

KMP.571.27.2020.RK

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

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 9-11 września 2020 r., Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm) wizytował Areszt Śledczy w Warszawie-Służewcu, przy ul. Kłobuckiej 5 (dalej: Areszt, jednostka).

W skład zespołu wizytującego wchodziła: Aleksandra Osińska (psycholog) i Rafał Kulas (prawnik). Podczas dwóch pierwszych dni wizyty przedstawicielom KMPT towarzyszyła Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich dr Hanna Machińska.

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 w Warszawie-Służewcu 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 mjr Adama Wiśniewskiego i kpt. Łukasza Kowalika (zastępców Dyrektora Aresztu Śledczego w Warszawie-Służewcu);
- oglądzie terenu jednostki, w tym wybranych przez wizytujących cel mieszkalnych, cel: przejściowych, izolacyjnych i zabezpieczających, ambulatorium, łaźni, świetlic, sali widzeń, placów spacerowych;
- 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 podczas rozmowy podsumowującej wizytę mjr Adamowi Wiśniewskiemu i kpt. Łukaszowi Kowalikowi. Po zakończeniu wizytacji poddano analizie dokumentację i informacje przekazane przez Dyrektora jednostki.

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, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (pkt. 7). Wskazuje również dobrą praktykę, wartą wprowadzenia w innych jednostkach penitencjarnych w Polsce (pkt. 4).

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 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, § 56-91. Dokument dostępny jest na stronie: <https://www.coe.int/en/web/cpt/poland>

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 w Warszawie-Służewcu jest jednostką penitencjarną dla mężczyzn:

- tymczasowo aresztowanych;
- skazanych po raz pierwszy i młodocianych, odbywających karę pozbawienia wolności w warunkach zakładu karnego typu zamkniętego;
- skazanych po raz pierwszy i recydywistów penitencjarnych, odbywających karę w zakładzie karnym typu półotwartego.

W jednostce mogą być osadzani więźniowie poruszający się na wózku inwalidzkim. Na jej terenie funkcjonują również oddziały terapeutyczne: dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychoaktywnych oraz dla osób uzależnionych od alkoholu.

Pojemność jednostki w czasie wizytacji wynosiła 1026 miejsc. Została ona zmniejszona z uwagi na remont oddziału II w pawilonie D. Po jego zakończeniu planowanym w dniu 9 listopada 2020 r. pojemność jednostki wynosić będzie 1080 miejsc. W pierwszym dniu wizyty KMPT w Areszcie osadzonych było 930 osób, z czego 309 stanowiły osoby tymczasowo aresztowane, a 621 skazane.

Areszt podlega pod Dyrektora Okręgowego Służby Więziennej w Warszawie.

4. Dobra praktyka

W czasie wizytacji dowódca zmiany działu ochrony wyposażony był w kamerę, noszoną na mundurze, umożliwiającą rejestrację obrazu i dźwięku, na żądanie funkcjonariusza.

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 więzienny². 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 krępowania³.

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.

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 państwom 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 kąpika sanitarnego). Ponadto każda cela przeznaczona do zamieszkania przez osadzonych powinna mieć przynajmniej 2 m między ścianami celi oraz 2,5 m między podłogą, a sufitem⁴.

CPT zalecił polskim władzom⁵:

- podwyższenie minimalnego standardu powierzchni mieszkalnej na osadzonego do minimum 4 m² w celach wieloosobowych (z pominięciem powierzchni

² Zob. Raport CPT z wizyty w Albanii, CPT/Inf (2019) 28, § 91.

³ Zob. Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii, CPT/Inf (2019) 29, § 40.

⁴ 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.

⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 59, 67 i 68.

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.

Zalecenie zostało częściowo zrealizowane. Wizytujący nie odnotowali cel, w których odległość między ścianami celi wynosiłaby mniej niż 2 m oraz 2,5 m między podłogą, a sufitem. Niektóre z wizytowanych cel spełniały również minimalny standard 4 m² powierzchni (lub brakowało do jego osiągnięcia kilku centymetrów). W dalszym ciągu funkcjonują jednak cele, które nie zapewniają więźniom minimum 4 m² przestrzeni życiowej.

Powyższy problem ma jednak 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)⁶. Od normy minimalnej określonej w prawie krajowym obliczana jest pojemność jednostek penitencjarnych.

Na problem ten zwrócił uwagę Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)⁷ 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 penitencjarnych⁸.

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 Strasburgu⁹.

⁶ Zob. art. 110 § 2, 2a, 2b i 2c ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2020 r., poz. 523).

⁷ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT).

⁸ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, § 80-81.

⁹ Zob. Wyrok Muršić v. Chorwacji z dnia 20 października 2016 r. [Wielka Izba], skarga nr 7334/13.

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 ilości¹⁰.

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Niektóre okna w celach mieszkalnych posiadają nieprzezroczyste przesłony. Jak poinformowano wizytujących w czasie wizyty blindy były wymieniane w 2019 r. na nowe, co świadczy o kierunku modernizacji nie uwzględniającym zalecenia CPT w tym zakresie.

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 ćwiczeń na świeżym powietrzu (w wymiarze m.in. godziny dziennie) i skorzystania ze świetlicy (do godziny, kilka razy w tygodniu)¹¹.

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.¹²

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 (w wymiarze od jednego dnia tygodniowo do czterech razy, w zależności od możliwości organizacyjnych). Mieli też dostęp do radiowęzła (program emitowany jest codziennie w godz. 8:00 do 22).

¹⁰ Zob. Raport z wizyt w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 69.

¹¹ Tamże, § 72.

¹² Tamże, § 73. Zobacz również uwagi SPT, CAT/OP/POL/ROSP/1, § 86-91.

W ramach współpracy z Państwowym Muzeum Auschwitz-Birkenau osadzeni mogli obejrzeć wystawę *Kobiety w Auschwitz*, a także wziąć udział w konkursach (testach) wiedzy z zakresu m.in. Bitwy Warszawskiej 1920 r., Powstania Warszawskiego, czy dotyczącym Marszałka Józefa Piłsudskiego.

W okresie od stycznia 2019 r. do 15 września 2020 r. osoby tymczasowo aresztowane nie były zatrudnione.

5.4. Świetlice

CPT wizytując Areszt Śledczy Warszawa – Służewiec 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 krzesła, czy telewizora)¹³. CPT zalecił polskim władzom, by podjęły kroki mające na celu odpowiednie wyposażenie świetlic w tej jednostce¹⁴.

Zalecenie zostało częściowo zrealizowane. Wyposażenie świetlic było bardzo zróżnicowane. Przykładowo świetlica na oddziale B-1 była słabo wyposażona – znajdował się tam jedynie telewizor, stół i krzesła. W świetlicy oddziału B-3 znajdowała się konsola do gier komputerowych, stół do ping-ponga, materac i drabinka do ćwiczeń. Na świetlicy oddziału A-2 znajdował się stół do ping-ponga, telewizor i rowerek do ćwiczeń.

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 horyzontalny¹⁵.

Zalecenie zostało częściowo zrealizowane. Place spacerowe, które mieli okazję oglądać wizytujący posiadały częściowe zadaszenie stanowiące ochronę przed złymi warunkami pogodowymi. Ogólne wrażenie tych obiektów było jednak bardzo złe.

¹³ Tamże, § 62.

¹⁴ Tamże, § 67.

¹⁵ Tamże, § 74.

Swoim wyglądem place te przypominały bowiem klatkę – były niewielkiej wielkości (najmniejszy miał powierzchnię 20,1 m² i według ustaleń wizytujących zdarzały się sytuacje, gdy przebywało na nim w czasie spaceru nawet 12 osadzonych), przesłonięte były od góry metalową siatką. Jedyne ich wyposażenie stanowiła mała, drewniana ławka. Brak było jakiegokolwiek sprzętu do ćwiczeń, który pozwoliłby osadzonym na odpowiednią aktywność fizyczną. W rozmowach z wizytującymi osadzeni podkreślali, że czują się dodatkowo upokorzeni spacerem w takich warunkach, co skutkowało niekiedy rezygnacją ze spaceru. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że na terenie jednostki brak jest również boiska do ćwiczeń dla osadzonych.

5.6. Dostępność lekarzy ogólnych

Podczas wizyty CPT w Areszcie Śledczym w Warszawie-Służewcu w 2017 r., opieka zdrowotna zapewniana była przez jednego lekarza ogólnego na pełen etat (populacja osadzonych wynosiła w tym czasie 1084 osoby). Członkowie CPT odnotowali jednak skargi osadzonych dotyczące długiego czasu oczekiwania na konsultacje lekarskie. CPT uznał, że poziom zatrudnienia na stanowisku lekarza ogólnego jest niewystarczający dla jednostki o tym rozmiarze i zalecił zapewnienie ich dostępności w wymiarze równoważnym trzem pełnym etatom¹⁶.

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Liczba lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w jednostce została wprawdzie zwiększona, lecz nie do poziomu rekomendowanego przez CPT. Podczas wizyty KMPT personel medyczny jednostki liczył 3 lekarzy POZ – dwóch z nich pracowało na podstawie umowy zlecenia, jeden na pół etatu. Służba zdrowia posiadała też wakat na stanowisku lekarza w wymiarze 0,25 etatu.

Wzrost poziomu zatrudnienia nie wpłynął na zwiększenie dostępności osadzonych do lekarza ogólnego. Podczas rozmów z wizytującymi w dalszym ciągu pojawiały się sygnały od osadzonych o utrudnieniach w dostępie do lekarza.

5.7. Dostępność personelu pielęgniarskiego

Podczas wizyty CPT w Areszcie Śledczym w Warszawie-Służewcu zatrudnionych było 7 pielęgniarek na pełen etat i jedna w niepełnym wymiarze godzin (3 stanowiska pozostawały nieobsadzone). Pielęgniarki pracowały w systemie zmianowym zarówno w dni powszednie, jak i w weekendy. Nocna pomoc pielęgniarska świadczona była jedynie w dni powszednie¹⁷.

¹⁶ Tamże, § 75, 76 i przypis nr 68.

¹⁷ Tamże, § 75.

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 pielęgniarka. W odniesieniu do Aresztu Śledczego w Warszawie-Służewcu zalecił również zwiększenie zespołu pielęgniarskiego¹⁸.

Zalecenia zostały częściowo zrealizowane. Zespół pielęgniarski został zwiększony do 15 osób (11 osób faktycznie pracuje, 4 osoby przebywają na urloпах wychowawczych). Jednostka nadal posiada 3 wakaty pielęgniarskie.

Opieka pielęgniarska sprawowana jest przez 7 dni w tygodniu w godzinach 6:30-18:30. Pielęgniarki nie pracują w godzinach nocnych. W razie nagłych sytuacji wzywane jest pogotowie ratunkowe. Zatem zalecenie CPT, aby zapewnić opiekę pielęgniarską również w godzinach nocnych pozostaje niezrealizowane.

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)¹⁹. Badania lekarskie odbywały się również w obecności funkcjonariuszy Służby Więziennej, osadzeni zaś byli skuci kajdankami (ta uwaga CPT dotyczyła osadzonych o statusie „N”)²⁰.

CPT zalecił polskim władzom:

- przypomnienie personelowi opieki zdrowotnej, że z każdym nowo przyjmowanym osadzonym należy przeprowadzić wywiad, zbadać go niezwłocznie (nie później niż w terminie 24 godzin od przybycia; badanie powinien przeprowadzić lekarz lub w pełni wykwalifikowana pielęgniarka pod nadzorem lekarza)²¹;
- 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)²²;

¹⁸ Tamże, § 76.

¹⁹ Tamże, § 78.

²⁰ Tamże, § 79.

²¹ Tamże, § 78.

²² Tamże, § 79.

- zaprzestanie praktyki rutynowego stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osadzonych o statusie „N” podczas badań lekarskich²³.

Zalecenia CPT nie zostały zrealizowane. Więźniowie przyjmowani do jednostki z *wolności* (tj. tacy, którzy nie zostali przetransportowani z innych jednostek penitencjarnych) są badani przez lekarza lub pielęgniarkę w ciągu 3 dni roboczych od dnia przybycia do jednostki. Takie badanie odbywa się zazwyczaj bez obecności funkcjonariuszy Służby Więziennej, chyba że personel medyczny poprosi o taką asystę w indywidualnych przypadkach, ze względów bezpieczeństwa.

Profilaktycznemu, wstępnemu badaniu medycznemu nie są 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 takie sytuacje są spotykane w przypadku badań realizowanych poza Aresztem. Badanie odbywa się wówczas w obecności funkcjonariuszy Służby Więziennej. Zdaniem 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 medycznych²⁴.

5.9. Dokumentowanie obrażeń

CPT zalecił polskim władzom zapewnienie (w tym poprzez wydanie instrukcji i szkoleń), by wszystkie badania lekarskie były odpowiednio rejestrowane. Dotyczyło to zarówno przejawów przemocy zaobserwowanych podczas badania przy przyjęciu więźnia do jednostki, jak i badania po incydencie w jednostce penitencjarnej²⁵. CPT wskazał jakie elementy powinna zawierać dokumentacja z takiego badania lekarskiego²⁶. Zwrócił uwagę m.in. na:

²³ Tamże, § 79.

²⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 79; Raport CPT z wizyty w Czechach, CPT/Inf (2019) 23, § 70.

²⁵ Tamże, § 80.

²⁶ Tamże, § 80.

- 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 są opisywane w książeczkach zdrowia. Dokumentacja medyczna nie zawiera specjalnego formularza do umiejscowienia urazów (map ciała), ani dokumentacji fotograficznej. W jednostce nie opracowano też specjalnego rejestru urazów.

Personel medyczny z którymi członkowie KMPT odbyli rozmowę miał świadomość istnienia Protokołu stambulskiego²⁷, jednak nie znał jego treści. Dokument ten nie jest stosowany podczas badań i dokumentowania urazów.

KMPT chciałby w tym miejscu podkreślić, że Protokół stambulski stanowi kluczowy element właściwego wykrywania i dokumentowania śladów tortur i innych form znęcania się (zarówno fizycznych, jak i psychologicznych) i ma ogromne znaczenie dla prewencji tych zjawisk i zwalczania bezkarności sprawców. Jego stosowanie rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet Przeciwko Torturom ONZ (CAT)²⁸, Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)²⁹, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur³⁰ i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)³¹.

²⁷ Zob. Paragraf 122 i Aneksy III i IV Protokołu stambulskiego. Podręcznika 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.

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

²⁹ 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.

³⁰ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, § 77 (e).

³¹ 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.

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 stambulskim³².

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 wymiany igieł, dostarczanie prezerwatyw, udzielanie informacji o sposobie sterylizacji igieł i sterylizacji materiału używanego do wstrzykiwania narkotyków³³.

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)³⁴.

CPT wezwał polskie władze do opracowania i wdrożenia kompleksowej strategii udzielania pomocy więźniom mającym problemy związane z narkotykami (w ramach szerszej krajowej strategii antynarkotykowej)³⁵.

Zalecenie zostało częściowo zrealizowane. W jednostce funkcjonuje oddział terapeutyczny dla skazanych uzależnionych od substancji psychotropowych o pojemności 36 miejsc. W czasie wizytacji przebywało w nim 27 osadzonych. Odbywają w nim terapię skazani młodociani i dorośli pierwszy raz karani odbywający karę w zakładzie karnym typu zamkniętego lub półotwartego. Oddział ten nie jest przeznaczony dla osób tymczasowo aresztowanych.

W przypadku zdiagnozowanego u skazanego uzależnienia i braku możliwości przyjęcia na oddział (np. z powodu krótkiego terminu odbywania kary i odległych terminów przyjęć do

³² 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).

³³ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 81.

³⁴ Tamże, § 81.

³⁵ Tamże, § 81.

oddziału) osadzony poddawany jest przez psychologa penitencjarnego oddziaływaniom specjalistycznym w systemie terapeutycznym poza oddziałem.

Osadzeni mają również wsparcie w postaci indywidualnych rozmów z psychologiem i wychowawcą, programów krótkiej interwencji, programów readaptacji społecznej przeciwdziałających uzależnieniom oraz używaniu alkoholu i środków odurzających oraz programów substytucyjnych.

W Areszcie Śledczym w Warszawie-Służewcu dostępny był program metadonowy. Metadon wydawany był pacjentom w postaci syropu do picia w pomieszczeniach ambulatorium pod nadzorem personelu medycznego. Osadzeni objęci są wówczas opieką pielęgniarską i opieką lekarza psychiatry (kierownika programu metadonowego). Kierownik programu spotyka się z osadzonymi przynajmniej raz w miesiącu celem konsultacji.

W jednostce nie wprowadzono środków ograniczających szkody (tzw. *harm reduction*), które rekomenduje CPT. W rozmowach z przedstawicielami KMPT personel jednostki znał powyższe zagadnienia³⁶, był jednak do nich sceptycznie nastawiony. Wizytujący spotkali się z opinią wedle której wprowadzenie środków *harm reduction* kolidowałoby z całkowitym zakazem zażywania narkotyków na terenie jednostki. Osadzeni otrzymywaliby bowiem podwójny przekaz – z jednej strony ponosiliby odpowiedzialność dyscyplinarną za ewentualne zażywanie substancji psychoaktywnych, z drugiej poprzez dostarczanie np. czystych igieł, byłoby to postrzegane jako przyzwolenie na zażywanie nielegalnych substancji.

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 ciągłe ryzyko zmowy, poszczególne wizyty lub rozmowy

³⁶ W latach 2017-2018 oddział terapeutyczny współpracował z Krajowym Centrum ds. Aids w związku z projektem Join Action HA-REACT (HIV and co-infection prevention and harm reduction). W ramach projektu zespół oddziału przeprowadził wśród osadzonych działania edukacyjne w zakresie redukcji szkód (m.in. dotyczące profilaktyki chorób zakaźnych, farmakologicznych sposobów leczenia uzależnień, terapii substytucyjnej). Ponadto jeden z członków zespołu terapeutycznego brał udział w trzech konferencjach międzynarodowych o tematyce redukcji szkód.

telefoniczne, mogą być monitorowane. CPT wezwał polskie władze, do bezzwłocznego dostosowania polskiego prawa do tych zasad³⁷.

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Kontakt osób tymczasowo aresztowanych odbywa się stosownie do przepisów art. 217 kodeksu karnego wykonawczego³⁸. W dalszym ciągu do kontaktu z osobą tymczasowo 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 osadzonych³⁹.

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 widzenia⁴⁰. W zakładzie karnym typu zamkniętego skazani mogą korzystać z dwóch widzeń w miesiącu, a za zgodą dyrektora zakładu karnego wykorzystać je jednorazowo⁴¹. W zakładzie karnym typu półotwartego skazani mogą korzystać z trzech widzeń w miesiącu, które za zgodą dyrektora zakładu karnego mogą być połączone⁴². W zakładzie karnym typu otwartego skazany może korzystać z nieograniczonej liczby widzeń⁴³. 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 widzenie⁴⁴.

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.

³⁷ Tamże, § 84.

³⁸ Zob. art. 217 kodeksu karnego wykonawczego.

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

⁴⁰ Zob. art. 105a § 1 kodeksu karnego wykonawczego.

⁴¹ Zob. art. 90 pkt 6) kodeksu karnego wykonawczego.

⁴² Zob. art. 91 pkt 8) kodeksu karnego wykonawczego.

⁴³ Zob. art. 92 pkt 10) kodeksu karnego wykonawczego.

⁴⁴ Zob. art. 217 § 1a kodeksu karnego wykonawczego.

5.13. Procedura dyscyplinarna

Standardy dotyczące postępowania z osadzonymi, na których ciężą zarzuty dyscyplinarne, CPT przedstawił w raporcie z wizyty w 2013 r.⁴⁵ W czasie wizyty okresowej w 2017 r. Komitet odnotował brak postępów w tej materii. Więźniowie przed nałożeniem sankcji dyscyplinarnych nie byli odpowiednio wysłuchiwanie, 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 braków⁴⁶.

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. Żaden z rozmówców, z którymi przedstawicielka KMPT odbyła rozmowę nie pamiętał, czy zostali poinformowani o możliwości zaskarżenia decyzji. Jeden z rozmówców otrzymał kopię decyzji o ukaraniu, dopiero wtedy, gdy o nią poprosił, drugi – twierdził, że nie otrzymał kopii w ogóle.

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 karnego⁴⁷.

Zalecenia CPT nie zostały zrealizowane. Wprawdzie przypadki umieszczenia więźnia w celi izolacyjnej na okres powyżej 14 dni należą w wizytowanej jednostce do rzadkości (w latach 2019-2020 odnotowano tylko jeden przypadek umieszczenia więźnia w celi izolacyjnej na okres 28 dni), jednak prawo krajowe nie zostało dostosowane

⁴⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 99.

⁴⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 87.

⁴⁷ Tamże, § 88.

do standardu CPT⁴⁸. 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 dni⁴⁹.

Warto także uwypuklić, że zgodnie z polskim prawem wymierzenie kary poniżej 14 dni nie wymaga zgody sędziego penitencjarnego⁵⁰. 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 potwierdzenia, że więzień jest w stanie zdrowia umożliwiającym odbycie kary jest nieetyczne i nie promuje nawiązania pozytywnych relacji pomiędzy lekarzem, a pacjentem⁵¹.

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 leczenie⁵². CPT zalecił polskim władzom, by praktyka w całym systemie więziennictwa odpowiadała przedstawionym wyżej standardom⁵³.

Zalecenie zostało zrealizowane częściowo. W wizytowanej jednostce wnioski o umieszczenie więźnia w celi izolacyjnej opiniuje psycholog, nie lekarz. Problem ma jednak wymiar systemowy i stwarza ryzyko zmiany praktyki w tym zakresie. Przepisy polskiego prawa w

⁴⁸ Zob. art. 143 § 1 pkt 8) kodeksu karnego wykonawczego.

⁴⁹ Zob. art. 146 § 1 i 2 kodeksu karnego wykonawczego

⁵⁰ Zob. art. 145 § 3 kodeksu karnego wykonawczego.

⁵¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 89.

⁵² Tamże, § 90.

⁵³ Tamże, § 89 i 90.

dalszym ciągu zezwalają bowiem lekarzowi na wyrażanie opinii w zakresie wymierzenia ww. kary dyscyplinarnej⁵⁴.

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). Warto podkreślić w tym miejscu, że przepisy prawa nie wymagają kontaktu osadzonego z lekarzem po umieszczeniu w celi izolacyjnej, zezwalając na kontrolę zdolności do odbywania kary przez psychologa⁵⁵.

Pełna implementacja zaleceń CPT dotyczących roli lekarzy w procedurze umieszczenia i odbywania kary dyscyplinarnej w postaci celi izolacyjnej, wymaga więc zmiany nie tylko praktyki, ale też przepisów prawa.

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)⁵⁶.

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 praktyki⁵⁷.

Delegacja KMPT nie miała możliwości weryfikacji, czy zalecenie CPT zostało wdrożone. W 2019 r. miał miejsce jeden przypadek zastosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci siły fizycznej (chwytów obezwładniających i technik transportowych), kajdanek na ręce trzymane z tyłu, kasku zabezpieczającego i umieszczenia w celi zabezpieczającej. Nie zastosowano mechanicznych środków przymusu bezpośredniego, wskazywanych przez CPT w

⁵⁴ Zob. art. 145 § 3 kodeksu karnego wykonawczego.

⁵⁵ Zob. art. 148 § 3 kodeksu karnego wykonawczego.

⁵⁶ Tamże, § 91.

⁵⁷ Tamże, § 91.

raporcie. W okresie od stycznia 2020 r. do zakończenia wizytacji przez KMPT środki przymusu bezpośredniego nie były w jednostce stosowane.

6. Kwestie niezwiązane z weryfikacją zaleceń CPT

Podczas rozmów z przedstawicielami KMPT osadzeni wskazywali generalnie, że są traktowani przez personel w odpowiedni sposób. Odnotowano jednak jeden sygnał od osadzonego dotyczący niewłaściwego zachowania jednego z oddziałowych. Funkcjonariusz miał wyśmiewać się z niepełnosprawności i niewyraźnej mowy osadzonego i uderzyć go w nogę. Sprawa miała zostać zgłoszona Prokuraturze.

KMPT zaleca przypomnienie funkcjonariuszom i pracownikom jednostki o konieczności traktowania osadzonych z godnością. 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 odpowiednio karane. Dodatkowo zachowania te są nieprofesjonalne i rzutują na wizerunek całej jednostki i Służby Więziennej. Kierownictwo wizytowanej jednostki powinno 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 osadzonych. Należy też wdrożyć skuteczne mechanizmy monitorowania pracy funkcjonariuszy i położyć nacisk na szkolenia, ukierunkowane na ochronę praw człowieka.

Stan materialny i czystość cel mieszkalnych oceniono co do zasady pozytywnie. W czasie izolacji w związku z pandemią koronawirusa jednostka dokonała remontu 3 oddziałów mieszkalnych, co znacząco poprawiło standard odbywania kary pozbawienia wolności. Konieczne są jednak dalsze prace remontowe. Niektóre z odwiedzonych cel były bowiem bardzo wyeksploatowane, z popękanymi i popisanymi ścianami.

Największe zastrzeżenia delegacja miała do stanu higienicznego dwóch łaźni, zlokalizowanych na oddziałach A-3 i B-1. Były one w bardzo złym stanie materialnym, ze śladami wilgoci na ścianach, zardzewiałych grzejnikach, brudnych, podartych zasłonach znajdujących się na kabinach prysznicowych, brudnej podłodze.

W ocenie KMPT kąpiel w takich warunkach urąga ludzkiej godności i może zagrażać zdrowiu osadzonych. Konieczne są pilne działania remontowe tych łaźni. W czasie rozmowy podsumowującej wizytę delegacja KMPT przekazała swoje uwagi w tym zakresie kierownictwu jednostki z sugestią pilnych działań remontowych.

Zgodnie z międzynarodowymi standardami traktowania więźniów wszystkie pomieszczenia używane regularnie przez osadzonych, w tym łaźnie, powinny być w każdych okolicznościach utrzymywane we właściwym stanie oraz ścisłej czystości⁵⁸.

Wizytujący ustalili ponadto, że w celi przejściowej nr 212 na oddziale B-2 znajdował się niezabudowany kącik sanitarny. W ocenie przedstawicieli KMPT narusza to prawo osadzonego do intymności przy czynnościach fizjologicznych. Urządzenia sanitarne powinny być osłonięte w sposób uniemożliwiający obserwację osadzonego podczas wykonywania czynności fizjologicznych zarówno przez wizjer w drzwiach, jak i osoby wchodzące do celi.

Należy zaznaczyć, że zgodnie z przepisami prawa krajowego urządzenia sanitarne sytuuje się w sposób zapewniający ich niekrępujące użytkowanie⁵⁹. Ponadto zgodnie z międzynarodowymi standardami więźniowie powinni mieć dostęp do zapewniających prywatność sanitariatów⁶⁰. **KMPT zaleca dokonanie przeglądu cel mieszkalnych i zabudowę kąpoków sanitarnych w jednostce.**

Wizytujący otrzymali też dużą ilość sygnałów o złej jakości wyżywienia w jednostce. Zgłoszone przez osadzonych zarzuty dotyczyły zarówno ilości porcji, jak i jakości posiłków (sygnalizowano m.in. nieświeże pieczywo, parówki i kiełbasę, robaki w zupie). **KMPT zaleca zweryfikowanie jakości wyżywienia oferowanego osadzonym w świetle powyższych sygnałów.**

7. Zalecenia

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

I. Dyrektorowi Aresztu Śledczego w Warszawie-Służewcu:

1. Przypomnienie funkcjonariuszom i pracownikom cywilnym jednostki o konieczności traktowania osadzonych z godnością;
2. Pilny remont łaźni zlokalizowanych na oddziałach A-3 i B-1;
3. Dokonanie przeglądu cel mieszkalnych i zabudowę kąpoków sanitarnych w jednostce;
4. Kontynuację remontów cel mieszkalnych;

⁵⁸ Zob. Reguły Nelsona Mandeli – Reguła 15 i 17, Europejskie Reguły Więzienne – Reguły 19.1, 19.2, 19.3.

⁵⁹ Zob. § 29 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz. U. z 2016 r., poz. 2231) oraz § 34 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania tymczasowego aresztowania (Dz. U. z 2016 r., poz. 2290).

⁶⁰ Zob. Europejskie Reguły Więzienne - Reguła 19.3, Reguły Nelsona Mandeli – Reguła 15.

5. Usunięcie przesłon (tzw. blind) z okien cel mieszkalnych. W sytuacjach indywidualnych, gdy konieczne jest stosowanie szczególnych środków bezpieczeństwa, stosowanie rozwiązań zgodnych z międzynarodowymi standardami, które nie ograniczą osadzonym dostępu do światła naturalnego i świeżego powietrza⁶¹;
6. Wylimitowanie praktyk stosowania kajdanek podczas badań medycznych osadzonych;
7. 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;
8. 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;
9. 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);
10. Przeszkolenie personelu jednostki (w szczególności personelu medycznego i psychologów) z Protokołu stambulskiego;
11. 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;
12. Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w godzinach nocnych;
13. Poprawę wyposażenia świetlicy na oddziale B-1;
14. Zweryfikowanie jakości wyżywienia oferowanego osadzonym.

⁶¹ Takie standardy znajdują się w opracowaniu ONZ z 2016 r. *TECHNICAL GUIDANCE FOR PRISON PLANNING Technical and operational considerations based on the Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules)*.

II. Dyrektorowi Okręgowemu Służby Więziennej w Warszawie:

1. Zapewnienie Dyrektorowi Aresztu Śledczego w Warszawie-Służewcu środków finansowych na realizację powyższych zaleceń.