

Warszawa, dnia 28 maja 2020 r.

KMP.571.1.2020.RK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji tematycznej
Aresztu Śledczego Warszawa-Białołęka dotyczącej realizacji zaleceń Europejskiego
Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu
Traktowaniu albo Karaniu (CPT)
(wyciąg)**

1. Wstęp

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej: OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 3-5 lutego 2020 r., Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm) wizytował Areszt Śledczy Warszawa – Białołęka, przy ul. Ciupagi 1 (dalej: Areszt, jednostka).

W skład zespołu wizytującego wchodziło: Marcin Kusy (prawnik), Rafał Kulas (prawnik), Aleksandra Nowicka (kryminolożka, specjalistka ds. bezpieczeństwa), Aleksandra Osińska (psycholożka).

Wizytacja miała charakter tematyczny, a jej celem było sprawdzenie stopnia realizacji zaleceń Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), przedstawionych polskim władzom w raporcie z wizyty w 2017 r.¹ Areszt Śledczy Warszawa – Białołęka był bowiem jednym z miejsc pozbawienia wolności, które delegacja CPT odwiedziła podczas tej wizyty.

Przeprowadzone przez przedstawicieli KMPT czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania jednostki, przedstawionej przez płk Roberta Ciesielskiego (Dyrektora Aresztu Śledczego Warszawa-Białołęka);

¹ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Raport z wizyty przeprowadzonej w Polsce, w dniach 11-22 maja 2018 r., CPT/Inf (2018) 39, § 56-91. Dokument dostępny jest na stronie: <https://www.coe.int/en/web/cpt/poland>

- oglądzie terenu jednostki, w tym wybranych przez wizytujących cel mieszkalnych, cel: przejściowych, izolacyjnych i zabezpieczających, ambulatorium, łaźni, świetlic, sali widzeń, placów spacerowych;
- inspekcji czterech pojazdów służących do transportu osadzonych;
- przeprowadzeniu poufnych, indywidualnych rozmów z osadzonymi i personelem jednostki;
- analizie dokumentacji dotyczącej osadzonych i funkcjonowania jednostki, w tym dokumentacji medycznej oraz danych zgromadzonych w Centralnej Bazie Danych Osób Pozbawionych Wolności Noe.NET.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną oraz użyto dalmierza w celu pomiaru powierzchni wybranych pomieszczeń.

Dokonane w ten sposób ustalenia przedstawiciele KMPT przekazali Dyrektorowi jednostki i innym funkcjonariuszom Służby Więziennej obecnym na rozmowie podsumowującej wizytę. Po zakończeniu wizytacji poddano analizie dokumentację i informacje przekazane przez Dyrektora Aresztu Śledczego Warszawa-Białoleka, dotyczące funkcjonowania jednostki i planów modernizacyjnych.

Niniejszy raport składa się z dwóch części. W pierwszej części raportu (pkt. 5) przedstawiono stopień realizacji zaleceń CPT odnoszących się do jednostek penitencjarnych, które zostały przedstawione polskim władzom w sprawozdaniu z wizyty w Polsce w 2017 r. Druga część raportu (pkt. 6) zawiera uwagi KMPT, które nie odnoszą się bezpośrednio do powyższego sprawozdania.

Raport zawiera też zalecenia, które zgodnie z art. 19 pkt. b) OPCAT mają na celu poprawę traktowania oraz warunków osób pozbawionych wolności i zapobieganie torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (pkt. 7). Wskazuje również mocne strony, warte naśladowania przez inne jednostki penitencjarne (pkt. 4).

Informacje zebrane przez KMPT podczas niniejszej wizytacji posłużą do przygotowania raportu tematycznego, obrazującego stopień realizacji zaleceń CPT przez polskie władze.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. osadzony, funkcjonariusz Służby Więziennej, pracownik cywilny jednostki, osoba odwiedzająca osadzonego) lub organizacja,

która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiejkolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej. Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że *żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaze, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiejkolwiek sankcji przeciwko jakiejkolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiejkolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.*

3. Charakterystyka jednostki

Areszt Śledczy Warszawa-Białołęka jest największą jednostką penitencjarną w Polsce. Pojemność placówki wynosi łącznie 1773 miejsca. W pierwszym dniu wizytacji (3 lutego 2020 r.) przebywało w niej łącznie 1668 więźniów, w tym 498 osób tymczasowo aresztowanych i 1170 skazanych i ukaranych.

Areszt Śledczy Warszawa-Białołęka jest jednostką przeznaczoną dla mężczyzn:

- tymczasowo aresztowanych;
- skazanych po raz pierwszy i recydywistów penitencjarnych, odbywających karę pozbawienia wolności w warunkach zakładu karnego typu półotwartego;
- skierowanych do ośrodka diagnostycznego;
- chorych na cukrzycę insulinozależną;
- tymczasowo aresztowanych poruszających się na wózku inwalidzkim;
- skazanych skierowanych do oddziału terapeutycznego dla osób uzależnionych od alkoholu;
- skazanych skierowanych do nauczania w Centrum Kształcenia Ustawicznego².

Jednostka podlega pod Dyrektora Okręgowego Służby Więziennej w Warszawie. Nadzór nad jej funkcjonowaniem sprawuje Sąd Okręgowy dla Warszawy-Pragi w Warszawie, VIII Wydział Penitencjarny i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych.

4. Mocne strony jednostki

W czasie wizytacji dowódca zmiany działu ochrony wyposażony był w kamerę, noszoną na mundurze, umożliwiającą rejestrację obrazu i dźwięku, na żądanie funkcjonariusza. Zgodnie z wytycznymi z odprawy, był on zobowiązany do włączania

² Zob. Zarządzenie Nr 19/20 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 28 lutego 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia przeznaczenia zakładów karnych i aresztów śledczych.

urządzenia w momencie otrzymania informacji o zaistnieniu zdarzenia, które wymaga interwencji funkcjonariuszy Służby Więziennej (np. agresji ze strony osadzonego). Rejestracji audio-wideo podlegał więc nie tylko moment samej interwencji, ale również cała droga dojścia funkcjonariusza do miejsca zdarzenia.

KMPT pozytywnie ocenia wykorzystywanie przez funkcjonariuszy kamer noszonych przy mundurach (tzw. body cameras). Jak bowiem wskazuje CPT korzystanie z przenośnego sprzętu wideo może, jeżeli jest odpowiednio uregulowane, stanowić ważne zabezpieczenie przed niewłaściwym użyciem siły przez personel więzienny³. Jest to ważne, gdyż dynamika niektórych sytuacji, nie zawsze pozwoli na użycie kamery przenośnej, co będzie skutkowało brakiem zapisu audio-wideo z zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Taka sytuacja stwarza ryzyko złego traktowania i uniemożliwia wyeliminowanie ewentualnych błędów taktycznych i technicznych dotyczących stosowanych środków. Dlatego też CPT, zachęca władze do wprowadzenia kamer noszonych na ciele przez personel *na pierwszej linii* i stosowania ich podczas wszystkich operacji stosowania środków przymusu bezpośredniego i krępowania⁴.

Warto odnotować, że w wizytowanej jednostce jedynie kierownik zmiany pionu ochrony wyposażony jest w kamerę nasobną. Pozostali funkcjonariusze, w tym oddziałowi, nie są wyposażeni w tego typu urządzenia. KMPT żywi nadzieję, że z czasem urządzenia te znajdą szersze zastosowanie w Służbie Więziennej.

KMPT pozytywnie ocenił też standard jednego z samochodów służbowych służących do transportu osadzonych. Pojazd został nabyty przez jednostkę w zeszłym roku. Jego stan materialny był bardzo dobry i spełniał on standardy CPT dotyczące transportu osób pozbawionych wolności⁵. Posiadał monitoring (zarówno w części wewnętrznej, jak i na zewnątrz), wentylację, ogrzewanie i pasy bezpieczeństwa dla osadzonych. W pojeździe znajdowała się naklejka z informacją – *obowiązek zapinania pasów*. Samochód posiadał też oddzielne pomieszczenie do izolacji więźnia (również wyposażone w pasy bezpieczeństwa).

KMPT ma nadzieję, że wymiana środków transportowych Służby Więziennej na pojazdy spełniające międzynarodowe standardy przewozu osadzonych, będzie miała charakter stały i obejmie jak największą liczbę pojazdów.

³ Zob. Raport CPT z wizyty w Albanii, CPT/Inf (2019) 28, § 91.

⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii, CPT/Inf (2019) 29, § 40.

⁵ Zob. Transport of detainee, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24.

5. Stan realizacji zaleceń Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)

5.1. Powierzchnia celi mieszkalnej

Standard minimalny rekomendowany państwu Rady Europy przez CPT wynosi 6 m² powierzchni mieszkalnej w celi jednoosobowej oraz 4 m² powierzchni mieszkalnej w celi wieloosobowej (do metrażu nie wlicza się kącika sanitarnego). Ponadto każda cela przeznaczona do zamieszkania przez osadzonych powinna mieć przynajmniej 2 m między ścianami celi oraz 2,5 m między podłogą, a sufitem⁶.

CPT zalecił polskim władzom⁷:

- podwyższenie minimalnego standardu powierzchni mieszkalnej na osadzonego do minimum 4 m² w celach wieloosobowych (z pominięciem powierzchni przeznaczonej na sanitariaty) oraz 6 m² w celach jednoosobowych. Oficjalna pojemność jednostek powinna zostać odpowiednio skorygowana;
- zapewnienie, by między ścianami celi występowała odległość 2 m między ścianami. Cele, które nie spełniają tego kryterium powinny zostać powiększone lub wycofane z użytku.

Zalecenia nie zostały zrealizowane. Pomiar wybranych cel dokonany przez członków delegacji KMPT wskazywał, że spełniały one wprawdzie standard krajowy (m.in. 3 m²), jednak nie osiągały powierzchni rekomendowanej przez CPT. Ponadto w niektórych celach odstęp między ścianami wynosił poniżej 2 m.

Powyższy problem ma wymiar systemowy. Mimo wieloletnich zaleceń CPT odnoszących się do tej kwestii, minimalna norma powierzchni mieszkalnej w celi, przypadająca na więźnia, określona przez kodeks karny wykonawczy, wynosi nadal 3 m². Co więcej, w niektórych sytuacjach dyrektor jednostki może umieścić skazanego w celi poniżej tego metrażu (więźniowi należy zapewnić wówczas nie mniej niż 2 m²)⁸. Od normy minimalnej określonej w prawie krajowym obliczana jest pojemność jednostek penitencjarnych.

⁶ Zob. Living space per prisoner in prison establishments: CPT standards, 15 grudnia 2015 r., CPT/Inf (2015) 44; Dwudziesty Szósty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2017) 5, § 56; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 59.

⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 59, 67 i 68.

⁸ Zob. art. 110 § 2, 2a, 2b i 2c ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 676).

Na problem ten zwrócił uwagę Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)⁹ w raporcie z wizyty w Polsce w 2018 r. Podkreślił wówczas, że oficjalna pojemność cel w jednostkach penitencjarnych w Polsce nie jest obliczana zgodnie z europejskim minimalnym standardem przestrzeni życiowej, rekomendowanym przez CPT. SPT zalecił Polsce podniesienie minimalnego standardu powierzchni mieszkalnej w przeliczeniu na jednego więźnia, do poziomu wskazywanego przez CPT. Polska powinna również dokonać pod tym kątem przeglądu oficjalnej pojemności jednostek penitencjarnych¹⁰.

Nie zapewnienie minimalnego metrażu 4 m² w celi znacznie zwiększa ryzyko naruszenia zakazu tortur określonego w art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i odpowiedzialności prawnej przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w Strasburgu¹¹.

5.2. Blindy w oknach

CPT negatywnie wypowiedział się o stosowanych zabezpieczeniach ochronnych w oknach cel mieszkalnych, w postaci nieprzejrzystych żaluzji (zwanymi blindami). Zdaniem Komitetu takie rozwiązania są, w większości przypadków, niepotrzebne. Ograniczają bowiem osadzonym możliwość wyglądania na zewnątrz, dostęp w odpowiedniej ilości do naturalnego światła i świeżego powietrza. CPT zalecił polskim władzom usunięcie blind i, jeżeli jest to rzeczywiście konieczne, zastąpienie ich rozwiązaniami umożliwiającymi dostęp naturalnego światła i świeżego powietrza do cel w odpowiedniej ilości¹².

Zalecenie zostało zrealizowane. Okna cel mieszkalnych na terenie wizytowanej jednostki nie posiadały blind.

5.3. Aktywność osób tymczasowo aresztowanych

CPT zwrócił uwagę na reżim stosowany w odniesieniu do osób tymczasowo aresztowanych. Większość osadzonych zaliczających się do tej kategorii więźniów spędzała czas w celi, do 23 godzin na dobę. Jednostki penitencjarne oferowały jedynie możliwość

⁹ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT).

¹⁰ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, § 80-81.

¹¹ Zob. Wyrok Muršić v. Chorwacji z dnia 20 października 2016 r. [Wielka Izba], skarga nr 7334/13.

¹² Zob. Raport z wizyt w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 69.

ćwiczeń na świeżym powietrzu (w wymiarze m.in. godziny dziennie) i skorzystania ze świetlicy (do godziny, kilka razy w tygodniu)¹³.

CPT wezwał polskie władze do podjęcia zdecydowanych działań, w celu opracowania programów aktywności dla osób tymczasowo aresztowanych. Celem tych działań powinno być zapewnienie, by wszyscy osadzeni spędzali 8 godzin lub więcej poza swoimi celami, zaangażowani w działania różnego rodzaju – praca, edukacja, sport itp.¹⁴

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Osadzeni nie mieli opracowanych programów aktywności i, podobnie jak w czasie wizyty CPT, zdecydowaną większość swojego czasu spędzali w celach mieszkalnych.

Osadzeni mieli dostęp do książek i prasy. Poza czasem spędzonym w celi mieli możliwość skorzystania ze spaceru (w wymiarze jednej godziny dziennie) i świetlicy (dwa razy w tygodniu). Jednostka starała się wprawdzie zaoferować osadzonym inne aktywności, np. zajęcia kulturalno-oświatowe z zakresu kształtowania postaw obywatelskich i patriotycznych (pt. *Ocalić od niepamięci*), uczestnictwo w wystawach dotyczących obozu koncentracyjnego Auschwitz-Birkenau i zajęcia wychowania fizycznego i sportu na boisku sportowym (realizowane poza sezonem zimowym). W ocenie KMPT są to jednak działania niewystarczające. Konieczne są systemowe działania w tym zakresie, które pogodzą izolacyjny charakter tego środka zapobiegawczego z odpowiednią ofertą aktywności, skierowaną do więźniów, zgodnie z międzynarodowymi standardami i zaleceniami.

5.4. Świetlice

CPT wizytując Areszt Śledczy Warszawa – Białołęka w 2017 r., zwrócił uwagę na ubogie wyposażenie świetlic. W raporcie skierowanym do polskich władz podkreślono, że świetlice na każdym piętrze były praktycznie puste pod względem mebli (w niektórych przypadkach nie było nawet krzeseł, czy telewizora)¹⁵. CPT zalecił polskim władzom, by podjęły kroki mające na celu odpowiednie wyposażenie świetlic w tej jednostce¹⁶.

Zalecenie zostało zrealizowane. Świetlice na oddziałach mieszkalnych posiadały telewizory, krzeselka dla osadzonych i stół do ping-ponga. Centralna świetlica była ponadto wyposażona w stół do gry w piłkarzyki.

¹³ Tamże, § 72.

¹⁴ Tamże, § 73. Zobacz również uwagi SPT, CAT/OP/POL/ROSP/1, § 86-91.

¹⁵ Tamże, § 62.

¹⁶ Tamże, § 67.

5.5. Place spacerowe

CPT zwrócił uwagę na stan materialny i wyposażenie placów spacerowych polskich jednostek penitencjarnych. W raporcie z wizyty w Polsce podkreślono, że zdecydowana większość odwiedzonych jednostek posiadała małe dziedzińce otoczone wysokim, betonowym murem. Wyposażone były one jedynie w ławkę i pozbawione były ochrony przed niekorzystnymi warunkami pogodowymi. CPT zalecił władzom, by podjęto kroki celem umożliwienia wszystkim osadzonym odbycia codziennych ćwiczeń na zewnątrz w warunkach, które umożliwiają im fizyczne zmęczenie się. Dodatkowo, wszystkie dziedzińce przeznaczone do wykonywania ćwiczeń powinny zostać zaopatrzone w pewien rodzaj ochrony przed niekorzystnymi warunkami pogodowymi i najlepiej umożliwiać widok horyzontalny¹⁷.

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Delegacja KMPT miała okazję odwiedzić wybrane przez siebie pola spacerowe oraz obserwować więźniów podczas spaceru. Place spacerowe były w bardzo złym stanie materialnym (popękana nawierzchnia mogła utrudniać poruszanie się osobom o ograniczonej sprawności fizycznej), wyposażone były w ławki i prowizoryczne drążki (brak było profesjonalnego sprzętu do ćwiczeń fizycznych). Nie posiadały też odpowiedniej ochrony przed złymi warunkami atmosferycznymi (zamiast tego zamontowano niewielkich rozmiarów daszek z tworzywa sztucznego). Place były otoczone betonowym murem, nad którym rozpięta była metalowa siatka, co budziło skojarzenia z klatką. Całość sprawiała przygnębiające wrażenie. Podczas spaceru więźniowie nie wykonywali ćwiczeń fizycznych, ani nie użytkowali udostępnionego im prowizorycznego sprzętu.

Na terenie jednostki znajdowały się wprawdzie dwie siłownie na polach spacerowych (tzw. fit-parki), warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że nie są one dostępne każdego dnia, dla wszystkich osadzonych i podczas codziennych spacerów część więźniów musi korzystać z rozwiązań o zdecydowanie niższym standardzie.

Delegacja KMPT została poinformowana o planach remontowych jednostki. Zgodnie z przekazanymi informacjami, Areszt planował dostosowanie placu spacerowego przeznaczonego do gier zespołowych do wytycznych Dyrektora Generalnego Służby Więziennej¹⁸. Realizacja zadania miała nastąpić w 2022 r. Zaplanowane prace remontowe nie dotyczyły jednak placów spacerowych wizytowanych przez przedstawicieli KMPT.

¹⁷ Tamże, § 74.

¹⁸ Zob. Wytyczne nr 2/2013 z dnia 4.06.2013 r.

5.6. Dostępność lekarzy ogólnych

Podczas wizyty CPT w Areszcie Śledczym Warszawa-Białołęka w 2017 r., opieka zdrowotna zapewniana była przez 3 lekarzy ogólnych, pracujących na pełen etat. Członkowie delegacji CPT uzyskali jednak od więźniów sygnały dotyczące długiego czasu oczekiwania na konsultacje lekarskie. W opinii CPT istniała potrzeba zwiększenia obecności lekarzy ogólnych w placówce do poziomu pięciu osób, zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin¹⁹.

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Liczba lekarzy w jednostce została wprowadzić zwiększona, lecz nie do poziomu rekomendowanego przez CPT. Podczas wizyty KMPT poziom zatrudnienia personelu lekarskiego wynosił łącznie 5 osób - lekarz ogólny funkcjonariusz SW oraz 4 lekarzy ogólnych (pracowników cywilnych), zatrudnionych w łącznym wymiarze 3,5 etatu.

Wzrost poziomu zatrudnienia nie wpłynął na zwiększenie dostępności osadzonych do lekarza ogólnego. W dalszym ciągu pojawiały się sygnały od osadzonych o długim czasie oczekiwania na wizytę u lekarza ogólnego, wynoszące nawet kilka dni. Ustalenia delegacji KMPT wskazują również, że kierownik więziennej służby zdrowia i jego zastępczyni (będący lekarzami) są obciążeni pracą administracyjną i poza nagłymi interwencjami, nie sprawują *de facto* opieki nad pacjentami.

Delegacja KMPT wysłuchała też relacji wskazującej na to, że lekarze nie pracują faktycznie tylu godzin, ile mają ustalone w umowie. Jest na to przyzwolenie, gdyż w przeciwnym razie trudno byłoby znaleźć chętnych do pracy wśród lekarzy. **KMPT jest zaniepokojony powyższą sytuacją i prosi Dyrektora jednostki o zweryfikowanie otrzymanych sygnałów dotyczących faktycznego czasu pracy lekarzy.**

5.7. Dostępność personelu pielęgniarskiego

Podczas wizyty CPT w Areszcie Śledczym Warszawa-Białołęka nocą i w weekendy nie zapewniano osadzonym opieki pielęgniarskiej²⁰. CPT zalecił, by przez cały czas (także nocą i w weekendy) obecna była osoba potrafiąca udzielić pierwszej pomocy, w tym przeszkolona w administrowaniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz używaniu defibrylatora. Taką osobą powinna być wykwalifikowana pielęgniarka²¹.

¹⁹ Tamże, § 75, 76 i przypis nr 66.

²⁰ Tamże, § 75.

²¹ Tamże, § 76.

Zalecenie zostało zrealizowane jedynie częściowo. Według stanu na dzień 29 kwietnia 2020 r.²² w jednostce zatrudnionych jest 20 osób na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarza. Pracują oni w 8 i 12 godzinnym systemie zmianowym (po cztery osoby na każdej zmianie). Personel pielęgniarski jest obecny w weekendy, nie pracuje jednak w godzinach nocnych.

KMPT ma obawy, czy obsada pielęgniarska w jednostce jest wystarczająca. Z pisma Dyrektora jednostki z dnia 29 kwietnia 2020 r.²³ wynika bowiem, że w dziale służby zdrowia występuje obecnie 6 wakatów na stanowisku *młodsza pielęgniarka/młodszy pielęgniarz*. Ponadto z ustaleń przedstawicieli KMPT wynika, że zdarzały się sytuacje, gdy pielęgniarki brały udział w konwoju osadzonych, celem nadzoru nad dokumentacją medyczną. Wielogodzinny transport sprawiał, że pielęgniarka nie sprawowała w tym czasie opieki medycznej w jednostce, a obsada personelu medycznego była osłabiona. Jest to problem np. w przypadku konieczności roznoszenia leków. KMPT zaleca zweryfikowanie potrzeb jednostki odnoszących się do personelu pielęgniarskiego, w świetle powyższych uwag i podjęcie skutecznych działań mających na celu zapewnienia osadzonym dostępu do opieki pielęgniarskiej na odpowiednim poziomie. Niezbędne jest również zapewnienie opieki pielęgniarskiej w godzinach nocnych.

5.8. Badanie lekarskie

CPT zauważył, że wstępne badanie lekarskie osadzonych przy przybyciu do jednostek penitencjarnych było powierzchowne i ogólne (ograniczało się do kilku ogólnych pytań o stan zdrowia i nie obejmowało pełnego badania fizykalnego). Ponadto nie odbywało się w ciągu 24 godzin od przybycia więźnia do jednostki (opóźnienia wynosiły nawet do tygodnia)²⁴. Badania lekarskie odbywały się również w obecności funkcjonariuszy Służby Więziennej, osadzeni zaś byli skuci kajdankami (ta uwaga CPT dotyczyła osadzonych o statusie „N”)²⁵.

CPT zalecił polskim władzom:

- przypomnienie personelowi opieki zdrowotnej, że z każdym nowo przyjmowanym osadzonym należy przeprowadzić wywiad, zbadać go niezwłocznie (nie później

²² Zob. Pismo Dyrektora AŚ Warszawa-Białołęka z dnia 29 kwietnia 2020 r., znak D/P.0812.2.2020.PJ.

²³ Tamże.

²⁴ Tamże, § 78.

²⁵ Tamże, § 79.

niż w terminie 24 godzin od przybycia; badanie powinien przeprowadzić lekarz lub w pełni wykwalifikowana pielęgniarka pod nadzorem lekarza)²⁶;

- wykonywanie badań lekarskich poza zasięgiem słuchu oraz poza zasięgiem wzroku funkcjonariuszy Służby Więziennej (chyba, że dany lekarz wyraźnie poprosi o obecność funkcjonariusza, w konkretnym przypadku)²⁷;
- zaprzestanie praktyki rutynowego stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osadzonych o statusie „N” podczas badań lekarskich²⁸.

Zalecenia CPT zostały zrealizowane jedynie częściowo. Więźniowie przyjmowani do jednostki z *wolności* (tj. tacy, którzy nie zostali przetransportowani z innych jednostek penitencjarnych) byli badani przez lekarza lub pielęgniarkę w ciągu 24 godzin od przyjęcia do jednostki. Takie badanie odbywało się bez obecności funkcjonariuszy.

Profilaktycznemu, wstępnemu badaniu medycznemu nie były jednak poddawane osoby, przyjmowane z innych jednostek penitencjarnych. Były one, co do zasady, poddawane badaniu przed transportem w jednostce, z której miały zostać wywiezione. Taka praktyka stwarza ryzyko nie wykrycia obrażeń, które mogły powstać w czasie konwoju.

W dalszym ciągu spotykane były sytuacje, gdy badanie lekarskie więźnia miało charakter powierzchowny i ograniczało się jedynie do wywiadu, bez przeprowadzenia pełnego badania ciała. Delegacja KMPT ustaliła również, że podczas badań lekarskich realizowanych na terenie jednostki, osadzeni nie byli skuci kajdankami. Jednak podczas badań realizowanych poza Aresztem takie praktyki miały miejsce. Badania odbywały się wówczas w obecności funkcjonariuszy Służby Więziennej. Przedstawiciele KMPT uzyskali również informację o przykuciu więźnia do łóżka w trakcie pobytu w szpitalu. Takie praktyki, stosownie do standardów CPT, są niedopuszczalne. W ocenie CPT stosowanie kajdanek (w tym kajdanek na nogi) podczas badania lub konsultacji lekarskiej jest praktyką naruszającą godność więźnia, utrudniającą rozwój właściwej relacji lekarza z pacjentem i szkodliwą dla obiektywnych ustaleń medycznych²⁹.

5.9. Dokumentowanie obrażeń

CPT zalecił polskim władzom zapewnienie (w tym poprzez wydanie instrukcji i szkoleń), by wszystkie badania lekarskie były odpowiednio rejestrowane.

²⁶ Tamże, § 78.

²⁷ Tamże, § 79.

²⁸ Tamże, § 79.

²⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 79; Raport CPT z wizyty w Czechach, CPT/Inf (2019) 23, § 70.

Dotyczyło to zarówno przejawów przemocy zaobserwowanych podczas badania przy przyjęciu więźnia do jednostki, jak i badania po incydencie w jednostce penitencjarnej³⁰. CPT wskazał jakie elementy powinna zawierać dokumentacja z takiego badania lekarskiego³¹. Zwrócił uwagę m.in. na:

- konieczność rejestracji obrażeń za pomocą specjalnego formularza przeznaczonego do tego celu, zawierającego zarysy sylwetki do zaznaczenia umiejscowienia obrażeń (map ciała), który powinien być przechowywany w kartotece medycznej osadzonego;
- zamieszczanie zdjęć obrażeń (o ile zostały wykonane) w dokumentacji medycznej więźnia;
- zaprowadzenie specjalnego rejestru urazów, w którym należy odnotowywać wszelkiego rodzaju obrażenia.

Delegacja KMPT zapoznała się z dokumentacją medyczną osadzonych i wysłuchała opinii personelu medycznego na temat sposobu dokumentowania obrażeń. **Zalecenia CPT w tym obszarze nie zostały wdrożone.** Ewentualne obrażenia więźniów były opisywane w książeczkach zdrowia. Dokumentacja medyczna nie zawierała specjalnego formularza do umiejscowienia urazów (map ciała), ani dokumentacji fotograficznej.

Delegacja wysłuchała relacji, z której wynikało, że zdarzył się przypadek, że zdjęcia obrażeń więźnia zostały wykonane prywatnym telefonem pracownika służby zdrowia, a następnie przekazane Prokuraturze w związku z prowadzonym postępowaniem karnym³². Dokumentacja fotograficzna nie została jednak włączona do dokumentacji medycznej osadzonego, a jedynie była przechowywana przez pracownika, na wypadek ewentualnego postępowania.

W jednostce nie opracowano też specjalnego rejestru urazów, w związku z czym personel medyczny miał problemy z udzieleniem odpowiedzi na pytania członków KMPT dotyczące skali i częstotliwości urazów więźniów. Sposób dokumentacji obrażeń więźniów jest więc niezgodny z Protokołem stambulskim³³, co nie spełnia standardów CPT³⁴. Jednostka nie posiadała również specjalnej procedury dotyczącej dokumentowania obrażeń.

³⁰ Tamże, § 80.

³¹ Tamże, § 80.

³² Rozmówca nie wskazał okresu czasu kiedy miało miejsce zdarzenie, jednak z jego słów wynikało, że miało to miejsce już po wizycie CPT w 2017 r.

³³ Zob. Paragraf 122 i Aneksy III i IV Protokołu stambulskiego. Podręcznika skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania; Biuro Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka; Professional Training Series No. 8/Rev.1.; Nowy Jork i Genewa 2004.

W opinii personelu medycznego jednostki, wdrożenie zaleceń CPT wymagałoby zmiany obowiązującego prawa dotyczącego sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej. Wprowadziłoby to jednolity standard postępowania personelu medycznego w jednostkach penitencjarnych w całej Polsce, wyeliminowało ryzyko błędów i pozwoliło uniknąć zarzutu prowadzenia dokumentacji w sposób niezgodny z obowiązującym prawem.

KMPT ma obawy, czy wszystkie obrażenia więźniów ujawnione przy przyjęciu do jednostki są rejestrowane i zgłaszane odpowiednim instytucjom. Przedstawiciele KMPT spotkali się bowiem z opiniami personelu, że nie wszystkie obrażenia są rejestrowane (zwłaszcza drobne urazy), a Policja i Służba Więzienna powinny współdziałać i ufać sobie nawzajem. Delegacja usłyszała nawet o nieformalnej zasadzie panującej w jednostce, według której *nie donosi się na siebie nawzajem*.

Ustalenia przedstawicieli KMPT wskazują także, że nie każda informacja o obrażeniach ciała więźnia trafia do organów ścigania, tak by niezależny organ mógł zbadać przyczynę i okoliczności powstawania obrażeń. W przypadku drobniejszych urazów personel medyczny poprzestaje na wpisie obrażeń w książeczce zdrowia osadzonego. Tylko w przypadkach, gdy obrażenia są bardzo poważne i ich sprawcami są funkcjonariusze Policji, zawiadamiane są organy ścigania.

KMPT z satysfakcją przyjął do wiadomości informację o zorganizowanej w 2019 r. przez Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Warszawie, naradzie poświęconej Protokołowi stambulskiemu. Narada odbyła się na terenie Aresztu Śledczego Warszawa-Białołęka i uczestniczył w niej personel medyczny z jednostek podległych Dyrektorowi Okręgowemu Służby Więziennej w Warszawie. Narada miała charakter szkoleniowy, z wykorzystaniem prezentacji multimedialnych. W ocenie KMPT takie szkolenia mają dużą wartość zapobiegawczą i najlepiej, by miały charakter systematyczny i były adresowane nie tylko do personelu medycznego, ale również psychologów, wychowawców i innych funkcjonariuszy i pracowników jednostek penitencjarnych. Stosowanie Protokołu stambulskiego ma bowiem kluczowe znaczenie dla dokumentowania i prewencji tortur.

Jego stosowanie rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet Przeciwko Torturom

³⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, § 20; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019) 16, § 80.

ONZ (CAT)³⁵, Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)³⁶, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur³⁷ i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)³⁸.

Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur podkreśla, że personel odpowiedzialny za badania lekarskie powinien odbyć specjalne szkolenie w zakresie identyfikacji i dokumentowania oznak tortur oraz złego traktowania, zgodnie z Protokołem stambulskim³⁹.

Pomimo powyższej narady, ustalenia KMPT wskazują, że wytyczne Protokołu stambulskiego są kadrze medycznej nieznane i personel ten potrzebuje dalszych szkoleń w tym zakresie. Przedstawiciele KMPT zwrócili też uwagę na brak znajomości wśród kadry definicji tortur, najczęściej spotykanych metod torturowania i ich objawów, które występują u badanych (fizycznych i psychologicznych), a które mogą świadczyć o torturowaniu. Nieznane są też wytyczne Protokołu dotyczące opieki psychologicznej jaką należy zapewnić ofiarom. Świadczy to o dużym zapotrzebowaniu edukacyjnym personelu, tak by ujawnianie przypadków tortur, ich dokumentowanie i opieka zapewniana ofiarom były realizowane profesjonalnie i skutecznie, zgodnie z międzynarodowymi standardami.

Zdaniem KMPT brak właściwego dokumentowania obrażeń osadzonych w jednostkach penitencjarnych oraz wiedzy personelu tych jednostek w zakresie Protokołu stambulskiego jest problemem systemowym, o którym KMPT informował Dyrektora Generalnego Służby Więziennej⁴⁰.

5.10. Osadzeni uzależnieni od narkotyków

CPT zwrócił uwagę na postępowanie z osadzonymi uzależnionymi od narkotyków. Wskazał, że wprawdzie programy metadonowe były dostępne we wszystkich wizytowanych jednostkach penitencjarnych, jednak mimo powtarzających się zaleceń, nie wprowadzono żadnych środków ograniczających szkody (tzw. *harm reduction*), takich jak np. programy

³⁵ Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, § 27-28.

³⁶ Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, § 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, § 55.

³⁷ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, § 77 (e).

³⁸ Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019)16, par. 80.

³⁹ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, § 77 (e).

⁴⁰ Zob. Raporty Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur za rok 2017 – s. 43-45; za rok 2018 – s. 130-132. Zob. także wystąpienia generalne Rzecznika Praw Obywatelskich do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dni: 24.10.2017 r. (znak KMP.571.6.2017.JJ), 29.01.2019 r. (znak KMP.571.6.2017.AO) i 27.05.2019 r. (KMP.571.6.2017.AO).

wymiany igieł, dostarczanie prezerwatyw, udzielanie informacji o sposobie sterylizacji igieł i sterylizacji materiału używanego do wstrzykiwania narkotyków⁴¹.

W ocenie CPT zarządzanie osadzonymi, którzy są uzależnieni od narkotyków, musi być zróżnicowane. Powinno z jednej strony skupiać się na eliminowaniu dostaw narkotyków do jednostek, z drugiej strony skupiać się na samym problemie nadużywania narkotyków (poprzez identyfikowanie i angażowanie osób nadużywających narkotyków, zapewnianie możliwości leczenia, opracowywanie standardów, monitorowanie i badania w kwestiach związanych z narkotykami, zapewnianie szkoleń i rozwoju personelu). Powyższe działania powinny być powiązane z odpowiednią krajową polityką prewencyjną. CPT podkreśla, że personel medyczny powinien odgrywać kluczową rolę w opracowywaniu, wdrażaniu i monitorowaniu danych programów oraz musi ściśle współpracować z innymi zaangażowanymi pracownikami (psycho-społeczno-edukacyjnymi)⁴².

CPT wezwał polskie władze do opracowania i wdrożenia kompleksowej strategii udzielania pomocy więźniom mającym problemy związane z narkotykami (w ramach szerszej krajowej strategii antynarkotykowej)⁴³.

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Stan faktyczny jaki zaobserwowała delegacja KMPT jest w zasadzie zbieżny z ustaleniami CPT i nie nastąpił w tym obszarze żaden postęp. W jednostce dostępny był program metadonowy (według stanu na dzień 29 kwietnia 2020 r. korzystało z niego 13 osób)⁴⁴, jednak w dalszym ciągu nie wdrożono żadnych środków ograniczania szkód. Delegacja KMPT zwróciła też uwagę, że personel placówki (personel medyczny, psychologowie) nie znał zaleceń CPT w tej materii, nie był świadomy ilu osadzonych ma problemy z narkotykami oraz nie potrafił precyzyjnie wskazać założeń polityki antynarkotykowej w Areszcie. Ponadto pracownicy jednostki byli bardzo sceptycznie nastawieni do wdrażania w środowisku penitencjarnym środków redukcji szkód i wręcz zaskoczeni możliwością realizacji takich działań w zakładzie karnym.

Więźniowie nie są objęci fachową terapią, gdyż na terenie jednostki brak jest oddziału terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych (funkcjonuje jedynie oddział terapeutyczny dla skazanych uzależnionych od alkoholu). Skazani uzależnieni od środków odurzających są dopiero kierowani do takich oddziałów, zlokalizowanych w innych jednostkach. Jeżeli skazany nie kwalifikuje się do podjęcia terapii w oddziale z uwagi na bliski termin końca kary, obejmuje się go jedynie

⁴¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 81.

⁴² Tamże, § 81.

⁴³ Tamże, § 81.

⁴⁴ Zob. Pismo Dyrektora AŚ Warszawa-Białoleka z dnia 29 kwietnia 2020 r., znak D/P.0812.2.2020.PJ.

oddziaływaniami psychologicznymi, w ramach systemu terapeutycznego poza oddziałem terapeutycznym. Powyższe działania dotyczą osób skazanych, nie zaś tymczasowo aresztowanych. Ponadto osadzonym, uzależnionym od opiatów, którzy byli objęci programem substytucyjnym przed zatrzymaniem, umożliwia się kontynuację substytucji opioidowej.

Na terenie jednostki odbywają się mitingi Wspólnoty Anonimowych Narkomanów, przy współudziale przedstawicieli Wspólnoty z zewnątrz.

W ramach szkoleń w 2019 r. funkcjonariusze działu penitencjarnego zostali objęci szkoleniem pt. *Uzależnienie od substancji chemicznych/nadużywanie substancji. Zasady kierowania do systemu terapeutycznego*. Zgodnie z programem szkoleń na 2020 rok funkcjonariusze mają zostać przeszkoleni z zakresu praktycznego rozpoznawania środków odurzających i rozpoznawania objawów ich spożycia oraz możliwości ich pozyskania.

Reasumując, uwagi CPT w tym obszarze zachowują swoją aktualność. W ocenie KMPT konieczne są odpowiednie systemowe rozwiązania, w szczególności podniesienie świadomości personelu jednostek w zakresie tego czym są i czemu służą środki ograniczające szkody (harm reduction), opracowanie przy współudziale personelu medycznego odpowiednich programów i polityk, dostępnych we wszystkich jednostkach penitencjarnych (programy te powinny być dostępne również dla osób tymczasowo aresztowanych) oraz przybliżenie kadrze uwag i zaleceń CPT w tej materii.

5.11. Kontakt ze światem zewnętrznym osób tymczasowo aresztowanych

CPT wyraził zaniepokojenie brakiem implementacji wieloletniego zalecenia, dotyczącego kontaktów osób tymczasowo aresztowanych ze światem zewnętrznym. W czasie wizyty w 2017 r. osoby te nadal musiały uzyskać zgodę sędziego lub prokuratora na każdą wizytę.

CPT powtórzył swój standard, że osoby tymczasowo aresztowane powinny być z zasady uprawnione do wizyt i rozmów telefonicznych. Możliwość takiego kontaktu nie powinna zależeć od upoważnienia przez inny organ. Istnieje jednak możliwość odmowy kontaktu w indywidualnym przypadku. Każda odmowa powinna być jednak szczegółowo uzasadniona potrzebami dochodzenia, zatwierdzona przez organ sądowy i stosowana przez określony czas. W przypadku uznania, że istnieje ciągle ryzyko zmywy, poszczególne wizyty lub rozmowy telefoniczne, mogą być monitorowane. CPT wezwał polskie władze, do bezzwłocznego dostosowania polskiego prawa do tych zasad.⁴⁵

⁴⁵ Tamże, § 84.

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Kontakt osób tymczasowo aresztowanych odbywa się stosownie do przepisów art. 217 kodeksu karnego wykonawczego⁴⁶. W dalszym ciągu do kontaktu z osobą tymczasową aresztowaną wymagana jest zgoda organu dysponującego. **Brak implementacji zalecenia CPT w tym obszarze ma zatem charakter systemowy. Jego wdrożenie wymaga zmiany polskiego prawa i dostosowania go do standardów CPT.**

5.12. Odwiedziny osadzonych

CPT zwrócił uwagę, że skazani osadzeni w jednostkach zamkniętych mieli prawo tylko do dwóch jednogodzinnych wizyt w miesiącu. Zdaniem CPT wszyscy osadzeni (zarówno skazani, jak i tymczasowo aresztowani) powinni korzystać z możliwości wizyt w wymiarze minimum jednej godziny tygodniowo. Komitet zalecił, by polskie władze podwyższyły odpowiednio obecne uprawnienie do wizyt dla osadzonych⁴⁷.

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Podstawowe zasady udzielania widzeń określa kodeks karny wykonawczy. Zgodnie z jego postanowieniami widzenie trwa zasadniczo 60 minut. W tym samym dniu skazanemu udziela się tylko jednego widzenia⁴⁸. W zakładzie karnym typu zamkniętego skazani mogą korzystać z dwóch widzeń w miesiącu, a za zgodą dyrektora zakładu karnego wykorzystać je jednorazowo⁴⁹. W zakładzie karnym typu półotwartego skazani mogą korzystać z trzech widzeń w miesiącu, które za zgodą dyrektora zakładu karnego mogą być połączone⁵⁰. W zakładzie karnym typu otwartego skazany może korzystać z nieograniczonej liczby widzeń⁵¹. Osoby tymczasowo aresztowane mają prawo do co najmniej jednego widzenia w miesiącu z osobą najbliższą, chyba że zostanie wydane zarządzenie o odmowie wyrażenia zgody na widzenie⁵².

Postanowienia porządku wewnętrznego jednostki odpowiadają w tym zakresie przepisom kodeksu karnego wykonawczego. **Wdrożenie standardu CPT wymagałoby zmiany przepisów prawa krajowego. Problem ma więc wymiar systemowy, niezależny od władz wizytowanej jednostki.**

⁴⁶ Zob. Art. 217 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 676 ze zm.).

⁴⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 85.

⁴⁸ Zob. art. 105a § 1 kodeksu karnego wykonawczego.

⁴⁹ Zob. art. 90 pkt 6) kodeksu karnego wykonawczego.

⁵⁰ Zob. art. 91 pkt 8) kodeksu karnego wykonawczego.

⁵¹ Zob. art. 92 pkt 10) kodeksu karnego wykonawczego.

⁵² Zob. art. 217 § 1a kodeksu karnego wykonawczego.

5.13. Procedura dyscyplinarna

Standardy dotyczące postępowania z osadzonymi, na których ciążyą zarzuty dyscyplinarne, CPT przedstawił w raporcie z wizyty w 2013 r.⁵³ W czasie wizyty okresowej w 2017 r. Komitet odnotował brak postępów w tej materii. Więźniowie przed nałożeniem sankcji dyscyplinarnych nie byli odpowiednio wysłuchiwani, w związku z zaistniałym zdarzeniem, zakończonym nałożeniem kary. Na ogół nie byli też informowani (lub byli informowani tylko ustnie) o dostępnych sposobach odwołania od sankcji dyscyplinarnej i nie otrzymywali kopii decyzji dyscyplinarnej. CPT wezwał polskie władze do usunięcia tych braków⁵⁴.

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Ustalenia delegacji KMPT wskazują, że więźniowie przed umieszczeniem w celi izolacyjnej rozmawiali z Dyrektorem jednostki. W ich ocenie rozmowa miała jednak charakter wyłącznie formalny i polegała na zakomunikowaniu sankcji. Niektórzy osadzeni sygnalizowali wizytującym, że nie byli informowani o możliwości zaskarżenia decyzji, nie była to jednak reguła. Część osadzonych twierdziła, że nie otrzymała kopii decyzji o podjęciu kroków dyscyplinarnych.

5.14. Okres umieszczenia w celi izolacyjnej

CPT wyraził zaniepokojenie, że zgodnie z polskim prawem maksymalny okres umieszczenia w celi izolacyjnej dla skazanych wynosi 28 dni i mimo wieloletniego już zalecenia Komitetu, nie został skrócony. CPT wezwał polskie władze do dokonania zmiany odpowiednich przepisów, tak aby dostosować maksymalny okres umieszczenia skazanych w celi izolacyjnej do przepisów dotyczących tymczasowo aresztowanych (tj. by wynosił on nie więcej niż 14 dni). Ponadto powinien istnieć zakaz stosowania następujących po sobie kar dyscyplinarnych, które skutkowałyby nieprzerwanym okresem odosobnienia przekraczającym maksymalny okres 14 dni. Wszelkie przewinienia popełnione przez więźnia, które uzasadniają bardziej dotkliwe sankcje, powinny być rozpatrywane w ramach systemu sądownictwa karnego⁵⁵.

Zalecenia CPT zostały zrealizowane jedynie częściowo. Wprawdzie analiza stosowanych kar dyscyplinarnych polegających na umieszczeniu więźnia w celi izolacyjnej wykazała, że kara ta nie jest nadużywana⁵⁶, jednak prawo krajowe nie zostało dostosowane

⁵³ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 99.

⁵⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 87.

⁵⁵ Tamże, § 88.

⁵⁶ W latach 2018-2020 wymierzono tylko jedną karę dyscyplinarną umieszczenia w celi izolacyjnej na okres powyżej 14 dni.

do standardu CPT⁵⁷. Nadal więc istnieje systemowe ryzyko umieszczenia więźnia w celi izolacyjnej na okres powyżej 14 dni (maksymalnie na okres do 28 dni) i to od woli dyrektora zależy, czy z tej możliwości prawnej będzie korzystał. Ponadto przepisy umożliwiają łączenie kar dyscyplinarnych, co w efekcie może skutkować izolacją do 28 dni⁵⁸.

Warto także uwypuklić, że zgodnie z polskim prawem wymierzenie kary poniżej 14 dni nie wymaga zgody sędziego penitencjarnego⁵⁹. Proces decyzyjny odbywa się w tym przypadku poza systemem sądownictwa.

Pełna implementacja zalecenia CPT wymaga więc zmiany polskiego prawa. Tylko takie rozwiązanie wyeliminuje systemowe ryzyko nadużywania izolacji ponad minimalny standard określony przez CPT.

5.15. Rola lekarzy więziennych w procedurze umieszczenia w celi izolacyjnej

CPT wyraził zaniepokojenie faktem, że lekarze biorą udział w procedurze umieszczenia więźnia w celi izolacyjnej. W ocenie CPT personel medyczny nigdy nie powinien brać udziału w żadnej części procesu decyzyjnego skutkującego jakimkolwiek odosobnieniem, z wyjątkiem przypadków, gdy środek jest stosowany z przyczyn medycznych. Wymaganie od lekarzy potwierdzania, że więzień jest w stanie zdrowia umożliwiającym odbycie kary jest nieetyczne i nie promuje nawiązania pozytywnych relacji pomiędzy lekarzem, a pacjentem⁶⁰.

Personel medyczny powinien zostać niezwłocznie powiadomiony o każdym umieszczeniu w celi izolacyjnej i odwiedzić więźnia niezwłocznie po umieszczeniu. Ponadto powinien też regularnie (przynajmniej raz dziennie, nie tylko w sytuacjach, gdy osadzony o to poprosi) odwiedzać więźnia w izolacji oraz zapewnić mu szybką pomoc medyczną i leczenie⁶¹. CPT zalecił polskim władzom, by praktyka w całym systemie więziennictwa odpowiadała przedstawionym wyżej standardom⁶².

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Zarówno prawo, jak i praktyka pozostają bez zmian. Lekarze w dalszym ciągu opiniują wnioski o nałożenie kary dyscyplinarnej umieszczenia w celi izolacyjnej. **Problem ma jednak wymiar systemowy, bo do takiego działania zobowiązują ich przepisy Kodeksu karnego wykonawczego⁶³.** Lekarz opiniuje

⁵⁷ Zob. art. 143 § 1 pkt 8) kodeksu karnego wykonawczego.

⁵⁸ Zob. art. 146 § 1 i 2 kodeksu karnego wykonawczego

⁵⁹ Zob. art. 145 § 3 kodeksu karnego wykonawczego.

⁶⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 89.

⁶¹ Tamże, § 90.

⁶² Tamże, § 89 i 90.

⁶³ Zob. art. 145 § 3 kodeksu karnego wykonawczego.

też inne kary dyscyplinarne, polegające na pozbawieniu więźnia możliwości otrzymania paczek żywnościowych, na okres do 3 miesięcy oraz pozbawienia lub ograniczenia mu możliwości dokonywania zakupów artykułów żywnościowych lub wyrobów tytoniowych, na okres do 3 miesięcy⁶⁴.

Nie wdrożono też standardu codziennych, profilaktycznych wizyt lekarskich w czasie izolacji. Kontakt więźnia umieszczonego w celi izolacyjnej z lekarzem ma miejsce jedynie w sytuacji, gdy osadzony o to poprosi lub zaistnieją jakieś szczególne względy medyczne (np. obawa personelu o stan zdrowia więźnia). Taka praktyka jest też sprzeczna z art. 148 § 3 k.k.w.

5.16. Rola lekarzy więziennych w kontekście stosowania mechanicznych środków przymusu bezpośredniego

CPT zwrócił uwagę, że w przypadkach, gdy wobec więźniów stosowane są mechaniczne środki przymusu bezpośredniego (takie jak umieszczenie w celi zabezpieczającej lub stosowanie pasów) powinni oni, przed zastosowaniem środka, zostać zbadani przez lekarza. Tymczasem, jak ustaliła delegacja CPT, badania medyczne nie odbywały się profilaktycznie, a jedynie na wniosek personelu penitencjarnego, gdy istniały wyraźne wskazania medyczne (np. widoczne obrażenia lub inne objawy zagrożenia życia lub zdrowia)⁶⁵.

Zdaniem CPT wszelkie zastosowanie mechanicznych środków przymusu bezpośredniego musi być niezwłocznie zgłaszane lekarzowi w celu oceny, czy stan psychiczny danego więźnia wymaga hospitalizacji lub czy konieczne są jakiegokolwiek inne środki w związku ze stanem zdrowia więźnia. Komitet zalecił polskim władzom podjęcie niezbędnych środków w celu zmiany zastanej praktyki⁶⁶.

Delegacja KMPT nie miała możliwości weryfikacji, czy zalecenie CPT zostało wdrożone. W 2019 r. miało miejsce 6 przypadków zastosowania środków przymusu bezpośredniego. We wszystkich przypadkach użyto siły fizycznej i kajdanek na ręce. Nie zastosowano mechanicznych środków przymusu mechanicznego wskazywanych przez CPT w raporcie. W okresie od stycznia do zakończenia wizytacji przez KMPT środki przymusu bezpośredniego nie były w jednostce stosowane.

⁶⁴ Zob. art. art. 145 § 4 i 5 kodeksu karnego wykonawczego.

⁶⁵ Tamże, § 91.

⁶⁶ Tamże, § 91.

6. Kwestie niezwiązane z weryfikacją zaleceń CPT

W czasie wizytacji delegacja KMPT otrzymała jeden sygnał o domniemanym pobiciu osadzonego przez personel ochronny w dniu 20 grudnia 2020 r. Do zdarzenia miało dojść w godzinach popołudniowych na oddziale A4. Do jednej z cel miała zostać wezwana grupa interwencyjna, w związku z podjęciem przez osadzonego próby samobójczej. Więzień miał zostać zakuty w kajdanki i zaprowadzony do ambulatorium. Następnie po wizycie u lekarza, zaprowadzony do łaźni i tam pobity. Czynności sprawdzające w tej sprawie prowadził Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Warszawie oraz Komisariat Policji Warszawa Białołęka. Obie te instytucje nie dopatrzyły się nieprawidłowości w działaniu funkcjonariuszy Służby Więziennej. Sprawę bada również Rzecznik Praw Obywatelskich⁶⁷.

Delegacja KMPT wysłuchała również opinii personelu pochwalających przemoc w stosunku do osadzonych (zarówno ze strony Policji, jak i Służby Więziennej, w tym również ze strony funkcjonariuszy pełniących służbę w czasach PRL). Wizytujący zwrócili też uwagę, że niektórzy członkowie personelu medycznego posługują się gwarą więzienną (na przykład mówiąc o osadzonych – *złodzieje*).

Zdaniem KMPT należy wzmocnić w jednostce środki o charakterze zapobiegawczym. Kierownictwo jednostki powinno podjąć zdecydowane, systemowe działania na rzecz zapobiegania niewłaściwemu traktowaniu przez personel penitencjarny. Wszyscy funkcjonariusze i pracownicy cywilni jednostki powinni otrzymać stanowczy sygnał od swoich przełożonych, że wszelkie formy niewłaściwego traktowania osadzonych są niezgodne z prawem i będą surowo karane. Dodatkowo zachowania te są nieprofesjonalne i rzutują na wizerunek całej jednostki i Służby Więziennej.

Zdaniem KMPT sama Służba Więzienna powinna włożyć wysiłek w budowę odpowiedniej kultury instytucjonalnej, która będzie zachęcać funkcjonariuszy i pracowników cywilnych do aktywnego przeciwdziałania niewłaściwemu traktowaniu oraz informowania o przypadkach przemocy wobec więźniów. Należy też wdrożyć skuteczne mechanizmy monitorowania pracy funkcjonariuszy i położyć nacisk na szkolenia, ukierunkowane na ochronę praw człowieka i użycie środków przymusu bezpośredniego w sposób niezbędny i proporcjonalny. Ponadto w przypadku konieczności zastosowania środków przymusu bezpośredniego, ich użycie powinno zostać zarejestrowane w formie audio-wideo

⁶⁷ Zob. Sprawa IX.517.3101.2019.

(np. za pomocą kamery przenośnej lub kamery noszonej na mundurze), o ile dynamika sytuacji pozwoli na taką możliwość⁶⁸.

Przypomnienia wymaga też standard realizacji kontroli osobistych wobec osadzonych. W dalszym ciągu zdarzają się bowiem sytuacje, gdy kontrole te mają charakter jednoetapowy. Osadzeni muszą wówczas zdjąć całą odzież (stoją nago przed funkcjonariuszem) i wykonać przysiad, celem ustalenia, czy nie posiadają w naturalnych otworach ciała niedozwolonych przedmiotów. Praktyka ta nie jest jednak zasadą, delegacji KMPT opisano też przypadki, gdy kontrole były realizowane w sposób etapowy.

CPT podkreśla, że 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 nadzorowi. 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 ubrań⁶⁹.

Zgodnie rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości w trakcie kontroli osadzony powinien być częściowo ubrany, zaś kontrola powinna mieć charakter etapowy (funkcjonariusz najpierw kontroluje część odzieży, a przed kontrolą kolejnej części osadzony może się ubrać)⁷⁰. KMPT zaleca przypomnienie personelowi o powyższym standardzie.

7. Zalecenia

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

I. Dyrektorowi Aresztu Śledczego Warszawa-Białolęka:

1. Przypomnienie podległemu personelowi o konieczności traktowania osadzonych z godnością;

⁶⁸ Zob. uwagi CPT w kontekście interwencji personelu penitencjarnego, obejmującej potencjalne użycie siły i sposobu przechowywania nagrań z interwencji, wyrażone w raporcie z wizyty na Litwie w 2018 r., CPT/Inf (2019) 18, § 21. Zobacz również raporty CPT z wizyt w Wielkiej Brytanii: CPT/Inf (2019) 29, § 40 oraz CPT/Inf (2020) 18, § 58, 62 i 84.

⁶⁹ Zob. Raport z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 106 oraz CPT/Inf (2018) 39, § 53; Raport z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, § 101. Zobacz również uwagi SPT dotyczące kryteriów konieczności, racjonalności i proporcjonalności przy realizacji kontroli osobistej, wyrażone w raporcie z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, § 111.

⁷⁰ Zob. § 68 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2016 r. w sprawie sposobów ochrony jednostek organizacyjnych Służby Więziennej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1804).

2. Przypomnienie podległemu personelowi o konieczności realizacji kontroli osobistych osadzonych w sposób dwuetapowy;
3. Wyeliminowanie praktyk stosowania kajdanek podczas badań medycznych oraz przykuwania osadzonego do łóżka kajdankami podczas pobytu w szpitalu;
4. Rejestrowanie w formie audio-wideo wszelkich przypadków zastosowania środków przymusu bezpośredniego (np. za pomocą kamery przenośnej lub noszonej na mundurze), o ile dynamika sytuacji pozwoli na taką możliwość;
5. Zapewnienie profilaktycznych badań medycznych wszystkim osobom przyjmowanym do jednostki, w tym osadzonym przetransportowanym z innych jednostek penitencjarnych. Badanie medyczne powinno odbyć się niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 24 godzin od przyjęcia;
6. Zapewnienie poufności badań medycznych osadzonych, zarówno tych realizowanych w jednostce, jak i w zewnętrznej placówce służby zdrowia. Badania, co do zasady, powinny odbywać się poza zasięgiem wzroku i słuchu personelu niemedycznego, chyba że personel medyczny poprosi o asystę;
7. Przeprowadzanie pełnego badania ciała osadzonego przyjmowanego do jednostki penitencjarnej lub podczas innych badań, gdzie istnieje podejrzenie obrażeń (np. po incydencie w jednostce, po powrocie z miejsc, gdzie osadzony mógł doświadczyć przemocy);
8. Dokumentowanie obrażeń osadzonych zgodnie z wytycznymi Protokołu stambulskiego oraz włączenie do dokumentacji medycznej osadzonych formularza, zawierającego zarysy sylwetki do zaznaczenia umiejscowienia obrażeń (tzw. mapy ciała) i dokumentacji fotograficznej obrażeń;
9. Zweryfikowanie potrzeb jednostki odnoszących się do personelu pielęgniarskiego, w świetle uwag przedstawionych w pkt. 5.7. raportu i podjęcie skutecznych działań w celu zapewnienia osadzonym dostępu do opieki pielęgniarskiej na odpowiednim poziomie, w tym zapewnienie opieki pielęgniarskiej w godzinach nocnych.

Ponadto KMPT zwraca się do Dyrektora Aresztu Śledczego Warszawa-Białołęka o zweryfikowanie otrzymanych sygnałów o faktycznym czasie pracy lekarzy (pkt. 5.6. raportu).

II. Dyrektorowi Okręgowemu Służby Więziennej w Warszawie:

1. Zapewnienie Dyrektorowi Aresztu Śledczego Warszawa-Białoleka środków finansowych, umożliwiających zagwarantowanie w jednostce opieki pielęgniarzkiej na odpowiednim poziomie, w szczególności w godzinach nocnych.