

Warszawa, dnia 25 lutego 2020 r.

KMP.571.6.2019.RK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi
(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 15-17 października 2019 r., Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm) wizytował Zakład Karny Nr 2 w Łodzi, przy ul. Kraszewskiego 1/5 (dalej: Zakład, jednostka).

W skład zespołu wizytującego wchodziła: Magdalena Dziejcz, Marcin Kusy i Rafał Kulas (prawnicy). Przedstawicielom KMPT towarzyszyła ekspertka zewnętrzna: Agnieszka Welento-Nowacka (specjalista psychiatra), która na potrzeby niniejszego raportu przygotowała ekspertyzę dotyczącą funkcjonowania Oddziału Psychiatrii Sądowej.

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzanie sposobu traktowania osadzonych przebywających w jednostce, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawianie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków osób pozbawionych wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania jednostki, przedstawionych przez mjr Waldemara Grabskiego (Dyrektora Zakładu) i mjr Sylwię Kowalską (Zastępcę Dyrektora);

- oglądzie terenu jednostki, w tym wybranych losowo cel mieszkalnych, cel: przejściowych, izolacyjnych i zabezpieczających, ambulatorium, łaźni, świetlicy, kantyny, sali widzeń, placów spacerowych;
- inspekcji dwóch 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 niektórych pomieszczeń.

Dokonane w ten sposób ustalenia przedstawiciele KMPT przekazali Dyrektorowi jednostki i jego zastępcy, a także wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Ponadto po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałe informacje dotyczące funkcjonowania jednostki, w tym wybrane nagrania monitoringu ze stosowania środków przymusu bezpośredniego.

W przedmiocie zainteresowania KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie osadzonych przez funkcjonariuszy i współosadzonych, kwalifikacje personelu, realizacja prawa do informacji, prawa do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawa do ochrony zdrowia, prawa do praktyk religijnych, warunki bytowe, oddziaływania kulturalno-oświatowe.

W niniejszym raporcie nie opisano całokształtu funkcjonowania Zakładu w zakresie tych zagadnień, lecz uwzględniono jedynie te obszary, które w ocenie KMPT wymagają poprawy oraz te, które wyróżniają Zakład na tle innych jednostek. Raport zawiera również problemy o charakterze systemowym, związane z koniecznością zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. więzień, pracownik miejsca zatrzymania, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że *żadna władza lub funkcjonariusz nie nakáže, 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

Zakład Karny Nr 2 w Łodzi jest jednostką penitencjarną przeznaczoną dla mężczyzn:

- tymczasowo aresztowanym podlegających leczeniu w szpitalu więziennym;
- tymczasowo aresztowanych i skazanych wymagających całodobowej opieki lekarskiej oraz chorych na cukrzycę insulinozależną;
- skazanych skierowanych do oddziału terapeutycznego dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, w tym objętych programem terapii dla sprawców przestępstw popełnionych w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych;
- skazanych po raz pierwszy i recydywistów penitencjarnych odbywających karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego, półotwartego i otwartego, zatrudnionych na rzecz jednostki;
- skazanych poddawanych zabiegom usprawniającym w warunkach ambulatoryjnych oraz oczekujących oczekujący na transport po zakończenia leczenia w szpitalu więziennym¹.

Łączna pojemność jednostki wynosiła w czasie wizytacji 293 miejsca. Więźniowie zakwaterowani byli w dwóch pawilonach mieszkalnych – pawilonie A (o pojemności 177 miejsc, w którym znajdował się m.in. oddział terapeutyczny dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo) oraz pawilonie B (szpital więzienny o łącznej pojemności 116 miejsc). W ramach szpitala funkcjonowały: Oddział Wieloprofilowy Zachowawczy, Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu oraz Oddział Psychiatrii Sądowej.

W czasie wizytacji KMPT w jednostce przebywało 205 osadzonych.

Jednostka podlega pod Dyrektora Okręgowego Służby Więziennej w Łodzi. Nadzór nad jej funkcjonowaniem sprawuje Sąd Okręgowy w Łodzi, VI Wydział Penitencjarny i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych.

¹ Zob. Zarządzenie Nr 64/19 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 20 grudnia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia przeznaczenia zakładów karnych i aresztów śledczych.

4. Dobra praktyka

W czasie wizytacji dwóch funkcjonariuszy Służby Więziennej (dowódca zmiany pionu ochrony i jego zastępca) wyposażonych było w kamery, noszone na mundurze, umożliwiające rejestrację obrazu i dźwięku, na żądanie funkcjonariusza. Przedstawicielom KMPT wyjaśniono, że urządzenia te zostały przekazane jednostce kilka tygodni przed wizytacją.

Z uwagi na powyższe KMPT zwrócił się do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej o informacje dotyczące liczby takich urządzeń znajdujących w posiadaniu Służby Więziennej oraz jednostek penitencjarnych, do których zostały przekazane².

W odpowiedzi na pismo Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej płk Grzegorz Fedorowicz wskazał, że Służba Więzienna posiada obecnie 146 kamer nasobnych, rozlokowanych w 68 jednostkach na terenie całego kraju. Są one w głównej mierze wykorzystywane przez kadrę dowódczą jednostek. Celem wyposażenia funkcjonariuszy w kamery nasobne jest rejestracja niewłaściwego zachowania osadzonych względem funkcjonariuszy, niestosowania się do poleceń przez nich wydawanych oraz ich ochrona przed niesłusznymi zarzutami ze strony osadzonych. Służą również do rejestracji użycia środków przymusu bezpośredniego, w których bierze udział dowódca zmiany. Zakup kolejnych urządzeń będzie zależny od posiadanych przez SW środków budżetowych³.

KMPT pozytywnie ocenia wykorzystywanie przez funkcjonariuszy kamer noszonych przy mundurach. Jak bowiem wskazuje Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) korzystanie z przenośnego sprzętu wideo może, jeżeli jest odpowiednio uregulowane, stanowić ważne zabezpieczenie przed niewłaściwym użyciem siły przez personel więzienny⁴.

KMPT ma nadzieję, że z uwagi na swój zapobiegawczy charakter, jak największa liczba funkcjonariuszy zostanie ,w kolejnych latach, wyposażona w tego typu urządzenia.

² Zob. Pismo Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich Hanny Machińskiej z dnia 25 października 2019 r., KMP.571.6.2019.RK.

³ Zob. Pismo Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej płk Grzegorza Fedorowicza z dnia 15 listopada 2019 r., BO.070.60.2019.TZ.

⁴ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Zob. Raport CPT z wizyty w Albanii, CPT/Inf (2019) 28, § 91.

5. Problemy systemowe

5.1. Powierzchnia celi mieszkalnej

Kodeks karny wykonawczy⁵ wskazuje, że powierzchnia w celi mieszkalnej, przypadająca na więźnia, wynosi nie mniej niż 3 m². W niektórych sytuacjach dyrektor zakładu karnego lub aresztu śledczego może umieścić skazanego w celi poniżej tego metrażu, nie mniejszego jednak niż 2 m².

Taki metraż powierzchni mieszkalnej w celi jest sprzeczny ze standardami międzynarodowymi i praktyką większości państw europejskich⁶. 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 kącika sanitarnego)⁷.

Nie zapewnienie minimalnego metrażu 4 m² w celi znacznie zwiększa ryzyko naruszenia zakazu tortur określonego w art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Europejski Trybunał Praw Człowieka wskazał, że jeśli więzień ma w celi do dyspozycji mniej niż 3 m² – pojawia się silne domniemanie naruszenia art. 3 Konwencji. W przypadku metrażu na poziomie 3-4 m² - czynnik przestrzenny pozostaje ważnym czynnikiem w ocenie Trybunału pod kątem adekwatności warunków zatrzymania⁸.

Na problem ten zwrócił uwagę Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)⁹ w raporcie z wizyty w Polsce w 2018 r. SPT podkreślił, że oficjalna pojemność cel w jednostkach penitencjarnych w Polsce nie jest obliczana zgodnie z europejskim minimalnym standardem przestrzeni życiowej, rekomendowanym przez CPT. Problem ten dodatkowo pogarsza fakt, że więźniowie, którzy nie pracują lub nie biorą udziału w programach szkoleniowych lub edukacyjnych, zazwyczaj mogą spędzać poza celą tylko minimum godzinę dziennie. Jeszcze gorsza może być sytuacja nowo przybyłych osadzonych. Jak ustaliła delegacja SPT, w co najmniej jednym zakładzie karnym, podczas wstępnej 14-dniowej kwarantanny, więźniom tym nie wolno było

⁵ 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).

⁶ Zob. European Union Agency for Fundamental Rights, Criminal detention conditions in the European Union: rules and reality; grudzień 2019 r., pkt.1.2. National standards; s. 17-19.

⁷ 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.

⁸ Zob. Wyrok *Muršić v. Chorwacji* z dnia 20 października 2016 r. [Wielka Izba], skarga nr 7334/13.

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

przebywać poza celami. 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.

Powyższy problem był już sygnalizowany Ministrowi Sprawiedliwości przez Rzecznika Praw Obywatelskich¹¹.

5.2. Sytuacja osadzonych przewlekle somatycznie chorych w jednostkach penitencjarnych

Osoby niesamodzielne z powodu stanu zdrowia przebywające w miejscach detencji należą – w ocenie KMPT – do grup ryzyka w obszarze tortur, nieludzkiego i poniżającego traktowania lub karania. Każdorazowo podczas wizytacji jednostek penitencjarnych przedstawiciele KMPT szczegółowo badają sytuację takich osób oraz warunki, w jakich przebywają. Ocenie podlega między innymi dostosowanie celi mieszkalnej do potrzeb osadzonego (np. wyposażenie kąpielnicy sanitarnego w poręcze) oraz możliwość korzystania z podstawowych praw (np. wyjścia na spacer, udział w zajęciach poza celą mieszkalną, utrzymanie higieny). Jeśli niesamodzielność osadzonego spowodowana jest chorobą, dodatkowo ocenie podlega zapewnienie mu właściwej opieki lekarskiej i pielęgnacyjnej, w tym pomocy przy wykonywaniu czynności higieniczno-sanitarnych.

W ocenie KMPT na występowanie takich osób w jednostkach penitencjarnych ma niebagatelny wpływ zmiana rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności¹², która spowodowała, że od dnia 1 lipca 2015 r. do jednostek penitencjarnych należy przyjmować także *osoby wymagającej natychmiastowego leczenia szpitalnego ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia lub kobiety od 28. tygodnia ciąży*. Co więcej problem ten wiąże się nieodłącznie ze zmianami demograficznymi zachodzącymi w Polsce. Jako społeczeństwo starzejące się, jesteśmy narażeni w coraz większym stopniu na związane z tym faktem

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

¹¹ Zob. Wystąpienia generalne Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Sprawiedliwości z dni 24 maja 2016 r. i 29 lipca 2016 r., KMP.571.5.2016.RK.

¹² Dz.U. z 2015 r., poz. 927

obniżanie sprawności psycho-fizycznej, zarówno wśród obywateli wolnych, jak również wśród tych pozbawionych wolności.

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

W 2019 r. Rzecznik Praw Obywatelskich przeprowadził badania sytuacji więźniów przewlekle somatycznie chorych. Wyniki badania zostały zawarte w wystąpieniu Rzecznika Praw Obywatelskich do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej¹³. Podkreślono w nim, że jednostki penitencjarne nie mają odpowiednio przygotowanych zespołów specjalistów z szerokim doświadczeniem medycznym oraz pozamedycznym, nie dysponują także odpowiednim sprzętem medycznym. Brakuje również miejsc dysponujących odpowiednimi warunkami, dostosowanymi do potrzeb tych osób pod względem bytowym i prowadzonych oddziaływań. Ponadto kadra jednostek nie podejmuje często odpowiednich działań stymulujących skazanych, a brak aktywności życiowej prowadzi do pogłębienia się ich apatii i dalszego uzależnienia od innych. Wskazano na konieczność uwzględnienia przez Służbę Więzienną szczególnych potrzeb osadzonych, w tym związanych z ich wiekiem i stanem zdrowia, co wynika z określonej w art. 67 k.k.w. zasady zindywidualizowanego oddziaływania. W ocenie Rzecznika niektóre z osób przewlekle chorych nie powinny przebywać w warunkach izolacji penitencjarnej. Jeśli jednak są obiektywne przeszkody uniemożliwiające zwolnienie ich z więzienia, to należy zadbać, by przebywali w warunkach zapewniających ochronę ich godności ludzkiej.

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

¹³ IX.517.532.2019

KMPT pragnie podkreślić, że próby radzenia sobie z omawianym problemem na poziomie zwykłych jednostek penitencjarnych poprzez angażowanie współwięźniów do opieki nad osobami niesamodzielnymi, stanowią jedynie prowizoryczne rozwiązanie, które było w przeszłości kwestionowane przez Europejski Trybunał Praw Człowieka. W sprawie *Farbtuhs przeciwko Łotwie*, (skarga nr 4672/02, wyrok z dnia 2 grudnia 2004 r.), Trybunał uznał, że udział innych więźniów w czynnościach higieniczno-sanitarnych, przebieraniu i rozbieraniu współwięźnia musi wzbudzać znaczny niepokój osadzonego i stawiać go w pozycji niższości wobec innych więźniów. Z kolei w sprawie *D.G. przeciwko Polsce* (skarga nr 45705/07, wyrok z dnia 12 lutego 2013 r.) za niedopuszczalne uznał Trybunał pozbawienie wolności osób cierpiących na poważne upośledzenia fizyczne w warunkach nieodpowiednich do ich stanu zdrowia lub pozostawienie tych osób w rękach współwięźniów, by udzielali pomocy przy kąpieli oraz ubieraniu lub rozebraniu, stanowi poniżające traktowanie.

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

Problem pobytu osób przewlekle somatycznie chorych w jednostkach penitencjarnych będzie nadal monitorowany przez Rzecznika Praw Obywatelskich.

5.3. Dokumentowanie obrażeń zgodnie z wytycznymi Protokołu stambulskiego

Więźniowie są poddawani badaniu lekarskiemu w dniu przybycia. Ewentualne obrażenia są odnotowywane w dokumentacji medycznej. Częścią dokumentacji jest formularz przedstawiający sylwetkę ciała widzianą z przodu i z tyłu (mapę ciała), na którą nanosi się odpowiedni znak graficzny obrazujący rodzaj urazu – złamanie otwarte, zamknięte, zwichnięcie, stłuczenie, rana, zmiążdżenie, amputacja, oparzenie, ból nieurazowy, brak obrażeń, inne.

Mapa ciała nie spełnia jednak standardów przewidzianych w Protokole stambulskim¹⁴. Obraz sylwetki i sposób dokumentowania urazów jest bowiem bardzo ogólny. Ponadto sam Protokół stambulski, jak również definicja tortur, najczęściej spotykane metody torturowania

¹⁴ Zob. Protokół stambulski. Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania; Biuro Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka; Professional Training Series No. 8/Rev.1.; Nowy Jork i Genewa 2004.

i ich objawy (fizyczne i psychologiczne) jakie występują u badanych, które mogą świadczyć o torturowaniu, są kadrze medycznej nieznane.

Opis urazów jest bardzo ogólny. Obrażenia nie są one utrwalane za pomocą zdjęć, co mogłoby mieć duże znaczenie dla organów ścigania, w przypadku postępowania karnego (szerzej ten temat został opisany w pkt. 6.2. raportu).

W jednostce obowiązuje instrukcja w sprawie postępowania personelu w przypadku doprowadzenia więźnia z obrażeniami ciała¹⁵. Instrukcja uwzględnia przepisy § 36 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności (Dz. U. z 2015 r., poz. 927).

Instrukcja ta ma charakter bardzo ogólny. Przewiduje, że w przypadku doprowadzenia do jednostki osoby z obrażeniami ciała funkcjonariusz lub pracownik działu ewidencji, egzekwuje od organu doprowadzającego doręczenie dokumentu informującego o okolicznościach i przyczynach powstania obrażeń, a także dokumentu sporządzonego przez lekarza, zawierającego ich opis (chyba że taki dokument wystawia lekarz wizytowanej jednostki). Od osoby doprowadzonej do jednostki odbierane jest oświadczenie dotyczące przyczyn i okoliczności powstania obrażeń ciała. Jeżeli osadzony zgłosił, że obrażenia powstały w związku z zatrzymaniem lub po zatrzymaniu, o doprowadzeniu takiej osoby zostaje poinformowany sędzia penitencjarny, któremu przesyła się również wyjaśnienia osadzonego.

KMPT pozytywnie ocenia decyzję Dyrektora o wprowadzeniu powyższej instrukcji. Widzi jednak obszary wymagające udoskonalenia, tak by w sposób optymalny spełniała swoją zapobiegawczą rolę.

1. Instrukcja mówi tylko o obrażeniach ciała więźniów, którzy zostają pierwotnie doprowadzeni do jednostki penitencjarnej przez organ doprowadzający. Nie przewiduje czynności w przypadku doprowadzenia więźnia z innej jednostki penitencjarnej lub powrotu z wyjazdu konwoju poza jednostkę (pkt. 1 instrukcji). Te grupy więźniów też są narażone na złe traktowanie, np. podczas konwoju lub czynności procesowych.
2. Nie przewiduje obligatoryjnego badania lekarskiego więźnia przez lekarza Zakładu Karnego nr 2 w Łodzi i sporządzenia dokumentu potwierdzającego ewentualne

¹⁵ Zob. Instrukcja Nr 3/2018 Dyrektora Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi w sprawie postępowania w przypadku doprowadzenia do Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi osoby z obrażeniami ciała.

obrażenia. Obowiązek sporządzenia dokumentu stwierdzającego opis obrażeń przy przyjęciu spoczywa na lekarzu Zakładu Karnego nr 2 w Łodzi tylko wówczas, gdy takiego dokumentu nie sporządził inny lekarz. Jeśli tak się stało, można poprzestać na odebraniu dokumentu badania od organu doprowadzającego (pkt. 1 i 2 instrukcji). Instrukcja nie przewiduje bowiem sytuacji, że złe traktowanie mogło mieć miejsce już po badaniu lekarskim, ale przed osadzeniem w Zakładzie Karnym Nr 2 w Łodzi (np. podczas konwoju do jednostki);

3. Instrukcja nie zawiera żadnych wytycznych odnoszących się do sposobu dokumentowania obrażeń i zabezpieczenia dowodów (jakie dokumenty muszą zostać wypełnione, jakie czynności należy wykonać, jakie przedmioty/rzeczy należy zabezpieczyć, nie wskazuje też kto uczestniczy w badaniu lekarskim i na jakich zasadach);
4. Instrukcja nie przewiduje zawiadomienia organów ścigania o zdarzeniu, mimo obowiązku określonego w art. 304 § 2 Kodeksu postępowania karnego¹⁶. Przewiduje jedynie powiadomienie sędziego penitencjarnego;
5. Instrukcja nie przewiduje centralnego ewidencjonowania urazów (w formie np. rejestru urazów), co pozwoliłoby na analizę przypadków i mogło posłużyć za ważne narzędzie kontroli i zarządzania ryzykiem;
6. Nie przewiduje również odpowiedniej pomocy medycznej i psychologicznej więźnia, i ról poszczególnych grup zawodowych w odniesieniu do ofiar tortur;
7. Instrukcja nie przewiduje również roli Protokołu stambulskiego w procesie wykrywania i dokumentowania złego traktowania. Nie mówi w jakim zakresie wytyczne z Protokołu mają być przez personel jednostki realizowane.

Należy też dodać, że wizytowana jednostka nie posiadała instrukcji dotyczącej dokumentowania obrażeń i informowania odpowiednich instytucji w przypadku obrażeń dokonanych na terenie jednostki penitencjarnej, już po doprowadzeniu (np. w przypadku złego traktowania przez współosadzonych lub personelu penitencjarnego).

Powyższe ustalenia pokazują, że systemowy problem braku właściwego dokumentowania obrażeń osadzonych w jednostkach penitencjarnych oraz wiedzy personelu medycznego w zakresie Protokołu stambulskiego nadal pozostaje aktualny.

KMPT informował o problemie odpowiednie władze¹⁷. Dokumentowanie złego traktowania powinno być bowiem dokonywane zgodnie z międzynarodowymi standardami.

¹⁶ Zob. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2020 r., poz. 30).

Tylko taka praktyka pozwoli na właściwe zabezpieczenie dowodów medycznych tortur, co ma kluczowe znaczenie dla ich prewencji i zwalczania bezkarności sprawców.

Z tego też względu Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej o wprowadzenie precyzyjnych wytycznych, adresowanych w szczególności do lekarzy zatrudnionych w jednostkach penitencjarnych, które określą obowiązek właściwego dokumentowania fizycznych i psychologicznych skutków tortur i przemocy, a także zgłaszania takich przypadków właściwym organom ścigania¹⁸. Rzecznik postulował również wprowadzenie przez Centralny Zarząd Służby Więziennej obowiązku korzystania z tzw. map ciała przez lekarzy więziennych przeprowadzających wstępne badanie osadzonych¹⁹. Rekomendacje RPO nie zostały na chwilę obecną wdrożone.

SPT wskazuje, że Protokół stambulski jest niezbędnym narzędziem w wykrywaniu, dokumentowaniu i zgłaszaniu tortur i jako taki zniechęca do ich stosowania²⁰. Wszyscy urzędnicy i specjaliści zajmujący się dokumentacją w sprawie tortur (w tym personel medyczny) powinni zostać odpowiednio przeszkoleni w zakresie tego dokumentu oraz międzynarodowych standardów dotyczących tortur i złego traktowania²¹.

W raporcie z wizyty w Polsce SPT podkreślił, że personel medyczny dokonujący badania osoby pozbawionej wolności powinien zostać przeszkolony w zakresie badania osób, które mogły być poddane torturom i dokumentowania takich przypadków²². Podkomitet wyraził zaniepokojenie faktem, że w większości odwiedzanych jednostek penitencjarnych w Polsce nowi więźniowie nie są poddawani badaniom lekarskim, ponieważ pracownicy służby zdrowia dokonują wywiadu lekarskiego bez badań fizycznych²³.

SPT zalecił Polsce, by wywiad lekarski z osadzonymi przyjętymi do jednostki penitencjarnej odbywał się zgodnie ze standardowym kwestionariuszem, który oprócz ogólnych pytań zdrowotnych powinien zawierać opis wszelkich niedawnych aktów przemocy wobec nich. Lekarz powinien również przeprowadzić pełną kontrolę lekarską, w tym badanie całego ciała. Jeśli pacjent zgłasza przypadki przemocy, lekarz musi ocenić, czy jego relacja

¹⁷ 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).

¹⁸ Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 24.10.2017 r. (znak KMP.571.6.2017.JJ).

¹⁹ Zob. Wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dni: 29.01.2019 r. (znak KMP.571.6.2017.AO) i 27.05.2019 r. (KMP.571.6.2017.AO).

²⁰ Zob. Raport z wizyty w Portugalii, CAT/OP/PRT/1, § 93.

²¹ Tamże, § 34 i 93.

²² Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, § 55.

²³ Tamże, § 105.

jest zgodna z wynikami badania. Jeżeli lekarz ma powody, by sądzić, że miały miejsce tortury lub złe traktowanie, musi niezwłocznie powiadomić właściwe organy. To samo dotyczy obrażeń odniesionych w więzieniu. Wszystkie miejsca pozbawienia wolności powinny posiadać dokumentację zawierającą szczegółowe informacje na temat obrażeń, w tym datę incydentu, miejsce, w którym miało miejsce, podejrzaną przyczynę i ustalenia badania lekarskiego²⁴.

SPT przypomniał zalecenie CPT aby wprowadzić procedury gwarantujące, że w każdym przypadku odnotowania obrażeń wskazujących na złe traktowanie więźnia (niezależnie czy więzień formułował jakieś uwagi w tej kwestii) akta powinny być systematycznie przekazywane do wiadomości organów ścigania, bez względu na życzenia danej osoby. Wyniki badania powinny być również udostępnione zainteresowanemu więźniowi i jego prawnikowi²⁵.

CPT wielokrotnie podkreślał, że *szużby więziennej opieki zdrowotnej mogą i powinny wnieść znaczący wkład w zapobieganie złemu traktowaniu przez organy ścigania, poprzez systematyczne rejestrowanie obrażeń zaobserwowanych u nowo przybyłych więźniów i, w stosownych przypadkach, dostarczanie informacji odpowiednim władzom. Wszelkie oznaki przemocy zaobserwowane podczas kontroli medycznej więźnia przy przyjęciu do takiego zakładu powinny być w pełni zarejestrowane, wraz z wszelkimi stosownymi oświadczeniami więźnia i wnioskami lekarza. To samo podejście należy stosować za każdym razem, gdy więzień jest badany medycznie po brutalnym epizodzie w więzieniu*²⁶.

Podczas swojej ostatniej wizyty okresowej w Polsce, CPT wskazał na brak skutecznego systemu identyfikacji obrażeń osób umieszczanych w miejscach detencji²⁷. Komitet zwrócił uwagę, iż żadna z odwiedzonych jednostek nie prowadziła specjalnego rejestru do odnotowywania obrażeń, a informacja na ten temat trafiała wyłącznie do karty medycznej osadzonych. Ponadto opisy tych obrażeń były powierzchowne i nie obejmowały wniosków lekarzy, co do potencjalnego powodu obrażenia, a także brakowało informacji, czy obrażenia były spójne z informacjami przekazywanymi przez osadzonego. Nie zaobserwowano również systemowego przekazywania informacji o zarejestrowanych obrażeniach do właściwego prokuratora.

5.4. Standard dotyczący liczby psychologów penitencjarnych

²⁴ Tamże, § 106.

²⁵ Tamże, § 107.

²⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Finlandii, CPT/Inf (2015) 25, § 80.

²⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2018) 39, § 80.

Personel działu penitencjarnego liczył dwóch psychologów, co spełniało obowiązujący w więziennictwie wskaźnik zatrudnienia tej grupy specjalistów.

W opinii KMPT opieka psychologiczna w więzieniach nie jest jednakże wystarczająca. Standard wyznaczony przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej przewiduje zapewnienie jednego psychologa grupie 200 osadzonych²⁸. Wśród tak licznej grupy psychologowie nie są w stanie efektywnie wykonywać swoich zadań.

Problem ten był już zgłaszany Dyrektorowi Generalnemu SW²⁹, który podzielił wprawdzie stanowisko Rzecznika, wskazał jednak, że bez przekazania więziennictwu nowych etatów, zmiany w tym obszarze będą miały charakter jedynie stopniowy, dokonujący się w miarę posiadanych przez SW środków finansowych³⁰. W związku z otrzymaną odpowiedzią Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się ponownie do Dyrektora Generalnego SW pismem z dnia 19.02.2019 r.³¹ z zapytaniem o ewentualne zmiany, które zaszły w kwestii zwiększenia dostępności personelu psychologicznego dla więźniów. W odpowiedzi z dnia 11.03.2019 r. Dyrektor wskazał, że stan zatrudnienia psychologów penitencjarnych wyniósł na dzień 31.12.2018 r. 458,75 etatu, co w porównaniu z rokiem 2015 wskazuje na wzrost zatrudnienia o ok. 60 etatów.

W ocenie KMPT, który docenia starania czynione przez CZSW w kwestii zwiększenia zatrudnienia psychologów penitencjarnych, wskazana liczba nie przyczynia się do zmniejszenia liczby więźniów przypadających na jednego psychologa. Stanowi ona jedynie niezbędne uzupełnienie składu osobowego tej grupy zawodowej do stanu, przy którym standard ów, może być spełniony. Wobec powyższego, problem pozostaje w dalszym zainteresowaniu KMPT.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Traktowanie więźniów

Na Oddziale Psychiatrii Sądowej funkcjonuje sala izolacji (tzw. pomieszczenie dla pacjentów pobudzonych psychoruchowo). Jest to pomieszczenie monitorowane, dźwiękoszczelne, bez dostępu do światła naturalnego. Nie posiada żadnego wyposażenia (w tym łózka) oraz węzła sanitarnego.

²⁸ Zob. Zarządzenie Nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 3 pkt 2.

²⁹ Zob. Wystąpienie Generalne RPO z dnia 17.05.2016 r., do Dyrektora Generalnego SW, KMP.571.8.2016.

³⁰ Zob. Odpowiedź Zastępcy Dyrektora Generalnego SW z dnia 15 czerwca 2016 r., BP-070-78/16/1025.

³¹ Zob. Wystąpienie Generalne RPO z dnia 19.02.2019 r., do Dyrektora Generalnego SW, KMP.571.8.2016.

Ekspertka KMPT w swojej ekspertyzie podkreśliła, że pomieszczenie to nie spełnia standardów izolatki psychiatrycznej, która powinna posiadać monitoring, okno, łóżko i węzeł sanitarny. Sala ta jest raczej karcerem niż izolatką i umieszczanie w niej pacjentów należy traktować jako formę kary.

W ocenie ekspertki KMPT umieszczanie pacjenta w sali, w której nie ma ani okna, ani łóżka, a pacjent musi siedzieć lub leżeć na podłodze jest niehumanitarnym traktowaniem i godzi w godność osoby chorej psychicznie. Stosowanie izolacji w powyższym pomieszczeniu może być również uznane za tortury. Przykładowo Protokół stambulski jako metody tortur wymienia bowiem m.in. izolację, pozbawienie więźnia zwykłej stymulacji sensorycznej w rodzaju dostępu do dźwięków, światła, poczucia czasu, możliwości umycia się i zaspokojenia potrzeb fizjologicznych, manipulowanie natężeniem światła w celi, ograniczenie snu, aktywności ruchowej i kontaktów społecznych³².

Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi i odpowiadającym wymogom, jakie powinny spełniać pokoje łóżkowe w szpitalu psychiatrycznym lub w innym zakładzie leczniczym albo pokoje mieszkalne w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego³³.

Zgodnie ze standardami CPT dotyczącymi stosowania przymusu bezpośredniego w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych, pomieszczenie do czasowej izolacji pacjentów, powinno być specjalnie zaprojektowane do tego konkretnego celu. W szczególności powinno zapewniać bezpieczeństwo pacjenta i uspokajające warunki³⁴.

KMPT zaleca dostosowanie wyposażenia sali izolacji na Oddziale Psychiatrii Sądowej do standardów określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Do czasu wprowadzenia powyższych standardów, pacjenci nie powinni być w niej umieszczani.

³² Zob. Protokół stambulski. Podręcznik 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; pkt. G Przegląd metod tortur; pkt. 145 (n).

³³ Zob. Art. 18e ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity Dz.U. z 2018 r. poz. 1878 ze zm.).

³⁴ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), Strasburg, 21 marca 2017 r., CPT/Inf (2017) 6, § 3.8.

W czasie wizytacji jeden z osadzonych ze względu na swoje zachowania presuicydalne (przedsamobójcze) został ze względów bezpieczeństwa umieszczony w celi monitorowanej w terminie od 10 do 15 października 2019 r. Była to cela izolacyjna na oddziale A2.

Praktyka wykorzystywania celi izolacyjnej w innych przypadkach niż wykonywanie kary dyscyplinarnej budzi wątpliwości KMPT. Wprawdzie rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości stanowi, że *w celu zapewnienia porządku, bezpieczeństwa lub powierzchni mieszkalnej, o której mowa w art. 110 § 2 kodeksu, dyrektor może podjąć decyzję o umieszczeniu w celi izolacyjnej osadzonego nieukaranego karą dyscyplinarną umieszczenia w takiej cel³⁵*, jednakże nie można tracić z pola widzenia, że osadzenie w celi izolacyjnej łączy się z dodatkowymi dolegliwościami dla skazanego, do których należy między innymi mały metraż związany z jej jednoosobowym charakterem oraz niezabudowanie kąca sanitarnego.

CPT wskazuje, że pozbawienie wolności więźniów w pojedynczych celach może mieć skrajnie niszczący skutek dla ich zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Ten szkodliwy wpływ może być natychmiastowy i wzrasta w zależności od tego, jak długo środek izolacyjny jest stosowany i jak długo jest stosowany na czas nieokreślony. Najbardziej znaczącym wskaźnikiem szkody, jaką może wyrządzić osadzenie w warunkach izolacyjnych jest znacząco wyższy odsetek samobójstw wśród więźniów, wobec których jest ono stosowane, niż wśród ogółu populacji więziennej. Ponadto izolacja stwarza ryzyko umyślnego złego traktowania więźniów znajdujących się z daleka od uwagi innych osadzonych i pracowników więzienia. Osadzenie w warunkach izolacyjnych powinno mieć zatem miejsce jedynie w wyjątkowych sytuacjach, na najkrótszy niezbędny czas i tylko w sytuacjach w pełni uzasadnionych³⁶.

CPT wskazuje też na standardy materialne cel izolacyjnych. W ocenie Komitetu *jest powszechną praktyką, że posiadają one ograniczoną liczbę mebli, które są często przytwierdzone do podłogi. Niemniej jednak takie cele powinny być wyposażone, jako minimum w stół, odpowiednie dzienne siedzenia (np. krzesło, ławka) oraz odpowiednie łóżko i pościel w nocy. Jeśli chodzi o cele dla więźniów objętych innymi typami osadzenia*

³⁵ Zob. § 90 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2016 r. w sprawie sposobów ochrony jednostek organizacyjnych Służby Więziennej (Dz. U. z 2016 r., poz.1804).

³⁶ Zob. Dwudziesty Raport Generalny, CPT/Inf (2011) 28, § 53.

w warunkach izolacyjnych, CPT uważa, że powinny być umeblowane w taki sam sposób, jak cele więźniów przebywających w zwykłych warunkach³⁷.

Z uwagi na wyposażenie celi izolacyjnej i potencjalne ryzyko negatywnych skutków izolacji, KMPT zaleca wykorzystywanie celi izolacyjnej wyłącznie do osadzania w niej osób ukaranych karą dyscyplinarną.

W trakcie wizytacji na Oddziale Psychiatrii Sądowej, w celi monitorowanej przebywał pacjent, który został w niej umieszczony z uwagi na utrudniony kontakt i problemy z higieną osobistą. Personel obawiając się konfliktu w celi i skarg współosadzonych, prewencyjnie umieścił go w takiej celi.

Ekspertka KMPT po zbadaniu dokumentacji więźnia stwierdziła, że umieszczanie pacjenta w jednoosobowej, monitorowanej sali na podstawie powyższych przesłanek jest niepokojące. Problemy z komunikacją miały bowiem w tym przypadku charakter fluktuacyjny. Przebywanie w odosobnieniu mogło je nasilać. Pacjent nie uczy się bowiem komunikacji z drugim człowiekiem i może przestać mieć potrzebę interakcji. Ekspertka podkreśliła, że relacje interpersonalne są istotne dla procesu leczenia, a także pozwalają na obserwację, jak pacjent radzi w nich sobie i nad czym ewentualnie należy popracować.

W ocenie KMPT umieszczenie pacjenta w jednoosobowej, monitorowanej celi mogło być decyzją pochoptą, w której skutki izolacji, przewyższają korzyści wynikające z odseparowania osadzonego od współwięźniów. W analogicznych sytuacjach należałoby włożyć wysiłek w wypracowanie z osadzonym pozytywnych nawyków higienicznych i zasad komunikacji interpersonalnej, zaś po izolację sięgać jedynie w wyjątkowych sytuacjach, po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka i skutków izolacji.

SPT w raporcie z wizyty w Polsce w 2018 r. wyraził obawy dotyczące praktyki umieszczania więźniów w celach izolacyjnych. W ocenie SPT izolacja powinna być stosowana tylko w ostateczności, w wyjątkowych przypadkach i tak krótko, jak to możliwe. Osadzenie powinno podlegać niezależnej kontroli³⁸.

SPT był również zaniepokojony, że w niektórych jednostkach penitencjarnych cele izolacyjne były wykorzystywane do izolacji medycznej (np. w przypadku świerzbu), w tym izolacji związanej z problemami zdrowia psychicznego (w przypadku depresji, zaburzeń lękowych i zaburzeń osobowości), co miało negatywny wpływ na osadzonych. SPT zalecił Polsce, by zapewniła zakaz stosowania odosobnienia w przypadku więźniów

³⁷ Tamże, § 60.

³⁸ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, § 94 i 95.

z upośledzeniem umysłowym lub fizycznym, jeżeli ich warunki zostałyby zastrzone przez takie środki. Zamiast tego takim więźniom należy zaoferować odpowiednią pomoc medyczną³⁹.

KMPT zaleca umieszczanie więźniów w jednoosobowych celach jedynie w wyjątkowych przypadkach, po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka i ewentualnych skutków izolacji.

Osoby tymczasowo aresztowane przebywające na terenie szpitala więziennego miały obowiązek noszenia przez całą dobę piżam. W piżamach więźniowie pozostawali całą dobę – przebywali w celach, spożywali posiłki, uczestniczyli w zajęciach i spacerach, spali. Piżamy były wymieniane raz w tygodniu. W efekcie stan higieniczny niektórych osadzonych był zły. Przykładowo na rozmowę z przedstawicielem KMPT więzień przyszedł z plamą moczu w okolicach krocza. Osadzony był bardzo skrępowany swoim stanem higienicznym, przeprosił za to jak wygląda i wyjaśnił, że piżamy są wymieniane raz w tygodniu. Cała sytuacja była dla niego upokarzająca.

CPT podkreśla, że praktyka polegająca na stałym ubieraniu pacjentów w piżamy/koszule nocne nie sprzyja wzmocnieniu ich tożsamości osobistej i poczuciu własnej wartości. Indywidualizacja w zakresie garderoby powinna być częścią procesu terapeutycznego⁴⁰. CPT przyznaje, że zawsze mogą istnieć pacjenci, którzy będą stanowić szczególne wyzwanie. Jednakże zobowiązanie niektórych pacjentów do noszenia piżamy ma efekt stygmatyzujący i może być postrzegane przez nich samych jako upokarzające⁴¹.

W ocenie ekspertki KMPT przebijanie się pacjenta w ciągu dnia w odzież nie nocną ma znaczenie dla jego rehabilitacji i leczenia. Wymusza rutynę i daje namiastkę codziennego, zwyczajnego rytmu dnia. Noszenie piżam w połączeniu z małą ilością światła dziennego w salach (uwagi na ten temat znajdują się w pkt. 6.3. raportu) może zaburzać ich rytm dobowy. Jest też istotne dla higieny, gdyż pacjenci cały dzień chodzą w tym samym ubraniu, w którym potem idą spać. W opinii ekspertki KMPT należałoby uwzględnić możliwość wprowadzenia stroju dziennego.

³⁹ Tamże, § 96 i 97.

⁴⁰ Zob. Ósmy Raport Generalny, CPT/Inf (98)12, § 34; Raport z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 85, 88 i 92; Raport z wizyty CPT w Chorwacji, CPT/Inf (2018) 44, § 106; Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 116; Raport CPT z wizyty na Malcie, CPT/Inf (2016) 25; § 138.

⁴¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Czechach, CPT/Inf (2015) 18, § 159.

KMPT zaleca odstąpienie od obowiązku noszenia piżam przez pacjentów w porze dziennej. Pacjenci powinni mieć możliwość noszenia ubrań odpowiednich do pory dnia i warunków atmosferycznych (np. w czasie korzystania ze spaceru).

Przedstawiciele KMPT ustalili, że kontrole osobiste więźniów miały z reguły charakter jednoetapowy. Odbywały się w specjalnie wyznaczonych do tej czynności pomieszczeniach i łaźniach. Osadzeni musieli zdjąć całą odzież i wykonać przysiad, celem ustalenia, czy nie posiadają w naturalnych otworach ciała niedozwolonych przedmiotów.

Zgodnie § 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) 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).

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 ubrań⁴².

SPT z kolei wskazuje, że praktyka przeszukania ciała stosowana wobec osób pozbawionych wolności powinna być ograniczona do wyjątkowych przypadków i powinna spełniać kryteria konieczności, racjonalności i proporcjonalności⁴³.

6.2. Badanie lekarskie i dokumentowanie obrażeń

Swoje uwagi, odnoszące się do systemowego charakteru dokumentowania obrażeń KMPT przedstawił w pkt. 5.3. raportu. Mając na względzie znaczenie właściwego dokumentowania przypadków tortur dla ich prewencji, KMPT rekomenduje Dyrektorowi Zakładu wzmocnienie tego obszaru działalności jednostki o następujące rozwiązania:

- Należy zapoznać personel medyczny jednostki z Protokołem stambulskim. Dokument ten, jak również sama definicja tortur, ich metody i objawy, są kadrze medycznej nieznane. Świadczy to o dużym zapotrzebowaniu edukacyjnym tej grupy

⁴² 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.

⁴³ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, § 111.

zawodowej, w kierunku samej problematyki tortur i sposobu ich dokumentowania, w zgodzie z międzynarodowymi standardami.

- Należy dostosować znajdującą się w dokumentacji medycznej mapę ciała do standardów określonych w Protokole stambulskim. Obecnie funkcjonująca jest bowiem bardzo powierzchowna i ogólna. Protokół stambulski przewiduje posługiwanie się szczegółowymi rysunkami anatomicznymi z rozróżnieniem na sylwetkę kobiety i mężczyzny, widok z tyłu, z przodu i poszczególne części ciała (dłonie, stopy, głowa, miejsca intymne, szkielet, brakujące uzębienie)⁴⁴. Obecna mapa ciała zawiera jeden typ sylwetki, bez rozróżnienia płci. Zaznaczanie obrażeń ma charakter graficzny i bardzo ogólny.
- Należy też położyć nacisk na to, by opis obrażeń był bardziej szczegółowy i uwzględniał wytyczne określone w Protokole stambulskim⁴⁵. Opisy urazów były bowiem bardzo ogólne, zaś dokumentowanie ich w historii choroby, która zawiera konkretne elementy, nie pozwala na wpisanie odpowiedniej ilości tekstu. Zasadnym wydaje się w tym przypadku opracowanie nowego wzoru takiego badania (na bazie wytycznych zawartych w Protokole stambulskim) ze szczegółowym opisem obserwowanych obrażeń i dokumentacją zdjęciową.
- Niezbędne jest wprowadzenie dokumentacji zdjęciowej obrażeń z informacją zawartą na zdjęciu z datą i inicjałami pacjenta. Dokumentacja taka powinna być przechowywana wraz z kopią w razie konieczności dostarczenia jej organom ścigania.
- Konieczne jest, by w dokumentacji każdego pacjenta było wyraźnie zaznaczone, że nie stwierdzono obrażeń. W takiej sytuacji z adnotacją np. *obrażeń nie stwierdzono* oraz pieczętą i podpisem lekarza badającego.
- KMPT zaleca też zmianę instrukcji odnoszącej się do doprowadzenia do jednostki osób obrażeniami ciała, w świetle uwag przedstawionych w pkt. 5.3. raportu.

Badanie lekarskie wszystkich osób umieszczanych w więzieniach i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania jest ważną gwarancją zapobiegania torturom i zwalczania bezkarności. Chroni też personel więzienny przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w jednostce penitencjarnej.

CPT zaleca, aby każdy nowo przyjmowany więzień był badany przez lekarza. Takie badanie powinno opierać się na zasadzie poufności i odbyć w ciągu 24 godzin

⁴⁴ Zob. Protokół stambulski, Aneks III.

⁴⁵ Zob. Protokół stambulski, Aneks IV.

od przyjęcia. Wszelkie urazy należy nanieść na specjalny formularz przewidziany do tego celu, z wykresami ciała do oznakowania urazów. Pożądane byłoby fotografowanie ran, a zdjęcia powinny być dołączane do akt medycznych. Dodatkowo powinien być prowadzony specjalny rejestr urazów, w którym należy odnotowywać wszystkie rodzaje obrażeń. Wynik badania powinien być dostępny dla więźnia i jego prawnika. W przypadku ujawnienia tortur lub przemocy, niezależnie od woli więźnia, powinno się zawsze zawiadomić Prokuratora⁴⁶.

6.3. Warunki materialne

W dniach wizytacji w budynku szpitalnym trwał remont, jedna kondygnacja została wyłączona z użytkowania. Warunki materialne zapewnione osadzonemu delegacja KMPT oceniła jako dobre. Osadzeni mieli zapewniony stały dostęp do ciepłej wody, kąciki sanitarne w celach były zabudowane, odpowiednie było też wyposażenie cel i stan sprzętu kwaterunkowego.

Delegacja KMPT została poinformowana o pozyskaniu przez jednostkę dodatkowych środków finansowych w ramach *Programu modernizacji Służby Więziennej na lata 2017-2020*. W ramach pozyskanych środków oddano do użytku Oddział Psychiatrii Sądowej oraz Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu. Ponadto dokonano przebudowy instalacji grzewczej i przegród okiennych w budynku szpitala oraz modernizacji zabezpieczeń techniczno-ochronnych. Prace remontowe mają zakończyć się do końca 2021 r. W kolejnych latach planowana jest również termomodernizacja zewnętrzna.

KMPT pozytywnie ocenił starania, ukierunkowane na podniesienie standardu odbywania kary pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania. Widzi jednak obszary wymagające poprawy.

Okna cel (w tym na terenie budynku szpitalnego) były zasłonięte za pomocą nieprzezroczystych szyb (tzw. blind). W czasie wizytacji osadzeni, albo przebywali w półmroku, albo też posiłkowali się ostrym, sztucznym oświetleniem, co niektórym z nich mogło przeszkadzać w odpoczynku.

W ocenie KMPT blindy utrudniają dostęp do światła naturalnego i świeżego powietrza, potęgują wzrost temperatury w okresie letnim, pogarszają samopoczucie więźniów i nie sprzyjają poprawie ich stanu zdrowia. Ponadto w połączeniu z obowiązkiem noszenia piżam mogą zaburzać u pacjentów ich rytm dobowy (zob. pkt. 6.1. raportu).

⁴⁶ Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2013), § 71-84; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 22, 27, 50, 81; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 78.

KMPT podkreśla, że brak naturalnego światła dziennego w celach może skutkować pogorszeniem zdrowia zarówno fizycznego jak i psychicznego osadzonych, co może zostać uznane za ich nieludzkie traktowanie. Brak naturalnego oświetlenia nie sprzyja również atmosferze w celach i może prowadzić do konfliktów między osadzonymi.

W odniesieniu do polskich jednostek penitencjarnych stanowisko zajął CPT podczas wizyt okresowych w 2013 r. i 2017 r. Takie rozwiązania są, w ocenie Komitetu, w większości przypadków niepotrzebne. Ograniczają bowiem osadzonym wyglądanie 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 ilości⁴⁷.

CPT podkreśla, że w pełni akceptuje szczególne środki bezpieczeństwa stosowane wobec niektórych osadzonych w celu zapobieżenia ryzyku porozumiewania się i/lub działań przestępczych. Jednakże stosowanie tego typu środków powinno mieć charakter wyjątkowy. Oznacza to, że właściwe władze muszą zbadać przypadek każdego osadzonego w celu ustalenia, czy stosowanie szczególnych środków bezpieczeństwa jest rzeczywiście uzasadnione. Ponadto nawet gdy stosowanie takich środków jest niezbędne, nie powinny one wiązać się z pozbawieniem osadzonych światła naturalnego i świeżego powietrza. Korzystanie z tych ostatnich jest podstawowym elementem życia, do którego uprawniony jest każdy osadzony; poza tym pozbawienie osadzonych dziennego światła i świeżego powietrza generuje warunki sprzyjające rozprzestrzenianiu się chorób, a zwłaszcza gruźlicy⁴⁸.

KMPT zaleca usunięcie blind z okien. 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 powietrza.

Pola spacerowe z których korzystali osadzeni były niewielkich rozmiarów, w złym stanie materialnym (popękana, pełna dziur, wąska nawierzchnia utrudniała poruszanie się osobom na wózkach inwalidzkim i o kulach) i nie posiadały zadaszenia przed niekorzystnymi warunkami atmosferycznymi. Członkowie delegacji w rozmowach usłyszeli, że z uwagi na zły stan placów spacerowych część osadzonych rezygnuje ze spacerów (zwłaszcza osoby z niepełnosprawnościami, którym stan nawierzchni utrudnia poruszanie).

⁴⁷ Zob. Raporty z wizyt w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 54 i CPT/Inf (2018) 39, § 69.

⁴⁸ Zob. Jedenasty Raport Generalny, CPT/Inf (2001)16, § 30.

CPT zalecił polskim władzom wyposażenie pól spacerowych w miejsca, w których można by się schronić w razie złych warunków atmosferycznych⁴⁹.

KMPT rekomenduje poprawę warunków materialnych pól spacerowych, tak by były one dostępne dla osadzonych poruszających się na wózkach inwalidzkich, o kuli lub mających problemy z poruszaniem się. Place spacerowe należy też wyposażać w częściowe zadaszenie, które umożliwi więźniom korzystanie z nich w czasie niekorzystnych warunków pogodowych.

6.4. Sytuacja więźniów z niepełnosprawnością fizyczną

Wizytowany zakład karny nie jest jednostką wyznaczoną przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej do osadzania w niej osób poruszających się na wózku inwalidzkim⁵⁰. Jednak z uwagi na jej specyfikę (m.in. funkcjonujący oddział terapeutyczny dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo oraz osadzanie w niej więźniów wymagających całodobowej opieki lekarskiej i rehabilitacji, w warunkach ambulatoryjnych) znajdują się w niej również więźniowie z niepełnosprawnością fizyczną, w tym poruszający się na wózku inwalidzkim lub o kuli (w dniach wizytacji w jednostce przebywały takie osoby). W związku z tym bardzo ważne jest zapewnienie odpowiednich standardów dostępności dla osób z niepełnosprawnością fizyczną i o obniżonej sprawności fizycznej.

Na terenie Zakładu znajdują się cztery cele przystosowane do potrzeb osadzonych poruszających się na wózkach inwalidzkich, w których wyodrębniony kącik sanitarny wyposażony jest dodatkowo w stanowisko prysznicowe. Trzy z nich znajdują się w budynku szpitala (pawilon B), jedna w pawilonie A.

Zakres dostosowań do potrzeb więźniów nie w pełni sprawnych fizycznie (w szczególności poruszającym się na wózku inwalidzkim) nie jest w ocenie KMPT wystarczający i konieczne są dalsze prace modernizacyjne w tym kierunku. Infrastruktura jednostki nie pozwala bowiem tej grupie osadzonych na samodzielne funkcjonowanie w warunkach izolacji. Przykładowo w pawilonie A, na oddziale terapeutycznym przebywał więzień poruszający się na wózku inwalidzkim. Cella posiadała przestrzeń, umożliwiającą poruszanie się wózkami po jej terenie i pewne ułatwienia w kąciku sanitarnym (w postaci poręczy i krzeselka). Była jednak

⁴⁹ Zob. Raport z wizyt w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 49.

⁵⁰ Zob. Zarządzenie Nr 64/19 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 20 grudnia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia przeznaczenia zakładów karnych i aresztów śledczych.

zlokalizowana na górnej kondygnacji budynku. W przypadku konieczności skorzystania z wizyty lekarza specjalisty na innym oddziale lub chęci skorzystania ze spaceru, więzień musiał być znoszony przez innych osadzonych, po schodach, na niższą kondygnację. Więzień rezygnował więc ze spacerów, bo taka sytuacja była dla niego upokarzająca. Z kolei budynek szpitalny posiadał wprawdzie windę, ale nie była ona przeznaczona do użytku przez osadzonych i aby wejść na teren oddziałów mieszkalnych, musieli oni pokonać schody.

Place spacerowe były w złym stanie materialnym, z wąskimi alejkami i licznymi ubytkami, co utrudniało korzystanie z nich osobom poruszającym się na wózku inwalidzkim lub mającymi trudności w poruszaniu się. Dlatego też niektórzy więźniowie rezygnowali ze spacerów.

Jednostka podejmuje wysiłki zmierzające do poprawy sytuacji. Po zakończeniu remontu budynku szpitalnego (pawilon B) na każdej kondygnacji mieszkalnej na powstać cela dostosowana do potrzeb osób poruszających się na wózku inwalidzkim. Liczba takich cel w jednostce zwiększy się o dwie i łącznie Zakład będzie posiadał sześć cel. Niestety, w pawilonie mieszkalnym A, wciąż tylko jedna cela posiadać będzie odpowiednie dostosowania.

KMPT został poinformowany o przeszkodach w modernizacji pawilonu A pod kątem dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. Głównymi przeszkodami są uwarunkowania techniczne budynku i możliwości finansowe. Budynek w którym mieści się pawilon mieszkalny A został wybudowany w 1920 r. Nie posiada windy, a jej wybudowanie przekracza aktualne możliwości finansowe jednostki. Wąska klatka schodowa uniemożliwia zamontowanie ruchomej platformy. Jednostka zgłosiła jednak potrzebę budowy windy zewnętrznej przy budynku.

KMPT docenia starania Dyrektora zmierzające do poprawy sytuacji więźniów z niepełnosprawnością ruchową. Widzi jednak potrzebę dalszych prac modernizacyjnych w celu optymalnego dostosowania infrastruktury jednostki do potrzeb takich więźniów. Na chwilę obecną brak odpowiedniej infrastruktury spełniającej standardy dostępności dla osób z niepełnosprawnościami skazuje tę kategorię więźniów na pobyt w celach/salach chorych. Tymczasem jak wskazuje SPT wymuszona bezczynność zwiększa napięcie w więzieniu i może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia i dobrego samopoczucia osób

pozbawionych wolności, a także dla przyszłej reintegracji po opuszczeniu zakładu. Skrajna wymuszona całkowita nieaktywność w dłuższym okresie jest niehumanitarna⁵¹.

Zgodnie z Regułami Mandeli reżim jednostki penitencjarnej powinien dążyć do zminimalizowania różnic pomiędzy życiem w więzieniu, a życiem na wolności, zaś administracja jest zobowiązana do podjęcia niezbędnych działań w celu zapewnienia więźniom niepełnosprawnym fizycznie, psychicznie lub w inny sposób pełnego i skutecznego dostępu do życia więziennego na sprawiedliwych zasadach⁵².

Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu, wskazuje, że jeżeli władze decydują się przetrzymywać osobę niepełnosprawną w detencji, powinny zagwarantować jej takie warunki, jakie odpowiadają szczególnym potrzebom wynikającym z jej niepełnosprawności⁵³.

W 2019 r. KMPT opublikował raport tematyczny zawierający ocenę dostosowań jednostek penitencjarnych do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną⁵⁴. Raport zawiera wyniki wizytacji tematycznych KMPT, rekomendacje, przegląd krajowych i międzynarodowych standardów dotyczących ochrony osób z niepełnosprawnościami oraz wytycznych stworzonych przez środowisko osób z niepełnosprawnością dotyczących dostępności jednostek penitencjarnych dla osadzonych oraz osób ich odwiedzających.

Mając na względzie plany modernizacyjne jednostki KMPT zaleca Dyrektorowi Zakładu dokonanie przeglądu możliwości i potrzeb (w tym potrzeb finansowych) pod kątem dostosowania jednostki do potrzeb osadzonych z niepełnosprawnościami i przedłożenie ich Dyrektorowi Okręgowemu Służby Więziennej, w celu podjęcia odpowiednich działań modernizacyjnych. Przy modernizacji jednostki pod kątem osób z niepełnosprawnościami warto wziąć pod uwagę standardy dostępności wskazane w raporcie tematycznym KMPT odnoszącym się do traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną⁵⁵. W ocenie KMPT warto również rozważyć zakup platform przyschodowych

⁵¹ Zob. Raport SPT z wizyty w Beninie, CAT/OP/BEN/1, § 273.

⁵² Zob. Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli), Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 17 grudnia 2015 r., Reguła 5.

⁵³ Zob. Wyrok *Farbtuhs v. Łotwie* z dnia 2 grudnia 2004 r., skarga nr 4672/02; Wyrok *Price v. Wielkiej Brytanii* z dnia 10 lipca 2011 r., skarga nr 33394/96.

⁵⁴ Zob. Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną. Raport z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.

⁵⁵ Zob. Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną. Raport z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur; Wytyczne stworzone przez środowisko osób z niepełnosprawnością dotyczące dostępności jednostek penitencjarnych dla osadzonych oraz osób ich odwiedzających.

(tzw. schodołazów), które umożliwią humanitarny transport osadzonych na wózkach inwalidzkich bez konieczności znoszenia ich po schodach i upokorzenia związanego z taką czynnością.

6.5. Mechanizm skargowy

Na tablicach informacyjnych oddziałów mieszkalnych wyeksponowano dane teleadresowe organów nadzoru i instytucji zajmujących się ochroną praw człowieka, m.in. Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Łodzi, Centralnego Zarządu Służby Więziennej, jednostek organizacyjnych Prokuratury, Ministerstwa Sprawiedliwości, sądu penitencjarnego i apelacyjnego, Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta. W kilku miejscach na terenie zakładu umieszczona była skrzynka przeznaczona na korespondencję kierowaną do instytucji międzynarodowych.

Delegacja zwróciła uwagę na fakt, iż zakres wyeksponowanych informacji na poszczególnych oddziałach nie jest jednolity. Niektóre oddziały nie dysponowały danymi teleadresowymi wszystkich instytucji, a jedynie prawami pacjenta i danymi adresowymi Rzecznika Praw Pacjenta.

KMPT zaleca wyeksponowanie w widocznym miejscu, na terenie wszystkich oddziałów mieszkalnych jednostki, danych teleadresowych instytucji ochrony praw człowieka i skrzynek przeznaczonych na korespondencję z instytucjami międzynarodowymi.

Dostęp do mechanizmu skargowego stanowi fundamentalną gwarancję prewencji tortur. CPT podkreśla, że takie mechanizmy mogą nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też wszystkie osoby pozbawione wolności przez władze publiczne, niezależnie od miejsca lub sytuacji, powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi⁵⁶.

Zbiór standardów i poglądów CPT odnoszących się do mechanizmu skargowego można znaleźć w sprawozdaniu rocznym Komitetu za 2017 r.⁵⁷

⁵⁶ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny, CPT/Inf (2018) 4, § 68-91.

⁵⁷ Tamże.

6.6. Kontakt ze światem zewnętrznym

Widzenia odbywają się w wyznaczone soboty, niedzielę oraz niektóre dni świąteczne (w godz. 9 – 16). Sala widzeń jest bardzo mała. Duży ścisk stolików powoduje brak komfortu i intymności podczas odwiedzin.

Czas oczekiwania na widzenie jest bardzo długi (wynosi on nawet do kilku godzin). Z relacji osadzonych wynika, że duża część odwiedzających to osoby nieposiadające własnego środka transportu i poruszające się komunikacją publiczną. Muszą więc dostosować czas odwiedzin do rozkładu jazdy komunikacji publicznej. Z uwagi na małą salę widzeń i możliwość kontaktu wyłącznie w weekendy, nie zawsze udaje im się dostać na widzenie lub odbywają je w bardzo ograniczonym zakresie. Może osłabiać to więzi rodzinne osadzonych.

Z uwagi na warunki lokalowe jednostka nie dysponuje też pokojem przeznaczonym na odwiedziny dzieci. Wyodrębnione pomieszczenia, specjalnie udekorowane i wyposażone, są elementem coraz częściej spotykanym w jednostkach penitencjarnych w Polsce. W wizytowanym Zakładzie część sali widzeń została przyozdobiona dziecięcymi elementami dekoracyjnymi i naklejkami, jednak z uwagi na panujący tłok, fragment przeznaczony na odwiedziny dzieci wciśnięty jest w kąt i zastawiony stolikami oraz krzesłami. W ocenie KMPT nie sprzyja to komfortowi kontaktu z dziećmi i wymaga zmian.

CPT podkreśla, że *bardzo ważne jest także, aby osadzeni utrzymywali względnie dobry kontakt ze światem zewnętrznym. Przede wszystkim osadzony musi mieć stworzoną możliwość utrzymywania relacji z rodziną i bliskimi przyjaciółmi. Promowanie kontaktów osadzonego ze światem zewnętrznym powinno stanowić zasadę wiodącą; wszelkie ograniczenia w kontaktowaniu się powinny być oparte wyłącznie na racjonalnych względach bezpieczeństwa lub uwzględnieniu możliwości fizycznych. Komitet pragnie podkreślić w tym względzie potrzebę elastyczności w zakresie stosowania przepisów dotyczących odwiedzin i telefonów wobec osadzonych, których rodziny mieszkają daleko od zakładu karnego, co w praktyce uniemożliwia częste odwiedziny. Przykładowo, takim osadzonym można pozwolić na połączenie czasu przeznaczonego na odwiedziny i/lub zapewnić większe możliwości rozmów telefonicznych z rodzinami*⁵⁸.

Stowarzyszenie Zapobiegania Torturom z Genewy (APT) podkreśla, że tortury i inne okrutne, nieludzkie lub poniżające traktowanie lub karanie w prawie wszystkich przypadkach mają miejsce w tajemnicy. Dostęp osób pozbawionych wolności do prawników, lekarzy oraz

⁵⁸ Zob. Drugi Raport Generalny CPT, CPT/Inf (92) 3, § 51.

kontakt z przyjaciółmi lub członkami rodziny tworzy bardziej otwarte środowisko przetrzymywania, które pomaga zapobiegać torturom i złemu traktowaniu⁵⁹. Zapewnienie zatrzymanym możliwości utrzymywania kontaktu z rodziną poprzez wizyty, rozmowy telefoniczne i korespondencję jest podstawowym prawem, którego nie można usunąć jako karę. Może zapewniać zatrzymanym istotne wsparcie i pomagać w ich ponownej integracji po zwolnieniu⁶⁰.

KMPT zaleca dokonanie przeglądu możliwości lokalowych i praktyki organizacji odwiedzin w celu zapewnienia utrzymywania jak najczęstszych kontaktów osadzonych osobami dla nich bliskimi.

KMPT zaleca również rozważenie zorganizowania odrębnego pomieszczenia do kontaktów z dziećmi. Pomieszczenie to powinno zawierać elementy dekoracyjne przyjazne dziecku.

6.7. Personel

Personel jednostki uczestniczy w licznych kursach i szkoleniach. Mając na względzie specyfikę jednostki (m.in. funkcjonowanie na jej terenie oddziału terapeutycznego i szpitala więziennego) KMPT rekomenduje, by do programów szkoleniowych włączyć zagadnienia związane z:

- międzynarodowymi standardami dotyczącymi ochrony praw człowieka i prewencji tortur,
- komunikacją interpersonalną,
- postępowaniem z osobami wymagającej szczególnej pomocy i nadzoru oraz grupami wrażliwymi (np. osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, nie w pełni sprawnymi ruchowo, osobami z zaburzeniami psychicznymi, somatycznie chorymi),
- zakazem dyskryminacji (np. ze względu na niepełnosprawność, wiek, orientację seksualną, pochodzenie),
- wczesnego wykrywania symptomów przemocy stosowanej wobec osadzonych z niepełnosprawnościami.

O potrzebie przeszkolenia personelu medycznego z Protokołu stambulskiego wspomniano w rozdziale poświęconym badaniu lekarskiemu i dokumentowaniu obrażeń (zob. pkt. 6.2. raportu).

⁵⁹ Association for the Prevention of Torture. Zob. Legal Safeguards to Prevent Torture The Right of Access to Lawyers for Persons Deprived of Liberty; March 2010 r.; APT.

⁶⁰ Zob. Poglądy APT wyrażone na stronie: <https://www.apr.ch/detention-focus/en/themes/3/>

KMPT podkreśla, że odpowiednio dobrany i wyszkolony personel jednostki penitencjarnej jest w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki, bez uciekania się do przemocy i respektować minimalne gwarancje prewencji tortur, które przysługują osadzonym. W sytuacji zaś łamania praw człowieka podjąć właściwe działania, zgodne z obowiązującym prawem i pragmatyką służbową. Dlatego niezwykle ważne jest, by funkcjonariusze i pracownicy jednostki byli odpowiednio zmotywowani, świadomi w zakresie praw człowieka i postrzegali przemoc wobec więźniów jako działanie bezprawne, rzucające na wizerunek całej jednostki i Służby Więziennej.

SPT wskazuje, że *szkolenie funkcjonariuszy jest mechanizmem zapobiegania torturom. Powinno ono obejmować funkcjonariuszy na wszystkich poziomach, mieć charakter prewencyjny, przekrojowy oraz zawierać zasady i standardy w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowane na zapobieganie torturom i innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu*⁶¹.

CPT z kolei podkreśla znaczenie komunikacji interpersonalnej i rozwoju odpowiednich relacji na linii funkcjonariusz – osadzony. Posiadanie odpowiednich umiejętności w tym zakresie może doprowadzić do zmniejszenia napięć w zakładzie karnym, rozładowanie sytuacji, które mogłyby przekształcić się w przemoc oraz zwiększy kontrolę i bezpieczeństwo. W rezultacie praca personelu więziennego może być znacznie bardziej satysfakcjonująca⁶².

Zgodnie ze standardami CPT - *personel penitencjarny musi zachować czujność na sygnały budzące niepokój, a także być gotowy i właściwie wyszkolony, aby w razie konieczności interweniować. W tym kontekście decydującym czynnikiem jest obecność pozytywnych relacji pomiędzy personelem a osadzonymi, w oparciu o zapewnienie osadzonym bezpieczeństwa i opieki, co w dużym stopniu zależy od posiadania przez personel właściwych umiejętności komunikacji międzyludzkiej*⁶³.

O potrzebie odpowiednich szkoleń personelu więziennego (w tym z zakresu nadzoru nad grupami wrażliwymi) mówią również Reguły Mandeli. Zgodnie z nimi *cały personel więzienny będzie charakteryzował się odpowiednim poziomem wykształcenia oraz zapewnione mu zostaną możliwości i środki niezbędne do wykonywania swoich obowiązków w sposób profesjonalny. (...) Po rozpoczęciu swojej służby i w trakcie swojej kariery zawodowej*

⁶¹ Zob. Raport SPT z wizyty w Meksyku, CAT/OP/MEX/1, § 95.

⁶² Zob. Jedenasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2001)16, § 26; Drugi Raport Generalny, CPT/Inf (92) 3, § 60.

⁶³ Zob. Jedenasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2001)16, § 27.

personel będzie utrzymywał i pogłębiał wiedzę oraz umiejętności zawodowe, uczęszczając na regularnie organizowane kursy⁶⁴.

Zgodnie z Regułami Mandeli powyższe szkolenia powinny obejmować:

- krajowe i międzynarodowe standardy określające zasady pracy i interakcji personelu zakładu karnego z więźniami,
- prawa i obowiązki personelu (w tym respektowania godności ludzkiej więźniów i całkowitego zakazu tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania),
- bezpieczeństwa oraz zarządzania przestępcami agresywnymi, z należyтым uwzględnieniem działań zapobiegawczych i technik rozładowania napięcia, takich jak negocjacje i mediacja,
- pierwszej pomocy, potrzeb psychosocjalnych więźniów oraz właściwej dynamiki więziennej, a także opieki i pomocy społecznej, w tym wczesnego wykrywania problemów związanych ze zdrowiem psychicznym.

Personel mający pracować ze specjalnymi grupami więźniów lub któremu przydzielono inne specjalne funkcje, zgodnie z Regułami Mandeli, powinien być szkolony do swojej pracy w specjalny sposób⁶⁵.

6.8. Opieka medyczna na Oddziale Psychiatrii Sądowej

Oceny funkcjonowania Oddziału Psychiatrii Sądowej dokonała ekspertka KMPT. Ekspertka zwróciła uwagę na możliwość dokonania ulepszeń w następujących obszarach:

6.8.1. Obsada personelu lekarskiego

Pacjenci Oddziału Psychiatrii Sądowej rozlokowani są na dwóch piętrach. Na każdym z nich przebywa około 35 pacjentów. Opiekę świadczy łącznie 4 lekarzy specjalistów psychiatrów (po dwóch na każde piętro). Jest to liczba minimalna przewidziana wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia⁶⁶. Jednak z uwagi na specyfikę pracy lekarzy w jednostce penitencjarnej oraz dużą liczbę obowiązków poza oddziałem, np. w przypadku brania udziału

⁶⁴ Zob. Reguły Mandeli, Reguła 75.

⁶⁵ Zob. Reguły Mandeli, Reguła 76.

⁶⁶ Z Według wymogów NFZ powinno przypadać ¼ etatu lekarza specjalisty na każde rozpoczęte 10 łóżek plus ¼ etatu lekarza specjalisty lub w trakcie specjalizacji na każde rozpoczęte 10 łóżek. Reasumując na 35 pacjentów na oddziale minimalna ilość zatrudnionych lekarzy to 2. Zob. Załącznik nr 3 Zarządzenia Nr 57/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Zarządzenie dostępne na stronie: <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-572007dsoz,2830.html>

w posiedzeniach sądu (zazwyczaj w zespołach dwuosobowych), liczba lekarzy wydaje się zbyt mała. Konieczność wykonywania przez lekarza obowiązków poza oddziałem może powodować, że często na obydwu piętrach obsada w ciągu dnia będzie zmniejszona, co ma bezpośredni wpływ na poziom sprawowanej opieki medycznej.

KMPT zaleca zatrudnienie dodatkowych lekarzy specjalistów psychiatrów.

6.8.2. Obsada personelu pielęgniarskiego

Opiekę nad 35 pacjentami świadczą: 1 pielęgniarka i do godz. 15:00 pielęgniarka oddziałowa. W godzinach nocnych – jedna pielęgniarka. W trybie w jakim funkcjonuje oddział, gdzie pacjenci przebywają w zamkniętych salach, a na wszelkie zajęcia i czynności są doprowadzani przez funkcjonariuszy Służby Więziennej, jest to liczba wystarczająca. Personel medyczny ma bowiem niewielki kontakt z pacjentami.

Ekspertka zasygnalizowała jednak, że gdyby placówka funkcjonowała w mniej restrykcyjnej formie, byłaby to liczba niewystarczająca. Ponadto od stycznia 2020 r. obowiązują regulacje prawne dotyczące norm zatrudnienia personelu pielęgniarskiego⁶⁷. Przewidują one zatrudnienie 0,6 etatu pielęgniarskiego na jedno łóżko. Czyli na oddziale 25 osobowym zatrudnienie powinno wynosić 21 etatów pielęgniarskich plus oddziałowa.

Ekspertka rekomenduje, by na każdym dyżurze 12 godzinnym znajdowała się obsada 2 pielęgniarek. Jest to bowiem liczba adekwatna do potrzeb 35 pacjentów psychiatrycznych.

Zgodnie z Regułami Mandeli zapewnienie więźniom opieki zdrowotnej stanowi odpowiedzialność państwową. Więźniowie powinni mieć dostęp do opieki zdrowotnej o takim samym standardzie, jaki dostępny jest tym, którzy nie są uwięzieni oraz powinni mieć dostęp do niezbędnych usług medycznych nieodpłatnie, bez dyskryminacji ze względu na ich status prawny⁶⁸.

CPT podkreśla, że opieka zdrowotna w zakładzie karnym powinna obejmować opiekę lekarską i pielęgniarską, jak również właściwą dietę, fizjoterapię, rehabilitację lub wszelkie inne niezbędne zabiegi, przeprowadzane w warunkach porównywalnych z tymi, z jakich korzystają pacjenci na wolności. Implikuje to zapewnienie personelu medycznego, pielęgniarskiego i technicznego, jak również pomieszczeń, instalacji i sprzętu⁶⁹.

⁶⁷ Zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 2012); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2019 r., poz. 1196).

⁶⁸ Zob. Reguły Mandeli, Reguła 24.

⁶⁹ Zob. Trzeci Raport Generalny, CPT/Inf (93)12, § 38.

KMPT zaleca zwiększenie zatrudnienia personelu pielęgniarskiego w świetle powyższych uwag.

6.8.3. Kierowanie oddziałem

Dwupiętrowym oddziałem zarządza jeden ordynator. W ocenie ekspertki KMPT nie wydaje się to dobrym rozwiązaniem. O ile oddział 70 łóżkowy mógłby być zarządzany przez jedną osobę, gdyby mieściła się na jednej kondygnacji, o tyle w przypadku podziału na dwie może to być trudniejsze, zwłaszcza, że przemieszczenie się pomiędzy nimi zajmuje trochę czasu. Ekspertka rekomenduje, by w takiej sytuacji wyznaczyć zastępcę ordynatora lub drugiego ordynatora, z których każdy kierowałby innym oddziałem.

6.8.4. Dokumentacja i procedury

Liczba personelu dostępna do zastosowania przymusu bezpośredniego jest zbyt mała. W sytuacji konieczności jego zastosowania, pomocy w tym zakresie udzielają funkcjonariusze Służby Więziennej. Tak samo niewystarczająca jest liczba personelu lekarskiego, który w razie przymusu trwającego powyżej 16 godzin powinien go zatwierdzić. Według ustawy o ochronie zdrowia psychicznego po tym czasie przymus musi zostać zatwierdzony przez drugiego lekarza psychiatrę⁷⁰. Tymczasem w godzinach popołudniowych, świątecznych i nocnych takowego nie ma na oddziałach, gdyż dyżur pełni wówczas jeden lekarz specjalista psychiatra.

W ocenie ekspertki KMPT konieczne jest wprowadzenie przejrzystych reguł i procedur dotyczących tego, kto jest proszony o interwencję i jaki lekarz zatwierdza przymus w opisanej powyżej sytuacji (np. czy jest on zatwierdzany przez jednego z dwu lekarzy dyżurujących na oddziale, czy będzie to np. lekarz „interwencyjny”, dostępny pod telefonem i zobowiązany do przyjazdu do szpitala ,w przypadku konieczności zatwierdzenia przymusu).

W ocenie ekspertki konieczne jest również prowadzenie centralnej statystyki dotyczącej stosowania przymusu bezpośredniego na oddziale i jej analiza. Jak ustaliła ekspertka, przymus bezpośredni jest każdorazowo odnotowywany w dokumentacji medycznej, według nowego wzoru karty, określonej w obowiązujących przepisach prawnych. Dodatkowo oddziałowa z oddziału V prowadzi statystykę stosowania przymusu, w której przechowuje kserokopie kart stosowania przymusu. To dobra praktyka, jednak wskazana byłaby coroczna analiza (dokonywana przez zespół zewnętrzny spoza oddziału lub dział

⁷⁰ Zob. Art. 18 i 18a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity Dz.U. z 2018 r., poz. 1878 ze zm.).

statystyki) stosowania przymusu, przebiegu jego stosowania, przyczyn zastosowania i czasu oraz wydanie sprawozdania z takiej oceny. Pomimo aktualnego nienadużywania przymusu przez personel (w 2019 r. przymus bezpośredni był stosowany wśród całej populacji pacjentów jeden raz, zaś w 2018 r. odnotowano 8 przypadków) taka analiza może pomóc zapobiegać sytuacjom, w których może dochodzić do jego stosowania.

KMPT zaleca wprowadzenie procedury regulującej kwestię udziału personelu w stosowaniu przymusu bezpośredniego na terenie Oddziału Psychiatrii Sądowej oraz decyzyjności w tej sprawie. Procedura powinna określać w szczególności sposób zatwierdzania przymusu trwającego dłużej niż 16 godzin.

KMPT zaleca również dokonywanie centralnej rejestracji przymusu bezpośredniego stosowanego wobec pacjentów Oddziałów Psychiatrii Sądowej i jego analizę w formie sprawozdania (minimum raz w roku). Taka analiza powinna zawierać: przypadki zastosowania przymusu, przyczyny stosowania, przebieg, czas trwania, rejestr obrażeń pacjenta.

Dokumentacja medyczna prowadzona jest w formie papierowej i elektronicznej. Zawiera ona notatki lekarskie, wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych oraz karty zleceń. Procesy pielęgniarstwa stanowią część dokumentacji medycznej. Oprócz tego każdy pacjent posiada książeczkę zdrowia osadzonego.

Ekspertka zwróciła uwagę, że informacje zawarte w formie papierowej i elektronicznej, nie zawsze są spójne. Przykładowo w formie elektronicznej prowadzone są notatki psychologiczne i częściowo lekarskie. Część notatek lekarskich znajduje się wyłącznie w dokumentacji papierowej.

W ocenie ekspertki KMPT należy ujednoczyć sposób prowadzenia dokumentacji medycznej. Niezwykle istotne jest bowiem, by wszelkie informacje o pacjencie były zawarte w obydwu tych częściach dokumentacji medycznej. Fragmentaryzacja dokumentacji utrudnia analizę i powoduje, że z dokumentacji medycznej dostępnej na oddziale nie można uzyskać pełnych informacji o pacjencie. Notatki psychologiczne i lekarskie koniecznie muszą być integralną częścią dokumentacji medycznej i być do niej przekazywane na bieżąco, jeśli są odnotowywane w formie elektronicznej.

Ekspertka zwróciła uwagę, że kontrole stanu psychicznego pacjentów prowadzone są w dokumentacji medycznej prawidłowo. W dokumentacji odnotowuje się również modyfikację leczenia i inne, nagłe sytuacje. Wpisy w dokumentacji nie są jednak odnotowywane w konkretnych odstępach czasu. Ekspertka rekomendowała wprowadzenie

stałego czasookresu (w razie braku nagłych zdarzeń) po upływie którego wpisy w dokumentacji byłyby aktualizowane.

Ekspertka widzi konieczność opracowania procedur, które ujednociały praktykę personelu i wzmocnią system nadzoru i kontroli. Poza procedurami dotyczącymi zakażeń brak jest bowiem procedur w zakresie prowadzenia dokumentacji (w tym regularności wpisów) i wydarzeń nadzwyczajnych. Wprowadzenie procedur pozwoli na ujednoczenie postępowania personelu, ale również na prowadzenie statystyk i ich analizę. Może to zapobiec ewentualnym błędom w przyszłości.

KMPT zaleca ujednoczenie sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej oraz opracowanie procedur odnoszących się do sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej i wydarzeń nadzwyczajnych.

6.8.5. Brak indywidualnych planów leczenia pacjentów

W jednostce nie prowadzi się indywidualnych planów leczenia pacjenta. Nie można w związku z tym określić na jakiej podstawie dobierana jest skuteczna forma pomocy i jak są diagnozowane problemy.

W ocenie ekspertki KMPT taki plan powinien być oparty o potrzeby pacjenta, uwzględniać zasoby i możliwości lecznicze, a także czas przez jaki osadzony będzie przebywał na oddziale. Powinien zawierać ocenę zarówno diagnostyczną, jak i proponowane formy zajęć, w których pacjent powinien uczestniczyć.

CPT w odniesieniu do więziennych oddziałów psychiatrycznych zaleca, by kwestie indywidualnych planów leczenia traktować priorytetowo. Należy opracować kompleksowe indywidualne plany leczenia, oferujące szereg opcji leczenia zgodnie z podejściem wielodyscyplinarnym. Indywidualne plany leczenia powinny obejmować: diagnozę, cele leczenia, zastosowane środki terapeutyczne i odpowiedzialnych pracowników. Pacjenci powinni uczestniczyć w opracowywaniu i rewizji swoich indywidualnych planów leczenia oraz być informowani o ich postępach. Plany powinny być też regularnie aktualizowane dla każdego pacjenta⁷¹.

KMPT zaleca opracowanie indywidualnych planów leczenia pacjentów i ich bieżącą aktualizację. Pacjenci powinni uczestniczyć w opracowywaniu i rewizji swoich indywidualnych planów leczenia oraz być informowani o ich postępach.

⁷¹ Zob. Raport z wizyty w Grecji, CPT/Inf (2019) 4, § 68; Raport z wizyty w Bułgarii, CPT/Inf (2012) 9, § 133; Raport z wizyty w Belgii, CPT/Inf (2018) 8, § 163.

6.8.6. Oddziaływania psychoterapeutyczne

Podczas oglądu Oddziału Psychiatrii Sądowej przedstawiciele KMPT natrafili na zajęcia terapeutyczne. Były one bardzo skromne. Kilku osadzonych w świetlicy, przy użyciu kolorowych flamastrów pisało na kartkach papieru co zabraliby ze sobą na bezludną wyspę. Świetlica była bardzo mała (mogła jednorazowo pomieścić 5-6 osób).

Delegacja KMPT nie otrzymała informacji o żadnych kreatywnych, rozwijających zajęciach dla pacjentów. Na tablicach ogłoszeń nie było planu terapeutycznego, a jedynie rozkład dnia i harmonogram dostępności do świetlicy. Wizytujący zwrócili uwagę, że czas wolny osadzeni spędzają głównie w celach mieszkalnych.

Ekspertka KMPT nie odnalazła w dokumentacji medycznej pacjentów indywidualnych planów terapii, a co za tym idzie nie mogła ocenić, jak placówka wykonuje swoje zadania w tym zakresie i czy je w ogóle wykonuje. Ekspertka podkreśliła, że wszyscy pacjenci, niezależnie od swojego statusu prawnego, powinni mieć dostęp do farmakoterapii oraz oferty terapeutycznej, na porównywalnym poziomie co pacjenci wolnościowi. Koniecznym jest, by oferta była zindywidualizowana, a przede wszystkim by pacjenci otrzymywali pomoc dostosowaną do ich potrzeb. Ważne jest też, by pacjenci oczekujący jako tymczasowo aresztowani na miejsce w szpitalu psychiatrycznym byli objęci wstępnym programem terapeutycznym dostosowanym do ich zaburzeń, psychoedukacją, wsparciem z udzieleniem informacji na temat ich sytuacji prawnej oraz tego, jak będzie dalej przebiegało ich leczenie.

CPT podkreśla, że zapewnienie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, jak również dostępność odpowiednich pomieszczeń w zakładzie karnym powinno umożliwiać przeprowadzanie regularnych programów terapii farmakologicznej, psychoterapeutycznej i zajęciowej⁷².

KMPT zaleca zapewnienie pacjentom Oddziału Psychiatrii Sądowej odpowiednich oddziaływań psychoterapeutycznych, dostosowanych indywidualnie do potrzeb każdego pacjenta. KMPT rekomenduje również odpowiednie dokumentowanie oddziaływań, w szczególności zaprowadzenie indywidualnych planów terapii.

6.8.7. Profilaktyka suicydalna

W opinii ekspertki KMPT procedury dotyczące profilaktyki suicydalnej są stosowane według zasad określonych przez Centralny Zarząd Służby Więziennej. Problem autoagresji

⁷² Zob. Trzeci Raport Generalny, CPT/Inf (93)12, § 41.

jest traktowany poważnie i wdrażane są działania zapobiegawcze. Jednak jej poziom rośnie, zwłaszcza na Oddziale Psychiatrii Sądowej. W 2015 r. odnotowano w jednostce łącznie 12 przypadków samouszkodzeń, w 2016 r. – 18 przypadków, w 2017 r. – 11 przypadków, w 2018 r. – 25 przypadków, w okresie od 1 stycznia do 15 października 2019 r. – 20 przypadków.

W ocenie ekspertki brak skuteczności działań zapobiegawczych może wiązać się z teoretycznym modelem oddziaływań oraz izolującym charakterem instytucji, w której pacjent przebywa. Na stan psychiczny człowieka wpływają bowiem takie czynniki jak: miejsce pobytu, personel, obowiązujące zasady i ograniczenia⁷³.

Zagrożenie autoagresją lub samobójstwem jest większe w przypadku osób chorujących psychicznie przed izolacją⁷⁴. W związku z izolacją osób chorych psychicznie zachodzi też podwyższone ryzyko pogorszenia się stanu zdrowia i pojawienia się problemów natury psychicznej i psychologicznej⁷⁵. Wrażliwość osób chorych psychicznie wymaga więc szczególnej ochrony.

Podjęmowane oddziaływania mogą nie być więc skuteczne, gdyż nie zmienia się kontekst pobytu pacjenta (cały czas pozostaje on w izolacji). Brak możliwości swobodnego poruszania się między pokojami, czy korzystania ze świetlicy lub łazienek może powodować, że osoby chore psychicznie jeszcze gorzej znoszą sam fakt izolacji, a często, z powodu samej choroby psychicznej, nie rozumieją swojego położenia. Dlatego też środowisko w jakim przebywają powinno być bardziej przyjazne i dawać poczucie bezpieczeństwa⁷⁶.

W ocenie ekspertki KMPT należałoby dostosować warunki oddziału psychiatrycznego do tego, jaki rodzaj pacjentów tam przebywa. Każdy element związany z izolacją, w tym zasadami więziennymi, może prowadzić do pogorszenia się stanu psychicznego albo przynajmniej do braku poprawy.

Najlepszym sposobem uniknięcia takiego uszczerbku na zdrowiu i samopoczuciu jest nie izolowanie więźniów. Tam, gdzie jest to absolutnie konieczne, należy to robić

⁷³ Zob. Metzner JL: Mental health considerations for segregated inmates. Appendix E to Standards for Mental Health Services in Correctional Facilities. Chicago, IL: National Commission on Correctional Health Care, 2008, pp 129–31.

⁷⁴ Zob. Reid WH. Offenders with special needs. *Journal of Psychiatric Practice*, 2000, 6(5):280–283.

⁷⁵ Zob. Grassian, Stuart. "Psychiatric effects of solitary confinement." *Wash. UJL & Pol'y* 22 (2006): 325; Haney C. Mental health issues in long-term solitary and 'supermax' confinement. *Crime & Delinquency*, 2003, 49(1):124–156; Kupers T. *Prison madness: the mental health crisis behind bars and what we must do about it*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1999.

⁷⁶ Zob. Arrigo, B. A., & Bullock, J. L. (2008). The psychological effects of solitary confinement on prisoners in supermax units: Reviewing what we know and recommending what should change. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 52(6), 622–640.

tylko w ostateczności i jak najkrócej. Decyzja o umieszczeniu więźnia w izolacji musi zawsze być podejmowana przez kompetentną osobę, w sposób przejrzysty i zgodny z odpowiednimi wymogami procesowymi, oraz podlegać regularnej, niezależnej i merytorycznej kontroli. Więzień musi być trzymany w przyzwoitych warunkach i mieć regularny dostęp do świeżego powietrza i ćwiczeń. Więźniom należy zapewnić programy edukacyjne, rekreacyjne i zawodowe, najlepiej w kontaktach z innymi, a więźniom należy pozwolić na przechowywanie w swoich celach książek, czasopism, hobby i materiałów rzemieślniczych. Należy zapewnić im regularny, znaczący ludzki kontakt, najlepiej także z osobami spoza więzienia, ale należy również zachęcać personel więzienny do nieformalnej komunikacji z więźniami, którzy są pozbawieni izolacji. Wreszcie, odizolowanym więźniom należy pozwolić i zachęcać do utrzymywania kontaktu z przyjaciółmi i rodziną poprzez otwarte wizyty (kontaktowe), listy i rozmowy telefoniczne. Co najważniejsze, więźniowie muszą być zawsze traktowani z poszanowaniem ich wewnętrznej godności jako istot ludzkich⁷⁷.

Ekspertka KMPT podkreśliła, że należy przede wszystkim ograniczyć to, co może kojarzyć się z ekstremalną izolacją, np. obecność pracowników Służby Więziennej, którzy stale przebywają na oddziale i towarzyszą pacjentom, gdy ci są wyprowadzani z cel. Równie dobrze rolę tą mogą spełniać, jak w przypadku oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia, sanitariusze, lub jak w przypadku oddziałów o maksymalnym stopniu zabezpieczenia, cywilni pracownicy ochrony. Służba Więzienna mogłaby, w tym przypadku, stanowić wyłącznie ostateczny element wzywany wtedy, gdy jest faktycznie taka konieczność. Konieczne jest też zapewnienie pacjentom większej swobody z korzystania z sali terapeutycznej i możliwość wychodzenia z cel wtedy, kiedy mają taką potrzebę.

Ekspertka KMPT podkreśliła, że należałoby zastanowić się nad zmianą funkcjonowania więziennych szpitali psychiatrycznych na podobieństwo choćby oddziałów o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia, gdzie zatrudniany jest wyłącznie personel medyczny. Należy bowiem stworzyć pacjentom warunki, w których będą się czuli bezpiecznie i w których będą mogli wracać do zdrowia.

KMPT zaleca dokonanie przeglądu stosowanych oddziaływań w zakresie profilaktyki suicydalnej, w świetle powyższych uwag.

⁷⁷ Zob. Shalev, S. 'Solitary confinement as a prison health issue' (2014) in : WHO Guide to Prisons and Health. Enggist, S., Moller, L., Galea, G. and Udesen, C. (Eds). Copenhagen: World Health Organization.

6.8.8. Zebrania kliniczne i wsparcie personelu

Personel oddziału nie ma wsparcia w postaci superwizji. Brak jest również zebrań klinicznych, na których prowadzone są dyskusje i podejmowanie decyzje dotyczące pacjentów.

W ocenie ekspertki KMPT zebrania kliniczne na oddziałach psychiatrycznych są koniecznością i powinny obejmować cały personel medyczny, w tym również pielęgniarki, oddziałowego i wychowawcę (jeśli mają kontakt z pacjentami, tak jak w tym przypadku). W tym przypadku personel niemedyczny powinien zostać objęty obowiązkiem zachowania tajemnicy. W ocenie ekspertki KMPT nie powinno wyłączać się z takich zebrań personelu spoza psychologów i lekarzy, gdyż to oni często są bliżej pacjentów i częściej mają z nimi kontakt, przez co mogą udzielić wielu ciekawych informacji na temat ich funkcjonowania.

Ekspertka rekomenduje również objęcie personelu superwizją (przede wszystkim grupową) służącej rozładowaniu napięć powstałych w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych. Takie spotkania, mogłyby przyczynić się również do polepszenia relacji pomiędzy personelem, co w rezultacie może mieć bezpośrednie przełożenie na jakość ich pracy i poziom sprawowanej opieki nad pacjentami. Superwizja zwiększa bowiem możliwość uzyskania wglądu w sposób reagowania pracownika w różnych sytuacjach i pomaga mu przygotować się na wystąpienie sytuacji trudnych. Jest formą kształcenia kompetencji osobistych i merytorycznych oraz ważnym środkiem profilaktycznym wypalenia zawodowego. Warto dodać, że w spotkaniach superwizyjnych uczestniczą psychologowie działu penitencjarnego i zespół terapeutyczny.

Rekomendowanym rozwiązaniem, zwłaszcza w warunkach kiedy praca terapeutyczna nie jest zbyt intensywna, a ważniejsze jest rozładowanie napięcia w pracy z pacjentem, jest wprowadzenie wśród personelu spotkań grup Balinta⁷⁸. W ramach dyskusji w tej formule główny nacisk kładziony jest na psychologiczną stronę kontaktu z pacjentem i relacje personel – pacjent. Narzędzie to pomaga szczególnie w lepszym rozumieniu sytuacji podopiecznych, ich samopoczucia, sposobu myślenia, procesu podejmowania przez nich decyzji oraz zachowania się, a także pomaga odkrywać adekwatne sposoby reagowania w kontaktach pomocowych.

Zgodnie ze standardami CPT sprawne funkcjonowanie opieki zdrowotnej wymaga, aby lekarze i pielęgniarki mieli okazję do regularnych spotkań i współtworzenia zespołu pod

⁷⁸ Zob. Informacje można znaleźć na stronie Polskiego Towarzystwa Balintowskiego: <https://balint.pl/>

*kierownictwem doświadczonego lekarza stojącego na czele służby medycznej w danej placówce*⁷⁹.

KMPT zaleca objęcie personelu Oddziału Psychiatrii Sądowej superwizją oraz rozważenie wprowadzenia spotkań grupy Balinta.

7. Zalecenia

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

I. Dyrektorowi Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi:

1. Dostosowanie wyposażenia sali izolacji na Oddziale Psychiatrii Sądowej do standardów określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Do czasu wprowadzenia powyższych standardów, pacjenci nie powinni być w niej umieszczani;
2. Wykorzystywanie celi izolacyjnej wyłącznie do osadzania w niej osób ukaranych karą dyscyplinarną;
3. Umieszczanie więźniów w jednoosobowych celach jedynie w wyjątkowych przypadkach, po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka i ewentualnych skutków izolacji;
4. Przeprowadzanie kontroli osobistych w sposób dwuetapowy oraz przypomnienie funkcjonariuszom obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa;
5. Odstąpienie od obowiązku noszenia piżam przez pacjentów w porze dziennej. Pacjenci powinni mieć możliwość noszenia ubrań odpowiednich do pory dnia i warunków atmosferycznych (np. w czasie korzystania ze spaceru);
6. Usunięcie blind z okien. W sytuacjach indywidualnych, gdy konieczne jest stosowanie szczególnych środków bezpieczeństwa, stosowanie rozwiązań zgodnych z międzynarodowymi standardami, które nie ograniczą dostępu osadzonych do światła naturalnego i świeżego powietrza;
7. Przeszkolenie personelu medycznego z Protokołu stambulskiego;

⁷⁹ Zob. Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (93)12, § 40.

8. Wprowadzenie dokumentacji zdjęciowej obrażeń z informacją zawartą na zdjęciu z datą i inicjałami pacjenta. Dokumentacja taka powinna być przechowywana wraz z kopią w razie konieczności dostarczenia jej organom ścigania;
9. Opracowanie nowego wzoru badania osadzonego, na bazie wytycznych zawartych w Protokole stambulskim, ze szczegółowym opisem obserwowanych obrażeń i dokumentacją zdjęciową;
10. Dostosowanie znajdującej się w dokumentacji medycznej mapy ciała do standardów określonych w Protokole stambulskim;
11. Szczegółowe opisywanie obrażeń osadzonych;
12. Odnotowywanie w dokumentacji pacjenta informacji o braku obrażeń podczas badania, np. poprzez adnotację obrażeń nie stwierdzono, z pieczętą i podpisem lekarza badającego;
13. Zmianę instrukcji odnoszącej się do doprowadzenia osób do jednostki z obrażeniami ciała, w świetle uwag przedstawionych w pkt. 5.3. raportu;
14. Zmianę sposobu kierowania Oddziałem Psychiatrii Sądowej poprzez wyznaczenie drugiego ordynatora lub zastępcy ordynatora, odpowiedzialnych za poszczególne kondygnacje oddziału;
15. Zatrudnienie dodatkowych lekarzy specjalistów psychiatrów;
16. Zwiększenie zatrudnienia personelu pielęgniarskiego, tak by na każdym dyżurze 12 godzinnym znajdowała się obsada 2 pielęgniarek;
17. Wprowadzenie procedury regulującej kwestię udziału personelu w stosowaniu przymusu bezpośredniego na terenie Oddziału Psychiatrii Sądowej oraz decyzyjności w tej sprawie. Procedura powinna określać w szczególności sposób zatwierdzania przymusu trwającego dłużej niż 16 godzin;
18. Dokonywanie centralnej rejestracji przymusu bezpośredniego stosowanego wobec pacjentów Oddziałów Psychiatrii Sądowej i jego analizę w formie sprawozdania (minimum raz w roku). Taka analiza powinna zawierać: przypadki zastosowania przymusu, przyczyny stosowania, przebieg, czas trwania, rejestr obrażeń pacjenta;
19. Ujednolicenie sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej;
20. Opracowanie procedur odnoszących się do sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej i wydarzeń nadzwyczajnych;
21. Opracowanie indywidualnych planów leczenia pacjentów Oddziału Psychiatrii Sądowej i ich bieżącą aktualizację. Pacjenci powinni uczestniczyć

- w opracowywaniu i rewizji swoich indywidualnych planów leczenia oraz być informowani o ich postępach;
22. Zapewnienie pacjentom Oddziału Psychiatrii Sądowej odpowiednich oddziaływań psychoterapeutycznych, dostosowanych indywidualnie do potrzeb każdego pacjenta oraz odpowiednie ich dokumentowanie, w szczególności poprzez zaprowadzenie indywidualnych planów terapii;
 23. Dokonanie przeglądu stosowanych oddziaływań w zakresie profilaktyki suicydalnej, w świetle uwag wskazanych w pkt. 6.8.7. raportu;
 24. Wyeksponowanie w widocznym miejscu, na terenie wszystkich oddziałów mieszkalnych jednostki, danych teleadresowych instytucji ochrony praw człowieka i skrzynek przeznaczonych na korespondencję z instytucjami międzynarodowymi;
 25. Dokonanie przeglądu możliwości i potrzeb (w tym potrzeb finansowych) pod kątem dostosowania jednostki do potrzeb osadzonych z niepełnosprawnościami i przedłożenie ich Dyrektorowi Okręgowemu Służby Więziennej, w celu podjęcia odpowiednich działań modernizacyjnych;
 26. Rozważenie zakupu platform przyschodowych (tzw. schodołazów);
 27. Poprawę warunków materialnych pól spacerowych, tak by były one dostępne dla osadzonych poruszających się na wózkach inwalidzkich, o kuli lub mających problemy z poruszaniem się. Plac spacerowe należy też wyposażać w częściowe zadaszenie, które umożliwi więźniom korzystanie z nich w czasie niekorzystnych warunków pogodowych;
 28. Dokonanie przeglądu możliwości lokalowych i praktyki organizacji odwiedzin w celu zapewnienia utrzymywania jak najczęstszych kontaktów osadzonych osobami dla nich bliskimi;
 29. Rozważenie zorganizowania odrębnego pomieszczenia do kontaktów z dziećmi. Pomieszczenie to powinno zawierać elementy dekoracyjne przyjazne dziecku;
 30. Włączenie do programów szkoleniowych personelu jednostki penitencjarnej zagadnień związanych z: międzynarodowymi standardami dotyczącymi ochrony praw człowieka i prewencji tortur, komunikacją interpersonalną, postępowaniem z osobami wymagającej szczególnej pomocy i nadzoru oraz grupami wrażliwymi (np. osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, nie w pełni sprawnymi ruchowo, osobami z zaburzeniami psychicznymi, somatycznie chorymi), zakazem dyskryminacji (np. ze względu na niepełnosprawność, wiek, orientację seksualną,

pochodzenie) oraz wczesnego wykrywania symptomów przemocy stosowanej wobec osadzonych z niepełnosprawnościami;

31. Objęcie personelu Oddziału Psychiatrii Sądowej superwizją oraz rozważenie wprowadzenia spotkań grupy Balinta.

II. Dyrektorowi Okręgowemu Służby Więziennej w Łodzi:

1. Zapewnienie środków finansowych na realizację ww. zaleceń.