

Raport

Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności

KRAJOWEGO MECHANIZMU

PREWENCJI TORTUR



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Raport Rzecznika Praw Obywatelskich
z działalności w Polsce
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
w 2019 r.



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

**BIULETYN RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH 2020, NR 3
ŹRÓDŁA**

Redaktor Naczelny:

Stanisław Trociuk

Raport Rzecznika Praw Obywatelskich

z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2019 r.

Redakcja:

dr Hanna Machińska, Marcin Kusy, Przemysław Kazimirski

Opracowanie:

Cz. I – Marcin Kusy

Cz. II – Marcin Kusy, Justyna Żarecka (Działania edukacyjne)

Cz. III – Rafał Kulas

Cz. IV

Jednostki policyjne – komisariaty i pomieszczenia dla osób zatrzymanych

- Rafał Kulas, dr Justyna Józwiak

Jednostki penitencjarne – Aleksandra Osińska

Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, Szpitale psychiatryczne – Michał Żłobecki

Placówki opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze – Aleksandra Nowicka, Michał Żłobecki

Detencja nieletnich – Klaudia Kamińska

Izby Wyrzeźwień, Rekontrole – dr Justyna Józwiak

Korekta:

Małgorzata Kuźniar

Wydawca:

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa

www.rpo.gov.pl

Infolinia Obywatelska 800 676 676

ISSN 0860-7958

Oddano do składu w lipcu 2020 r.

Podpisano do druku w sierpniu 2020 r.

Nakład: 100 egz.

Publikacja jest dostępna na licencji Creative Commons:

Uznanie autorstwa – na tych samych warunkach 3.0 Polska (CC BY-SA)

Projekt, opracowanie DTP, korekta, druk i oprawa:

Pracownia C&C Sp. z o. o

www.ccp.com.pl

Spis treści

Przedmowa	5
Przedmowa	6
Jak czytać raport roczny Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT)?.....	8
CZĘŚĆ I – Czym jest KMPT?	9
Organizacja pracy Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.....	9
Finansowanie KMPT.....	11
CZĘŚĆ II – Jak pracuje KMPT?	13
Metodyka pracy KMPT	13
Działania edukacyjne	15
Współpraca międzynarodowa	20
Działania doradcze.....	22
CZĘŚĆ III – Trudności w realizacji mandatu KMPT	28
CZĘŚĆ IV – Sytuacja w miejscach pozbawienia wolności	33
Jednostki policyjne – komisariaty i pomieszczenia dla osób zatrzymanych	33
Jednostki penitencjarne	75
Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym	105
Szpitale psychiatryczne	117
Placówki opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze	131
Detencja nieletnich	153
Izby wytrzeźwień	185
Rekontrole	187
Podsumowanie.....	191

Przedmowa

Tortury są jednym z najcięższych naruszeń fundamentalnych praw człowieka. Naruszenie wolności od tortur, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania jest jednocześnie przejawem naruszenia godności człowieka. Zgodnie z linią orzecznictwem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu państwo, niezależnie od zachowania skarżącego, nie może uchylać się od przestrzegania tego zakazu nawet w czasie wojny czy innego zagrożenia w życiu narodu¹.

Fundamentem budowania kultury państwa bez tortur i niehumanitarnego traktowania jest prewencja. Dostrzeżone to zostało przez Organizację Narodów Zjednoczonych, która już w 1992 r. powołała grupę roboczą do przygotowania projektu Protokołu Fakultatywnego do Konwencji w sprawie Zakazu Stosowania Tortur i innego Okrutnego, Niehumanitarnego Traktowania albo Karania (OPCAT). Protokół przyjęło Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 18 grudnia 2002 r., a wszedł w życie w 2006 r.

Prewencja to zupełnie nowe podejście do problemu przeciwdziałania torturom. Zgodnie z OPCAT główny nacisk należy położyć na diagnozowanie zagrożeń, a nie interwencje podejmowane post factum, tzn. gdy doszło już do naruszenia praw osoby pozbawionej wolności. Temu właśnie służą wizytacje miejsc pozbawienia wolności realizowane przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (KMPT). W ich efekcie bowiem przedstawiciele KMPT wskazują na obszary wymagające poprawy, zarówno w odniesieniu do problemów indywidualnych, jak i systemowych.

W myśl OPCAT prewencja tortur to nie tylko powołanie krajowego mechanizmu prewencji. To również współpraca z Podkomitetem ONZ ds. Zapobiegania Torturom i Innemu Okrutnemu, Niehumanitarnemu lub Poniżającemu Traktowaniu lub Karaniu (SPT) oraz instytucjami państwowymi. Aby Protokół Fakultatywny był naprawdę skuteczny, wszystkie te podmioty muszą utrzymywać ze sobą konstruktywny dialog. Dlatego celem Mechanizmu Prewencji nie jest krytyka władz odpowiedzialnych za miejsca detencji, ale pomoc na zasadzie współdziałania przy wzmocnieniu ochrony osób pozbawionych wolności przed torturami i innym niehumanitarnym traktowaniem. Wydawane w wyniku wizytacji KMPT zalecenia mają na celu wspieranie działań podmiotów odpowiedzialnych za funkcjonowanie miejsc detencji.

Niniejszy Raport jest dwunastym sprawozdaniem z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. Przedstawiamy w nim, podejmowane przez Zespół, działania doradcze oraz edukacyjne, wyzwania, przed jakimi stanęliśmy, realizując swój mandat oraz najważniejsze spostrzeżenia z wizytacji prewencyjnych, w tym problemy systemowe.

Chciałbym wyrazić nadzieję, że „Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2019 r.” będzie dla Państwa ważnym źródłem informacji i przyczyni się do poprawy oraz właściwego, zgodnego z międzynarodowymi standardami, funkcjonowania w naszym kraju poszczególnych typów miejsc zatrzymań.

dr hab. Adam Bodnar
Rzecznik Praw Obywatelskich

¹ Sprawa Irlandia przeciwko Wielkiej Brytanii, wyrok z dnia 18 stycznia 1978 r., skarga nr 5310/71.

Przedmowa

Kolejny roczny Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur ujawnia poważne problemy natury prawnej i niepokojące praktyki stosowane wobec osób przebywających w miejscach detencji przez organy, które powinny stać na straży praw człowieka. Raport to obraz funkcjonowania miejsc detencji, ich słabości, ale także dobrych praktyk. Dobre praktyki stanowią jednak niewielki fragment tego opracowania. KMPT zwraca uwagę na obszary, które wymagają niezwłocznych działań naprawczych. Piszemy w tym kontekście o złym traktowaniu osób w miejscach detencji, o naruszaniu ich godności na skutek między innymi nieproporcjonalnego stosowania środków przymusu bezpośredniego, niewłaściwie przeprowadzanych kontroli osobistych, braku dostępu do lekarza, niespełniającej norm międzynarodowych powierzchni celi mieszkalnej przypadającej na jednego więźnia i innych opresyjnych działań, które wywołują regres zachowań osób przebywających w różnych miejscach detencji i przeczą zasadom współczesnej resocjalizacji.

Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur ujawnia więc najsłabsze strony funkcjonowania miejsc detencji, pokazując, że zawiodła podstawowe zabezpieczenia przed złym traktowaniem, przed torturami. Niezamieszczenie definicji tortur w Kodeksie karnym stwarza przekonanie o łagodnym traktowaniu sprawcy. Nieistnienie rejestracji wideo czynności służbowych podejmowanych przez funkcjonariuszy wobec osób pozbawionych wolności ogranicza postępowanie dowodowe i stwarza przeświadczenie o niekontrolowaniu zachowań Policji oraz służby więziennej. Brak dostępu do prawnika od momentu zatrzymania aż po dalsze etapy postępowania ogranicza prawo do obrony osoby pozbawionej de facto wolności. Niedostępność lekarza narusza prawo osoby w detencji do gwarancji związanych z ochroną jej zdrowia, którą przejmuje na siebie państwo od chwili pozbawienia obywatela wolności. Dlatego tak niezwykle ważne, oprócz spojrzenia instytucji krajowych, są standardy międzynarodowe, które stanowią istotne wzmocnienie dla działań każdego KMPT, ale również dla wszystkich miejsc detencji.

Raporty organizacji międzynarodowych pokazują dysfunkcje w działaniu instytucji państwa, które często prowadzą do poważnych naruszeń podstawowych praw osób przebywających w izolacji. Raporty Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), obserwacje końcowe Komitetu ONZ przeciwko Torturom (CAT) czy sprawozdanie wraz z zaleceniami Podkomitetu ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karania (SPT) tworzą spójny obraz problemów, które nie zostały jak dotąd rozwiązane. CPT w ciągu 30 lat funkcjonowania przeprowadził setki wizytacji w państwach członkowskich, odbył wiele spotkań z przedstawicielami instytucji państwowych dotyczących implementacji zaleceń związanych z przeciwdziałaniem torturom i nie-ludzkiemu traktowaniu. CPT wdraża procedurę automatycznej publikacji dokumentów związanych z wizytacjami, o co w przypadku Polski wielokrotnie zabiegał RPO. W 2019 roku CPT odbył pierwszą w Polsce wizytację ad hoc, która dotyczyła jednostek policyjnych. Jej celem była ocena wdrażania rekomendacji odnoszących się do traktowania zatrzymanych w policyjnych aresztach.

Niniejszy Raport Rzecznika Praw Obywatelskich jest diagnozą i w pewnym stopniu odpowiedzią na problemy związane z wdrażaniem standardów CPT i realizacją rekomendacji zawartych w raporcie z wizytacji przeprowadzonej w 2017 roku w Polsce. Raport CPT ukazuje braki dotyczące skutecznego wdrażania wielu rekomendacji zwłaszcza w zakresie podstawowych gwarancji antytorturowych przysługujących każdej osobie od momentu zatrzymania.

Organizacje międzynarodowe badają wykonanie, przez państwa będące sygnatariuszami Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur, zobowiązań traktatowych w sprawie zakazu tortur. Problemy związane z wdrażaniem tych zobowiązań sformułowane przez CAT były przedmiotem dialogu z przedstawicielami RPO i organizacjami pozarządowymi. Przedstawiciele RPO, w oparciu o przygotowany raport alternatywny z realizacji postanowień konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, zaprezentowali niektóre obszary zagrożeń z realizacji konwencji. Raport alternatywny dotyczy m.in. braku zdefiniowania przestępstwa tortur, sytuacji osób pozbawionych wolności i ograniczeń związanych z udzieleniem pomocy prawnej, przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, uchodźców i azylantów, tymczasowego aresztowania i funkcjonowania osób osadzonych w zakładach karnych z uwzględnieniem grup wrażliwych, przeciwdziałania dyskryminacji, problemów związanych z aborcją, dowodów wymuszanych torturami, zmian w prawie w związku z reformą sądownictwa oraz funkcjonowania KMPT.

Roczny Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur jest więc sumą doświadczeń, wynikających przede wszystkim z wizytacji wielu miejsc detencji z uwzględnieniem standardów międzynarodowych, które czynią ten Raport kompleksowym pod kątem ujęcia problemu przeciwdziałania torturom oraz niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu.

dr Hanna Machińska
Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich

Jak czytać raport roczny Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT)?

Zgodnie z art. 23 Protokołu Fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT) krajowe mechanizmy prewencji są zobowiązane do przygotowania rocznych raportów, a Państwa Strony do publikacji i rozpowszechniania takich dokumentów. Obowiązek ten został powtórzony przez Podkomitet ONZ do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (SPT) w Pierwszym Rocznym Sprawozdaniu².

Raport roczny z działalności KMPT jest podstawowym narzędziem komunikacji ze społeczeństwem. Publikacje krajowych mechanizmów prewencji informują o stanie poszanowania praw człowieka w miejscach pozbawienia wolności, edukują, czym jest prewencja tortur, rozpowszechniają standardy służące ochronie osób przebywających w miejscach izolacji.

Raport został podzielony na cztery części. W pierwszej części omówiono kwestie organizacyjne dotyczące funkcjonowania KMPT, w tym finansowanie. Część druga Raportu przedstawia metody pracy, w tym metodykę przeprowadzania wizytacji, podejmowane w 2019 r. działania edukacyjne (Kampania Społeczna Państwo bez tortur, działalność międzynarodowa) oraz doradcze, takie jak wystąpienia generalne, opiniowane akty prawne oraz raport tematyczny. Następnie, w części trzeciej, wskazano trudności, jakie pracownicy Zespołu napotkali podczas realizacji swojego mandatu. W części czwartej zaprezentowano wnioski z wizytacji, które przeprowadzono w omawianym roku, z podziałem na określone typy miejsc detencji.

RAPORT ZAWIERA KLUCZOWE OBSERWACJE I PRZEDSTAWIA NAJWAŻNIEJSZE PROBLEMY, KTÓRE NALEŻY ROZWIĄZYWAĆ, BY PODNOSIĆ STANDARDY OCHRONY PRAW CZŁOWIEKA.



Aby ułatwić lekturę niniejszego Raportu, standardy i zalecenia międzynarodowe zostały wyróżnione.

Niniejsza informacja pozwala zapoznać się z konkretnymi przykładami problemów zaobserwowanych przez kontrole prewencyjne KMPT.



Przykłady te także są wyróżnione w sposób ułatwiający ich odnalezienie w tekście.



Rekomendacje i standardy wypracowane przez KMPT oznaczone są w ramce.

² Pierwszy Roczny Raport Podkomitetu ONZ ds. Prewencji Tortur, CAT/C/40/2, par. 28 (m).

CZĘŚĆ I – Czym jest KMPT?

W 2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził **73 niezapowiedziane wizyty** różnego rodzaju miejsc detencji oraz **18 warsztatów szkoleniowych** dla przedstawicieli grup zawodowych, którzy w swej codziennej pracy z osobami pozbawionymi wolności mogą się zetknąć z ofiarami tortur lub innych form złego traktowania.

Organizacja pracy Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Każde Państwo Strona utrzyma, wyznaczy bądź utworzy, najpóźniej w okresie roku od wejścia w życie niniejszego protokołu bądź też od jego ratyfikacji lub przystąpienia do niego, jeden lub kilka niezależnych krajowych mechanizmów prewencji w celu zapobiegania torturom na poziomie krajowym. Mechanizmy ustanowione przez jednostki zdecentralizowane mogą być wyznaczone jako krajowe mechanizmy prewencji dla celów niniejszego protokołu, o ile odpowiadają one jego postanowieniom³.

Funkcję Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur pełni w Polsce Rzecznik Praw Obywatelskich.

Rzecznik wykonuje funkcje organu wizytującego do spraw zapobiegania torturom i innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (krajowy mechanizm prewencji) w rozumieniu Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r., poz. 192)⁴.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur to: pracownicy Zespołu oraz eksperci zewnętrzni.

- Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (KMPT) stanowi jeden z Zespołów Biura RPO, w skład którego w 2019 r. wchodziło 10 pracowników merytorycznych oraz pracowniczka sekretariatu. Dyrektorem KMPT jest Przemysław Kazimirski, a nadzór merytoryczny nad działalnością Zespołu sprawuje dr Hanna Machińska – Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich. Zgodnie z postanowieniami OPCAT pracownicy krajowych mechanizmów prewencji powinni mieć odpowiednie umiejętności i zróżnicowaną wiedzę zawodową, a także stanowić reprezentację kobiet i mężczyzn. Osoby pracujące w KMPT posiadają wykształcenie prawnicze, socjologiczne, politologiczne, resocjalizacyjne, psychologiczne oraz kryminologiczne. Wsparcie Zespołu stanowią również pracownicy Biur Pełnomocników Terenowych RPO z Gdańska, Wrocławia oraz Katowic. Zgodnie z porozumieniem pomiędzy KMPT a pełnomocnikami terenowymi RPO,

³ Art. 17 OPCAT.

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

w każdym z biur terenowych wyznaczony został pracownik, który poza pracą w biurze pełnomocnika, bierze udział corocznie w 3 wizytacjach prewencyjnych KMPT jednostek znajdujących się na obszarze właściwości terytorialnej pełnomocnika RPO.

- **Skład Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji w 2019 r.:**

Przemysław Kazimirski – Dyrektor Zespołu; prawnik

Marcin Kusy – Zastępca dyrektora; prawnik

Grażyna Kalisiewicz – pracownik sekretariatu; prawnik

dr Justyna Józwiak – socjolog

Rafał Kulas – prawnik

Justyna Zarecka – politolog w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego

Klaudia Kamińska – prawnik

Michał Żłobecki – prawnik

Aleksandra Osińska – psycholog

Aleksandra Nowicka – kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa (w Zespole od 10.06.2019 r.)

Magdalena Dziedzic – prawnik (w Zespole od 1.07.2019 r.)

Tomasz Górecki – psycholog, psychoterapeuta (w Zespole do 30.06.2019 r.)

- Zespół wspierają w wizytacjach eksperci zewnętrzni: lekarze-psychiatrzy, geriatrzy, specjaliści chorób wewnętrznych, a także eksperci z dziedzin związanych z zagadnieniem analizowanym przez KMPT podczas wizytacji.
- W 2019 r. KMPT rozpoczął rozmowy na temat współpracy z Polskim Czerwonym Krzyżem (PCK). Ma ona polegać na korzystaniu ze specjalistów z zakresu medycyny współpracujących z PCK, podczas wizytacji KMPT w miejscach detencji oraz wzajemnego promowania działań RPO i PCK.

KOMISJA EKSPERTÓW

Zakres zadań i tematyka, którą zajmuje się Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, wymaga w wielu wypadkach szczegółowej wiedzy i doświadczenia zawodowego. Dlatego od 2016 r. przy Rzeczniku funkcjonuje Komisja Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KE). W dniu 12 września 2019 r. odbyło się posiedzenie pełnego składu Komisji. Ponadto powołana została grupa robocza, mająca na celu opracowanie opinii na temat niestandardowych form zabezpieczenia pacjentów w wizytowanych przez KMPT zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz domach pomocy społecznej. Eksperci KMPT brali również udział w licznych wizytacjach oraz III Kongresie Praw Obywatelskich.

W czerwcu 2019 r. KE KMPT wystosowała oświadczenie⁵ w związku z atakami na Rzecznika Praw

⁵ <https://www.rpo.gov.pl/content/oswiadczenia-w-sprawie-ataku-na-rpo-adama-bodnara-po-stanowisku-kmpt>.

Obywatelskich w mediach (w tym w telewizji publicznej), w których uczestniczyli także politycy. Atak został przeprowadzony po wydaniu przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur oświadczenia dotyczącego sposobu potraktowania człowieka podejrzewanego o okrutne morderstwo dziesięcioletniej dziewczynki⁶. Policja zamieściła w Internecie nagranie z zatrzymania mężczyzny, na którym widać było, jak policjanci wyprowadzają (ciągną go) skutego kajdankami zespolonymi, w samej bieliźnie, bez spodni. Następnie w Internecie pojawiło się zdjęcie z czynności śledczych z jego udziałem, w czasie których pozostawał w dalszym ciągu tylko w bieliźnie. Co więcej, na zdjęciu tym widoczna była twarz mężczyzny, co stanowiło ewidentne naruszenie zasady domniemania niewinności. Komisja Ekspertów KMPT w pełni poparła treści zawarte w Oświadczeniu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur i wyraziła uznanie dla działalności RPO oraz pracowników KMPT.

Finansowanie KMPT

Państwa Strony podejmują się udostępnić niezbędne środki dla działania krajowych mechanizmów prewencji⁷.

Wydatki na działalność KMPT pokrywane są z Budżetu Państwa otrzymywanego przez RPO. Zgodnie z rocznym sprawozdaniem z wykonania wydatków Budżetu Państwa oraz Budżetu Środków Europejskich w układzie zadaniowym w 2019 r. na realizację funkcji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur Biuro RPO wydatkowało środki w wysokości **2 698 743,77 zł**.

Państwo polskie, mimo postanowień OPCAT, jak i wbrew Zasadom Paryskim⁸, od samego początku wykonywania przez Rzecznika zadań krajowego mechanizmu prewencji, nie przekazuje Ombudsmanowi wystarczających środków na ich realizację. Nieprzystający do potrzeb budżet, przyznawany na działalność Rzecznika Praw Obywatelskich, przekłada się w sposób bezpośredni na brak możliwości pełnej realizacji mandatu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.

⁶ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/Po-zatrzymaniu-mezczyzny-podejrzanego-o-zabojstwo-w-mrowinach-oswiadczenie-KMPT>.

⁷ Art. 18 ust. 3 OPCAT.

⁸ Przyjęte rezolucją Zgromadzenia Ogólnego ONZ, nr 48/134 z dnia 23 grudnia 1993 r. Zasady Paryskie to wymagania stawiane instytucjom ochrony praw człowieka. Zostały one przyjęte przez ONZ w 1993 r. Główne cechy, którymi powinny odznaczać się te instytucje, to: niezależność i pluralizm.



CAT

Polska powinna przydzielić kwotę środków finansowych wymaganą przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, aby umożliwić mu wykonanie jego mandatu i znacznie zwiększyć zasoby Krajowego Mechanizmu Prewencji w celu umożliwienia mu skutecznego funkcjonowania, zatrudnienia niezbędnego, wyspecjalizowanego personelu i pełnego wykonywania swojego mandatu (...)?

SPT

Podkomitet zaleca, aby Polska przyznała w pierwszej kolejności zasoby finansowe potrzebne mechanizmowi, zgodnie z wymogami art. 18 ust. 3 Protokołu fakultatywnego oraz wytycznych podkomitetu dotyczących krajowych mechanizmów zapobiegawczych (...)¹⁰.

⁹ Zob. Committee against Torture, Concluding observations on the seventh periodic report of Poland, 29 August 2019, CAT/C/POL/CO/7, par. 24 (a)

¹⁰ Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 20.

CZĘŚĆ II – Jak pracuje KMPT?

Kompetencje Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zostały określone w art. 19 OPCAT. Mimo iż w pierwszej kolejności OPCAT wymienia przeprowadzanie wizyt prewencyjnych miejsc pozbawienia wolności, to stanowią one jedynie element procesu zmierzającego do poprawy traktowania osób pozbawionych wolności. W celu zapobiegania torturom i niehumanitarnemu traktowaniu konieczne jest także podejmowanie innych działań, takich jak edukacja, w tym prowadzenie szkoleń i działań związanych z podnoszeniem świadomości społecznej, oraz działań doradczych, takich jak rekomendowanie zmian prawa oraz opiniowanie projektów aktów prawnych.

Metodyka pracy KMPT

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur ma prawo wizytować wszystkie miejsca pozbawienia wolności w Polsce¹¹. Są to te miejsca, w których przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej lub za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem (państwowe i prywatne)¹².

KRAJOWY MECHANIZM PREWENCJI TORTUR PRZEPROWADZA WIZYTACJE PREWENCYJNE, CZYLI TAKIE, KTÓRE NIE SĄ REAKCJĄ NA SKARGĘ. WIZYTACJE TE NIE SĄ ZAPOWIADANE.

W ich trakcie wizytatorzy KMPT mogą rejestrować dźwięk i obraz za zgodą osób, poddanych tej procedurze, jak również odbywać spotkania z osobami pozbawionymi wolności, bez obecności innych osób, a także z innymi osobami, co do których delegacja uzna, że mogą dostarczyć istotnych informacji¹³.

We wszystkich wizytowanych jednostkach KMPT działa w oparciu o tę samą metodykę. Jej pierwszym etapem jest ustalenie składu grupy wizytacyjnej¹⁴.

Zespół składa się z kilku osób, z których jedna pełni funkcję koordynatora, który odpowiada za przygotowanie raportu powizytacyjnego. Dwie osoby, w tym koordynator, oglądają teren i obiekty placówki, pozostali prowadzą rozmowy z osobami pozbawionymi wolności. Uczestniczący w wizytacji eksperci zewnętrzni przygotowują ekspertyzy dotyczące określonego zagadnienia związanego z funkcjonowaniem wizytowanego miejsca, których treść uwzględniana jest w raporcie powizytacyjnym.

Wizytacje trwają – w zależności od wielkości jednostki – **od 1 do 3 dni**.

¹¹ Art. 19 OPCAT.

¹² Art. 4 OPCAT

¹³ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o RPO.

¹⁴ Zgodnie z postanowieniami OPCAT eksperci krajowych mechanizmów prewencji powinni mieć odpowiednie umiejętności i wiedzę zawodową.

Każda wizyta KMPT obejmuje następujące etapy:

- rozmowa z kierownictwem miejsca pozbawienia wolności,
- ogląd wszystkich pomieszczeń, z których korzystają osoby pozbawione wolności,
- indywidualne i grupowe rozmowy z osobami umieszczonymi w placówce,
- rozmowa z personelem,
- analiza dokumentacji i zapisów z monitoringu wizyjnego,
- sformułowanie wstępnych rekomendacji powizytacyjnych,
- wysłuchanie stanowiska kierownictwa wizytowanego miejsca wobec przekazanych rekomendacji.

Jeśli w trakcie wizytacji osoba pozbawiona wolności zgłosi zdarzenie stanowiące naruszenie obowiązujących przepisów i wyrazi wolę zbadania zarzutów, zapewnia się jej możliwość wniesienia oficjalnej skargi. Skarga ta jest następnie przekazywana do właściwego zespołu skargowego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich.

Jeżeli osoba zgłaszająca nieprawidłowość nie wyraża zgody na podjęcie działań mających na celu wyjaśnienie sprawy, informacje przez nią przekazane są wykorzystywane jedynie przez KMPT w celu analizy funkcjonowania mechanizmów chroniących osoby pozbawione wolności przed poniżającym, nieludzkim traktowaniem albo karaniem, a także przed torturami, i wydania odpowiednich rekomendacji.

STOSOWNIE DO ART. 21 UST. 1 OPCAT ŻADNA OSOBA (NP. OSOBA POZBAWIONA WOLNOŚCI, PRACOWNIK PLACÓWKI, CZŁONEK RODZINY, INNA OSOBA) LUB ORGANIZACJA, KTÓRA PRZEKAZAŁA KMPT INFORMACJĘ, NIE MOŻE PONIEŚĆ JAKIEJKOLWIEK SANKCJI LUB USZCZERBKU Z TEGO TYTUŁU, NIEZALEŻNIE CZY UDZIELIŁA INFORMACJI PRAWDZIWEJ CZY FAŁSZYWEJ.

Po zakończeniu wizytacji przygotowwany jest raport z opisem spostrzeżeń i wniosków, a także zaleceń dla organu zarządzającego wizytowaną placówką oraz organów nadrzędnych. Jeśli kierownictwo jednostki nie zgadza się z rekomendacjami, przedstawiciele KMPT zwracają się do organu nadrzędnego o odniesienie się do nich i zajęcie stanowiska. Tak prowadzony dialog ma na celu wypracowanie rozwiązań, które można wdrożyć, by wzmocnić ochronę praw osób pozbawionych wolności, przebywających w wizytowanym miejscu.

Podczas wizytacji pracownicy KMPT wykorzystują urządzenia pomiarowo-rejestrujące: multi-metr CEM DT-8820, dalmierz laserowy Makita LD060P, aparat fotograficzny.

Działania edukacyjne

KAMPANIA SPOŁECZNA KMPT „PAŃSTWO BEZ TORTUR”

W grudniu 2018 r. Rzecznik Praw Obywatelskich rozpoczął kampanię społeczną Państwo bez tortur, która była realizowana przez cały 2019 r. Partnerami projektu są Rada Europy, Biuro Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka/Organizacja Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie, Naczelna Rada Adwokacka, Krajowa Izba Radców Prawnych, Stowarzyszenie Zapobiegania Torturom w Genewie (APT), Kantar Millward Brown. Celem kampanii jest podjęcie dyskusji na temat problemu tortur w Polsce oraz konieczności wprowadzenia regulacji prawnych stanowiących skuteczne gwarancje ochrony przed nimi. Niezwykle ważne jest pogłębienie świadomości społecznej na temat tego, czym są tortury i kto może stać się ich ofiarą. Z doświadczenia KMPT wynika bowiem, że najczęściej ofiarami tortur są osoby o niewielkiej świadomości społecznej, bardzo często niepełnoletni, ale także osoby z niepełnosprawnościami. Istotne jest także zbudowanie społecznej kultury braku akceptacji dla tortur.

W ramach kampanii przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur rozpoczęli szkolenia dla reprezentantów grup zawodowych, którzy w swej codziennej pracy mogą się zetknąć z ofiarami tortur lub innych form złego traktowania.

PONAD 500 PRZESZKOLONYCH FUNKCJONARIUSZY W RAMACH WSPÓŁPRACY Z 8 KOMENDAMI WOJEWÓDZKIMI POLICJI

Głównym adresatem programu szkoleń stali się funkcjonariusze Policji, gdyż w badaniu Tortury – opinie Polaków¹⁵ aż 87% ankietowanych przyznało, że w Polsce po 1989 r. stosowano tortury, wskazując Policję jako instytucję, która się tego dopuszczała. W 2019 r. czworo pracowników KMPT – Klaudia Kamińska, Aleksandra Osińska, Justyna Zarecka i Michał Żłobecki – poprowadziło spotkania z 15 grupami szkoleniowymi w 8 polskich miastach¹⁶. W szkoleniach brali udział zarówno funkcjonariusze, którzy na co dzień pełnią służbę w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych, policyjnych izbach dziecka, jak i funkcjonariusze zajmujący stanowiska kierownicze, w tym naczelniczy wydziałów prewencji, naczelniczy wydziałów konwojowych, a także komendanci miejscy i powiatowi. Wśród poruszanych zagadnień znalazły się m.in. kwestie dotyczące definicji tortur oraz krajowych i międzynarodowych regulacji i standardów w zakresie prewencji tortur w miejscach detencji oraz analiza wybranego orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Przedstawiciele KMPT omawiali również, dostrzegane podczas wizytacji, problemy systemowe i dobre praktyki. Spotkania z funkcjonariuszami oparte były na dialogu i wymianie doświadczeń. Pozwoliły z jednej strony na przybliżenie zadań KMPT i specyfiki przeprowadzanych wizytacji, ale także na pełniejsze zrozu-

¹⁵ Badanie przeprowadzone na przełomie września i października 2018 r. przez Kantar Millward Brown z inicjatywy Rzecznika Praw Obywatelskich.

¹⁶ Lublin, Rzeszów, Bydgoszcz, Olsztyn, Warszawa, Gdańsk, Kraków, Kielce.

mienie problemów, z jakimi mierzą się na co dzień funkcjonariusze. Spotkania zostały zorganizowane dzięki zaangażowaniu pełnomocników komendantów wojewódzkich ds. ochrony praw człowieka. W 2019 r. wzięło w nich udział ponad 500 funkcjonariuszy.

KMPT nawiązało również współpracę z Ośrodkiem Rozwoju Edukacji w Sulejówku. W ramach cyklicznie przeprowadzanych tam bloków szkoleń dla pracowników młodzieżowych ośrodków wychowawczych i młodzieżowych ośrodków socjoterapii odbyły się 3 spotkania z przedstawicielami KMPT. W ich trakcie omówiono problemy dostrzegane przez KMPT w czasie wizytacji placówek dla nieletnich, szczególnie w kontekście zapewnienia minimalnych gwarancji antytorturowych.

Natomiast w ramach organizowanych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich praktyk dla studentów prawa, które miały miejsce od lipca do września, pracownicy KMPT byli opiekunami praktykantów podczas wizyt studyjnych w jednostkach penitencjarnych na terenie Warszawy¹⁷. Spotkania były okazją do pokazania adeptom prawa, jak z bliska wyglądają miejsca detencji, a także przybliżenia działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. Przedstawiciele KMPT podkreślali, jak ważną rolę pełnią adwokaci i radcowie prawni w zagwarantowaniu podstawowych praw osobom zatrzymanym.

Podczas szkoleń i spotkań, które organizował KMPT, prezentowane były materiały informacyjne, w tym przygotowane przez APT dwa spoty wideo dotyczące roli krajowych mechanizmów prewencji oraz zmiany metod policyjnych przesłuchań. Polskie wersje językowe tych materiałów zrealizowano dzięki wsparciu Naczelnej Rady Adwokackiej oraz Krajowej Izby Radców Prawnych. Ponadto w ramach współpracy z NRA opracowane zostały infografiki ilustrujące prawa osób poddanych torturom lub będących ich świadkami, rolę, zadania i metodologię pracy KMPT oraz orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w zakresie tortur, niehumanitarnego i poniżającego traktowania oraz karania.

Przygotowana została także nowa wersja ulotki informacyjnej KMPT, która rozdawana jest podczas wizytacji w miejscach detencji. Notatka zawiera informacje o tym, czym jest i jak działa Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, czym są tortury, jak wyglądają wizytacje prewencyjne. Ulotki zawierają dane kontaktowe dla ofiar lub świadków tortur i są one rozdawane przez osoby przeprowadzające wizytacje prewencyjne zarówno wśród osób pozbawionych wolności, jak i pracowników tych miejsc. Ponadto ulotki zostały przetłumaczone na 4 języki obce: angielski, rosyjski, ukraiński, wietnamski i udostępnione na stronie internetowej¹⁸.

W ramach kampanii powstał także plakat Nie dla tortur, którego autorem jest Luka Rayski, znany m.in. jako autor plakatu Konstytucja. Materiał rozesłano do wszystkich jednostek penitencjarnych, komisariatów, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych, strzeżonych ośrodków dla cudzoziemców. Poprzez ich wywieszenie władze tych placówek dają jasny sygnał, że sprzeciwiają się wszelkim formom złego traktowania i dążą do budowania kultury braku akcepta-

¹⁷ Areszt Śledczy w Warszawie-Stużewcu oraz Areszt Śledczy w Warszawie-Białotołce.

¹⁸ Wszystkie materiały informacyjne dotyczące kampanii społecznej zostały udostępnione na stronie internetowej: <https://www.rpo.gov.pl/krajowy-mechanizm-prewencji>.

cji dla tortur. Osoby odwiedzające te miejsca mogą także skorzystać z umieszczonego na plakatach kodu QR, który użytkownikom telefonów komórkowych pozwala przenieść się na stronę internetową poświęconą kampanii społecznej, z której mogą dowiedzieć się m.in. jak zareagować będąc świadkiem tortur czy innych form złego traktowania. Dodatkowo, Centralny Zarząd Służby Więziennej otrzymał od KMPT wydrukowane plakaty z danymi teleadresowymi Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur oraz Rzecznika Praw Obywatelskich. Służba Więzienna umieściła te materiały na tablicach informacyjnych w każdym oddziale zakładu karnego i aresztu śledczego w Polsce.

Tylko podejmując wspólne działania możemy wpłynąć na zmianę społecznego podejścia do problemu zadawania bólu i tortur w miejscach, w których tego w ogóle byśmy się nie spodziewali.

ks. Ryszard Pieron, „Zwiastun Ewangelicki” nr 12 z dnia 30 czerwca 2019

Przedstawiciele KMPT szerzyli idee kampanii za pośrednictwem mediów, udzielając wywiadów radiowych i telewizyjnych, a także przygotowując artykuły prasowe, które były publikowane m.in. w dodatku Rzecz o prawie w dzienniku „Rzeczpospolita”. KMPT zależało na dotarciu z przekazem kampanii do jak najszerszego grona odbiorców. W tym celu podjęto także próby zainteresowania tematem władz polskiej telewizji publicznej oraz przedstawicieli kościołów. Niestety, ani telewizja publiczna, ani przedstawiciele Kościoła katolickiego nie wyrazili chęci współpracy w tym zakresie. Warto podkreślić jednak rolę przedstawicieli Kościoła ewangelicko-augsburskiego, którzy jako jedyjni przystąpili do kampanii Państwo bez tortur. W ramach posługi świadczonej wśród wiernych oraz na łamach czasopisma „Zwiastun Ewangelicki” głosili idee prewencji tortur.

Nie może być tak, że w społecznym dyskursie pojawiają się wypowiedzi, że cudzoziemcy niosą choroby. To niegodne i groźne. Dlatego bardzo ważna jest natomiast wewnętrzna edukacja – poszerzanie świadomości i uwrażliwianie funkcjonariuszy poszczególnych służb, które mają kontakt z cudzoziemcami.

dr Hanna Machińska, zastępczyni RPO

W ramach kampanii w kwietniu 2019 r. w Biurze RPO zorganizowany został panel dyskusyjny Homo Homini Lupus est: Osoby z PTSD w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców. Wśród zaproszonych panelistów znalazła się m.in. Ala Elczewska – traumatolożka związana na co dzień z Duńskim Instytutem Przeciwno Torturom Dignity. W swoim wystąpieniu opowiedziała o pracy z osobami, które doświadczyły tortur, i symptomach Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD). Wnioski płynące z wizytacji polskich ośrodków strzeżonych dla cudzoziemców przedstawili Marcin Kusy – zastępca dyrektora KMPT i Ewa Kownacka – ekspertka KMPT. Maria Książak z Międzynarodowej Inicjatywy Humanitarnej zaprezentowała perspektywę działalności organizacji pozarządowych, które świadczą pomoc ofiarom tortur. Płk Iwona Przybyłowicz oraz por. Małgorzata Proszek z Zarządu do Spraw Cudzoziemców Komendy Głównej Straży Granicznej omówiły zagadnienia związane z realizacją

algorytmu Straży Granicznej „Zasady postępowania z cudzoziemcami wymagającymi szczególnego traktowania”. Katarzyna Słubik ze Stowarzyszenia Interwencji Prawnej odniosła się do kwestii zastosowania tzw. alternatyw do detencji. Niezwykle cenny był głos przedstawielek mechanizmów prewencji z Czech i Grecji opowiadających o kwestiach mających związek z kryzysem migracyjnym. Podsumowując dyskusję, Ala Elcewska zarekomendowała, aby podjąć działania edukacyjne w szkołach, bo w jej opinii nie ma świadomości społecznej o problemach migracyjnych, a społeczeństwo bazuje na krzywdzących stereotypach.

Ważnym wydarzeniem, podczas którego przedstawiciele KMPT realizowali ideę kampanii społecznej Państwo bez tortur, był III Kongres Praw Obywatelskich, który odbył się w dniach 13–14 grudnia 2019 r. w Muzeum Polin w Warszawie. Podczas kilkudziesięciu sesji dyskusyjnych rozmawiano o ważnych problemach dotyczących ochrony praw człowieka i wolności obywatelskich w Polsce. W ramach kongresu Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zorganizował dwa panele.

Rzeczywistą przyczyną tortur jest to, że większość ludzi niewystarczająco przejmuje się tym problemem.

Andrii Chernousov

W dyskusji pt. Opieka psychiatryczna dla dzieci w Polsce – wołanie o pomoc wzięli udział: prof. Barbara Remberk – kierowniczka Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Konsultantka krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży; dr Joanna Paruskiewicz – specjalistka psychiatrii dzieci i młodzieży, psychoterapeutka EMDR; Agnieszka Sikora – założycielka „Fundacji po DRUGIE”, która pracuje z młodzieżą zagrożoną wykluczeniem społecznym; dr Tomasz Rowiński – członek zespołu ds. zdrowia psychicznego w Ministerstwie Zdrowia przygotowującego reformę psychiatrii oraz członek zespołu Ministerstwa Edukacji Narodowej m.in. opracowującego zmianę w opiece psychologicznej dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Dyskusję moderował Krzysztof Olkowicz – Główny Koordynator do spraw Ochrony Zdrowia Psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich. Celem panelu było zwrócenie uwagi na dramatyczną sytuację panującą w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz związaną z nią koniecznością reformy. Ekspertsi podkreślali, że zapobieganie chorobom psychicznym i zaburzeniom oraz ich leczenie to tylko część zadań, które społeczeństwo powinno dostrzec, aby sprostać wymaganiom współczesnego świata.

Mówimy o tym, że nie wolno stosować tortur, ale nie wyjaśniamy, dlaczego. Dla społeczeństwa godność ludzka kończy się tam, gdzie zaczyna się aresztowanie czy umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym. Powinniśmy tłumaczyć, czym jest godność człowieka, postawić ją na pierwszym miejscu i przez ten pryzmat oceniać konkretne przypadki.

Michał Żłobecki z KMPT podczas panelu Tortury hańbą XXI wieku

Podczas drugiego panelu pn. Tortury hańbą XXI wieku o swoich traumatycznych przeżyciach w więzieniu w Abu Zabi opowiedział Artur Ligęska – skazany w Emiratach Arabskich na dożywocie, uniewinniony w maju 2019 r. W dyskusji na temat współczesnych tortur głos zabrali również: Andrii Chernousov – ukraiński ekspert; Vahe Grigoryan – armeński prawnik i obrońca praw człowieka, sędzia Trybunału Konstytucyjnego Armenii; Joseph Hoffmann – prawnik i nauczyciel akademicki, wykładał m.in. w Międzynarodowym Centrum Prawa Porównawczego i Polityki oraz na uniwersytetach w Erlangen i Jenie w Niemczech; Maria Książak – psycholożka i absolwentka studiów podyplomowych z zakresu psychologii traumy i interwencji kryzysowej oraz kursu terapii PTSD na Wydziale Psychiatrii Uniwersytetu w Filadelfii; oraz Przemysław Kazimirski – dyrektor KMPT. Dyskusję moderowała dr Marzena Ksel – członkini Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom (CPT). Uczestnicy panelu wskazywali, że brakuje świadomości na temat tego, czym są tortury, jak diagnozować i udzielać skutecznej pomocy ofiarom złego traktowania. W ocenie panelistów brakuje również odpowiednich rozwiązań prawnych gwarantujących, że sprawcy tortur zostaną ukarani adekwatnie do popełnionego czynu.

Przez 8 miesięcy nie widziałem ludzi, byłem torturowany. To, co widziałem, to były potworki. (...) Ludzie skuci łańcuchami bardziej przypominali wielbłądy niż osoby ludzkie. (...) to, co tam zobaczyłem, było podobne do obozów koncentracyjnych z czasów drugiej wojny światowej.

Artur Ligęska

Oświadczenia KMPT jako forma budowania postawy nietolerancji dla tortur, okrutnego i poniżającego traktowania



Zakaz tortur jest zakazem bezwzględnym i nie podlega żadnym ograniczeniom. Tortury stanowią najbardziej skrajny przykład łamania praw człowieka, wyrażają pogardę dla jego godności i degradują społeczeństwo, które na nie przyzwala.

Od 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur posługuje się narzędziem edukacyjnym, jakim są oświadczenia KMPT. Jest to stanowisko KMPT dotyczące ważnych z punktu prewencji tortur wydarzeń, np. wydanie wyroku przez sąd krajowy czy ETPC, doniesienie medialne oraz zmiany przepisów prawa.

W 2019 r. KMPT wydał 3 oświadczenia, które opublikowane zostały na stronie internetowej. Pierwsze z nich dotyczyło wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie Kanciał przeciwko Polsce (skarga nr 37023/13). W opinii Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur to przełomowy wyrok podkreślający nie tylko, jak ważne jest prawidłowe i proporcjonalne stosowanie środków przymusu przez uprawnione służby, ale przede wszystkim, jak kluczową rolę odgrywa rzetelne postępowanie wyjaśniające. Wyrok ten powinien stać się impulsem do głębszej refleksji

w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego, w szczególności tzw. paralizatorów, a także w kontekście prowadzenia rzetelnych postępowań wyjaśniających nadużycia funkcjonariuszy.

W drugim oświadczeniu Rzecznik Praw Obywatelskich wyraził głębokie zaniepokojenie sposobem zatrzymania i traktowania przez Policję mężczyzny podejrzanego o zabójstwo 10-latki z miejscowości Mrowiny. Cała operacja została sfilmowana przez Policję, a nagranie zamieszczono w Internecie. W oświadczeniu poddano w wątpliwość proporcjonalność zastosowanych wobec podejrzanego środków przymusu bezpośredniego przez grupę 10 funkcjonariuszy Policji (kajdanki zespolone założone z tyłu, uniemożliwiające poruszanie się zatrzymanego), jak również wyprowadzenie zatrzymanego z budynku bez obuwia w samej bieliźnie i koszulce. Wątpliwości wzbudziło także nocne przesłuchanie podejrzanego oraz fakt, że w jego czasie pozostawał niekompletnie ubrany. W oświadczeniu zawarte zostało także zaniepokojenie brakiem informacji o zapewnieniu zatrzymanemu obrońcy, co w kontekście doniesień o planowanych badaniach psychiatrycznych mężczyzny stanowi obowiązek państwa. Ponadto upubliczniono też zdjęcie podejrzanego, które „wyciekło” z jego przesłuchania, co oznaczało ewidentne naruszenie zasady domniemania niewinności.

Zamiast spodziewanej merytorycznej dyskusji, urząd Rzecznika Praw Obywatelskich oraz sam Rzecznik zaatakowani zostali w bezpardonowy sposób mową nienawiści. Zarzucono, że jest rzecznikiem bandytów i morderców, a nie ich ofiar. Przedstawiciele wysokich urzędów państwowych domagali się dymisji RPO, podkreślając, że reprezentuje interesy tylko części obywateli. Oprócz tego w telewizji publicznej pojawił się materiał naruszający dobra osobiste RPO, związane z sytuacją rodzinną.

Lektura komentarzy internautów, opublikowanych pod doniesieniami medialnymi związanymi z oświadczeniem KMPT, wskazuje na zupełny brak zrozumienia konieczności ochrony praw zatrzymanego, przynależnej mu z powodu niezwykłej godności oraz obowiązku Rzecznika interweniowania w każdej sytuacji, w której ta godność jest naruszana. Nierzadkie były komentarze nawołujące do samosądu czy wprost do zabicia podejrzanego.

Reakcje te skłoniły Rzecznika do wydania kolejnego oświadczenia, tłumaczącego przyczynę i potrzebę publikacji stanowiska Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur dotyczącego traktowania zatrzymanego mężczyzny.

Współpraca międzynarodowa

Ważną rolę w funkcjonowaniu i rozwoju Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur odgrywa uczestnictwo jego przedstawicieli w różnego rodzaju wydarzeniach o charakterze krajowym oraz międzynarodowym. Dzięki nim KMPT podkreśla swoje znaczenie jako organu stojącego na straży praw osób pozbawionych wolności, jak również zyskuje nowe doświadczenia płynące z kooperacji z innymi podmiotami działającymi w tym zakresie.

W 2019 r. przedstawiciele KMPT brali udział m.in. w spotkaniu dotyczącym wzmocnienia niezależności krajowych mechanizmów monitorujących loty deportacyjne, w spotkaniach Grupy z Nafplio (Nafplion Group), w międzynarodowych obchodach 10-lecia gruzińskiego mechanizmu prewencji,

w warsztatach z problematyki zapewnienia skutecznego wdrażania gwarancji dotyczących zatrzymań w pierwszych godzinach w aresztach policyjnych połączonych z jubileuszem 30-lecia Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom, a także w spotkaniu krajowych mechanizmów prewencji na temat monitorowania sytuacji osób należących do grup wrażliwych w detencji, w Międzynarodowym Sympozjum Resocjalizacyjnym oraz w spotkaniach odnoszących się do problematyki monitoringu deportacji w krajach członkowskich Unii Europejskiej. Dyrektor KMPT uczestniczył również w obradach okrągłego stołu organizowanych z okazji Międzynarodowego Dnia Pomocy Ofiarom Tortur przez białoruską organizację pozarządową Legal Initiative w Mińsku.

Ponadto, jak już wspomniano, w dniu 26 kwietnia w Biurze RPO odbył się międzynarodowy panel ekspercki finansowany ze środków Rady Europy, organizowany w ramach kampanii społecznej Państwo bez tortur. Panel zatytułowany Homo Homini Lupus est, poświęcony był problemom osób z PTSD przebywających w ośrodkach dla cudzoziemców. W konferencji wzięli udział przedstawiciele krajowych i zagranicznych organizacji pozarządowych zajmujących się pracą z osobami w traumie, mechanizmów prewencji z Czech i Grecji, jak również Straży Granicznej i władzy sądowniczej.

SESJA ORAZ UWAGI KOŃCOWE

W dniach 22–24 lipca w Genewie Komitet ONZ przeciwko Torturom (CAT) rozpatrywał okresowe sprawozdanie Polski z realizacji postanowień Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania. Raport alternatywny do sprawozdania przygotował Rzecznik Praw Obywatelskich¹⁹. Podczas 67. sesji CAT uwagi Rzecznika przedstawili zastępczyni RPO dr Hanna Machińska oraz mec. Marcin Mrowicki z Zespołu Prawa Karnego BRPO.

W dniu 9 sierpnia 2019 r. CAT przyjął uwagi końcowe (concluding observations) dotyczące sprawozdania Polski z realizacji postanowień Konwencji, w których przedstawił wiele uwag i zastrzeżeń. Przede wszystkim Komitet zwrócił uwagę na brak w polskim Kodeksie karnym wyodrębnionego przestępstwa tortur, co – jego zdaniem – powoduje, że nie wszystkie elementy zachowania stanowiącego tortury są obecnie kryminalizowane. Komitet wyraził zaniepokojenie, że choć sama Konwencja może być bezpośrednio stosowana jako źródło powszechnie obowiązującego prawa, to dotychczas została przywołana jedynie raz – w orzeczeniu Sądu Okręgowego w Lublinie w 2018 r. Ponadto CAT krytycznie odniósł się do treści art. 168a k.p.k., pozwalającego na dopuszczenie w postępowaniu karnym dowodu uzyskanego za pomocą tortur. Komitet odniósł się również do niedawnej nowelizacji Kodeksu karnego, przyjętej przez Sejm w ciągu dwóch dni. Zaniepokojenie CAT wzbudziło m.in. podwyższenie górnej granicy kary za niektóre przestępstwa do 30 lat więzienia czy orzekanie kary dożywocia bez możliwości warunkowego zwolnienia. Komitet poświęcił też dużo uwagi gwarancjom procesowym przynależnym osobom zatrzymanym. Wskazano na brak możliwości kontaktu osoby zatrzymanej z prawnikiem przed jej pierwszym przesłuchaniem, brak na komisariatach Policji list praw-

¹⁹ Zob. <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/komitet-onz-bada-wykonanie-przez-Polske-konwencji-w-sprawie-zakazu-tortur>.

ników wykonujących funkcję obrońcy, ograniczenia w zakresie ochrony tajemnicy komunikowania się pomiędzy adwokatami oraz radcami a osobami zatrzymanymi, jak również brak centralnego rejestru osób zatrzymanych. CAT wyraził także zaniepokojenie pojawiającymi się przypadkami stosowania tortur na posterunkach Policji oraz faktem, że polski Kodeks postępowania karnego nie przewiduje maksymalnego czasu tymczasowego aresztowania. Komitet zwrócił również uwagę na potrzebę zapewnienia wszystkim osobom pozbawionym wolności warunków bytowych nienaruszających ich godności oraz na konieczność zapewnienia niezależności klinicznej personelu medycznego w więzieniach.

CAT odniósł się ponadto do sytuacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. Zwrócił uwagę na niedostateczne finansowanie KMPT, skutkujące ograniczeniem możliwości wykonywania przez Mechanizm Prewencji swoich kompetencji. Zaniepokojenie Komitetu wywołały również personalne ataki skierowane przeciwko Rzecznikowi, zwłaszcza po wydaniu oświadczenia w sprawie zatrzymania Jakuba A. w czerwcu 2019 r.²⁰

Komitet zobowiązał jednocześnie władze polskie do dostarczenia informacji na temat działań podjętych w związku z zaleceniami, do dnia 9 sierpnia 2020 r.

WIZYTA CPT

W dniach 9–16 września delegacja Komitetu Rady Europy ds. Zapobiegania Torturom oraz Nie-ludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) odbyła w Polsce wizytę ad hoc. Była to siódma wizyta Komitetu w Polsce, przy czym pierwsza tego typu. Jej celem było sprawdzenie realizacji wieloletnich zaleceń CPT dotyczących traktowania osób przebywających w jednostkach policyjnych. W dniu 9 września w Biurze RPO delegacja spotkała się z Rzecznikiem Praw Obywatelskich, Zastępczynią RPO, przedstawicielem Zespołu Prawa Karnego oraz członkami Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.

Działania doradcze

WYSTĄPIENIA GENERALNE

Rzecznik, zgodnie z art. 14 pkt 2 ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich, może skierować wystąpienie do organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdził naruszenie wolności i praw. W 2019 r., działając jako Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, Rzecznik Praw Obywatelskich skierował 2 wystąpienia generalne.

²⁰ Szczegółowe omówienie wniosków końcowych: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/komitet-onz-przeciwko-torturom-ocenił-polske-potrzeba-wielu-zmian>.

Pierwsze z nich dotyczyło

BRAKU JASNYCH PROCEDUR POSTĘPOWANIA W SYTUACJI OTRZYMANIA INFORMACJI O Poddawaniu TORTUROM LUB INNYM FORMOM PRZEMOCY OSÓB TRAFIAJĄCYCH DO JEDNOSTKI PENITENCJARNEJ.

Tymczasem, niezależne badanie lekarskie oraz właściwe dokumentowanie obrażeń stanowią jedną z podstawowych gwarancji chroniących osoby pozbawione wolności przed torturami i innymi formami przemocy. Stanowisko takie prezentują międzynarodowe instytucje monitorujące traktowanie osób uwięzionych: SPT oraz CPT.

W związku z tym Rzecznik Praw Obywatelskich, działający jako Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, zwrócił się z apelem do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej²¹ (DGSW) o wprowadzenie obowiązku korzystania z tzw. map ciała przez lekarzy więziennych przeprowadzających wstępne badania osadzonych. Takie rozwiązanie spowodowałoby, iż badanie osób pozbawionych wolności byłoby rzeczywistym i rzetelnym sprawdzeniem ich stanu zdrowia, a nie jedynie opinią wydawaną na podstawie pobieżnego wywiadu. Prowadzona z Zastępcą Dyrektora Generalnego SW polemika nie przyniosła jednak w tej kwestii oczekiwanego przez KMPT rezultatu. W ostatecznej odpowiedzi Zastępca DGSW stwierdził, iż całkowicie nieuzasadnione wydaje się wprowadzenie zmian w zakresie tzw. miękkiego prawa międzynarodowego (soft law) dotyczącego dokumentacji medycznej. (...) Jasnym jest, że regulacje prawne aktualnie obowiązujące na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w pełni obejmują przedstawioną w piśmie problematykę²².

Drugie wystąpienie generalne dotyczyło

KONIECZNOŚCI ZAPEWNIENIA WŁAŚCIWEGO POZIOMU I WARUNKÓW PROWADZENIA ODDZIAŁYWAŃ TERAPEUTYCZNO-RESOCJALIZACYJNYCH PRZEZ PSYCHOLOGÓW PENITENCJARNYCH.

Kwestia ta pozostaje w zainteresowaniu KMPT od 2016 r. Przeprowadzone wizytacje jednostek penitencjarnych w dalszym ciągu ujawniały przypadki, w których na jednego psychologa przypadało więcej niż 200 osadzonych. W związku z tym, Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się ponownie do Dyrektora Generalnego SW²³ z zapytaniem o ewentualne zmiany, które zaszły w kwestii zwiększenia dostępności personelu psychologicznego dla więźniów. W odpowiedzi²⁴ Zastępca Dyrektora wskazał, że stan zatrudnienia psychologów penitencjarnych wyniósł na dzień 31 grudnia 2018 r. 458,75 etatu, co w porównaniu z rokiem 2015 wskazuje na wzrost zatrudnienia o ok. 60 etatów.

²¹ Wystąpienie Generalne RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 29 stycznia 2019 r., KMP.571.6.2017.

²² Odpowiedź na Wystąpienie Generalne Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 13 czerwca 2019 r., BSZ.55.5.2019.AP

²³ Wystąpienie Generalne RPO do Dyrektora Generalnego SW z dnia 19 lutego 2019 r., KMP.571.8.2016

²⁴ Pismo Zastępcy Dyrektora Generalnego SW z dnia 11 marca 2019 r., nr BP-P-615-2019/11510/AZD/JK/MR.

W ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, który docenia starania czynione przez CZSW w kwestii zwiększenia zatrudnienia psychologów penitencjarnych, wskazana liczba nie przyczynia się do zmniejszenia liczby więźniów przypadających na jednego psychologa. Stanowi ona jedynie niezbędne uzupełnienie składu osobowego tej grupy zawodowej do stanu, przy którym standard ów może być spełniony. W kolejnym piśmie²⁵ natomiast Dyrektor Generalny SW poinformował o przekazaniu Ministerstwu Sprawiedliwości informacji o konieczności przyznania dodatkowych co najmniej 205 etatów psychologów w przypadku wprowadzenia zmian do art. 164a k.k.w.²⁶ KMPT zauważa, że takie zwiększenie zatrudnienia będzie miało na celu jedynie zniwelowanie zwiększonego obciążenia psychologów dodatkowymi obowiązkami, nie przełoży się jednak wymiennie na zmniejszenie liczby więźniów przypadających na jednego psychologa.

OPINIOWANIE AKTÓW PRAWNYCH

Opiniowanie aktów prawnych, zarówno obowiązujących, jak i projektowanych, jest jedną z form prewencji tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania. Uprawnienie krajowych mechanizmów prewencji do przedstawiania władzom opinii i uwag do przepisów prawnych zawarte zostało w art. 19 lit. c OPCAT.

W dniu 15 kwietnia 2019 r. Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił uwagi do projektu ustawy o nieletnich, zawierającego propozycje zmian przepisów dotyczących funkcjonowania placówek detencyjnych dla nieletnich, m.in. młodzieżowych ośrodków wychowawczych²⁷. W opinii Rzecznika w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych nie powinno dokonywać się kontroli osobistej z uwagi na inwazyjny charakter tego środka i ryzyko poniżenia, co nie sprzyja celom wychowawczym²⁸.

Rzecznik wskazał również na:

- konieczność sądowego nadzoru nad ograniczaniem kontaktów wychowanka (o ograniczeniu lub zakazie kontaktów, cenzurze lub zatrzymaniu korespondencji, sąd powinien być informowany obligatoryjnie)²⁹ i kontroli paczek (nieletni powinien mieć prawo zażalenia w tym zakresie)³⁰,
- konieczność precyzyjnego wskazania w ustawie miejsc objętych monitoringiem (w opinii Rzecznika w przypadku młodzieżowego ośrodka wychowawczego pomieszczenia sypialne i sanitarno-higieniczne nie powinny być monitorowane, z uwagi na specyfikę placówki i cel jej funkcjonowania)³¹,

²⁵ Pismo Dyrektora Generalnego SW z dnia 14 maja 2019 r., nr BP-P-1155-2019/22641.

²⁶ Zmiana obligowałaby pracowników więziennictwa do przeprowadzenia diagnozy prawdopodobieństwa związanego z ryzykiem popełnienia przestępstwa z użyciem przemocy po opuszczeniu jednostki penitencjarnej wobec sprawców „agresywnych przestępstw”.

²⁷ Zob. Projekt ustawy o nieletnich z dnia 8 marca 2019 r., wpisany do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów pod numerem UD 480; Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 kwietnia 2019 r., znak O22.1.2019.RK. Dokumenty dostępne na stronie internetowej: <https://www.rpo.gov.pl/content/opiniowanie-akt%C3%B3w-prawnych>.

²⁸ Tamże, pkt 37.

²⁹ Tamże, pkt 32-33.

³⁰ Tamże, pkt 36.

³¹ Tamże, pkt 42

- wykreślenie z projektu ustawy przepisu dającego możliwość profilaktycznego badania nieletniego po przyjęciu do placówki, w celu ustalenia w organizmie obecności alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej, przy użyciu metod niewymagających badania laboratoryjnego (zdaniem Rzecznika takie badanie, z uwagi na silną ingerencję w prywatność wychowanka i ryzyko poniżenia, powinno być ograniczone wyłącznie do sytuacji, gdy personel placówki ma uzasadnione, graniczące z pewnością podejrzenie, że nieletni jest pod wpływem alkoholu lub innego środka psychoaktywnego. Badanie powinna przeprowadzać wyłącznie osoba wykonująca zawód medyczny. Ponadto nieletni powinien mieć prawo zaskarżenia do sądu decyzji o przeprowadzeniu takiego badania)³².

Ponadto Rzecznik przedstawił swoje stanowisko do projektu Wytycznych ws. polityki UE wobec krajów trzecich w kontekście stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania.

Obie opinie zostały opublikowane na stronie internetowej KMPT³³.

RAPORT TEMATYCZNY³⁴

W 2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur opublikował raport tematyczny Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną, przygotowany w następstwie wizytacji tematycznych. W ich trakcie skupiono się przede wszystkim na zbadaniu sytuacji osadzonych z niepełnosprawnością ruchową oraz z niepełnosprawnościami sensorycznymi (narządy wzroku i słuchu). W niektórych wizytacjach brali także udział eksperci z organizacji pozarządowych, zajmujący się tą tematyką. Raport powstał z nadzieją, że przedstawione w nim zagadnienia skłonią władze do refleksji i podjęcia konkretnych działań dotyczących sytuacji osób z niepełnosprawnościami przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych. Na końcu publikacji znajduje się ankieta, którą przygotowali przedstawiciele Fundacji Polska Bez Barier 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. Raport został także przetłumaczony na język angielski w celu jego międzynarodowego upowszechnienia.

³² amże, pkt 40-41

³³ Zob. <https://www.rpo.gov.pl/content/opiniowanie-akt%C3%B3w-prawnych>.

³⁴ Zob. <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnoscia-fizyczna-i-sensoryczna-raport-z-dzialalnosci>.

SUKCES

Bardzo ważne zmiany w zakresie praw mieszkańców domów pomocy społecznej oraz placówek całodobowej opieki pojawiły się w znowelizowanej ustawie o pomocy społecznej³⁵.

Obecnie obowiązujące przepisy obligują podmioty prowadzące placówki całodobowej opieki do posiadania w dokumentacji pensjonariuszy ubezwłasnowolnionych całkowicie m.in. postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na ich umieszczenie w placówce.

Tym samym wskazana zmiana legislacyjna nakłada na placówki całodobowej opieki faktyczny obowiązek weryfikacji legalności pobytu pensjonariusza, jak również nakłada na opiekunów prawnych obowiązek uzyskania zgody sądu na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie w placówce całodobowej opieki.

Zmiany te wpisują się w zgłaszany przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur postulat weryfikacji statusu prawnego osób podpisujących umowę i w przypadku, gdy osobami takimi są opiekunowie prawni, dołączanie do dokumentacji pensjonariuszy kopii postanowienia sądu i zaświadczenia o ustanowieniu opiekuna prawnego³⁶.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę na znowelizowaną treść art. 68a ustawy o pomocy społecznej w kontekście zatrudnienia personelu, w którym **dodano pkt 5, określający wymaganą liczbę pracowników, jaka musi być zatrudniona w placówce, w odniesieniu do liczby mieszkańców**. Zgodnie z pkt. 5 wskazanej ustawy, osoba prowadząca placówkę całodobowej opieki ma obowiązek *zatrudniać osoby (...) w wymiarze nie mniej niż 1/3 pełnego wymiaru czasu pracy na jedną osobę przebywającą w placówce, nie mniej niż w wymiarze 4,5 pełnego wymiaru czasu pracy, z tym że czas pracy osoby fizycznej prowadzącej placówkę, spełniającej warunki, o których mowa w pkt. 4, zalicza się w wymiarze 1/2 pełnego wymiaru czasu pracy, a w przypadku prowadzenia więcej niż jednej placówki zalicza się w wymiarze 1/2 pełnego wymiaru czasu pracy tylko w jednej placówce.*

Ponadto wprowadzone zmiany legislacyjne **obligatoryjnie nakładają na kierownictwo domów pomocy społecznej oraz placówek całodobowej opieki wymóg uzyskania zaświadczenia lekarskiego wydanego na czas określony, ale nie dłuższy niż 6 miesięcy, w przypadku konieczności ograniczenia kontaktów ze światem zewnętrznym mieszkańca**. Zgodnie z brzmieniem: *w przypadku, gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu mieszkańca domu będącego osobą z zaburzeniami psychicznymi, dyrektor lub kierownik tego domu może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tego mieszkańca terenu domu pomocy społecznej na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia.*

Co więcej, ograniczenie to jest sporządzane w formie pisemnej i zawiera m.in. okres, na jaki jest wydane, uzasadnienie ograniczenia oraz pouczenie o prawie do złożenia wniosku o uchy-

³⁵ Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2019 r., poz. 1690).

³⁶ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

lenie ograniczenia do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka. Kierownictwo placówki wydane ograniczenie dostarcza mieszkańcowi lub jego opiekunowi prawnemu, jak również przesyła je do sądu opiekuńczego. W sytuacji, gdy mieszkaniec, w tym również mieszkaniec ubezwłasnowolniony, jego przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny w linii prostej, rodzeństwo oraz osoba sprawująca nad nim faktyczną opiekę, wystąpi do sądu opiekuńczego z wnioskiem o uchylenie ograniczenia, sąd orzeka po przeprowadzeniu rozprawy, która powinna odbyć się nie później niż w terminie 14 dni od dnia wpływu wniosku o uchylenie ograniczenia.

Krajowy Mechanizm wielokrotnie wskazywał, że możliwość swobodnego opuszczania terenu placówki powinna być uzależniona wyłącznie od sprawności psychofizycznej mieszkańca. Jedynymi czynnikami, brany pod uwagę przy wydawaniu decyzji o możliwości samodzielnych wyjść, powinny być: wola mieszkańca oraz stan jego zdrowia. Podstawę zaś do faktycznego reglamentowania wyjść z placówki powinna stanowić opinia lekarska.

Wskazana nowelizacja weszła w życie odpowiednio z dniem 4 października 2019 r. oraz 1 stycznia 2020 r.

CZĘŚĆ III – Trudności w realizacji mandatu KMPT

Wizytacje miejsc pozbawienia wolności przebiegały zazwyczaj w sposób prawidłowy i w dobrej atmosferze współpracy. Przedstawiciele KMPT otrzymywali z reguły dostęp do wybranych przez siebie pomieszczeń i pojazdów, mogli przeprowadzić poufne rozmowy z wybranymi osobami oraz uzyskali wgląd w dokumentację, o którą prosili.

KMPT zwrócił jednak uwagę, że pomimo realizowanych szkoleń z zakresu ochrony praw człowieka i prewencji tortur, funkcjonariusze komisariatów Policji przeważnie nie znają postanowień OPCAT, zaś sam Krajowy Mechanizm jest im instytucją nieznaną. Policjanci nie byli też świadomi różnic pomiędzy monitorowaniem prewencyjnym, realizowanym przez KMPT, a wizytacją Rzecznika Praw Obywatelskich, działającego jako organ ochrony praw i wolności człowieka (Ombudsman). Wnioski KMPT są w tym zakresie zbieżne z obserwacjami SPT poczynionymi w trakcie wizyty w Polsce w 2018 r.³⁷

W przypadku 3 komisariatów Policji, KMPT odnotował naruszenie swojego mandatu określonego w OPCAT. W czasie wizytacji Komisariatu Policji VI w Łodzi³⁸, delegacji KMPT odmówiono wejścia na teren Wydziału Kryminalnego. Ponadto wizytujący nie mogli wykonać dokumentacji fotograficznej pomieszczeń komisariatu, a w związku z decyzją prokuratora obecnego na miejscu nie mogli również zapoznać się w trakcie wizyty z aktami prowadzonych postępowań przygotowawczych.

Podczas wizytacji Komisariatu Policji II w Łodzi³⁹, wizytujący zostali poproszeni o przerwanie czynności i opuszczenie dyżurki komisariatu, z uwagi na brak, w ocenie funkcjonariuszy, uprawnień do dostępu do informacji niejawnych. Przedstawiciele KMPT przerwali wizytację. Dopiero interwencja Dyrektora KMPT u Zastępczyni Pełnomocnika Komendanta Głównego Policji ds. Ochrony Praw Człowieka spowodowała, że wizytacja mogła być kontynuowana. Przedstawiciele KMPT uzyskali wówczas dostęp do wszystkich pomieszczeń (w tym Wydziału Kryminalnego) i mogli wykonać wszystkie czynności służbowe. W przeciwieństwie do wizyty w VI Komisariacie Policji w Łodzi wizytujący mogli wykonać dokumentację fotograficzną obiektu i uzyskali dostęp do akt postępowań przygotowawczych, które na miejscu zostały poddane analizie.

Z uwagi na naruszenie mandatu KMPT Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich zwróciła się do Komendanta Głównego Policji z wnioskiem o podjęcie wobec funkcjonariuszy Policji działań i formacyjnych w zakresie OPCAT oraz mandatu KMPT⁴⁰. O uprawnieniach KMPT, metodologii pracy zespołu monitorującego, Komendant Główny Policji był bowiem informowany jeszcze przed

³⁷ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 29-33.

³⁸ Komisariat Policji VI w Łodzi (KMP.570.14.2019).

³⁹ Komisariat Policji II w Łodzi (KMP.570.13.2019).

⁴⁰ Zob. Pismo Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 3 czerwca 2019 r., znak KMP.570.14.2019.RK.

rozpoczęciem wizyt KMPT w komisariatach Policji⁴¹. Zadeklarował on wówczas pełną współpracę ze strony Policji⁴².

W odpowiedzi na pismo, Komendant Główny Policji poinformował, iż wydał polecenia wszystkim kierownikom jednostek organizacyjnych Policji dotyczące podjęcia działań informacyjnych w zakresie OPCAT oraz uprawnień i metodologii pracy KMPT. Ponadto został także opracowany kompleksowy dokument, analizujący mandat działań KMPT, który przesłano do jednostek Policji w celu podjęcia adekwatnych do potrzeb działań edukacyjno-informacyjnych⁴³.

W trakcie wizytacji Komisariatu Policji Warszawa-Wawer⁴⁴ uwagę zespołu wizytującego zwróciło zatrzymanie i umieszczenie w pomieszczeniach przejściowych dwóch cudzoziemców. W celu zapoznania się z nagraniami monitoringu, zwrócono się do Komisariatu z prośbą o zabezpieczenie odpowiednich plików oraz przesłanie ich na właściwym nośniku do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich. Otrzymana płyta CD zawierała pliki zapisane w formacie uniemożliwiającym ich odtworzenie na urządzeniach nieposiadających odpowiedniego systemu operacyjnego.

W związku z zaistniałym problemem, KMPT wystosował prośbę do Komisariatu o ponowne wygenerowanie pliku, w formacie dającym możliwość odtworzenia na powszechnie używanych systemach operacyjnych. Zapis monitoringu, z uwagi na upływ czasu, został już jednak usunięty z systemu, w związku z czym płyta CD przesłana do BRPO była jedynym nośnikiem, z którego możliwe było uzyskanie nagrania. Ze względu na obawę utraty danych, konieczny był osobisty odbiór płyty przez funkcjonariuszkę Komisariatu Warszawa-Wawer. Po około dwutygodniowym okresie oczekiwania na ponowne dostarczenie materiałów, przekazany materiał również nie pozwalał na prawidłowe zapoznanie się z nagraniem. Było ono bowiem kilkukrotnie przyspieszone, co nie dawało szansy na dokładne prześledzenie zachowania osadzonych i funkcjonariuszy. Ponadto wszystkie nagrania kończyły się w tym samym momencie, tj. gdy zatrzymani przebywali jeszcze w pomieszczeniach. Nie było zatem możliwości sprawdzenia, o której godzinie osoby zatrzymane zostały de facto zwolnione. Wskazana sytuacja spowodowała konieczność ponownego zaangażowania pracowników Komisariatu oraz oczekiwanie na przesłanie poprawnie zapisanego materiału. Po zapoznaniu się z pozyskanym w wyniku tej interwencji nagraniem, KMPT stwierdził, że nagrania nadal są wadliwe (kończyły się w czasie pobytu zatrzymanych w pomieszczeniach przejściowych).

W związku z powyższym KMPT uznał, że Komisariat Policji Warszawa-Wawer uniemożliwił zespołowi wizytującemu zapoznanie się w pełnym zakresie z monitoringiem z pomieszczeń przejściowych, w których zatrzymani zostali cudzoziemcy, a tym samym uniemożliwiono de facto skontrolowanie sposobu traktowania i warunków osadzenia osób zatrzymanych.

KMPT skierował do Komendanta jednostki prośbę o wskazanie przyczyn opisanej sytuacji. Jednocześnie zwrócił uwagę na konieczność wymiany przestarzałych systemów poprzez wprowadze-

⁴¹ Zob. Pismo Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 3 października 2018 r., znak KMP.570.26.2018.RK.

⁴² Zob. Odpowiedź Komendanta Głównego Policji z dnia 26 listopada 2018 r., znak l.dz. Gpc-841/18.

⁴³ Zob. Odpowiedź Komendanta Głównego Policji z dnia 15 lipca 2019 r., znak Gpc-410/345/19.

⁴⁴ Komisariat Policji Warszawa-Wawer (KMP.570.4.2019).

nie do użytku oprogramowania umożliwiającego odtwarzanie nagrań we wszystkich używanych obecnie systemach operacyjnych.

Z odpowiedzi Komendanta wynika, że zapis przekazany był KMPT w formie oryginalnej, bez jakichkolwiek modyfikacji, w celu uniknięcia zarzutów o jakąkolwiek ingerencję w kopiowany materiał wideo. Komendant wystąpił z zapotrzebowaniem do właściwej komórki organizacyjnej Policji o wymianę rejestratora wideo na taki, który umożliwi odtwarzanie zapisów monitoringu na najnowszych systemach operacyjnych⁴⁵.

Po wizytacji w Komisariacie Policji w Ząbkach, KMPT zwrócił się do Prezesa Sądu Rejonowego w Wołominie o wypożyczenie akt sprawy karnej, dotyczącej jednej z osób zatrzymanych, która – jak wynikało z ustaleń KMPT – poniosła obrażenia w trakcie policyjnej interwencji. Jako podstawę prawną wypożyczenia akt wskazano art. 20 OPCAT⁴⁶.

Wiceprezes Sądu Rejonowego w Wołominie odmówiła KMPT wypożyczenia akt sprawy. W jej ocenie art. 20 OPCAT nie upoważnia Rzecznika Praw Obywatelskich do żądania przedstawienia akt postępowania sądowego. Możliwość żądania przedstawienia akt postępowania sądowego przed zakończeniem postępowania karnego nie dają KMPT również przepisy ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich. W ocenie Wiceprezes Sądu Rejonowego w Wołominie, warunkiem żądania przez Rzecznika akt do wglądu w jego Biurze jest zakończenie postępowania i wydanie rozstrzygnięcia, zgodnie z art. 13 ust. 1 pkt 3 ustawy o RPO. Z uwagi na fakt, że sprawa karna, której dotyczył wniosek, nie została zakończona i nie wydano rozstrzygnięcia, jej akta nie zostały KMPT wypożyczone⁴⁷.



Zgodnie z postanowieniami OPCAT, KMPT ma nieograniczony dostęp do wszystkich miejsc zatrzymań w rozumieniu Protokołu fakultatywnego, w tym jednostek Policji⁴⁸. KMPT ma również dostęp do wszystkich informacji dotyczących traktowania tych osób, jak i warunków ich zatrzymania⁴⁹. Ponadto zgodnie z ustawą o Rzeczniku Praw Obywatelskich przedstawiciele KMPT jako przedstawiciele Rzecznika są uprawnieni do rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁵⁰.

⁴⁵ Zob. Odpowiedź Komendanta Komisariatu Policji Warszawa-Wawer z dnia 13 lutego 2020 r., znak L.dz. KP-7211/20/40/20

⁴⁶ Zob. Pismo do Prezesa Sądu Rejonowego w Wołominie z dnia 9 grudnia 2019 r., znak KMP.570.28.2019.RK.

⁴⁷ Zob. Odpowiedź Wiceprezesa Sądu Rejonowego w Wołominie z dnia 11 lutego 2020 r., znak ADM. 0152-36/1

⁴⁸ Zob. art. 4, 19 i 20 OPCAT i art. 1 ust. 4 z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 2179).

⁴⁹ Zob. art. 20 pkt b) OPCAT

⁵⁰ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.



OPCAT jako umowa międzynarodowa, ratyfikowana na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie, stanowi część polskiego porządku prawnego i jest bezpośrednio stosowany. Taka umowa ma pierwszeństwo przed ustawą, jeżeli ustawy tej nie da się pogodzić z umową⁵¹. Umożliwienie delegacji KMPT zrealizowania przysługującego jej mandatu jest więc obowiązkiem prawnym funkcjonariuszy.



SPT

Przy ustalaniu, co stanowi zatrzymanie i miejsce pozbawienia wolności, SPT zaleca, aby Polska przyjęła podejście ekspansywne, które maksymalizuje zapobiegawczy wpływ KMPT. Ponadto Podkomitet zaleca, aby Polska zapewniła, by KMPT posiadał podstawy prawne i praktyczną zdolność dostępu do każdego miejsca, w którym uważa, że ludzie są lub mogą być pozbawieni wolności, zgodnie z postanowieniami art. 4, 19 i 20 OPCAT⁵².



Spotkania SPT z niektórymi właściwymi organami ujawniły, że KMPT brakowało widoczności i zrozumienia jego roli w stosunku do urzędu Rzecznika Praw Obywatelskich. Podkomitet zauważył również, że wiedza na temat KMPT wśród zainteresowanych stron, w tym osób pozbawionych wolności, organów publicznych i innych organów monitorujących, podmiotów społeczeństwa obywatelskiego i ogółu społeczeństwa jest bardzo niewielka. Ponadto SPT dostrzegł ogólny brak świadomości na temat sprawozdań sporządzanych przez KMPT, w szczególności w odniesieniu do implementacji jego zaleceń przez władze. Podkomitet zalecił Polsce, by podjęła natychmiastowe działania w celu zwiększenia widoczności KMPT, w tym poprzez działania zwiększające wiedzę na temat OPCAT i mandatu KMPT. Podkomitet rekomenduje Polsce, aby m.in. podjęła kroki w celu wsparcia Krajowego Mechanizmu w upowszechnianiu jego mandatu i jego pracy, by był on dzięki temu bardziej widoczny dla ogółu społeczeństwa. KMPT powinien również zostać uwzględniony w programach szkoleniowych funkcjonariuszy organów ścigania⁵³.

Od 2017 r.⁵⁴ Rzecznik Praw Obywatelskich sygnalizuje Ministrowi Sprawiedliwości problem systemowy dotyczący braku dostępu do obrońcy od początku zatrzymania⁵⁵. Niestety, Minister nie udzielił Rzecznikowi odpowiedzi na kierowane wystąpienia generalne. Jest to niepokojące, gdyż na podstawie OPCAT, władze krajowe powinny prowadzić z KMPT stały dialog, ukierunkowany na wdrożenie rekomendowanych rozwiązań.

⁵¹ Zob. art. 91 Konstytucji RP.

⁵² Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 26.

⁵³ Tamże, par. 30-33.

⁵⁴ Zob. Wystąpienia Generalne RPO do Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 kwietnia 2017 r. i 27 września 2018 r., KMP.570.3.2017.RK.

⁵⁵ Problem systemowy opisany został w części V dot. jednostek policyjnych.

» OPCAT

Odpowiednie władze danego Państwa Strony będą analizować rekomendacje krajowych mechanizmów prewencji oraz nawiązywać z nimi dialog na temat możliwych środków ich realizacji⁵⁶.

» SPT

Krajowe mechanizmy prewencji tortur i władze powinny ustanowić stały dialog w oparciu o przedstawiane rekomendacje i działania podjęte w odpowiedzi na takie zalecenia, zgodnie z art. 22 OPCAT⁵⁷.

» SPT zaleca, aby polskie władze podjęły stały dialog z Krajowym Mechanizmem Prewencji Tortur w celu wdrożenia jego zaleceń, mających na celu poprawę traktowania i warunków osób pozbawionych wolności oraz w celu zapobiegania torturom. Zalecenia powinny być dokładnie omówione i skierowane do odpowiednich zainteresowanych stron, zgodnie z art. 19 OPCAT⁵⁸.

⁵⁶ Zob. art. 22 OPACT.

⁵⁷ Zob. Pierwszy Raport Roczny SPT, CAT/C/40/2, par. 28 pkt I).

⁵⁸ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 32.

CZĘŚĆ IV – Sytuacja w miejscach pozbawienia wolności

Jednostki policyjne – komisariaty i pomieszczenia dla osób zatrzymanych

W 2019 r. KMPT przeprowadził wizytacje 10 pomieszczeń dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia w jednostkach organizacyjnych Policji⁵⁹ (dalej: PdOZ) oraz 20 komisariatów Policji⁶⁰ (dalej: KP).

Jedna z wyżej wymienionych wizytacji miała charakter ad hoc, a jej celem było sprawdzenie sposobu traktowania osób zatrzymanych przez Policję, w związku z protestem, który odbył się pod siedzibą Komendy Miejskiej Policji w Koninie. Protest był reakcją na śmierć 21-letniego mężczyzny, odniesioną w wyniku użycia broni palnej przez funkcjonariusza Policji⁶¹.

MOCNE STRONY I DOBRE PRAKTYKI – PODAJ DALEJ

Za mocne strony placówek policyjnych i dobre praktyki KMPT uznał:

- **Stają obsadę etatową w PdOZ⁶².** Pomieszczenie dla osób zatrzymanych dysponowało łącznie 8 miejscami w czterech pokojach dwuosobowych. Izba zatrzymań posiadała stałą obsadę etatową liczącą 14 funkcjonariuszy. Na zmianie obecnych było zawsze minimum 2 policjantów pełniących służbę w systemie dwunastogodzinnym. W razie konieczności (np. ze względu na dużą liczbę osób zatrzymanych lub konieczność objęcia zatrzymanego szczególnym nadzorem) do pełnienia służby kierowany był dodatkowy funkcjonariusz. W ocenie KMPT taki sposób organizacji służby pozytywnie wpływa na podniesienie poziomu bezpieczeństwa osób zatrzymanych i pozwala na skuteczniejszą reakcję w przypadku zdarzenia niepożądanego.

⁵⁹ PdOZ Zgierz (KMP.570.2.2019); PdOZ Przysucha (KMP.570.3.2019); PdOZ Myślibórz (KMP.570.6.2019); PdOZ Gniezno (KMP.570.7.2019); PdOZ Działdowo (KMP.570.11.2019); PdOZ Żyrardów (KMP.570.15.2019); PdOZ Nowy Dwór Gdański (KMP.570.23.2019); PdOZ Warszawa II KRP Ursynów (KMP.570.26.2019); PdOZ Wałbrzych (BPW.570.1.2019); PdOZ Konin (KMP.570.33.2019).

⁶⁰ Komisariat Policji w Markach (KMP.570.1.2019); Komisariat Policji w Kruszwicy (KMP.570.8.2019); Komisariat Policji w Serocku (KMP.570.9.2019); Komisariat Policji w Wieliszewie (KMP.570.10.2019); Komisariat Policji Wrocław-Krzyki (KMP.570.12.2019); Komisariat Policji VI w Łodzi (KMP.570.14.2019); Komisariat Policji II w Łodzi (KMP.570.13.2019); Komisariat Policji III w Lublinie (KMP.570.17.2019); Komisariat Policji w Jabłonnej (KMP.570.5.2019); Komisariat Policji Warszawa-Wawer (KMP.570.4.2019); Komisariat Policji w Nasielsku (KMP.570.20.2019); Komisariat Policji w Nieporęcie (KMP.570.21.2019); Komisariat Policji IV w Łodzi (KMP.570.19.2019); Komisariat Policji III w Łodzi (KMP.570.22.2019); Komisariat Policji I w Łodzi (KMP.570.24.2019); Komisariat Policji w Ziębicach (KMP.570.25.2019); Komisariat Policji w Iłży (KMP.570.27.2019); Komisariat Policji w Ząbkach (KMP.570.28.2019); Komisariat Policji w Zielonce (KMP.570.32.2019); Komisariat Policji w Piaskach (KMP.570.31.2019)

⁶¹ PdOZ Konin (KMP.570.33.2019).

⁶² PdOZ Myślibórz (KMP.570.6.2019).

- **Lokalizację na jednym z komisariatów punktu wyczekiwania zespołu medycznego pogotowia ratunkowego**⁶³. Lokalizacja była efektem współpracy Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Legionowo” z Komendą Powiatową Policji w Legionowie. Jak pokazała praktyka, lokalizacja punktu jest optymalna ze względu na efektywność działania pogotowia oraz pozwala na szybkie udzielenie pomocy medycznej osobom przebywającym na terenie komisariatu, w tym osobom zatrzymanym oraz w stanie nietrzeźwości, których stan zdrowia nagle uległ pogorszeniu.
- **Częściowo przeszklone drzwi w pokojach policjantów**⁶⁴. Takie rozwiązanie zwiększa bezpieczeństwo osób poddanych czynnościom policyjnym (umożliwia bowiem bieżący nadzór z zewnątrz nad przebiegiem czynności służbowych). Chroni też samych funkcjonariuszy przed ewentualnymi zarzutami kierowanymi pod ich adresem, dotyczącymi przebiegu czynności służbowych. Sami policjanci pozytywnie oceniali powyższe rozwiązanie, tym bardziej że pokoje, w których wykonują czynności służbowe, nie są monitorowane.
- **Kącik dla dzieci w pokoju dzielnicowych**⁶⁵. W pokoju dzielnicowych zorganizowano kącik dla dzieci z wykładziną z bajkowym motywem, wyposażony w gry, puzzle, kolorowanki i maskotki. Rodzice, którzy przychodzą na spotkanie z dzielnicowym, mogą zabrać swoje dzieci, dzięki czemu w oczach młodego pokolenia budowany jest pozytywny wizerunek Policji, jako instytucji przyjaznej i otwartej na potrzeby obywateli.
- **Odnotowywanie w protokołach zatrzymań adnotacji o przebytych przez zatrzymanego leczeniu neurologicznym, psychiatrycznym i odwykowym (poza informacją o ewentualnych obrażeniach)**⁶⁶. Procedura ta pozwala funkcjonariuszom na lepsze oszacowanie potencjalnego ryzyka związanego z indywidualnymi właściwościami osoby zatrzymanej oraz podjęcie adekwatnych środków, których celem jest zapewnienie bezpieczeństwa, zarówno osobom zatrzymanym, jak i policjantom.
- **Praktykę poddawania badaniom lekarskim osób, w przypadku których istnieje podejrzenie zaburzeń psychicznych oraz kierowanie na badania psychiatryczne takich osób, przed ich umieszczeniem w PdOZ**⁶⁷. W przypadku podejrzenia zaburzeń psychicznych osoby zatrzymanej była ona standardowo poddawana badaniu medycznemu i to lekarz decydował, czy wobec badanego funkcjonariusze mogą prowadzić dalsze czynności. Jeśli zatrzymany przejawiał oznaki zaburzeń psychicznych (w tym także myśli samobójcze), a miał zostać osadzony w PdOZ, poza ogólnym badaniem lekarskim, kierowany był także na badanie psychiatryczne do szpitala psychiatrycznego. Dzięki stosowaniu takiej praktyki, funkcjonariusze sprawujący nadzór nad osobami zatrzymanymi mają możliwość zwrócenia baczniejszej uwagi na zachowanie

⁶³ Komisariat Policji w Jabłonnej (KMP.570.5.2019).

⁶⁴ Komisariat Policji w Jabłonnej (KMP.570.5.2019); Komisariat Policji w Serocku (KMP.570.9.2019); Komisariat Policji w Wieliszewie (KMP.570.10.2019).

⁶⁵ Komisariat Policji w Jabłonnej (KMP.570.5.2019).

⁶⁶ Komisariat Policji III w Łodzi (KMP.570.22.2019)

⁶⁷ PdOZ Gniezno (KMP.570.7.2019).

wanie osób wykazujących problemy natury psychicznej, w tym zastosowania wzmożonego nadzoru w czasie pobytu w PdOZ.

- **Praktykę poddawania badaniom lekarskim osób nietrzeźwych, zatrzymanych w związku z popełnieniem przestępstwa, przed ich umieszczeniem w PdOZ**⁶⁸. Praktyka taka w myśl rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję nie jest obligatoryjna⁶⁹.
- **Odnotowywanie w protokołach zatrzymań informacji o ewentualnych siniakach i otarciach osób zatrzymanych, ale też informacji o braku obrażeń i zrealizowaniu prawa do powiadomienia wybranej osoby przez policjanta**⁷⁰. Zdaniem delegacji KMPT była to pozytywna praktyka, odmienna od zaobserwowanej w większości komisariatów Policji wizytowanych przez przedstawicieli KMPT.
- **Sposób prowadzenia dokumentacji w komisariacie**⁷¹. Rejestry znajdujące się w jednostce były kompletne oraz na bieżąco aktualizowane. Na szczególną uwagę zasługiwał skrupulatnie prowadzony rejestr wejść i wyjść z komisariatu, który zdaniem KMPT stanowi ważny środek zapobiegawczy.
- **Bardzo dobrze udokumentowaną procedurę nadzoru służb prewencji (Książkę Nadzoru Służb Prewencji)**⁷². Procedury nadzoru funkcjonariuszy prowadzone były przez ich przełożonych zarówno podczas pracy w komisariacie, jak i poza nim. Kontrole o charakterze obserwacyjnym, uwzględniały: wygląd zewnętrzny funkcjonariuszy, ich wyposażenie oraz zaangażowanie w pełnioną służbę.
- **Włączenie policjantów w dwa programy: „System wczesnej interwencji” oraz „Ścieżka kariery policjanta”**⁷³. Celem pierwszego z nich jest przeszkolenie przełożonych z zakresu reagowania na zdarzenia niepożądane związane z przebiegiem służby swoich podwładnych. Szkolenia obejmują m.in. umiejętność diagnozowania pojawiających się problemów lub ich symptomów oraz wychodzenia z sytuacji kryzysowej. Drugi program stanowi transparentny proces awansu zawodowego. Dedykowany jest dla funkcjonariuszy, którzy odbyli minimum trzy lata służby w Wydziale Prewencji. Wskazany staż pracy uprawnia ich do wzięcia udziału w wewnętrznych konkursach w ramach komisariatu, na wakujące posady (np. dzielnicowych). Jeżeli w wewnętrznej procedurze konkursowej stanowisko nie zostanie obsadzone, rozpisywany zostaje konkurs zewnętrzny – odpowiednio z uwzględnieniem komendy miejskiej, a następnie wojewódzkiej.

⁶⁸ PdOZ Przysucha (KMP.570.3.2019).

⁶⁹ Zob. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 13 września 2012 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję (Dz. U. z 2012 r., poz. 1102), § 1 ust. 1 i 3; Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb (Dz. U. z 2012 r., poz. 638), § 18 ust. 2 pkt 2) oraz § 4 Załącznika nr 1 do rozporządzenia (Regulamin pobytu osób w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia).

⁷⁰ Komisariat Policji IV w Łodzi (KMP.570.19.2019).

⁷¹ Tamże.

⁷² Tamże.

⁷³ Tamże.

PROBLEMY SYSTEMOWE

Problemy systemowe sygnalizowane przez KMPT w raporcie rocznym za 2018 r. nie doczekały się postulowanych przez Rzecznika rozwiązań i w dalszym ciągu zachowują swoją aktualność⁷⁴. Ponadto za problem systemowy KMPT uznał sytuację kadrową w Policji z uwagi na ryzyko, jakie sytuacja ta niesie w odniesieniu do osób pozostających pod nadzorem Policji. Poniżej zaprezentowano przegląd problemów systemowych wraz ze standardami międzynarodowymi odnoszącymi się do tych zagadnień.

Sytuacja kadrowa w policji

Poważnym problemem dotyczącym wizytowane jednostki jest sytuacja kadrowa. Liczba funkcjonariuszy pełniących służbę w komisariatach jest za mała w stosunku do faktycznych potrzeb. Sytuacja jest szczególnie widoczna w gminach, które odnotowują duży wzrost gospodarczy, a w których faktyczna liczba mieszkańców jest dużo większa niż liczba osób formalnie zameldowanych. Wzrost gospodarczy miast i inwestycje budowlane stanowią dla Policji duże wyzwanie, nie tylko w odniesieniu do obowiązków ustawowych, ale również w punktu widzenia komunikacji, np. w przypadku czynności wykonywanych z udziałem cudzoziemców.

Problemem są też wakaty oraz długotrwałe zwolnienia lekarskie. W części komisariatów przedstawiciele KMPT wysłuchali relacji, z których wynikało, że funkcjonariusze w sytuacjach kryzysowych biorą zwolnienia lekarskie, by choć chwilę odpocząć. Zdarzają się również jednostki znacznie oddalone od PdOZ, w których osadzane są osoby zatrzymane. Konieczność doprowadzania takich osób powoduje w praktyce kilkugodzinne wyłączenie funkcjonariuszy z wykonywania zadań na obszarze właściwości miejscowej jednostek, co obciąża zadaniami pozostałych policjantów.

Zła sytuacja kadrowa powoduje, że policjanci są dodatkowo obciążeni pracą, przemęczeni i sfrustrowani brakiem systemowych rozwiązań tej sytuacji. Niemile widziane jest branie udziału w szkoleniach, gdyż powoduje to dodatkowe obciążenie pracą pozostałych policjantów. Sytuacja kadrowa ma również wpływ na postrzeganie swojego zawodu przez samych policjantów. Z relacji funkcjonariuszy wynika, że zawód policjanta – z uwagi na poziom wynagrodzenia, stres i specyfikę pracy – przestał być atrakcyjny.

KMPT jest zaniepokojony powyższą sytuacją. Odpowiedni poziom zatrudnienia może bowiem mieć wpływ na jakość pracy funkcjonariuszy, ich możliwości zawodowe, motywację i reżim, w stosunku do osób pozbawionych wolności. Braki kadrowe stwarzają ryzyko niewłaściwych zachowań i sprzyjają wypaleniu zawodowemu.

⁷⁴ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.



Konieczna jest poprawa sytuacji kadrowej w Policji, tak by policjanci mogli wykonywać swoje obowiązki w sposób profesjonalny, bez ryzyka niewłaściwych zachowań.



SPT

Podkomitet jest zaniepokojony zauważonym brakiem personelu, który dotyka Policję w Polsce. Liczba wolnych miejsc pracy może nie być proporcjonalna do wymaganej liczby pracowników. Płace są niskie, co przyczynia się do trudności w rekrutacji nowego personelu. SPT zaleca, aby Polska przeprowadziła ocenę liczby pracowników wymaganych do profesjonalnej służby Policji i zapewniła wynagrodzenie proporcjonalne do wymaganych kwalifikacji i obowiązków tej grupy zawodowej, aby zapewnić jej odpowiednią motywację, jako ogólny środek zapobiegawczy⁷⁵.



Poziom zatrudnienia personelu miejsc detencji ma bezpośredni wpływ nie tylko na bezpieczeństwo i ochronę zarówno zatrzymanych, jak i personelu, ale również na możliwości personelu w zakresie organizacji codziennej pracy i reżimu instytucji jako całości. Odpowiedni poziom zatrudnienia zapobiega również przypadkom wypalenia wśród członków personelu i pozwala im korzystać z pełnej zdolności zawodowej, zamiast koncentrować się tylko na codziennych czynnościach⁷⁶.

Badanie lekarskie osób zatrzymanych

W Polsce nie ma obowiązku poddania badaniu lekarskiemu każdego zatrzymanego. O tym, kto musi być obowiązkowo zbadany, mówi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych⁷⁷.

W praktyce więc policjanci przewożą na badania lekarskie tylko te osoby, których zbadanie jest obowiązkowe.

Niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania stanowią podstawową gwarancję prewencji tortur. Chroni też samych funkcjonariuszy przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu zatrzymanych pod nadzorem Policji. Z kolei świadomość ujawnienia ewentualnych śladów przemocy i ich udokumentowania może zadziałać odstraszająco na osoby rozważające możliwość użycia przemocy.

⁷⁵ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 42-43.

⁷⁶ Zob. Raport SPT z wizyty w Szwecji, CAT/OP/SWE/1, par. 139-140.

⁷⁷ Zob. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 13 września 2012 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję (Dz. U. z 2012 r., poz. 1102), § 1. ust. 3.



Obowiązkowym badaniom lekarskim powinny być poddawane wszystkie osoby zatrzymane.



SPT

Podkomitet zaleca, aby Polska podjęła odpowiednie kroki w celu zapewnienia, że wszystkie osoby aresztowane zostaną niezwłocznie bezpłatnie zbadane przez specjalistę medycznego, który jest w stanie pracować niezależnie, bez obecności policjanta. Zgodnie z Protokołem Stambulskim tacy specjaliści medyczni powinni zostać przeszkoleni w zakresie badania osób, które mogły być poddane torturom lub złemu traktowaniu i dokumentowania takich przypadków⁷⁸.



CAT

Polska powinna podjąć skuteczne środki w celu zagwarantowania, aby osoby zatrzymane zostały poddane poufnemu badaniu lekarskiemu przez niezależnego lekarza w ciągu 24 godzin od ich przybycia do miejsca zatrzymania. Powinny mieć też prawo wnioskowania o niezależne badanie medyczne w dowolnym momencie⁷⁹.

Brak dostępu do obrońcy od początku zatrzymania

Nie każda osoba zatrzymana ma w praktyce dostęp do obrońcy od początku zatrzymania (np. z powodu braku pieniędzy). Z kolei wniosek o przyznanie obrońcy z urzędu można złożyć dopiero po pierwszym przesłuchaniu w charakterze podejrzanego, nie zaś bezpośrednio po zatrzymaniu. Do czasu pierwszego kontaktu obrońcy z klientem, funkcjonariusze realizują z zatrzymanym czynności służbowe (np. przesłuchania, rozpytania). Taka sytuacja stwarza wysokie ryzyko tortur, zwłaszcza w sytuacji, gdy czynności policyjne nie są nagrywane, pomieszczenia służbowe nie są monitorowane, w czynności nie bierze udziału osoba trzecia, a prawo nie przewiduje obowiązkowego badania lekarskiego po zatrzymaniu.

KMPT podkreśla, że dostęp do prawnika osoby zatrzymanej jest pojęciem szerszym niż udzielanie pomocy prawnej i zapewnienie obrony w postępowaniu karnym. To podstawowa gwarancja zapobiegająca torturom. Obrońca pełni też pozytywną rolę w odniesieniu do jakości dochodzenia i profesjonalizmu funkcjonariuszy, poprawia relacje i współpracę między Policją a zatrzymanymi, co w rezultacie przynosi korzyści śledztwu oraz całemu wymiarowi sprawiedliwości.

⁷⁸ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 55.

⁷⁹ Zob. Committee against Torture, Concluding observations on the seventh periodic report of Poland, 29 August 2019, CAT/C/POL/CO/7, par. 16.



Każda osoba zatrzymana, niezależnie od powodu zatrzymania i posiadanych środków finansowych, powinna mieć zapewniony praktyczny dostęp do obrońcy z urzędu, od początku zatrzymania i przez cały okres pozbawienia wolności.

» CPT

Praktyczny dostęp osób zatrzymanych przez Policję do realizacji prawa dostępu do obrońcy jest nadal w Polsce problemem. W polskim prawie brak jest przepisów przewidujących wyznaczenie obrońcy z urzędu przed etapem postępowania sądowego. W związku z tym osoby zatrzymane, których nie stać na opłacenie pomocy prawnej, są w rzeczywistości pozbawione dostępu do obrońcy⁸⁰.

» SPT

Podkomitet jest zaniepokojony brakiem odpowiedniego systemu pomocy prawnej w Polsce dla osób, których nie było stać na prywatnego prawnika. Polska powinna podjąć skuteczne środki w celu zagwarantowania wszystkim osobom pozbawionym wolności, zgodnie z prawem i w praktyce, od momentu ich aresztowania, prawa do szybkiego dostępu do niezależnego prawnika oraz w razie potrzeby, do pomocy prawnej zgodnie z międzynarodowymi standardami⁸¹.

» CAT

Osoby pozbawione wolności w Polsce nadal nie korzystają w praktyce ze wszystkich podstawowych gwarancji prawnych od samego początku pozbawienia wolności, takich jak szybki dostęp do adwokata lub radcy prawnego przed pierwszym przesłuchaniem. Komitet zaleca podjęcie skutecznych kroków w celu zapewnienia wszystkim zatrzymanym szybkiego dostępu do pomocy prawnej, w tym dyżurnych adwokatów i radców prawnych, udzielanych przez finansowaną przez państwo pomoc prawną, przed pierwszym przesłuchaniem⁸².

Powyższy problem systemowy był już sygnalizowany Ministrowi Sprawiedliwości przez Rzecznika Praw Obywatelskich⁸³. Niestety, od 2017 r. Minister nie udzielił Rzecznikowi odpowiedzi na kierowane wystąpienia generalne⁸⁴.

⁸⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, par. 23.

⁸¹ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 51-52

⁸² Zob. Committee against Torture, Concluding observations on the seventh periodic report of Poland, 29 August 2019, CAT/C/POL/CO/7, par. 15 i 16.

⁸³ Zob. Wystąpienia Generalne RPO do Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 kwietnia 2017 r. i 27 września 2018 r., KMP.570.3.2017.RK.

⁸⁴ Więcej zob. Część III Raportu – Trudności w realizacji mandatu KMPT.

Osadzenie w PdOZ osób zatrzymanych do wytrzeźwienia

Zdecydowana większość osób, które trafiają do PdOZ, to osoby zatrzymane do wytrzeźwienia. Wiąże się to z brakiem izb wytrzeźwień na terenie poszczególnych gmin oraz brakiem umów między samorządami a ościennymi izbami wytrzeźwień. Brak odpowiednich rozwiązań systemowych skutkuje koniecznością osadzania takich osób w policyjnych PdOZ. KMPT odnotował też sytuacje, gdy miejscowy szpital psychiatryczny odmawiał hospitalizacji osób nietrzeźwych, zatrzymanych w związku z podejrzeniem próby samobójczej z uwagi na stan upojenia alkoholowego. W związku z tym osoby takie musiały zostać osadzone w PdOZ i dopiero po wytrzeźwieniu były poddawane obserwacji psychiatrycznej. Taka sytuacja stwarzała wysokie ryzyko występowania sytuacji niebezpiecznych, również dla funkcjonariuszy.

W ocenie KMPT PdOZ nie są przygotowane do opieki nad osobami nietrzeźwymi. Nie zatrudniają bowiem lekarza, który mógłby udzielić doraźnej, profesjonalnej pomocy medycznej, w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia zatrzymanego. Funkcjonariusze ponoszą odpowiedzialność za bezpieczeństwo zatrzymanych, mogąc w sytuacji zagrożenia ich życia i zdrowia udzielić pierwszej pomocy przedmedycznej i wezwać pogotowie ratunkowe, licząc na skuteczność takiej interwencji. Takie rozwiązanie nie gwarantuje jednak w pełni bezpieczeństwa osób nietrzeźwych i wymaga zmian systemowych. Generuje też dodatkowe koszty ponoszone przez Policję, związane z opieką nad osobami nietrzeźwymi, m.in. zakup pościeli, dezynfekcję pomieszczeń. Ponadto możliwe problemy zdrowotne osób umieszczonych do wytrzeźwienia (np. epilepsja) oraz mogące pojawiać się trudne do przewidzenia reakcje organizmu (np. wymioty) sprawiają, że nadzór nad takimi osobami jest szczególnie absorbujący dla funkcjonariuszy i przy braku odpowiedniej obsady, trudny do pogodzenia z wykonywaniem innych obowiązków służbowych.

Brak należytej obsady w PDOZ

W czasie umieszczenia w PdOZ osób zatrzymanych to na funkcjonariuszach pełniących służbę w pomieszczeniu ciąży obowiązek zagwarantowania zatrzymanym bezpieczeństwa, przy jednoczesnym umożliwieniu takim osobom realizacji ich uprawnień. W obecnym stanie prawnym na kierowniku jednostki spoczywa obowiązek organizacji służby w taki sposób, aby w pomieszczeniu pełnił ją co najmniej jeden policjant⁸⁵.

Z ustaleń KMPT poczynionych podczas dotychczasowych wizytacji wynika, że jedna osoba nie jest w stanie jednocześnie wykonywać obowiązków proceduralnych (wypełnianie dokumentacji), kontrolnych i takich, które umożliwiają osadzonym korzystanie z przysługujących im praw (np. skorzystanie z pomieszczenia sanitarnego). Znacznie utrudnione może być również reagowanie na zachodzące zdarzenia nadzwyczajne, w tym np. podejmowane próby samobójcze. Przy takiej organizacji służby w PdOZ może dochodzić do ograniczenia realizacji uprawnień zatrzymanych i ich niewłaściwego traktowania, dlatego też KMPT konsekwentnie od wielu lat postuluje zmianę obowiązujących przepisów.

⁸⁵ Zob. Zarządzenie nr 130 Komendanta Głównego Policji z dnia 7 sierpnia 2012 r. w sprawie metod i form wykonywania zadań w pomieszczeniu dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia (Dz. U. KGP z 2012 r., poz. 42 ze zm.), § 2 ust. 2.



CPT

Wyodrębnienie wyspecjalizowanej grupy funkcjonariuszy, zajmującej się wyłącznie opieką nad osobami zatrzymanymi w areszcie policyjnym ma wiele zalet. Prowadzi m.in. do większej specjalizacji, profesjonalizmu i skuteczności funkcjonariuszy oraz zwiększenia poczucia odpowiedzialności za osoby znajdujące się w areszcie policyjnym. Taka praktyka może przyczynić się do przełamania poczucia solidarności w przypadku złego traktowania oraz wzmocnić zabezpieczenia proceduralne, które mają służyć ochronie przed taką praktyką. Funkcjonariusz może bowiem przykładowo sprawdzić przy przyjęciu, czy osoba zatrzymana została rzeczywiście poinformowana o wszystkich swoich prawach i czy są one dla niej zrozumiałe. Stanowi też pierwszą okazję dla osoby zatrzymanej do złożenia formalnej skargi przeciwko funkcjonariuszom zatrzymującym, na przykład w odniesieniu do nadmiernego użycia siły przy zatrzymaniu. W niektórych krajach odwiedzonych przez CPT każda zatrzymana osoba przed podjęciem jakichkolwiek kroków proceduralnych przedstawiana jest wyznaczonemu, doświadczonemu funkcjonariuszowi aresztu. Funkcjonariusz ten jest odpowiedzialny za sprawdzenie stanu psychologicznego i fizycznego zatrzymanego oraz zaoferowanie mu możliwości poinformowania wybranej osoby o zatrzymaniu i kontaktu z prawnikiem. Wyznaczeni oficerowie są przeszkoleni, aby zadawać odpowiednie pytania oraz rozpoznawać i zapisywać objawy wskazujące na konieczność zapewnienia zatrzymanemu szczególnego wsparcia i opieki. To wyraźnie dobra praktyka⁸⁶.

Kontrola osobista, sprawdzenie prewencyjne

W związku z orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego z 14 grudnia 2017 r.⁸⁷ dotyczącego niezgodności z Konstytucją braku ustalenia na poziomie ustawowym pojęć przeszukania osoby oraz kontroli osobistej, dnia 14 grudnia 2018 r. Sejm znowelizował ustawę o Policji. W wyniku zmian wprowadzono i doprecyzowano pojęcia kontroli osobistej oraz sprawdzenia prewencyjnego⁸⁸.

Nowelizacji wymagają jednak wciąż akty wykonawcze, w tym rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb, w którym funkcjonuje pojęcie szczegółowego sprawdzenia. W obecnej sytuacji brak odpowiednich działań legislacyjnych skutkuje niespójnością obowiązujących przepisów.

⁸⁶ Zob. Dwudziesty Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2019) 9, par. 83-85.

⁸⁷ Zob. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 14 grudnia 2017 r., sygn. akt K 17/14 (Dz. U. z 2017 r., poz. 2405).

⁸⁸ Zob. Ustawa z dnia 14 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o Policji oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r., poz. 2399).

Brak środków prawnych służących ochronie sygnalistów (Ang. Whistleblowers)

Skuteczne zapobieganie torturom wymaga stworzenia odpowiednich ram prawnych i kultury instytucjonalnej, które umożliwią funkcjonariuszom Policji zgłaszanie przypadków niewłaściwych zachowań ze strony ich współpracowników, bez ryzyka odwetu lub posądzenia o nielojalność wobec swojej grupy zawodowej.

Wizytacje KMPT pokazały, że w Policji w dalszym ciągu brak jest odpowiednich procedur, które zapewniałyby funkcjonariuszom poufny i bezpieczny sposób raportowania o przypadkach złego traktowania ze strony innych policjantów. Teoretycznie funkcjonariusz może poinformować o zdarzeniu swojego bezpośredniego przełożonego lub napisać notatkę służbową. Jednakże ten sposób raportowania sprawia, że funkcjonariusze obawiają się postrzegania swojej postawy jako nielojalności i ewentualnych, późniejszych konsekwencji. Delegacja KMPT odniosła też wrażenie, że sama Policja powinna włożyć wysiłek w budowę odpowiedniej kultury instytucjonalnej, która będzie zachęcać funkcjonariuszy do aktywnego przeciwdziałania niewłaściwemu traktowaniu oraz informowania o przypadkach przemocy w służbie.

Konieczność ochrony prawnej sygnalistów i promowania kultury uznającej ich ważną rolę w społeczeństwie podkreślają również Komitet Ministrów Rady Europy⁸⁹, Parlament Europejski⁹⁰ oraz organizacje pozarządowe. Warto też zwrócić uwagę na fakt, że w dniu 26 listopada 2019 r. w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej opublikowana została dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1937 z dnia 23 października 2019 r. w sprawie ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa Unii. Dyrektywa weszła w życie 16 grudnia 2019 r. Od tego czasu Polska ma dwa lata na jej transponowanie do krajowego porządku prawnego.

Działalność sygnalistów może stanowić wczesne ostrzeżenie i pomóc w ujawnianiu nieprawidłowości, które w przeciwnym razie mogłyby pozostać ukryte, oraz identyfikacji osób odpowiedzialnych za naruszenia⁹¹. Służą też samej organizacji, gdyż pomagają jej zrozumieć, że uczynienie procesu informowania o nieprawidłowościach łatwiejszym i bezpieczniejszym leży w jej interesie⁹².

Ma to szczególne znaczenie w przypadku służb egzekwujących prawo, albowiem niewłaściwe zachowanie funkcjonariusza może rzutować na wizerunek całej formacji oraz szacunek dla prawa i instytucji państwa. Wdrażanie wewnętrznych mechanizmów raportowania o nieprawidłowościach sprzyja zaś kreowaniu wysokich standardów obsługi i zarządzania ryzykiem⁹³. Ochrona sygnalistów stanowi też narzędzie do usprawnienia mechanizmów kontrolnych⁹⁴.

⁸⁹ Zob. Protection of whistleblowers: recommendation CM/Rec (2014)7 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 30 April 2014 and explanatory memorandum.

⁹⁰ Zob. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 24 października 2017 r. w sprawie uzasadnionych środków ochrony sygnalistów działających w interesie publicznym podczas ujawniania poufnych informacji posiadanych przez przedsiębiorstwa i organy publiczne (2016/2224(INI)).

⁹¹ Zob. Explanatory memorandum, Introduction. The importance of whistleblowing and protecting whistleblowers in Europe, pkt 1 i 3.

⁹² Tamże, pkt 8.

⁹³ Tamże, pkt 9.

⁹⁴ Zob. Rezolucja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie ochrony sygnalistów Nr 1729 z 29 kwietnia 2010 r.

O podjęcie działań zmierzających do zapewnienia skutecznej prawnej ochrony sygnalistów w służbach mundurowych i służbach specjalnych Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Prezesa Rady Ministrów 16 kwietnia 2018 r.⁹⁵



CPT

Konieczne jest opracowanie jasnego schematu raportowania przypadków złego traktowania osób zatrzymanych, odrębnym organom, znajdującym się poza strukturą jednostki, której taki incydent dotyczy oraz opracowania ram pozwalających na udzielenie prawnej ochrony sygnalistom⁹⁶.

OBSZARY WYMAGAJĄCE POPRAWY

Traktowanie

W większości jednostek wizytowanych przez KMPT zatrzymani wskazywali, że byli traktowani przez funkcjonariuszy Policji w odpowiedni sposób. Zdarzały się jednak sytuacje, gdzie zatrzymani zgłaszali, że zostali źle potraktowani lub też pozbawiano ich przysługujących im praw. Informacje o złym traktowaniu przez policjantów pojawiały się również w dokumentacji analizowanej przez KMPT – wewnętrznych policyjnych postępowaniach wyjaśniających oraz prokuratorskich postępowaniach przygotowawczych.



Podczas jednej z wizytacji delegacja KMPT uzyskała informację o domniemanym pobicu zatrzymanego na terenie Komendy, tuż po zatrzymaniu. Wersję zdarzenia uprawdopodobniał wpis w protokole zatrzymania, gdzie odnotowano obrażenia ciała zatrzymanego w postaci m.in. zasinienia oka. Mimo posiadanych widocznych obrażeń ciała, niewskazujących na stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, zatrzymany nie został zbadany przez lekarza, co jest niezgodne z przepisami rozporządzenia w sprawie badań lekarskich⁹⁷. W sprawie nie podjęto też czynności wyjaśniających okoliczności powstania posiadanych przez zatrzymanego obrażeń (policjanci nie sporządzili notatek służbowych wskazujących na przyczyny powstania obrażeń, Policja zaś nie prowadziła postępowania wyjaśniającego w tej sprawie).

⁹⁵ Zob. Wystąpienie Generalne RPO do Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 kwietnia 2018 r., znak KMP.570.1.2018.RK.

⁹⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, par. 24. oraz Czternasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2004) 28, par. 26; Raport CPT z wizyty na Ukrainie, CPT/Inf (2013) 23, par. 21; Raport CPT z wizyty w Macedonii, CPT/Inf (2016) 8, par. 93; Raport CPT z wizyty w Bułgarii, CPT/Inf (2015) 36, par. 14; Raport CPT z wizyty w Grecji, CPT/Inf (2016) 4, par. 23; Raport CPT z wizyty w Niemczech, CPT/Inf (2017) 13, par. 20; Raport CPT z wizyty na Ukrainie, CPT/Inf (2017) 15, par. 16; Dwudziesty Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2019) 9, par. 71.

⁹⁷ Zob. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 13 września 2012 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję (Dz. U. z 2012 r., poz. 1102), § 1 ust. 3 pkt 1).

Przedstawiciele KMPT odnotowali też inne domniemane przypadki złego traktowania przez policjantów w formie:

- nieproporcjonalnego użycia środków przymusu bezpośredniego w postaci uderzeń pałką (w czasie rozmowy z przedstawicielem KMPT na ciele zatrzymanego widoczne były ślady, zgodne z relacją zatrzymanego, zaś zarówno zaświadczenie lekarskie, wydane przed umieszczeniem zatrzymanego w PdOZ, jak i protokół zatrzymania oraz książka przebiegu służby w PdOZ, nie zawierały żadnych informacji na temat obrażeń, które posiadał mężczyzna)⁹⁸,
- niecenzuralnego zwracania się do zatrzymanego w trakcie pobytu w PdOZ oraz straszenia go karą pozbawienia wolności,
- uniemożliwienia zatrzymanym skorzystania z prysznica w PdOZ,
- celowego wyłączenia sygnalizacji przyzywowej w PdOZ, co uniemożliwiło zatrzymanemu wezwanie funkcjonariusza, gdy była taka konieczność (np. w przypadku potrzeby wyjścia do toalety),
- pozostawiania zatrzymanych na noc w celi przy zapalonym świetle (delegacja ustaliła, że kamery w celi pracują na podczerwień, co pozwala na wyłączenie światła na czas odpoczynku nocnego).

Przedstawiciele KMPT byli też świadkami sytuacji, gdy posiłek dla zatrzymanego, przywieziony przez firmę zewnętrzną o godz. 12:00 (jeszcze ciepły), nie został wydany zatrzymanemu do spożycia, mimo iż w PdOZ nie było możliwości jego podgrzania. Policjanci wyjaśnili wizytującym, że nie wydają teraz posiłku, gdyż są one wydawane zatrzymanym między godz. 12:00 a 14:00. Posiłek nie jest podgrzewany, w rezultacie niewydanie go, w czasie bezpośrednio po przywiezieniu do jednostki, skutkuje tym, że zatrzymany otrzymuje do spożycia zimny posiłek.

KMPT widzi potrzebę wzmocnienia środków o charakterze prewencyjnym. Zapobieganie złemu traktowaniu przez policjantów powinno mieć charakter systemowy i systematyczny. Funkcjonariusze powinni otrzymać od swoich przełożonych stanowczy sygnał, że wszelkie formy niewłaściwego traktowania osób, wobec których wykonywane są czynności służbowe, są niezgodne z prawem i będą odpowiednio karane. Dodatkowo zachowania te są nieprofesjonalne i rzucają na wizerunek całej formacji. Należy wdrożyć skuteczne mechanizmy monitorowania pracy funkcjonariuszy i położyć nacisk na szkolenia ukierunkowane na ochronę praw człowieka, komunikację interpersonalną i zapobieganie ryzyku zaistnienia sytuacji, w których konieczne byłoby użycie środków przymusu bezpośredniego.

⁹⁸ Przedstawiciel KMPT, który rozmawiał z zatrzymanym, wykonał dokumentację fotograficzną śladów na jego ciele, które – jak wskazał mężczyzna – powstały w wyniku uderzeń pałką. W związku ze złożeniem przez mężczyznę oficjalnej skargi, jego sprawę przekazano do Wydziału do Spraw Postępowania Organów Ścigania w Zespole Prawa Karnego BRPO, w celu weryfikacji sformułowanych przez niego zarzutów.



Złe traktowanie osób zatrzymanych jest nie tylko łamaniem podstawowych praw człowieka. Takie zachowanie jest nieprofesjonalne, rzutuje na wizerunek całej Policji i podważa zaufanie do organów ścigania oraz całego wymiaru sprawiedliwości. Policja powinna włożyć wysiłek w budowę odpowiedniej kultury instytucjonalnej, która będzie zachęcać funkcjonariuszy do aktywnego przeciwdziałania niewłaściwemu traktowaniu oraz informowania o przypadkach przemocy w służbie.



CPT

Skuteczne zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania przez funkcjonariuszy Policji wymaga zmiany kultury policyjnej, ukierunkowanej na poszanowanie praw człowieka, i reagowania funkcjonariuszy na wszelkie przypadki złego traktowania przez ich współpracowników. Przemoc wobec osób pozostających pod nadzorem Policji powinna być postrzegana jako naruszenie praw człowieka oraz niedopuszczalny brak profesjonalizmu, który ma wpływ na wizerunek całej Policji. Zmiana sposobu myślenia w Policji powinna rozpocząć się od konkurencyjnego i rygorystycznego systemu selekcji do służby oraz odpowiedniego wynagrodzenia, które stanowi ważne narzędzie do przyciągnięcia najlepszych kandydatów i utrzymania wysoce kompetentnego personelu. Dla poprawy praktyk policyjnych konieczne są również: wstępne przygotowanie i ciągłe szkolenia w zakresie stosowania standardów praw człowieka, norm krajowych i zabezpieczeń proceduralnych⁹⁹.

Kontrole osobiste osób zatrzymanych

Policjanci nadużywają kontroli osobistych osób zatrzymanych i wykonują je w sposób naruszający godność tych osób. Kontrole osobiste w jednostkach wizytowanych przez KMPT polegały głównie na rozebraniu się zatrzymanego w celu sprawdzenia, czy nie posiadał on przy sobie rzeczy potencjalnie niebezpiecznych. Musieli oni też wykonać przysiad, który służył ustaleniu, czy zabronione przedmioty nie znajdowały się w naturalnych otworach ciała.

Kontrole odbywały się w niemonitorowanych pomieszczeniach lub toaletach, aczkolwiek w jednym z komisariatów kontrola osobista miała miejsce w pokoju objętym monitoringiem.

Kontrole osobiste miały zwykle charakter jednoetapowy, tj. zatrzymany musiał zdjąć całą odzież jednocześnie i stać nago przed funkcjonariuszem. W przypadku PdOZ kontroli były rutynowo poddawane wszystkie osoby zatrzymane. Natomiast jeżeli chodzi o komisariaty, to praktyka jest różna, jednak sytuacje rutynowych kontroli są dość częste.

⁹⁹ Zob. Dwudziesty Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2019) 9, par. 69-71; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, par. 24.

Wizytacje pokazały też, że policjanci nie zawsze mieli świadomość zmian przepisów prawnych. Przykładowo w czasie jednej z wizyt na komisariacie przedstawiciele KMPT odnieśli wrażenie, że funkcjonariusze wizytowanej jednostki nie zdawali sobie sprawy ze zmiany ustawy o Policji. W rozmowach z członkami delegacji policjanci mylili czynności przeszukania osoby z kontrolą osobistą i sprawdzeniem prewencyjnym. Nie mieli też świadomości wytycznych dotyczących realizacji kontroli osobistej, zawartych w art. 15d ustawy o Policji. W ocenie KMPT niezajomość aktualnych przepisów prawnych w tym zakresie może prowadzić do niewłaściwych zachowań i naruszeń praw człowieka.



Kontrola osobista nie powinna być stosowana rutynowo wobec wszystkich osób zatrzymanych, a tylko w wyjątkowych przypadkach, uzasadnionych specyfiką danej sytuacji i po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka¹⁰⁰.



Kontrola powinna być też realizowana w warunkach prywatności, poza zasięgiem wzroku innych osób oraz kamer monitoringu¹⁰¹.



Zgodnie z ustawą o Policji kontrola osobista powinna mieć charakter etapowy. Policjant powinien najpierw sprawdzić część odzieży kontrolowanego, a przed sprawdzeniem kolejnej części umożliwić osobie kontrolowanej włożenie odzieży już sprawdzonej¹⁰².



Policjantom powinno się przypomnieć o przepisach prawa odnoszących się do realizacji kontroli osobistej i sprawdzenia prewencyjnego. Policjanci powinni być na bieżąco zapoznawani ze zmianami przepisów, a ich znajomość powinna być weryfikowana przez ich przełożonych.

¹⁰⁰ Zob. Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 360 ze zm.), art. 15 ust. 1 pkt 5.

¹⁰¹ Tamże, art. 15d ust. 2 i 5.

¹⁰² Tamże, art. 15d ust. 2.



SPT

Praktyka przeszukania ciała stosowana wobec osób pozbawionych wolności powinna być ograniczona do wyjątkowych przypadków i powinna spełniać kryteria konieczności, racjonalności i proporcjonalności¹⁰³.



CPT

Osoby zatrzymane powinny być przeszukiwane w celu zapewnienia bezpieczeństwa własnego i funkcjonariuszy. Kontroli osobistej nie powinny być jednak poddawane rutynowo wszystkie osoby zatrzymane, z uwagi na fakt, iż jest to środek bardzo inwazyjny i potencjalnie poniżający. Kontroli należy dokonywać tylko wtedy, gdy istnieją uzasadnione podstawy, by podejrzewać, że osoba zatrzymana mogła ukryć przedmioty niebezpieczne lub które mogą być dowodem popełnienia przestępstwa, a ponadto zwykle przeszukanie nie doprowadzi do ich wykrycia¹⁰⁴.



Kontrola osobista powinna być realizowana w warunkach prywatności, w sposób dwuetapowy. Osoby poddawane kontroli osobistej nie powinny być zobowiązane do zdjęcia całego ubrania w tym samym czasie, np. powinny mieć prawo do zdjęcia ubrań powyżej pasa i do ubrania się przed zdjęciem pozostałych ubrań¹⁰⁵.

Nadużywanie stosowania kajdanek

Zmiany wymaga również praktyka stosowania kajdanek wobec osób zatrzymanych. Kajdanki są wykorzystywane podczas transportu, w trakcie przesłuchań, a nawet badań lekarskich. Często zatrzymani mają ręce skute z tyłu (KMPT odwiedzał jednostki, gdzie było to zasadą), co nie zawsze jest konieczne i proporcjonalne. Kajdanki są stosowane także wobec nieletnich, mimo iż ci pozostają pod nadzorem policjantów i znajdują się w zamkniętych pojazdach lub pomieszczeniach służbowych Policji.

Zdaniem KMPT kajdanki często są używane rutynowo (zwłaszcza na czas transportu) bez dokonania indywidualnej oceny ewentualnego zagrożenia i ryzyka. Przykładowo w czasie jednej z wizyt na komisariacie przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę, że osoba przesłuchiwana miała kajdanki zapięte tak mocno, że pozostawiały one zaczerwienione ślady na nadgarstkach. W obecności delegacji KMPT zatrzymany poprosił funkcjonariusza, aby poluzował kajdanki, ale spotkał się z odmową i towarzyszącym jej komentarzem ze strony policjanta – nic ci nie będzie.

Zgodnie z ustawą o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej kajdanek można użyć m.in. w celu zapewnienia bezpieczeństwa konwoju lub doprowadzenia oraz prewencyjnie, w celu zapobie-

¹⁰³ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 111.

¹⁰⁴ Zob. Raporty CPT z wizyty w Czechach: CPT/Inf (2019) 23, par. 31 i CPT/Inf (2015) 18, par. 22; Raport CPT z wizyty na Litwie, CPT/Inf (2017) 16, par. 37; Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2011) 26, par. 19.

¹⁰⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, par. 106; Raport CPT z wizyty w Hiszpanii, CPT/Inf (2017) 34, par. 96; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, par. 132.

żenia ucieczce i objawom agresji lub autoagresji¹⁰⁶. Niezależnie jednak od powodów stosowania, ich użycie powinno mieć charakter indywidualny, być proporcjonalne do stopnia zagrożenia i niezbędne, dla osiągnięcia celu określonego w ustawie. Wybierając środek przymusu bezpośredniego, funkcjonariusz powinien wybrać ten, który wywołuje jak najmniejszy poziom dolegliwości u zatrzymanego¹⁰⁷.

Za niedopuszczalne należy uznać stosowanie kajdanek podczas badań medycznych, w szczególności z rękami skutymi z tyłu. Jest to praktyka poniżająca, która w połączeniu z nadzorem badanego przez funkcjonariuszy, potęguje napięcie i zniechęca do informowania lekarza o złym traktowaniu przez policjantów. Stanowi też zagrożenie dla obiektywności badania. W takich warunkach pacjent może nie chcieć udzielić pełnej, zgodnej z prawdą, informacji o stanie swojego zdrowia.



Rutynowe stosowanie kajdanek wobec osób doprowadzanych i konwojowanych stwarza ryzyko nadużyć i złego traktowania. Dlatego też konieczne są systemowe działania ze strony kierownictwa Policji, ukierunkowane na poszanowanie praw człowieka i respektowanie przez funkcjonariuszy zasad konieczności i proporcjonalności.



Kajdanki nie powinny być profilaktycznie stosowane wobec wszystkich osób zatrzymanych, a tylko wtedy, gdy wyraźnie uzasadnia to ocena ryzyka w indywidualnym przypadku. Kajdanki nie powinny być zbyt ciasno związane (może to powodować urazy mechaniczne) i należy je stosować tylko tak długo, jak jest to absolutnie niezbędne.



Stosowanie kajdanek podczas badań medycznych jest poniżające. Potęguje napięcie i zniechęca pacjenta do informowania lekarza o złym traktowaniu przez policjantów. Stanowi też zagrożenie dla obiektywności badania. Należy zaprzestać stosowania kajdanek podczas badań medycznych i wypracować, w porozumieniu z personelem medycznym, alternatywne rozwiązania, które pogodzą kwestię bezpieczeństwa z poufnością badań i tajemnicą lekarską.

¹⁰⁶ Zob. art. 11 pkt 9, 1-11, 13 i 14; art. 13 ust. 1, art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 2418).

¹⁰⁷ Zob. art. 6 ust. 1 w zw. z art. 12 ust. 1 pkt 2 lit. a) ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej.

» SPT

Niektórzy zatrzymani mogą wymagać transportu w warunkach wzmożonego bezpieczeństwa, w celu zapobieżenia ucieczce, agresji lub samookaleczaniu. Jednak profilaktyczne zakuwanie więźniów w kajdanki jest środkiem nadmiernym, który nie powinien być zwyczajowo stosowany wobec wszystkich osób, przez cały czas. SPT uznaje za konieczne dokonanie oceny warunków transportu osób zatrzymanych, aby upewnić się, że osoby te nie są narażone na niepotrzebne trudności fizyczne lub ograniczenia, zgodnie z międzynarodowymi standardami dotyczącymi traktowania więźniów. Decyzje dotyczące ewentualnych ograniczeń powinny być podejmowane na podstawie indywidualnych ocen¹⁰⁸.

»

Problem nadużywania kajdanek wobec zatrzymanych w czasie transportu został dostrzeżony także przez SPT w raporcie z wizyty w Polsce w 2018 r. Kilku zatrzymanych, z którymi rozmawiała delegacja SPT, skarżyło się, że podczas transportu mieli założone kajdanki na ręce trzymane z tyłu lub że były zbyt ciasno zapięte. Zatrzymani mieli na nadgarstkach widoczne czerwone linie oraz otarcia odpowiadające ich relacji. W jednym z wizytowanych komisariatów delegacja zauważyła, że zatrzymany, który był przygotowywany do przewiezienia, miał założone kajdanki na nogi¹⁰⁹.

»

CPT

Kajdanki nie powinny być stosowane podczas przesłuchań lub rozpytań podejrzanych. Nie powinny być też stosowane jako zasada w czasie transportu. Ich użycie powinno być uzasadnione oceną ryzyka w konkretnym przypadku, kiedy ich zastosowanie wydaje się absolutnie konieczne. Konwojowani powinni być przewożeni w bezpiecznych furgonetkach, eliminując w ten sposób konieczność zakładania kajdanek podczas podróży. Za niedopuszczalne należy uznać stosowanie kajdanek w trakcie badań lekarskich lub przykuwanie zatrzymanego do łóżka podczas pobytu w szpitalu¹¹⁰.

»

Stosowanie kajdanek podczas badań jest, w ocenie Komitetu, praktyką naruszającą godność badanego, utrudniającą rozwój właściwej relacji na linii lekarz-pacjent i stanowiącą zagrożenie dla rzetelności badania medycznego¹¹¹.

¹⁰⁸ Zob. Raport SPT z wizyty w Nowej Zelandii, CAT/OP/NZL/1, par. 110-112.

¹⁰⁹ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 68-69.

¹¹⁰ Zob. Transport of detainee, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24, pkt 3. Security measures; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, par. 53; Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2007) 40, par. 101; Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii, CPT/Inf (2006) 28, par. 23; Raport CPT z wizyty na Węgrzech, CPT/Inf (2006) 20, par. 126; Raport CPT z wizyty w Hiszpanii, CPT/Inf (96) 9 [Part 1], par. 150.

¹¹¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Czechach, CPT/Inf (2019) 23, par. 70.

Prawo do informacji i mechanizm skargowy

Otrzymanie przez osobę pozbawioną wolności zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych kwestiach, np. przysługujących prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg, zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną rolę w zabezpieczaniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy. Szczególnie istotna jest tutaj sytuacja cudzoziemców, którzy najczęściej nie znają języka polskiego oraz prawa i procedur obowiązujących w Polsce.

Podczas niektórych wizytacji osoby, z którymi członkowie delegacji KMPT odbyli poufne rozmowy, wskazywały, że funkcjonariusze nie nauczyli ich w sposób zrozumiały o przysługujących im prawach. Otrzymali jedynie protokół zatrzymania i druk pouczeń zatrzymanego w postępowaniu karnym, nie rozumiejąc w pełni znaczenia praw, które im przysługują. Niektórzy z zatrzymanych sygnalizowali, że nie mieli wystarczającego czasu na zapoznanie się z treścią protokołu zatrzymania, a będąc pod nadzorem Policji, odczuwali presję i bali się zadawać dodatkowe pytania, by nie prowokować sytuacji konfliktowych.

W niektórych jednostkach funkcjonariusze, w przypadku zatrzymania cudzoziemca, nie odnotowywali w protokole zatrzymania informacji, w jakim języku komunikuje się zatrzymany, w jakim języku nastąpiło pouczenie oraz zapoznanie z regulaminem PdOZ (protokoły sporządzono w języku polskim) oraz czy w czynnościach uczestniczył tłumacz.

KMPT odnotował też przypadek zatrzymania obywatela Ukrainy, gdzie w protokole zatrzymania została wpisana informacja o barierze językowej, jednocześnie w czynnościach policyjnych nie uczestniczył tłumacz, zaś oświadczenie zatrzymanego o poinformowaniu go o przyczynach zatrzymania i przysługujących mu prawach było w języku polskim. Cudzoziemiec był także poddany badaniu lekarskiemu, co przy barierze językowej i braku tłumacza budzi wątpliwości z punktu widzenia odpowiedniej komunikacji z lekarzem.

W ocenie KMPT istotne jest również, by udostępniane zatrzymanym informacje były zrozumiałe i czytelne. W jednym z PdOZ regulaminy wywieszono w celach miały zbyt mały rozmiar czcionki, co rodzi obawy o możliwość ich odczytu przez osoby zatrzymane.



Wszystkie osoby zatrzymane powinny zostać w sposób zrozumiały poinformowane o przysługujących im prawach, od samego początku pozbawienia wolności. Pouczenie powinno nastąpić poprzez udzielenie w chwili zatrzymania jasnej, ustnej informacji, która powinna być następnie uzupełniona o informację pisemną.



Policjanci powinni upewnić się, że zatrzymany zrozumiał swoje prawa. Zatrzymany powinien mieć też czas na przeczytanie protokołu przed jego podpisaniem. W razie konieczności funkcjonariusze powinni udzielić zatrzymanemu dodatkowych, ustnych wyjaśnień.



W przypadku zatrzymania cudzoziemca należy odnotować w dokumentacji, w jakim języku komunikuje się zatrzymany, czy posługuje się on językiem polskim oraz w jakim języku i w jaki sposób nastąpiło tłumaczenie. Jeśli zatrzymany nie posługuje się językiem polskim, należy przetłumaczyć mu treść protokołu oraz pouczyć go o prawach i obowiązkach, w sposób dla niego zrozumiały. Wszelkie podpisywane przez cudzoziemców oświadczenia powinny być tłumaczone na język dla nich zrozumiały. W przypadku problemów z komunikacją należy korzystać z pomocy tłumacza, niezależnie od podstawy zatrzymania. Tłumaczenie dokumentów przez tłumacza powinno być odnotowywane na dokumencie (z podpisem i pieczętką).



CPT

Wszystkie osoby zatrzymane powinny być w pełni informowane o przysługujących im fundamentalnych prawach, od samego początku pozbawienia wolności (czyli od chwili, gdy nakazuje się im pozostanie w jednostce Policji). Szczególny nacisk powinien zostać położony na zapewnienie, by osoby zatrzymane były w stanie zrozumieć treść przysługujących im praw. Obowiązek zapewnienia, by tak się stało, spoczywa na funkcjonariuszach Policji¹¹².



SPT

SPT zaleca, by Polska przyjęła niezbędne środki ustawodawcze i administracyjne w celu zapewnienia, że wszystkie osoby pozbawione wolności są informowane o wszystkich przysługujących im prawach, przyczynach aresztowania i stawianych zarzutach. Informacje takie powinny być najpierw przekazywane ustnie, w jasnym języku

¹¹² Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, par. 28.

i języku zrozumiałym dla danej osoby (z pomocą tłumacza, jeśli to konieczne), a następnie w formie pisemnej zainteresowanym osobom. Polska powinna zapewnić również zatrzymanym cudzoziemcom prawo do komunikowania się z przedstawicielami dyplomatycznymi i konsularnymi państwa, do którego należą, jak najszybciej po aresztowaniu. Podkomitet zaleca ponadto, aby Polska podjęła środki w celu zapewnienia tłumaczenia dla wszystkich obiektów i przetłumaczenia dla nich wszystkich kwestii proceduralnych¹¹³.

O zatrzymaniu lub o zmianie miejsca zatrzymania funkcjonariusze Policji informują, na żądanie zatrzymanego, wskazane przez niego osoby trzecie

Uprawnienie zatrzymanego o poinformowaniu o zatrzymaniu wybranej przez siebie osoby realizowane jest wyłącznie przez policjantów. W ocenie KMPT w pierwszej kolejności zatrzymani powinni mieć możliwość samodzielnego powiadomienia wybranej osoby trzeciej o miejscu pobytu, a tylko w sytuacjach szczególnych prawo do powiadamiania realizować za pośrednictwem funkcjonariuszy Policji.

W jednej z jednostek zatrzymany zgłosił, że nie dostał od policjantów zwrotnej informacji, czy udało się zrealizować jego wniosek o poinformowanie bliskiej osoby. W protokole zatrzymania mężczyzny brak było informacji, czy zawiadomienie zostało zrealizowane.



Zatrzymany powinien co do zasady mieć możliwość samodzielnego powiadomienia wybranej osoby o zatrzymaniu. Wyłącznie w sytuacjach szczególnych, uzasadnionych specyfiką zatrzymania i prowadzonej sprawy karnej, uprawnienie to może być realizowane przez Policję.



Zatrzymany powinien otrzymać zwrotną informację, że jego wniosek o poinformowanie wybranej osoby został zrealizowany. Taką informację należy też odnotować w dokumentacji z podaniem daty i godziny zawiadomienia i tożsamości osoby zawiadomionej.



Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ

Niezwłocznie po zatrzymaniu oraz po każdym przeniesieniu do innego miejsca aresztowania lub uwięzienia, osoba aresztowana lub uwięziona będzie mogła powiadomić, bądź też domagać się od właściwego organu powiadomienia, członków jej rodziny lub innych osób według swojego wyboru¹¹⁴.

¹¹³ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 50, 58-59.

¹¹⁴ Zob. Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie zatrzymania lub uwięzienia – Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ, ONZ 43/173 z dnia 9 grudnia 1988 r., Zasada 15.

» SPT

Osoby zatrzymane przez polską Policję nie mają prawa do bezpośredniego kontaktu z członkiem rodziny lub inną osobą trzecią w celu poinformowania ich o przyczynie zatrzymania. Niektórzy zatrzymani, którzy poprosili funkcjonariusza o skontaktowanie się z rodziną w ich imieniu, nie otrzymali informacji zwrotnej na temat tego, czy zostało to zrobione. SPT zaleca, by wszystkie osoby pozbawione wolności były w stanie niezwłocznie poinformować członka rodziny lub inną osobę trzecią o ich zatrzymaniu i otrzymać informację zwrotną na temat tego, czy zostało to zrobione. Korzystanie z tego prawa nie może zależeć od dobrej woli lub decyzji podejmowanych przez władze zatrzymujące, prokuratora lub śledczego albo administrację zakładu karnego¹¹⁵.

Brakuje widocznych informacji o możliwości i sposobie złożenia skargi oraz instytucjach zajmujących się ochroną praw człowieka

Komisariaty nie eksponują w widoczny sposób informacji, które wzmocniłyby dostęp do mechanizmów skargowych. Przy wejściu do jednostek oraz na tablicach informacyjnych znajdujących się w poczekalniach brak jest zazwyczaj informacji o instytucjach zajmujących się ochroną praw człowieka lub sposobie złożenia skargi w strukturze samej Policji. Niektóre jednostki wywieszały tylko bardzo ogólną informację o dniach przyjęć interesanta przez komendanta. Brak jednak było czytelnych i zrozumiałych informacji o procedurze skargowej, czy możliwości zgłoszenia się do Biura Spraw Wewnętrznych Policji.

W pokojach przejściowych lub tymczasowych pomieszczeniach przejściowych znajdujących się na terenie komisariatów brakowało niekiedy regulaminu pobytu oraz wykazu instytucji stojących na straży praw człowieka, których wyeksponowanie w tych pomieszczeniach jest obowiązkowe¹¹⁶.



Przy wejściu do Komisariatu i na jego terenie należy wyeksponować dane teleadresowe instytucji stojących na straży praw człowieka – Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), Rzecznika Praw Dziecka, wybranych organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, Stowarzyszenia Amnesty International), właściwej miejscowo Prokuratury, Biura Spraw Wewnętrznych Policji oraz informacje o możliwości złożenia skargi w strukturze Policji.

¹¹⁵ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 56 i 57.

¹¹⁶ Zob. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb (Dz. U. z 2012 r., poz. 638), § 27 ust. 1 i 2 oraz § 32 ust. 1 i 2.



W pokojach przejściowych lub tymczasowych pomieszczeniach przejściowych powinien znajdować się regulamin pobytu i wykaz instytucji stojących na straży praw człowieka, zgodnie ze standardem przewidzianym w rozporządzeniu.



CPT

Efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur. Mogą nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Państwa europejskie powinny więc zapewnić bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi we wszystkich miejscach zatrzymań¹¹⁷.

Policjanci nie zawsze mają dostęp do aktów prawnych

W niektórych komisariatach funkcjonariusze Policji nie zawsze mieli dostęp do aktualnych tekstów kodeksów i innych ważnych dla policjanta ustaw, komentarzy aktów prawnych oraz dostępu do Internetu w pokojach służbowych (nie mogli więc pozyskać tekstów ustaw drogą elektroniczną). Taka sytuacja stwarza ryzyko błędów i może bezpośrednio wpływać na sytuację osób przesłuchiwanym lub zatrzymanym. Jest też istotna w sytuacji, gdy od policjanta wymaga się pouczenia o przysługujących prawach lub podania podstawy prawnej realizowanej czynności służbowej, także poza siedzibą Komisariatu.



Policjanci muszą mieć dostęp do aktualnych tekstów aktów prawnych, by ich działania miały charakter profesjonalny. Jest to też istotne z punktu widzenia prewencji złego traktowania i respektowania w praktyce podstawowych gwarancji antytorturowych.

Dostęp do prawnika

Komisariaty oraz część wizytowanych PdOZ nie posiadały list adwokatów lub radców prawnych, uprawnionych do pełnienia roli obrońcy, z pomocy których mogłaby skorzystać osoba zatrzymana lub przesłuchiwana. W jednym przypadku Izba dysponowała co prawda listą obrońców (adwokatów i radców prawnych), natomiast sami funkcjonariusze mieli ograniczoną świadomość jej istnienia, co uzasadnia przypuszczenie, iż informacja o możliwości skorzystania z rzeczony listy nie była standardowo przekazywana osobom przyjętym do PdOZ.

W jednym PdOZ zatrzymany wskazał wizytującym, że odmówiono mu kontaktu z adwokatem z wyboru, twierdząc, że skorzystał już z prawa do telefonicznego powiadomienia bliskiej osoby. W ocenie

¹¹⁷ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

KMPT odmowa skontaktowania się z obrońcą stanowi nieuzasadnione pozbawienie go możliwości skorzystania z jednej z naczelnych gwarancji antytorturowych. Realizacja tego prawa może być wyłączona jedynie poprzez wyraźne i w pełni świadome oświadczenie samego zatrzymanego. Korzystanie z prawa do powiadomienia osoby bliskiej jest zaś prawem w pełni autonomicznym, którego realizacja nie może wpływać na pozostałe prawa osoby zatrzymanej, w szczególności na tak istotne jak prawo do obrony.



W celu zwiększenia dostępu do obrońcy należy sporządzić listę adwokatów i radców prawnych, uprawnionych do pełnienia roli obrońcy, na terenie właściwości odpowiedniego samorządu prawniczego, informować o jej istnieniu osoby zatrzymane i udostępniać im ją, w przypadku zgłoszenia takiej chęci.



Zatrzymany powinien mieć możliwość kontaktu z obrońcą, niezależnie czy skorzystał z prawa do poinformowania wybranej osoby o fakcie zatrzymania.



SPT

Podkomitet zaleca władzom zagwarantowanie, że osoby pozbawione wolności są stale informowane o przysługującym im prawie dostępu do wybranego przez siebie prawnika i bezpłatnej pomocy prawnej oraz możliwości swobodnego korzystania z tego prawa od początku pozbawienia wolności i podczas całej procedury karnej¹¹⁸.

Polska powinna podjąć kroki w celu wprowadzenia listy radców prawnych na wszystkich posterunkach Policji¹¹⁹.



CAT

Funkcjonariusze na komisariatach Policji nie są świadomi swojej odpowiedzialności za dostarczenie osobom uprawnionym do pomocy prawnej finansowanej przez państwo listy dyżurnych adwokatów i radców prawnych, co według doniesień może potrwać kilka dni, a nawet tygodni, tak aby obrońcy publiczni na ogół nie byli w stanie uczestniczyć w początkowym przesłuchaniu zatrzymanego. Polska powinna podjąć skuteczne środki w celu zapewnienia, że funkcjonariusze na posterunkach Policji są świadomi swojej odpowiedzialności za dostarczenie osobom uprawnionym do pomocy prawnej finansowanej przez państwo listy dyżurnych adwokatów i radców prawnych¹²⁰.

¹¹⁸ Zob. Raport SPT z wizyty w Brazylii, CAT/OP/BRA/1, par. 68; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, par. 42; Raport SPT z wizyty w Beninie, CAT/OP/BEN/1, par. 87.

¹¹⁹ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 52.

¹²⁰ Zob. A Committee against Torture, Concluding observations on the seventh periodic report of Poland, 29 August 2019, CAT/C/POL/CO/7, pkt 15 i 16.



CPT

W porozumieniu z właściwym samorządem prawniczym należy sporządzić listę prawników, z których usług mogłyby korzystać osoby zatrzymane. Taka lista powinna być dostępna w każdym posterunku Policji¹²¹.

Nadzorowanie kontaktu obrońcy z klientem

W wielu komisariatach i PdOZ praktyką jest organizowanie spotkań z adwokatem lub radcą prawnym w obecności funkcjonariuszy Policji. Częściowo ma to związek z brakiem specjalnego pomieszczenia do realizacji takiego kontaktu. Spotkania odbywają się bowiem najczęściej w pokojach policjantów, w których realizowane są przesłuchania. Stąd też w trosce o ochronę dokumentów i informacji policjanci są obecni przy rozmowie. Zdarzają się też jednak sytuacje, gdy policjanci z zasady nadzorują taką rozmowę z obawy o możliwość przekazywania informacji lub podejmowania działań, które zaszkodzą prowadzonemu postępowaniu karnemu.

KMPT uważa, że nadzorowanie kontaktów z obrońcą pozbawia zatrzymanego możliwości swobodnej rozmowy z prawnikiem, co osłabia prewencyjny charakter dostępu do obrońcy. Stwarza bowiem ryzyko, że osoba pozostająca w dyspozycji Policji, w obawie o możliwość odwetu za przekazane informacje, nie poinformuje prawnika o faktycznym sposobie traktowania.



Kontakt z prawnikiem powinien mieć charakter poufny i odbywać się poza zasięgiem wzroku i słuchu funkcjonariusza Policji.



CPT

Sytuacja nadzorowania rozmów prawników i ich klientów jest całkowicie nie do zaakceptowania. Osoby zatrzymane przez Policję powinny mieć w każdym przypadku możliwość skonsultowania się z prawnikiem na osobności¹²².



SPT

Podkomitet wyraża zaniepokojenie faktem, że w niektórych instytucjach konsultacje między prawnikami a zatrzymanymi odbywają się w pomieszczeniach dochodzeniowych, objętych nadzorem elektronicznym. Podkomitet wzywa Państwo do zagwarantowania całkowitej poufności komunikacji między prawnikami a ich klientami¹²³.

¹²¹ Zob. Raport CPT z wizyty na Słowenii, CPT/Inf (2017) 27, par. 15.

¹²² Zob. Raporty CPT z wizyt w Polsce: CPT/Inf (2018) 39, par. 26; CPT/Inf (2014) 21, par. 26; CPT/Inf (2011)20, par. 27.

¹²³ Raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/3, par. 49 i 52.



Każda osoba oskarżona o popełnienie przestępstwa powinna być w stanie skonsultować się ze swoim prawnikiem w pełnej poufności¹²⁴.

Prawo do ochrony zdrowia

W przypadku realizowania prawa do ochrony zdrowia przedstawiciele KMPT podczas wizytacji w 2019 r. ponownie odnotowali problem obecności (co do zasady) funkcjonariuszy Policji w trakcie przeprowadzania badań lekarskich zatrzymanych. Obecność funkcjonariusza niewątpliwie osłabia prewencyjny charakter badania lekarskiego, sprawiając, że zatrzymany może nie czuć się na tyle swobodnie, by opowiedzieć lekarzowi o wstydlivych dolegliwościach oraz o sposobie, w jaki był traktowany. Są to zatem warunki, które w żaden sposób nie gwarantują ani poszanowania prywatności i intymności, ani zachowania tajemnicy lekarskiej.



Obecność policjantów w czasie badań lekarskich osłabia mechanizm ochronny przed torturami. Decyzja w kwestii obecności funkcjonariuszy powinna należeć wyłącznie do personelu medycznego.

Przedstawiciele KMPT ujawnili też przypadki braku badań lekarskich zatrzymanych, którzy sygnalizowali policjantom, że leczą się psychiatrycznie. W takich sytuacjach, zgodnie z polskim prawem, badanie lekarskie jest obowiązkowe¹²⁵. KMPT stoi na stanowisku, iż funkcjonariusze Policji powinni zwracać szczególną uwagę na możliwość wystąpienia u zatrzymanych zaburzeń psychicznych. Ma to na celu nie tylko zapewnienie bezpieczeństwa osobie zatrzymanej, lecz także przyczynia się do zminimalizowania prawdopodobieństwa wystąpienia niepożądanych skutków izolacji, np. wydarzenia nadzwyczajnego w postaci próby samobójczej czy innej formy autoagresji. Zaburzeń psychicznych w rozumieniu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych nie należy zawężać jedynie do zaburzeń, które widoczne są w chwili zatrzymania. Specyfika chorób psychicznych powoduje, że ich objawy mogą być przejściowo niewidoczne, co nie znaczy, że nie ujawnią się za jakiś czas.

Zdarzały się też sytuacje, gdzie mimo istnienia widocznych obrażeń u zatrzymanego i opisanie ich w protokole zatrzymania, nie został on poddany badaniu medycznemu. W trakcie jednego z zatrzymań użyto tasera, co spowodowało upadek na rozbite szkło, na skutek którego powstały otwarte rany ręki i twarzy. Zatrzymanemu nie zagwarantowano konsultacji medycznej, co mogło spowodować groźne dla jego zdrowia zakażenie.

¹²⁴ Zob. Annex United Nations Principles and Guidelines on Access to Legal Aid in Criminal Justice Systems, Guideline 4. Legal aid at the pretrial stage, pkt 44, lit. g.

¹²⁵ Zob. § 1 ust. 3 pkt 2d rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 13 września 2012 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję (Dz. U. z 2012 r., poz. 1102).

W ocenie KMPT badanie lekarskie powinno mieć miejsce zawsze po użyciu tasera, niezależnie od skutków użycia urządzenia lub ich braku.



Każdy, przeciwko komu użyto broni elektrycznej, powinien w każdym przypadku zostać poddany badaniu lekarskiemu i gdy to konieczne, zabrany do szpitala (niezależnie od skutków użycia, w tym także w sytuacjach, gdy brak jest widocznych obrażeń lub nie zaobserwowano negatywnych skutków użycia paralizatora na stan zdrowia)¹²⁶.



Badaniu lekarskiemu powinny być poddane również osoby: posiadające obrażenia ciała, w stosunku do których użyto tasera (niezależnie od skutków jego użycia), wszystkie osoby, które sygnalizują policjantowi, że leczą się psychiatrycznie (niezależnie, czy w ocenie funkcjonariusza wykazują objawy zaburzeń psychicznych).

W jednym PdOZ analiza książki wizyt lekarskich, w której rejestrowane są badania już po przyjęciu do PdOZ, wykazała, że nie są odnotowywane godziny badania medycznego, mimo iż w książce istnieje rubryka umożliwiająca taki zapis. KMPT podkreśla, że dobrze prowadzony rejestr usług medycznych może być pomocny w ustaleniu, czy osoby odpowiedzialne za opiekę i pomoc osobom zatrzymanym dobrze wykonywały swoje obowiązki. Taka praktyka niewątpliwie wzmocni podstawowe gwarancje antytorturowe osób umieszczonych w PdOZ i transparentność podejmowanych czynności, co ułatwi pracę także osobom sprawującym nadzór i kontrolę nad placówką.



W książce wizyt lekarskich należy odnotowywać datę i godzinę badania medycznego.

KMPT zwracał też uwagę na brak transparentności w przypadku kierowania zatrzymanych na badania lekarskie. W dokumentacji dotyczącej zatrzymania i skierowania zatrzymanego na badania brak było informacji, jaki był powód takiej decyzji. W obecnym stanie prawnym zatrzymany jest badany przez lekarza tylko w ściśle określonych przypadkach. W ocenie KMPT dokumentacja powinna więc wskazywać, z jakiej przyczyny przeprowadzono badanie. Taka praktyka wzmocni mechanizmy kontroli i nadzoru, pozwoli ocenić prawidłowość postępowania personelu policyjnego wobec osoby zatrzymanej oraz w razie wystąpienia problemów zdrowotnych w czasie pobytu pod nadzorem Policji, może ułatwić podjęcie odpowiedniej interwencji.

¹²⁶ Zob. Wyciąg z Dwudziestego Raportu Generalnego pt. *Broń elektryczna*, CPT/Inf (2010) 28-part, par. 81.



Dokumentacja policyjna powinna wskazywać, jaki jest powód realizacji badania medycznego.

Zdarzały się również sytuacje, gdy protokół zatrzymania był niewłaściwie wypełniony. Nie było w nim zaznaczonej informacji, czy osoba zatrzymana została poddana badaniu lekarskiemu, czy też nie. Często informację tę można było uzyskać jedynie z analizy notatek urzędowych dołączonych do protokołów.



W protokole zatrzymania należy odnotować, czy zatrzymany był badany przez lekarza, czy też nie.



CPT

Obecność personelu Policji podczas badań lekarskich szkodzi nawiązaniu właściwej relacji na linii lekarz-pacjent i może zniechęcać zatrzymanego, który był źle traktowany, do rozmowy na ten temat. Należy znaleźć alternatywne rozwiązania pozwalające pogodzić uzasadnione wymogi bezpieczeństwa z zasadą tajemnicy lekarskiej (na przykład ustanowienie bezpiecznej sali konsultacji w klinice ratunkowej lub szpitalu). Ponadto pod żadnym pozorem nie należy przekazywać kopii raportu medycznego funkcjonariuszom organów ścigania towarzyszącym zatrzymanemu¹²⁷

Monitoring i nagrywanie przesłuchań

Nie wszystkie jednostki policyjne są monitorowane. Przesłuchania i rozpytania policyjne (prowadzone zazwyczaj bez obecności osób trzecich) nie są też nagrywane, mimo iż procedura karna przewiduje możliwość rejestracji obrazu lub dźwięku podczas przesłuchań¹²⁸.

Na terenie komisariatów nie ma z reguły specjalnych pokoi przesłuchań, wyposażonych w system monitoringu. Dlatego też przesłuchania i rozpytania prowadzone są zazwyczaj w pokojach funkcjonariuszy. Niektóre jednostki nie posiadają w ogóle na stanie kamer przenośnych, umożliwiających rejestrację audio-wideo. W jednej z jednostek odwiedzonych przez KMPT funkcjonariusze pionu dochodzeniowo-śledczego przyznawali, że nie wiedzą, w jaki sposób dokonywać rejestracji audio-wideo przesłuchań, jak zabezpieczać procesowo nagrany materiał dowodowy i jak dokumentować taką czynność. Sygnalizowali wizytującym potrzebę przeszkolenia w tym zakresie.

W ocenie KMPT monitoring i rejestracja audio-wideo przesłuchań policyjnych stanowi ważną, dodatkową ochronę przed złym traktowaniem przesłuchiwanym osób. Brak rejestracji obrazu i dźwięku, w połączeniu z nieobecnością podczas czynności niezależnej od Policji osoby trzeciej (np. obrońcy),

¹²⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2018) 21, par. 37.

¹²⁸ Zob. art. 147 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2020 r., poz. 30).

stwarza wysokie ryzyko zaistnienia tortur i innych form złego traktowania (w tym przemocy psychicznej lub nacisku psychologicznego).



Podczas przesłuchań należy rejestrować obraz i dźwięk. Rekomenduje się też utworzenie specjalnych pokoi, wyposażonych w system rejestracji audio-wideo, przeznaczonych do przesłuchań i rozpytań. Policjanci powinni przejść odpowiednie szkolenie w zakresie obsługi technicznej urządzeń do nagrywania, dokumentowania czynności procesowej i sposobu zabezpieczania nagrania na potrzeby dalszego postępowania karnego.



SPT

Polska powinna wprowadzić obowiązkowe zapisywanie wywiadów audio i wideo w związku z dochodzeniami kryminalnymi jako podstawową gwarancję i jako część swoich wysiłków na rzecz zapobiegania torturom i złemu traktowaniu, a także w celu ochrony personelu organów ścigania przed bezpodstawnymi zarzutami. Nagrania powinny być przechowywane w scentralizowanych, bezpiecznych obiektach przez okres wystarczający do wykorzystania ich jako dowodów i powinny być udostępnione śledczym, zatrzymanym i prawnikom na ich żądanie. Jeśli to możliwe, zaleca się korzystanie z kamer nasobnych (bodycams)¹²⁹.



CAT

Polska powinna zapewnić, że we wszystkich pokojach przesłuchań, we wszystkich częściach kraju, znajduje się telewizja przemysłowa i sprzęt niezbędny do nagrywania wideo i audio przesłuchań¹³⁰.



CPT

Rejestracja czynności policyjnych może zapewnić kompletny i autentyczny zapis przebiegu rozmowy z zatrzymanym, znacznie ułatwiając w ten sposób zbadanie wszelkich zarzutów złego traktowania. Taki instrument służy też ochronie samych funkcjonariuszy przed bezpodstawnymi zarzutami fizycznego znęcania się lub nacisku psychologicznego. Elektroniczna rejestracja przesłuchań i rozpytań zmniejsza także możliwość, że oskarżeni zaprzeczą, że w ogóle złożyli oświadczenia określonej treści¹³¹.

¹²⁹ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 47.

¹³⁰ A Committee against Torture, Concluding observations on the seventh periodic report of Poland, 29 August 2019, CAT/C/POL/CO/7, par. 20 d)

¹³¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Azerbejdżanie, CPT/Inf (2018) 37, par. 42, przypis 5; Raport CPT z wizyty na Litwie, CPT/Inf (2018) 2, par. 23, przypis 7.

Rejestry

Osoby wchodzące na teren komisariatów były z reguły odnotowywane w specjalnym rejestrze. Różna jest jednak praktyka w poszczególnych komisariatach w zakresie wpisywanych informacji. Zastrzeżenia KMPT w tym obszarze dotyczyły: braku systematycznego prowadzenia rejestru, nieodnotowywania godziny wejścia i wyjścia z jednostki, nieodnotowywania wejścia do jednostki niektórych osób (np. osób pozostających w stałym zainteresowaniu organów ścigania, osób wezwanych do osobistego stawiennictwa na przesłuchanie, urzędników samorządowych). Zdarzały się też jednostki, gdzie rejestr wejść i wyjść nie był prowadzony. O przybyciu interesanta na miejsce (np. w celu przesłuchania) informowany był wówczas odpowiedni funkcjonariusz, w którego asyście interesant udawał się do pokoju służbowego celem wykonania czynności służbowej.



Wszystkie osoby wchodzące lub doprowadzone na teren jednostki Policji (niezależnie od przyczyny) powinny być odnotowywane w specjalnym rejestrze. Rejestr powinien zawierać następujące informacje: dane wchodzącego, datę i godzinę wejścia oraz wyjścia z jednostki, nr pokoju, nazwisko funkcjonariusza, do którego udaje się interesant, powód wejścia (np. stawienie się na wezwanie), informację o zatrzymaniu i przewiezieniu zatrzymanego w inne miejsce (np. do prokuratury, sądu, aresztu, szpitala, na czynności procesowe itd.).



Dobrze prowadzony rejestr pobytu osób w jednostce stanowi ważne narzędzie kontroli oraz skuteczne zabezpieczenie przed złym traktowaniem. Na podstawie zapisów rejestru można bowiem ustalić, np. ile osób przebywa aktualnie w jednostce, z jakich powodów, w których znajdują się pomieszczeniach, jak długo interesant przebywał w budynku i jakie czynności były z nim realizowane. Wzmacnia to transparentność realizowanych czynności służbowych i ułatwia wykonywanie właściwego nadzoru i kontroli ze strony odpowiednich osób i instytucji.



CPT

Każda osoba przebywająca w komisariacie Policji (niezależnie od przyczyny, w tym wezwana na przesłuchanie lub wstępną rozmowę z oficerami operacyjnymi) powinna zostać odpowiednio zarejestrowana. Zapisy rejestru powinny określać w szczególności: kto został doprowadzony lub wezwany, przez kogo, na czyje zlecenie, o której godzinie, z jakiego powodu, w jakim charakterze (podejrzany, świadek itp.), komu dana osoba została przekazana i kiedy opuściła komisariat Policji. Wszyscy funkcjonariusze powinni przejść odpowiednie szkolenie w tym zakresie¹³².

¹³² Zob. Raporty CPT z wizyty na Ukrainie: CPT/Inf (2014) 15, par. 71; CPT/Inf (2017) 15, par. 17; CPT/Inf (2018) 41, par. 29, 44-45.



SPT

Utrzymanie kompletnych i wiarygodnych zapisów dotyczących osób pozbawionych wolności jest jednym z podstawowych zabezpieczeń przeciwko torturom i stanowi niezbędny warunek skutecznego wykonywania gwarancji związanych z należyтым procesem, takich jak: prawo do zakwestionowania legalności zatrzymania oraz prawo zatrzymanego do szybkiego stawienia się przed sędzią¹³³.

Ewidencja paralizatorów

W jednym z komisariatów w ewidencji pobrania i zdania przedmiotu przeznaczonego do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej nie odnotowywano:

- godziny pobrania tasera (odnotowywana była tylko data),
- daty i godziny zdania urządzenia (funkcjonariusz składał zazwyczaj sam podpis, aczkolwiek w niektórych przypadkach odnotowywano również datę i godzinę zdania),
- powodu pobrania urządzenia.

Zgodnie z wytycznymi Komendanta Głównego Policji pobranie i zdanie paralizatora wymagają potwierdzenia w ewidencji poprzez wpisanie przez pobierającego policjanta: daty i godziny pobrania i zdania urządzenia oraz złożenia podpisu¹³⁴.



Rejestr pobrania i zdania paralizatora stanowi ważne zabezpieczenie przed niewłaściwym użyciem tasera, co ma duże znaczenie dla prewencji tortur. Dlatego też w każdym przypadku, gdy funkcjonariusz pobiera paralizator lub go zdaje, powinien odnotowywać w specjalnym rejestrze datę i godzinę pobrania/zdania urządzenia oraz złożyć swój podpis. W przypadku pobrania urządzenia przez inną osobę niż użytkownik, np. w celu obsługi technicznej (aktualizacji oprogramowania tasera lub jednostki zasilającej z SAP, sprawdzenia stanu technicznego, ładowania baterii itp.), należy dodatkowo wpisać w ewidencji powód pobrania urządzenia (np. w rubryce uwagi).

¹³³ Zob. Raporty SPT z wizyt na Ukrainie, CAT/OP/UKR/3, par. 62-65; CAT/OP/UKR/1, par. 49-52.

¹³⁴ Zob. Wytyczne nr 4 Komendanta Głównego Policji z dnia 18 lipca 2018 r. w sprawie wybranych procedur i sposobu sprawowania nadzoru nad postępowaniem policjantów lub innych wyznaczonych osób z przedmiotami przeznaczonymi do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej, pozostającym na wyposażeniu Policji (Dziennik Urzędowy Komendy Głównej Policji z dnia 9 sierpnia 2018 r., poz. 82), § 4 ust. 1 pkt 1); § 8 ust. 1 oraz załącznik nr 1 do wytycznych.

Personel

Szkolenia prowadzone w 2019 r. w poszczególnych jednostkach były bardzo zróżnicowane i obejmowały m.in. kwestie związane z: zasadami pełnienia służby konwojowej oraz pełnienia służby w PdOZ, prawami i obowiązkami policjantów, funkcjonowaniem organizacji hierarchicznej w Policji, zasadami etyki zawodowej policjantów, zatrzymaniem, legitymowaniem osób, kontrolą zawartości bagażu i ładunku, dokumentowaniem tych czynności, zasadami użycia środków przymusu bezpośredniego oraz broni palnej, zapobieganiem przestępstwom z nienawiści i ich zwalczaniu, wczesnym rozpoznaniem, a następnie prowadzeniem postępowań wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Pozytywnym zjawiskiem w służbie są szkolenia dotyczące przeciwdziałania stosowaniu tortur, w których programach uwzględnia się międzynarodowe standardy dotyczące ochrony praw człowieka i orzecznictwo ETPC. Zdarzały się jednak jednostki, w których policjanci nie uczestniczyli w żadnych szkoleniach z tego zakresu.



Policjanci potrzebują merytorycznego wsparcia w postaci szkoleń. Odpowiednio dobrani i wyszkoleni funkcjonariusze Policji są w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki, bez uciekania się do przemocy, i respektować minimalne gwarancje prewencji tortur, które przysługują osobom pozbawionym wolności. W sytuacji zaś łamania praw człowieka podejmują właściwe działania, zgodne z obowiązującym prawem i pragmatyką służbową. Dlatego ważne jest, by policjanci byli odpowiednio zmotywowani, świadomi w zakresie praw człowieka i postrzegali przemoc wobec zatrzymanych jako działanie bezprawne, rzutujące na wizerunek całej Policji.



Do programów szkoleń i kursów policyjnych należy włączyć zagadnienia związane z: ochroną praw człowieka i prewencją tortur, zapobieganiem i minimalizowaniem użycia przemocy w chwili zatrzymania, komunikacją interpersonalną, taktyką i technikami przesłuchań, ze sposobami radzenia sobie ze stresem, z przeciwdziałaniem wypaleniu zawodowemu, Protokołem Stambulskim, udzielaniem pierwszej pomocy.



Szkolenia z zakresu praw człowieka powinny mieć charakter systematyczny i obejmować funkcjonariuszy wszystkich szczebli jednostki. Duży nacisk należy położyć nie tylko na część teoretyczną, ale również aspekt praktyczny. Policjant powinien wiedzieć, jak zachować się w określonych sytuacjach, w zgodzie z międzynarodowymi standardami praw człowieka. Pożądane jest postugiwanie się rzeczywistymi przykładami, jakie zaistniały w toku służby (tzw. case study), oraz wypracowanie w oparciu o nie właściwych wzorców postępowania. Dużą wartość edukacyjną stanowi także wymiana doświadczeń z funkcjonariuszami innych jednostek oraz wykorzystywanie fachowej literatury z zakresu ochrony praw człowieka oraz raportów krajowych i międzynarodowych instytucji monitorujących jednostki policyjne (np. CPT, SPT, KMPT).



Policjanci uprawnieni do używania paralizatora powinni przejść kompleksowe szkolenie obejmujące: potencjalne medyczne skutki użycia urządzenia, omówienie sytuacji zwiększających ryzyko dla zdrowia i życia człowieka w przypadku użycia paralizatora, międzynarodowe standardy dotyczące stosowania broni elektrycznej (w szczególności standardy CPT i uwagi Komitetu przedstawione polskim władzom w raporcie z wizyty w Polsce w 2017 r.), udzielanie pierwszej pomocy.



SPT

Szkolenie funkcjonariuszy jest mechanizmem zapobiegania torturom. Powinno ono obejmować funkcjonariuszy na wszystkich poziomach, mieć charakter prewencyjny, przekrojowy oraz zawierać zasady i standardy w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowane na zapobieganie torturom i innemu okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu¹³⁵.



Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur powinien zostać uwzględniony w programach szkoleniowych funkcjonariuszy organów ścigania w Polsce¹³⁶.



Protokół Stambulski jest niezbędnym narzędziem w wykrywaniu, dokumentowaniu i zgłaszaniu tortur i jako taki zniechęca do ich stosowania. Wszystkie osoby, sprawujące nadzór nad osobami zatrzymanymi oraz zajmujące się dokumentacją i śledztwem w sprawie tortur i złego traktowania (w tym także funkcjonariusze Policji), powinny zostać przeszkolone w zakresie jego stosowania¹³⁷.

¹³⁵ Zob. Raport SPT z wizyty w Meksyku, CAT/OP/MEX/1, par. 95.

¹³⁶ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 33.

¹³⁷ Zob. Raport SPT z wizyty w Portugalii, CAT/OP/PRT/1, par. 34 i 93.



CPT

Systematyczne szkolenia funkcjonariuszy są elementem kluczowym dla poprawy praktyk policyjnych. Dla profesjonalizmu działań funkcjonariuszy i przeciwdziałania torturom konieczne są szkolenia z zakresu: standardów ochrony praw człowieka, użycia siły zgodnie z zasadami legalności, konieczności i proporcjonalności, zapobiegania i minimalizowania użycia przemocy w kontekście zatrzymania, umiejętności dochodzeniowych (w tym technik prowadzenia rozmów i przesłuchań) z należyтым uwzględnieniem wieku, płci, stanu zdrowia, niepełnosprawności lub innych cech, które sprawiają, że osoby objęte dochodzeniem są szczególnie narażone na niewłaściwe zachowania i komunikacji interpersonalnej, która w ocenie CPT, doprowadzi do zmniejszenia napięć i pozwoli funkcjonariuszowi na rozładowanie sytuacji, które w przeciwnym wypadku mogłyby przekształcić się w przemoc¹³⁸.



Funkcjonariusze, którym przyznaje się uprawnienie do używania paralizatorów, powinni być poddani specjalnej selekcji, podczas której należy wziąć pod uwagę ich odporność na stres i roztropność. Program szkolenia zawodowego takich funkcjonariuszy powinien zawierać informacje, kiedy jej użycie jest niewłaściwe z powodów medycznych, jak również szkolenie z zakresu pierwszej pomocy (np. w razie upadku, oparzeń, ran spowodowanych pociskami, zakłócenia pracy serca, stanu delirium z pobudzeniem)¹³⁹.



Należy wyjaśnić wszystkim policjantom, że paralizatory mogą być używane tylko wtedy, gdy istnieje realne i bezpośrednie zagrożenie życia lub ryzyka poważnych obrażeń. Użycie takiej broni wyłącznie w celu wyegzekwowania zastosowania się do polecenia, jest niedopuszczalne. Użycie paralizatora powinno być regulowane zasadami konieczności, pomocniczości, proporcjonalności, wczesnego ostrzegania (jeżeli jest to wykonalne) i ostrożności. Ponadto korzystanie z takiej broni powinno być dozwolone tylko wtedy, gdy łagodniejsze środki przymusu (jak negocjacje i perswazja, ręczne techniki kontroli itp.) nie powiodły się lub są niewykonalne i jest to jedyna możliwa alternatywa dla zastosowania metody stwarzającej większe ryzyko obrażeń lub śmierci (np. broni palnej)¹⁴⁰.

¹³⁸ Zob. Dwudziesty Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2019) 9, par. 71; Drugi Raport Generalny CPT, CPT/Inf (92) 3, par. 59-60; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, par. 21; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2018) 21, par. 16; Raport CPT z wizyty w Grecji, CPT/Inf (2017) 25, par. 66.

¹³⁹ Zob. Wyciąg z Dwudziestego Raportu Generalnego CPT pt. *Broń elektryczna*, CPT/Inf (2010) 28-part, par. 75, 79, 80, 81.

¹⁴⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, par. 22.

Materialne warunki komisariatów

Warunki materialne odwiedzonych jednostek Policji były bardzo zróżnicowane. W części odwiedzonych jednostek zaplanowano działania remontowe, co należy ocenić pozytywnie.

W niektórych komisariatach warunki materialne były bardzo złe. Przedstawiciele KMPT zastali przykładowo zabrudzone, popękane ściany, brudną wykładzinę, brak podstawowych materiałów (w tym m.in. mydła, ręczników i papieru toaletowego, papieru do drukarki, ręczników). Jedna drukarka służyła liczbie około 30 funkcjonariuszy, co powodowało kolejki, pośpiech i stres. W innej jednostce wizytujący stwierdzili konieczność remontu toalet, z uwagi na zły stan techniczny znajdujących się tam urzędzeń.

W dwóch komisariatach pokoje policjantów były wieloosobowe (największe 4-osobowe) o niskim standardzie – zastano wyeksploatowane ściany, zagęszczone biurka, wybrakowane meble. W jednej z jednostek policjanci przynosili do pracy własne krzesła.

W jednej z jednostek okna we wszystkich pomieszczeniach znajdujących się na parterze wyposażone były w kraty, co pogłębiało opresyjny i karzący wizerunek Policji i przywoływało skojarzenia z systemem totalitarnym¹⁴¹. Warto mieć na uwadze, że przy nowo budowanych jednostkach odchodzi się od takiego rozwiązania. Kraty umieszczane są jedynie incydentalnie, w pojedynczych oknach.

KMPT odnotował też przypadek, gdzie z uwagi na trwający remont komisariatu, jego pracownicy zostali czasowo przeniesieni do budynku pełniącego niegdyś rolę stołówki. Jego infrastruktura nie zapewniała odpowiednich warunków pracy – otwarta przestrzeń podzielona została za pomocą regałów i ścianek biurowych, co w efekcie spowodowało stworzenie boksów dla funkcjonariuszy i pracowników jednostki. W boksach tych przyjmowani byli interesanci oraz odbywały się czynności procesowe z udziałem osób zatrzymanych. Warunki pracy budziły wątpliwości KMPT w kontekście zapewnienia odpowiedniego poziomu prywatności podczas przeprowadzania czynności z udziałem osób zatrzymanych oraz właściwego przechowywania dokumentacji zawierającej m.in. dane osobowe.



Konieczne jest polepszenie warunków materialnych jednostek Policji.

Dużym wyzwaniem dla komisariatów jest stworzenie odpowiednich warunków do prowadzenia przesłuchań. Komisariaty nie posiadają zazwyczaj pokoiw przesłuchań, w związku z czym są one realizowane w wieloosobowych pokojach służbowych policjantów. Czasami w pomieszczeniach tych odbywa się kilka przesłuchań jednocześnie. Takie warunki nie gwarantują dyskrecji i poufności. Treść zeznań/wyjaśnień jest bowiem słyszalna dla innych osób (niekoniecznie będących funkcjonariuszami).

¹⁴¹ Zob. *Komendy i komisariaty policji – funkcje i standardy przestrzeni. Raport*, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Warszawa 2013.



Przesłuchania powinny gwarantować poufność czynności. Brak dyskrecji przy zgłaszaniu swojego problemu lub składaniu zeznań, w połączeniu z niskim standardem pomieszczeń, może wiązać się z dodatkowym stresem dla osoby przesłuchiwanej.

Komisariaty nie są miejscami przyjaznymi osobom niepełnosprawnym ruchowo

Budynki, w których mieszczą się komisariaty, nie spełniają też zazwyczaj standardów dostępności do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową lub o obniżonej sprawności fizycznej (brakowało m.in. podjazdów dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim, windy wewnątrz budynku, co powodowało konieczność wchodzenia po schodach). Funkcjonariusze starają się minimalizować te braki poprzez przesłuchiwanie takich osób w pomieszczeniach zlokalizowanych na dolnych kondygnacjach budynków. Są to jednak rozwiązania prowizoryczne i mało komfortowe, także dla samych funkcjonariuszy. Nie zawsze są też możliwe, gdyż niektóre jednostki nie posiadają odpowiednich warunków lokalowych do takich czynności. W połączeniu ze stresem, jaki może wywoływać samo zatrzymanie lub konieczność złożenia zeznań/wyjaśnień (szczególnie w przypadku osób niemających doświadczeń z Policją), brak ułatwień dla osób nie w pełni sprawnych może bowiem stanowić dodatkową, nieuzasadnioną dolegliwość.



Przy budowie nowych komisariatów i pracach modernizacyjnych już istniejących obiektów warto rozważyć ich dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Kontakt z obrońcą a warunki lokalowe

Komisariaty nie posiadają zazwyczaj odrębnych pomieszczeń do kontaktu z obrońcą. Kontakt ten jest możliwy najczęściej w pokoju funkcjonariusza (ale zazwyczaj pod nadzorem, z uwagi na znajdujące się w pomieszczeniu dokumenty), w innym wolnym pomieszczeniu (o ile warunki lokalowe na to pozwalają) lub w pokoju przejściowym (takie rozwiązanie nie zawsze jest jednak dobre, gdyż lokalizacja pokoju niekiedy nie zapewnia poufności rozmowy).



Warto, by na terenie komisariatu znajdowało się pomieszczenie do kontaktu z obrońcą. Takie rozwiązanie zapewni poufność kontaktu i wyeliminuje konieczność nadzoru nad rozmową, z uwagi na znajdujące się w pokoju dokumenty i informacje.

Pokoje przejściowe i tymczasowe pomieszczenia przejściowe nie spełniają standardów określonych w rozporządzeniu

KMPT wciąż spotyka jednostki, gdzie znajdują się pomieszczenia, które swoim wyglądem i wyposażeniem przypominają pokój przejściowy lub tymczasowe pomieszczenie przejściowe (posiadają m.in. wydzielone cele z zakratowanymi drzwiami i ławki dla zatrzymanych). Służą one do czasowe-

go umieszczania w nich osób zatrzymanych. Pomieszczenia te nie zawsze spełniają standard pokoju przejściowego lub tymczasowego pomieszczenia przejściowego określony w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych¹⁴².

Sami policjanci odwiedzanych jednostek nie są niekiedy pewni charakteru pomieszczenia i nazywają je pomieszczeniem przejściowym (nie są w stanie wskazać w czasie wizyty, czy pomieszczenie to jest pokojem przejściowym, czy tymczasowym pomieszczeniem przejściowym). Przykładowo w jednym z komisariatów takie pomieszczenie nie posiadało stołu, taboretów lub ławy bez ostrych krawędzi, przymocowanych do podłogi lub ściany, co jest standardem wskazanym w rozporządzeniu¹⁴³. W innej jednostce nie było systemu przyzywowego, odpowiednich zabezpieczeń czy drzwi wymaganych wskazanym rozporządzeniem. W pomieszczeniach tych brak było również kopii regulaminu pobytu oraz wykazu instytucji stojących na straży praw człowieka, zamieszczonych w sposób uniemożliwiający ich zniszczenie lub dokonanie przy ich pomocy zamachu na zdrowie człowieka, co również jest obligatoryjnym wymogiem dla tego typu pomieszczeń¹⁴⁴.



Pokoje przejściowe i tymczasowe pomieszczenia przejściowe powinny spełniać standardy przewidziane w rozporządzeniu.

Przechowywanie dowodów rzeczowych

Komisariaty mają też niekiedy problem z właściwym przechowywaniem dowodów rzeczowych. W jednej z jednostek w magazynie dowodów rzeczowych nie było wystarczająco dużo miejsca, by odpowiednio przechowywać zabezpieczone dowody. W czasie wizytacji KMPT część dowodów ulokowano na korytarzu, przy wejściu do magazynu (były one odpowiednio opisane i znajdowały się za kratą zamykaną na klucz). W ocenie KMPT istniało jednak ryzyko, że przy braku odpowiedniego miejsca dowody będą przechowywane w innych pomieszczeniach (np. w pokojach funkcjonariuszy).

W innej jednostce, w pokoju służbowym policjantów znajdował się pokaźnych rozmiarów metalowy pręt. Z wyjaśnień funkcjonariuszy wynikało, że jest to dowód rzeczowy, który z racji ilości pracy i małej liczby funkcjonariuszy nie został jeszcze odpowiednio opisany i zdany do magazynu dowodów rzeczowych.

W ocenie KMPT obecność takich przedmiotów w pomieszczeniu, w którym prowadzone są przesłuchania, jest niedopuszczalna. Po pierwsze z uwagi na fakt, iż mógłby on być potencjalnie użyty do zastosowania przemocy fizycznej, po drugie obecność takiego przedmiotu w zasięgu wzroku oso-

¹⁴² Zob. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb (Dz. U. z 2012 r., poz. 638)

¹⁴³ Tamże, § 24 ust. 1 pkt 4).

¹⁴⁴ Tamże, § 27 ust. 1 i 2 oraz § 32 ust. 1 i 2.

by przesłuchiwanej może nawet bez wystąpienia groźby jego użycia wzbudzać uzasadniony lęk przed ewentualnym zastosowaniem przemocy.



Obecność w pokojach służbowych policjantów przedmiotów, które mogą być użyte do złego traktowania (np. pałek, kijów baseballowych, kastetów, rurek, imitacji broni palnej), jest niedopuszczalna. Wszystkie skonfiskowane przedmioty, stanowiące dowód rzeczowy, powinny być jak najszybciej opisane i zdeponowane w magazynie dowodów rzeczowych. Przedmioty niebędące dowodami rzeczowymi powinny zostać usunięte z pomieszczeń Policji.



CPT

Wszystkie przedmioty przechowywane w pomieszczeniach Policji jako dowody powinny być odpowiednio oznaczone, zarejestrowane w specjalnym rejestrze (pozwalającym na identyfikację sprawy, do której zostały zabezpieczone) oraz przechowywane w bezpiecznym i scentralizowanym miejscu. Na każdym posterunku Policji powinien znajdować się specjalny magazyn dla skonfiskowanych przedmiotów. Wszelkie niestandardowe przedmioty, które mogą zostać użyte, w celu spowodowania złego traktowania (np. pałki, kije baseballowe, metalowe rurki, bicze, przedłużacze elektryczne, urządzenia do wstrząsu elektrycznego, imitacje broni palnej itp.), powinny być natychmiast usunięte ze wszystkich pomieszczeń Policji, w których osoby mogą być przetrzymywane lub przesłuchiwane¹⁴⁵.

Bezpieczeństwo policjantów

W jednym z komisariatów delegacja KMPT zwróciła uwagę, że dyżurka nie gwarantowała bezpieczeństwa funkcjonariuszowi pełniącemu w niej służbę. Nie miała bowiem pleksy zabezpieczającej przed agresywnym interesantem, co mogłoby zapobiec pojawieniu się i eskalacji sytuacji konfliktowych (zaś w sytuacjach skrajnych, konieczności użycia środków przymusu bezpośredniego). Ponadto treść rozmów funkcjonariuszy, dokumentów i komunikatów nadawanych przez krótkofalówki (które znajdowały się w dyżurce) mogła być dostępna dla osób niebędących funkcjonariuszami, które przebywają w tym czasie w poczekalni.

¹⁴⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2018) 21, par. 13; Raport CPT z wizyty w Hiszpanii, CPT/Inf (2017) 34, par. 9; Raporty CPT z wizyt w Polsce, CPT/Inf (2006) 11, par. 16; CPT/Inf (2002) 9, par. 13; Raport CPT z wizyty w Macedonii, CPT/Inf (2016) 8, par. 16.

Warunki materialne w PdOZ

Warunki materialne w wizytowanych PdOZ były na ogół dobre. Poszczególne uwagi delegacji KMPT dotyczyły: ryzyka naruszenia intymności podczas kąpieli (prysznic nie był osłonięty kotarą), zabrudzeń na ścianach, zabierania kobietom biustonoszy w czasie osadzenia oraz niewydawania w takich sytuacjach bielizny zastępczej, a także pozbawienia zatrzymanego możliwości korzystania z własnego obuwia (zatrzymany przebywał w pokoju w samych skarpetkach, zaś buty stały przed wejściem do celi).

Zgodnie z właściwym rozporządzeniem osoba przyjęta do pomieszczenia korzysta z własnej odzieży, bielizny i obuwia. Jeżeli przedmioty te nie nadają się do użytku lub jeżeli ich używanie jest niedopuszczalne ze względów higienicznych, osoba zatrzymana może otrzymać je nieodpłatnie¹⁴⁶.



Zatrzymani w PdOZ powinni mieć możliwość korzystania z własnej odzieży, bielizny i obuwia. Jeżeli przedmioty te nie nadają się do użytku lub jeżeli ich używanie jest niedopuszczalne ze względów higienicznych, osoba zatrzymana może otrzymać je nieodpłatnie. W przypadku odebrania kobiecie biustonosza należy wydać jej bieliznę zastępczą. PdOZ powinny posiadać na stanie odpowiedni asortyment.



Sanitariaty powinny gwarantować zatrzymanym intymność.

W jednym z PdOZ sprzęt kwaterunkowy w pokojach dla osób zatrzymanych nie spełniał wymogów przewidzianych w regulaminie pobytu w PdOZ (brak było stołów, taboretów lub ław)¹⁴⁷. W tym samym PdOZ we wszystkich pomieszczeniach (w tym w pokojach dla osób zatrzymanych) panował duży zaduch, wskazujący na to, że są one bardzo rzadko wietrzone, przez co ograniczony jest dostęp do świeżego powietrza. Dodatkowo w oknach większości pokoi wstawione są szyby ze szkła mlecznego, nieprzezroczystego, co znacznie zmniejsza dostęp światła naturalnego. W pokojach, w których szyby były przezroczyste, planowano zaś wstawienie szkła mlecznego. W czasie wizytacji, która odbyła się w godzinach dziennych, w pokojach panował półmrok.

Zdaniem KMPT, mimo iż pobyt osób zatrzymanych w PdOZ nie jest długotrwały, to warunki detencji powinny spełniać międzynarodowe standardy. Ich niezachowanie może prowadzić do znacznego pogorszenia kondycji fizycznej lub psychicznej zatrzymanych i może być uznane za nieludzkie traktowanie.

¹⁴⁶ Zob. Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb (Dz. U. z 2012 r., poz. 638), § 9 ust. 1 i 2.

¹⁴⁷ Tamże, § 8 ust. 1 pkt 7.



Pomieszczenia, w których przebywają osoby zatrzymane, powinny spełniać międzynarodowe standardy odnoszące się do detencji. Pokoje dla osób zatrzymanych powinny być odpowiednio wietrzone i gwarantować dostęp do świeżego powietrza i naturalnego oświetlenia. Samo istnienie infrastruktury wentylacyjnej (wentylacja grawitacyjna lub wymuszona) może nie być wystarczające i konieczne jest dodatkowe wentylowanie pokoi, poprzez otwieranie okien w czasie, gdy nie są one zaludnione.



Okna w pokojach dla osób zatrzymanych nie powinny posiadać rozwiązań utrudniających dostęp do światła naturalnego (np. mlecznych szyb).

Brak placów spacerowych w PdOZ

Infrastruktura PdOZ generalnie pozbawia zatrzymanych możliwości spaceru. Jednostki te (poza nielicznymi wyjątkami) nie posiadają bowiem placu spacerowego, w związku z czym zatrzymani spędzają czas w celi.

W czasie jednej z wizyt stwierdzono, że PdOZ dysponował placem spacerowym, a mimo to nie był on użytkowany. Funkcjonariusze pełniący dyżur w PdOZ wyjaśnili, że wynika to z liczebności personelu, który nie byłby w stanie jednocześnie nadzorować zatrzymanych w czasie przebywania na świeżym powietrzu i wykonywać przy tym inne bieżące zadania. W ocenie KMPT zatrzymani powinni mieć w tym przypadku możliwość codziennego dostępu do świeżego powietrza, zwłaszcza że infrastruktura PdOZ pozwala na to.



W przypadku, gdy PdOZ posiada plac spacerowy, zatrzymany powinien mieć możliwość codziennego dostępu do świeżego powietrza.



Reguły Mandeli

Pomieszczenia przeznaczone do użytku więźniów, zwłaszcza pomieszczenia sypialne, będą spełniały wszelkie wymogi zdrowotne, z odpowiednim uwzględnieniem warunków klimatycznych, w szczególności wymogi odpowiedniej zawartości powietrza, minimalnej powierzchni, oświetlenia, ogrzewania i wentylacji¹⁴⁸.

¹⁴⁸ Zob. Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli), Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 17 grudnia 2015 r., Reguła 13.



CPT

Pokoje dla osób zatrzymanych w aresztach policyjnych powinny zapewniać tym osobom odpowiednie oświetlenie, dostęp do naturalnego światła i wentylację¹⁴⁹.



Wszystkie osoby zatrzymane przez Policję na czas 24 godzin i dłuższy powinny mieć możliwość skorzystania z zajęć na świeżym powietrzu¹⁵⁰.



SPT

Podkomitet odnotowuje jako pozytywny fakt, że odwiedzone policyjne ośrodki detencyjne miały ogólnie akceptowalne warunki materialne, z celami o wystarczającej wielkości i niezbyt przepełnionymi. Były czyste i ogólnie w dobrym stanie technicznym. Podkomitet obawia się jednak, że większość odwiedzonych cel znajdowała się pod ziemią oraz była słabo oświetlona i wentylowana. SPT zaleca, aby Polska kontynuowała wdrażanie środków w celu zapewnienia odpowiedniego oświetlenia i wentylacji w aresztach policyjnych¹⁵¹.

Podkomitet obawia się, że osoby zatrzymane przez polską Policję nie mają szansy spędzić czasu na świeżym powietrzu i że żadna z odwiedzonych przez SPT placówek policyjnych nie posiadała placu do ćwiczeń. SPT zaleca, aby Polska zapewniła wszystkim osobom aresztowanym przez Policję możliwość spędzania czasu poza celami, w tym na ćwiczenia fizyczne i oddychanie świeżym powietrzem, przez co najmniej godzinę dziennie¹⁵².

Dostosowanie PdOZ do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Jeden z wizytowanych PdOZ posiadał infrastrukturę ułatwiającą poruszanie się osób z niepełnosprawnością ruchową, szczególnie tych poruszających się na wózkach inwalidzkich. W celach zainteresowanie wizytujących wzbudziły jednak materace ułożone bezpośrednio na podłodze, co mogło powodować znaczne problemy z przemieszczaniem się osób mniej sprawnych ruchowo, w szczególności poruszających się za pomocą wózka inwalidzkiego.

Przedstawiciele KMPT zwrócili również uwagę na miejsce wyznaczone do przeprowadzania sprawdzenia lub kontroli osobistej osób zatrzymanych. Był to zabudowany z trzech stron, monitorowany kącik o powierzchni tak małej, że osoby z ograniczoną sprawnością ruchową mogły mieć problem ze zdjęciem ubrań. W przypadku osób poruszających się na wózkach inwalidzkich wizytujący wyrazili wątpliwość co do możliwości wjazdu wózkiem do tak małego pomieszczenia.

¹⁴⁹ Zob. Drugi Raport Generalny CPT, CPT/Inf (92) 3, par. 42; Raport CPT z wizyty w Albanii w 2018 r., CPT/Inf (2019) 28, par. 25 i 26.

¹⁵⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, par. 33; Dwunasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2002) 15, par. 47.

¹⁵¹ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 60-61.

¹⁵² Tamże, par. 66-67.

KMPT przekazał w raporcie powizytacyjnym zbiór standardów dotyczących lepszego dostosowania istniejącej w placówce infrastruktury do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Standardy te opracowano we współpracy KMPT z Fundacją Polska Bez Barrier i uznano za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami¹⁵³.

Standard przewozu osób zatrzymanych wymaga poprawy

Kontrole samochodów policyjnych, które przeprowadzają przedstawiciele KMPT, wykazały, że często były one w bardzo złym stanie materialnym, zabrudzone i mocno wyeksploatowane (przykładowo stan licznika wskazywał w niektórych przypadkach ponad 200 tys. km przebiegu). Pojazdy nie posiadały klimatyzacji (KMPT odnotował przypadek, gdy została ona wymontowana w celu oszczędności paliwa), pasów bezpieczeństwa dla osób zatrzymanych, monitoringu i systemu łączności z konwojującym personelem, co jest standardem zalecanym przez CPT dla tego typu pojazdów¹⁵⁴.

Niektóre pojazdy były zamykane kratą, przesłoniętą dodatkowo plastikową szybą, co w przypadku wysokich temperatur na zewnątrz sprawiało, że pojazd był nagrzany i było w nim duszno.



Należy dokonać przeglądu policyjnych środków transportu, aby upewnić się, że spełniają one międzynarodowe standardy dotyczące przewozu osób pozbawionych wolności. Pojazdy niespełniające odpowiednich standardów powinny zostać wycofane z użytkowania.



Pojazdy policyjne służące do transportu zatrzymanych powinny posiadać klimatyzację, wentylację, pasy bezpieczeństwa dla zatrzymanych, monitoring i system łączności z konwojującym personelem.



Brak pasów bezpieczeństwa stanowi zagrożenie dla zdrowia zatrzymanych w razie wypadku lub gwałtowanego hamowania, w szczególności gdy są oni przewożeni w kajdankach.

¹⁵³ Zob. Raport z wizytacji PdOZ KPP w Gnieźnie, KMP.570.7.2019.MZ., par. 6.1.

¹⁵⁴ Zob. Transport of detainee, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24.



Przewóz zatrzymanych w pojazdach niespełniających międzynarodowych standardów transportu, w połączeniu z praktyką stosowania kajdanek (w szczególności z rękami skutymi z tyłu), może stanowić nieludzkie traktowanie, zabronione w myśl odpowiednich Konwencji międzynarodowych.



Reguły Mandeli

Transport więźniów w środkach transportu z niedostateczną wentylacją lub oświetleniem lub w jakikolwiek inny sposób, który poddawałby ich niepotrzebnym cierpieniom fizycznym, jest zabroniony. Osobom konwojowanym należy zapewnić odpowiednie warunki transportu, z uwzględnieniem właściwego oświetlenia, wentylacji, temperatury, przestrzeni osobistej, higieny, wyżywienia i wody pitnej, dostępu do świeżego powietrza i opieki zdrowotnej¹⁵⁵.



SPT

Delegacja SPT podczas wizyty w Polsce w 2018 r. dokonała inspekcji pojazdów policyjnych. Zwróciła wówczas uwagę, że są one zbyt gorące do transportu. Ponadto nie wszystkie pojazdy były wyposażone w klimatyzację i pasy bezpieczeństwa. SPT zaleca, aby Polska zapewniła bezpieczny transport osób aresztowanych lub zatrzymanych, zgodnie z zasadami i przepisami bezpieczeństwa ruchu drogowego¹⁵⁶.



CPT

Bez względu na powody przeniesienia osób pozbawionych wolności z miejsca zatrzymania do innego miejsca, transport powinien zawsze odbywać się w humanitarny i bezpieczny sposób. Pojazdy używane do przewozu osób zatrzymanych powinny posiadać odpowiednią powierzchnię (minimum 0,4 m² i 0,6 m² przestrzeni osobistej, w zależności od ilości przewożonych osób i długości podróży), powinny być czyste, wystarczająco oświetlone i wentylowane oraz odpowiednio ogrzewane. Powinny posiadać pasy bezpieczeństwa dla osób zatrzymanych (ich brak stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa w razie wypadku i gwałtanego hamowania, zwłaszcza gdy zatrzymani są w kajdanach) oraz środki umożliwiające zatrzymanym komunikację z konwojującym personelem. Środki transportu wykorzystywane do przewozu zatrzymanych do i ze szpitala powinny uwzględniać ich stan zdrowia. Osoby chore nie powinny być transportowane razem ze zdrowymi¹⁵⁷.

¹⁵⁵ Zob. Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli), Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 17 grudnia 2015 r., Reguły nr 42 i 73.

¹⁵⁶ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 68-69.

¹⁵⁷ Zob. Transport of detainee, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24.



KMPT zalecił wstawienie w celach łózek. Łóżka w pokojach dla osób zatrzymanych powinny znajdować się na wysokości, która umożliwi swobodne wstawanie lub przeniesienie się na wózek inwalidzki.



Kontrola osobista lub sprawdzenie osób zatrzymanych z niepełnosprawnościami powinny odbywać się w pomieszczeniu o powierzchni zapewniającej swobodę wykonywania ruchów.



Przy planowaniu prac remontowych i modernizacyjnych PdOZ należy uwzględnić potrzeby osób zatrzymanych z niepełnosprawnościami. Infrastruktura PdOZ wyznaczonego do osadzania w nim osób z niepełnosprawnościami powinna uwzględniać ograniczenia i potrzeby takich osób.

Jednostki penitencjarne

W 2019 r. KMPT zwizytował 9 jednostek penitencjarnych¹⁵⁸: sześć zakładów karnych i trzy areszty śledcze.

Wizytacja dwóch jednostek penitencjarnych¹⁵⁹ miała charakter wizytacji ad hoc, ich celem było zidentyfikowanie osób pozbawionych wolności ciężko chorujących somatycznie oraz badanie na miejscu ich praw w zakresie zapewnienia im odpowiedniej opieki medycznej.

DOBRE PRAKTYKI – PODAJ DALEJ

Podczas wizytacji jednostek penitencjarnych KMPT spotkał się z inicjatywami znacznie wykraczającymi ponad standard spotykany w więzieniach. Były to m.in.:

- zainstalowanie na tarasie jednego z pawilonów miniaturowej pasieki, do obsługi której zaangażowani są osadzeni; pomysł ten realizowany jest wspólnie z Uniwersytetem Przyrodniczym w Lublinie¹⁶⁰,
- funkcjonowanie od kilku lat ogólnopolskiego przeglądu więziennych form dziennikarskich, którego efektem są coroczne publikacje przemysłów na temat popełnionych czynów i odbywania kary pozbawienia wolności¹⁶¹,

¹⁵⁸ ZK Opole Lubelskie (KMP.571.3.2019); ZK Zaręba (KMP.571.5.2019); ZK nr 2 w Łodzi (KMP.571.6.2019); ZK Kłodzko (BPW.571.3.2019); ZK Zamość (KMP.571.7.2019); AŚ Dzierżoniów (BPW.571.2.2019); AŚ Sosnowiec (BPK.571.1.2019); ZK Siedlce (KMP.571.2.2019); AŚ Radom (KMP.571.1.2019).

¹⁵⁹ ZK Siedlce i AŚ Radom.

¹⁶⁰ ZK Opole Lubelskie.

¹⁶¹ Tamże.

- organizacja spotkań integracyjnych skazanych z ich dziećmi i innymi członkami rodzin z okazji Dnia Dziecka, realizowane we współpracy z Lubelskim Centrum Wolontariatu¹⁶²,
- organizacja projekcji filmów dokumentalnych podejmujących problematykę praw człowieka (zakład posiada zezwolenie od organizatorów festiwalu Filmowego Watch Docs)¹⁶³,
- wysoki wskaźnik zatrudnienia wśród osadzonych¹⁶⁴,
- wyposażenie dwóch funkcjonariuszy Służby Więziennej w kamery noszone na mundurze, umożliwiające rejestrację obrazu i dźwięku, na żądanie funkcjonariusza¹⁶⁵,
- zapewnienie szczególnej opieki osadzonemu przebywającemu w szpitalu pozawięziennym. Z uwagi na obniżony nastrój osadzonego, spowodowany chorobą, władze jednostki zapewniały mu systematyczny kontakt z psychologiem więziennym, który odwiedzał go w szpitalu¹⁶⁶,
- poddawanie badaniom lekarskim wszystkich osadzonych umieszczanych w zakładzie karnym (także tych przetransportowanych z innych jednostek)¹⁶⁷,
- zorganizowanie zewnętrznej superwizji dla psychologów wykonujących zadania na oddziałach terapeutycznych¹⁶⁸,
- utworzenie na oddziałach mieszkalnych pralnio-suszarni przeznaczonych do użytku osadzonych¹⁶⁹,
- dostępność dwóch kaplic dla osadzonych – katolickiej i prawosławnej¹⁷⁰,
- zorganizowanie części rekreacyjnej, która przeznaczona była do użytku funkcjonariuszy¹⁷¹.

¹⁶² Tamże.

¹⁶³ Tamże.

¹⁶⁴ ZK Zaręba – 85%.

¹⁶⁵ ZK nr 2 Łódź – KMPT zwrócił się do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej o informacje dotyczące liczby takich urządzeń znajdujących w posiadaniu Służby Więziennej oraz jednostek penitencjarnych, do których zostały przekazane. W odpowiedzi na pismo Zastępca Dyrektora Generalnego Służby Więziennej wskazał, że Służba Więzienna posiada obecnie 146 kamer nasobnych, rozlokowanych w 68 jednostkach na terenie całego kraju. Są one w głównej mierze wykorzystywane przez kadrę dowódczą jednostek. Celem wyposażenia funkcjonariuszy w kamery nasobne jest rejestracja niewłaściwego zachowania osadzonych względem funkcjonariuszy, niestosowania się do poleceń przez nich wydawanych oraz ich ochrona przed niestosownymi zarzutami ze strony osadzonych. Służą również do rejestracji użycia środków przymusu bezpośredniego, w których bierze udział dowódca zmiany. Zakup kolejnych urządzeń będzie zależny od posiadanych przez SW środków budżetowych.

¹⁶⁶ ZK Opole Lubelskie.

¹⁶⁷ ZK Zaręba.

¹⁶⁸ ZK Kłodzko.

¹⁶⁹ AŚ Dzierżoniów.

¹⁷⁰ Istotnym aspektem był również fakt, iż obie kaplice były dobrze wyposażone i zaaranżowane z dużą dbałością o szczegóły, dzięki czemu nie przypominały one często spotykanych prowizorycznie zorganizowanych pomieszczeń w innych zakładach karnych; ZK Zamość.


¹⁷¹ Była to świeżo wyremontowana przestrzeń, w której utworzono bogato wyposażoną siłownię, saunę oraz przestrzeń prysznicową; ZK Zamość.

PROBLEMY SYSTEMOWE

Kwestia badania lekarskiego osób umieszczanych w jednostkach penitencjarnych oraz problem braku procedur w przypadku zgłoszenia tortur i wadliwego dokumentowania obrażeń

Nie każda osoba umieszczana w jednostce poddawana jest badaniu lekarskiemu. Badani są tylko osadzeni „z wolności”, natomiast przetransportowani z innego zakładu karnego czy też aresztu śledczego już nie. Wprawdzie pielęgniarka przeprowadza z nimi rozmowę wstępną i w razie potrzeby kieruje do lekarza, ale brak jest obligatoryjnego badania lekarskiego wszystkich nowo przybyłych połączonych z oględzinami ciała.

Obowiązujące przepisy nie nakładają na jednostki penitencjarne obowiązku przeprowadzania takich badań wobec osadzonych przetransportowanych z innych jednostek penitencjarnych. Wadliwość takiego rozwiązania obrazować może przypadek ujawniony w czasie jednej z wizytacji¹⁷².

 Do aresztu został przetransportowany osadzony z innej jednostki penitencjarnej. Nie zgłosił w czasie rozmowy z pielęgniarką żadnych dolegliwości, w związku z czym nie został skierowany przez nią do lekarza. Wychowawca w czasie rozmowy z nowo przyjętym zauważył jednak u niego objawy, które mogły wskazywać na stosowanie przemocy fizycznej. W Areszcie nie było już lekarza, więc osadzony został przewieziony do placówki publicznej służby zdrowia. Tamtejszy lekarz nie stwierdził obrażeń zewnętrznych. Ponieważ jednak objawy występujące u osadzonego nadal wzbudzały zaniepokojenie przedstawicieli Aresztu, przewieźli go oni do lekarza specjalisty medycyny sądowej, w innej miejscowości. Ten nie tylko stwierdził u badanego ranę tłuczoną wargi, stłuczenie żeber i ranę pooparzeniową grzbietu ręki, lecz także ocenił, że obrażenia te mogły powstać w okolicznościach podawanych przez osadzonego, tj. w wyniku przemocy stosowanej wobec niego przez współosadzonych w jednostce, gdzie uprzednio przebywał. W wyniku przeprowadzonej obdukcji, organy ścigania zostały zawiadomione o możliwości popełnienia przestępstwa.

W omawianym przypadku identyfikacja obrażeń stała się możliwa dzięki wrażliwości personelu Aresztu i determinacji w ustaleniu, czy osadzony posiada obrażenia ciała i jakie są tego przyczyny. Brakuje jednak rozwiązań systemowych, które zapewniałyby wychwycenie obrażeń ciała nowo przybyłych osadzonych niezależnie od indywidualnej postawy personelu jednostki penitencjarnej, który styka się z nimi po ich przybyciu do tej jednostki.

¹⁷² AŚ Dzierżoniów.

Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ

Osobie aresztowanej lub uwięzionej, tak szybko po przyjęciu do miejsca aresztowania lub uwięzienia, jak będzie to możliwe, zostanie zaproponowane odpowiednie badanie lekarskie, a później, kiedy będzie to potrzebne, zapewniona opieka medyczna i leczenie. Opieka medyczna i leczenie zostaną zapewnione bezpłatnie¹⁷³.

Postulat Krajowego Mechanizmu wyrażany w raportach rocznych za 2016, 2017 i 2018 rok, dotyczący konieczności przyjęcia przez Służbę Więzienną procedur określających sposób postępowania, gdy więzień zgłosi, że padł ofiarą tortur lub przemocy, lub gdy zachodzi podejrzenie stosowania tortur lub przemocy wobec więźnia, pozostaje nadal aktualny¹⁷⁴. Personel więzienny, w tym medyczny, nie ma procedur. Dokumentowanie urazów często wykonuje się powierzchownie, zaś wiedza personelu medycznego na temat Protokołu Stambulskiego jest znikoma.



SPT

Wstępne badanie wszystkich osadzonych powinno odbywać się przy użyciu standardowego kwestionariusza, który oprócz ogólnych pytań o stan zdrowia, powinien zawierać opis wszelkich niedawnych aktów przemocy stosowanych wobec nich. Lekarz powinien przeprowadzić pełne badanie lekarskie, w tym badanie całego ciała. Jeżeli lekarz ma powody, by sądzić, iż doszło do tortur lub innych form złego traktowania, powinien niezwłocznie powiadomić właściwe organy. To samo dotyczy obrażeń odniesionych w zakładzie karnym.



Ponadto Podkomitet przypomina zalecenie Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu, aby wprowadzić procedury w celu zapewnienia, by zawsze, gdy odnotowane obrażenia odpowiadają doniesieniom osadzonego o niewłaściwym traktowaniu (albo które nawet w przypadku braku doniesień wskazują na takie traktowanie), były systematycznie przekazywane do wiadomości właściwym organom, niezależnie od życzenia osadzonego. Wyniki tych badań powinny być także dostępne dla osadzonego, którego dotyczą, oraz jego prawnika¹⁷⁵.

W sprawie właściwego dokumentowania obrażeń osób pozbawionych wolności, Rzecznik Praw Obywatelskich, działający jako Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, w 2019 r. zwrócił się z apelem do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej¹⁷⁶, co opisane zostało w rozdziale Wystąpienia generalne.

¹⁷³ Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia (Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 43/173 z dnia 9 grudnia 1988 r.), Zasada 24.

¹⁷⁴ Zob. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

¹⁷⁵ Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 106 i 107.

¹⁷⁶ Wystąpienie Generalne RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 29 stycznia 2019 r., KMP.571.6.2017.

Mała przestrzeń życiowa więźniów w celi

Niestety, pomimo starań Krajowego Mechanizmu w przedmiocie zwiększenia metrażu celi mieszkalnej przypadającego na jednego więźnia, opisanego w raporcie rocznym za 2017 i 2018 rok, Ministerstwo Sprawiedliwości nie widzi potrzeby wprowadzenia takiej zmiany¹⁷⁷.

W Polsce prawo zapewnia więźniowi minimum 3 m² powierzchni mieszkalnej w celi. Dopuszcza też sytuację umieszczania go poniżej tego standardu¹⁷⁸. W takich warunkach człowiek nie jest w stanie normalnie funkcjonować. Polska norma jest sprzeczna ze standardami międzynarodowymi i praktyką większości państw europejskich¹⁷⁹.

O zapewnienie więźniom minimum 4 m² od 1996 r. apelują do polskich władz organy międzynarodowe: Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), Komitet ONZ Przeciwko Torturom (CAT), Podkomitet ONZ Przeciwko Torturom (SPT).



CPT

CPT powtórnie wzywa polskie władze do podwyższenia minimalnego standardu powierzchni mieszkalnej na osadzonego do minimum 4 m² w celach wieloosobowych (z pominięciem powierzchni przeznaczonej na sanitariaty) oraz 6 m² w celach jednoosobowych¹⁸⁰.



CAT

Polska powinna podjąć działania, w tym zwiększające pojemność więzień, w celu zapewnienia zgodności z europejskim standardem co najmniej czterech metrów kwadratowych powierzchni mieszkalnej dla każdego zatrzymanego¹⁸¹.



SPT

Zgodnie z powtarzającymi się zaleceniami Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu, Podkomitet zaleca, aby Państwo Strona podniosło minimalny standard powierzchni mieszkalnej na jednego więźnia do co najmniej czterech metrów kwadratowych w celach wieloosobowych (nie licząc powierzchni zajmowanej przez kąpiel sanitarny) i sześciu metrów kwadratowych w celach jednoosobowych.

¹⁷⁷ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

¹⁷⁸ Art. 110 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2020 r., poz. 523 ze zm.).

¹⁷⁹ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

¹⁸⁰ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, par. 59.

¹⁸¹ Committee against Torture, Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Poland, 23 December 2013, CAT/C/POL/CO/5-6, par. 19.

Problem ten dodatkowo pogarsza fakt, iż więźniowie, którzy nie pracują lub nie biorą udziału w programach resocjalizacyjnych, zazwyczaj mogą spędzać na zewnątrz minimum godzinę dziennie¹⁸².

Kontrole osobiste więźniów powinny podlegać ocenie sądu

Postępowanie wszczęte z wniosku, który w 2016 r. Rzecznik Praw Obywatelskich skierował do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie niezgodności art. 116 § 6 k.k.w. w zw. z art. 7 § 1 k.k.w. z Konstytucją, w zakresie, w jakim nie przewiduje wydawania decyzji w sprawie kontroli osobistej skazanego, zostało umorzone dnia 26 listopada 2019 r. (sygnatura akt Trybunału: K 5/16)¹⁸³.



Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur podkreśla, iż ważne jest, by zasadność i sposób realizacji kontroli osobistej więźniów podlegały zewnętrznej weryfikacji. Możliwość sądowej kontroli ma bowiem walor prewencyjny i może działać odstrasząco wobec osób chcących sięgać po nią bez potrzeby.

Warto zauważyć, że w przeszłości dochodziło do sytuacji, gdy decyzja o zastosowaniu kontroli osobistej nie znajdowała uzasadnienia z punktu widzenia bezpieczeństwa, na co wskazywał Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu, w wyrokach przeciwko Polsce.



ETPC

Codzienne kontrole osobiste więźnia połączone z obowiązkiem rozebrania się do naga nie wynikały z żadnych konkretnych potrzeb bezpieczeństwa i nie były związane z podejrzeniami wynikającymi z zachowania skarżącego. Taka praktyka musiała wywołać w człowieku uczucie poniżenia, cierpienia i przygnębienia, które wykroczyło poza nieuniknione cierpienie i upokorzenie związane z odbywaniem kary więzienia¹⁸⁴.

¹⁸² Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 80 i 81.

¹⁸³ Trybunał Konstytucyjny stwierdził, iż przedstawione przez Rzecznika Praw Obywatelskich uzasadnienie zarzutu niekonstytucyjności jest bardzo lakoniczne. W związku z tym wniosek ten nie może zostać merytorycznie rozpatrzone, a postępowanie podlega w związku z tym umorzeniu ze względu na niedopuszczalność wydania wyroku. Zdanie odrębne przedstawił sędzia TK Piotr Pszczołkowski, którego zdaniem wniosek Rzecznika spełniał wymagania formalne warunkujące dopuszczalność jego merytorycznego rozpoznania, a postępowanie powinno było zakończyć się wydaniem wyroku stwierdzającego, że art. 116 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2019 r., poz. 676, ze zm.; dalej: k.k.w.) rozumiany w ten sposób, że przeprowadzenie kontroli osobistej skazanego lub tymczasowo aresztowanego nie wymaga decyzji dyrektora zakładu karnego podlegającej kontroli sądowej, jest niezgodny z art. 45 ust. 1 i art. 77 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

¹⁸⁴ Wyrok Świdzki przeciwko Polsce z dnia 16 lutego 2016 r., skarga nr 5532/10, par. 60-61.



Prawo krajowe stosowane w praktyce nie zapewniało osadzonemu skutecznego środka odwoławczego pozwalającego na zakwestionowanie decyzji w przedmiocie przeprowadzenia kontroli osobistej. Wobec braku takiego skutecznego środka odwoławczego, trudno jest egzekwować na szczeblu krajowym wymóg wystarczającego uzasadnienia kontroli osobistych lub przeszukań z rozbieraniem¹⁸⁵.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur nie podważa zasadności dokonywania kontroli osobistej, jednak z uwagi na powyższe kwestie związane z jej zaskarżalnością, sprawa ta pozostaje w dalszym ciągu w polu jego zainteresowania. W dniach 18 lipca oraz 20 sierpnia 2019 r. Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił uwagi do projektu nowelizacji Kodeksu karnego wykonawczego, obejmujących między innymi powyższą tematykę¹⁸⁶.

Standard dotyczący liczby psychologów penitencjarnych

W opinii KMPT opieka psychologiczna w więzieniach nie jest wystarczająca. Standard wyznaczony przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej przewiduje zapewnienie jednego psychologa grupie 200 osadzonych¹⁸⁷. Wśród tak licznej grupy psychologowie nie są w stanie efektywnie wykonywać swoich działań.



Przeprowadzenie skutecznych działań psychologicznych umożliwia ustalenie przyczyn, zakresu i charakterystyki niedostosowania społecznego osoby osadzonej. Pozwala także na wdrożenie odpowiednich środków poprawczych do systemu odbywania kary. Praca psychologów ma wpływ nie tylko na funkcjonowanie zakładów karnych. Efektywność działań prowadzonych w zakresie przygotowania więźniów do wyjścia na wolność oddziałuje także na bezpieczeństwo i porządek publiczny¹⁸⁸.

Ponadto nie w każdej jednostce liczba dostępnych psychologów w zakładach karnych spełniała wymóg zawarty w Zarządzeniu Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. W Zakładzie Karnym w Zarębie, w związku z urlopem macierzyńskim psycholożki, opiekę psychologiczną nad 382 osadzonymi sprawował 1 psycholog.

Od 2016 r. problem ten jest zgłaszany Dyrektorowi Generalnemu SW¹⁸⁹.

¹⁸⁵ Wyrok Milka przeciwko Polsce z dnia 15 września 2015 r., skarga nr 14322/12, par. 30 i 48.

¹⁸⁶ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/opinia-rpo-o-zmianach-w-kodeksie-karnym-wykonawczym>; <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/sposob-oceny-przeprowadzenia-kontroli-osobistej-wiezni-dodatkowa-opinia-rpo-do-nowelizacji-kodeksu>.

¹⁸⁷ Zarządzenie Nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 3 pkt 2.

¹⁸⁸ *Rola psychologii w działalności służb mundurowych*, „Zeszyty Naukowe Ruchu Studenckiego” nr 2 (2015), s. 97–98.

¹⁸⁹ Zob. rozdział: *Wystąpienia generalne*.

Sytuacja osadzonych chorych somatycznie

Osoby niesamodzielne z powodu stanu zdrowia przebywające w miejscach detencji należą, w ocenie KMPT, do grupy ryzyka w obszarze tortur, nieludzkiego i poniżającego traktowania. Na osadzenie osób przewlekle chorych oraz z ograniczoną sprawnością ruchową w jednostkach penitencjarnych niebagatelny wpływ ma zmiana rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności¹⁹⁰, która spowodowała, że od dnia 1 lipca 2015 r. do jednostek penitencjarnych należy przyjmować także osoby wymagające natychmiastowego leczenia szpitalnego ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia lub kobiety od 28. tygodnia ciąży. Co więcej, problem ten nieodłącznie wiąże się ze zmianami demograficznymi zachodzącymi w Polsce. Jako społeczeństwo starzejące się jesteśmy narażeni w coraz większym stopniu na związane z tym faktem obniżanie sprawności psychofizycznej, zarówno wśród obywateli wolnych, jak również i tych pozbawionych wolności.

Mając na uwadze mandat KMPT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu zwracają szczególną uwagę na sytuację więźniów, którzy mogą być leczeni w warunkach izolacji penitencjarnej, nie spełniają kryteriów orzeczenia o niepełnosprawności, lecz ze względu na ich stan somatyczny wymagają stałej pomocy współwięźniów. W polskim systemie penitencjarnym funkcjonuje tylko jeden oddział szpitalny dedykowany dla takich osób, tj. Oddział dla Przewlekle Chorych w Zakładzie Karnym w Czar-nem. Ograniczona liczba miejsc na tym oddziale powoduje jednak, że skazani oczekują na przyjęcie często nawet kilkanaście miesięcy.

W 2019 r. Rzecznik Praw Obywatelskich przeprowadził dwie wizytacje mające na celu zbadanie sytuacji więźniów przewlekle somatycznie chorych¹⁹¹. Wyniki całego badania zostały zawarte w wystąpieniu Rzecznika Praw Obywatelskich do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej¹⁹². Podkreślono w nim, że jednostki penitencjarne nie mają odpowiednio przygotowanych zespołów specjalistów z szerokim doświadczeniem medycznym oraz pozamedycznym, nie dysponują także odpowiednim sprzętem medycznym. Brakuje również miejsc dysponujących odpowiednimi warunkami, dostosowanymi do potrzeb tych osób pod względem bytowym i prowadzonych oddziaływań. Ponadto kadra jednostek nie podejmuje często odpowiednich działań stymulujących skazanych, a brak aktywności życiowej prowadzi do pogłębienia się ich apatii i dalszego uzależnienia od innych. Wskazano na konieczność uwzględnienia przez Służbę Więzienną szczególnych potrzeb osadzonych, w tym związanych z ich wiekiem i stanem zdrowia, co wynika z określonej w art. 67 k.k.w. zasady zindywidualizowanego oddziaływania. W ocenie Rzecznika niektóre z osób przewlekle chorych nie powinny przebywać w warunkach izolacji penitencjarnej. Jeśli jednak są obiektywne przeszkody uniemożliwiające zwolnienie ich z więzienia, to należy zadbać, by przebywały w warunkach zapewniających ochronę ich godności ludzkiej.

¹⁹⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 927.

¹⁹¹ KMP.571.2.2019.JJ; KMP.1.2019.TG.

¹⁹² IX.517.532.2019.

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

KMPT pragnie podkreślić, że próby radzenia sobie z omawianym problemem na poziomie zwykłych jednostek penitencjarnych poprzez angażowanie współwięźniów do opieki nad osobami niesamodzielnymi, stanowią jedynie prowizoryczne rozwiązanie, które było w przeszłości kwestionowane przez Europejski Trybunał Praw Człowieka.



ETPC

Udział innych więźniów w czynnościach higieniczno-sanitarnych, przebieraniu i rozbieganiu współwięźnia musi wzbudzać znaczny niepokój osadzonego i stawiać go w pozycji niższości wobec innych więźniów¹⁹³.

Niedopuszczalnym jest pozbawienie wolności osób cierpiących na poważne upośledzenia fizyczne w warunkach nieodpowiednich do ich stanu zdrowia lub pozostawienie tych osób w rękach współwięźniów, by udzielali pomocy przy kąpieli oraz ubieraniu lub rozbieganiu. Stanowi to bowiem poniżające traktowanie¹⁹⁴.



W czasie wizytacji jednego zakładu karnego, przebywał 70-letni osadzony przewlekle somatycznie chory, który po przebytych w więzieniu udarach poruszał się o kulach i wymagał pomocy osób trzecich przy codziennych czynnościach. Ograniczona liczba miejsc na Oddziale dla Przewlekle Chorych w Zakładzie Karnym w Czarnem spowodowała, iż osadzony znajdował się już długo na liście oczekujących. Mimo interwencji dyrektora jednostki i próśb o przyspieszenie przyjęcia osadzonego ze względu na stan jego zdrowia, nie było to możliwe z powodu dużej liczby oczekujących więźniów znajdujących się w równie ciężkim stanie.

¹⁹³ Wyrok Farbtuhs przeciwko Łotwie z dnia 2 grudnia 2004 r., skarga nr 4672/02.

¹⁹⁴ Wyrok D. G. przeciwko Polsce z dnia 12 lutego 2013 r., skarga nr 45705/07.



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

Uboga oferta zajęć kulturalno-oświatowych adresowanych do osób tymczasowo aresztowanych



CPT

Wzywa polskie władze do podjęcia działań koniecznych dla rozwijania programów zajęć zarówno dla tymczasowo aresztowanych, jak i skazanych. Celem powinno być zapewnienie, by każdy osadzony mógł spędzać rozsądną część dnia (osiem godzin albo więcej) poza celą, angażując się w celowe i różnorodne zajęcia (praca, edukacja, szkolenie zawodowe, sport itd.)¹⁹⁵.

Oferta zajęć adresowanych do więźniów jest bardzo uboga. Tymczasowo aresztowani mogą spędzać czas wolny w celach i świetlicach, oglądając telewizor, czytając udostępniane w bibliotece książki, grając w gry planszowe i „piłkarzyki”. W praktyce, jak wynikało z rozmów przeprowadzonych z wizytującymi, spędzają większość czasu w celi mieszkalnej, opuszczając ją tylko w czasie spaceru, który jest dla nich najbardziej atrakcyjną formą aktywności. Wprawdzie jednostki organizują różnego rodzaju ciekawe spotkania, koncerty czy spektakle, ale wydarzenia te mają charakter incydentalny.

Problem ubogiej oferty kulturalno-oświatowej dla tymczasowo aresztowanych zdiagnozowany został przez KMPT już w 2014 r. i przedstawiony w raporcie tematycznym dotyczącym sytuacji osób pozbawionych wolności przebywających w oddziałach dla tymczasowo aresztowanych oraz terapeutycznych¹⁹⁶. Jak pokazują wizytacje przeprowadzone w 2019 r., sytuacja nie uległa polepszeniu¹⁹⁷.



SPT

Programy działań dla więźniów odgrywają ważną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa i dobrego samopoczucia więźniów i personelu. Wymuszona bezczynność zwiększa napięcie w więzieniu i może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia i dobrego samopoczucia osób pozbawionych wolności, a także dla przyszłej reintegracji po opuszczeniu zakładu. Skrajna wymuszona całkowita nieaktywność w dłuższym okresie uznana może

¹⁹⁵ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, par. 43; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 30, par. 73.

¹⁹⁶ Szerzej na temat realizacji praw osób tymczasowo aresztowanych w raporcie tematycznym KMPT *Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji oddziałów terapeutycznych dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo oraz oddziałów dla tymczasowo aresztowanych dostępnym na stronie internetowej KMPT w zakładce Raporty roczne i publikacje.*

¹⁹⁷ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

zostać za przejaw niehumanitarnego traktowania¹⁹⁸.



Zaleca, aby Państwo Strona podjęło środki mające na celu dalsze zwiększenie dostępności pracy w jednostkach penitencjarnych oraz dopilnowanie, aby płatna praca była dostępna dla wszystkich zatrzymanych, w tym tymczasowo aresztowanych, przy jednoczesnym upewnieniu się, że żaden więzień nie będzie przymuszany do takiej pracy¹⁹⁹.

Usytuowanie umywalk poza kącikami sanitarnymi

W niektórych jednostkach w celach mieszkalnych umywalki usytuowane były poza kącikami sanitarnymi i nieosłonięte od pozostałej części celi.

Zgodnie z § 29 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności²⁰⁰ oraz § 34 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania tymczasowego aresztowania²⁰¹, w celach mieszkalnych niezbędne urządzenia sanitarne sytuuje się w sposób zapewniający ich niekrępujące użytkowanie. Powszechnie uznaje się, że do niezbędnych urządzeń sanitarnych należy również umywalka, zatem i ona powinna być usytuowana w sposób zapewniający niekrępujące jej użytkowanie. Wyrazem zrozumienia dla minimalnych potrzeb osadzonych w przedmiotowym zakresie jest również zapis § 3 ust. 7 Wytycznych nr 3/2011 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 4 października 2011 r. w sprawie wymagań technicznych i ochronnych dla pawilonów zakwaterowania osadzonych, który stanowi, że w skład węzła sanitarnego w celi mieszkalnej wchodzi miska ustępowa oraz umywalka z doprowadzeniem wody. Sposób wykonania obudowy węzła ma spełniać wymóg zapewnienia intymności podczas korzystania z urządzeń sanitarnych, wentylacja grawitacyjna, oddzielna dla węzła i celi, ma zaś zapewnić należytą wymianę powietrza. Rzecznik Praw Obywatelskich stoi na stanowisku, iż w celach, w których umywalka znajduje się poza wydzielonym pełną, trwałą zabudową kącikiem sanitarnym i jest ona jedynym tego typu urządzeniem w pomieszczeniu, osadzeni nie mają zapewnionych warunków intymności podczas wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny osobistej.



SPT

Zaleca, aby Państwo Strona kontynuowało remont, poprawę i modernizację warunków materialnych w jednostkach penitencjarnych w celu zapewnienia, aby warunki w więzieniach były co najmniej zgodne z Wzorcowymi regułami Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczącymi postępowania z więźniami (Reguły Mandeli)²⁰².

¹⁹⁸ Raport SPT z wizyty w Beninie, CAT/OP/BEN/1, par. 273.

¹⁹⁹ Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 87.

²⁰⁰ Dz. U. z 2016 r., poz. 2231.

²⁰¹ Dz. U. z 2016 r., poz. 2290.

²⁰² Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 83.

OBSZARY WYMAGAJĄCE POPRAWY

Traktowanie

W jednej z jednostek osoby tymczasowe przebywające na terenie szpitala więziennego miały obowiązek noszenia przez całą dobę pidżam. W pidżamach więźniowie przebywali w celach, spożywali posiłki, uczestniczyli w zajęciach i na spacerach, spali. W efekcie stan higieniczny niektórych osadzonych był zły. W ocenie KMPT przebijanie się pacjenta w ciągu dnia w odzież nie nocną ma znaczenie dla jego rehabilitacji i leczenia. Wymusza rutynę i namiastkę codziennego, zwyczajnego rytmu dnia.



CPT

Praktyka polegająca na stałym ubieraniu pacjentów w pidżamy/koszule nocne nie sprzyja wzmocnieniu ich tożsamości osobistej i poczuciu własnej wartości. Indywidualizacja w zakresie garderoby powinna być częścią procesu terapeutycznego²⁰³.

Zawsze mogą istnieć pacjenci, którzy będą stanowić szczególne wyzwanie. Jednakże zobowiązanie niektórych pacjentów do noszenia pidżamy ma efekt stygmatyzujący i może być postrzegane przez nich samych jako upokarzające²⁰⁴.

Kwaterowanie osadzonych w celach izolacyjnych ze względu na potrzebę monitorowania więźniów

W niektórych jednostkach penitencjarnych cele izolacyjne wykorzystywane były w innym celu niż wykonywanie kary dyscyplinarnej. Wprawdzie § 90 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2016 r. w sprawie sposobów ochrony jednostek organizacyjnych Służby Więziennej²⁰⁵ stanowi, że „w celu zapewnienia porządku, bezpieczeństwa lub powierzchni mieszkalnej, o której mowa w art. 110 § 2 kodeksu, dyrektor może podjąć decyzję o umieszczeniu w celi izolacyjnej osadzonego nieukaranego karą dyscyplinarną umieszczenia w takiej celi”, jednakże należy mieć na względzie, iż osadzenie w celi izolacyjnej łączy się z dodatkowymi dolegliwościami dla więźnia, do których należy m.in. mały metraż, związany z jej jednoosobowym charakterem oraz niezabudowanie kąpka sanitarnego.



W jednym z zakładów karnych w celi monitorowanej przebywał mężczyzna, który został w niej umieszczony z uwagi na utrudniony kontakt i problemy z higieną osobistą. Personel, obawiając się konfliktu w celi i skarg współosadzonych, prewencyjnie umieścił go w takiej celi.

²⁰³ Ośmy Raport Generalny, CPT/Inf (98) 12, par. 34; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, par. 85, 88 i 92; Raport CPT z wizyty w Chorwacji, CPT/Inf (2018) 44, par. 106; Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, par. 116; Raport CPT z wizyty na Malcie, CPT/Inf (2016) 25, par. 138.

²⁰⁴ Raport CPT z wizyty w Czechach, CPT/Inf (2015) 18, par. 159.

²⁰⁵ Dz. U. z 2016 r., poz. 1804.

» SPT

Izolacja powinna być stosowana tylko w ostateczności, w wyjątkowych przypadkach i tak krótko, jak to możliwe. Osadzenie powinno podlegać niezależnej kontroli²⁰⁶.

Ponadto na Oddziale Psychiatrii Sądowej funkcjonowała sala izolacji, tzw. pomieszczenie dla pacjentów pobudzonych psychoruchowo. Było to pomieszczenie monitorowane, dźwiękoszczelne, bez dostępu do światła naturalnego. Nie posiadało żadnego wyposażenia (w tym łóżka) oraz węzła sanitarnego. W ocenie KMPT pomieszczenie to nie spełniało standardów izolacji psychiatrycznej, która powinna posiadać monitoring, okno, łóżko i węzeł sanitarny²⁰⁷.

» Protokół Stambulski

Umieszczenie pacjenta w sali, w której nie ma ani okna, ani łóżka, a pacjent musi siedzieć lub leżeć na podłodze, jest nieludzkim traktowaniem i godzi w godność osoby chorej psychicznie. Stosowanie izolacji w powyższym pomieszczeniu może być również uznane za tortury²⁰⁸.

» CPT

Zgodnie ze standardami CPT, dotyczącymi stosowania przymusu bezpośredniego w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych, pomieszczenie do czasowej izolacji pacjentów powinno być specjalnie zaprojektowane do tego konkretnego celu. W szczególności powinno zapewniać bezpieczeństwo pacjenta i uspokajające warunki²⁰⁹.

Sposób przeprowadzania kontroli osobistych

Kontrole osobiste nie zawsze przeprowadzane były w sposób przewidziany obowiązującymi przepisami prawa, tj. dwuetapowy²¹⁰. Zdarzały się sytuacje, w których osadzeni musieli zdjąć całą odzież i wykonać przysiad.

²⁰⁶ Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 94 i 95.

²⁰⁷ Zob. art. 18e ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 1878 ze zm.).

²⁰⁸ Protokół Stambulski jako metody tortur wymienia m.in. izolację, pozbawienie więźnia zwykłej stymulacji sensorycznej w rodzaju dostępu do dźwięków, światła, poczucia czasu, możliwości umycia się i zaspokojenia potrzeb fizjologicznych, manipulowanie natężeniem światła w celi, ograniczenie snu, aktywności ruchowej i kontaktów społecznych; Protokół Stambulski. Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania; Biuro Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka; Professional Training Series No. 8/Rev. 1.; Nowy Jork i Genewa 2004; pkt G Przegląd metod tortur; pkt 145 (n).

²⁰⁹ Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), Strasburg, 21 marca 2017 r., CPT/Inf (2017) 6, par. 3.8.

²¹⁰ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2016 r. w sprawie sposobów ochrony jednostek organizacyjnych Służby Więziennej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1804), par. 68.



CPT

Kontrola osobista jest środkiem bardzo inwazyjnym i potencjalnie poniżającym. z tego też powodu uciekanie się do przeprowadzenia kontroli osobistej powinno być oparte na indywidualnej ocenie ryzyka i być poddane rygorystycznym kryteriom oraz nadzоровi. Powinno się podjąć wszystkie rozsądne wysiłki w celu zminimalizowania poczucia zażenowania; osoby osadzone poddawane kontroli osobistej normalnie nie powinny być zobowiązane do zdjęcia całego ubrania w tym samym czasie, np. powinny mieć prawo do zdjęcia ubrań powyżej pasa i do ubrania się przed zdjęciem pozostałych ubrań²¹¹.



SPT

Praktyka przeszukania ciała stosowana wobec osób pozbawionych wolności powinna być ograniczona do wyjątkowych przypadków i powinna spełniać kryteria konieczności, racjonalności i proporcjonalności²¹².

Odzież więzienna stosowana jako zasada przy opuszczaniu jednostki

Praktyka konwojowania osadzonych poza teren jednostki (np. do lekarza) w odzieży skarbowej ujawniona została w trakcie wizytacji Zakładu Karnego w Kłodzku. Problem ten sygnalizowali wizytującym osadzeni, a funkcjonariusze ochrony potwierdzili, że praktyką jest każdorazowe przebieranie osadzonych w odzież skarbową.



W świetle art. 111 § 2 i art. 216a § 1 k.k.w. przebieranie osadzonych w odzież skarbową dopuszczalne jest tylko na zasadzie wyjątku od reguły, którą jest korzystanie z odzieży własnej.



Wymóg używania odzieży skarbowej podczas wizyt w miejscach publicznych, niezwiązanych z wymiarem sprawiedliwości, prowadzi do stygmatyzacji osadzonych, niemającej rzeczywistego uzasadnienia, zwłaszcza w przypadku osób tymczasowo aresztowanych, wobec których obowiązuje domniemanie niewinności.



Prawo osadzonego do założenia własnego ubrania lub innego nierzucającego się w oczy stroju w czasie pobytu poza terenem miejsca pozbawienia wolności zostało sformułowane m.in. w Regułach Mandeli²¹³ oraz Europejskich Regułach Więziennych²¹⁴.

²¹¹ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, par. 106.

²¹² Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 111.

²¹³ Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli), Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 17 grudnia 2015 r., Reguła 19.

²¹⁴ Rekomendacja Rec (2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych, Reguła 20.4.

Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

W jednym zakładzie karnym widzenia odbywały się w wyznaczone soboty, niedziele oraz niektóre dni świąteczne (w godz. 9–16). Sala widzeń była bardzo mała, a duża liczba stolików powodowała brak komfortu i intymności podczas odwiedzin. Czas oczekiwania na widzenie był długi (nawet do kilku godzin). Ponadto z relacji osadzonych wynikało, że znaczna część odwiedzających to osoby nieposiadające własnego środka transportu i poruszające się komunikacją publiczną. Muszą więc dostosować czas odwiedzin do rozkładu jazdy komunikacji publicznej. Z uwagi na małą salę widzeń i możliwość kontaktu wyłącznie w weekendy, nie zawsze udaje im się dostać na widzenie lub odbywają je w mocno ograniczonym czasie. W ocenie KMPT może osłabiać to więzi rodzinne osadzonych.

Oprócz tego jednostka ta nie dysponowała pokojem przeznaczonym na odwiedziny dzieci – część sali widzeń została przyozdobiona dziecięcymi elementami dekoracyjnymi i naklejkami, jednak z uwagi na panujący tłok, fragment przeznaczony na odwiedziny dzieci wciśnięty był w kąt i zastawiony stolikami oraz krzesłami. Nie sprzyja to komfortowi kontaktu z dziećmi, w związku z czym Krajowy Mechanizm zalecił zmiany w tym zakresie.



CPT

Bardzo ważne jest, aby osadzeni utrzymywali względnie dobry kontakt ze światem zewnętrznym. Przede wszystkim osadzony musi mieć stworzoną możliwość utrzymywania relacji z rodziną i bliskimi przyjaciółmi. Promowanie kontaktów osadzonego ze światem zewnętrznym powinno stanowić zasadę wiodącą; wszelkie ograniczenia w kontaktowaniu się powinny być oparte wyłącznie na racjonalnych względach bezpieczeństwa lub uwzględnieniu możliwości fizycznych. Komitet pragnie podkreślić w tym względzie potrzebę elastyczności w zakresie stosowania przepisów dotyczących odwiedzin i telefonów wobec osadzonych, których rodziny mieszkają daleko od zakładu karnego, co w praktyce uniemożliwia częste odwiedziny. Przykładowo takim osadzonym można pozwolić na połączenie czasu przeznaczonego na odwiedziny i/lub zapewnić większe możliwości rozmów telefonicznych z rodzinami²¹⁵.

Na terenie innego zakładu karnego znajdowało się oddzielne pomieszczenie do odbywania widzeń bez osoby dozorującej, jednak nie było ono wyposażone w zakresie, o którym mowa w odpowiednich przepisach²¹⁶.

²¹⁵ Drugi Raport Generalny CPT, CPT/Inf (92) 3, par. 51.

²¹⁶ Załącznik nr 3 (Tabela 17) do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 grudnia 2016 r. w sprawie warunków bytowych osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz. U. z 2016 r., poz. 2224).



Reguły Mandeli

Biorąc pod uwagę przyszłość osadzonego po zwolnieniu, należy dążyć do umożliwienia mu podtrzymywania lub poprawy jego relacji z pozostającymi na wolności osobami bliskimi oraz rodziną²¹⁷.



APT

Stowarzyszenie Zapobiegania Torturom z Genewy (APT) podkreśla, że tortury i inne okrutne, niehumanitarne lub poniżające traktowanie lub karanie w prawie wszystkich przypadkach mają miejsce w tajemnicy. Dostęp osób pozbawionych wolności do prawników, lekarzy oraz kontakt z przyjaciółmi lub członkami rodziny tworzy bardziej otwarte środowisko przetrzymywania, które pomaga zapobiegać torturom i złemu traktowaniu²¹⁸. Zapewnienie zatrzymanym możliwości utrzymywania kontaktu z rodziną poprzez wizyty, rozmowy telefoniczne i korespondencję jest podstawowym prawem osadzonego, które dodatkowo może zapewniać mu istotne wsparcie i pomagać w ponownej integracji po zwolnieniu²¹⁹.

Jedna z jednostek posiadała salę do widzeń bez dozoru, w której zainstalowany był monitoring.



Istotą korzystania przez więźniów z nagrody w postaci realizacji widzeń bezdozorowych jest zaufanie, którym obdarza więźnia dyrektor jednostki, w związku z jego zachowaniem podczas izolacji penitencjarnej. Wobec tak oczywistej przestanki udzielania widzeń bez dozoru, konieczna jest w ocenie Krajowego Mechanizmu rezygnacja z monitorowania tej sali w trakcie udzielania widzeń bezdozorowych.

Mechanizm skargowy

Na większości tablic informacyjnych na oddziałach mieszkalnych wśród adresów instytucji, do których osadzeni mogą się zwrócić o pomoc, nie było adresu Biura Rzecznika Praw Obywatelskich w Warszawie oraz właściwych terytorialnie Biur Pełnomocników Terenowych RPO. Zdarzało się, że zakres wyeksponowanych informacji na poszczególnych oddziałach nie był jednolity – niektóre nie dysponowały danymi teled adresowymi wszystkich instytucji, a jedynie prawami pacjenta i danymi adresowymi Rzecznika Praw Pacjenta.

²¹⁷ Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli), Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 17 grudnia 2015 r., Reguła 106, 107.

²¹⁸ Association for the Prevention of Torture. Zob. Legal Safeguards to Prevent Torture The Right of Access to Lawyers for Persons Deprived of Liberty; March 2010; APT.

²¹⁹ Więcej na stronie: <https://www.apr.ch/en/knowledge-hub/detention-focus-database>.



CPT

Mechanizm skargowy może nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też wszystkie osoby pozbawione wolności przez władze publiczne, niezależnie od miejsca lub sytuacji, powinny mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi²²⁰.

Użycie kajdanek to niestety reguła

W jednym zakładzie karnym zakładanie kajdanek do konwojowania osób pozbawionych wolności traktowane było jako reguła. Więźniowie podnosili również, że kajdanki zakładane są im także w trakcie badań lekarskich w placówkach zewnętrznych.



Kajdanki nie powinny być profilaktycznie stosowane wobec wszystkich, a tylko wtedy, gdy wyraźnie uzasadnia to ocena ryzyka w indywidualnym przypadku. Kajdanki nie powinny być zbyt ciasno związane (może to wywoływać poważne konsekwencje medyczne) i należy je stosować tylko tak długo, jak jest to absolutnie niezbędne.

Ponadto kajdanki nie powinny być stosowane jako zasada w czasie transportu. Ich użycie powinno być uzasadnione oceną ryzyka w konkretnym przypadku, kiedy ich zastosowanie wydaje się absolutnie konieczne. Powinny być wówczas stosowane w sposób, który eliminuje ryzyko zranienia osoby konwojowanej. Należy unikać zakładania ich na ręce trzymane z tyłu z uwagi na możliwość niewygody dla zatrzymanego i ryzyko obrażeń w razie wypadku. KMPT podkreśla, że stosowanie środków przymusu bezpośredniego powinno wykazywać każdorazowo indywidualne podejście do sytuacji i może nastąpić tylko pod warunkiem wystąpienia w konkretnym przypadku przesłanek ich zastosowania. Środki te muszą być niezbędne do osiągnięcia celów, w jakich zostały zastosowane (zasada konieczności) oraz być zastosowane proporcjonalnie do stopnia zagrożenia oraz minimalizacji dolegliwości (zasada proporcjonalności)²²¹.



O tym, że kajdanki nie powinny być stosowane automatycznie podczas każdego transferu zatrzymanych, mówią także eksperci z Uniwersytetu w Essex. Zwracają oni też uwagę na konieczność przeciwdziałania ewentualnym fizycznym uszczerbkom więźniów konwojowanych w kajdankach, które mogą wystąpić, gdy

²²⁰ Dwudziesty Siódmy Raport Generalny, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

²²¹ Art. 6 ust. 1, art. 11, art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 2418).

są oni skuci, a pojazd hamuje lub ulegnie wypadkowi. Stosowanie kajdanek ogranicza bowiem zdolność zatrzymanych do ochrony przed upadkiem²²².



CPT

Za niedopuszczalne należy uznać stosowanie kajdanek w trakcie badań lekarskich lub przykuwanie zatrzymanego do łóżka podczas pobytu w szpitalu. Taka praktyka narusza godność człowieka, utrudnia właściwe leczenie, hamuje rozwój właściwej relacji na linii lekarz-pacjent i może być szkodliwa dla obiektywności ustaleń medycznych²²³.

Traktowanie więźniów w czasie badań lekarskich i dostęp do opieki medycznej

Pomimo jednoznacznie brzmiącej regulacji prawnej²²⁴, która stanowi o tym, że w zakładach karnych typu zamkniętego, świadczenia medyczne udzielane są bez asysty osób niewykonujących zawodu medycznego, KMPT nadal spotyka się z sytuacjami, w których doprowadzający więźnia funkcjonariusze działu ochrony są obecni podczas badania lekarskiego, mimo iż personel medyczny nie prosił o taką obecność.

Osadzony podczas badania per rectum miał założone na ręce kajdanki, a badanie było wykonane w obecności dwóch funkcjonariuszy Służby Więziennej.

W ocenie KMPT taka sytuacja jest niedopuszczalna, ponieważ może prowadzić u osadzonego do uzasadnionego poczucia poniżenia.



W obecności personelu ochronnego więźniów może nie czuć się na tyle swobodnie, by opowiedzieć lekarzowi o sposobie, w jaki był traktowany. Taka sytuacja rodzi też ryzyko naruszenia intymności więźniów, poszanowania ich godności i tajemnicy lekarskiej.

²²² Essex paper 3 Initial guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules, Penal Reform International Head Office i Human Rights Centre University of Essex, February 2017, Use of restraints, s. 57.

²²³ Raport CPT z wizyty w Hiszpanii, CPT/Inf (96) 9 [Part 1], § 150; Essex paper 3 Initial guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules, Penal Reform International Head Office i Human Rights Centre University of Essex, February 2017, s. 57 i 163.

²²⁴ Art. 115 § 8 k.k.w.



CPT

Obecność funkcjonariusza podczas badania jest szkodliwa dla budowania właściwej relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem i zwykle nie jest konieczna z punktu widzenia bezpieczeństwa. Komitet zachęca też personel jednostek penitencjarnych do wypracowania alternatywnych rozwiązań mających na celu pogodzenie wymogów bezpieczeństwa i zasady tajemnicy lekarskiej (np. zainstalowanie systemu nagłośnienia przywoławczego)²²⁵.

Wszystkie badania medyczne osadzonych (zarówno tuż po przyjęciu, jak i na późniejszym etapie) powinny być przeprowadzane poza zasięgiem słuchu funkcjonariuszy służby więziennej, a także poza zasięgiem wzroku, chyba że lekarz w danej sprawie zgłosił zastrzeżenie przeciwne. Poza tym osadzeni powinni być badani pojedynczo, a nie grupowo²²⁶.

Prawo do informacji



Wszyscy więźniowie mają prawo i potrzebę otrzymania zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych dla nich kwestiach – przysługujących im prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg. Dostęp do takich informacji zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala więźniom odgrywać aktywną rolę w zabezpieczaniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy. Szczególnie istotna jest tutaj sytuacja cudzoziemców, którzy najczęściej nie znają języka polskiego oraz prawa i procedur obowiązujących w Polsce.



Podczas wizytacji jednego zakładu karnego delegacja KMPT spotkała się z osadzonym, który nie był w stanie porozumiewać się w języku polskim. Osadzony komunikował się z członkami zespołu wizytującego z pomocą współwięźnia, który również był cudzoziemcem, ale znał język polski. Obaj zgodnie twierdzili, że przy komunikacji z funkcjonariuszami czy innymi osobami na terenie Zakładu konieczna jest obecność współosadzonego, ponieważ w innym wypadku nie byłby on w stanie porozumieć się z rozmówcą. Konieczność polegania na dobrej woli i chęci pomocy współosadzonego z pewnością może budzić u takiego cudzoziemca uzasadniony lęk, ponieważ nieustannie ma on po-

²²⁵ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, par. 79

²²⁶ Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (93) 12-part, § 51; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, par. 79.

czucie zależności od innej osoby. Ponadto mogą istnieć tematy, o których nie chciałby on mówić współwięźniowi, a jednocześnie jest to jedyna droga do przekazania informacji innej osobie.

Ponadto delegacja ustaliła, że jednostka ta dysponowała tłumaczem, ale nie zawsze był on używany. Z poddanej analizie dokumentacji wynikało natomiast, że w aktach osobowych cudzoziemców nie odnotowywało się języka, w jakim przebiegała rozmowa z cudzoziemcem, nie był również odnotowywany fakt użycia tłumacza, jeśli taka rozmowa miała odbywać się w języku polskim.

W związku z powyższym Krajowy Mechanizm zalecił, aby komunikować się bezpośrednio z osadzonymi przy pomocy tłumacza oraz odpowiednio odnotowywać w notatkach bądź protokołach, w jakim języku odbywają się rozmowy z cudzoziemcami niewładającymi językiem polskim w wystarczającym stopniu.



CPT

Prawa osób pozbawionych wolności nie mają większej wartości, jeśli osoby te nie są świadome ich istnienia. W związku z tym niezwykle ważne jest, aby osoby zatrzymane zostały bezzwłocznie i wyraźnie poinformowane o ich prawach w zrozumiałym dla nich języku²²⁷.



W jednostce przebywał cudzoziemiec, który nie znał języka polskiego, a jedynym językiem, przy pomocy którego potrafił się porozumiewać z personelem jednostki i innymi osadzonymi, był język angielski. Pomimo tego, iż wszystkie dokumenty związane z umieszczeniem w zakładzie karnym otrzymał w zrozumiałym dla siebie języku, jednocześnie zasygnalizował problem barier komunikacyjnych związanych z samym pobytom w jednostce. Podał przykładowo, że nie zgłaszał personelowi żadnych skarg czy prośb nie dlatego, że ich nie miał, lecz z powodu nieznamomości języka polskiego. Z funkcjonariuszami porozumiewał się natomiast na ogół na migi.

²²⁷ Dwunasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2002) 12, par. 44.

KMPT wskazuje, co należy robić w przypadku więźniów będących cudzoziemcami:



odnotowywać w dokumentacji więźnia informację o barierze językowej,



zaopatrzyć jednostkę w informatory dla cudzoziemców i za każdym razem wydawać je osadzonym, w odpowiednim dla nich języku,



informować więźnia o jego prawach i obowiązkach, w języku dla niego zrozumiałym oraz odnotowywać w dokumentacji: w jakim języku zostały wykonane obowiązki informacyjne i kto brał udział w czynnościach z udziałem więźnia (np. tłumacz),



dokonywać tłumaczenia wszelkich istotnych dla więźnia dokumentów (np. porządku wewnętrznego, oświadczeń, decyzji) na język dla niego zrozumiały, zwłaszcza gdy dokumenty te rodzą dla więźnia określone skutki i musi on poświadczyć pisemnie fakt zapoznania się z nimi,



korzystać z pomocy tłumacza, zwłaszcza w trakcie rozmowy wstępnej i świadczenia medycznego, gdzie więzień może zgłosić stosowanie wobec niego przemocy.



Wizytacja jednego z zakładów ujawniła problemy komunikacyjne dwóch skazanych niedosłyszących, którzy osadzeni byli na oddziale terapeutycznym. Porozumiewali się oni z innymi osobami (osadzonymi i personelem) jedynie za pomocą gestów i pojedynczych pisanych słów. Taką techniką nawiązali z nimi kontakt także wizytujący. Udało się w ten sposób uzyskać informacje tylko w bardzo podstawowym zakresie. Wśród personelu Zakładu nikt nie posługiwał się sprawnie językiem migowym. Wprawdzie jeden z funkcjonariuszy uczęszczał we własnym zakresie na kurs tego języka, ale jak sam twierdził, jego wiedza nie była dostateczna, by zrozumieć wszystkie przekazywane przez skazanych komunikaty.

W ocenie KMPT taka sytuacja powoduje izolację osadzonych niedosłyszących, stanowiącą nieuzasadnioną, dodatkową dolegliwość obok faktu pozbawienia wolności. Nie mogą oni porozumieć się z innymi osobami, nie mogą także właściwie wyrazić swoich potrzeb. Obowiązujące przepisy zapewniają im pomoc tłumacza w postępowaniu sądowym w toku wykonywania kary pozbawienia

wolności²²⁸, ale konieczne jest zapewnienie możliwości tym osobom kontaktu ze światem zewnętrznym także w codziennym funkcjonowaniu w zakładzie karnym. Jest to szczególnie nieodzowne w przypadku skazanych z długimi wyrokami.



Państwa Strony zobowiązują się zapewnić osobom niepełnosprawnym, które zostaną pozbawione wolności w wyniku jakiegokolwiek postępowania, prawo, na zasadzie równości z innymi osobami, do gwarancji zgodnych z międzynarodowym prawem praw człowieka i traktowanie zgodne z celami i zasadami niniejszej konwencji, włączając w to zapewnienie racjonalnych usprawnień²²⁹.



Aby wesprzeć gwarancje skutecznego dostępu osób niepełnosprawnych do wymiaru sprawiedliwości, na zasadzie równości z innymi osobami, Państwa Strony będą popierać odpowiednie szkolenia osób pracujących w wymiarze sprawiedliwości, w tym w Policji i więziennictwie²³⁰.

Nie w każdej jednostce penitencjarnej więźniowie mieli dostęp do wszystkich stron internetowych Biuletynu Informacji Publicznej umieszczonych w wykazie Centralnego Zarządu Służby Więziennej. Krajowy Mechanizm zalecił w tych jednostkach zapewnienie osadzonym dostępu do wszystkich stron internetowych umieszczonych w wykazie opracowanym przez Centralny Zarząd Służby Więziennej.

Warunki bytowe

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur bardzo pozytywnie ocenił starania ukierunkowane na podniesienie standardu odbywania kary pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania. Większość wizytowanych jednostek penitencjarnych poczyniła kroki w kierunku poprawy standardów życia, objawiające się prowadzonymi sukcesywnie pracami remontowo-budowlanymi. Były jednak pewne obszary, które zdaniem KMPT wymagały poprawy.

Czy stosowanie blend jest zawsze uzasadnione?

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca uwagę na zewnętrzne przesłony zaokienne stosowane w jednostkach penitencjarnych ze względów bezpieczeństwa – przeciwdziałanie nielegalnym kontaktom pomiędzy więźniami oraz światem zewnętrznym (tzw. blendy). Osadzeni zakwaterowani w celach wyposażonych w blendy skarżyli się na brak przepływu świeżego powietrza do cel (w szczególności tych przeznaczonych dla osób palących) oraz na konieczność przebywania w półmroku lub posiłkowania się ostrym, sztucznym oświetleniem, co niektórym z nich przeszkadzało w odpoczynku.

²²⁸ Art. 8 § 2 pkt 1 k.k.w.

²²⁹ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych z dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169), art. 14 ust. 2.

²³⁰ Tamże, art. 13 ust. 2.

CPT

Komitet wskazał, że takie urządzenia są w większości przypadków niepotrzebne, uniemożliwiają osadzonym wyglądanie na zewnątrz i ograniczają dostęp naturalnego światła i świeżego powietrza. Zalecił, by je usunięto i jeżeli rzeczywiście to konieczne, aby zastąpiono je innymi rozwiązaniami umożliwiającymi dostęp naturalnego światła i świeżego powietrza do cel w odpowiedniej ilości²³¹.



Konieczne jest dokonanie przeglądu zasadności stosowania blend w jednostkach penitencjarnych i pozostawienie ich tylko w tych miejscach, gdzie są one konieczne ze względów bezpieczeństwa. Niezbędna jest również wymiana blend na takie, które nie będą hamować cyrkulacji powietrza w celach mieszkalnych.

Stan placów spacerowych

Pola spacerowe nie posiadały zadaszenia chroniącego więźniów przed złymi warunkami atmosferycznymi w czasie spaceru bądź też były one zbyt małe na schronienie się pod nimi wszystkich więźniów korzystających ze świeżego powietrza w czasie deszczu. Ponadto w jednym zakładzie karnym pola spacerowe były niewielkich rozmiarów, w bardzo złym stanie materialnym (popękana, pełna dziur, wąska nawierzchnia utrudniała poruszanie się osobom na wózkach inwalidzkich i o kulach).



Członkowie delegacji usłyszeli w rozmowach, że z uwagi na zły stan placów spacerowych część osadzonych rezygnuje ze spacerów, zwłaszcza osoby z niepełnosprawnościami, którym stan nawierzchni utrudnia poruszanie się.

Kwestia placów spacerowych poruszona została w publikacji Biura Usług Projektowych Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczącej standardów technicznych więzień. Wytyczne, jakie tam zostały zawarte, dotyczą wszelkich miejsc znajdujących się na zewnątrz, które powinny zostać tak zaprojektowane, aby były stymulujące dla więźniów oraz przestrzenne. Wpływa to bowiem na długoterminowy dobrostan osoby pozbawionej wolności. Ponadto minimalna powierzchnia dla każdego więźnia w takiej przestrzeni spacerowej powinna wynosić co najmniej 4 m²²³².

²³¹ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, par. 69.

²³² Technical guidance for prison planning. Technical and operational considerations based on the Nelson Mandela Rules, 2016, s. 99.

Nieuzasadnione naruszanie poczucia intymności więźniów

Delegacja KMPT napotkała ponownie rozwiązania naruszające poczucie intymności więźniów, takie jak: nieosłonięty kącik sanitarny w jednoosobowej celi izolacyjnej czy brak przesłon pomiędzy stanowiskami prysznicowymi w łazni.

Cele wieloosobowe to wciąż problem

W jednym z zakładów w każdym z pawilonów znajdowały się trzynastoosobowe cele mieszkalne. Dyrektor jednostki poinformował wizytujących, iż prowadzone prace remontowe zmierzają ku usunięciu zaobserwowanych nieprawidłowości²³³.

Respektowanie praw osób z niepełnosprawnościami



W 2019 r. KMPT opublikował raport tematyczny zawierający ocenę dostosowań jednostek penitencjarnych do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną²³⁴. Raport zawiera wyniki wizytacji tematycznych KMPT, rekomendacje, przegląd krajowych i międzynarodowych standardów dotyczących ochrony osób z niepełnosprawnościami oraz wytycznych stworzonych przez środowisko osób z niepełnosprawnością dotyczących dostępności jednostek penitencjarnych dla osadzonych oraz osób ich odwiedzających²³⁵.

W jednej z wizytowanych jednostek przebywał więzień, który poruszał się na wózku. Musiał on korzystać z pomocy innych osadzonych, udając się na spacer oraz do ambulatorium. Powodem tego był brak odpowiednich zjazdów między kondygnacjami jednostki w oddziale mieszkalnym. Co istotne, jednostka ta była umieszczona w wykazie określającym przeznaczenie zakładów karnych i aresztów śledczych jako jednostka przeznaczona dla tymczasowo aresztowanych i skazanych poruszających się na wózkach inwalidzkich²³⁶.

W innej jednostce, w jednej z cel przeznaczonych dla więźniów poruszających się na wózkach, wolna powierzchnia (pomiędzy sprzętem kwaterunkowym) nie zapewniała możliwości swobodnego przemieszczania się po niej osobie na wózku. Ponadto jeden osadzony, który z uwagi na problemy z kręgosłupem poruszał się na wózku, zakwaterowany był w celi nieprzystosowanej do jego potrzeb. W trakcie rozmowy podsumowującej wizytację, dyrektor jednostki poinformował przedstawicieli

²³³ W wystąpieniu do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 22 listopada 2018 r. (IX.517.599.2017.PM) Rzecznik Praw Obywatelskich stanął na stanowisku, że ze względu na panujące warunki, umieszczanie osadzonych w celach większych niż dziesięcioosobowe stanowić może przejaw niehumanitarnego traktowania. Dyrektor Generalny SW pogląd ten podzielił i nakazał zmniejszenie pojemności cel do maksymalnie 10 osadzonych.


²³⁴ Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną. Raport z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.

²³⁵ Raport dostępny jest na stronie: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnoscia-fizyczna-i-sensoryczna-raport-z-dzialalnosci>.

²³⁶ <https://sw.gov.pl/strona/statystyka-przeznaczenie-zk-i-as>.

KMPT o złożeniu wniosku o przetransportowanie więźnia do innej jednostki, w której mógłby korzystać z celi przeznaczonej dla osadzonych poruszających się na wózku.

W jednym zakładzie infrastruktura jednostki również nie pozwalała więźniom nie w pełni sprawnym fizycznie na samodzielne funkcjonowanie w warunkach izolacji:

 *Na oddziale terapeutycznym przebywał więzień poruszający się na wózku inwalidzkim, którego cela posiadała przestrzeń, umożliwiającą poruszanie się wózkiem po jej terenie i pewne ułatwienia w kąciek sanitarnym (w postaci poręczy i krzeselka). Była jednak zlokalizowana na górnej kondygnacji budynku. W przypadku konieczności skorzystania z wizyty lekarza specjalisty na innym oddziale lub chęci skorzystania ze spaceru, więzień musiał być znoszony przez innych osadzonych, po schodach, na niższą kondygnację. Więzień rezygnował więc ze spacerów, bo taka sytuacja była dla niego upokarzająca. Z kolei budynek szpitalny posiadał wprawdzie windę, ale nie była ona przeznaczona do użytku przez osadzonych i aby wejść na teren oddziałów mieszkalnych, musieli oni pokonać schody.*



Takie sytuacje, związane z brakiem samodzielności osób z niepełnosprawnościami w trakcie izolacji, stwarzają ryzyko poniżającego ich traktowania i powinny zostać wyeliminowane²³⁷.



Przedstawiciele KMPT zalecają organizację kursów opiekunów osób z niepełnosprawnościami. Szkolenia dla skazanych pomogłyby zdobyć wiedzę dotyczącą postępowania z osobami z niepełnosprawnościami i nadto mogą się im przydać w przyszłości, do zdobycia pracy np. asystenta osoby z niepełnosprawnością czy pracownika domu pomocy społecznej lub zakładu opiekuńczo-leczniczego. Jest to zatem bardzo ważny element resocjalizacji. W celu zmobilizowania współosadzonych do pomocy warto rozważyć także praktykę nagradzania skazanych za pomoc osobom z niepełnosprawnością. Należy mieć bowiem na uwadze, że w warunkach detencji przenoszenie odpowiedzialności za pomoc osadzonemu z niepełnosprawnością na współosadzonych może nieść ze sobą ryzyko nadużyć lub braku zapewnienia wszystkich potrzeb. Dlatego też należy przywiązywać szczególną uwagę do zapewnienia odpowiedniego składu osobowego w celi, aby przeciwdziałać niewłaściwemu traktowaniu osadzonych z niepełnosprawnością przez współosadzonych.

²³⁷ Wyrok Vincent p. Francji z dnia 26 października 2006 r., skarga nr 6253/03.

Podnoszenie kwalifikacji personelu



Odpowiednio dobrany i wyszkolony personel jest w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki, bez uciekania się do przemocy. Stanowi też skuteczną gwarancję chroniącą więźniów przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem. Dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu oraz możliwości codziennego kontaktu z osadzonymi, ma możliwość bieżącego monitorowania ich zachowania i wyłapywania niepokojących sygnałów, świadczących o złym traktowaniu. Może także podjąć skuteczne środki zaradcze, w przypadku stwierdzenia niepokojących zdarzeń (np. poprzez podjęcie interwencji, udzielenie pomocy czy zgłoszenie przełożonym swoich obaw i podejrzeń).



KMPT zachęca nieustannie władze jednostek penitencjarnych do aktywnej działalności edukacyjnej i budowania kultury sprzeciwu wobec przemocy, która powinna być postrzegana jako niedopuszczalny brak profesjonalizmu, rzutujący na wizerunek całej Służby Więziennej. Warto też włożyć wysiłek w zachęcanie funkcjonariuszy i pracowników SW do zgłaszania wszelkich nieprawidłowości w zachowaniu personelu i współwięźniów.

Kwalifikacje kadry wizytowanych przez KMPT jednostek zostały ocenione w większości pozytywnie. W kilku jednostkach KMPT rekomendował poszerzenie programów szkoleniowych o zagadnienia związane z: międzynarodowymi standardami dotyczącymi ochrony praw człowieka i prewencji tortur, komunikacją interpersonalną, postępowaniem z osobami wymagającymi szczególnej pomocy i nadzoru oraz grupami wrażliwymi (np. osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, osobami z zaburzeniami psychicznymi, somatycznie chorymi), zakazem dyskryminacji (np. ze względu na niepełnosprawność, wiek, orientację seksualną, pochodzenie) oraz zarządzaniem przestępcami agresywnymi, z należyтым uwzględnieniem działań zapobiegawczych i technik rozładowania napięcia, takich jak negocjacje i mediacja.



SPT

Szkolenie funkcjonariuszy jest mechanizmem zapobiegania torturom. Powinno ono obejmować funkcjonariuszy na wszystkich poziomach, mieć charakter prewencyjny, przekrojowy oraz zawierać zasady i standardy w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowane na zapobieganie torturom i innemu okrutnemu, nieludzkemu lub poniżającemu traktowaniu²³⁸.

²³⁸ Raport SPT z wizyty w Meksyku, CAT/OP/MEX/1, par. 95.



CPT

Dobrze wyszkolony funkcjonariusz jest najlepszą gwarancją przeciwko złemu traktowaniu osób pozbawionych wolności. Funkcjonariusze mający określone umiejętności są w stanie efektywnie wykonywać swoje obowiązki bez dopuszczania się przemocy. Będą także liczyć się z obecnością podstawowych gwarancji przysługujących więźniom²³⁹.

Personel penitencjarny musi zachować czujność na sygnały budzące niepokój, a także być gotowy i właściwie wyszkolony, aby w razie konieczności interweniować. W tym kontekście decydującym czynnikiem jest obecność pozytywnych relacji pomiędzy personelem a osadzonymi, w oparciu o zapewnienie osadzonym bezpieczeństwa i opieki, co w dużym stopniu zależy od posiadania przez personel właściwych umiejętności komunikacji międzyludzkiej²⁴⁰.

Ponadto Krajowy Mechanizm zalecał także zapoznanie personelu jednostek mających bezpośredni kontakt z osadzonymi z treścią Protokołu Stambulskiego.



Promowanie wiedzy z zakresu Protokołu Stambulskiego i jego praktycznego wykorzystania wśród kadry medycznej jednostek penitencjarnych powinien stanowić priorytet. Sytuacja w zakresie dokumentowania przypadków przemocy wydaje się niezadowalająca, wiedza personelu zaś na temat powyższego dokumentu znikoma.

OPIEKA MEDYCZNA NA ODDZIALE PSYCHIATRII SĄDOWEJ

W trakcie wizytacji Zakładu Karnego nr 2 w Łodzi, oceny funkcjonowania Oddziału Psychiatrii Sądowej dokonała ekspertka KMPT. Zwróciła ona uwagę na możliwość dokonania ulepszeń w następujących obszarach:

Obsada personelu lekarskiego

Pacjenci tego Oddziału rozlokowani byli na dwóch piętrach, gdzie na każdym przebywało około 35 pacjentów, a opiekę świadczyło łącznie 4 lekarzy specjalistów psychiatrów (jest to ilość minimalna przewidziana wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia²⁴¹). Z uwagi na specyfikę pracy lekarza w jednostce penitencjarnej oraz dużą liczbę obowiązków poza oddziałem, np. w przypadku brania udziału w posiedzeniach sądu, liczba lekarzy wydawała się zbyt mała. Taka sytuacja może mieć w przyszłości bezpośredni wpływ na poziom sprawowanej opieki medycznej.

²³⁹ Drugi Raport Generalny CPT, CPT/Inf (92) 3, par. 59-60.

²⁴⁰ Jedenasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2001) 16, par. 27.

²⁴¹ Według wymogów NFZ powinno przypadać ¼ etatu lekarza specjalisty na każde rozpoczęte 10 łóżek plus ¼ etatu lekarza specjalisty lub w trakcie specjalizacji na każde rozpoczęte 10 łóżek. Reasumując, na 35 pacjentów na oddziale minimalna ilość zatrudnionych lekarzy to 2. Zob. Załącznik nr 3 Zarządzenia Nr 57/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Zarządzenie dostępne na stronie: <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-572007dsoz,2830.html>.

Obsada personelu pielęgniarskiego

Opiekę nad 35 pacjentami świadczyła 1 pielęgniarka wspierana do godz. 15:00 przez pielęgniarkę oddziałową. W godzinach nocnych – jedna pielęgniarka. W trybie, w jakim funkcjonował oddział, gdzie pacjenci przebywali w zamkniętych salach, a na wszelkie zajęcia i czynności byli doprowadzani przez funkcjonariuszy Służby Więziennej, obsada była wystarczająca.

Ekspertka zasygnalizowała jednak, że gdyby placówka funkcjonowała w mniej restrykcyjnej formie, liczba personelu byłaby niewystarczająca. Ponadto od stycznia 2020 r. obowiązują regulacje prawne dotyczące norm zatrudnienia personelu pielęgniarskiego²⁴². Przewidują one zatrudnienie 0,6 etatu pielęgniarskiego na jedno łóżko. Czyli na oddziale 25-osobowym zatrudnienie powinno wynosić 21 etatów pielęgniarskich plus oddziałowa.



CPT

Opieka zdrowotna w zakładzie karnym powinna obejmować opiekę lekarską i pielęgniarską, jak również właściwą dietę, fizjoterapię, rehabilitację lub wszelkie inne niezbędne zabiegi, przeprowadzane w warunkach porównywalnych z tymi, z jakich korzystają pacjenci na wolności. Implikuje to zapewnienie personelu medycznego, pielęgniarskiego i technicznego, jak również pomieszczeń, instalacji i sprzętu²⁴³.

Kierowanie oddziałem

Dwupiętrowym oddziałem zarządzał jeden ordynator. W ocenie ekspertki KMPT nie jest to dobrym rozwiązaniem. O ile oddział 70-łóżkowy mógłby być zarządzany przez jedną osobę, gdyby mieścił się na jednej kondygnacji, o tyle w przypadku dwóch kondygnacji może to być trudniejsze, zwłaszcza że przemieszczenie się pomiędzy nimi zajmuje trochę czasu.

Dokumentacja i procedury

Liczba personelu dostępna do stosowania przymusu bezpośredniego była zbyt mała. W sytuacji konieczności jego zastosowania, pomocy w tym zakresie udzielali funkcjonariusze Służby Więziennej. Tak samo niewystarczająca była liczba personelu lekarskiego, który w razie przymusu trwającego powyżej 16 godzin powinien go zatwierdzić. Według ustawy o ochronie zdrowia psychicznego po tym czasie przymus musi zostać zatwierdzony przez drugiego lekarza psychiatrę²⁴⁴. Tymczasem w godzi-

²⁴² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 2012); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2019 r., poz. 1196).

²⁴³ Trzeci Raport Generalny, CPT/Inf (93) 12, par. 38.

²⁴⁴ Art. 18 i 18a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 1878 ze zm.).

nach popołudniowych, świątecznych i nocnych takowego nie było na oddziałach, gdyż dyżur pełnił wówczas jeden lekarz specjalista psychiatra.

W ocenie ekspertki KMPT konieczne jest również prowadzenie centralnej statystyki dotyczącej stosowania przymusu bezpośredniego na oddziale oraz ujednoczenie sposobów prowadzenia dokumentacji medycznej (informacje zawarte w formie papierowej i elektronicznej nie zawsze były spójne).

Brak indywidualnych planów leczenia pacjentów

W oddziale nie prowadziło się indywidualnych planów leczenia pacjentów, w związku z czym nie można było określić, na jakiej podstawie dobierana była skuteczna forma pomocy i jak diagnozowano problemy.



CPT

W odniesieniu do więziennych oddziałów psychiatrycznych CPT zaleca, by kwestie indywidualnych planów leczenia traktować priorytetowo. Należy opracować kompleksowe indywidualne plany leczenia, oferujące szereg opcji leczenia zgodnie z podejściem wielodyscyplinarnym. Indywidualne plany leczenia powinny obejmować: diagnozę, cele leczenia, zastosowane środki terapeutyczne i odpowiedzialnych pracowników. Pacjenci powinni uczestniczyć w opracowywaniu i rewizji swoich indywidualnych planów leczenia oraz być informowani o ich postępach. Plany powinny być też regularnie aktualizowane dla każdego pacjenta²⁴⁵.

Oddziaływania psychoterapeutyczne

Zajęcia terapeutyczne w oddziale były bardzo skromne. Ekspertka w dokumentacji medycznej nie odnalazła indywidualnych planów terapii, nie mogła przez to ocenić, jak placówka wykonywała swoje zadania w tym zakresie i czy je w ogóle wykonywała. Specjalistka KMPT podkreśliła, iż wszyscy pacjenci, niezależnie od swojego statusu prawnego, powinni mieć dostęp do farmakoterapii oraz oferty terapeutycznej, na porównywalnym poziomie co pacjenci wolnościowi. Koniecznym jest także, by oferta była zindywidualizowana, a przede wszystkim, by pacjenci otrzymywali pomoc dostosowaną do ich potrzeb



CPT

Zapewnienie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, jak również dostępność odpowiednich pomieszczeń w zakładzie karnym powinno umożliwiać przeprowadzanie regularnych programów terapii farmakologicznej, psychoterapeutycznej i zajęciowej²⁴⁶.

²⁴⁵ Raport CPT z wizyty w Grecji, CPT/Inf (2019) 4, par. 68; Raport CPT z wizyty w Bułgarii, CPT/Inf (2012) 9, par. 133; Raport CPT z wizyty w Belgii, CPT/Inf (2018) 8, par. 163.

²⁴⁶ Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (93) 12, par. 41.

Profilaktyka suicydalna

Procedury dotyczące profilaktyki suicydalnej stosowane były według zasad określonych przez Centralny Zarząd Służby Więziennej. Problem autoagresji był traktowany poważnie i wdrażano działania zapobiegawcze. Mimo tego, jej poziom rósł, zwłaszcza na Oddziale Psychiatrii Sądowej. W ocenie ekspertki brak skuteczności działań zapobiegawczych mógł wiązać się z teoretycznym modelem oddziaływań oraz izolującym charakterem instytucji, w której przebywał pacjent. Najlepszym sposobem uniknięcia takiego uszczerbku na zdrowiu i samopoczuciu jest nieizolowanie więźniów. Natomiast tam, gdzie jest to konieczne, należy to robić tylko w ostateczności i jak najkrócej.



Decyzja o umieszczeniu więźnia w izolacji musi zawsze być podejmowana przez kompetentną osobę, w sposób przejrzysty i zgodny z odpowiednimi wymogami procesowymi oraz podlegać regularnej, niezależnej i merytorycznej kontroli. Więzień musi być trzymany w przyzwoitych warunkach i mieć regularny dostęp do świeżego powietrza i ćwiczeń. Więźniom należy zapewnić programy edukacyjne, rekreacyjne i zawodowe, najlepiej w kontaktach z innymi, a więźniom należy pozwolić na przechowywanie w swoich celach książek, czasopism, hobby i materiałów rzemieślniczych. Należy zapewnić im regularny, znaczący ludzki kontakt, najlepiej także z osobami spoza więzienia, ale trzeba również zachęcać personel więzienny do nieformalnej komunikacji z więźniami, którzy są pozbawieni izolacji. Wreszcie odizolowanym więźniom należy pozwolić i zachęcać do utrzymywania kontaktu z przyjaciółmi i rodziną poprzez otwarte wizyty (kontaktowe), listy i rozmowy telefoniczne. Co najważniejsze, więźniowie muszą być zawsze traktowani z poszanowaniem ich wewnętrznej godności jako istot ludzkich²⁴⁷.

Zebrania kliniczne i wsparcie personelu

Personel oddziału nie miał wsparcia w postaci superwizji. Brak było również zebrań klinicznych, na których byłyby prowadzone dyskusje i podejmowane decyzje dotyczące pacjentów.

W ocenie ekspertki KMPT zebrania kliniczne na oddziałach psychiatrycznych są koniecznością i powinny obejmować cały personel medyczny, w tym również pielęgniarki, oddziałowego i wychowawcę (jeśli mają kontakt z pacjentami, tak jak w tym przypadku).

Takie spotkania mogłyby przyczynić się również do polepszania relacji pomiędzy personelem, co w rezultacie może mieć bezpośrednie przełożenie na jakość ich pracy i poziom opieki sprawowanej nad pacjentami.

²⁴⁷ S. Shalev, Solitary confinement as a prison health issue (2014) [in:] WHO Guide to Prisons and Health, S. Enggist, L. Moller, G. Galea and C. Udesen (Eds). Copenhagen: World Health Organization.

» CPT

Sprawne funkcjonowanie opieki zdrowotnej wymaga, aby lekarze i pielęgniarki mieli okazję do regularnych spotkań i współtworzenia zespołu pod kierownictwem doświadczonego lekarza stojącego na czele służby medycznej w danej placówce²⁴⁸.

Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym

W dniach 8–11 kwietnia 2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie (dalej: KOZZD)²⁴⁹. Placówka powstała na mocy ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie wobec życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób²⁵⁰. To jedyny tego typu ośrodek w kraju. Ustawa określa, że jest to podmiot leczniczy, którego zadaniem jest prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku. KOZZD jest jednostką budżetową podległą Ministrowi Zdrowia. Do placówki trafiają osoby umieszczone na podstawie postanowienia sądu.

PROBLEMY SYSTEMOWE

Zasady kierowania pacjentów do KOZZD

Ośrodek nie jest szpitalem psychiatrycznym, w związku z czym nie powinny tam przebywać osoby chorujące psychicznie, a jedynie te, które mają być poddawane terapii ze względu na zaburzenie osobowości, zaburzenie preferencji seksualnych bądź upośledzenie umysłowe.

Tymczasem analiza jednego z przypadków wykazała, że do Ośrodka trafiła osoba, u której jeszcze w przywieziennym szpitalu psychiatrycznym zdiagnozowano chorobę psychiczną. Mimo to sąd zdecydował o jej umieszczeniu w KOZZD. Dyrektor Ośrodka wielokrotnie wnioskował do Sądu Okręgowego w Płocku o zwolnienie tej osoby ze względu na fakt, że jest to osoba chorująca psychicznie, a Ośrodek w Gostyninie nie udziela świadczeń z zakresu leczenia psychiatrycznego. Pomimo tego kolejne opinie biegłych, powoływanych przez Sąd Okręgowy w Płocku, były rozbieżne ze stanowiskiem personelu KOZZD, który na co dzień pracuje z pacjentem. Zaniepokojenie stanem tej osoby wyraziła także delegacja CPT, która w 2017 r. wizytowała Ośrodek w Gostyninie:

» CPT

Delegacja wyraża zaniepokojenie sytuacją jedynej kobiety – pacjentki Ośrodka Krajowego. Personel uważa, że nie powinna być zostać przyjęta do Ośrodka: choć formalnie nie zdiagnozowano u niej psychozy, personel medyczny uważa, że jest praw-

²⁴⁸ Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (93) 12, par. 40.

²⁴⁹ KMP.574.1.2019.

²⁵⁰ Tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 2203.

dopodobne, że cierpi na schizofrenię paranoidalną i przyjmuje dobrowolnie leki przeciwpsychotyczne²⁵¹.

Poza problemem dotyczącym kierowania do KOZZD osób chorujących psychicznie, w opinii KMPT należy zwrócić uwagę także na dwa inne problemy wynikające z samej ustawy. Przede wszystkim biorąc pod uwagę, że z założenia Ośrodek ma pełnić funkcję terapeutyczną, należy pamiętać, że taka praca polega na opieraniu się o zasoby pacjenta, w tym poznawcze i intelektualne. Zatem należałoby się w ogóle zastanowić, czy kierowanie do KOZZD osób z niepełnosprawnością intelektualną lub ze znacznie obniżonymi funkcjami poznawczymi jest celowe? Ze względu na ograniczone niepełnosprawnością możliwości wglądu w swoje działania, osoba taka nie skorzysta bowiem w żadnym zakresie z proponowanej terapii, a jej pobyt będzie pełnił funkcję wyłącznie izolacyjną.

Drugą istotną kwestią byłoby wprowadzenie na poziomie centralnym możliwości weryfikowania zasadności kierowania osób do KOZZD. Niestety, pomimo wielokrotnych apeli RPO²⁵², w Polsce nadal nie wprowadzono kompleksowej ustawy o biegłych sądowych. Zdarzają się więc przypadki, że opinie biegłych są niskiej jakości. Niewątpliwie w przypadku opinii, które mogą mieć wpływ na wieloletnią izolację, niezbędne jest zapewnienie najwyższych standardów w tym zakresie. Zdaniem KMPT dobrym rozwiązaniem byłoby, aby w przypadku osób kierowanych do KOZZD powołana została specjalna komisja ekspercka, której członkowie specjalizowaliby się w ocenie prawdopodobieństwa popełnienia czynów z użyciem przemocy. Konieczna jest merytoryczna ocena opinii biegłych i wykonywanie Ustrukturyzowanej Profesjonalnej Oceny Ryzyka Przemocy, narzędziami HCR20 v3 i SAPROF, według standardów opartych o tę metodę. Co ważne, tego typu analiza powinna być dokonywana przez osoby nie tylko przeszkolone w jej zakresie, ale i posiadające duże doświadczenie w dokonywaniu takich ocen. Analiza ta bowiem pozwala nie tylko na określenie prawdziwego poziomu prawdopodobieństwa powrotu do przestępstwa, ale i na określenie strategii, które mogą zostać zastosowane, by to ryzyko zminimalizować, niekoniecznie poprzez umieszczenie w KOZZD.

Określanie praw i obowiązków pacjentów wbrew konstytucyjnym zasadom

Zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. Tymczasem w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. prawa pacjentów zostały jedynie fragmentarycznie wskazane. Kluczowym dokumentem określającym zasady funkcjonowania placówki, w tym prawa i obowiązki pacjentów, stał się „Wewnętrzny regulamin organizacyjno-porządkowy pobytu pacjenta w KOZZD”, który został wydany na podstawie art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.

²⁵¹ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, par. 122.

²⁵² Wystąpienie RPO do Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2018 r., VII.510.20.2015.

o działalności leczniczej²⁵³. Zgodnie z tym przepisem sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. Trzeba podkreślić, że sama ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. nie zawiera normy upoważniającej Dyrektora Ośrodka do wydania regulaminu wewnętrznego. To ewidentna luka prawna.

Należy zatem przyjąć, że w aktualnym stanie prawnym kierownik Ośrodka posiada kompetencję wyłącznie do określenia sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, a więc terapii, której poddawani są pacjenci Ośrodka. Wskazany wyżej przepis nie przyznaje natomiast kierownikowi KOZZD kompetencji do określania m.in. sankcji dyscyplinujących pacjentów, sposobu ich kontrolowania czy zasad uczestnictwa w praktykach religijnych, a właśnie takie kwestie zostały w tym regulaminie określone.

Jest to szczególnie rażące naruszenie, ponieważ ustawodawca jasno określił w ustawie zasadniczej źródła prawa powszechnie obowiązującego, którymi są: Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia, akty prawa miejscowego, a także rozporządzenia z mocą ustawy wydawane przez prezydenta w czasie stanu wojennego. Jednoznaczne stanowisko w tej kwestii zajęł także Trybunał Konstytucyjny, wskazując, że sytuacja prawna obywatela (...) może być regulowana tylko w drodze aktów prawa powszechnie obowiązującego²⁵⁴. Nie może być więc wątpliwości, że szczegółowe uregulowanie praw i obowiązków pacjentów KOZZD w regulaminie Ośrodka narusza art. 7 Konstytucji, wskazujący, że organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa.

W tym kontekście należy zaznaczyć, że na zlecenie RPO wybitny konstytucjonalista dr hab. Ryszard Piotrowski z Uniwersytetu Warszawskiego w dniu 14 marca 2019 r. przedstawił opinię o zgodności z Konstytucją RP Wewnętrznego regulaminu organizacyjno porządkowego pobytu pacjenta w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym w Gostyninie, w której jednoznacznie wskazał, że regulamin ze względu na brak konstytucyjnie wymaganej podstawy do jego ustanowienia, jest w całości niezgodny z art. 7 Konstytucji RP.

Ogromnym problemem są także częste zmiany samego regulaminu i tworzenie kolejnych aneksów za każdym razem inaczej regulujących dane zagadnienie i wprowadzających nowe zasady funkcjonowania Ośrodka. W czasie wizytacji obowiązywał regulamin z dnia 4 stycznia 2019 r., jednakże był on już dwukrotnie aneksowany 8 kwietnia 2019 r., przy czym zmiany wprowadzano w odstępach tygodnia. Świadczy to niewątpliwie o braku spójności koncepcji funkcjonowania Ośrodka z przepisami ustawy oraz rozporządzeń wykonawczych odnoszących się do KOZZD. Pacjenci i pracownicy Ośrodka powinni mieć jasność, jakie prawa przysługują osobom umieszczonym w KOZZD, jakie środki dyscyplinujące mogą być zastosowane w przypadku naruszenia zasad porządku i bezpieczeństwa. Tymczasem ciągłe zmiany przepisów i niepewność przekładają się na niekorzystne relacje pomiędzy pacjentami i pracownikami KOZZD, co zakłóca także proces terapeutyczny. Co więcej, w opinii pacjentów regulamin jest zmieniany bez ich udziału, często z niezrozumiałych dla nich przyczyn, czasami

²⁵³ Tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 295.

²⁵⁴ Wyrok TK z dnia 9 listopada 1999 r., sygn. K. 28/98.

z dnia na dzień. Takie rozwiązanie odbierane jest przez pacjentów jako przejaw szykanowania i stosowanie odpowiedzialności zbiorowej za wykroczenia niektórych osób. Stwarza to kolejne bariery terapeutyczne, może budzić w pacjentach opór i postawy negatywistyczne, konfrontacyjne utrudniające prowadzenie skutecznej terapii.

Poza tym w przywoływanej już opinii dr. hab. Ryszarda Piotrowskiego, wskazuje on, iż częste zmiany regulaminu oraz posługiwanie się przez stanowiącego regulamin aneksami, podważają jego normatywność i świadczą o braku spójności koncepcji funkcjonowania Ośrodka z przepisami ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób oraz rozporządzenia w sprawie szczegółowych warunków i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym.



W opinii KMPT konieczna jest nowelizacja obecnie funkcjonującej ustawy w zakresie dotyczącym szczegółowego określenia praw i obowiązków pacjentów KOZZD. Kwestie te nie mogą być określone w regulaminie wewnętrznym Ośrodka, który podlega nieustannym zmianom.

Legalność pobytu

Wątpliwości KMPT co do legalności pobytu budzi przebywanie w KOZZD osoby chorującej psychicznie, co zostało już zaznaczone w punkcie dotyczącym kierowania do placówki.

Ponadto w czasie wizytacji 5 pacjentów znajdowało się w Ośrodku w ramach tzw. tymczasowego zabezpieczenia sądu na podstawie przepisów Kodeksu postępowania cywilnego. Rozwiązanie to wynika z art. 2 pkt 3 ustawy z 22 listopada 2013 r. W tych sprawach nie zapadły jeszcze prawomocne orzeczenia sądowe uznające wskazanych pacjentów za osoby stwarzające zagrożenie, osoby te zakończyły już jednak odbywanie kar pozbawienia wolności. Należy pamiętać, że w takiej sytuacji ustawa pozwala także na orzeczenie środka alternatywnego do pozbawienia wolności, jak np. zastosowanie nadzoru prewencyjnego (bez umieszczania w Ośrodku). O tym, który środek wybrać, decyduje sąd cywilny.

W tym kontekście warto jednak zwrócić uwagę, że dnia 30 stycznia 2019 r. Sąd Najwyższy wydał uchwałę, w której jasno wskazał, że o ile w postępowaniu toczącym się na podstawie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu zabezpieczającym, to niedopuszczalne jest jednak udzielenie zabezpieczenia przez umieszczenie osoby, której postępowanie dotyczy, w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym²⁵⁵. Podobnie twierdził Rzecznik Praw Obywatelskich, który przystąpił do tego postę-

²⁵⁵ Uchwała SN z dnia 30 stycznia 2019 r., sygn. akt III CZP 75/18. Sąd Najwyższy zaznaczył również, że nie powinno być wątpliwości, że nakazy i zakazy w ramach postępowania zabezpieczającego nie mogą ingerować w wolność osobistą, gwarantowaną w Konstytucji. W opinii SN odesłaniu zawartemu w art. 2 ust. 3 ustawy nie można przypisywać upoważnienia do pozbawiania wolności osobistej na czas w zasadzie nieokreślony oraz bez jasno określonych przesłanek podmiotowych i przedmiotowych. SN podkreślił także, że w samej ustawie nie można

powania²⁵⁶. RPO wskazał, że art. 2 ust. 3 ustawy może być podstawą stosowania przepisów Kodeksu postępowania cywilnego o zabezpieczeniu, pod warunkiem że nie prowadzi do pozbawienia lub ograniczenia wolności osobistej uczestnika.

W tym kontekście nie można zapominać także o roli dyrektorów zakładów karnych składających wnioski do sądu na podstawie art. 9 ustawy. Powinni oni działać z takim wyprzedzeniem, aby prawomocne orzeczenie sądu zapadło przed ukończeniem wykonywania kary i zwolnieniem z zakładu karnej osoby, której postępowanie dotyczy. Postulat sprawności postępowania dotyczy także – w zakresie ich działania – sądów rozpoznających wnioski dyrektora zakładu karnego oraz wnoszonych w sprawie środków odwoławczych.

W sprawie konieczności nowelizacji obecnie obowiązujących w tym zakresie przepisów Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się dnia 27 lutego 2019 r. do Prezesa Rady Ministrów²⁵⁷.

OBSZARY WYMAGAJĄCE POPRAWY

Warunki bytowe

Pomimo ustalenia maksymalnej liczby pacjentów w KOZZD na 60, w czasie wizytacji przebywało tam 65 osób²⁵⁸. Panujące przeludnienie znacznie utrudniało pacjentom codzienne funkcjonowanie.



CPT

Pacjenci w Ośrodku Krajowym (w którym przebywało o wiele więcej pacjentów niż pierwotnie planowano) mieszkają we względnej ciasnocie; niektóre z pokoi musiano wyposażać w łóżka piętrowe, co nie sprzyja stworzeniu warunków terapeutycznych i przyczynia się do tarć wśród pacjentów i pomiędzy pacjentami a personelem²⁵⁹.

znaleźć unormowań zapewniających odpowiedni standard kontroli pobytu osoby w Ośrodku w czasie trwania zabezpieczenia. Jednocześnie SN dostrzegł, że mogą powstać sytuacje, w których izolacja uczestnika – w okresie po opuszczeniu zakładu karnego, a przed prawomocnym zakończeniem postępowania o umieszczenie w Ośrodku – stanie się uzasadniona albo nawet konieczna. W tym celu konieczna jest jednak zmiana obecnie obowiązujących przepisów. Zdaniem SN ustawodawca powinien wypełnić istniejącą lukę jasnymi, precyzyjnymi przepisami niebudzącymi żadnych wątpliwości konstytucyjnych, aksjologicznych ani interpretacyjnych. Ponadto Sąd Najwyższy wskazał, że doraźnie (o ile zachodzą ku temu ustawowe przesłanki) możliwe jest stosowanie art. 23 i nast. ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 882).

²⁵⁶ Pismo procesowe RPO z dnia 29 listopada 2018 r., sygn. IV.5674.2018.

²⁵⁷ Wystąpienie generalnie RPO z 27 lutego 2019 r., IX.517.1702.2017. RPO wskazał w nim, m.in. że choć od czasu podjęcia uchwały SN żaden sąd nie wystosował do Dyrektora Ośrodka pisma w sprawie zwolnienia pacjenta, wobec którego realizowane jest zabezpieczenie wniosku o uznanie go za osobę stwarzającą zagrożenie w rozumieniu ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., to należy mieć świadomość odpowiedzialności odszkodowawczej Skarbu Państwa we wszystkich tych przypadkach.

²⁵⁸ Liczba osób przebywających w KOZZD stale rośnie. W dniach wizytacji KMPT w Ośrodku przebywało 65 osób, a w dniu 23 listopada 2019 r. – 74. Stanowi to naruszenie przepisu § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym i jednocześnie nie zapewnia odpowiednich warunków lokalowych, dających gwarancję godnego, długoletniego, a w wielu przypadkach dożywotniego, pobytu w placówce.

²⁵⁹ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, par. 117.

Uwagę KMPT zwróciło także to, iż ze względu na zabezpieczenia ochronne w pokojach uchylane były tylko niewielkie lufciki okienne, co powodowało problemy z wentylacją powietrza w upalne dni.

Pacjentom Ośrodka nie zapewniono odpowiedniej aktywności fizycznej, co w głównej mierze wynikało ze znacznego ograniczenia przestrzeni spacerowej. Restrykcje te wpłynęły szczególnie negatywnie na jedyną przebywającą w KOZZD kobietę, która z okien oddziałów wychodzących na drogę przeciwpożarową słyszała w swoim kierunku obsceniczne komentarze mieszkających tam mężczyzn.



CPT

Obowiązek opieki nad osobami pozbawionymi wolności spoczywający na Państwie, obejmuje odpowiedzialność za ich ochronę przed osobami, które mogą wyrządzić im krzywdę. Komitet spotykał się niekiedy z zarzutami kobiet dotyczącymi nadużyć ze strony innych kobiet. Jednakże częściej zdarzają się zarzuty złego traktowania kobiet pozbawionych wolności przez mężczyzn (a w szczególności dokuczania na tle seksualnym, włącznie z używaniem słownictwa budzącego skojarzenia seksualne), zwłaszcza gdy Państwo nie zapewnia kobietom pozbawionym wolności oddzielonych pomieszczeń wraz z personelem dozoru, który składa się w przeważającej części z kobiet²⁶⁰.

Monitoring wizyjny

Ze względu na wadliwy przepis ustawy regulujący stosowanie w KOZZD monitoringu wizyjnego w placówce utrwalany był jedynie obraz, przez co trudna do ustalenia była w niektórych przypadkach zasadność użycia środków przymusu bezpośredniego. Przedstawiciele KMPT zwrócili także uwagę na problem dostępu do podglądu z monitoringu osób do tego nieuprawnionych, co godzi w prawo do prywatności pacjentów Ośrodka²⁶¹.

Traktowanie

Wizytujący otrzymali sygnały dotyczące słownego i psychicznego złego traktowania pacjentów przez pracowników ochrony: wyzywania, posługiwanie się wulgarnym słownictwem („zamknij pysk”), naśmiewanie się z nich, przeklinania – także w rozmowach personelu między sobą, zwracania się „na ty” do pacjentów czy inne prowokacyjne zachowanie polegające np. na takim poruszaniu się po korytarzu, aby to pacjenci wymijali słalomem pracowników ochrony, co ze względu na niewielką powierzchnię korytarzy i dużą liczbę osób, które się na nim znajdują (min. 7 strażników na oddział, 2–3 sanitariuszy, 15–17 pacjentów), jest istotnie uciążliwe.

²⁶⁰ Wyciąg z Dziesiątego Raportu Generalnego CPT, CPT/inf (2000) 13, par. 24.

²⁶¹ Podgląd z wszystkich kamer znajduje się na otwartym korytarzu, a także w dyżurkach strażników na poszczególnych oddziałach i w pokojach pielęgniarek. Tymczasem w Ośrodku *de facto* przeprowadzana jest kontrola osobista z rozebraniem do naga. Czynność ta nie zawsze odbywa się w obrębie sfery uwzględniającej maskowanie części intymnych.

Poza agresją werbalną personel Ośrodka miał dopuszczać się wobec pacjentów: szarpania, porywania, kopania, nadmiernego używania siły przy próbie zapięcia w pasy, założeniu kajdanek czy prowadzeniu do pomieszczenia celem realizacji kontroli osobistej.

Co więcej, w KOZZD miała miejsce próba zastraszenia pacjenta przez personel placówki w związku z działaniami prawnymi, które podjął przeciwko Ośrodkowi.



W rozmowach indywidualnych z przedstawicielami KMPT pacjenci używali m.in. następujących sformułowań, aby opisać, w jaki sposób traktowani są w KOZZD: „Nie ma tu miejsca, by można było się skupić, wyciszyć. Ciągłe ktoś jest obecny. Wszędzie strażnik. Tego nie ma nawet w więzieniu”, „Ja bym na kolanach wracał do zakładu karnego”.



CPT

Należy podjąć niezbędne wysiłki, aby zapewnić, że skarżący będą wolni od zastraszania i represji. W związku z tym personel wszystkich szczebli powinien otrzymać wyraźny sygnał, że jakiegokolwiek zagrożenia, próby uniemożliwienia dotarcia skarg do odpowiednich organów ds. skarg, działania zastraszające lub odwetowe nie będą tolerowane i będą podlegały odpowiednim sankcjom²⁶².



SPT

Państwo powinno podjąć odpowiednie kroki, aby zapewnić ochronę osobom, które składają skargę na tortury lub złe traktowanie przed możliwymi represjami²⁶³.

Dyscyplinowanie

Zgodnie z otrzymanymi informacjami w KOZZD miało miejsce stosowanie nieformalnych sankcji dyscyplinarnych, m.in.: konfiskaty telefonów komórkowych, ograniczanie dostępu do sklepu itp. KMPT zwrócił także uwagę na brak jasnych i stałych zasad dotyczących odbierania i przyznawania przywilejów (pacjenci nie byli informowani, za złamanie jakiej zasady regulaminu zostali ukarani i na jak długo).



Zgodnie z zasadą legalizmu wyrażoną w art. 7 Konstytucji RP, organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. Nie mogą więc domniemywać swojej kompetencji, a wszelkie ich działania muszą mieć podstawę prawną.

²⁶² Fragment § 85 Dwudziestego Siódmego Raportu Generalnego [CPT/Inf (2018) 4].

²⁶³ Zob. Raport SPT z wizyty w Hondurasie, CAT/OP/HND/1, par. 270.

Kontrole osobiste i przeszukanie pokoi

W placówce przeprowadzane były kontrole osobiste pacjentów, pomimo braku przepisów w ustawie z 22 listopada 2013 r., które dopuszczałyby taką możliwość (co więcej, kontrole przeprowadzano w monitorowanym pomieszczeniu).



W jednym z raportów służby ochrony opisano sposób przeprowadzenia kontroli – po powrocie pacjenta z osiemnastominutowego spotkania z siostrą: „Po powrocie do zespołu odmówił poddania się kontroli odzieży. Po czym Pacjent poddał się częściowej kontroli. Najpierw zdjął górną część ubrania, którą po sprawdzeniu ponownie założył, a następnie spodnie, które przekazał do sprawdzenia. Odmówił zdjęcia bokserek. W związku z czym decyzją lekarza [...] wobec pacjenta zastosowano przymus bezpośredni w formie przytrzymania”. W czynnościach tych uczestniczyło 3 strażników i jeden sanitariusz.



W opinii KMPT, z uwagi na brak ustawowych podstaw prawnych do przeprowadzania przez personel KOZZD kontroli osobistych, należy natychmiast zaprzestać tej praktyki. Mając na uwadze orzecznictwo ETPC264, przeprowadzanie tak częstych kontroli w obecnej formule, polegającej na rozbieraniu do naga pacjentów w monitorowanych pomieszczeniach, może zostać uznane za nieludzkie i poniżające traktowanie.

Zaniepokojenie KMPT wzbudził także fakt rutynowego przeszukiwania pokoi pacjentów, w tym m.in.: przeglądanie prywatnych notatek, zapisków, pism urzędowych (także takich, które mogły zawierać informacje objęte tajemnicą lekarską czy adwokacką).

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego

W trakcie wizytacji zaobserwowano nadmierną w stosunku do liczby pacjentów liczbę pracowników ochrony, pełniących dyżury w swoistym umundurowaniu, jak również noszących w widocznym miejscu środki przymusu bezpośredniego (gaz obeszwałniający, pałka wielofunkcyjna typu tonfa). Już w 2017 r. CPT ocenił, że jest to zastraszająca i nieuzasadniona praktyka. Komitet zalecił niezwłoczne zaprzestanie takich działań, lecz bez skutku²⁶⁵.

KMPT otrzymał również informacje dotyczące praktyki prewencyjnego unieruchamiania pacjentów KOZZD na ich żądanie.

²⁶⁴ Zob. Wyrok ETPC z dnia 17 kwietnia 2012 r. w sprawie Piechowicz v. Polska, skarga nr 20071/07.

²⁶⁵ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, par. 128.



Samo tylko przewidywanie pacjenta dotyczące możliwości pogorszenia się jego stanu i ewentualnego wystąpienia niebezpiecznych sytuacji nie upoważnia do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia i w ocenie wizytujących należy zaprzestać tej praktyki.

Co więcej, wobec pacjentów przewożonych na konsultacje medyczne i do sądów rutynowo stosowano kajdanki (pomimo tego, że pacjenci przewożeni są do wyznaczonego miejsca transportem własnym Ośrodka w towarzystwie dwóch ochroniarzy i sanitariusza). Przykładowo jednego z pacjentów przykuto do łóżka w szpitalu ortopedycznym, a w innej sytuacji ochroniarze nie zgodzili się na zdjęcie kajdanek podczas rozprawy sądowej, pomimo nakazu sądu.



W opinii KMPT nadużywanie prewencyjnego zastosowania kajdanek w sytuacji, gdy pacjent jest pod stałym nadzorem minimum dwóch przedstawicieli Ośrodka, może stanowić przejaw poniżającego i nieludzkiego traktowania.



ETPC

Przykucie kobiety do krzesła w czasie badań ginekologicznych w szpitalu oraz gdy przebywała tam po porodzie (i przez cały czas była pilnowana przez trzech strażników) stanowiło nieludzkie i poniżające traktowanie w rozumieniu art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności²⁶⁶.

Oferta terapeutyczna

W Ośrodku nie zostały wyznaczone zespoły terapeutyczne do pracy grupowej, a terapia pacjentów prowadzona była bez planowania pracy nad ich częstkowymi problemami, które nie były zdiagnozowane w oparciu o współczesne metody badawcze (pacjenci nie potrafili podać celu spotkań/terapii z psychologiem czy określić problemu).

KMPT zwrócił także uwagę na ogólnikowe zapisy w części psychologicznej indywidualnych programów terapii oraz brak informacji o rozwiązaniu lub ewaluacji istniejących problemów.



CPT

Istnieje ogólny problem z koncepcją terapii w ośrodku, w szczególności brakuje pomysłu na to, co robić z pacjentami, którzy odmawiają leczenia i rehabilitacji (...). Komitet zatem rekomenduje poważne rozważenie koncepcji i filozofii leczenia w Krajowym Ośrodku w Gostyninie, w świetle powyższych uwag. Dodatkowo, należy podjąć szersze działania

²⁶⁶ Wyrok ETPC z dnia 24 marca 2016 r. w sprawie Korneykova i Korneykov p. Ukrainie, skarga nr 56660/12.

celem zapewnienia aktywności terapeutycznych i rehabilitacyjnych, takich jak nauka kontrolowania agresji, szkolenie umiejętności życiowych, rekreacja czy sport. Pomogłoby to rozładować napięcie panujące w ośrodku²⁶⁷.



Co do zasady pacjentów nie proszono o podpisanie „umów terapeutycznych” pod planami terapeutycznymi; zdaniem Komitetu wprowadzenie takiej praktyki mogłoby zwiększyć motywację pacjentów do angażowania się w aktywności terapeutyczne²⁶⁸.

Niepokój KMPT wzbudziło także niewdrożenie do realizacji zaleceń Konsultanta krajowego w dziedzinie seksuologii dotyczących leczenia sprawców przestępstw seksualnych. Za naruszenie uznano również umieszczanie szczegółowych zapisów dotyczących przebiegu sesji terapeutycznej w ogólnodostępnej dokumentacji. Zaobserwowano też brak stałości terapeuty prowadzącego pacjenta, jak i pewną tendencję polegającą na sprowadzaniu roli personelu jedynie do funkcji kontrolująco-restrykcyjnej. Należy podkreślić, że wprowadzanie tego typu strategii nie ma korzystnego wpływu na rozwój poprawnych stosunków interpersonalnych, ponieważ pacjent jest jedynie zmuszany do respektowania zasad, których na ogół nie przyjmuje. Takie działanie może skutkować niezrozumieniem organizacji pracy oddziału oraz wpłynąć na rozwój zachowań niepożądanych u pacjentów, jednocześnie budząc ich opór bądź sprzeciw. Za niekorzystny w procesie rehabilitacji i resocjalizacji uznano także brak możliwości udzielania pacjentom przepustek.

Opieka medyczna

W kontekście opieki medycznej sprawowanej w Ośrodku, wizytujący zwrócili uwagę przede wszystkim na fakt przeprowadzania badań lekarskich odbywających się poza KOZZD w obecności strażników.



Takie rozwiązanie nie tylko narusza prawo do intymności i prywatności osoby badanej, lecz również tajemnicę lekarską. Obecność strażników może również wpłynąć na rzetelność przeprowadzonych badań. Pacjent nie ma bowiem możliwości swobodnej rozmowy z lekarzem, co może skutkować nieprzekazaniem mu wszystkich istotnych dla wywiadu lekarskiego informacji (np. zatajenia wstydlivej z punktu widzenia osoby badanej informacji lub opowiedzenia o tym, że padł ofiarą przemocy).

Zastrzeżenia KMPT budzi również utrwalanie spostrzeżeń personelu medycznego niezgodnie z zaleceniami Protokołu Stambulskiego, czyli Podręcznika skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania²⁶⁹, np. bez tak zwanych map ciała.

²⁶⁷ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, par. 121.

²⁶⁸ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, par. 124.


²⁶⁹ Dokument jest dostępny pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protok%C3%B3%C5%82-stambulski-podr%C4%99cznik-skutecznego-badania-i-dokumentowania-tortur-oraz-innego-okrutnego>.

Co więcej, dokumentacja medyczna pacjentów znajdowała się w tych samych segregatorach co oficjalne pisma urzędowe, opinie sądowno-psychiatryczne i psychologiczne oraz korespondencja z sądami – informacje dotyczące stanu zdrowia pacjentów winny zostać utajnione poprzez umieszczenie ich w odrębnych opisanych kopertach i przechowywanie poza dokumentacją ogólną. W trakcie wizytacji odebrano także sygnały dotyczące przypadków odmowy wglądu pacjenta do indywidualnego planu terapii.

Kontakt ze światem zewnętrznym

Odwiedziny pacjentów odbywały się w pomieszczeniu monitorowanym, w obecności pracownika ochrony. W praktyce pacjent i osoby go odwiedzające siedziały przedzielone stołem (bez możliwości kontaktu fizycznego), a z boku na krześle obserwował ich bezpośrednio strażnik.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur wyraził zaniepokojenie praktyką cenzurowania treści o charakterze erotycznym, która nie ma podstawy w ustawie.

 § 17 ust. 4 regulaminu 270 stanowi: *Wszelkiego rodzaju treści o charakterze erotycznym są niedozwolone na terenie Krajowego Ośrodka. W praktyce oznacza to, że prasa prenumerowana w KOZZD m.in. gazety, tygodniki są cenzurowane np. poprzez wycinanie lub zamalowywanie fotografii/grafik. Dotyczyło to np. zamazania części ilustracji przedstawiającej kobietę w stroju kąpielowym, która została umieszczona w ogólnopolskim tygodniku pod artykułem nt. historii antykoncepcji. Cenzura odnosi się również do programów telewizyjnych. Potwierdza to wpis z książki raportów służby ochrony, w którym wskazano: „o godzinie 19.15 pacjent [...] wraz z pacjentem [...] przebywał na świetlicy oglądając film. Ze względu na występujące sceny erotyczne przedstawiające nagiego mężczyznę i kobietę oraz obcowanie płciowe między nimi pracownik ochrony [...] po wcześniejszym poinformowaniu pacjentów, przełączył telewizję na inny kanał. W momencie zakończenia sceny, umożliwiono pacjentom dalsze oglądanie. Na powyższe zachowanie zareagował agresją słowną”. Biorąc pod uwagę godzinę emisji, trudno uznać, że tego rodzaju interwencja pracownika ochrony była uzasadniona. Obecne rozwiązania wydają się być zbyt daleko idące.*

W Ośrodku prowadzono korespondencję wewnętrzną pomiędzy oddziałami na takich samych zasadach, jak korespondencję zewnętrzną (m.in. konieczne było naklejanie znaczków pocztowych).

²⁷⁰ To brzmienie przepisu zostało wprowadzone aneksem nr 2 z dnia 18 lutego 2019 r., wcześniej przepis ten brzmiał: *Programy telewizyjne, filmy, książki, e-booki, czasopisma itp. zawierające treści o charakterze erotycznym są niedozwolone na terenie Krajowego Ośrodka.*

Dostęp do pomocy prawnej

Zgodnie z uzyskanymi informacjami pacjentom utrudniano kontakty z pełnomocnikami, których ustanowili w związku z zamiarem złożenia skargi do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Wskazywano także na brak warunków umożliwiających rozmowę z pacjentem, pozwalającą na zachowanie jej poufności.



Dostęp osoby pozbawionej wolności do prawnika jest pojęciem szerszym niż udzielanie pomocy prawnej. To podstawowa gwarancja prewencji tortur. Prawo do spotkania z pełnomocnikiem jest gwarancją przeciwko niewłaściwemu traktowaniu, niezależnie od środków służących zapewnieniu sprawiedliwego procesu sądowego. Fizyczna obecność prawnika jest niezbędna dla realizacji tego prawa przez osobę pozbawioną wolności. Jest to także jeden ze sposobów umożliwiający dokonanie rzetelnej oceny stanu fizycznego i kondycji psychicznej takiej osoby. Ponadto spotkanie takie powinno odbywać się na osobności, poza zasięgiem słuchu osób postronnych, gdyż tylko w takiej sytuacji osoba zatrzymana może czuć się na tyle swobodnie, by móc bez skrępowania wskazać sposób, w jaki jest traktowana.

Prawo do praktyk religijnych

Zgodnie z otrzymanymi informacjami w czasie mszy w sali przebywa kilku strażników. W tym kontekście szczególnie problematyczna wydaje się być kwestia spowiedzi. Według pacjentów ochrona stała zbyt blisko, przez co nie czuli się oni komfortowo.



Odbywanie praktyk religijnych w przymusowej obecności innej osoby jest naruszeniem prawa wolności sumienia i wyznania wynikających z art. 53 Konstytucji. Jest to szczególnie rażące naruszenie w przypadku tak intymnej kwestii jak spowiedź. W tym kontekście warto wskazać, że art. 53 ust. 2 Konstytucji stanowi, że wolność religii obejmuje wolność jej „uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie”, a więc nie wyłączenie przy obecności innej osoby.

Szkolenia personelu

W opinii KMPT niepokojącym zjawiskiem jest brak odpowiednich szkoleń dla personelu. Regularnie odbywają się jedynie szkolenia dla pracowników ochrony z zakresu użycia środków przymusu bezpośredniego. Biorąc pod uwagę specyfikę pacjentów KOZZD, zespół terapeutyczny powinien mieć zapewniony dostęp do superwizji umożliwiających przepracowanie emocji, związanych z procesem terapeutycznym z trudnym pacjentem lub okresowo pojawiających się napięć w zespole terapeutycznym,

które wpływają na relacje z pacjentami i ich współodczuwanie oraz zachowania.

Z uzyskanych informacji wynika, że pracownicy KOZZD czuli się zastraszani i szykanowani przez pacjentów, co nie pozwalało na uzyskanie dobrej atmosfery do leczenia i terapii.

Dostosowanie placówki do potrzeb osób z ograniczoną sprawnością

W czasie wizytacji w Ośrodku nie przebywała żadna osoba z widoczną niepełnosprawnością. W przypadku pobytu w KOZZD osoby o ograniczonej sprawności ruchowej przynajmniej jeden z pokoi w Ośrodku powinien być dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Kwestia ta powinna zostać uwzględniona także przy projektowaniu nowo powstającego obiektu.

Szpital psychiatryczne

W 2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację **2 szpitali psychiatrycznych dla dorosłych**²⁷¹, a także **Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nietletnich w Garwolinie** (wnioski z tej wizytacji opisane zostały w części niniejszego Raportu dotyczącej praw nietletnich).

Celem delegacji KMPT było sprawdzenie sposobu realizacji środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu sprawcy czynu karalnego w zakładzie psychiatrycznym, w związku z jego niepoczytalnością w chwili popełnienia czynu (art. 93a § 1 p 4 kk.).

DOBRE PRAKTYKI – PODAJ DALEJ

Za dobre praktyki związane z traktowaniem pacjentów KMPT uznał następujące działania:

- realizowanie Polityki Jakości poprzez stałe dążenie do poprawy procesu leczenia, unowocześnianie i modernizację posiadanej infrastruktury, zakup nowoczesnej aparatury i sprzętu medycznego²⁷²,
- zapewnienie dostępu do tłumacza języka migowego online. Korzystanie z usługi jest bezpłatne i nie wymaga wcześniejszego umawiania się na wizytę²⁷³.

²⁷¹ Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza z siedzibą w Pruszkowie (dalej: MSCZ), (KMP.574.2.2019); Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie (KMP.574.3.2019).

²⁷² MSCZ.

²⁷³ Z usługi tłumacza języka migowego online można skorzystać poprzez zgłoszenie się ze swoją sprawą do Izby Przyjęć, gdzie znajdują się oznakowane stanowiska z dostępem do usługi. Pracownik Szpitala (za pośrednictwem komputera z kamerą) łączy się z tłumaczem języka migowego. Tłumacz pośredniczy w rozmowie między pacjentem a pracownikiem. Rozmowa odbywa się w czasie rzeczywistym. Z usługi można skorzystać także nie wychodząc z domu; MSCZ.

PROBLEMY SYSTEMOWE

Niedofinansowanie, przeludnienie, brak miejsc

Z obserwacji poczynionych podczas przeprowadzonych w 2019 r. wizytacji wyłania się dramatyczny obraz warunków, w jakich przebywają osoby umieszczone w szpitalach psychiatrycznych. Pacjenci lokowani są na korytarzach, w świetlicach, zwiększa się maksymalną pojemność sal chorych, ogranicza dostęp do łóżek pacjentów z 3 stron etc.

Poza czynnikami czysto finansowymi za przeludnienia na oddziałach psychiatrycznych odpowiadają także sędziowie, którzy wydają postanowienia o umieszczeniu w placówce z pominięciem opinii Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających. Rodzi to skutek w postaci przyznawania miejsc w szpitalach, które zgłosiły wcześniej brak zdolności do dalszego przyjmowania nowych pacjentów.

W konsekwencji wspomnianych uchybień pacjenci, wobec których lekarze w opiniach okresowych rekomendowali przeniesienie do oddziałów o podstawowym zabezpieczeniu, pozostawali w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu, gdyż w szpitalach wyznaczonych przez Komisję Psychiatryczną ds. Środków Zabezpieczających, gdzie miałyby być kontynuowana internacja w warunkach podstawowego zabezpieczenia, nie było miejsc. Prowadzi to do ograniczenia swobód obywatelskich pacjenta, opóźnia opuszczenie przez niego szpitala, wydłuża detencję, uniemożliwia skorzystanie z przepustek, które są możliwe na oddziale podstawowym i powoduje przerwę w terapii. Nie jest wskazane, aby pacjent, wobec którego wydano decyzję/zgodę na internację w warunkach podstawowego zabezpieczenia, oczekiwał i przebywał w dalszym ciągu w rygorze wzmocnionego zabezpieczenia. Konieczne jest w takim przypadku przynajmniej tymczasowe przenoszenie pacjentów na oddział o podstawowym stopniu zabezpieczenia lub oddział ogólnopsychiatryczny, by umożliwić pacjentowi większą swobodę i zapewnić mu odpowiednie prawa, wynikające z przebywania na oddziale podstawowym.



Sądy bezwzględnie powinny konsultować się i uwzględniać wnioski Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających dotyczące wolnych miejsc w szpitalach, prowadzących leczenie w ramach środków zabezpieczających.

Od 2012 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur podnosi kwestie niedofinansowania szpitalnego leczenia psychiatrycznego i skutków z niego wynikających²⁷⁴. Jak wskazują ustalenia RPO i KMPT, źródłem tego problemu jest m.in. pomijanie przez NFZ w założeniach finansowych faktu, że poza leczeniem psychiatrycznym szpital musi zapewnić często kosztowniejsze leczenie somatyczne (którego potrzeba szczególnie w przypadku osób starszych jest duża), medykamenty (leki, insulinę dla diabetyków itd.), a także transport na niezbędne konsultacje.

²⁷⁴ Zob. Raporty Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, <https://www.rpo.gov.pl/kategoria-prawna-i-organizacyjna/krajowy-mechanizm-prewencji-raporty-rpo>.



KMPT od lat podkreśla, że zakwaterowanie na korytarzach ogranicza w sposób oczywisty prawo do prywatności chorych. To samo odnosi się do zbyt dużej liczby pacjentów w pokojach. Negatywnie wpływa na proces leczenia, powodując napięcia między pacjentami. W przypadku pacjentów, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający, hospitalizacja w takich warunkach może trwać wiele lat²⁷⁵.



CPT

Stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje, w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom (...). Należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądane jest wyposażenie pomieszczeń w stoliki i szafki stojące obok łóżek; ponadto pacjentom powinno się pozwolić na przechowywanie określonych rzeczy osobistych (fotografie, książki itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia pacjentom określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii u pacjenta²⁷⁶.

Monitoring w szpitalach psychiatrycznych

W dalszym ciągu brakuje regulacji ustawowej odnoszącej się do monitoringu wizyjnego pomieszczeń innych niż pomieszczenie do izolacji²⁷⁷. Mimo zapowiedzi Ministra Zdrowia²⁷⁸ wprowadzenia właściwych regulacji do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, kwestia ta wciąż pozostaje nierozwiązana.



By stosowanie nadzoru wideo nad bezpieczeństwem pacjentów w szpitalach było legalne, musi być podstawa prawna do jego używania zawarta w ustawie.

Brak regulacji dotyczących konwojowania poza placówkę osób, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający

Brak określenia w przepisach kto, w jakich przypadkach, z jakimi środkami przymusu bezpośredniego oraz jakimi środkami transportu może konwojować osoby przebywające w szpitalach zamiast

²⁷⁵ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2017 r.

²⁷⁶ Zob. Standardy CPT, CPT /Inf/E (2002) 1 – Rev. 2011.

²⁷⁷ Zob. art. 18e pkt 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1878 tekst jedn.)

²⁷⁸ Wystąpienie Generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2018 r., KMP.574.8.2015.

w więzieniach, stanowi zupełne minimum, jeśli chodzi o bezpieczeństwo takich pacjentów. Kwestia w dalszym ciągu pozostaje nierozwiązana²⁷⁹.



KMPT od kilku lat apeluje o uregulowanie zasad konwojowania pacjentów przebywających w szpitalach i w oddziałach psychiatrycznych, w ramach środka zabezpieczającego, poza teren tych placówek na konsultację lekarską, badanie lub zabieg.

Instalacja przyzywowa

Jednym z elementów ochrony praw pacjentów, weryfikowanym każdorazowo przez KMPT podczas wizytacji placówek psychiatrycznych, jest ich bezpieczeństwo, które powinno być traktowane priorytetowo.

W ocenie KMPT nie do przecenienia w tym zakresie jest sprawnie funkcjonująca i łatwo dostępna dla każdego z pacjentów instalacja przyzywowa. Mimo iż o prawne uregulowanie tej kwestii KMPT apeluje począwszy od 2015 r.²⁸⁰, problem w dalszym ciągu pozostaje nierozwiązany.



Przyciski alarmowo-przyzywowe powinny być we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje łóżkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania przymusu bezpośredniego m.in. w postaci izolacji).

Braki personalne

Wizytowane w 2019 r. szpitale psychiatryczne borykały się z poważnymi problemami kadrowymi. Poza lekarzami dotyczyły one również personelu pielęgniarskiego czy psychologicznego. Niedofinansowanie ochrony zdrowia prowadzi do fluktuacji kadry, która po zdobyciu doświadczenia i wykształcenia odchodzi do lepiej płatnych miejsc pracy. Powoduje to, że zatrudniane są w ich miejsce osoby mniej doświadczone. Gdy rotacja personelu medycznego jest duża, może to zakłócać ciągłość leczenia. Nie jest to jednak wynikiem złej woli dyrekcji wizytowanych placówek, a wynikiem braku środków finansowych mogących zapewnić wynagrodzenie na poziomie innych jednostek.

Umieszczanie małoletnich pacjentów wraz z osobami dorosłymi

W dniu 12 lutego 2018 r. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia wystosował pismo do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w którym informował, że ze względu na rosnącą liczbę pacjentów poniżej 18 roku życia wymagających hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym oraz niewystarcza-

²⁷⁹ Problem ten opisywany jest od 2013 r. w Raportach Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.

²⁸⁰ Zob. Raporty Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur za lata: 2015, 2016, 2017 i 2018.

jącą liczbę miejsc w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży należy umożliwić realizowanie świadczeń gwarantowanych dedykowanych dzieciom w oddziałach dla dorosłych. W związku z powyższym w dniu 13 marca 2019 r. Dyrektor Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie rozesłał do szpitali pismo informujące, że w związku z trudną sytuacją lecznictwa psychiatrycznego dzieci i młodzieży dopuszcza się umieszczanie pacjentów powyżej 17 roku życia w oddziałach dla dorosłych.

Zaproponowane rozwiązanie budzi sprzeciw KMPT z uwagi na konieczność zapewnienia szczególnych warunków bezpieczeństwa dzieciom i młodzieży przebywającym na oddziałach psychiatrycznych. Opisywana przez media w 2019 r. sprawa zgwałcenia nastoletnich pacjentek umieszczonych na oddziale dla dorosłych w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Gdańsku najdobitniej ukazuje zagrożenia, których ofiarami stać się mogą młodzi ludzie wymagający hospitalizacji w placówce opieki psychiatrycznej, umieszczani razem z dorosłymi pacjentami. Sytuacje takie są szczególnie niebezpieczne także z uwagi na opisywane powyżej braki personalne.

Stosowanie kajdanek w trakcie transportu

Pacjentom transportowanym ambulansem na konsultacje zewnętrzne w asyście funkcjonariuszy Policji, zakłada się kajdanki na ręce (czasami kajdanki zespolone). Praktyka ta, spotykana w wielu szpitalach, stosowana jest wobec wszystkich pacjentów oddziałów sądowych w celu zapobieżenia ucieczce.

Praktyka stosowania kajdanek wobec pacjentów budzi wiele wątpliwości przedstawicieli KMPT. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego²⁸¹ wymienia środki, za pomocą których dozwolone jest stosowanie przymusu bezpośredniego. Są to: przytrzymanie (doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej), przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie (obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa) oraz izolacja. Nie ma wśród nich kajdanek.

Standardy CPT zabraniają wręcz stosowania kajdanek przy unieruchamianiu pacjentów psychiatrycznych²⁸². Domniemywać zatem można, że w tych przypadkach kajdanki stosowane są w trybie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej²⁸³, zgodnie z którą funkcjonariusz Policji może zastosować bezpośredni przymus w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa, życia lub zdrowia. Zagrożenie to musi mieć jednak charakter konkretny, a przymusu zawsze traktowane być winny jako ostateczność, gdy zawiodą inne, łagodniejsze środki w celu uzyskania zamierzonego celu lub określonego zachowania²⁸⁴.

Z art. 46a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wynika jednak wprost, że przy wykonywaniu

²⁸¹ Tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 1878.

²⁸² Zob. pkt 3.3. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu [CPT/Inf(2017)6].

²⁸³ Tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 1834.

²⁸⁴ Zob. L. Dyduch, K. Świerczewski, W. Biedrzycki, Użycie lub wykorzystanie środków przymusu bezpośredniego przez policjantów, Legionowo 2014, s. 15–16.

postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego stosuje się przymus bezpośredni na zasadach opisanych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. W wyjątkowych sytuacjach przewidziane w innych przepisach środki przymusu bezpośredniego mogą być stosowane jedynie po uprzednim bezskutecznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w niniejszej ustawie albo gdy jego zastosowanie byłoby niecelowe.

Kajdanki zatem można użyć tylko wobec pacjentów sądowych przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do szpitala, wobec których stosowanie przymusu bezpośredniego w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest bezskuteczne albo niecelowe.



Zakładanie kajdanki każdemu pacjentowi (tylko dlatego, że jest pacjentem psychiatrycznym) konwojowanemu do szpitala lub poza szpital jest oczywistym nadużyciem, niezajdującym odzwierciedlenia w przepisach prawa.

Kontrole osobiste

Kontrole osobiste pacjentów odbywają się nie tylko przy przyjęciu do oddziału, ale także np. po wizytach. Kontrolę osobistą przeprowadza się w sposób jednoetapowy (pacjent jednocześnie zdejmuje wszystkie ubrania), a nie dwuetapowy (najpierw zdejmowane jest ubranie z górnej części ciała, po sprawdzeniu osoba ubiera się i zdejmuje ubrania z dolnych partii ciała), który obowiązuje w stosunku do osób pozbawionych wolności. Pacjent nie może także wnieść zażalenia na zasadność i sposób przeprowadzenia tej czynności. Nie chronią go w tej sytuacji żadne przepisy prawa.

Trybunał Konstytucyjny, rozpoznając wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, wyrokiem z dnia 21 kwietnia 2015 r.²⁸⁵ uznał, że brakuje ustawowych unormowań określających zasady przeprowadzania kontroli osobistych osób przyjmowanych do zakładu psychiatrycznego, czy podstawy prawnej do wprowadzania czasowych ograniczeń rozmów telefonicznych internowanych. Wydane w rezultacie implementacji wskazanego wyroku Trybunału rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych²⁸⁶, nie doprowadziło jednak do szczegółowej regulacji tego zagadnienia na poziomie aktu wykonawczego. Rozdział XIII Kodeksu karnego wykonawczego także nie został uzupełniony o potrzebne normy prawne. W związku z tym, dyrektorzy zakładów psychiatrycznych, w których wykonywane są środki zabezpieczające, w dalszym ciągu określają zasady życia osób internowanych w zakładach psychiatrycznych w regulaminach wewnętrznych, co narusza art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

²⁸⁵ Sygn. akt U 8/14.

²⁸⁶ Dz. U. z 2017 r., poz. 119.



W ocenie RPO brak jest podstaw prawnych do ingerencji w prywatność pacjenta poprzez przeprowadzanie kontroli osobistych w szpitalach psychiatrycznych, w których wykonywany jest środek zabezpieczający.

Mając na uwadze powyższe, RPO zaapelował do Ministra Sprawiedliwości o nowelizację Kodeksu karnego wykonawczego, tak aby przepisy rangi ustawowej określały prawa, ich ograniczenia i obowiązki osób, wobec których orzeczono środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym²⁸⁷. W udzielonej odpowiedzi Wiceminister Sprawiedliwości podniósł, iż w jego ocenie nie zachodzi konieczność nowelizacji Kodeksu karnego wykonawczego ze względu na fakt uregulowania podniesionych przez RPO kwestii w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego²⁸⁸.

Sporządzanie opinii na temat pacjentów detencyjnych

Podczas sporządzania opinii na temat pacjentów detencyjnych, decydujących o pobycie w szpitalu lub zwolnieniu, warto pamiętać, iż w przypadku przewlekającego się postępowania (czasem ponad rok) konieczna jest weryfikacja stanu psychicznego pacjenta pod kątem dalszej konieczności zastosowania środków zabezpieczających w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym. Zdarza się bowiem tak, że przez okres trwającego postępowania pacjent leczył się systematycznie, poprawił się jego stan psychiczny i nie wymaga on hospitalizacji. Ponadto w przypadku ograniczenia wolności, jaką jest izolacja pacjenta w szpitalu psychiatrycznym powodująca znaczne ograniczenie jego swobód obywatelskich, konieczna jest bardzo wnikliwa analiza stanu pacjenta oraz przesłanek koniecznych do zastosowania środków zabezpieczających, w tym rozpoznania i rzeczywistej oceny ryzyka popełnienia przez niego czynów o znacznej szkodliwości społecznej. Biegli de facto nie oceniają stopnia szkodliwości, należy to do sądu, niemniej wielokrotnie używają tego sformułowania, niejako „wyręczając” sąd w tejże ocenie.


KMPT proponuje następujące rozwiązania:





Konieczne jest podejmowanie decyzji dotyczących zmiany stopnia lub zakończenia detencji w oparciu o wykonaną ocenę ryzyka popełnienia czynów z użyciem przemocy narzędziami HCR20 v3 i SAPROF. Ocena taka pozwala na bardziej holistyczne spojrzenie na pacjenta oraz bardziej rzetelną i profesjonalną ocenę, która ma charakter oceny opisowej z zaznaczeniem, jakie środki należy zastosować, by zapobiec czynom w przyszłości, bez stosowania detencji.


²⁸⁷ Wystąpienie Generalne RPO do Ministra Sprawiedliwości z dnia 8 kwietnia 2019 r., IX.517.961.2018.


²⁸⁸ Pismo Sekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości z dnia 20 stycznia 2020 r., DLPK-I.053.6.2019.

-
-  **Weryfikacja opinii sądowo-psychiatrycznych u osób, wobec których zalecono zastosowanie środka zabezpieczającego, przez specjalnie utworzone komisje wojewódzkie składające się z ekspertów w zakresie psychiatrii i psychologii, w której skład wchodzi przynajmniej jedna osoba doświadczona w dokonywaniu oceny ryzyka przemocy narzędziami HCR20 v3 i SAPROF.**

 -  **Zobowiązanie sądów do sprawdzania kwalifikacji biegłych sądowych z zakresu psychiatrii i psychologii, nie tylko opiniujących jako biegli z listy sądów okręgowych, ale wszystkich, którzy wydają opinie sądowo-psychiatryczne, głównie tych „do sprawy”.**

 -  **Weryfikacja kwalifikacji biegłych z listy sądów okręgowych, często są to osoby niepraktykujące, w wieku emerytalnym. Wskazane jest przeprowadzanie okresowych egzaminów lub innej formy sprawdzenia prawidłowości wydawanych opinii przez autorytety w danej dziedzinie.**

 -  **Uczulenie biegłych, by nie wypowiadali się w kwestii stopnia szkodliwości, gdyż taka ocena należy do sądu. Jako biegli, po wykonaniu oceny ryzyka przemocy, mogą natomiast określić ryzyko popełnienia czynów z użyciem przemocy.**

 -  **Wprowadzenie do składu Komisji Psychiatrycznej do Spraw Środków Zabezpieczających osoby, która jest biegłą w dokonywaniu oceny ryzyka przemocy narzędziami HCR20 v3 i SAPROF, dzięki czemu oceny Komisji i przydzielanie stopnia zabezpieczenia byłyby bardziej dokładne.**

Zwolnienie z detencji

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwrócił uwagę na problem zakończenia detencji w przypadku, gdy pacjent nie posiada wsparcia rodziny, a nie jest w stanie funkcjonować samodzielnie. W takich sytuacjach, w zależności od stanu pacjenta, dyrektor szpitala występuje do sądu z wnioskiem o umieszczenie pacjenta w domu pomocy społecznej. O ile w przypadku zgody pacjenta, poza długim terminem oczekiwania, nie występują większe problemy, o tyle pojawiają się one w razie konieczności umieszczenia pacjenta w domu pomocy społecznej wbrew jego woli. Zdarza się jednak, że sądy odmawiają

wydania postanowienia o umieszczeniu pacjenta w domu pomocy społecznej, wymagają najpierw postanowienia o zakończeniu internacji. Nie jest to jednak możliwe, gdyż często ze względu na różne okoliczności, takie jak: niepełny wgląd, brak wsparcia, bezdomność, zakończenie detencji niosłoby za sobą wzrost ryzyka ponowienia czynu zabronionego. Powoduje to niepotrzebne przedłużanie się detencji, stres i dezorientację u pacjenta.

Zagadnienie to poruszane było również przez CPT, który dostrzegł, że w niektórych krajach pacjenci, którzy nie wymagają już przymusowego pobytu w ośrodku psychiatrycznym, nadal w nim pozostają z powodu braku odpowiedniej opieki bądź zakwaterowania w środowisku zewnętrznym²⁸⁹.



CPT

Kontynuowanie pozbawienia wolności osoby z racji braku właściwych uwarunkowań w środowisku zewnętrznym stanowi praktykę wysoce dyskusyjną.



W ocenie KMPT oddział/szpital psychiatryczny nie powinien równocześnie pełnić roli diagnostyczno-terapeutycznej dla osób ze wskazaniami do leczenia szpitalnego i roli miejsca do życia dla osób niewymagających leczenia szpitalnego, lecz potrzebujących stałej opieki instytucjonalnej. Dla wieloletnich rezydentów oddziału powinno się znaleźć miejsce w domu pomocy społecznej lub inne, np. mieszkanie chronione, hostel.

OBSZARY WYMAGAJĄCE POPRAWY

Traktowanie

W jednym szpitalu przedstawiciele KMPT uzyskali informacje dotyczące sytuacji, w których niektórzy sanitariusze okazywali brak szacunku (agresja werbalna, popychanie, poszturchiwanie, prowokowanie) wobec pacjentów przebywających w oddziale o podstawowym zabezpieczeniu. Zaobserwowano także, że w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu praktykuje się stosowanie kar oraz odpowiedzialności zbiorowej. Przykładowo jeśli personel ujawni, że któryś z pacjentów jest pod wpływem środków psychoaktywnych, to pacjenci z całego oddziału ukarani są, np. zakazem zamawiania jedzenia z zewnątrz, zabranieniem możliwości korzystania z telefonu komórkowego lub zakazem odwiedzin.

²⁸⁹ Zob. Ósmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (98)], par. 57.



Zdaniem KMPT należy odstąpić od stosowania odpowiedzialności zbiorowej, nie spełnia bowiem ona swojej funkcji, ponieważ pacjent, który dopuścił się przewinienia, nie poniesie indywidualnej konsekwencji, a u pozostałych ukaranych wywoła to poczucie krzywdy i niesprawiedliwości. Taka praktyka może stwarzać bariery terapeutyczne, prowokować też chęć odwetu czy budzić opór pacjentów.

Z ustaleń delegacji KMPT wynika również, że pacjenci wykonują obowiązkowe dyżury w oddziałach, polegające np. na przecieraniu stołów na stołówce, układaniu sztućców, myciu podłogi w stołówce, myciu podłogi w palarni, wynoszeniu niedopałków papierosów z palarni. Co tydzień wyznaczane są inne osoby do pełnienia konkretnego dyżuru.

Angażowanie pacjentów do codziennych czynności co do zasady należy ocenić pozytywnie, natomiast odbywać się to musi pod pewnymi warunkami oraz w oparciu o jasno ustalone zasady. Nie należy kwestionować tego, że obowiązkiem pacjenta jest dbanie o własną przestrzeń życiową (np. ścielenie łóżka, utrzymanie porządku w swojej szafce, dbanie o higienę osobistą i otoczenia). Inaczej jest w przypadku wykonywania przez pacjentów prac na rzecz oddziału (np. sprząatanie), do których szpital zatrudnia odrębny personel. W takiej sytuacji konieczne jest przestrzeganie pewnych zasad, takich jak: dobrowolność, zgodność wykonywanych czynności z indywidualnym planem rehabilitacji (jeżeli prace porządkowe na rzecz oddziału traktowane są jako element zajęć rehabilitacyjnych)²⁹⁰ oraz indywidualne podejście do specyficznych potrzeb pacjenta.



Wykonywanie przez pacjenta prac porządkowych na rzecz szpitala może nieść ryzyko przymusowej pracy, wyręczenia personelu do tego przeznaczonego, dyskryminowania pacjenta psychiatrycznego na tle innych pacjentów (praktyka sprząatania oddziałów przez pacjentów nie jest bowiem spotykana w oddziałach o innej specjalności).

W drugiej placówce pacjenci przyjęci na oddział zobowiązani byli do przebywania przez całą dobę w piżmach, w początkowym okresie obserwacji. W ocenie KMPT obowiązek ten budzi niepokój i nie ma uzasadnienia terapeutycznego. Nie sprzyja także budowaniu właściwej atmosfery.



CPT

Systematyczne stosowanie piżam jako środka nadzoru nowo przybyłych pacjentów jest bardzo wątpliwe i należy szukać w tym zakresie innych metod²⁹¹. Wymaganie od pacjentów noszenia piżamy przez długi czas nie sprzyja umacnianiu poczucia osobistej tożsamości i samooceny²⁹². Niektórzy pacjenci stanowią szczególne wyzwanie, jednak-

²⁹⁰ Wymóg ten wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz. U. z 2014 r., poz. 522).

²⁹¹ Raport CPT z wizyty w Portugalii, CPT/Inf (2013) 4, par. 112.

²⁹² Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, par. 116; Raport CPT z wizyty na Malcie, CPT/Inf (2016) 25, par. 138.

że zobowiązanie części osób do noszenia piżamy ma efekt stygmatyzujący i może być postrzegane przez nie same jako upokarzające²⁹³.

Delegacja KMPT napotkała również na praktykę polegającą na zobowiązaniu pacjentów tymczasowo aresztowanych do chodzenia w czerwonym uniformie. Oprócz faktu, że podobnie jak w przypadku obowiązku noszenia piżam, jest to dla tych osób stygmatyzujące, to przyjęte rozwiązanie ma niekorzystny wpływ na ich rehabilitację i leczenie. Konieczność zmiany ubrania na dzienne i nocne wymusza rutynę i daje namiastkę codziennego, zwyczajnego rytmu dnia.

Pracownicy jednego ze szpitali dokonywali także kontroli przedmiotów należących do pacjentów oraz pomieszczeń, w których przebywali. Należy podkreślić, iż sytuacja taka dopuszczalna jest jedynie w warunkach wzmocnionego oraz maksymalnego zabezpieczenia²⁹⁴, więc personel nie miał uprawnień do prowadzenia kontroli w warunkach podstawowego zabezpieczenia.

Warunki bytowo-sanitarne

W jednym ze szpitali panowało przeludnienie, w związku z czym konieczne było wstawienie dodatkowych łóżek do świetlicy oraz zagęszczenie innych pokoi (pokoje 5-osobowe przekształcono na 6-osobowe, 3-osobowe na 4-osobowe etc.). Nadmierne przeludnienie oddziału i niezapewnienie odpowiedniej przestrzeni dla pacjentów może powodować napięcia i utrudniać proces terapeutyczny. Na oddziałach brakowało także instalacji przyzywowej, zarówno w salach chorych, jak i gabinetach. Jej brak może uniemożliwić wezwanie pomocy w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.

W drugiej z wizytowanych placówek warunki bytowe zapewniane pacjentom zostały uznane przez przedstawicieli KMPT za przeciętne, szczególnie ze względu na brak słuchawek przysnicowych i zastów w niektórych łazienkach, jak również wymagający pilnego remontu plac spacerowy przeznaczony dla oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu. Ponadto sale przeznaczone do izolacji pacjentów nie były w pełni dostosowane do wymogów bezpieczeństwa²⁹⁵.



CPT

Stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom, a także odpowiednie oświetlenie, ogrzewanie i wentylację, utrzymywanie ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych²⁹⁶.

²⁹³ Raport CPT z wizyty w Czechach, CPT/Inf (2015) 18, par. 159.

²⁹⁴ Art. 204b ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 523 ze zm.).

²⁹⁵ Pacjenci mieli dostęp do standardowych sanitariatów i elementów armatury, które nie zostały zabezpieczone przed próbami demontażu. Co więcej, jedynie w jednej z sal grzejnik zabezpieczono metalową osłoną. Zaniepokojenie wizytujących wzbudziły również wystające elementy wyposażenia sal, stwarzające ryzyko wykorzystania ich do działań autoagresywnych.

²⁹⁶ Wyciąg z Ósmego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (98) 12, par. 34.

Prawo do ochrony zdrowia i terapii

W wizytowanych placówkach KMPT odnotował następujące kwestie dotyczące opieki medycznej i terapeutycznej, które wymagają poprawy:

- zaobserwowane obrażenia ciała dokumentowane są w sposób opisowy w dokumentacji medycznej z zaznaczeniem na specjalnych piktogramach miejsc zmian. Wskazane jest jednak utrwalanie widocznych obrażeń na fotografiach (za zgodą pacjenta). Praktyka taka pomóc może pacjentom przy dochodzeniu ewentualnych roszczeń,
- pacjenci nie byli dokładnie informowani o zmianach w leczeniu, działaniach niepożądanych, konsekwencjach przyjmowania, jak i nieprzyjęcia leku. KMPT podkreśla, iż opis rozmowy i reakcja pacjenta na modyfikację leczenia powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej²⁹⁷,
- w opinii KMPT wszyscy pacjenci powinni mieć równy dostęp do terapii pozafarmakologicznej. Tymczasem, mimo iż oferta zajęć arteterapii była bardzo szeroka, to w zdecydowanej mierze niedostępna dla pacjentów oddziałów sądowych,
- lekarze wykonujący zabiegi elektryczne (tzw. elektrowstrząsy) powinni przejść specjalistyczne szkolenia w tym zakresie i stale podnosić swoje kwalifikacje, by oferować jak najwyższy standard świadczeń i minimalizować ryzyko powikłań.



CPT

Zabieg elektrowstrząsów powinien być wykonywany przez personel specjalnie wyszkolony do przeprowadzania tego rodzaju terapii²⁹⁸.

Ponadto przedstawiciele KMPT odnotowali potrzebę zwiększenia liczby psychologów, co stanowi warunek konieczny dla podniesienia dostępności do nowoczesnych metod oddziaływania pozafarmakologicznego. Pogląd ten potwierdził CPT, wskazując, że leczenie psychiatryczne powinno opierać się na zindywidualizowanym podejściu, które implikuje sporządzenie planu leczenia dla każdego pacjenta. Plan taki powinien obejmować szeroki zakres czynności rehabilitacyjnych i terapeutycznych, kontakt ze sztuką, z teatrem, muzyką i sportem²⁹⁹.

Stosowanie przymusu bezpośredniego

Analiza stosowania w placówkach przymusu bezpośredniego wobec pacjentów pozwoliła na sformułowanie wniosków dotyczących następujących nieprawidłowości:

- unieruchamiani pacjenci pozostawali w salach w obecności innych pacjentów, nie byli osłaniany parawanem, często nie byli zwalniani do toalety, zakładany był im pampers (co odnotowuje się w dokumentacji),

²⁹⁷ Problem braku pełnej świadomości pacjentów o przyjmowanych przez nich lekach zaobserwowany został także podczas wizytacji.

²⁹⁸ Zob. Standardy CPT, CPT /Inf/E (2002) 1 – Rev. 2011.

²⁹⁹ Zob. Ósmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (98)] 12, par. 37.

- pojawiające się w kartach zastosowania przymusu bezpośredniego sformułowania, typu „zachowanie agresywne”, „agresja wobec personelu i otoczenia”, są nieprecyzyjne i powinny być opatrzone opisem konkretnych zachowań pacjentów,
- w przypadku dwóch pacjentek oddziału środek zabezpieczający w formie izolacji stosowany był przez wiele miesięcy,
- zakładanie na czas spacerów kaftanów bezpieczeństwa pacjentom o statusie tymczasowo aresztowanych, którzy przejawiają tendencje ucieczkowe.



W ocenie KMPT stosowanie środków przymusu w formie unieruchomienia kaftanem bezpieczeństwa u pacjentów chodzących, ze względu na ograniczenie ruchomości kończyn górnych, może skutkować poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, w tym ryzykiem upadku i urazów.



CPT

Stosowanie przymusu powinno być traktowane jako środek ostateczny. Po ustaniu sytuacji powodującej zastosowanie przymusu wobec pacjenta należy natychmiast zaprzestać jego stosowania.



Pacjenci poddani środkom przymusu powinni być odpowiednio ubrani i w miarę możliwości móc samodzielnie jeść i pić oraz zaspokajać swoje potrzeby fizjologiczne w miejscu do tego przeznaczonym.



Pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że pacjent wyraźnie wyraża chęć pozostania w towarzystwie innego pacjenta); wizyty innych pacjentów powinny odbywać się wyłącznie za wyraźną zgodą pacjenta poddanego środkowi przymusu.



Po zaprzestaniu stosowania środków przymusu ważne jest udzielenie pacjentowi informacji, wyjaśnienie powodów zastosowania środka przymusu wobec niego, zmniejszenie urazu psychologicznego, jakiego doznał, i przywrócenie relacji lekarz-pacjent³⁰⁰.

Kontakt ze światem zewnętrznym

W zakresie prawa do kontaktu pacjentów szpitali psychiatrycznych przebywających w detencji, KMPT zidentyfikował następujące obszary wymagające poprawy:

³⁰⁰ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu [CPT/Inf(2017)6].

- udzielanie pacjentom z oddziałów o podstawowym zabezpieczeniu zazwyczaj trzydniowych (wyjątkowo czterodniowych) przepustek, podczas gdy zgodnie z prawem³⁰¹, w wyjątkowych sytuacjach, Dyrekcja ma prawo udzielić zgody na pobyt poza oddziałem do 7 dni,
- brak możliwości odbycia przez pacjentów rozmowy telefonicznej (w tym z prawnikiem) w warunkach zapewniających poufność oraz odnotowywanie przez personel pielęgniarski treści prowadzonych rozmów.



SPT

W trakcie wizytacji w Polsce w 2018 r. Podkomitet zalecił, aby Państwo podjęło skuteczne środki w celu zagwarantowania, by wszystkim osobom pozbawionym wolności przysługiwało prawo kontaktu z prawnikiem od momentu zatrzymania³⁰².



KMPT podkreśla, że umożliwienie pacjentom swobodnej komunikacji ze światem zewnętrznym jest jednym z podstawowych praw człowieka (stanowi realizację prawa do życia prywatnego). Jest także istotnym czynnikiem terapeutycznym.

Prawo do informacji i mechanizm skargowy

Jawność postępowania wobec pacjentów, zapoznanie ich z przyczynami detencji, planem leczenia, możliwościami terapeutycznymi, jest podstawową gwarancją, pozwalającą budować zaufanie osób do instytucji, w której zostali umieszczeni. W 2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur stwierdził następujące nieprawidłowości w tym zakresie:

- nieposługujący się językiem polskim cudzoziemcy umieszczeni w szpitalu psychiatrycznym nie otrzymali pisemnej informacji o powodach i warunkach detencji w zrozumiałych dla siebie językach. Otrzymana pomoc tłumacza była niewystarczająca i spóźniona,



Zobowiązanie cudzoziemca do podpisywania i sporządzania jakichkolwiek dokumentów w języku, którym się posługuje, jest niedopuszczalne – godzi w jego prawo do informacji. Konieczny jest dostęp do przetłumaczonych na języki obce informatorów (poradników) dotyczących praw osób, wobec których stosowany jest środek zabezpieczający.

- regulaminy oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu oraz oddziału o podstawowym zabezpieczeniu przywoływały przepisy rozporządzenia, które zostało wcześniej uchylone,

³⁰¹ Art. 204d § 2. Kodeksu karnego wykonawczego (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 523).

³⁰² Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 52.

- brak umieszczonych w widocznym miejscu informacji na temat instytucji stojących na straży praw człowieka i organów kontrolnych,
- brak rejestru skarg złożonych przez pacjentów (wnioski i skargi znajdowały się wyłącznie w dokumentacji poszczególnych pacjentów), jak również brak pisemnych odpowiedzi dyrektora placówki na otrzymane pisma.

Szkolenie personelu

Delegacja KMPT dostrzegła konieczność zapewnienia zespołowi terapeutycznemu superwizji, które niezależnie od posiadanego doświadczenia umożliwiają przepracowanie emocji związanych z procesem terapeutycznym z trudnym pacjentem. Co więcej, oferta szkoleń wzbogacona winna zostać o kwestie z zakresu kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i z agresją, a także problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku. Personel należy również zapoznać z treścią Protokołu Stambulskiego³⁰³.

Placówki opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze

W 2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację:

- **2 zakładów opiekuńczo-leczniczych**³⁰⁴,
- **7 placówek całodobowej opieki**³⁰⁵,
- **6 domów pomocy społecznej**³⁰⁶, w tym 2 rekontrole³⁰⁷, które opisane zostały w rozdziale Rekontrole.

PROBLEMY SYSTEMOWE

Niestety, nie wszystkie problemy natury systemowej, występujące w placówkach opiekuńczych i leczniczych, udało się rozwiązać. Wiele z nich, mimo że są zgłaszane od kilku lat, nadal pozostaje aktualnych. KMPT wciąż oczekuje na podjęcie przez ustawodawcę odpowiednich kroków legislacyjnych dotyczących:

³⁰³ Protokół Stambulski, czyli Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nie-ludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.

³⁰⁴ ZOL „Dom Rodzinny” w Nowym Dworze Mazowieckim (KMP.573.8.2019); ZOL w Warszawie przy ul. Olchy 8 (KMP.573.21.2019).

³⁰⁵ Dom Seniora „70 Plus” w Konstancynie Łódzkiej (KMP.573.1.2019); Dom Seniora Elite Prestige w Lichu (KMP.573.13.2019); „Labirynt” w Olsztynie (KMP.573.9.2019); Dom Opieki „TIM” w Markach (KMP.573.10.2019); Dom Opieki „Willa Seniorówka” w Strzelcach (KMP.573.17.2019); Dom Seniora „Osmolice” w Osmolicach (KMP.573.16.2019); Dwór Seniora „Zielone Wzgórze” w Koleczkowie (BPG.573.2.2019).

³⁰⁶ W niniejszym rozdziale opisane zostały wyniki wizytacji w DPS dla Kombatantów w Warszawie (KMP.575.1.2019); DPS „Nad Potokiem” im. Bohdany „Danuty” Kijewskiej w Radomiu (KMP.575.2.2019); DPS dla Dorosłych Zgromadzenia Braci Albertynów w Częstochowie (KMP.575.4.2019); DPS „Leśny” w Warszawie (KMP.575.6.2019).

³⁰⁷ Dom Pomocy Społecznej Pracownika Oświaty w Warszawie (KMP.575.2.2015); Dom Pomocy Społecznej „Pod Brzozami” w Warszawie (KMP.575.18.2014).

Legalności pobytu osób, które nie są ubezwłasnowolnione, a którym stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy

Działający w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona, nie są w żaden sposób legitymowani w świetle obowiązujących przepisów do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia jej w placówce całodobowej opieki oraz zakładzie opiekuńczo-leczniczym, nawet jeśli osoba taka znajduje się w złym stanie psychofizycznym i sama nie zdoła złożyć podpisu pod umową o świadczenia usług.

Pożądanym byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. poprzez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażanej w przepisach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry³⁰⁸ czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym³⁰⁹.

Stosowania przymusu bezpośredniego w placówkach całodobowej opieki

W ocenie KMPT brakuje regulacji prawnej stosowania środków przymusu bezpośredniego w placówkach całodobowej opieki. Jeżeli środki przymusu bezpośredniego są stosowane przez personel placówek całodobowej opieki, to w ocenie KMPT stanowi to działanie nielegalne, mogące wypełniać znamiona czynów zabronionych (naruszenie nietykalności cielesnej czy bezprawne pozbawienie wolności). Już w 2016r. Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się w tej sprawie do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, jednak mimo zapowiedzi Ministra o działaniach zmierzających do odpowiednich zmian ustawowych, kwestia ta wciąż nie została rozwiązana³¹⁰.

Monitoringu wizyjnego

Instalowanie kamer z jednej strony służy niewątpliwie poprawie bezpieczeństwa w placówce, ale jednocześnie może stanowić ingerencję w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku. Dla legalności stosowania tego typu nadzoru istotne jest, aby spełniała ona przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. Jest to szczególnie ważne w kontekście poszanowania prawa do prywatności określonego w art. 47 Konstytucji.

Pełnienia funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych przez pracowników DPS

Opiekun prawny powinien monitorować, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Pracownikom domów pomocy społecznej trudno może być zachować obiektywność podczas pełnienia funkcji opiekunów prawnych mieszkańców³¹¹.

³⁰⁸ Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r., poz. 514 tekst jedn.).

³⁰⁹ Kwestia ta szerzej omówiona została m.in. w Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

³¹⁰ Tamże.

³¹¹ Tamże.

Nadużywania alkoholu przez część mieszkańców i niewystarczającej liczby domów dla mieszkańców z problemami alkoholowymi

W większości domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku lub przewlekle somatycznie chorych przebywają pensjonariusze z problemem alkoholowym (ok. 10% mieszkańców domu). Nie otrzymują tam odpowiedniej terapii oraz zaburzają funkcjonowanie placówek. Pomimo zmiany przepisów umożliwiającej tworzenie domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu, placówek tego typu jest wciąż za mało w skali kraju³¹².

Współpracy DPS z psychologiem

Obowiązujące przepisy nie zobowiązują dyrektorów domów do zatrudniania psychologa, a jedynie do zapewnienia mieszkańcom kontaktu z nim. Zdaniem KMPT filarem należytej opieki nad mieszkańcami DPS powinno być zapewnienie im stałego i nieskrępowanego dostępu do psychologa³¹³.

Niedostatecznej kontroli sprawowanej w domach pomocy społecznej przez sędziów rodzinnych

Obowiązujące przepisy nakładają obowiązek sądowej kontroli legalności przyjęcia i pobytu tylko w DPS dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną³¹⁴. Jednak osoby te mogą także trafiać do domów innego typu, które spod obowiązku wspomnianej kontroli są wyjęte, mimo iż mogą w nich przebywać osoby z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną³¹⁵.

Zakłady opiekuńczo-lecznicze

DOBRE PRAKTYKI – PODAJ DALEJ

Przedstawiciele KMPT zaobserwowali następujące dobre praktyki i mocne strony:

- w dokumentacji pacjentów nieubezpieczonych, umieszczonych w placówce na mocy postanowienia sądu z uwagi na stan zdrowia uniemożliwiający samodzielne wyrażenie zgody, na wniosek o wydanie skierowania do ZOL, w miejscu przeznaczonym na podpis świadczeniobiorcy znajdowała się adnotacja lekarza: „Pacjent nie jest w stanie świadomie wyrazić zgody”. W jednym z uzasadnień sądu, które znajdowało się w analizowanej dokumentacji, sąd jasno wskazał, że wniosek o umieszczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym osoby, która jest nieprzytomna bądź nie ma kontaktu słowno-logicznego z otoczeniem i nie jest w stanie samodzielnie wyrazić zgody na umieszczenie w ZOL-u, składa do sądu opiekuńczego lekarz, wraz z wymaganymi dokumentami, co miało miejsce w przedmiotowej sprawie. Uczestnik postępowania jest

³¹² Tamże.

³¹³ Tamże.

³¹⁴ Art. 43 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

³¹⁵ Zob. Raport RPO z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

osobą dorosłą, nieubezwłasnowolnioną, nie ma więc przedstawiciela ustawowego, który mógłby zamiast niego wyrazić zgodę na umieszczenie w ZOL-u³¹⁶,



W ocenie KMPT występowanie przez lekarza do sądu o wydanie zgody na umieszczenie w ZOL osoby nieubezwłasnowolnionej, która ze względu na stan zdrowia nie może wyrazić samodzielnie zgody, gwarantuje odpowiednią ochronę jej praw i wolności.

- w pierwszych dniach po przyjęciu do placówki pacjenci porozmawiać mogą z psychologiem, co zmniejsza u nich poziom stresu i ułatwia proces adaptacji do nowych warunków. Rozmowa pozwala również psychologowi na dokonanie fachowej oceny dotyczącej zdolności pacjenta do samodzielnego opuszczania placówki. Także w późniejszym okresie osoby przebywające w zakładzie zapewniony mają dostęp do opieki psychologicznej i psychiatrycznej³¹⁷,
- po przyjęciu do placówki prowadzona jest pogłębiona diagnostyka psychologiczna: podczas badania wstępnego przeprowadzane są z pacjentem testy – objawów depresyjnych (skala Raskina) oraz oceny upośledzenia funkcji poznawczych (wg Katzmana). Psycholog przeprowadzający badanie wstępne sporządza zalecenia, które ulegają ewaluacji podczas pobytu w placówce³¹⁸,
- bogata oferta dostępnych form terapii zajęciowej i rehabilitacji (fizjoterapeuci dostępni są 6 dni w tygodniu). Terapeuci przeprowadzają także ankiety dotyczące różnych obszarów funkcjonowania placówki np. „Samopoczucia pacjenta podczas pobytu w ZOL”³¹⁹,
- ZOL obejmuje opieką psychologiczną nie tylko pacjentów, ale również ich rodziny. Jeżeli istnieje taka potrzeba, najbliżsi pacjenta w przeciągu pierwszych 10 dni od daty przyjęcia mogą skorzystać z konsultacji psychologicznej. Psycholog wspomaga rodziny również na dalszym etapie pobytu chorego w placówce³²⁰,
- bogata oferta terapii zajęciowej, m.in.: arteterapia (rysunek, zdobnictwo, biblioterapia, muzykoterapia, teatroterapia); ergoterapia (tkactwo, hafciarstwo, dziewiarstwo, krawiectwo); socjoterapia (ludoterapia, rekreacja, terapia ruchem, trening umiejętności społecznych)³²¹.

³¹⁶ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Dom Rodzinny” w Nowym Dworze Mazowieckim.

³¹⁷ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Dom Rodzinny” w Nowym Dworze Mazowieckim.

³¹⁸ ZOL w Warszawie.

³¹⁹ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Dom Rodzinny” w Nowym Dworze Mazowieckim.

³²⁰ ZOL w Warszawie

³²¹ Aktywizacją objęte są także osoby leżące (terapia przyłóżkowa – muzykoterapia i biblioterapia). W placówce organizuje się również spotkania z dziećmi z okolicznych szkół, koncerty oraz prelekcje połączone z wizytami zwierząt (alpaki, króliki, fretki), ZOL w Warszawie.

OBSZARY WYMAGAJĄCE POPRAWY

Warunki bytowe

Ogólny standard zakładów opiekuńczo-leczniczych nie wzbudził zastrzeżeń przedstawicieleli KMPT. Zwrócili oni jednak uwagę na niepełne dostosowanie placówek do potrzeb pacjentów z niepełnosprawnością lub ograniczoną sprawnością fizyczną, m.in. w części jednego z wizytowanych budynków korytarze były zbyt wąskie, brak było także właściwej przestrzeni manewrowej dla wózków inwalidzkich. Ponadto zainteresowanie członków delegacji wzbudziło niewłaściwe ulokowanie pokoju psychologów w jednej z placówek. Mała powierzchnia pomieszczenia, wąskie drzwi oraz prowadzące do niego schody, stanowiły kluczową barierę architektoniczną dla zdecydowanej większości pacjentów o obniżonej sprawności fizycznej. Zespół psychologów zmuszony był w związku z tym prowadzić oddziaływania psychologiczne w formie przyłóżkowej (w obecności innych pacjentów), co u osoby konsultowanej skutkowało niechęcią do wyrażenia swoich problemów oraz potrzeb, poczuciem wstydu, a nawet poniżenia. Tym samym prowadzona terapia może nie przynosić oczekiwanych efektów, a stan pacjenta ulegać pogorszeniu lub nie wykazywać poprawy.



Zgodnie z przyjętą 1 sierpnia 1997 r. przez Sejm RP Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych³²² osoby niepełnosprawne mają prawo do życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Polska 6 września 2012 r. ratyfikowała, przyjętą 13 grudnia 2006 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych³²³. Zgodnie z jej treścią należy umożliwić osobom niepełnosprawnym niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach.

Terapia zajęciowa

W jednej placówce oddziaływania terapeutyczne nie były prowadzone w weekendy, prawdopodobnie z uwagi na niewystarczającą liczbę zatrudnionych terapeutów zajęciowych. Podkreślić należy, iż dla osób przebywających w ZOL, zwłaszcza tych, które nie mają kontaktu z najbliższymi, terapia zajęciowa ma kluczowe znaczenie. Stanowi bowiem jedną z nielicznych aktywności, które urozmaicają codzienność w zakładzie oraz przyczyniają się do polepszenia samopoczucia pacjentów.

Poza tym brak było wydzielonego pomieszczenia, które pełniłoby funkcje świetlicy oraz sali terapii zajęciowej. Podczas wizytacji grupowe oddziaływania terapeutyczne prowadzono w części korytarza, z uwagi więc na niewielką powierzchnię konieczny był podział pacjentów na grupy. Wizytujący otrzymali także informację, że osoby nieuczestniczące w zajęciach oraz pracownicy zakładu przemieszczają-

³²² Monitor Polski z 1997 r. Nr 50, poz. 475.

³²³ Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.

cy się po korytarzu przeszkadzają uczestnikom zajęć, co może zniechęcać ich do brania w nich udziału. Przyjęte rozwiązanie stanowić może poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa osób przebywających w placówce w razie konieczności ich ewakuacji.

Prawo do informacji i mechanizm skargowy

W trakcie wszystkich wizytacji przedstawiciele KMPT każdorazowo zwracają uwagę, czy wizytowana placówka udostępnia informację o instytucjach stojących na straży praw człowieka i organach kontroli. Możliwość kontaktu z takimi instytucjami przez osobę przebywającą w zakładzie opiekuńczo-lecznicznym lub inną osobę stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą pacjentów przed niewłaściwym traktowaniem. W wizytowanych zakładach brak było takich informacji lub były one niepełne, dlatego też zalecono ich uzupełnienie i udostępnienie w miejscach ogólnodostępnych.

Personel



Z uwagi na specyfikę pracy w ZOL, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, wskazane jest, aby katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów wzbogacić o tematykę dotyczącą: sposobów radzenia sobie ze stresem, z agresją, wypaleniem zawodowym oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

Wizytujący nie mieli zastrzeżeń w zakresie kwalifikacji zawodowych personelu. Zwrócono jednak uwagę, iż kadra nie była poddawana regularnym szkoleniom lub też nie byli nimi objęci wszyscy pracownicy placówki. KMPT podkreślił konieczność zorganizowania psychologom regularnych superwizji, pozwalających na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych. Taka forma konsultacji może również przyczynić się do zapobieżenia wypaleniu zawodowemu i podniesienia jakości udzielanej pomocy psychologicznej.

Placówki całodobowej opieki

DOBRE PRAKTYKI – PODAJ DALEJ

- zatrudnienie farmaceuty, który zajmuje się przygotowywaniem i rozkładaniem leków, co odciąża pielęgniarki w ich codziennej pracy i minimalizuje ryzyko pomyłki przy rozkładaniu leków³²⁴,

³²⁴ Dom Seniora „70 Plus” w Konstantynowie Łódzkim.

- bezpłatne szczepienie wszystkich mieszkańców przeciwko grypie³²⁵,
- urządzenie pokoju do indywidualnego kultu religijnego; msze święte i inne zbiorowe spotkania religijne odbywają się w obszernej sali o charakterze świeckim, pełniące funkcję świetlicy³²⁶,
- zatrudnienie psychologa w ramach umowy, terapeuty oraz instruktora terapii zajęciowej³²⁷,
- sporządzanie indywidualnej charakterystyki mieszkańca, którą uzupełnia terapeuta pełniący również funkcję pracownika socjalnego³²⁸,
- stosowanie przez psychologa narzędzia MMSE (ang. Mini-Mental State Examination, potocznie „mini-mental”) – krótkiego testu przesiewowego do oceny otępień³²⁹,
- zawieranie umowy o umieszczenie w placówce z pensjonariuszami, którzy nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod dotyczącym ich oświadczeniem woli, poprzez odcisk palca. Wyrażane w ten sposób oświadczenie woli potwierdzone jest przez notariusza³³⁰,
- bogata oferta zajęć terapeutycznych dobrze dostosowanych do stanu zdrowia i możliwości psychofizycznych mieszkańców³³¹,
- dostęp do specjalnego wózka inwalidzkiego dostosowanego do potrzeb osób, które ze względu na stan zdrowia nie mogą korzystać ze standardowego wózka³³²,
- udostępnienie mieszkańcom kącika z komputerem, zestawem słuchawkowym, kamerką internetową oraz mikrofonem umożliwiającymi komunikację za pośrednictwem komunikatora Skype³³³,
- bogata oferta rehabilitacyjna, świadczona w przestronnych pomieszczeniach przeznaczonych specjalnie na ten cel³³⁴,
- możliwość korzystania w placówce z wizyt lekarskich (w ramach POZ lub prywatnych) oraz konsultacji psychologicznych³³⁵.

³²⁵ Tamże.

³²⁶ Dom Seniora Elite Prestige w Liczu.

³²⁷ Placówka Całodobowej Opieki „Labirynt” w Olsztynie.

³²⁸ Opis taki jest wskazaniem indywidualnych cech i predyspozycji mieszkańca, w tym oceny zdolności i potrzeby komunikacji społecznej oraz poziomu aktywności w zakresie realizacji potrzeb społecznych czy poznawczych; Placówka Całodobowej Opieki „Labirynt” w Olsztynie.

³²⁹ Dzięki narzędziu można dokonywać oceny orientacji w czasie i miejscu, zapamiętywania, uwagi i liczenia, przypomnienia, funkcji językowych, powtarzania, wykonywania złożonych poleceń podanych ustnie lub na piśmie, a także zdolności wzrokowo-przestrzennych; Placówka Całodobowej Opieki „Labirynt” w Olsztynie.

³³⁰ Placówka Całodobowej Opieki „TIM” w Markach.

³³¹ Dom Opieki „Willa Seniorówka” w Strzelcach.

³³² Dzięki możliwości rozłożenia go do pozycji poziomej, może być on wykorzystywany w opiece nad osobami leżącymi. Zapobiega to wykluczeniu pensjonariuszy z aktywności, które organizowane są w placówce; Dom Opieki „Willa Seniorówka” w Strzelcach.

³³³ Dom Opieki „Willa Seniorówka” w Strzelcach.

³³⁴ Dwór Seniora „Zielone Wzgórze” w Koleczkowie.

³³⁵ Tamże.

OBSZARY WYMAGAJĄCE POPRAWY

Traktowanie

Samodzielne opuszczanie placówki przez mieszkańca

Część wizytowanych placówek wprowadziła ograniczenia związane z samodzielnym wychodzeniem mieszkańców lub je całkowicie uniemożliwiła. Mieszkańcy mogli opuścić placówkę wyłącznie w towarzystwie członka rodziny lub opiekuna. Wyjście i powrót były odnotowywane w specjalnym zeszycie u portiera.



Mieszkańcy powinni mieć możliwość codziennego dostępu do świeżego powietrza, jeśli nie ma ku temu indywidualnych przeciwwskazań zdrowotnych. Ograniczanie możliwości samodzielnego wyjścia na świeże powietrze i umożliwianie go wyłącznie pod opieką opiekunów lub członków rodzin jest wysoce niepokojące i nie znajduje podstaw prawnych. Dostęp do świeżego powietrza powinien być również zapewniony leżącym mieszkańcom domu (wywożenie mieszkańców leżących na łózkach lub korzystanie z wózków inwalidzkich).



CPT

Należy podjąć kroki w celu zapewnienia wszystkim mieszkańcom placówek całodobowej opieki nieograniczonego dostępu do ćwiczeń na świeżym powietrzu w ciągu dnia. Wyjątek stanowią zabiegi, do których przeprowadzenia niezbędne jest przebywanie w specjalnie przystosowanym pomieszczeniu. Mieszkańcom należy zapewnić odpowiednią odzież oraz obuwie do wykonywania ćwiczeń na świeżym powietrzu oraz niezbędną pomoc personelu dla pensjonariuszy o ograniczonej sprawności ruchowej³³⁶.

W opinii KMPT jedynymi czynnikami branymi pod uwagę przy wydawaniu decyzji o możliwości samodzielnego wyjść powinny być wola mieszkańca oraz stan jego zdrowia. Opinia o stanie zdrowia mieszkańca, stanowiąca podstawę do ograniczenia swobody w zakresie opuszczania placówki, powinna być sporządzona przez lekarza (np. internistę, geriatrę) lub lekarza psychiatrę, posiłkujących się w razie możliwości opinią psychologa.

W dniu 1 stycznia 2020 r. zaczęła obowiązywać nowelizacja ustawy o pomocy społecznej³³⁷, zgodnie z którą opisywane powyżej ograniczenia, obligatoryjnie poprzedzone muszą być decyzją lekarską, dołączoną do dokumentacji mieszkańca³³⁸.

³³⁶ Zob. Raport CPT z wizyty na Ukrainie, CPT/Inf (2018) 41, par. 160.

³³⁷ Zob. art. 68 ust. 2a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1507 ze zm.).

³³⁸ Zob. rozdział *Sukces* niniejszego Raportu.

Przeglądanie zawartości szafek mieszkańców

Przedstawiciele KMPT spotkali się także z praktyką przeglądania zawartości szafek mieszkańców przez pracowników placówki.

Należy zauważyć, że kontrolowanie rzeczy osobistych mieszkańców, bez względu na cel, jaki ma temu służyć, może naruszać konstytucyjne prawo mieszkańców do ochrony życia prywatnego i decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47 Konstytucji) oraz prawo własności (art. 64 ust. 1 i 3 Konstytucji). Wprowadzenie ograniczenia w postaci kontroli jest możliwe wyłącznie, gdy spełnione zostaną przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji. Zgodnie z tym przepisem może ono być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy jest to konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw, a wszelkie restrykcje powinny być ograniczone do koniecznego minimum i proporcjonalne do uzasadnionego celu, dla którego zostały nałożone. W obecnym stanie prawnym żadna ustawa nie zezwala na stosowanie kontroli rzeczy oraz pokoi mieszkańców.

Stosowanie przymusu bezpośredniego oraz niestandardowych form zabezpieczeń

W niektórych placówkach stosowane są niestandardowe formy zabezpieczeń mieszkańców. Np. w przypadku osób mających problem z utrzymaniem pozycji siedzącej, celem zabezpieczenia przed zsunieniem się czy upadkiem, stosuje się pasy stabilizujące zakładane na wózek inwalidzki.

Komisja Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur sporządziła opinię, w której odnosi się do spotykanych podczas wizytacji niestandardowych form zabezpieczania mieszkańców. Zdaniem członków Komisji tego typu działania ingerują w prawa i wolności jednostki. W związku z tym ich stosowaniu musi towarzyszyć szereg gwarancji o charakterze proceduralnym i materialnym, do których zaliczyć należy:

- ustalenie na poziomie ustawowym procedury stosowania takich zabezpieczeń,
- wnikliwe udokumentowanie stosowania procedury,
- w celu uniknięcia rutynowego stosowania procedury, wskazana byłaby ocena opisowa sytuacji przed zleceniem procedury, a także okresowo w czasie jej trwania – czy można w inny, np. medyczny sposób poprawić współpracę mieszkańca (np. przez czasowy nadzór, modyfikację farmakoterapii). Ocena ta mogłaby być dokonywana przez zespół składający się np. z lekarza, pielęgniarki, opiekuna medycznego,
- przeprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego na temat zasad stosowania tych środków, jak również sposobu ich dokumentowania oraz praktycznego wykorzystania Protokołu Stambulskiego.



Aby zapobiec w przyszłości ewentualnym nadużyciom, warto, by każde tego typu zabezpieczenie było zlecone przez lekarza i odnotowywane w dokumentacji medycznej mieszkańca, z podpisem lekarza. Optymalnym rozwiązaniem byłoby opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi niestandardowych form opieki. W procedurze takiej należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypową metodę postępowania z mieszkańcem, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, tj. lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańców oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujednolicić praktykę personelu w tym zakresie. Wszelkie zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z poszanowaniem godności człowieka i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.



CPT zaleca utworzenie w placówkach opiekuńczych centralnego rejestru stosowania środków ograniczających przemieszczanie się (oprócz wpisów w aktach osobowych mieszkańców). Wpisy do rejestru powinny zawierać: godzinę rozpoczęcia i zakończenia środka; okoliczności sprawy; powody, dla których warto się do niego odwoływać; nazwisko osoby, która zleciła środek lub go zatwierdziła; pracowników, którzy brali udział we wniosku; opis wszelkich obrażeń odniesionych przez mieszkańców lub pracowników; informację, czy środek został zastosowany za zgodą rezydenta lub bez niego.

Pracownikom powinno się również przypomnieć, że każde zastosowanie środków ograniczających ruch powinno być starannie udokumentowane. Decyzja w tej sprawie powinna być zawsze podejmowana (lub zatwierdzana) przez lekarza, po indywidualnym badaniu mieszkańca³³⁹.

Jedna mieszkanka unieruchomiona była w łóżku za pomocą pasów zabezpieczających. Zlecenie na stosowanie środka przymusu bezpośredniego, ze względu na możliwość upadku, wydał na piśmie lekarz neurolog. W świetle art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego użycie przymusu bezpośredniego poza szpitalem psychiatrycznym dozwolone jest jedynie w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, domach pomocy społecznej lub w dowolnym miejscu przez uprawnione podmioty (np. Policja).

³³⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie w 2016 r., CPT/Inf (2017) 21, § 80-83.



W ocenie KMPT stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez personel placówek całodobowej opieki stanowi działanie nielegalne mogące wypełniać znamiona czynów zabronionych (naruszenie nietykalności cielesnej czy bezprawne pozbawienie wolności) ze względu na brak odpowiedniej podstawy prawnej. Brak jest bowiem regulacji prawnej stosowania środków przymusu bezpośredniego w tego typu placówkach.



W sytuacji uzasadniającej zastosowanie przymusu bezpośredniego, np. gdyby mieszkaniec zagrażał życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, czy też gwałtownie niszczył lub uszkadzał przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu, koniecznym jest, w opinii KMPT, wezwanie pogotowia ratunkowego³⁴⁰.

Oferta kulturalna

W części domów opieki oferta kulturalna była niewystarczająca, gdyż ograniczała się jedynie do możliwości: oglądania telewizji, czytania prasy, książek, rysowania czy grania w gry planszowe. Nieprowadzona była także żadnego rodzaju terapia zajęciowa, a mieszkańcy znaczącą część dnia spędzali beczynnie w salach pobytu dziennego lub we własnych pokojach.

Prawo do ochrony zdrowia

KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane są za podstawową i minimalną gwarancję chroniącą te osoby przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały w czasie pobytu w placówce. Pomimo że w większości placówek wstępne badanie lekarskie połączone z oględzinami ciała dokonywanymi przez pielęgniarki odbywa się bezpośrednio po przyjęciu nowego pensjonariusza, to w żadnej ze zwizytowanych placówek kadra nie została przeszkolona z zastosowania Protokołu Stambulskiego.

³⁴⁰ Rzecznik Praw Obywatelskich w Wystąpieniu Generalnym z 27 czerwca 2016 r. zwrócił się do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej o uregulowanie stosowania środków przymusu bezpośredniego w placówkach całodobowej opieki. Minister podzieliła argumentację Rzecznika, zapewniając, że w resorcie trwają działania zmierzające do wprowadzenia na gruncie ustawy o pomocy społecznej możliwości zatrudniania w takich placówkach personelu medycznego, który byłby uprawniony do stosowania środków przymusu. Niestety, pomimo zapowiedzi Minister, nie wprowadzono przedstawionych zmian. KMPT w dalszym ciągu przyglądać się będzie wskazanej kwestii.



KMPT zachęca do dokumentowania w formie fotograficznej odleżyn i obrażeń, za zgodą pensjonariuszy lub ich opiekunów prawnych (w przypadku osób ubezwłasnowolnionych, niebędących w stanie samodzielnie wyrazić swojej woli). Dokumentacja fotograficzna mogłaby być dołączana do akt medycznych mieszkańca.



KMPT zachęca też personel do dokonywania badań i oględzin ciała mieszkańców po każdorazowym powrocie z urlopu, dłuższej nieobecności w placówce i miejsc, gdzie mogły doświadczyć przemocy (np. zostały doprowadzone przez Policję lub przebywały pod jej nadzorem, były hospitalizowane psychiatrycznie, zachodzi podejrzenie przemocy domowej) oraz w sytuacjach podejrzenia przemocy między mieszkańcami.

KMPT widzi też potrzebę zapewnienia mieszkańcom stałej opieki psychologa. Wsparcie psychologiczne jest niezwykle istotne zwłaszcza w początkowym okresie pobytu, całkowitej zmiany otoczenia, kiedy to u osoby w podeszłym wieku może pojawić się poczucie zagubienia, skłonność do stanów depresyjnych, zamykanie się w sobie lub niechęć do nawiązywania kontaktów. Pomoc psychologiczna jest też bardzo ważna w późniejszym okresie funkcjonowania, np. stany obniżonego nastroju lub w trudnych sytuacjach życiowych.



KMPT zaleca zorganizowanie regularnych wizyt psychiatry dla osób potrzebujących (wskazanych przez lekarza prowadzącego) oraz zapewnienie możliwości stałego dostępu mieszkańców do psychologa i psychiatry.



SPT

Regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób pozbawionych wolności ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania. W związku z tym rekomenduje, aby władze uwzględniły rutynowe badania w zakresie zdrowia psychicznego podczas badań lekarskich po umieszczeniu w miejscu zatrzymania. W opinii SPT Państwo powinno uwzględniać oceny zdrowia psychicznego w codziennych kontrolach przeprowadzanych przez odpowiednio wyszkolony personel. Ponadto powinno zapewnić szybki dostęp do usług i programów zdrowia psychicznego, w tym dostępu do psychiatry, po skierowaniu przez personel lub na samodzielny wniosek zatrzymanego³⁴¹.

Przedstawiciele KMPT spotkali się z problemem niezapewnienia opieki pielęgniarskiej mieszkańcom w porze nocnej.

³⁴¹ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/3, par. 30 i 32.

Mając na względzie bezpieczeństwo mieszkańców, konieczność zapewnienia im szybkiej, fachowej pomocy medycznej, a także zalecenia CPT, który rekomenduje zapewnienie mieszkańcom domów opieki, opieki pielęgniarstwa również w nocy³⁴², warto, by podmiot prowadzący placówkę rozważył tę kwestię.

KMPT zachęca również do zapewniania pensjonariuszom rehabilitacji. W niektórych domach odbywała się ona tylko raz w tygodniu w formule przyłóżkowej bądź też była usługą dodatkowo płatną.

Prawo do informacji i mechanizm skargowy

KMPT każdorazowo zachęca do tego, aby we wszystkich instytucjach opieki podjąć kroki w celu zaznajamiania mieszkańców z przysługującymi im prawami, w tym z prawem do składania skarg. Wskazane byłoby wywieszanie w ogólnodostępnych miejscach adresów instytucji, do których mogłyby się zwrócić osoby zamieszkujące dom opieki lub ich rodziny w przypadku naruszenia praw pensjonariuszy.

Niestety, w żadnej z wizytowanych placówek takie dane nie były udostępnione w widocznym miejscu. Co więcej, placówki nie dysponowały także opracowanymi procedurami skargowymi.



CPT podkreśla znaczenie dostępu do mechanizmu skargowego jako fundamentalnej gwarancji prewencji tortur we wszystkich miejscach, w których przebywają osoby wbrew własnej woli. W ocenie CPT efektywne mechanizmy skargowe mogą nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji³⁴³.

Rejestry, procedury i dokumentacja

Wizytowane placówki nie prowadziły rejestrów stosowania przymusu bezpośredniego, wymaganego ustawą³⁴⁴. W jednej z placówek nie były też prowadzone żadne inne dodatkowe rejestry, jak np.: ewidencja mieszkańców, ewidencja zdarzeń nadzwyczajnych czy zgonów. Placówka nie dysponowała także żadną procedurą regulującą zasady postępowania personelu (np. w przypadku wystąpienia zachowań agresywnych wśród pensjonariuszy).

³⁴² Zob. Raporty CPT z wizyt w Estonii, CPT/Inf (2014) 1, par. 127; Raporty CPT z wizyt w Bułgarii, CPT/Inf (2012) 9, par. 196-197; Raporty CPT z wizyt w Macedonii, CPT/Inf (2012) 4, par. 136 i 139.

³⁴³ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

³⁴⁴ Zob. art. 68a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1507 ze zm.).



Procedury pozwolą na ujednoczenie praktyki personelu w rozmaitych obszarach, zwłaszcza w sytuacjach, gdy musi on działać w stresie i chwilach pobudzenia mieszkańca, czyli szczególnie w tych przypadkach, gdy może pojawić się ryzyko błędów i złego (w tym niezamierzonego) traktowania mieszkańców.



KMPT zachęca do przeglądu i zreformowania systemu prowadzenia dokumentacji, tak by była ona wszechstronna, dokładna, precyzyjna i aktualna.



SPT

Dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami i innymi formami niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności³⁴⁵.

Warunki bytowe

Nie we wszystkich placówkach pokoje mieszkalne były wyposażone w instalację przywoławczą, która służyłaby do wezwania pomocy w nagłych przypadkach. W jednym Domu tylko niektórzy pacjenci wyposażeni byli w przenośne urządzenia przywoławcze.



Ze względu na różny stan zdrowia przyjmowanych mieszkańców oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, przyciski alarmowo-przyzywowe, które umożliwiają szybką reakcję personelu, powinny być dostępne w pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje łóżkowe). Jest to również ważne z perspektywy komfortu psychicznego mieszkańców, których poczucie bezpieczeństwa lub jego brak może istotnie wpływać na rozwój choroby, tudzież zaważyć na ich dalszym losie.

Pomimo że art. 68 ust. 4 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej³⁴⁶ stanowi wyraźnie, że budynek oraz jego otoczenie powinny być pozbawione barier architektonicznych, to przyjęte rozwiązania w wizytowanych placówkach nie zawsze można uznać za dostosowanie do potrzeb osób o ograniczonej ruchomości lub poruszających się na wózkach.

Personel

Jak wynika z obserwacji KMPT, pracownicy domów opieki nie są objęci specjalistycznymi szkoleniami z zakresu sprawowania opieki nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi fizycznie lub intelektualnie, poszanowania ich praw, pierwszej pomocy, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

³⁴⁵ Zobacz przykładowo raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, par. 49-52.

³⁴⁶ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1507 ze zm.).



Szkolenie personelu jest mechanizmem zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Jest to szczególnie istotne w przypadku instytucji opiekuńczych, gdzie z uwagi na stan zdrowotny mieszkańców występują sytuacje trudne, w tym agresja werbalna i fizyczna. Wymaga to od pracowników wysokiego poziomu merytorycznego i profesjonalizmu, skutecznego radzenia sobie z trudnymi zachowaniami (z poszanowaniem godności i praw człowieka), ale też mechanizmów obronnych przed obciążeniem psychicznym i wypaleniem zawodowym.

Domy pomocy społecznej

DOBRE PRAKTYKI – PODAJ DALEJ

Za mocne strony placówek pomocy społecznej i dobre praktyki KMPT uznał m.in.:

- wprowadzenie Standardów opieki i pracy personelu DPS dla Kombatantów w Warszawie. Znajdują się wśród nich m.in.: supervizja, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, wymiana wiedzy i doświadczeń jako element wsparcia personelu, Kodeks Etyki pracowników, zasady postępowania z mieszkańcem agresywnym,
- realizowanie projektu „Wspieramy warszawskie DPS-y”, prowadzonego przez Fundację Oswoić Stres. Jego celem jest ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających z używania alkoholu przez mieszkańców DPS³⁴⁷,
- zakres szkoleń dla pracowników Domu, które realizowane są przez podmioty zewnętrzne z zakresu m.in.: pierwszej pomocy, opieki paliatywnej, seksualności mieszkańców, psychologicznych aspektów starzenia się, praw mieszkańców domu, oddziaływań terapeutycznych oraz metod pracy z mieszkańcem, przymusu bezpośredniego, zachowań agresywnych wśród mieszkańców, kształtowania właściwych relacji z osobami z zaburzeniami psychicznymi, komunikacji asertywnej, radzenia sobie ze stresem i z problemami zawodowymi³⁴⁸,
- ofertę kulturalno-oświatową oraz terapeutyczną³⁴⁹. W placówkach organizowana jest: choreoterapia, arteterapia, zooterapia, biblioterapia, muzykoterapia, horiterapia. Mieszkańcy wychodzą m.in. do muzeów, galerii sztuki czy papugarni. Cyklicznie odbywają się spotkania z dziećmi i młodzieżą z okolicznych szkół i przedszkoli, ze studentami,

³⁴⁷ W jego ramach realizowane są nie tylko działania z zakresu profilaktyki ukierunkowanej na mieszkańców, ale przede wszystkim wsparcie pracowników poprzez prowadzenie supervizji i szkoleń, DPS dla Kombatantów w Warszawie.

³⁴⁸ DPS dla Kombatantów w Warszawie.

³⁴⁹ DPS dla Kombatantów w Warszawie, DPS dla Dorosłych Zgromadzenia Braci Albertynów w Częstochowie, DPS „Leśny” w Warszawie.

- zatrudnienie w Domu: terapeutę uzależnień³⁵⁰, psychologów³⁵¹, lekarza psychiatrii³⁵², pielęgniarkę³⁵³,
- opisywanie przez pielęgniarkę zmian skórnych i obrażeń nowo przyjmowanego mieszkańca³⁵⁴,
- zakup wózka umożliwiającego przewożenie w pozycji leżącej jednego z mieszkańców, który trafił do DPS w bardzo złym stanie fizycznym (z zanikiem mięśni i deformacjami) uniemożliwiającym siedzenie³⁵⁵,
- organizowanie zajęć przygotowujących mieszkańców DPS do podjęcia zatrudnienia³⁵⁶.

OBSZARY WYMAGAJĄCE POPRAWY

Traktowanie

W jednym z domów niepokój KMPT wzbudziło zdarzenie nadzwyczajne, do którego miało dojść około miesiąca wcześniej. W porze śniadania jedna z opiekunek dostrzegła leżącą na chodniku przed domem mieszkankę. Najprawdopodobniej kobieta wypadła z okna swojego pokoju (na pierwszym piętrze), doznając otwartego złamania nogi i ogólnych obrażeń. Mieszkanka została przetransportowana przez pogotowie ratunkowe do szpitala, gdzie przebywała jeszcze w dniu wizytacji. Na miejsce zdarzenia wezwano także Policję, bowiem podejrzewano, iż mieszkanka próbowała popełnić samobójstwo.

W związku z zaistniałą sytuacją przedstawiciele KMPT wystosowali zapytanie do Komendanta Rejonowego Policji o udzielenie informacji na temat opisanego wydarzenia, w szczególności wyników prowadzonego dochodzenia. Z informacji uzyskanych przez KMPT wynika, iż Komenda Rejonowa Policji postanowiła umorzyć śledztwo, ponieważ zgodnie z ustalonym stanem faktycznym zdarzenie miało charakter nieszczęśliwego wypadku.

W jednej z placówek w 2018 roku na oddziale dla osób chorujących psychicznie miało dochodzić do przemocy fizycznej i psychicznej wobec niektórych mieszkańców ze strony części personelu³⁵⁷. Skargę dotyczącą złego traktowania, skierowaną m.in. do władz

³⁵⁰ DPS „Nad Potokiem” im. Bohdany „Danuty” Kijewskiej w Radomiu.

³⁵¹ DPS dla Dorosłych Zgromadzenia Braci Albertynów w Częstochowie, DPS „Nad Potokiem” im. Bohdany „Danuty” Kijewskiej w Radomiu, DPS „Leśny” w Warszawie.

³⁵² DPS dla Dorosłych Zgromadzenia Braci Albertynów w Częstochowie.

³⁵³ Tamże.

³⁵⁴ DPS „Nad Potokiem” im. Bohdany „Danuty” Kijewskiej w Radomiu.

³⁵⁵ DPS dla Dorosłych Zgromadzenia Braci Albertynów w Częstochowie.

³⁵⁶ DPS „Leśny” w Warszawie.

³⁵⁷ Jako przykład można wskazać, że mieszkanka, która wyszła na spacer z oddziału psychiatrycznego, po jakimś czasie miała poprosić o otwarcie drzwi, bo chciała wrócić, aby skorzystać z toalety. W odpowiedzi miała usłyszeć, że ma załatwić potrzebę fizjologiczną w krzakach. Mieszkańcy mieli też być szarpani i wyzywani przez personel placówki.

miasta oraz Rzecznika Praw Pacjenta, złożył jeden z mieszkańców DPS. W związku z otrzymanymi informacjami na początku 2019 r. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej przeprowadził kontrolę w placówce. Opierając się na jej ustaleniach, władze miasta odwołały dyrektora DPS. Jednocześnie wiceprezydent miasta skierował w tej sprawie za wiadomienie do prokuratury³⁵⁸. W czasie wizytacji KMPT żadna z osób, którym przedstawiono prokuratorskie zarzuty, nie pracowała już w DPS.

Wątpliwości KMPT wzbudziła analiza dokumentacji ubezwłasnowolnionej mieszkanki, w której znajdowała się informacja, że opiekun prawny zabronił kontaktów pensjonariuszki z dwoma osobami, które utrzymywały z nią kontakt od blisko 60 lat. Osoby te zwróciły się bezpośrednio do dyrektora Domu z prośbą o uzasadnienie i podanie podstawy prawnej tego ograniczenia. Zgodnie z informacją przekazaną osobom ubiegającym się o spotkanie z mieszkanką przez kierownictwo placówki, decyzja taka leży nie w gestii pensjonariuszki, lecz opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej.



KMPT pragnie podkreślić, iż instytucja ubezwłasnowolnienia ogranicza osobę nią objętą wyłącznie w sferze prawnej, a nie w sferze wolności osobistej, do której niewątpliwie należy zaliczyć kwestie kontaktu z innymi osobami. Dlatego też ograniczenie osoby ubezwłasnowolnionej niezwiązane z jej uczestnictwem w obrocie prawnym należy uznać, w świetle obowiązujących przepisów, za nieuprawnione. W ocenie Mechanizmu osoby ubezwłasnowolnione powinny być traktowane przez personel Domu na równi z innymi mieszkańcami w każdym aspekcie ich życia, niezwiązanym ze wspomnianymi ograniczeniami w sferze prawnej³⁵⁹.



KMPT zaleca władzom DPS pouczenie opiekunów prawnych, którzy chcieliby ograniczyć kontakt ubezwłasnowolnionego mieszkańca z innymi osobami, o konieczności uzyskania w takim przypadku zezwolenia sądu.

³⁵⁸ Jak wynika z informacji przekazanych przez Prokuratora Rejonowego, postępowanie przygotowawcze jest prowadzone w sprawie:


1) niedopełnienia obowiązków przez byłego dyrektora Domu Pomocy Społecznej poprzez niereagowanie na przypadki niewłaściwego traktowania podopiecznych przez personel;

2) niedopełnienia obowiązków przez kierownika pielęgniarek Oddziału Psychiatrycznego Domu Pomocy Społecznej poprzez niereagowanie na przypadki niewłaściwego traktowania podopiecznych przez personel;

3) znęcania się przez dwie pracownice nad podopiecznymi Domu Pomocy Społecznej, będącymi osobami nieporadnymi ze względu na stan psychiczny, poprzez niewłaściwe ich traktowanie.

³⁵⁹ W tym kontekście należy jednak przypomnieć, że zgodnie z art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2019 r., poz. 2086 z późn. zm.) w zw. z art. 175 k.r.o., opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby ubezwłasnowolnionej lub jej majątku. Za taką ważną kwestię należy uznać możliwość ograniczenia kontaktu z innymi osobami. Zagadnienie to było także po części analizowane przez Sąd Najwyższy, który w uzasadnieniu uchwały z 17 maja 2018

Sytuacja mieszkańca DPS stwarzającego zagrożenie dla siebie i osób trzecich

 *W jednej z placówek przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur uzyskali informacje dotyczące mężczyzny umieszczonego w niej w 2018 r., którego stan zdrowia zdaniem dyrektora i personelu Domu zagrażał bezpieczeństwu jego i innych przebywających tam osób. U mężczyzny zdiagnozowano hiperkinetyczne zaburzenia zachowania oraz upośledzenie lekkie ze znacznymi zaburzeniami zachowania. Decyzją sądu został on całkowicie ubezwłasnowolniony. W czasie wizytacji mieszkaniec przebywał od ponad czterech miesięcy na obserwacji psychiatrycznej. W ciągu dziesięciomiesięcznego pobytu w placówce, mężczyzna kilkunastokrotnie dopuścił się niszczenia mienia, dokonał sześciu prób samobójczych, siedmiokrotnie pobił innych mieszkańców, zaatakował także jednego z pracowników DPS. Przeciwko mężczyźnie prokuratura prowadzi także postępowanie dotyczące zepchnięcia ze schodów poruszającego się na wózku inwalidzkim jednego ze współmieszkańców oraz ciężkiego pobicia innego mężczyzny. Z otrzymanych informacji wynika, że zarówno Dyrektor DPS, jak i opiekun prawny mieszkańca dążą do umieszczenia go w placówce, która byłaby w stanie zapewnić mu odpowiednią opiekę, jednocześnie stwarzając bezpieczne warunki funkcjonowania dla niego samego oraz otaczających go osób.*

KMPT zwrócił się do Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii o zbadanie sprawy agresywnego mieszkańca DPS i podjęcie kroków zmierzających do umieszczenia mężczyzny w placówce adekwatnej do zdiagnozowanych u niego dysfunkcji. W odpowiedzi krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii zaproponował zwołanie specjalnego konsylium lekarskiego złożonego z pracowników Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, którzy po przeanalizowaniu historii choroby oraz aktualnego stanu mężczyzny podejmą decyzję o dalszym, optymalnym postępowaniu.



KMPT dostrzega problem umieszczania w domach pomocy społecznej osób, które prezentują częste i gwałtowne zachowania agresywne. Należy także zaznaczyć, iż problem może narastać i w związku z powyższym przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia powstać powinny specjalistyczne ośrodki koncentrujące swoje wysiłki na pracy z tego typu mieszkańcami.

r. (sygn. III CZP 11/18) stwierdził, że utrzymywanie kontaktów z rodzicami należy zaliczyć do kategorii ważniejszych spraw dotyczących osoby podopiecznego, zatem opiekun powinien wnieść o zezwolenie na ich pozbawienie lub ograniczenie, jeżeli są do tego podstawy.

Stosowanie przymusu bezpośredniego oraz niestandardowych form opieki

Przymus bezpośredni to czynność najgłębiej ingerująca w wolność jednostki. Tylko dobrze wykwalifikowany personel jest w stanie zastosować go bez wyrządzania dodatkowych dolegliwości osobie mu poddawanej.

Nie we wszystkich placówkach zorganizowane zostały monitorowane pomieszczenia do stosowania izolacji. Za utworzeniem tego typu pomieszczeń przemawia: zapewnienie bezpieczeństwa pobudzonemu mieszkańcowi, zapobieganie złemu traktowaniu osób, wobec których zastosowano zabezpieczenia mechaniczne oraz ograniczenie do minimum przypadków, w których przewiezienie do szpitala jest niezbędne (co – jak wynika z relacji personelu – negatywnie wpływa na stan psychiczny mieszkańców).



Niezbędne jest podnoszenie kwalifikacji personelu DPS poprzez przeprowadzanie szkoleń z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego.



Dodatkowo KMPT przypomina, że do sprawnego i bezpiecznego przeprowadzenia zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, niezbędne jest 5 osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia kończyn, jedna osoba zabezpiecza głowę).

W placówkach zwrócono uwagę, że w przypadku niektórych mieszkańców poruszających się na wózkach są oni dodatkowo zabezpieczani przed wypadnięciem specjalnymi pasami. Kwestia niestandardowych form zabezpieczeń mieszkańców została omówiona w części dotyczącej środków przymusu bezpośredniego i niestandardowych form zabezpieczeń w Placówkach Całodobowej Opieki.

Ochrona zdrowia mieszkańców

Sprawdzoną gwarancją zapobiegania torturom jest przeprowadzanie badań medycznych wszystkich mieszkańców DPS, w szczególności w trakcie przyjęcia pensjonariusza. Dokładne i wczesne dokumentowanie i następnie zgłaszanie ujawnionych urazów znacznie ułatwia zbadanie przypadków ewentualnego złego traktowania i zatrzymanie sprawców, co z kolei będzie stanowiło silny środek odstraszający od popełnienia w przyszłości tego typu czynów.

Tymczasem opisy stanu fizycznego przy przyjęciu mieszkańca były powierzchowne i bardzo lakoniczne. Brakowało adnotacji o ewentualnych obrażeniach lub ich braku. W niektórych ze zwizytowanych placówek wstępne badania wykonywane były nie w dniu przyjęcia, lecz w pierwszym możliwym terminie. W praktyce oznacza to kilkudniową zwłokę.



CPT rekomenduje, aby wstępne badania przeprowadzane były bez zbędnej zwłoki, najlepiej w ciągu 24 godzin od przyjęcia. Dokumentacja z takiego badania powinna zawierać: obiektywny i dokładny opis stanu mieszkańca, w szczególności wszelkich urazów, wyniki dodatkowych badań, szczegółowe wnioski wynikające ze specjalistycznych konsultacji, proponowany sposób leczenia w przypadku ujawnienia urazów, a także wskazania do dalszej pracy z osobą. Wszelkie zauważone urazy należy nanieść na specjalny formularz przewidziany do tego celu, z wykresami ciała do oznakowania urazów, który będzie przechowywany w aktach medycznych mieszkańca. Pożądane byłoby fotografowanie ran, a zdjęcia powinny być dołączane do akt medycznych. W przypadku ujawnienia tortur lub przemocy, niezależnie od woli mieszkańca, powinno się zawsze zawiadomić prokuratora³⁶⁰.

W jednym z domów niepokój przedstawicieli KMPT wzbudził fakt, że po godzinach pracy lub poza dniami wyznaczonymi na konsultacje lekarz dyżurny nie przyjeżdża na tzw. wezwanie w sytuacjach nadzwyczajnych do swoich pacjentów. W związku z tym personel zmuszony jest w takich sytuacjach wzywać pogotowie ratunkowe lub nocną pomoc lekarską. Sytuacja jest szczególnie problematyczna, bo tym samym opieka medyczna nad mieszkańcami praktycznie przez cały czas sprawowana jest wyłącznie przez pielęgniarki. Tymczasem jak wynika z relacji personelu oraz analizy dokumentacji medycznej, bywa, że czas oczekiwania na przyjazd pogotowia czy skorzystania z nocnej pomocy lekarskiej jest bardzo długi; przytrafiły się również przypadki odmowy przyjazdu. Niejednokrotnie zdarzało się, że lekarz przyjmujący wezwanie zlecał przez telefon (nie widząc osoby), np. podłączenie kroplówki czy podanie leków.

Problemem ujawnionym w jednej z placówek były relacje pomiędzy DPS a okolicznymi szpitalami. Personel domu odnosił wrażenie, że pacjenci przyjmowani są do szpitali niechętnie, zdarza się, że są wypisywani po kilku dniach, bez ukończenia diagnostyki czy kuracji. W wielu wypadkach wizyta w szpitalu kończyła się także powstaniem odleżyn.

Wciąż zdarzają się przypadki podawania leków w formie rozkruszonej. Tymczasem w kartach zleceń oraz dokumentacji medycznej nie było adnotacji o rozkruszaniu leków. Informacje te można było znaleźć w raportach pielęgniarskich, bez wytłumaczenia, dlaczego podjęto decyzję o rozkruszaniu leków, a przede wszystkim czy decyzję tę konsultowano z lekarzem.

³⁶⁰ Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2013) 29, par. 71-84.



W 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur uzyskał opinię prof. dr. hab. Jacka Wciórki z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w której podkreślił on, że podanie leku w takiej formie powinno być traktowane jako ostateczność. Rozkruszanie leków nie daje bowiem nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Także Polskie Towarzystwo Psychiatryczne poinformowało, że rozdrabnianie leków stanowić może działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować. Podawanie leków psychotropowych bez zlecenia lekarskiego mieszkańcom stanowi bezpośrednie naruszenie ich prawa do ochrony zdrowia oraz wolności w zakresie decydowania o przebiegu leczenia.

W jednym z domów wątpliwości delegacji wzbudził sposób przygotowania leków i nadzoru nad ich podawaniem. W placówce medykamenty rozkładane są na tacy na cały dzień, co oznacza, że przy jednym nazwisku są leki na rano, po południu i wieczór. Przy takim sposobie ich przygotowania łatwo o pomyłkę. W domu brakowało systematycznego nadzoru nad wydawaniem leków psychotropowych z grupy IV-P, co może stanowić szczególne zagrożenie w związku z zaobserwowanym faktem nadużywania stosowania leków z tej grupy i niezgodnością zleceń z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Prawo do informacji i mechanizm skargowy

W trakcie wszystkich wizytacji przedstawiciele KMPT każdorazowo zwracają uwagę, czy wizytowana placówka udostępnia informacje o instytucjach stojących na straży praw człowieka. Możliwość nawiązania przez mieszkańca domu pomocy społecznej lub przez bliskie mu osoby kontaktu z taką instytucją stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem.



Dobłą praktyką jest stworzenie i umieszczenie w widocznych miejscach na terenie Domu (np. tablicach informacyjnych) wykazu instytucji stojących na straży praw człowieka oraz sprawujących nadzór nad działalnością placówki. Wykaz powinien zawierać dane adresowe wraz z numerami telefonów.

W ocenie KMPT rozwiązania przyjęte w części domów nie były wystarczające. Na oddziałach brakowało skrzynek na skargi, książka skarg i zażaleń znajdowała się w dyżurce pielęgniarek, skrzynki na skargi opróżniane były przez pracowników socjalnych DPS. Są to osoby, które mają bezpośredni kontakt z mieszkańcami, a skargi mogą dotyczyć także ich samych. Nie ma więc gwarancji, iż procedura skargowa będzie przebiegała z pełnym poszanowaniem zasad poufności.



W opinii KMPT obsługą skrzynek ze skargami powinna się zatem zajmować wyłącznie jedna osoba, wyznaczona spośród pracowników administracyjnych. Jak pokazuje doświadczenie KMPT, w niektórych placówkach jest to np. pracownik sekretariatu dyrektora, a więc osoba, której bezpośredni kontakt z mieszkańcem jest ograniczony.



CPT

Należy zabezpieczyć bezpośredni i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi (np. poprzez zainstalowanie zamkniętych skrzynek skarg dostępnych dla skarżących w odpowiednich lokalizacjach, które będą otwierane wyłącznie przez osoby specjalnie wyznaczone w celu zapewnienia poufności skarg). Pracownicy, którzy mają osoby pozbawione wolności bezpośrednio pod ich nadzorem, nie powinni mieć możliwości filtrowania skarg³⁶¹.

Należy także podkreślić, iż powinna zostać stworzona szczegółowa procedura opisująca: postępowanie ze złożonymi skargami, ich bieg oraz sposoby rozpatrywania. Z taką informacją powinni być zapoznawani wszyscy mieszkańcy.



CPT

Osoby pozbawione wolności powinny niezwłocznie otrzymywać informacje, zarówno ustnie, jak i na piśmie, o wszystkich sposobach rozpatrywania skarg (w tym procedurach odwoławczych), zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych w stosunku do miejsc, w których są przetrzymywane. Powinni również jasno zrozumieć zasady korzystania z przysługującego im prawa do złożenia skargi³⁶².

Szkolenia personelu

Każdorazowo podczas wizytacji, przedstawiciele KMPT analizują program szkoleń personelu DPS. Zwracają w szczególności uwagę na kwestie przestrzegania praw mieszkańców, pierwszą pomoc, a także przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, sposoby postępowania z mieszkańcami agresywnymi i uzależnionymi. W żadnej z wizytowanych placówek personel nie został zapoznany i przeszkolony ze stosowania procedur Protokołu Stambulskiego.

³⁶¹ Tamże, par. 84.

³⁶² Tamże, par. 79.



Wskazane byłoby objęcie szkoleniami jak największej liczby osób zatrudnionych w tego typu placówkach. KMPT uważa także za zasadne rozważenie zorganizowania regularnych superwizji dla członków personelu, pozwalających na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych.

Zgodnie z Rekomendacją CM/Rec (2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich, przyjętą w dniu 19 lutego 2014 r., w sprawie promocji praw osób starszych, opiekunowie osób starszych powinni być odpowiednio przeszkoleni i otrzymywać wsparcie w celu zapewnienia adekwatnej jakości świadczonych usług.

Detencja nieletnich

W 2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację 11 jednostek dla nieletnich. Były to:

- Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej Nieletnich w Garwolinie³⁶³,
- 11 młodzieżowych ośrodków wychowawczych³⁶⁴ (w tym jedna rewizytacja³⁶⁵),
- 2 zakłady poprawcze³⁶⁶,
- 1 policyjna izba dziecka³⁶⁷.

KRAJOWY OŚRODEK PSYCHIATRII NIELETNICH W GARWOLINIE

Ośrodek – jako jedyny w Polsce – przeznaczony jest do wykonywania orzeczeń sądu o umieszczeniu osoby nieletniej w szpitalu psychiatrycznym w warunkach maksymalnego zabezpieczenia.

PROBLEMY SYSTEMOWE

Brak komisji wskazującej właściwe miejsce wykonania środka leczniczego i określenie w ustawie jej uprawnień, zasad funkcyjowania i finansowania

W sytuacji orzekania środka leczniczego dla nieletnich sąd nie ma obowiązku zasięgnięcia opinii komisji psychiatrycznej, tak jak jest to w przypadku dorosłych, wobec których orzeka się zastosowanie środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym³⁶⁸.

³⁶³ KMP.574.5.2019.

³⁶⁴ MOW Antoniewo KMP.573.5.2019, MOW Augustów KMP.573.18.2019, MOW Józwiaków KMP.573.4.2019, MOW Kraków (im. św. Siostry Faustyny) BPK.573.1.2019, MOW Mrowiny KMP.573.20.2019, MOW Renice KMP.573.3.2019, MOW Rusinów Konecki KMP.573.2.2019, MOW Strzelno KMP.573.6.2019, MOW Warszawa (ul. Strażacka 57) KMP.573.19.2019, MOW Wrocław (im. Matki Teresy Potockiej) KMP.573.7.2019.

³⁶⁵ MOW Kwidzyn BPG.573.1.2019. – Zob. rozdział *Rekontrole*.

³⁶⁶ ZP Studzieniec KMP.573.11.2019, ZP Witkowo KMP.573.15.2019.

³⁶⁷ PID Warszawa KMP.570.34.2019.

³⁶⁸ Art. 201 k.k.w. jasno określa, że minister właściwy do spraw zdrowia powołuje komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających. W kodeksie określone zostały zadania komisji m.in. wydawanie opinii dla właściwych sądów lub innych uprawnionych instytucji w sprawie przyjmowania, wypisywania lub przenoszenia sprawców, wobec których orzeczono wykonywanie środka zabezpieczającego w zakładach psychiatrycznych, analiza informacji o liczbie dostępnych miejsc w zakładach psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków

W praktyce komisja psychiatryczna orzekająca w sprawach nieletnich nie istnieje. Z dotychczasowych ustaleń Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wynika, że działalność tej komisji została zawieszona niedługo po jej utworzeniu, co było przedmiotem interwencji RPO w 2008 r.³⁶⁹ Brak takiej komisji powoduje, że sądy samodzielnie, w oparciu o własną wiedzę i doświadczenie, wyznaczają miejsce dla nieletnich, nie mając żadnego specjalistycznego „ciała” doradczego.

Umieszczenie nieletniego w trybie tymczasowym na podstawie art. 26 u.p.n.370

Umieszczenie w tym trybie ma miejsce, gdy sąd uzna to za konieczne ze względów wychowawczych oraz zapobieżenia demoralizacji. Środki przewidziane w tym przepisie stosuje się w trakcie postępowania (po jego wszczęciu). Sąd może od razu umieścić nieletniego w szpitalu psychiatrycznym na czas toczącego się postępowania. Może to także uczynić na wniosek dyrektora placówki resocjalizacyjnej lub opiekuńczej³⁷¹, w której przebywa nieletni umieszczony tam również w trybie tymczasowym. Sędziowie stosują też taką praktykę w przypadku, gdy toczy się postępowanie o zmianę środka wychowawczego, poprawczego na leczniczy³⁷².

Aktualne przepisy dają zatem możliwość przebywania na tym samym oddziale sprawców groźnych czynów karalnych (np. zabójstwo), nieletnich przejawiających demoralizację (np. wagary) oraz takich, wobec których dopiero toczy się postępowanie mające ustalić, czy nieletni był sprawcą czynu lub czy przejawia demoralizację. Na tym etapie nie ma również pewności co do tego, czy nieletni wymaga hospitalizacji psychiatrycznej, ponieważ przed umieszczeniem w oddziale psychiatrycznym w trybie tymczasowym nie ma konieczności zasięgnięcia opinii biegłych.

Prawne ramy określające wiek nieletniego pacjenta

Dolna granica wieku

Przepisy prawa określają dolną granicę wieku na 13 lat jedynie dla nieletnich, których sąd uznał za sprawców czynów karalnych³⁷³. Natomiast w przypadku nieletnich przejawiających demoralizację nie ma dolnej granicy wieku. Oznacza to, że w szpitalach psychiatrycznych mogą przebywać nieletni

zabezpieczających; Kodeks określa ponadto zasady wynagrodzenia członków komisji oraz zwrot poniesionych przez nich niezbędnych wydatków.

³⁶⁹ Biała Księga. Raport o korespondencji i kontaktach między Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Ministrem Zdrowia w sprawie przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009, Warszawa 2009, s. 254.

³⁷⁰ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 969).

³⁷¹ Schronisko dla nieletnich, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, dom dziecka.

³⁷² Są to sytuacje, w których nieletni w trakcie wykonywania środka wychowawczego (pobyt w młodzieżowym ośrodku wychowawczym) lub poprawczego (pobyt w zakładzie poprawczym) wymagają bardziej oddziaływań leczniczych aniżeli wychowawczych (w praktyce najczęściej są to wychowankowie, którzy nie stosują się do regulaminów i zasad panujących w ośrodkach resocjalizacyjnych).

³⁷³ Art. 1 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 969).

sprawcy czynów karalnych powyżej 13 r.ż. wraz z nieletnimi zdemoralizowanymi w wieku poniżej 13 r.ż. (wagary, używanie wulgaryzmów, nadużywanie alkoholu, narkotyków).

Górna granica wieku

Zgodnie z prawem pobyt w szpitalu psychiatrycznym ustaje z mocy prawa, gdy nieletni pacjent skończy 18 lat³⁷⁴. Problem pojawia się wtedy, gdy po ukończeniu 18 lat pacjent – w ocenie lekarzy – nadal wymaga leczenia w warunkach szpitalnych i stanowi zagrożenie. Sąd nie może wówczas przedłużyć hospitalizacji³⁷⁵.

Brak przepisów prawnych regulujących zasady kontaktów nieletnich pacjentów z osobami spoza szpitala (odwiedziny, wykonywanie połączeń telefonicznych, korespondencja)

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁷⁶ wskazuje, że kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

Nie istnieją inne przepisy regulujące zasady odwiedzin lub ich ograniczenia. Dyrektorzy szpitali – podobnie jak w przypadku przeszukań i kontroli osobistych – wprowadzają takie regulacje w regulaminach oddziałów lub wewnętrznych procedurach.

³⁷⁴ Zob. definicja „nieletnich” art. 1 § 2 pkt 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 969); umieszczenie nieletniego w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej Nieletnich (dalej: KOPSN) może nastąpić na podstawie art. 12, art. 25a oraz art. 26 niniejszej ustawy.

³⁷⁵ Rzecznik Praw Obywatelskich skierował w dniu 31 stycznia 2019 r. do Ministra Zdrowia wystąpienie generalne, nakreślając problem braku systemowych rozwiązań odnośnie zakresu oraz form wsparcia dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością dotkniętych kryzysem psychicznym, które po uzyskaniu pełnoletności i opuszczeniu placówki leczniczej dla nieletnich nadal wymagają kompleksowego i specjalistycznego wsparcia, a rodzina nie jest w stanie zapewnić im stosownej opieki i terapii; zob. <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/panstwo-nie-wspiera-rodzicow-dziecka-z-niepelnosprawnoscia-w-kryzysie-psychicznym-gdy-skonczy-18-lat>.

³⁷⁶ Art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1127 ze zm.).



Konieczne jest prawne uregulowanie zasad kontaktów nieletnich pacjentów z osobami spoza szpitala (odwiedziny, wykonywanie połączeń telefonicznych, korespondencja). Każde ograniczenie kontaktów z osobami spoza Ośrodka powinno podlegać kontroli sądowej, co jest ważne z punktu widzenia ochrony przed arbitralnym i nieuzasadnionym postępowaniem kierujących placówką i zapobiegania nadużyciom w tym obszarze. Konieczne jest wskazanie przesłanek, na podstawie których mogą zostać wprowadzone ograniczenia, oraz trybu postępowania, który powinien być stosowany w takich sytuacjach.

Stosowanie kajdanek w trakcie transportu

Delegacja KMPT ustaliła, że pacjenci są transportowani karetką w asyście Policji, tzn. policjanci zakładają pacjentom kajdanki na ręce (czasami kajdanki zespolone) i oddają pod opiekę Zespołu Ratownictwa Medycznego, sami zaś jadą za karetką. Kajdanki zdejmowane są dopiero w izbie przyjęć. Jak ustalono, jest to praktyka rutynowa (spotykana w wielu szpitalach), stosowana wobec wszystkich pacjentów oddziałów sądowych w celu zapobieżenia ucieczce³⁷⁷.



Zakładanie kajdanek każdemu pacjentowi (tylko dlatego, że jest pacjentem psychiatrycznym) konwojowanemu do szpitala lub poza szpital jest nadużyciem, nieznanym odzwierciedlenia w przepisach prawa.

Monitoring wizyjny w szpitalach psychiatrycznych

Praktyka instalowania kamer telewizji przemysłowej (monitoringu) w tego typu placówkach jest powszechna. Problem ten został opisany w części: Szpitale Psychiatryczne – Problemy systemowe.

Brak podstaw prawnych do przeprowadzania kontroli osobistych

Kontrolę osobistą przeprowadza się w sposób jednoetapowy (pacjent jednocześnie zdejmuje wszystkie ubrania), a nie dwuetapowy (najpierw zdejmowane jest ubranie z górnej części ciała, po sprawdzeniu osoba się ubiera i zdejmuje ubrania z dolnych partii ciała), który obowiązuje w stosunku do osób pozbawionych wolności. Kwestia ta szczegółowo opisana została w części: Szpitale Psychiatryczne – Problemy systemowe.

³⁷⁷ Zob. omówienie problemów systemowych w rozdziale *Szpitale Psychiatryczne* niniejszego Raportu.

OBSZARY WYMAGAJĄCE POPRAWY

Przymus bezpośredni

Na podstawie dokumentów oraz nagrań z monitoringu delegacja KMPT uznała sposób stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów za niehumanitarny i poniżający.

Największe zastrzeżenia budzą:

- sam sposób czterokończynowego unieruchomienia polegający na przywiązaniu rąk i nóg do każdego rogu łóżka – pozycja rozgwiazdy,
- stosowanie podczas unieruchomienia szarfy, która ogranicza ruchy (tułów unieruchomionego za pomocą pasów pacjenta jest dodatkowo przewiązywany szarfą, by uniemożliwić wyswobodzenie się z pasów),
- zakładanie pampersa pacjentom unieruchamianym pasami („pod okiem” kamery, a także często przy otwartych drzwiach, gdzie odbywa się ruch innych pacjentów),
- stosowanie nieodpowiednich pasów, powodujących otarcia podczas ruchu, bez fragmentów ochronnych na nadgarstki i kostki,
- brak chwilowego zwalniania podczas kilkugodzinnych unieruchomień,
- zbyt długie (ponad 20 godzin) unieruchomienia pasami,
- kontynuowanie unieruchomienia w sytuacji, gdy stan pacjenta opisywany jest kilkakrotnie jako spokojny,
- unieruchamianie pacjentów w salach ogólnych w towarzystwie innych pacjentów, zakładanie pampersa (lub załatwianie potrzeb fizjologicznych do tzw. „kaczkę”) bez osłonięcia parawanem,
- stosowanie podczas przytrzymania chwytów za szyję z tyłu,
- spacerowanie niektórych pacjentów w kaftanach bezpieczeństwa.

» CPT

Stosowanie przymusu powinno być traktowane jako środek ostateczny. Po ustaniu sytuacji powodującej zastosowanie przymusu wobec pacjenta należy natychmiast zaprzestać jego stosowania. W przypadku fizycznego (ręcznego) środka przymusu, personel powinien być specjalnie przeszkolony w zakresie technik trzymania, które minimalizują ryzyko obrażeń. Chwyty za szyję i techniki, które mogą blokować drogi oddechowe pacjentów lub powodować ból, powinny być zabronione.

»

Dla celów mechanicznego środka przymusu należy stosować wyłącznie urządzenia zaprojektowane w celu ograniczania szkodliwych skutków (najlepiej wyściełane pasy z materiału) w celu zminimalizowania ryzyka urazu i/lub bólu u pacjenta. Pacjenci poddawani środkom przymusu powinni być zawsze ustawieni twarzą do góry z ramionami

skierowanymi w dół. Pasy nie mogą być zbyt ciasne i powinny być stosowane w sposób, który pozwala na maksymalny bezpieczny ruch ramion i nóg. Funkcje życiowe pacjenta, takie jak oddychanie i zdolność komunikowania się, nie mogą być utrudniane. Pacjenci poddani środkom przymusu powinni być odpowiednio ubrani i w miarę możliwości móc samodzielnie jeść i pić oraz zaspokajać swoje potrzeby fizjologiczne w miejscu do tego przeznaczonym.

» Pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że pacjent wyraźnie wyraża chęć pozostania w towarzystwie innego pacjenta); wizyty innych pacjentów powinny odbywać się wyłącznie za wyrażoną zgodą pacjenta poddanego środkowi przymusu. Czas stosowania środków przymusu mechanicznego i izolacji powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny) i zawsze powinien zostać zakończony, gdy ustaną przyczyny leżące u podstaw ich zastosowania. Utrzymywanie środków przymusu mechanicznego przez kilka dni nie może mieć żadnego uzasadnienia i mogłoby, zdaniem CPT, być równoznaczne ze złym traktowaniem.

» Po zaprzestaniu stosowania środków przymusu ważne jest udzielenie pacjentowi informacji, wyjaśnienie powodów zastosowania środka przymusu wobec niego, zmniejszenie urazu psychologicznego, jakiego doznał i przywrócenie relacji lekarz-pacjent. Daje to również szansę pacjentowi, wraz z personelem, na znalezienie alternatywnych sposobów utrzymania kontroli nad samym sobą, co może zapobiec przyszłym wybuchom przemocy i kolejnemu zastosowaniu środków przymusu³⁷⁸.

Traktowanie

Delegacja KMPT zwróciła uwagę na następujące zagadnienia:

- odpowiedzialność zbiorowa – przykładowo za ujawnienie na podłodze w łazience ekskrementu wszyscy pacjenci przez 3 dni nie otrzymali dokładki na stołówce, za kradzież pieczętki cały oddział nie mógł uczestniczyć w dyskotecie,
- sprzątanie pomieszczeń oddziału przez pacjentów – z ustaleń delegacji KMPT wynika, że pacjenci wykonują obowiązkowe dyżury w różnych pomieszczeniach, polegające na np. nakrywaniu stołów na stołówce, myciu podłóg, sprzątanu pokoi, łazienek. W ocenie KMPT pozytywnie należy ocenić angażowanie pacjentów do codziennych czynności, ale pod pewnymi warunkami oraz w oparciu o jasno ustalone zasady.

³⁷⁸ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu [CPT/Inf(2017)6].



KMPT

Prace takie powinny być dobrowolne, a pacjent, który nie chce ich wykonywać, nie powinien być z tego powodu karany.



W przypadku traktowania prac porządkowych na rzecz oddziału jako elementu zajęć rehabilitacyjnych powinno się uwzględniać wszelkie wymogi opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych³⁷⁹. A zatem czynności te powinny być prowadzone zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacji, opracowanym przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii i psychologa lub terapeutę zajęciowego, we współdziałaniu z pacjentem.

Warunki materialne

W niniejszej materii KMPT zwrócił uwagę na zły stan techniczny sali gimnastycznej przeznaczonej dla pacjentów, brak sygnalizacji alarmowej oraz na fakt, że pokoje charakteryzowały się dość surowym wystrojem. W niektórych salach nie było szafek do przechowywania osobistych rzeczy, tylko same łóżka (nielejni przechowywali swoje rzeczy w tekturowych pudełkach, reklamówkach lub na parapetach), nie było miejsca na powieszenie ręcznika³⁸⁰.

Prawo do opieki zdrowotnej

W zakresie sposobu leczenia delegacja KMPT zwróciła uwagę, że zasadne byłoby zatrudnienie drugiego lekarza specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży lub rozpoczęcie szkolenia specjalistycznego przez obecny personel.

Ponadto w przypadku dwóch pacjentów nie odnaleziono w dokumentacji medycznej zgód opiekunów prawnych na prowadzenie leczenia lekami nieobjętymi wskazaniami rejestracyjnymi w tej grupie wiekowej (jest to tzw. zastosowanie leku poza rejestracją off-label).

³⁷⁹ Dz. U. z 2014 r., poz. 522.

³⁸⁰ Stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje, w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom, a także odpowiednie oświetlenie, ogrzewanie i wentylację, utrzymywanie ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych. Należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądane jest wyposażenie pomieszczeń w stoliki i szafki stojące obok łóżek; ponadto pacjentom powinno się pozwolić na przechowywanie określonych rzeczy osobistych (fotografie, książki itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia pacjentom określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii u pacjenta. Warunki sanitarne powinny pozwalać pacjentom na pewną prywatność. Należy ponadto zauważyć, że obserwowana w niektórych ośrodkach psychiatrycznych praktyka polegająca na stałym ubieraniu pacjentów w piżamy/koszule nocne nie sprzyja wzmocnieniu tożsamości osobistej i poczuciu wartości u pacjentów; indywidualizacja w zakresie garderoby powinna być częścią procesu terapeutycznego (Standardy CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2011).

Praktyki zastosowania wobec dziecka leku poza rejestracją dla wielu praktyków i naukowców są mocno dyskusyjne³⁸¹. Problem ma charakter globalny i wynika z niewielkiej dostępności nowoczesnych leków psychotropowych przeznaczonych dla dzieci. Z tego powodu wielu lekarzy decyduje się na wdrożenie leczenia (nowocześniejszymi) lekami dla dorosłych. Zawsze w takiej sytuacji powinna być jednak pozyskana pisemna zgoda pacjenta lub opiekuna prawnego.

Przepustki

Zgodnie z polskim porządkiem prawnym osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać zgodę ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób³⁸².

W KOPSN nie ma możliwości uzyskania przepustki. W „Programie adaptacyjnym” przekazywanym każdemu nowemu pacjentowi w celu zapoznania się z zasadami panującymi w Ośrodku, już w pierwszym punkcie zaznaczono: „(...) Jest to szpital zamknięty, w którym nie ma możliwości otrzymywania przepustki”.

Personel

Z uwagi na specyfikę pracy, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zalecił, by katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów wzbogacić o tematykę dotyczącą: kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, technik deeskalacji, sposobów radzenia sobie ze stresem i z agresją. Ważne jest także zaznajomienie pracowników z Protokołem Stambulskim, czyli Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.

Młodzieżowe ośrodki wychowawcze oraz zakłady poprawcze

DOBRE PRAKTYKI

KMPT w czasie wizytacji spotkał się z wieloma dobrymi praktykami oraz ciekawymi rozwiązaniami, zwiększającymi bezpieczeństwo podopiecznych i mającymi wpływ na budowanie pozytywnej atmosfery braku akceptacji dla tortur oraz poniżającego i nieludzkiego traktowania. Były to m.in.:

- funkcjonowanie Rzecznika Praw Wychowanków, który wybierany jest spośród pracowników przez Samorząd Wychowanków Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego (dalej: MOW)³⁸³,

³⁸¹ P. Niwiński, Leki przeciwdepresyjne i przeciwpsychotyczne zarejestrowane u dzieci i młodzieży. Trudności prawne i etyczne związane z zakresem rejestracji leków, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 17 (4), 2017, s. 274–278.

³⁸² Zob. art. 14 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 1878 ze zm.).

³⁸³ Do zadań Rzecznika należy m.in. egzekwowanie przestrzegania praw wychowanków, pomaganie wychowankom w formułowaniu swoich potrzeb, wniosków i skarg, przeprowadzanie rozmów z wychowankiem i pracownikiem uczestniczącym w problemie, reprezentowanie interesów wychowanków w sprawach spornych, podejmowanie działań na rzecz upowszechniania praw dziecka, MOW w Antoniewie.

- powołanie funkcji Trybuna Młodzieżowego, tj. wybieranej kadencyjnie osoby spoza placówki, spełniającej rolę rzecznika praw wychowanki³⁸⁴,
- dbanie przez kierownictwo o utrzymanie stałego kontaktu z rodzicami/opiekunami prawnymi nieletnich oraz angażowanie ich w pracę wychowawczą³⁸⁵,
- zapewnienie kompleksowej opieki psychologicznej, a także codziennej obecności pielęgniarki³⁸⁶,
- utworzenie oraz kompleksowe wyposażenie, wynajętego specjalnie w tym celu, dużego i komfortowego domu mieszkalnego (tzw. „domku”), w którym przebywanie wychowanek sprzyja procesowi usamodzielniania³⁸⁷,
- umieszczenie na korytarzu tzw. „łęki pomysłów”, to jest skrzynki przeznaczonej do anonimowego zgłaszania ciekawych inicjatyw oraz ewentualnych problemów wychowanek³⁸⁸,
- wprowadzenie autorskich programów oddziaływań, takich jak np.: program „Dobra mama”, przygotowujący do odpowiedzialnego rodzicielstwa, czy też program „Konflikt i co dalej...”, dotyczący mediacji szkolnych i rówieśniczych w placówce³⁸⁹,
- zorganizowanie na terenie placówki domu tymczasowego dla psów wraz z programem Adopcjaki, umożliwiającym wychowankom opiekę nad szczeniakami przeznaczonymi do adopcji³⁹⁰,
- utworzenie pracowni kosmetyczno-fryzjerskiej, z której korzystać mogą wychowanki³⁹¹,
- udział w projekcie partnerskim pt. „Nowa Perspektywa – Lepszy Start” mającym na celu udzielenie wsparcia społeczno-zawodowego chłopcom w wieku 13–18 lat, przebywającym w Ośrodku oraz ich rodzinom, przez co docelowo zwiększało to ich integrację³⁹²,
- prowadzenie szkoleń w związku z przewlekłą chorobą wychowanka – wychowawcy uczestniczyli w szkoleniu z personelem medycznym kliniki, by móc umiejętnie dostosować poziom opieki do potrzeb chorego nieletniego³⁹³,
- ankiety dotyczące funkcjonowania placówki³⁹⁴,
- kontakt telefoniczny bez ograniczeń (poza czasem, kiedy są zajęcia szkolne, wychowankowie mogą korzystać z telefonów bez ograniczeń czasowych)³⁹⁵,
- możliwość posiadania przez wychowanka telefonu komórkowego, z którego ma prawo korzystać w wyznaczonych godzinach³⁹⁶,

³⁸⁴ MOW w Kwidzynie.

³⁸⁵ MOW w Antoniewie, MOW w Krakowie, ZP w Studzieńcu.

³⁸⁶ MOW w Krakowie, MOW w Kwidzynie.

³⁸⁷ MOW w Krakowie.

³⁸⁸ Tamże.

³⁸⁹ MOW w Kwidzynie.

³⁹⁰ Tamże.

³⁹¹ MOW w Krakowie, MOW w Kwidzynie.

³⁹² MOW Mrowiny.

³⁹³ Tamże.

³⁹⁴ W Ośrodku co kilka miesięcy realizowane są wśród wychowanek anonimowe ankiety dotyczące sytuacji panującej w placówce i ich poczucia bezpieczeństwa, młodzież może także zgłaszać propozycje zajęć, w których chciałyby brać udział, MOW w Renicach.

³⁹⁵ MOW w Renicach.

³⁹⁶ MOW w Rusinowie Koneckim,

- realizacja projektu „Wykluczenie – nie ma MOW-y”³⁹⁷, który finansowany jest ze środków unijnych. Celem projektu jest wzrost aktywności społecznej, edukacyjnej i zawodowej, zwiększającej zdolność funkcjonowania w społeczeństwie młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym³⁹⁸,
- cotygodniowe spotkania podsumowujące z wicedyrektorem³⁹⁹,
- system ochrony dostosowany do otwartego typu placówki⁴⁰⁰,
- spotkania grupy anonimowych alkoholików⁴⁰¹,
- działalność Stowarzyszenia pomocowego przy Zakładzie Poprawczym w Witkowie⁴⁰²,
- różnorodne wykształcenie specjalistów wchodzących w skład Zespołu Diagnostyczno--Korekcyjnego (psychologa i dwójga pedagogów)⁴⁰³.

PROBLEMY SYSTEMOWE

Przygotowanie nowej ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich

Najważniejszą do załatwienia sprawą, z punktu widzenia osób nieletnich przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych (MOW) oraz zakładach poprawczych (ZP), jest przygotowanie nowej ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich⁴⁰⁴.

W ocenie KMPT ustawa powinna uregulować kwestie związane z dostępem wychowanków do opieki medycznej (w tym także do opieki specjalistycznej dla ciężarnych), stosowaniem monitoringu wizyjnego, testów na obecność w organizmie alkoholu i środków odurzających, czy kontaktem z rodzicami, opiekunami prawnymi i adwokatem.

W 2019 r. KMPT przedstawił uwagi do projektu ustawy o nieletnich z dnia 8 marca 2019 r., co opisane zostało w rozdziale Opiniowanie aktów prawnych.

³⁹⁷ Więcej o projekcie na stronie: <https://www.rops.torun.pl/projekty/wykluczenie-nie-ma-mowy>.

³⁹⁸ MOW w Strzelnie.

³⁹⁹ W czwartki odbywają się spotkania całej społeczności wychowanków z wicedyrektorem, podczas których nieletnie mogą powiedzieć o zaistniałych trudnościach, omówić sytuację szkolną czy zaproponować konkretne rozwiązania. W środy odbywają się natomiast spotkania podsumowujące poszczególnych grup, obejmujące omówienie zarówno odniesionych sukcesów, jak i poniesionych porażek; MOW w Warszawie.

⁴⁰⁰ ZP w Studzieńcu.

⁴⁰¹ Dodatkowym wsparciem w prowadzonych działaniach pomocy psychologicznej są wizyty członków grupy anonimowych alkoholików w zakładzie, gdzie w spotkaniach z nimi uczestniczą wychowankowie wcześniej uzależnieni od alkoholu lub środków psychoaktywnych, ZP w Studzieńcu.

⁴⁰² Celem organizacji jest udzielanie pomocy wychowankom Zakładu, ich rodzinom, członkom stowarzyszenia oraz wychowankom innych instytucji resocjalizacyjnych, wychowawczych i opiekuńczych zajmujących się readaptacją społeczną.

⁴⁰³ Ukończenie studiów podyplomowych z takich zakresów, jak: oligofrenopedagogika, socjoterapia, resocjalizacja, coaching czy doradztwo zawodowe, zdecydowanie zwiększa możliwości pracy z osobami umieszczonymi w Zakładzie, zapewniając im pomoc nakierowaną na wiele aspektów. Ponadto pracownicy Zakładu stale podnoszą swoje umiejętności przez uczestnictwo w wartościowych szkoleniach i konferencjach.

⁴⁰⁴ Problem ten sygnalizowany jest przez KMPT od lat, zob. m.in. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

Brak rozwiązań systemowych dotyczących sytuacji nieletnich w ciąży oraz nieletnich i ich dzieci po urodzeniu.



Nieletnie matki przebywające w detencji powinny mieć możliwość stałego przebywania w placówce z potomkiem, budowania więzi emocjonalnych i rodzinnych, a nie jedynie realizowania pojedynczych spotkań z dzieckiem znajdującym się pod opieką innych osób.

Niestety, pomimo systematycznego opisywania tego problemu w raportach rocznych KMPT poczynawszy od 2012 r., zgłaszania potrzeby jego rozwiązania w wystąpieniach generalnych adresowanych do resortu edukacji narodowej, sprawiedliwości, jak również zwracania uwagi na potrzebę stworzenia odpowiednich regulacji prawnych przy okazji opiniowania przez KMPT aktów prawnych, problem nie został rozwiązany w dalszym ciągu⁴⁰⁵.

Brak sprofilowanych placówek resocjalizacyjnych typu młodzieżowy ośrodek wychowawczy

W obecnym systemie prawnym placówki typu MOW dzielą się na resocjalizacyjne i rewalidacyjne dla nieletnich z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Brakuje placówek sprofilowanych, przeznaczonych dla nieletnich z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu lub środków psychoaktywnych (tak jak jest to w przypadku zakładów poprawczych).

W ocenie KMPT rozważenia wymaga stworzenie sprofilowanych MOW dedykowanych nieletnim z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od środków psychoaktywnych lub alkoholu, które przyczyniłyby się do lepszej opieki nad tą populacją wychowanków.



Brak wyspecjalizowanych ośrodków stanowi duży problem, gdyż osoby uzależnione lub z zaburzeniami psychicznymi wymagają szczególnej uwagi oraz opieki. Często personel tych ośrodków nie jest przygotowany do pracy z takimi nieletnimi i zamiast ukierunkować nieletniego na oddziaływania ściśle terapeutyczne, w jego indywidualnym planie przeważają zajęcia terapii zajęciowej.

W trakcie wizytacji jednego z młodzieżowych ośrodków wychowawczych delegacja KMPT zapoznała się ze sprawą jednego z nieletnich, który sprawiał szczególne problemy wychowawcze.

☰ ☰ ☰ To chłopiec w wieku 14 lat, który do placówki trafił pod koniec 2018 r. W opinii w sprawie nieletniego, wydanej na potrzeby Sądu Rejonowego, czytamy, iż wychowanek wychowuje się w środowisku wiejskim, w rodzinie zrekonstruowanej o zaburzonych relacjach i patologicz-

⁴⁰⁵ Zob. Raporty Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2012 r. – 2018 r.

nych wzorcach zachowań (alkoholizm matki, niestabilizowana sytuacja rodzinna, niestabilność warunków życiowych, niski status materialny). Chłopiec już od najmłodszych lat borykał się z problemami związanymi z opóźnieniami w rozwoju (zaczął mówić i chodzić w 3. roku życia). Gdy skończył 5 lat, zaczęły się jego wizyty w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. W I klasie Szkoły Podstawowej objęto go pomocą psychologiczno-pedagogiczną. Wtedy też po raz pierwszy był hospitalizowany w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, gdzie zdiagnozowano u niego hiperkinetyczne zaburzenia zachowania. Po wyjściu ze szpitala zalecono dalsze leczenie pod opieką Poradni Zdrowia Psychicznego. W 2015 r. wychowanek ponownie był hospitalizowany z powodu nasilającej się agresji i próby podpalenia budynku. Po opuszczeniu szpitala zalecono dalsze leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego i terapię behawioralno-poznawczą. W 2016 r. nieletni trafił do MOS, gdzie podczas pobytu od połowy listopada do połowy grudnia był po raz kolejny hospitalizowany z powodu nasilającej się agresji wobec rówieśników, których często bił, rzucał się na nich z pięściami, kopał, groził im, uciekał z lekcji, kopał również nauczyciela, który nie chciał go wypuścić z sali. Chłopiec we wrześniu 2017 r. w trybie pilnym po raz kolejny trafił do szpitala z powodu nadużycia leków i zagrożenia zaciągnięcia sobie paska na szyi oraz zachowań agresywnych o charakterze seksualnym wobec dziewczyn, które napastował, dotykał ich piersi i pośladków. W grudniu ponownie został umieszczony w szpitalu psychiatrycznym. Wypisano go pod koniec stycznia 2018 r. z zaleceniem oddziaływań behawioralnych, udziału w społeczności terapeutycznej, zajęciach wychowawczo-terapeutycznych, dalszego leczenia w PZP i umieszczenia w MOW ze względu na postępującą demoralizację.

Z rozmów przeprowadzonych z pracownikami Ośrodka wynika, iż chłopiec także i w obecnej placówce sprawia ogromne problemy wychowawcze. Jest określany jako „trudny” wychowanek, jego stan psychiczny jest niestabilny, bywa głośny, wulgarny, konfliktowy, prezentuje niebezpieczne zachowania. Podczas zajęć szkolnych nierzadko przyjmuje postawę opozycyjno-buntowniczą. Ze względu na swoje liczne, często nieprzewidywalne zachowania, nie jest lubiany wśród rówieśników. W trakcie wykonywanych czynności ustalono, iż chłopiec został dwukrotnie pobity przez wychowanków. Prawdopodobną przyczyną takich zachowań są zaczepne zachowania chłopca w stosunku do innych wychowanków. Analiza dokumentacji wykazała również, iż nieletni zażywa średnio 14 tabletek psychotropowych w ciągu doby. W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT byli ponadto świadkami, gdy chłopiec pod wpływem zaczepek kolegów stał się agresywny, chciał zaatakować jednego z wychowanków, po czym zaczął uderzać głową w ścianę. Z informacji otrzymanych po wizytacji wiadomo, iż w wyniku wyczerpania możliwości wpływania na zachowania wychowanka, zespół do spraw pomocy psychologiczno-pedagogicznej Ośrodka, na czerwonym zebraniu wnioskuje o przeniesienie nieletniego do innego ośrodka.

Przeszukanie pokoi i kontrola osobista

Przedstawiciele KMPT podkreślają, że obowiązujące przepisy prawa nie dają personelowi MOW uprawnień do dokonywania przeszukań oraz dokonywania kontroli osobistej podopiecznych.

Należy mieć na względzie, że kontrola osobista jest środkiem bardzo inwazyjnym i potencjalnie poniżającym, silnie ingerującym w poczucie godności wychowanki. Jej realizacja nie sprzyja celom wychowawczym, utrudnia budowanie właściwych relacji personelu z podopiecznymi, pogłębia rygoryzm placówki i nasuwa skojarzenia z systemem penitencjarnym.



Konstytucja RP

Wolność człowieka podlega ochronie prawnej oraz ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.

W zakładach poprawczych kontrole osobiste przeprowadzane są oparciu o przepisy rozporządzenia, a nie ustawy⁴⁰⁶. Ponadto rozporządzenie to nie wskazuje osób uprawnionych do przeprowadzania kontroli osobistych, przesłanek ich stosowania, jak również środka zaskarżenia na decyzję w tej mierze.



Kontrole osobiste w zakładach poprawczych powinny być uregulowane w ustawie.

OBSZARY WYMAGAJĄCE POPRAWY

Traktowanie

W regulaminie jednej z placówek znalazł się zapis, zgodnie z którym wychowanka ma obowiązek poddać się krótkotrwałej izolacji w sytuacji, gdy zachowanie może być uznane jako zagrożenie bezpieczeństwa własnego i innych wychowanek. W tym miejscu należy jednak podkreślić, iż w aktach prawnych regulujących funkcjonowanie młodzieżowych ośrodków wychowawczych nie ma żadnych podstaw prawnych do izolowania wychowanków (ani w ramach środka przymusu bezpośredniego, ani w ramach środka dyscyplinarnego, ani jakiegokolwiek innego).

W dwóch placówkach delegacja stwierdziła obecność wychowawcy w łazience w czasie, gdy grupa wychowanków bierze prysznic. Podyktowane jest to rzekomymi względami bezpieczeństwa.

⁴⁰⁶ Chodzi o rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2001 r. w sprawie zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 487).



Zalecenia Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie praw dzieci przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych



W celu zapewnienia poszanowania podstawowych zasad i praw dziecka, uznano prawo do prywatności oraz prawo do poszanowania ludzkiej godności i fizycznej integralności dziecka za szczególne prawa dzieci przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych⁴⁰⁷.

W jednym z ośrodków wątpliwości KMPT wzbudziły zapisy dotyczące: braku odpowiedzialności placówki za rzeczy pozostawione w depozycie, niszczenia znalezione przy wychowanku tytoniu oraz zakaz noszenia do szkoły i na terenie ośrodka torebek, „nerek”, plecaków. Wątpliwości wizytujących wzbudziła także praktyka zamykania sypialni chłopców na noc.



Zalecenia CM/Rec (2008)11 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie europejskich reguł dla młodocianych przestępców objętych sankcjami lub środkami alternatywnymi

Instytucje, w których przebywają nieletni, powinny zapewnić warunki umożliwiające stosowanie jak najmniej restrykcyjnych metod nadzoru i kontroli, w stopniu niezbędnym do zabezpieczenia innych nieletnich, personelu, pozostałych osób lub przedstawicieli szerszej społeczności lokalnej przed ewentualną krzywdą ze strony nieletnich. Życie w instytucji powinno w możliwie jak najbliższy sposób oddawać pozytywne aspekty funkcjonowania w danej społeczności⁴⁰⁸.

W jednym z zakładów poprawczych wizytujący otrzymali informację dotyczącą przypadku użycia siły fizycznej przez pracownika ochrony w stosunku do wychowanka.



Pod koniec 2018 roku pełniący dyżur strażnik uderzył jednego z wychowanków w plecy przedmiotem przypominającym pałkę, sprowokowany rzekomo zaczepkami słownymi wychowanka. Zaistniałą sytuację wychowanek zgłosił dyrektorowi placówki, zastrzegając równocześnie, iż nie będzie wnosił oficjalnej skargi na zachowanie strażnika. Na polecenie dyrektora Zakładu kierownik internatu przeprowadził czynności wyjaśniające, polegające na przeprowadzeniu rozmowy z wychowankiem, organizacji zebrania grupy wychowawczej, w której doszło do incydentu oraz kontroli zapisu kamer monitoringu. Z przeprowadzonych czynności kierownik internatu sporządził notatkę służbową, którą przedłożył dyrektorowi.

⁴⁰⁷ Załącznik do Zalecenia Rec (2005)5 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie praw dzieci przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych (przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 16 marca 2005 r. na 919 zebraniu Zastępców Ministrów).

⁴⁰⁸ Zalecenia CM/Rec (2008)11 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie europejskich reguł dla młodocianych przestępców objętych sankcjami lub środkami alternatywnymi, pkt: 53.2 i 53.3.

Po dokonaniu analizy zapisu nagrań monitoringu i ww. notatki służbowej dyrektor zlecił zatrudnionej w placówce pielęgniarce dokonanie oględzin ciała wychowanka, pod kątem możliwych obrażeń. W trakcie oględzin pielęgniarka ujawniła otarcia naskórka o średnicy ok. 3–4 cm i długości ok. 10 cm w okolicy pośladków. Następnie dyrektor zgłosił chłopca do lekarza w celu przeprowadzenia badań lekarskich. Na ciele wychowanka nie zaobserwowano obrażeń. Niezależnie od przeprowadzonych badań lekarskich, dyrektor po rozmowie ze strażnikiem, który użył siły wobec wychowanka, skierował do Komisariatu Policji zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa przez naruszenie nietykalności cielesnej wychowanka. O sprawie poinformował także wizytatora Ministerstwa Sprawiedliwości sprawującego nadzór nad Zakładem. Sprawa przekazana została do Prokuratury Rejonowej, gdzie po rozpoznaniu sprawy wydano postanowienie o odmowie wszczęcia śledztwa, motywując to prywatno-skargowym charakterem typu czynu zabronionego opisanego w art. 217 § 1 k.k., przy jednoczesnym stwierdzeniu braku interesu publicznego w objęciu ściganiem tego czynu.

Niezależnie od postanowienia prokuratury, dyrektor placówki podjął decyzję o udzieleniu pracownikowi ochrony kary porządkowej nagany. Przeprowadzone zostało również zebranie ze strażnikami, podczas którego omówiono sytuację i wydano stosowne zalecenia dotyczące przestrzegania praw nieletnich oraz sprawowania nad nimi należytego nadzoru.

Traktowanie przez Policję

W wielu wizytowanych placówkach przedstawiciele KMPT ustalili, iż zasadą jest konwojowanie nieletnich do placówki w kajdankach. Zdarzają się również sytuacje, gdy wychowankom są zakładane kajdanki zespolone na czas transportu, mimo iż znajdują się w policyjnych furgonetkach, pod nadzorem funkcjonariuszy.

Konieczne jest podkreślenie, że stosowanie środków przymusu bezpośredniego ma charakter indywidualizowany i może nastąpić tylko pod warunkiem wystąpienia w konkretnym przypadku przesłanek ich zastosowania. Ponadto środki przymusu bezpośredniego należy stosować z zachowaniem zasady konieczności – muszą być niezbędne do osiągnięcia celów, w jakich zostały zastosowane oraz proporcjonalności – muszą być zastosowane proporcjonalnie do stopnia zagrożenia oraz z minimalną dolegliwością⁴⁰⁹.

⁴⁰⁹ Zob. art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 2418).



SPT

Stosowanie wszelkich środków bezpieczeństwa (w tym kajdanek) powinno być oparte na indywidualnej ocenie ryzyka, realizowanej na podstawie jasnych i określonych proceduralnie kryteriów. Kajdanki i inne instrumenty przymusu powinny być stosowane tylko wtedy, gdy nie jest dostępna lżejsza forma kontroli rzeczywistego ryzyka i usuwane tak szybko, jak to możliwe. Kajdanki nie powinny być stosowane z uwagi na status osoby pozbawionej wolności ani też jako środek dyscyplinujący⁴¹⁰.



W jednej z placówek wychowanek opowiadał, że był wielokrotnie zatrzymywany przez Policję. Wskazywał, że ok. 3 lata temu na komisariacie funkcjonariusze zamknęli go w szafie i bili po niej pałkami (tzw. „grająca szafa”). Ponadto mówił, że w bliżej nieokreślonej przeszłości funkcjonariusze niejednokrotnie używali wobec niego przemocy w postaci bicia go pałką gł. w pięty oraz na zgięciach (tam, gdzie nie ma śladów). Zdarzyło się również, że został on wywieziony do lasu i pozostawiony tam sam sobie. Wspominał również, że policjanci go zastraszali.

Pracownicy KMPT nie byli w stanie zweryfikować prawdziwości wskazanych wydarzeń. Niemniej zwrócili się do odpowiednich władz o działanie zgodne z prawem i ze standardami, a także o konieczność propagowania odpowiedniej kultury pracy wśród funkcjonariuszy.

„Drugie życie”

W kilku placówkach wizytujący zaobserwowali przejawy tzw. drugiego życia. Przejawem tego zjawiska jest m.in. specyficzne słownictwo, którym posługują się wychowankowie, obecny jest także nieformalny podział i hierarchia wśród wychowanków („frajer” – „nie-frajer”).



Normy i zasady podkultur prowadzą do demoralizacji, kształtują szkodliwe postawy, uniemożliwiają budowanie przyjaznego środowiska i kultury braku akceptacji dla przemocy.

Szczególne zaniepokojenie wizytujących wzbudziły ustalenia dotyczące traktowania wychowanków przez innych nieletnich w jednym z ośrodków. Aby przedstawić skalę tego zjawiska oraz ewentualnych innych zachowań niezgodnych z prawem, KMPT zwrócił się z pisemną prośbą do Komisariatu

⁴¹⁰ Zob. Raport SPT z wizyty w Chile, CAT/OP/CHL/1, par. 44-46; Raport SPT z wizyty w Rumunii, CAT/OP/ROU/1, par. 104-105; Raporty SPT z wizyt na Ukrainie: CAT/OP/UKR/3, par. 84; CAT/OP/UKR/1, par. 12 i 132; Raport SPT z wizyty w Nowej Zelandii, CAT/OP/NZL/1, par. 110-112; Raport SPT z wizyty w Brazylii, CAT/OP/BRA/3, par. 16.

Policji o szczegółowe dane dotyczące liczby zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez wychowanków oraz liczby interwencji funkcjonariuszy na terenie MOW⁴¹¹.

Występująca w tym MOW przemoc jest bardzo złożona, zakrojona na szeroką skalę, a jej przejawy przedstawiają się następująco:

1) w placówce stosowana jest zarówno przemoc fizyczna, jak i psychiczna. Poniżej przytoczono przykłady z oświadczeń wychowanków oraz nauczycieli, które znajdują się przy zawiadomieniach na Policję:

- wołanie do chłopca jak do psa („do nogi”), wyzywanie m.in. od „kurew”, „szmat”, „frajerów”, „konfidentów”, „szczochów”, „siusiumajtków”,
- bicie w świetlicy i przymuszanie nowego wychowanka do bicia,
- bicie po twarzy, szyi, z kolana w głowę,
- przymuszanie wychowanka do zrobienia 10 pompek i plucie mu w twarz w czasie ich robienia,
- przypalanie zapalniczką po szyi i dłoni, złapanie za głowę i ciągnięcie po podłodze,
- oddanie stolca na podłogę, owinięcie go w papier i rzucenie nim w wychowanka, oddanie na niego moczu, skakanie po głowie, bicie po twarzy, duszenie,
- grożenie nauczycielowi w klasie – „wyjechać ci z liścia?”, „rozjebię klasę”,
- zmuszanie wychowanka do dotykania penisa innego wychowanka w łaźni oraz zmuszanie do bicia się z innym nieletnim w ramach tzw. „solówki”,
- rzucanie książkami w czasie lekcji, skakanie po ławce, rzucanie ją o ziemię, rzucanie w nauczyciela koszem na śmieci,
- robienie tzw. „kocowy” – przykrywanie głowy kocem i bicie pięściami po nogach i żebrach,
- przyłożenie rozgrzanego widelca do ręki wychowanka,
- wylewanie środków do mycia na łóżko wychowanka,
- prowokowanie, wyzywanie nieletniego („cwelu”, „konfidentie”) na stołówce podczas obiadu, w obecności wychowawców, rzucanie sztuciami, a na koniec podbiegnięcie do chłopca i bicie go pięściami (mimo pasywnej postawy i niereagowania na zaczepki);

2) **niektóre ze zdarzeń nie dzieją się w ukryciu, a w miejscach ogólnodostępnych, np. w szkole na lekcjach, na przerwach, na świetlicy, w stołówce. Nad jednym z wychowanków znęcano się na lekcji wychowania fizycznego oraz podczas przerw na korytarzu szkolnym;**

⁴¹¹ 2015 r. – 2 interwencje związane z posiadaniem narkotyków przez wychowanków oraz 8 zawiadomień dyrektora dotyczących znęcania się pomiędzy wychowankami; 2016 r. – 2 interwencje, z czego jedna związana z posiadaniem narkotyków przez wychowanków, a druga powiązana z uszkodzeniem ciała wychowanka przez innego nieletniego oraz 10 zawiadomień dyrektora dotyczących znęcania się pomiędzy wychowankami; 2017 r. – 2 zawiadomienia złożone przez dyrektora dotyczące znęcania się pomiędzy wychowankami oraz 1 zawiadomienie dotyczące pobicia jednego wychowanka przez innego nieletniego; 2018 r. – 4 zawiadomienia złożone przez dyrektora dotyczące znęcania się pomiędzy wychowankami; 2019 r. – 3 interwencje związane z: posiadaniem narkotyków przez jednego z wychowanków, pobiciem wychowanka przez innego nieletniego oraz dotycząca myśli i gróźb samobójczych kierowanych przez jednego z wychowanków. Ponadto zgłoszono także 10 zawiadomień dotyczących znęcania się pomiędzy wychowankami.

- 3) w większości przypadków o złożeniu zawiadomienia na Policję nie jest informowany sąd rodzinny wykonujący orzeczenie;
- 4) zawiadomienia składane na Policję nie zawierają dowodów medycznych i zdjęć obrażeń;
- 5) opinie o wychowankach kierowane do sądu rodzinnego nie zawsze zawierają informacje o problemach wychowawczych czy stosowanej przez nich przemocy względem innych nieletnich;
- 6) dokumentacja medyczna nie zawiera informacji o śladach przemocy, nawet w sytuacjach, gdy z notatek wychowawców wynika, iż nieletni mieli widoczne obrażenia na ciele;
- 7) po ujawnieniu przemocy, chłopcom nie jest udzielana pomoc psychologiczna;
- 8) ofiary przemocy bardzo często nie zostają odseparowane od sprawców;
- 9) analizowane od 2017 r. sprawozdania sędziego rodzinnego nie zawierają żadnych informacji na temat niepokojących zdarzeń, do których dochodziło w placówce (problemy wychowawcze, zachowania agresywne, przemoc).



Personel MOW powinien otrzymać od dyrektora jasny sygnał, że wszyscy wychowawcy powinni traktować swoich wychowanków na równi i z poszanowaniem ich godności osobistej oraz wszystkich przysługujących im praw. Konieczne jest więc propagowanie kultury pracy, która wszelkie przejawy nierównego traktowania wychowanków będzie postrzegata jako niedopuszczalny brak profesjonalizmu i wyraz bezsilności wychowawczej. Należy kształtować wśród pracowników postawy, które nie będą aprobeowały tego typu zachowań.

Dyscyplinowanie

Wśród kar stosowanych w wizytowanych placówkach odnotowano: zakaz siadania na sofie oraz zakaz picia kawy czy też korzystania z maszyny do golenia, wykonania makijażu.

KMPT podkreśla, iż stosowanie tego typu konsekwencji nie jest konstruktywne ani efektywne wychowawczo – co jest konieczne, aby dyscyplinowanie spełniało swoją funkcję.

W placówkach nie określono czasu trwania kary. Podczas wizytacji delegacja KMPT spotykała się także z sytuacją, w której nieletni degradowany był na najniższy stopień obowiązujący w placówce bez możliwości odwołania się od wskazanej decyzji. Ponadto w jednym MOW w trakcie okresu adaptacyjnego nieletni muszą nauczyć się na pamięć regulaminu placówki oraz nazwisk wychowawców. Po okresie adaptacyjnym wiedza wychowanków ma być weryfikowana w drodze odpytania przez pracowników MOW. Wówczas następuje ewentualne otrzymanie wyższego stopnia dostosowania społecznego.



Reguły Narodów Zjednoczonych Dotyczące Ochrony Nieletnich Pozbawionych Wolności

Przepisy wydawane przez właściwą władzę administracyjną z uwzględnieniem podstawowych cech, potrzeb i praw nieletniego, powinny określać:

- a) zachowania stanowiące przekroczenia dyscyplinarne,
- b) rodzaj i czas trwania wymierzonych kar dyscyplinarnych,
- c) władzę właściwą do wymierzania kar,
- d) władzę właściwą do rozpoznania odwołań⁴¹².

Z pozostałych ustaleń wynika, że są placówki, w których praktykuje się odpowiedzialność zbiorową nieletnich oraz stosowanie kilku kar za jedno przewinienie. Ustalono również, że kary te w niektórych przypadkach przybierają formę ćwiczeń fizycznych, np. w sytuacji, gdzie jeden z wychowanków użyje wulgaryzmu, pozostali nieletni w grupie muszą również w ramach kary wykonać 10 pompek.

Należy mieć na uwadze, iż dolegliwość w postaci ćwiczeń fizycznych może w efekcie doprowadzić do wykształcenia się w świadomości młodego człowieka negatywnego nastawienia do aktywności sportowo-ruchowej, którą będzie postrzegać jako karę, nie zaś możliwość aktywnego wypoczynku lub rekreacji.



Ważne jest, aby nie karać nieletnich za czyny, których nie popełnili, gdyż może wywoływać to poczucie niesprawiedliwości, upokorzenia i wrogości wobec innych, a także prowokować działania odwetowe innych wychowanków względem sprawcy.

Ponadto wątpliwości osób wizytujących wzbudziło nakładanie kary w postaci zakazu opuszczania budynku i wychodzenia na zewnątrz dla wychowanków, którzy dokonali ucieczki z placówki. Zaznaczyć należy, że w żadnym wypadku nie można karać nieletniego zakazem wyjścia na zewnątrz. Nie ulega wątpliwości, że dla prawidłowego rozwoju dziecka niezbędny jest dostęp do świeżego powietrza. Podstawowym warunkiem dyscyplinowania powinno być dobre rozumienie funkcji kar i nagród jako form uczenia się przez człowieka nowych zachowań i odrzucania wcześniejszych. W związku z tym karanie powinno usuwać niepożądane zachowania, a nie zaś powodować dodatkowe, negatywne skutki.



Zalecenia Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie zasad europejskich dotyczących kar i środków alternatywnych stosowanych wobec sprawców nieletnich

Procedury dyscyplinarne stanowiąc będą rozwiązaniem stosowane w ostateczności. Przede wszystkim wdrażane będą działania naprawcze mające na celu rozwiązanie ewentualnych konfliktów, interakcję i edukację oraz dążenie do weryfikacji norm zachowania, które będą stosowane w pierwszej kolejności, przed uciekaniem się do formalnych przesłuchań dyscyplinarnych czy kar⁴¹³.

⁴¹² Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 45/113, Reguła 68.

⁴¹³ Zalecenia CM/Rec (2008)11 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie zasad europejskich dotyczących kar i środków alternatywnych stosowanych wobec sprawców nieletnich, Reguła 94.1.

Badanie medyczne i dokumentowanie obrażeń

Głównym zauważonym problemem w trakcie wizytacji jest fakt, że wychowankowie przyjmowani do placówki nie są badani profilaktycznie przez lekarza. Konsultacje lekarskie mają miejsce w sytuacjach, gdy nieletni sygnalizuje jakieś dolegliwości lub istnieje potrzeba interwencji medycznej. W przypadku realizowania badań lekarskich, KMPT zalecił dokumentowanie obrażeń wychowanków za pomocą specjalnego formularza przewidzianego do tego celu, z wykresami ciała do oznakowania urazów (map ciała), który będzie przechowywany w aktach medycznych.

Szczególne zaniepokojenie przedstawicieli KMPT wzbudziło bagatelizowanie przez pielęgniarkę faktu przemocy w jednym z ośrodków. W ocenie delegacji pielęgniarka lekceważy występowanie zachowań przemocowych, nie posiada wystarczającej wiedzy merytorycznej w zakresie przemocy, jej diagnozowania i dokumentowania, a także nie ma świadomości roli personelu medycznego w kwestii przeciwdziałania torturom. W trakcie rozmowy z przedstawicielami KMPT pielęgniarka twierdziła, że „jest raczej spokojnie” i że „kiedyś to się działo”. W jej ocenie wydaje się normalne, że chłopcy się „czasami podrocza” czy poszturchają”. Przeprowadzone czynności pokazują jednak niezaprzeczalnie, iż w placówce problem przemocy jest szeroki, złożony i trwa od lat. Ponadto dokumentacja jednego z wychowanków, który doznał przemocy na terenie Ośrodka, nie zawierała żadnych informacji dotyczących powstałych obrażeń. Nie był on oglądany przez pielęgniarkę, mimo iż bito go przez około miesiąc i miał widoczne obrażenia na nogach i ramionach. W ocenie pielęgniarki ta sytuacja miała charakter jednostkowy.

W jednej z placówek zasadą jest, że podczas badania obecny jest wychowawca, psycholog lub inny opiekun. Taka praktyka osłabia prewencyjny charakter dostępu do lekarza jako mechanizmu zabezpieczającego przed złym traktowaniem. W obecności pracownika placówki nieletni może nie czuć się na tyle swobodnie, by opowiedzieć lekarzowi o ewentualnych nadużyciach ze strony personelu ośrodka oraz udzielić pełnych informacji dotyczących swojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków czy wcześniejszego leczenia.



CPT

Lekarz powinien porozmawiać i przeprowadzić badanie każdego nieletniego tuż po jego przyjęciu do ośrodka pozbawienia wolności; poza wyjątkowymi okolicznościami rozmowa/badanie powinna być przeprowadzona w dniu przyjęcia. Jednakże osobą pierwszego kontaktu nowo przybyłego nieletniego ze służbą zdrowia może być wykwalifikowana pielęgniarka, która następnie składa sprawozdanie lekarzowi. Prawidłowo przeprowadzona procedura badania medycznego tuż po przyjęciu do ośrodka powinna umożliwić służbie zdrowia zidentyfikowanie nieletnich z potencjalnymi problemami zdrowotnymi (np. uzależnienie od narkotyków, skłonności samobójcze). Identyfikacja takich problemów na wystarczająco wczesnym etapie ułatwi przedsięwzięcie skutecznych działań zapobiegawczych w ramach programu opieki medyczno-psycho-socjalnej w danym ośrodku⁴¹⁴.

⁴¹⁴ Dziewiąty Raport Generalny CPT [CPT/Inf (99) 12], par. 39.



Należy z każdym nowo przybyłym nieletnim przeprowadzić wywiad oraz zbadać go niezwłocznie, nie później niż w terminie 24 godzin od przybycia. Badanie powinien wykonywać lekarz lub w pełni wykwalifikowana pielęgniarka pod nadzorem lekarza⁴¹⁵.

Dyrektorzy wizytowanych placówek odbierali od rodziców/opiekunów prawnych nieletnich zgody blankietowe na udzielenie świadczenia medycznego. Praktyka ta nie jest jednak zgodna z prawem. Jak wielokrotnie podnosi się w doktrynie, w polskim porządku prawnym nie funkcjonuje instytucja pełnomocnika ds. medycznych. Jednocześnie wskazuje się, iż z uwagi na osobisty charakter świadczeń, za jakie uznaje się m.in. świadczenia medyczne, nie powinny być w tym przypadku stosowane przepisy Kodeksu cywilnego⁴¹⁶ dot. pełnomocnictwa⁴¹⁷.

Dostęp do psychologa oraz oddziaływań psychologicznych i terapeutycznych



KMPT rekomenduje, aby każdy nieletni, który ma za sobą traumatyczne doświadczenia (np. przemoc w rodzinie, samobójstwo rodzica, przemoc ze strony rówieśników w innej placówce, alkoholizm rodziców etc.), otrzymał fachową pomoc, która doprowadziłaby do zredukowania cierpienia, nawiązywania poprawnych relacji w życiu dorosłym, pomagania w rozwijaniu potencjału dziecka (terapia leczenia uzależnień, DDA, DDD etc.).

W niektórych placówkach delegacja KMPT zwróciła uwagę na konieczność podjęcia specjalistycznej terapii indywidualnej lub grupowej oraz spotkań z psychologiem. Zdarzało się także, że działania psychologiczne miały charakter wyłącznie interwencyjny, a nie były nastawione na prewencyjne oddziaływania.



Już podczas pierwszej rozmowy warto zwrócić uwagę na wygląd badanego pod kątem oznak niedożywienia, braku higieny, zmian w aktywności motorycznej w trakcie wywiadu, sposobu wystawiania, kontaktu wzrokowego, postawy wobec prowadzącego wywiad i sposobu komunikacji. Należy uwzględnić następujące aspekty oceny stanu psychicznego pacjenta i ująć je w sprawozdaniu: wygląd ogólny, aktywność motoryczna, mowa, nastrój i afekt, formułowanie myśli, proces myślowy, myśli samobójcze i myśli o zabiciu innej osoby, ocena kognitywna (orientacja, pamięć długoterminowa, pamięć bezpośrednia i pośrednia) oraz odpowiednio je udokumentować⁴¹⁸.

⁴¹⁵ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, par. 101.

⁴¹⁶ Art. 98 i n. ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1145 z późn. zm.).

⁴¹⁷ M. Syska, Pełnomocnictwo ds. zdrowotnych de lege lata, [w:] Oświadczenia medyczne pro futuro na tle prawno-porównawczym, Warszawa 2013, s. 273–276.

⁴¹⁸ Więcej na ten temat w Protokole Stambulskim.

KMPT wizytował także placówkę, w której drzwi do gabinetu psychologa były oszklone tzw. „lustrem weneckim”. Z zewnątrz widać, kto przebywa w pokoju i jak się zachowuje. Daje to co prawda możliwość zachowania zasad bezpieczeństwa psychologa, nie gwarantuje natomiast zachowania anonimowości, nie sprzyja również zbudowaniu w przychodzących po pomoc wychowankom poczucia bezpieczeństwa.

KMPT zwrócił uwagę na problem z zachowaniem tajemnicy informacji w przypadku, gdy dokumentacja psychologiczna jest przechowywana razem z dokumentacją prowadzoną przez pozostałe osoby, z którymi psycholog współdzieli gabinet. Poza tym nie wszędzie psycholog prowadził regularną dokumentację dotyczącą spotkań z wychowankami.

Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym



Reguły Narodów Zjednoczonych dotyczące ochrony osób nieletnich pozbawionych wolności

Integralną częścią prawa do sprawiedliwego i humanitarnego postępowania oraz istotnym elementem przygotowania nieletniego do powrotu do społeczeństwa jest zapewnienie mu odpowiedniego kontaktu ze światem zewnętrznym⁴¹⁹.

W niniejszej kwestii KMPT zwrócił uwagę na kontakt telefoniczny nieletnich w obecności pracownika placówki. W ocenie KMPT taka praktyka budzi poważne zastrzeżenia, ponieważ nie ma przepisów prawnych zezwalających na nadzorowanie rozmów telefonicznych nieletnich umieszczonych w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych. Kontakt z bliskimi powinien odbywać się w warunkach zapewniających prywatność i swobodę wypowiedzi, bez nadzoru personelu.

Zdarzały się także jednostki, w których praktyką było pozbawienie nowo przyjętego wychowanka lub nieletniego na określonym stopniu resocjalizacyjnym możliwości kontaktu telefonicznego z rodzicami/opiekunami na okres dwóch tygodni. Rodziny wprawdzie mogą dzwonić do Ośrodka i uzyskiwać informacje na temat podopiecznych, bezpośredni kontakt telefoniczny jest jednak przez ten okres wykluczony.

KMPT zwrócił uwagę także na fakt, że w wizytowanych placówkach nieletni mieli możliwość pełnego kontaktu wyłącznie z rodzicami i opiekunami prawnymi. Kontakt osobisty lub telefoniczny z innymi osobami, np. rodzeństwem, przyjaciółmi, sympatiami, był zabroniony (nieletni mogą komunikować się z tymi osobami wyłącznie listownie), możliwy wyłącznie po wyrażeniu zgody przez opiekuna prawnego i dyrektora placówki lub to opiekun wskazywał osoby, z którymi możliwe jest utrzymywanie korespondencji z nieletnim. Dodatkowo w jednej placówce nieletni w trakcie rozmów nie mogli opowiadać o tym, co dzieje się w Ośrodku (podobna zasada obowiązuje też w czasie odwiedzin i pisanie korespondencji). Zdarza się również skracanie rozmów telefonicznych z uwagi na przebieg rozmowy lub zabronienie kontaktu telefonicznego jako kara.

⁴¹⁹ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 45/113, Reguła 59.

W innej z placówek ustalono, że w pierwszych pięciu miesiącach swojego pobytu wychowankowie nie mogą posiadać telefonu komórkowego (jest to traktowane jako przywilej). Kontakt telefoniczny jest możliwy za pośrednictwem telefonu grupowego, o ile to rodzice zainicjują połączenie.

Innymi ograniczeniami w zakresie kontaktu ze światem zewnętrznym była również kontrola i cenzura korespondencji wszystkich nieletnich w placówce oraz nadzorowanie odwiedzin przez strażników.



CPT

Aktywne promowanie dobrego kontaktu ze światem zewnętrznym może być szczególnie korzystne dla nieletnich pozbawionych wolności, z których wielu ma problemy z zachowaniem związane z pozbawieniem emocji lub brakiem umiejętności społecznych. Należy uczynić wszystko, by zapewnić, że wszyscy osadzeni nieletni mają możliwość kontaktowania się ze swoimi rodzinami i z innymi osobami od momentu przyjęcia do placówki detencyjnej. Pojęcie rodziny powinno być interpretowane w sposób liberalny, tak aby obejmowało kontakty z osobami, z którymi nieletni nawiązał relacje porównywalne do rodzinnych, nawet jeśli związek ten nie został sformalizowany. Dla celów integracji społecznej nieletni powinni, jak dalece to możliwe, otrzymywać regularne przepustki (eskortowane lub samodzielne)⁴²⁰.

W jednej z placówek odwiedziny wychowanków odbywały się w pokoju obok gabinetu dyrektora (wspólne drzwi w ścianie) oraz w dyżurce strażników przy wejściu do placówki. Niezależnie od miejsca przebieg odwiedzin jest nadzorowany przez strażników.



Reguły Narodów Zjednoczonych Dotyczące Ochrony Nieletnich Pozbawionych Wolności

Każdy nieletni powinien mieć prawo do regularnego i częstego przyjmowania odwiedzin, w zasadzie raz w tygodniu, nie rzadziej niż raz w miesiącu, powinny one obejmować rodzinę i obrońcę, i odbywać się w warunkach zapewniających poczucie prywatności i zbliżenia oraz możliwość swobodnej wymiany myśli⁴²¹.

Prawo do informacji i mechanizm skargowy

Niezwykle ważne jest, aby osoby nieletnie wiedziały o wszystkich ważnych kwestiach ich dotyczących, w tym prawach, jakie im przysługują oraz osobach i instytucjach, do których mogą zwrócić się o pomoc w przypadku niewłaściwego traktowania. Dlatego też KMPT podczas każdej wizytacji bada, czy zapisy statutu, regulaminu i innych dokumentów istotnych dla osoby nieletniej są czytelne i precyzyjne. Sprawdza również, czy osoba nieletnia informowana jest o prawach i obowiązkach oraz

⁴²⁰ Zob. Dwudziesty Czwarty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2015) 1, par. 122.

⁴²¹ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 45/113, Reguła 60.

czy placówka udostępni dane teleadresowe instytucji stojących na straży praw człowieka, takich jak Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Dziecka, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka), sąd rodzinny.



CPT

Prawa osób pozbawionych wolności nie mają większej wartości, jeśli osoby te nie są świadome ich istnienia⁴²².

Z ustaleń poczynionych przez KMPT wynika, że nie wszędzie nieletni mają wiedzę o instytucjach, do których mogłyby zwrócić się o pomoc w przypadku naruszenia ich praw. Nie w każdej placówce wyeksponowano informację o takich instytucjach w postaci danych teleadresowych lub ulotek informacyjnych. Dodatkowo zdarzały się placówki, w których nie istniał żaden efektywny system skargowy lub też nie prowadzono rejestru skarg, który uwzględniałby zarówno skargi wniesione pisemnie, jak i ustnie.

W jednej z placówek dostęp wychowanek do wewnętrznego mechanizmu skargowego, możliwość składania wniosków, próśb i skarg, polegał na udostępnieniu skrzynki, do której można wrzucić taką korespondencję. Jednakże skrzynka przeznaczona na korespondencję została umieszczona w korytarzu głównym (bezpośrednio przy gabinecie Dyrekcji). Dostęp wychowanek do tej części Ośrodka jest możliwy po uprzednim zgłoszeniu takiej chęci wychowawcy, który posiada kartę magnetyczną do otwierania przejścia do części administracyjnej.



CPT

CPT podkreśla znaczenie dostępu do mechanizmu skargowego jako fundamentalnej gwarancji prewencji tortur we wszystkich miejscach zatrzymań, w tym ośrodkach dla nieletnich⁴²³.



W jednej z placówek w kwietniu 2017 r. Kuratorium Oświaty skierowało do Prokuratury Rejonowej zawiadomienie o uzasadnionym podejrzeniu popełnienia przestępstwa z art. 207 § 1 kk przez kadrę Ośrodka. Zawiadomienie zostało skierowane po przeprowadzeniu w Ośrodku kontroli, będącej skutkiem anonimowych skarg ze strony nieletnich (które wcześniej napisały zbiorową petycję) oraz innych instytucji. W trakcie kontroli Kuratorium ujawniło wiele nieprawidłowości. Z przeprowadzonych anonimowo ankiet wynikało, że wychowanki są poniżane, wyzywane, obrażane, wyśmiewane przez dwóch mężczyzn pracujących wówczas w Ośrodku. Wobec podopiecznych miały być również kierowane wypowiedzi o podtekście seksualnym. Ponadto dziewczęta

⁴²² Dwunasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2002) 12, par. 44.

⁴²³ Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

w ankietach zgłosiły uwagi co do zapewnienia im podstawowych potrzeb przez Ośrodek (m.in. brak cukru, ciepłej wody, masła, ograniczanie używania telefonów, stosowanie kar nieregulaminowych). W związku z tym w dniu 11 maja 2017 r. wszczęto postępowanie w sprawie psychicznego znęcania się nad podopiecznymi (art. 207 § 1 kk).

W ramach postępowania policjanci z Komendy Powiatowej Policji przesłuchali kilkanaście dziewcząt, które wcześniej podpisały się pod zbiorową skargą. Wszystkie dziewczęta zaprzeczyły zarzutom zawartym w skardze, twierdząc, że „nie czują się pokrzywdzone przestępstwem znęcania się”, „nikt im tu nie robi krzywdy”, a „Ośrodek zapewnia im wszystko, co potrzeba, nieprawdą jest, że w Ośrodku nie ma masła, chleba i mleka” etc. Postanowieniem Prokuratora Prokuratury Rejonowej umorzono dochodzenie wobec braku danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie popełnienia czynu zabronionego.

Po przeanalizowaniu akt sprawy przedstawiciele KMPT mają wątpliwości co do sposobu przeprowadzania przesłuchań nieletnich przez funkcjonariuszy KPP. Wszystkie dziewczęta przesłuchiowano w obecności pracowników Ośrodka (wicedyrektora i pedagoga), którzy w trakcie swoich przesłuchań zeznali, że zarzuty stawiane Ośrodkowi w zbiorowej skardze nieletnich są bezpodstawne. Z akt sprawy wynika, że funkcjonariusze Policji, wiedząc, że sprawa dotyczy zarzutów stawianych pracownikom Ośrodka, nie poczynili żadnych kroków, by podopieczne przesłuchać w obecności rodziców, opiekunów prawnych bądź innych dorosłych, przy których czułyby się bezpiecznie i komfortowo, a treść ich zeznań nie miałyby potem wpływu na dalsze funkcjonowanie w Ośrodku. Wyjaśnianie zarzutów dotyczących funkcjonowania Ośrodka w obecności pracowników tego Ośrodka, w tym wicedyrektora, jest niewłaściwą praktyką. W takich sytuacjach podczas przesłuchania powinna uczestniczyć osoba dorosła niezależna od placówki, której zarzuty dotyczą.

Przedstawiciele KMPT zwrócili się odrębnym pismem do Komendanta Powiatowego Policji, zalecając przeszkolenie funkcjonariuszy Policji KPP z treści Protokołu Stambulskiego. Jak ustaliła delegacja KMPT, mężczyźni, których dotyczyły zarzuty, nie są już pracownikami Ośrodka.

Czas wolny i rekreacja

Podczas wizytacji jednej z placówek KMPT odnotował, że obowiązuje tam zakaz oglądania telewizji (w tym serwisów informacyjnych) i czytania gazet. Nie ma też dostępu do internetu.



W ocenie KMPT dostęp do informacji i wiedzy o współczesnym świecie jest nie tylko elementem procesu wychowawczego, ale przede wszystkim podstawową i naturalną potrzebą człowieka. Jest to szczególnie istotne w przypadku podopiecznych ośrodków wychowawczych, gdyż pomaga im zrozumieć świat, mechanizmy nim rządzące oraz ukształtować swój światopogląd. Może również posłużyć jako element edukacji – umiejętności analizowania, wnioskowania i argumentowania. Warto mieć również na względzie, że podopieczni wkrótce opuszczą teren Ośrodka i będą musiały samodzielnie funkcjonować w otaczającym je świecie. Pozbawianie je dostępu do podstawowych informacji w połączeniu z elementami kontroli i rygiorem panującym w placówce może być rozpatrywane w kategoriach poniżającego traktowania.

Warunki bytowe



CPT

Dobrze zaprojektowany ośrodek detencyjny dla nieletnich powinien zapewniać pozytywne i spersonalizowane warunki detencji młodych osób pozbawionych wolności. Miejsca, w których młode osoby śpią i prowadzą aktywność życiową, powinny być – oprócz odpowiedniej wielkości, oświetlenia i wentylacji – właściwie umeblowane, dobrze urządzone i dostarczać odpowiednich wrażeń wzrokowych. Młodym ludziom powinno się pozwolić na przechowywanie rozsądnej ilości rzeczy osobistych, jeśli przeciwko temu nie przemawiają przeważające względy bezpieczeństwa⁴²⁴.

W większości wizytowanych placówek warunki bytowe były dobre. Jednak zdarzały się również i takie, w których wymagały one poprawy. W niektórych sypialnie miały nieco surowy wygląd, w pomieszczeniach sanitarnych brakowało zasłonek prysznicowych oraz w oknach były zewnętrzne kraty.

W jednej z placówek delegacja zastała brudne i odrapane ściany w sypialniach, stare i zniszczone meble, wyeksploatowane sanitariaty, wulgarnie napisy na ścianach, porwane kanapy w świetlicy. Ponadto wygląd sypialni w tej grupie był bardzo surowy – nie było żadnych zdjęć, plakatów czy kwiatów, które w naturalny sposób ocieplałyby pomieszczenia i sprawiały wrażenie bardziej przytulnych. W ocenie KMPT warunki panujące w tej grupie należy określić jako poniżające.

Z innych kwestii odnoszących się do warunków materialnych KMPT odnotował także problemy

⁴²⁴ Dziewiąty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (99) 12, par. 29 i 30.

dotyczące tego, że nieletnie wskazywały, że nie otrzymują nic do jedzenia między obiadem (ok. godz. 13:00) a kolacją (po godz. 18) i bywają w tym czasie głodne, czy też podawały częsty problem z dostępem do ciepłej wody. Ponadto KMPT zalecał przeprowadzenie prac remontowych, wymianę lub naprawę mebli, a także systematyczne usuwanie wulgarnych napisów ze ścian, gdyż prowokują jedynie konflikt między wychowankami i stwarzają ryzyko zaistnienia przemocy.

Dodatkowo zwrócono uwagę na brak wydzielonego pomieszczenia na potrzeby pracy pielęgniarki. Ustalono, że pielęgniarka wszelkie czynności dokonuje w pomieszczeniu przeznaczonym do spędzania wolnego czasu dla wychowanków.

Dokumentacja

W jednej z placówek z analizy przedstawionych dokumentów dotyczących zdarzeń nadzwyczajnych wynika, iż odnotowywane są w nim jedynie przypadki uciezek i podejmowanych prób uciezek wychowanków. Tymczasem przepisy prawne⁴²⁵ przewidują katalog 22 stanów faktycznych, które traktowane być winny jako wydarzenie nadzwyczajne.

Szczególny niepokój wizytujących wzbudził brak ujawnienia w rejestrze wydarzeń nadzwyczajnych informacji dotyczącej przypadku naruszenia nietykalności cielesnej wychowanka Zakładu przez strażnika.

W innej z placówek nie było jednolitego rejestru wypadków oraz zdarzeń nadzwyczajnych. Placówka posiada co prawda zeszyt „Rejestr wypadków”, jednak nie jest on systematycznie i skrupulatnie wypełniany.



Brak jednolitej i systematycznej procedury rejestrowania wypadków bądź zdarzeń nadzwyczajnych przedstawiciele KMPT oceniają negatywnie. Prowadzi to bowiem do sytuacji, w której dokumentowanie urazów jest mało transparentne i może prowadzić do zafałszowywania faktycznego obrazu niepożądanych zdarzeń, mających miejsce w placówce.

Personel

Odpowiednio dobrany i wykwalifikowany personel stanowi skuteczną gwarancję ochrony nieletnich przed niewłaściwym traktowaniem. Osoby pracujące z nieletnimi, dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu, mają możliwość bieżącego monitorowania zachowania podopiecznych oraz wyłapywania niepokojących sygnałów, świadczących o nieodpowiednim traktowaniu.

Dlatego istotne jest, aby personelowi placówek, gdzie takie osoby przebywają, ułatwić rozwój zawodowy i dać możliwość podnoszenia własnych kwalifikacji. Dodatkowo ważne jest zorganizowanie regularnych superwizji dla personelu, służących rozładowaniu napięć powstałych w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych.

⁴²⁵ Zob. § 2 pkt 12) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2001 r. w sprawie zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 487).



KMPT zaleca odpowiednie szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy, stosowania środków przymusu bezpośredniego, komunikacji interpersonalnej, postępowania z wychowankiem agresywnym, zapobiegania samoagresji, pracy z traumą, radzenia sobie ze stresem, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu i ochrony praw dziecka z punktu widzenia prawa i standardów międzynarodowych.

Z dodatkowych ustaleń delegacja KMPT w jednej z placówek zwróciła uwagę, że nie wszystkie dyżury nocne były zabezpieczane przez 2 osoby.

Ponadto w jednej z placówek wizytujący w trakcie przeprowadzonych czynności odnieśli wrażenie napiętej atmosfery panującej pomiędzy dyrektorem Zakładu a jego kadrami. Z uzyskanych informacji wynika, iż jedną z głównych przyczyn takiego stanu rzeczy jest problem pracowników z dostosowaniem się do wymagań i metod pracy dyrektora, który objął stanowisko kilka miesięcy przed datą wizytacji. Niewątpliwie na atmosferę panującą w placówce wpływ miała także utrzymująca się niewielka liczba wychowanków i związana z tym niepewna przyszłość Zakładu, co powoduje dodatkowy stres związany z możliwością utraty pracy przez kadrami.

W ocenie KMPT zachodzi istotna korelacja pomiędzy atmosferą panującą w miejscu pracy oraz stosunkami pomiędzy pracownikami i kadrami kierowniczą, a traktowaniem przebywających w placówce nieletnich.

Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Nie wszystkie placówki były dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Przedstawiciele KMPT zalecają uwzględnienie kwestii dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością przy rozbudowie lub przebudowie tejże.



Podkreślenia wymaga, iż osobom niepełnosprawnym należy stworzyć warunki do pełnego udziału w środowisku wolnym od barier architektonicznych. Należy podkreślić również, iż prawa osób niepełnosprawnych chronione są zarówno na płaszczyźnie krajowej, jak i międzynarodowej⁴²⁶.

⁴²⁶ Karta Praw Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Sejm RP w dniu 1 sierpnia 1997 r., Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r.

Policyjne izby dziecka

PROBLEMY SYSTEMOWE

Brak obligatoryjnych badań zatrzymanych nieletnich i dokumentowanie obrażeń

Problem ten, pomimo opisanego go w poprzednim raporcie rocznym KMPT⁴²⁷, wciąż pozostaje nierozwiązany. Zaznaczyć należy, że badanie lekarskie zatrzymanych i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane są za podstawową i minimalną gwarancję chroniącą te osoby przed torturami i przemocą, silnie podkreślaną przez międzynarodowe instytucje monitorujące traktowanie osób pozbawionych wolności⁴²⁸.



CPT

Podczas ostatniej wizyty w Polsce w 2017 r. zalecił, aby każdy nowo przybyły nieletni był zbadany przez lekarza tak szybko jak to możliwe i nie później niż 24 godziny po przyjęciu do placówki. Według CPT lekarz powinien porozmawiać i przeprowadzić badanie każdego nieletniego tuż po jego przyjęciu do ośrodka pozbawienia wolności; poza wyjątkowymi okolicznościami rozmowa/badanie powinna być przeprowadzona w dniu przyjęcia. Jednakże osobą pierwszego kontaktu nowo przybyłego nieletniego ze służbą zdrowia może być wykwalifikowana pielęgniarka, która następnie składa sprawozdanie lekarzowi⁴²⁹.

Dostęp do obrońcy od początku zatrzymania



Sytuacja prawna dziecka pozbawionego wolności, które nie jest reprezentowane przez obrońcę, rodzi szereg niebezpieczeństw. Dziecko znajdujące się w detencji może nie mieć świadomości, jakie będą konsekwencje składanych przez nie oświadczeń albo toczących się czynności z jego udziałem, i tego, jak będą oceniane dowody zgromadzone w sprawie. Dlatego też tak ważne jest, by również i obrońca mógł wnieść o kontakt z dzieckiem przebywającym w policyjnej izbie dziecka.

Brak realizacji tego prawa jest problemem podkreślanym i zgłaszanym przez KMPT od dłuższego czasu⁴³⁰. W wizytowanej Policyjnej Izbie Dziecka (dalej: PID) do spotkań z obrońcą był wyznaczony

⁴²⁷ Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

⁴²⁸ Zobaczyć przykładowo: Drugi Raport Generalny CPT, CPT/Inf (92) 3, par. 36-38; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, par. 26, 30; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, par. 27.

⁴²⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, par. 27.

⁴³⁰ Zob. m.in. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

pokój, zapewniający warunki do rozmowy poza zasięgiem słuchu policjantów, ale do spotkań takich – według relacji personelu – w zasadzie nie dochodzi. Placówka nie dysponowała ponadto listą adwokatów i radców prawnych, które mogłyby być udostępniane nieletnim lub ich opiekunom chcącym skorzystać z prawa do obrony.



CPT

Prawo dostępu do adwokata powinno być zapewnione od samego początku trwania zatrzymania. Okres następujący bezpośrednio po momencie zatrzymania jest naznaczony największym ryzykiem zastraszenia i fizycznego złego traktowania. W związku z tym możliwość dostępu do adwokata przez osoby zatrzymane przez Policję ma podstawowe znaczenie zabezpieczające przed złym traktowaniem. Istnienie takiej możliwości wywiera zniechęcający wpływ na funkcjonariuszy, którzy mogliby dopuścić się złego traktowania; poza tym adwokat będzie miał okazję podjąć stosowne działania, jeśli rzeczywiście doszło do złego traktowania⁴³¹.

Zgodnie z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/800 z dnia 11 maja 2016 r. w sprawie gwarancji procesowych dla dzieci będących podejrzanymi lub oskarżonymi w postępowaniu karnym Państwa członkowskie zapewniają, by dzieci korzystały z pomocy adwokata bez zbędnej zwłoki po tym, jak zostaną poinformowane, że są podejrzanymi lub oskarżonymi. W każdym przypadku dzieci korzystają z pomocy adwokata, począwszy od najwcześniejszego spośród następujących terminów:

- a) przed ich przesłuchaniem przez Policję lub inny organ ścigania lub organ sądowy,
- b) w momencie dokonywania przez organy prowadzące postępowanie przygotowawcze lub inne właściwe organy czynności dochodzeniowo-śledczych lub innych czynności związanych z gromadzeniem dowodów zgodnie z ust. 4 lit. c),
- c) bez zbędnej zwłoki po pozbawieniu wolności,
- d) jeżeli zostały wezwane do stawiennictwa przed sądem właściwym w sprawach karnych – w odpowiednim czasie, zanim stawią się przed tym sądem.

Powiadomienie o zatrzymaniu

Zgodnie z obowiązującym porządkiem prawnym obowiązek powiadomienia rodziców o zatrzymaniu nieletniego spoczywa na policjantach zatrzymujących i doprowadzających do PID. Zatrzymanego nieletniego informuje się natychmiast o przyczynach zatrzymania oraz przysługujących mu prawach, w tym o prawie do skorzystania z pomocy adwokata, prawie do odmowy składania wyjaśnień lub odpowiedzi na poszczególne pytania i prawie złożenia zażalenia na czynności naruszające jego prawa. Nieletniego należy niezwłocznie przesłuchać. Nieletniemu, na jego żądanie, umożliwia się nawiązanie kontaktu z rodzicem albo opiekunem lub z adwokatem. Ponadto Policja niezwłocznie zawiadamia ro-

⁴³¹ Standardy CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2003.

dziców albo opiekuna nieletniego o zatrzymaniu⁴³².

Po przyjęciu do PID policjanci nie mają prawnego obowiązku powiadomienia rodziców o fakcie przyjęcia do placówki, a tym bardziej nieletni nie może samodzielnie ich o tym fakcie zawiadomić. Może to prowadzić do sytuacji, że rodzic/opiekun prawny nie będzie wiedział, gdzie przebywa jego dziecko i w jakim jest stanie.



KMPT

Zatrzymany powinien mieć możliwość samodzielnego powiadomienia wybranej osoby o fakcie zatrzymania (np. za pośrednictwem telefonu), zaś tylko w sytuacjach szczególnych, uzasadnionych specyfiką danej sytuacji, obowiązek informacyjny powinien być realizowany przez policjanta.



Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ

Niezwłocznie po zatrzymaniu oraz po każdym przeniesieniu z jednego miejsca aresztowania lub uwięzienia do innego, osoba aresztowana lub uwięziona będzie uprawniona powiadomić, bądź też domagać się od właściwego organu powiadomienia członków jej rodziny lub innych właściwych osób według swojego wyboru, o jej zatrzymaniu, aresztowaniu lub uwięzieniu, bądź o przeniesieniu i o miejscu, w którym jest przetrzymywana⁴³³.

OBSZARY WYMAGAJĄCE POPRAWY

Kontakt ze światem zewnętrznym

Możliwość kontaktu zatrzymanego nieletniego ze światem zewnętrznym stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur. Powyższa gwarancja pozwala dziecku na przekazanie informacji osobie z zewnątrz o tym, jak jest traktowane.

W PID możliwe są odwiedziny nieletniego w oddzielnym pokoju. Odwiedziny każdorazowo nadzorowane są przez funkcjonariusza, który przebywa w sąsiednim pokoju wyposażonym w lustro weneckie.

Ponadto nieletni umieszczeni w PID nie mają możliwości samodzielnie porozmawiać z rodzicem/opiekunem przez telefon. Jeśli chcą mieć kontakt telefoniczny z bliską osobą, wpisują swoją prośbę oraz jej dokładną treść do zeszytu znajdującego się w dyżurce policjantów, a następnie funkcjonariusz

⁴³² Zob. art. 32g § 3 oraz § 5 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 969).

⁴³³ Zob. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 43/173 z dnia 9 grudnia 1988 r. – Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie zatrzymania lub uwięzienia, Zasada 16.1.

wykonuje telefon do wskazanej osoby i odczytuje jej treść prośby nieletniego. Podobnie w przypadku kontaktu z innymi instytucjami, np. sądem. Nieletni, który chciał napisać odwołanie do sądu, musiał najpierw wpisać całą treść do zeszytu, a następnie funkcjonariusz wysłał faks do sądu ze skanem pisma nieletniego. Praktyka ta nie obowiązuje jedynie w przypadku kontaktu z Rzecznikiem Praw Dziecka i Rzecznikiem Praw Obywatelskich.

Personel



Odpowiednio dobrany i wyszkolony personel policyjny jest w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki, bez uciekania się do przemocy. Stanowi też skuteczną gwarancję chroniącą osoby pozbawione wolności przed torturami.

Z uwagi na specyfikę placówki, jaką jest PID, przedstawiciele KMPT rekomendowali szkolenia z tematyki psychologicznej, takie jak: praca z trudną młodzieżą, interwencje psychologiczne wobec nieletnich, radzenie sobie ze stresem itp. Warto również podjąć wysiłek na rzecz systematycznego promowania i odświeżania wiedzy w zakresie ochrony praw człowieka i zapobiegania przemocy, torturom oraz innym formom złego traktowania. Ponadto zachęcali także do poszerzenia tematyki szkoleń o przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu i komunikację interpersonalną.



CPT

Dozór i opieka nad osobami nieletnimi pozbawionymi wolności jest zadaniem szczególnie wymagającym. Personel powołany do wypełniania tego zadania powinien być starannie dobrany pod względem osobistej dojrzałości i zdolności do radzenia sobie z wyzwaniem związanymi z pracą i dbaniem o dobro tej grupy wiekowej. W szczególności personel powinien być zaangażowany w pracę z młodymi ludźmi oraz być w stanie pokierować i zmotywować osoby nieletnie, za które ponosi odpowiedzialność. Cały personel, łącznie z osobami wykonującymi wyłącznie obowiązki w zakresie dozoru, powinien przechodzić profesjonalne szkolenie, zarówno w czasie przyjęcia do pracy, jak i w jej trakcie, a także otrzymywać odpowiednie wsparcie z zewnątrz oraz nadzór w wykonywaniu ich obowiązków⁴³⁴.

Warunki materialne

Delegacja KMPT w wizytowanej placówce uznała, że warunki bytowe nie są dobre i PID wymaga remontu. Duże zaniepokojenie KMPT wzbudziły posiłki serwowane nieletnim. Są to niskiej jakości pasztet lub serek topiony oraz chleb tostowy (śniadania i kolacje), zaś na obiad zupka chińska i pulpety ze słoika (codziennie to samo).

⁴³⁴ Dziewiąty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (99) 12, par. 33.

Zasadą obowiązującą w PID, zgodnie z ustaleniami, było odbieranie ubrań prywatnych wszystkim nieletnim. Otrzymują oni w zamian zastępczą odzież, bieliznę i obuwie. Dziewczętom odbierane są staniaki. Sytuacja taka może wydawać się dla nieletnich dziewcząt krępująca.

Izby wytrzeźwień

W 2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację w **jednej izbie wytrzeźwień**, funkcjonującej w ramach Ośrodka Pomocy Osobom z Problemami Alkoholowymi w Częstochowie.

DOBRE PRAKTYKI – PODAJ DALEJ

Za dobrą praktykę wizytujący uznali **możliwość otrzymania przez pacjenta opuszczającego Izbę czystej odzieży** przekazanej placówce przez darczyńców, która nie stanowi odzieży zastępczej. Często zdarza się bowiem, że pacjenci doprowadzani są do Izby w zdekompletowanej odzieży, a dzięki zgromadzonym artykułom nie muszą opuszczać Izby np. boso lub bez odzieży wierzchniej.

Mocną stroną Ośrodka jest także **zatrudnienie psychologa w pełnym wymiarze etatowym**. Dzięki temu osoby przebywające w placówce mogą uzyskać porady i wsparcie z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych.

OBSZARY WYMAGAJĄCE POPRAWY

Opieka medyczna

Informacje dotyczące obrażeń i blizn zaobserwowanych podczas badania przy przyjęciu do Izby umieszczane są w kartach pacjentów, jednakże nie umieszcza się w nich tzw. map ciała, czyli graficznych schematów służących do dokumentowania obrażeń. Ponadto lekarze pracujący w Izbie nie znali Protokołu Stambulskiego, czyli Podręcznika skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania⁴³⁵.



CPT

Wyniki badań lekarskich, przeprowadzonych w przypadkach bardzo poważnych obrażeń, powinny być umieszczane na specjalnych formularzach przeznaczonych do tego celu i zawierać „mapę” ciała przeznaczoną do zaznaczenia miejsc poważnych obrażeń, która będzie przechowywana w dokumentacji medycznej osadzonego. Także zdjęcia, jeśli zostały zrobione, powinny zostać zamieszczone w dokumentacji medycznej osadzonego. Dodatkowo, w każdej jednostce (...) powinno prowadzić się specjalny rejestr urazów, w którym odnotowuje się wszystkie rodzaje obrażeń⁴³⁶.

⁴³⁵ Dokument jest dostępny pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protok%C3%B3%C5%82-stambulski-podr%C4%99cznik-skutecznego-badania-i-dokumentowania-tortur-oraz-innego-okrutnego>.

⁴³⁶ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, par. 78.



KMPT wielokrotnie podkreślał, że tego typu schematy powinny być dołączane do dokumentacji wszystkich pacjentów placówki. Są one dostępne w Protokole Stambulskim, czyli Podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania. Ważne jest także przeszkolenie personelu medycznego z treści Protokołu Stambulskiego i poddawanie osób przyjmowanych do placówki badaniu lekarskiemu w oparciu o jego zapisy.

Prawo do informacji

Delegacja KMPT zwróciła uwagę na brak formularzy pouczenia osoby doprowadzonej w celu wytrzeźwienia w dokumentacji dwojga pacjentów placówki. Zawarte w pouczeniu informacje są szczególnie istotne w kontekście możliwości złożenia do sądu zażalenia na zasadność i legalność doprowadzenia do izby wytrzeźwień, decyzji o przyjęciu lub zatrzymaniu oraz prawidłowości ich wykonania.

Analiza dokumentacji wykazała także, iż obywatel Gruzji umieszczony w Izbie złożył podpis na przedłożonych dokumentach w języku polskim, mimo że w pouczeniu osoby doprowadzonej w celu wytrzeźwienia, pracownik placówki umieścił adnotację o treści: „Nic nie zgłosił, nie mówi po polsku”.



KMPT podkreśla, iż prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur. Otrzymanie przez osobę pozbawioną wolności zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych kwestiach, np. przysługujących prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg, zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną rolę w zabezpieczaniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy. W tym kontekście szczególnie istotna jest sytuacja cudzoziemców, którzy nie znają języka polskiego oraz prawa i procedur obowiązujących w Polsce.

Delegacja KMPT zwróciła ponadto uwagę na brak informacji dotyczących zewnętrznych mechanizmów skargowych, w szczególności danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka.



CPT

Efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur. Mogą nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Państwa europejskie powinny więc zapewnić bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi,

który będzie dostępny we wszystkich miejscach zatrzymań. CPT wskazuje też zestaw standardów, które powinny być stosowane, aby był on w pełni efektywny i spełniał swoją zapobiegawczą rolę⁴³⁷.

Warunki bytowe

W dniu wizytacji w pomieszczeniach dla osób doprowadzonych w celu wytrzeźwienia panował zaduch, wyczuwalny był także nieprzyjemny zapach. Uwagę KMPT zwróciła także wnęka znajdująca się tuż przy wejściu do placówki, w której osoby doprowadzane mogą przebrać się w odzież zastępczą. W ocenie wizytujących przesłona oddzielająca wspomnianą przestrzeń od pomieszczenia, w którym przebywają lub przebywać mogą osoby trzecie⁴³⁸, nie zapewnia w sposób wystarczający intymności doprowadzanym do jednostki. Wnęka oddzielona jest od pomieszczenia głównego jedynie kotarą, która nie osłania w praktyce przestrzeni, w której przebierają się osoby doprowadzane do placówki. W trakcie oglądu placówki członkowie zespołu wizytującego widzieli doprowadzaną przez funkcjonariuszkę kobietę, która stała we wnętrzu niekompletnie ubrana. W praktyce oznacza to więc, że każda osoba przechodząca może widzieć, co dzieje się w miejscu przeznaczonym do zmiany ubioru.



W ocenie KMPT konieczne jest zapewnienie warunków, w których osoby przyjmowane do placówki będą mogły zmienić odzież poza zasięgiem wzroku osób trzecich.

Rekontrole

W 2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził rewizytacje w trzech wcześniej wizytowanych placówkach⁴³⁹.

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ PRACOWNIKA OŚWIATY W WARSZAWIE

W DPS Pracownika Oświaty zrealizowano wszystkie zalecenia wydane przez przedstawicieli KMPT podczas pierwszej wizytacji tego Domu w 2015 r. Delegacja KMPT nie zidentyfikowała ponadto innych obszarów ryzyka mogących prowadzić do tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ „POD BRZOZAMI” W WARSZAWIE

Zrealizowane zalecenia KMPT

- usunięcie z Regulaminu zapisu o możliwości zastosowania sankcji wobec tych mieszkańców, którzy naruszają jego postanowienia,

⁴³⁷ Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

⁴³⁸ Np. Pracownicy Izby, doprowadzający funkcjonariusze Policji i Straży Miejskiej.

⁴³⁹ Dom Pomocy Społecznej Pracownika Oświaty (KMP.575.2.2015); Dom Pomocy Społecznej „Pod Brzozami” w Warszawie (KMP.575.18.2014); Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Kwidzynie (BPG.573.1.2019).

- uzupełnienie zawartego w Regulaminie katalogu praw mieszkańca o prawo do składania skarg i wniosków (ustnych oraz pisemnych) do dyrektora DPS,
- odbieranie pisemnego potwierdzenia, że dany pensjonariusz wyraża zgodę na przechowanie jego dowodu osobistego przez pracownika DPS,
- przeprowadzenie szkoleń dla personelu w zakresie zalecanych przez KMPT i zwiększenie liczby osób biorących w nich udział,
- zapewnienie superwizji psychologowi i instruktorowi terapii zajęciowej,
- uzupełnienie tablic informacyjnych o adresy instytucji, do których mogliby się zwracać mieszkańcy w razie potrzeby,
- wykonanie odpowiednich modernizacji mających na celu zagwarantowanie mieszkańcom DPS metrażu w pokojach zgodnego z prawnymi wymogami,
- renowacja pokoi mieszkalnych i ich wyposażenie oraz budowa nowego ogrodzenia wokół budynku i remont dachu,
- zakup samochodu umożliwiającego przewożenie osób z niepełnosprawnością.

Zalecenia KMPT zrealizowane częściowo

- **umożliwienie mieszkańcom Domu, niezależnie od ich sytuacji prawnej, opuszczanie placówki, z wyjątkiem osób, których stan psychofizyczny uniemożliwia samodzielne wyjścia poza DPS;**

Analiza dokumentacji wykazała niejednorodną praktykę w zakresie określania możliwości opuszczenia placówki przez mieszkańców ubezwłasnowolnionych lub znajdujących się w złym stanie psychofizycznym. W dokumentacji niektórych mieszkańców znajdowały się zaświadczenia lekarzy ograniczające wyjścia mieszkańców, zaś w przypadku innych obowiązywało tzw. „upoważnienie ogólne” opiekuna prawnego, który wyraził zgodę na opuszczenie przez mieszkańca placówki pod opieką pracownika DPS. W ocenie KMPT właściwym rozwiązaniem jest uzyskanie opinii lekarskiej na temat stanu psychofizycznego mieszkańca, którego samodzielne wyjście mogłoby zagrażać jego bezpieczeństwu lub zdrowiu.

- **tworzenie indywidualnych programów wsparcia w sposób wyczerpujący i zindywidualizowany oraz systematyczne ich modyfikowanie;**

Jak ustaliła delegacja KMPT, praktyka prowadzenia takich programów jest niejednorodna. Niektórzy pracownicy w sposób szczegółowy opisują potrzeby mieszkańców i ich sposoby realizacji, inni robią to w sposób lakoniczny. Brakuje także kompleksowej ewaluacji – jasnego określenia, czy zakładane cele udało się osiągnąć i w jakim czasie to nastąpiło. Jak pokazują dotychczasowe wizyty KMPT, w domach pomocy społecznej nie obowiązuje jeden uniwersalny standard sporządzania indywidualnego planu wsparcia.

- **uwzględnienie w przyszłości potrzeby zwiększenia liczby mężczyzn do prac pielęgnacyjno-opiekuńczych przy okazji ewentualnej rekrutacji pracowników;**

W sierpniu 2019 r. zatrudniony był jeden mężczyzna na stanowisku opiekuna (1 na 9 osób), a także

psychologa i instruktora ds. kulturalno-oświatowych. Nie było natomiast żadnego pielęgniarza. Należy jednak zauważyć, że i tak jest to poprawa w stosunku do danych z wizytacji w 2014 r., bowiem w raporcie powizytacyjnym stwierdzono wówczas, że: „Wszyscy pracownicy DPS mający bezpośredni kontakt z mieszkańcami obu płci, w tym świadczący im usługi pielęgnacyjne, to kobiety”. KMPT wielokrotnie podkreślał, że dbanie o to, aby wśród personelu takich placówek, jak DPS, byli mężczyźni, jest ważne w kontekście zagwarantowania prawa mieszkańców do prywatności i intymności m.in. przy wykonywaniu zabiegów higienicznych.

Zalecenia KMPT niezrealizowane

- odbieranie od mieszkańców będących w logicznym kontakcie podpisu świadczącego o zapoznaniu się z indywidualnym programem wsparcia.

MŁODZIEŻOWY OŚRODEK WYCHOWAWCZY IM. J. KORCZAKA W KWIDZYNIE

Zrealizowane zalecenia KMPT

- odstąpienie od przeprowadzania badań na obecność alkoholu i narkotyków przez personel MOW,
- zapewnienie nieletnim codziennych zajęć na świeżym powietrzu, poza przerwami międzylekcyjnymi,
- zamontowanie we wszystkich kabinach prysznicowych osłon zapewniających intymność kąpiącym się,
- zorganizowanie pomieszczenia, w którym w warunkach intymności i prywatności mogłyby odbywać się odwiedziny nieletnich,
- uaktualnienie podstaw prawnych Procedur interwencyjnych.

Zalecenia KMPT zrealizowane częściowo

- usunięcie z katalogu kar środka dyscyplinarnego w postaci dodatkowego dyżuru oraz wstrzymania odwiedzin osób spoza rodziny;
- wyeliminowanie odpowiedzialności zbiorowej oraz odstąpienie od karania dziewczyn za czyny, których nie popełniły;

Wizytujący, w trakcie rozmów z wychowankami, odebrali pojedyncze sygnały dotyczące stosowania odpowiedzialności zbiorowej wobec całej grupy wychowawczej, w przypadku braku możliwości ustalenia konkretnego sprawcy naruszenia regulaminu Ośrodka. KMPT przypomina, że karanie podopiecznych za czyny, których nie popełniły, może wywoływać w nich poczucie niesprawiedliwości, upokorzenia i wrogości wobec innych, a także prowokować działania odwetowe wobec faktycznego sprawcy. Sprzyja to powstawaniu negatywnych postaw wychowawczych i przejawów drugiego życia. Utrudnia też budowanie w placówce pozytywnej atmosfery i braku akceptacji dla przemocy.

- **zorganizowanie szkoleń dla personelu z zakresu praw dziecka;**

Z informacji uzyskanych w trakcie wizytacji wynika, że ostatnie szkolenie personelu ośrodka z zakresu praw dziecka zostało zorganizowane we wrześniu 2016 r. W ocenie KMPT pożądanym byłoby zapewnienie pracownikom ośrodka okresowych szkoleń w przedmiotowym zakresie.

- **uzupełnienie informacji na tablicach ogłoszeń o wykaz danych teled adresowych instytucji stojących na straży praw człowieka;**

Podczas oglądu placówki wizytujący zwrócili uwagę na znajdującą się w korytarzu szkoły tablicę z informacjami zawierającymi dane teled adresowe instytucji stojących na straży praw człowieka, uzupełnione o dane wskazane w raporcie KMPT z 2015 r. Przedstawiciele KMPT nie dostrzegli jednak podobnych informacji w pozostałych rejonach budynku, w szczególności w pomieszczeniach poszczególnych grup wychowawczych. W ocenie KMPT zasadnym jest dokonanie uwidocznienia powyższych informacji we wskazanych miejscach.

Zalecenia KMPT niezrealizowane

- **uzupełnienie Statutu i Regulaminu stopni dostosowania społecznego o wskazanie czasu trwania środków dyscyplinarnych;**

Z wyjaśnień udzielonych przez dyrekcję placówki wynika, że Regulamin stopni dostosowania społecznego opiera się o system motywacyjny, który zakłada, że forma i czas pozbawienia wychowanki pewnych przywilejów, których ograniczenie jest konsekwencją złamania przez nią regulaminu, zależy od działań przez nią zainicjowanych i realizowanych. Czas trwania środków dyscyplinujących jest w takim przypadku indywidualizowany i równy każdorazowo czasowi realizacji przez konkretną wychowankę zaproponowanych przez nią opracowanych przy wsparciu opiekuna, zadań opisanych w tzw. zielonej karcie lub karcie dobrego zachowania. Z wyjaśnień dyrekcji Ośrodka wynika jednocześnie, że maksymalny czas trwania wymierzonego środka dyscyplinującego, pomimo jego indywidualizacji, nie jest z góry ustalany i komunikowany wychowance.

- **wyeliminowanie pobierania od opiekunów prawnych zgody blankietowej na leczenie nieletnich;**

Z informacji przekazanych przez dyrekcję MOW wynika, że ze względu na ograniczony lub utrudniony kontakt z opiekunami wychowanek i ich brak woli współpracy, pobieranie od rodziców lub opiekunów prawnych tzw. zgody blankietowej na leczenie nieletnich w momencie ich przybycia do placówki to najczęściej jedyna sytuacja dająca możliwość jej pozyskania, a w wielu sytuacjach wspomniany dokument jest honorowany przez placówki służby zdrowia.

- **uwzględnienie w przypadku przeprowadzania przyszłych prac remontowych lub budowlanych, dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością;**

W trakcie wizytacji ustalono, że od października 2015 r. w placówce nie prowadzono prac remontowych lub budowlanych. Tym samym budynek, w którym mieści się MOW, w dalszym ciągu posiada bariery architektoniczne.

Podsumowanie

W Polsce w samych tylko jednostkach penitencjarnych przebywa 75 tysięcy osób pozbawionych wolności. Tymczasem osoby objęte mandatem Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przebywają jeszcze w placówkach policyjnych, szpitalach psychiatrycznych, domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych czy placówkach dla nieletnich. Do wszystkich tych miejsc systematycznie zagląдают pracownicy Krajowego Mechanizmu.

Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2019 r. jest obrazem funkcjonowania miejsc pozbawienia wolności z perspektywy stanu przestrzegania praw osób w nich przebywających. Należy pamiętać, że godność człowieka, przyrodzona i niezbywalna, a także jego życie i zdrowie wymagają szczególnej ochrony w warunkach pozbawienia wolności. Jako państwo stojące na straży praw wszystkich obywateli, winni jesteśmy zapewnić i kontrolować ich przestrzeganie także w miejscach detencji.

Siła oddziaływania KMPT w dużej mierze zależy od możliwości finansowych, a także od przekonania rządzących o potrzebie implementowania zaleceń Krajowego Mechanizmu oraz standardów krajowych i międzynarodowych. Nakłady finansowe przeznaczone na funkcjonowanie krajowego mechanizmu prewencji powinny być traktowane jako swoista inwestycja, która spowoduje wzrost poczucia bezpieczeństwa u obywateli i ich zaufania do organów władzy państwowej. Tymczasem, w 2019 r. podobnie jak w latach poprzednich, finansowanie zagwarantowane na działalność prewencyjną nie było wystarczające w stosunku do realizacji zadań postawionych przed KMPT przez OPCAT.

Szereg zaleceń Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, wydanych w 2019 r. w wyniku jego działalności, zostało uwzględnionych przez władze poszczególnych placówek niezwłocznie po przeprowadzonych wizytacjach. To ważne, gdyż przyczynia się to do budowania współpracy w duchu dialogu i zrozumienia. Niestety, jak wynika z lektury niniejszego Raportu, w miejscach pozbawienia wolności wciąż dochodzi do sytuacji stanowiących niehumanitarne lub poniżające traktowanie albo karanie. Jest to niezwykle niepokojące, lecz z drugiej strony pokazuje także, jak ważna jest działalność Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, dzięki której władze państwa oraz jego obywatele są informowani o tym, co dzieje się za zamkniętymi drzwiami.



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

ISSN 0860-7958