostosowany.

Brodzik najazdowy dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich bez siedziska 140 x140 cm, z siedziskiem 90 x90 cm, powierzchnia postojowa 90 x 130 cm, maksymalna wysokość progu 2 cm, dla osób poruszających się o kulach brodzik 90 x90 cm. Wg. wytycznych PFRON

UWAGI:

KONDYGNACJE

Należy ocenić poszczególne kondygnacje.

0 – kondygnacja niedostępna

1 – kondygnacja dostępna przy pomocy podnośnika schodowego lub pionowego

2 – kondygnacja dostępna przy pomocy windy umożliwiającej skorzystanie z niej przez osobę na wózku, ale nie spełniającej wszystkich kryteriów dostępności

3 – kondygnacja dostępna przy pomocy windy zgodnej z kryteriami dostępności

UWAGI:

1. Schody

Pod uwagę należy wziąć możliwość korzystania ze schodów przez osoby starsze lub konieczność ich przystosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, dlatego liczba stopni nie powinna być zbyt duża.

Wszystkie stopnie w biegu powinny mieć te same parametry.

W budynkach opieki zdrowotnej, a także w budynkach zamieszkania zbiorowego przeznaczonych dla osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami nie wolno stosować stopni schodów z noskami i podcięciami.

Poręczę

0 – brak poręczy

1 – poręcz jednostronna

2 – poręcz dwustronna lub co maks. 4m

3 – poręcz dwustronna lub co maks. 4m, na dwóch wysokościach 90 i 75cm od przedniej krawędzi stopnia. Podwójna poręcz może znajdować się tylko z jednej strony biegu.

Oznaczenia krawędzi stopni

0 - nie

1 - tak

Oznaczenia przed biegiem stopni

0 – brak oznaczeń

1 – oznaczenia wizualne

2 – oznaczenia fakturowe

3 – oznaczenia wizualne oraz fakturowe

Materiał zapobiegający poślizgowi

0 – materiał śliski

1 – materiał zapobiegający poślizgowi (właściwości zastosowanego materiału należy ocenić subiektywnie, mając na uwadze np. padający deszcz)

UWAGI:

2. Windy

Należy ocenić możliwość dotarcia do wind przez wszystkich użytkowników obiektu. Jeżeli winda dla osób z niepełnosprawnością jest osobną windą niż dla reszty użytkowników, przy ocenie należy wziąć pod uwagę, czy winda ta jest windą towarową.

0 – brak dostępnych wind

1 – dostępna winda towarowa

2 – dostępna winda osobowa

3 – wszystkie windy dostępne

Przeźwrotność manewrowa przed windą

0 – mniejsza niż 160 cm

1 – równa lub większa niż 160 cm

Różnica pomiędzy posadzkami na zewnątrz i wewnątrz kabiny

0 – powyżej 2 cm

1 – do 2 cm

Wielkość kabiny

0 – kabina uniemożliwia korzystanie z niej osobie poruszającej się na wózku

1 – kabina mniejsza niż 1,1 m x 1,4 m, ale umożliwiająca skorzystanie z niej przez osobę na wózku

2 – kabina o wymiarach nie mniejszych niż 1,1 m x 1,4 m

Wysokość umieszczenia paneli sterujących

0 – panele na wysokości przekraczającej 80-120 cm od posadzki

1 – panele na wysokości 80-120 cm od posadzki

Oznaczenia wypukłe lub/i w alfabecie Braille'a na wewnętrznym panelu sterującym

0 – nie

1 – tak

Poręcze

0 – brak poręczy lub poręcze na innej wysokości niż 90 cm

1 – poręcz z jednej strony na wysokości 90 cm

2 – poręcze z boków na wysokości 90 cm

3 – poręcze ze wszystkich stron na wysokości 90 cm

Lustro

0 – brak lustra na przeciwległej do wejścia ścianie lub lustro wyżej niż 100 cm od posadzki

1 – lustro na przeciwległej do wejścia ścianie na wysokości maks. 100 cm od posadzki

Informacja wizualna, dźwiękowa, głosowa

0 – brak informacji

1 – informacja wizualna/dźwiękowa

2 – informacja wizualna i dźwiękowa

3 – informacja wizualna oraz informacja głosowa

UWAGI:

3. Drzwi między kondygnacjami

Szerokość drzwi min. 90 cm

0 – drzwi węższe niż 90 cm

1 – drzwi do najważniejszych przestrzeni min. 90 cm

2 – drzwi do większości przestrzeni min. 90 cm

3 – wszystkie drzwi o szerokości min. 90 cm dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.

Wysokość drzwi min. 200 cm

0 – drzwi niższe niż 200 cm

1 – drzwi do najważniejszych przestrzeni min. 200 cm

2 – drzwi do większości przestrzeni min. 200 cm

3 – wszystkie drzwi o wysokości min. 200 cm

Progi

0 – drzwi z progami

1 – drzwi do najważniejszych przestrzeni bez progów

2 – drzwi do większości przestrzeni bez progów

3 – wszystkie drzwi bez progów

Kontrast drzwi ze ścianami

0 – brak

1 – niski

2 – wysoki

Klamka na wysokości 90-120 cm

0 – nie

1 – w drzwiach do najważniejszych przestrzeni

2 – w drzwiach do większości przestrzeni

3 – we wszystkich drzwiach

Oznaczenie wizualne drzwi przezroczystych

0 – nie

1 – tak

Swoboda otwierania drzwi

Należy ocenić łatwość otwierania oraz przestrzeń manewrową przed drzwiami.

0 – drzwi otwierają się zbyt ciężko, przestrzeń manewrowa nie jest wystarczająca

1 – drzwi otwierają się zbyt ciężko, przestrzeń manewrowa jest wystarczająca

2 – drzwi otwierają się lekko, przestrzeń manewrowa nie jest wystarczająca

3 – drzwi otwierają się lekko, przestrzeń manewrowa jest wystarczająca

KORYTARZE

szerokość min. 120 cm

0 – brak

1 – tylko główne ciągi komunikacyjnej

2 – większość ciągów komunikacyjnych

3 – wszystkie ciągi komunikacyjne

zmiany poziomów w obrębie kondygnacji

0 – są i uniemożliwiają dotarcie do wielu stref budynku

1 – są i uniemożliwiają dotarcie do kilku ważnych stref budynku

2 – są i uniemożliwiają dotarcie do kilku mniej istotnych stref budynku

3 – nie ma lub zostały zniwelowane przy pomocy pochylni

nawierzchnia

zapewnienie przestrzeni manewrowych o wymiarach 150 cm x150 cm

oceniać przy ciągach komunikacyjnych o szerokości poniżej 150 cm

wysokość ciągów komunikacyjnych min. 220 cm

0 – nie

1 – tak

brak elementów wyposażania zakłócających ciągi komunikacyjne miejsca wypoczynku

Należy ocenić, czy w budynku znajdują się miejsca siedzące umożliwiające odpoczynek.

UWAGI:

1. Drzwi wewnętrzne w korytarzach i wiodące do użytkowanych pomieszczeń (świetlic, pokoi wychowawców)

Szerokość drzwi min. 90 cm

0 – drzwi węższe niż 90 cm

1 – drzwi do najważniejszych przestrzeni min. 90 cm

2 – drzwi do większości przestrzeni min. 90 cm

3 – wszystkie drzwi o szerokości min. 90 cm

dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.

Wysokość drzwi min. 200 cm

0 – drzwi niższe niż 200 cm

1 – drzwi do najważniejszych przestrzeni min. 200 cm

2 – drzwi do większości przestrzeni min. 200 cm

3 – wszystkie drzwi o wysokości min. 200 cm

Progi

0 – drzwi z progami

1 – drzwi do najważniejszych przestrzeni bez progów

2 – drzwi do większości przestrzeni bez progów

3 – wszystkie drzwi bez progów

Kontrast drzwi ze ścianami

0 – brak

1 – niski

2 – wysoki

Klamka na wysokości 90-120 cm

0 – nie

1 – w drzwiach do najważniejszych przestrzeni

2 – w drzwiach do większości przestrzeni

3 – we wszystkich drzwiach

Oznaczenie wizualne drzwi przezroczystych

0 – nie

1 – tak

Swoboda otwierania drzwi

Należy ocenić łatwość otwierania oraz przestrzeń manewrową przed drzwiami.

0 – drzwi otwierają się zbyt ciężko, przestrzeń manewrowa nie jest wystarczająca

1 – drzwi otwierają się zbyt ciężko, przestrzeń manewrowa jest wystarczająca

2 – drzwi otwierają się lekko, przestrzeń manewrowa nie jest wystarczająca

3 – drzwi otwierają się lekko, przestrzeń manewrowa jest wystarczająca

UWAGI:

2. Telefony i inne automaty oraz skrzynki na listy

Dostępność

0 – brak dostępnych

1 – po 1 dostępnym w całym obiekcie

2 – dostępne w większości miejsc, gdzie mogą z nich korzystać osoby z niepełnosprawnościami

3 – dostępne we wszystkich miejscach, gdzie mogą z nich korzystać osoby z niepełnosprawnościami

Wysokość instalacji

Należy ocenić czy bankomaty, telefony, domofony i inne automaty zostały zamontowane na wysokości umożliwiającej korzystanie z nich przez wszystkich użytkowników. W przypadku bankomatów, telefonów oraz innych automatów mogą zostać zastosowane urządzenia na innej wysokości, przeznaczone specjalnie dla osób z niepełnosprawnościami. Wysokość najwyższego przycisku nie powinna przekroczyć 120 cm. Dojście powyżej 90 cm.

Informacja głosowa

0 – nie

1 – tak

Klawisze

0 – klawisze uniemożliwiające korzystanie osobom z niepełnosprawnością wzroku lub ograniczeniami manualnymi

1 - klawisze umożliwiające korzystanie osobom z niepełnosprawnością wzroku lub ograniczeniami manualnymi

Wysokość montażu skrzynki na listy (od podłogi):

UWAGI:

3. Informacja wizualna i dotykowa

Tablice informacyjne

Należy ocenić, jeżeli w obiekcie zasadne jest zastosowanie takich tablic

0 – brak

1 – tylko wizualne

2 – wizualne i dotykowe

Oznaczenia pomieszczeń

Należy ocenić, jeżeli w obiekcie zasadne jest zastosowanie takich tablic

0 – brak

1 – tylko wizualne

2 – wizualne i dotykowe

Ścieżki fakturowe

0 - nie

1 – tak

Mapy dotykowe

0 - nie

1 – tak

Inne rozwiązania ponadstandardowe

0 - nie

1 – tak

UWAGI:

SALA WIDZEŃ (na podstawie „Planowania...” i zbieżnych el. ankiety)

1. Dojście

Kondygnacja (która)

Drzwi wejściowe (szerokość)

Ew. udogodnienia (podjazd, winda itp.)

2. Manewry w sali ogólnej oraz umebłowanie.

Liczba stolików dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami powinna odpowiadać licznie miejsc w celach.

Dojazd do stolików dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami powinien mieć szerokość minim. 120 cm.

W miejscach zmiany kierunku lub zawracania – przestrzenie manewrowe o średnicy 150 zm.

Stoliki – Wysokość blatu stołów powinna oscylować pomiędzy 67-80 cm. (wg. „Planowania...” blat o wysokości 75 cm. Wysokość pod blatem ok.70 cm., szer. 75 cm.) i proste nogi, by nic nie przeszkadzało pod blatem.

3. Manewry w innych salach, drzwi, umebłowanie

4. Recepcja, informacja, okienka, kasy itp.

Dostępność recepcji

Należy ocenić możliwość dotarcia do recepcji (informacji, okienka itp) przez wszystkich użytkowników oraz łatwość jej odnalezienia między innymi przez osoby z niepełnosprawnością wzroku.

Wysokość recepcji

Należy ocenić czy blat znajduje się na wysokości nie większej niż 90cm na odcinku nie mniejszym niż 90cm.

0 - nie

1 - tak

Oświetlenie

Należy ocenić oświetlenie recepcji, biorąc pod uwagę między innymi możliwość czytania z ruchu warg przez osoby niesłyszące.

UWAGI:

5. Toalety dla odwiedzających oraz odwiedzanych

Dostępność toalet

0 – brak toalet dla osób z niepełnosprawnościami

1 – jedna toaleta dla osób z niepełnosprawnościami

2 – wszystkie toalety w obrębie sal widzeń dla osób z niepełnosprawnościami

Wejście

Należy ocenić szerokość drzwi, możliwość ich otwarcia przynajmniej do kąta 90 stopni, przestrzenie manewrowe przed i za drzwiami oraz inne możliwe przeszkody.

Przestrzeń manewrowa w toalecie

0 – przestrzeń w toalecie nie zapewnia możliwości manewrowania wózkiem

1 – przestrzeń manewrowa o średnicy 140-150 cm

2 – przestrzeń manewrowa o średnicy 150 cm i większej

Dostępność muszli

Należy ocenić swobodę dojazdu wózkiem do muszli ustępowej oraz możliwe rodzaje transferu z wózka na muszlę (frontowy, boczny, diagonalny). – składanie poręczy

0 – brak swobodnego dojazdu do muszli i transferu na muszlę ustępową

1 – możliwość dojazdu i transferu na muszlę z jednej strony

3 – możliwość dojazdu i transferu na muszlę z dwóch stron

4 – możliwość i transferu na muszlę z trzech stron

Muszla ustępowa

Ocenić, czy zastosowana muszla jest muszlą odpowiednią do korzystania przez osoby z niepełnosprawnością oraz czy jej wysokość jest odpowiednia 45-50 cm.

0 - nie

1 - tak

Oporęczowanie

Poręcze przy muszli należy instalować w odległości 40 cm od osi muszli do osi poręczy na wysokości 70 – 85 cm mierzone do wierzchu górnej poręczy. Korzystne jest też zainstalowanie poręczy z obu stron umywalki.

0 – brak lub niepoprawnie

1 - poprawnie

Dostępność umywalki

Należy ocenić swobodę dojazdu wózkiem do umywalki.

Umywalka

Należy ocenić czy zastosowana została odpowiednia umywalka oraz czy wysokość górnej krawędzi wynosi 85 cm, a dolnej min. 70 cm oraz czy możliwy jest podjazd wózkiem pod umywalkę. Bateria nie może być uruchamiana przy pomocy kurków. Prawidłowe jest zastosowanie baterii z przedłużoną dźwignią, lub uruchamianej fotokomórką.

0 – umywalka nieprawidłowa

1 – umywalka prawidłowa

Dostępność pozostałych elementów wyposażenia (papier, mydło, suszarki itp.)

Należy ocenić możliwość sięgania bez przesuwania wózka do dozownika mydła, ręczników, suszarki, sięgania z muszli ustępowej po papier oraz korzystania z innych elementów wyposażenia. A także wysokość oraz sposób mocowania lustra.

Rozwiązania ponadstandardowe

Należy ocenić, czy w łazience zastosowano rozwiązania ponadstandardowe np. przycisk (sznurek) umożliwiający wezwanie pomocy, numer telefonu pod który należy zadzwonić, by wezwać pomoc itp. Ocenić jakość zastosowanych rozwiązań.

0 – nie znaleziono rozwiązań ponadstandardowych lub zostały rozwiązanie nieprawidłowo

1 – poprawnie zastosowano rozwiązania ponadstandardowe

UWAGI:

KAPLICA (na podstawie „Planowania...” i zbieżnych el. ankiety)

1. Dojście

Kondygnacja (która)

Drzwi wejściowe (szerokość)

Ew. udogodnienia (podjazd, winda itp.)

2. Miejsce w którym można zatrzymać wózek (90-120 cm.)

3. Dojazd do ołtarza (150 cm. szer)

AMBULATORIUM (na podstawie „Planowania...” i zbieżnych el. ankiety)

1. Dojście

Kondygnacja (która)

Drzwi wejściowe (szerokość)

Ew. udogodnienia (podjazd, winda itp.)

2. Warunki przyjęcia (czy fsz doprowadzający w gabinecie)

3. Rehabilitacja

a) Czas oczekiwania i najczęściej wybierane miejsce

b) Możliwości ćwiczeń w ZK/AŚ

IZBA CHORYCH (min. 2 izby jeżeli placówka przekracza pojemność 230 miejsc)

1. Drzwi do izby

Szerokość drzwi min. 90 cm

0 – drzwi węższe niż 90 cm

1 – drzwi do najważniejszych przestrzeni min. 90 cm

2 – drzwi do większości przestrzeni min. 90 cm

3 – wszystkie drzwi o szerokości min. 90 cm
dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.

Wysokość drzwi min. 200 cm

0 – drzwi niższe niż 200 cm

1 – drzwi do najważniejszych przestrzeni min. 200 cm

2 – drzwi do większości przestrzeni min. 200 cm

3 – wszystkie drzwi o wysokości min. 200 cm

Prog

0 – drzwi z progami

1 – drzwi do najważniejszych przestrzeni bez progów

2 – drzwi do większości przestrzeni bez progów

3 – wszystkie drzwi bez progów

Kontrast drzwi ze ścianami

0 – brak

1 – niski

2 – wysoki

Klamka na wysokości 90-120 cm

0 – nie

1 – w drzwiach do najważniejszych przestrzeni

2 – w drzwiach do większości przestrzeni

3 – we wszystkich drzwiach

Oznaczanie wizualne drzwi przezroczystych

0 – nie

1 – tak

Swoboda otwierania drzwi

Należy ocenić łatwość otwierania oraz przestrzenie manewrową przed drzwiami.

0 – drzwi otwierają się zbyt ciężko, przestrzeń manewrowa nie jest wystarczająca

1 – drzwi otwierają się zbyt ciężko, przestrzeń manewrowa jest wystarczająca

2 – drzwi otwierają się lekko, przestrzeń manewrowa nie jest wystarczająca

3 – drzwi otwierają się lekko, przestrzeń manewrowa jest wystarczająca

UWAGI:

2. Wyposażenie izby

a) Łóżka

Czy jest to łóżko szpitalne wraz z szafką przyłóżkową i taboretym.

Należy ocenić, czy przestrzeń manewrowa przy łóżku jest wystarczająca.

Należy ocenić, czy wysokość materaca jest odpowiednia 45 – 55 cm.

UWAGI:

b) Stoły (nie muszą być)

Należy ocenić możliwość dotarcia do stołu oraz skorzystania ze stołu przez osoby o różnych niepełnosprawnościach. Nie wszystkie stoły muszą spełniać warunek powszechnej dostępności.

Należy ocenić, czy liczba stołów spełniających ten warunek jest wystarczająca.

Wysokość blatu stołów powinna oscylować pomiędzy 67-80 cm. Miejsce na nogi osoby siedzącej na wózku powinno wynosić min. 30 cm.

UWAGI:

c) Szafki, półki itp.

Dostępność miejsc składowania

Należy ocenić możliwość dojazdu wózkiem do miejsc składowania.

Wysokość miejsc składowania

0 – wiele istotnych elementów znajduje się wyżej niż 135 cm od posadzki

1 – część istotnych elementów znajduje się wyżej niż 135 cm, nie istnieje możliwość reorganizacji przestrzeni.

2 – część istotnych elementów znajduje się wyżej niż 135 cm, ale istnieje możliwość reorganizacji przestrzeni

3 – miejsca składowania zostały zorganizowane prawidłowo, powyżej 135 cm znajdują się jedynie elementy mniej istotne dla użytkowników

UWAGI:

d) Okna

możliwość otwierania okien przez osoby na wózkach, osoby o niskim wzroście, dzieci

0 – nie

1 – tak

Klamka max 1,2 m. od poziomu podłogi wg. „Planowania dostępności” Kamila Kowalskiego

UWAGI:

e) Instalacje elektryczne oraz oświetleniowe

Wysokość montażu włączników światła i przycisków przyzywowych 90-120 cm

(80-120 cm. wg. „Planowania dostępności” Kamila Kowalskiego)

0 – wszystkie lub większość nie spełnia warunku

1 – spełniają warunek w najważniejszych przestrzeniach

2 – spełniają warunek w większości przestrzeni

3 – wszystkie spełniają warunek

Wysokość montażu gniazd elektrycznych

Należy ocenić, czy sposób zamontowania gniazd pozwala na swobodne korzystanie z nich przez wszystkich użytkowników, np. czy przy biurkach umieszczono gniazda powyżej blatu.

UWAGI:

Dojście na plac spacerowy itd.

3. Pomieszczenie do utrzymania higieny osobistej w izbie chorych

Wejście

Należy ocenić szerokość drzwi, możliwość ich otwarcia przynajmniej do kąta 90 stopni, przestrzeń manewrowe przed i za drzwiami oraz inne możliwe przeszkody.

Przeźródnię manewrowa w toalecie

0 – przestrzeń w toalecie nie zapewnia możliwości manewrowania wózkiem

1 – przestrzeń manewrowa o średnicy 140-150 cm

2 – przestrzeń manewrowa o średnicy 150 cm i większej

Dostępność muszli

Należy ocenić swobodę dojazdu wózkiem do muszli ustępowej oraz możliwe rodzaje transferu z wózka na muszlę (frontowy, boczny, diagonalny) – składanie poręczy
0 – brak swobodnego dojazdu do muszli i transferu na muszlę ustępową
(*min. 90 cm. wolnej przestrzeni pomiędzy krawędzią muszli a ścianą lub kolejnym elementem wyposażenia wg. „Planowania dostępności”*)

1 – możliwość dojazdu i transferu na muszlę z jednej strony

3 – możliwość dojazdu i transferu na muszlę z dwóch stron

4 – możliwość i transferu na muszlę z trzech stron

Muszla ustępowa

Oceń, czy zastosowana muszla jest muszlą odpowiednią do korzystania przez osoby z niepełnosprawnością oraz czy jej wysokość jest odpowiednia 45-50 cm.
(*42-45 wg. „Planowania dostępności”*)

0 - nie

1 - tak

Oporęczowanie

Poręcze przy muszli należy instalować w odległości 40 cm od osi muszli do osi poręczy na wysokości 70 – 85 cm mierzone do wierzchu górnej poręczy. Korzystne jest też zainstalowanie poręczy z obu stron umywalki.

0 – brak lub niepoprawnie

1 - poprawnie

Dostępność umywalki

Należy ocenić swobodę dojazdu wózkiem do umywalki.

Umywalka

Należy ocenić czy zastosowana została odpowiednia umywalka oraz czy wysokość górnej krawędzi wynosi 85 cm, a dolnej min. 70 cm oraz czy możliwy jest podjazd wózkiem pod umywalkę. Bateria nie może być uruchamiana przy pomocy kurków. Prawidłowe jest zastosowanie baterii z przedłużoną dźwignią, lub uruchamianej fotokomórką.

0 – umywalka nieprawidłowa

1 – umywalka prawidłowa

Dostępność pozostałych elementów wyposażenia (papier, mydło, suszarki itp.)

Należy ocenić możliwość sięgania bez przesuwania wózka do dozownika mydła, ręczników, suszarki, sięgania z muszli ustępowej po papier oraz korzystania z innych elementów wyposażenia. A także wysokość oraz sposób mocowania lustra.

Włącznik światła, gniazda w pobliżu umywalki, wieszaki, dozownik mydła, podajnik ręczników na wysokości 80-120 cm. wg. „Planowania dostępności”.

Rozwiązania ponadstandardowe

Należy ocenić, czy w łazience zastosowano rozwiązania ponadstandardowe np. przycisk (sznurek) umożliwiający wezwanie pomocy, numer telefonu pod który należy zadzwonić, by wezwać pomoc itp. Oceń jakość zastosowanych rozwiązań.

0 – nie znaleziono rozwiązań ponadstandardowych lub zostały rozwiązanie nieprawidłowo

1 – poprawnie zastosowano rozwiązania ponadstandardowe

Prysznic w izbie chorych (opcjonalny)

Należy ocenić, czy przestrzeń manewrowa przed prysznicem jest wystarczająca.

Należy ocenić, czy brodzik jest płaski, bezprogowy, czy odpowiednio zastosowano poręczę, ławkę dla osób z niepełnosprawnościami oraz czy baterię oraz główkę prysznicza umieszczono właściwie. Jeżeli zastosowano wysoki brodzik, brakuje ławki lub poręczy, prysznic należy uznać za niedostosowany.

Brodzik najazdowy dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich bez siedziska 140 x140 cm, z siedziskiem 90 x90 cm, powierzchnia postojowa 90 x 130 cm, maksymalna wysokość progu 2 cm, dla osób poruszających się o kulach brodzik 90 x90 cm. Wg. wytycznych PFRON

UWAGI:

ŁAŻNIA

Czy jest wyznaczone stanowisko prysznicowe dla osób z niepełnosprawnością. Udogodnienia/ wymiary?

Należy ocenić, czy przestrzeń manewrowa przed prysznicem jest wystarczająca.

Należy ocenić, czy brodzik jest płaski, bezprogowy, czy odpowiednio zastosowano poręczę, ławkę dla osób z niepełnosprawnościami oraz czy baterię oraz główkę prysznicza umieszczono właściwie. Jeżeli zastosowano wysoki brodzik, brakuje ławki lub poręczy, prysznic należy uznać za niedostosowany.

Czy stanowiska prysznicowe są oddzielone od siebie w sposób zapewniający intymność.

UWAGI:

TEREN ZEWNĘTRZNY PLAC SPACEROWY (na podst. "Planowania...")

Ciąg pieszy min. 150 cm. szerokości (z dopuszczalnymi przewężeniami do 90 cm. na małych 150 cm. odcinkach)

Brak krawężników i schodów na ścieżkach pomiędzy wyjściami z budynku, a miejscami docelowymi.

Drzwi/furtki na trasie ciągu pieszego o wymiarach min. 90 cm., bez progów.

Na placu spacerowym miejsca o wymiarach min. 90-120 cm. w których można bezpiecznie zatrzymać wózek (obok ciągu pieszego), najlepiej w pobliżu ławek

Osoby niesłyszące/niedosłyszące

Zastosowanie pętli indukcyjnych

0 - nie

1 - tak

Dostępność tłumacza Polskiego Języka Migowego

0 - nie

1 - tak

Inne rozwiązania ponadstandardowe

0 - nie

1 - tak

UWAGI:

Sygnalizacja alarmowa – dla osób niesłyszących

Należy ocenić jej widoczność w różnych pomieszczeniach budynku.

0 – brak sygnalizacji wizualnej

1 – sygnalizacja wizualna w części pomieszczeń

2 – sygnalizacja wizualna we wszystkich pomieszczeniach, ale nie zapewniająca pełnej widoczności

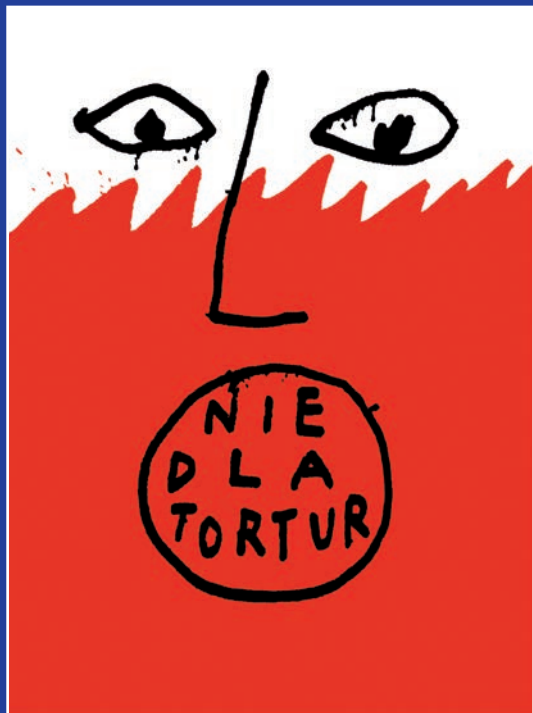
3 – sygnalizacja widoczna we wszystkich pomieszczeniach z zapewnieniem pełnej widoczności

UWAGI:

Ponadstandardowe rozwiązania zwiększające dostępność obiektu

Należy wpisać liczbę rozwiązań ponadstandardowych, nie określonych wcześniej w ankiecie oraz wpisać, jakie to rozwiązania.

UWAGI:



Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur BRPO prowadzi kampanię społeczną pod hasłem „Państwo bez tortur”. Partnerami akcji są: Naczelna Rada Adwokacka, Krajowa Izba Radców Prawnych, Rada Europy, ODIHR OBWE, Stowarzyszenie Zapobiegania Torturom oraz instytut badawczy Kantar Millward Brown.

Głównym założeniem tej inicjatywy jest upowszechnianie wiedzy o tym, czym są tortury i kto może paść ich ofiarą. Z doświadczenia KMPT wynika, że najczęściej są to osoby nieświadome swoich praw, często osoby niepełnoletnie bądź z niepełnościami.

Kampania ma uświadomić osobom przebywającym w miejscach detencji i ich bliskim, jak rozpoznawać takie przypadki i jak na nie reagować. Bo to właśnie osoby bliskie mogą często jako pierwsze otrzymać informację od zatrzymanego o niewłaściwym traktowaniu, a następnie zgłosić tę sprawę organom ścigania.

Adresatami kampanii są również adwokaci, radcowie prawni, lekarze, psychologowie oraz funkcjonariusze służb mundurowych i pracownicy miejsc detencji.

Wydawca:

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa

www.rpo.gov.pl

Infolinia obywatelska: 800 676 676

ISBN 978-83-65029-42-3