



KRAJOWY
MECHANIZM
PREWENCJI
TORTUR



35 LAT
RZECZNIK PRAW
OBYWATELSKICH

1988 – 2023

RAPORT

Rzecznika Praw Obywatelskich
z działalności w Polsce

KRAJOWEGO MECHANIZMU

PREWENCJI TORTUR



2022

**Raport Rzecznika Praw Obywatelskich
z działalności w Polsce
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur,
Nieludzkiego, Poniżającego Traktowania
lub Karania w 2022 r.**



35 LAT
RZECZNIK PRAW
OBYWATELSKICH

1988 – 2023

BIULETYN RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH 2023, NR 1
ŹRÓDŁA



Redaktor Naczelny:

Stanisław Trociuk

Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r.

Redakcja:

Wojciech Brzozowski, Marcin Kusy, Przemysław Kazimirski

Opracowanie:

Cz. I Organizacja pracy KMPT – Marcin Kusy

Cz. II Jak pracuje KMPT – Marcin Kusy, Justyna Zarecka

Cz. III Trudności w realizacji mandatu KMPT – dr Justyna Józwiak

Cz. IV Sytuacja w miejscach pozbawienia wolności

Jednostki Straży Granicznej – Michał Żłobecki

Policyjne miejsca zatrzymań – Rafał Kulas

Jednostka penitencjarna – Aleksandra Osińska

Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym – Justyna Zarecka

Detencja nieletnich – Magdalena Dziedzic

Placówki opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze – Aleksandra Nowicka, Klaudia Kamińska

Szpitala psychiatryczne – dr Justyna Józwiak

Izby wytrzeźwień – dr Justyna Józwiak

Wizytacje KMPT w 2022 r. – tabele wg jednostek – Grażyna Kalisiewicz

Korekta:

Bartosz Kuźniar – Wydawnictwo Edytorial

Wydawca:

Biurowo Rzecznika Praw Obywatelskich

al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa

bip.brpo.gov.pl

Infolinia Obywatelska 800 676 676

ISSN 0860-7958

Oddano do składu w lipcu 2023 r.

Podpisano do druku we wrześniu 2023 r.

Nakład: 150 egz.

Publikacja jest dostępna na licencji Creative Commons:

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

Realizacja:

Zakład Poligraficzny SINDRUK

Spis treści

Słowo wstępne	5
Część I – Organizacja pracy KMPT	7
Skład zespołu Krajowego Mechanizmu Prewencji	7
Komisja ekspertów	7
Finansowanie KMPT	8
Część II – Jak pracuje KMPT?	11
Metodyka wizytacji	11
Wizytacje	13
Działania edukacyjne	14
Działania doradcze	18
Część III – Trudności w realizacji mandatu KMPT	29
Placówka całodobowej opieki	29
Policja	30
Straż Graniczna	32
Jednostka penitencyjna	32
Część IV – Sytuacja w miejscach pozbawienia wolności	35
Jednostki Straży Granicznej	35
Policyjne miejsca zatrzymań	45
Jednostka penitencyjna	67
Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym	92
Detencja nieletnich	100
Placówki opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze	111
Szpitale psychiatryczne	138
Izby wytrzeźwień	150
Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r. – tabele wg jednostek	155

SŁOWO WSTĘPNE

W 2022 roku obchodziliśmy ważną datę z perspektywy ochrony praw człowieka. 18 grudnia minęło 20 lat, od kiedy Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło Protokół Fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (OPCAT)¹.

Dzięki implementacji OPCAT do polskiego systemu prawnego, od blisko 15 lat funkcjonuje w Polsce Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (KMPT), działający w strukturach Biura Rzecznika Praw Obywatelskich. Przedstawiciele KMPT przeprowadzają niezapowiedziane wizytacje we wszystkich miejscach pozbawienia wolności na terenie całego kraju – od jednostek penitencjarnych, ośrodków strzeżonych dla cudzoziemców, przez szpitale psychiatryczne, placówki dla nieletnich, izby wytrzeźwień, po niewielkie placówki całodobowej opieki albo policyjne miejsca zatrzymań. To właśnie za zamkniętymi drzwiami takich placówek, gdzie kontakt ze światem zewnętrznym jest ograniczony, istnieje duże ryzyko wystąpienia przypadków złego traktowania.

Od 1 stycznia do 31 grudnia 2022 roku dziesięcioro pracowników Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadziło w sumie 79 wizytacji, w tym 6 w formie monitoringu online za pośrednictwem komunikatora internetowego, gdy ze względu na sytuację epidemiologiczną bezpośredni kontakt był znacznie utrudniony lub niemożliwy.

Raporty KMPT nie tylko obrazują wieloletnie systemowe zaniedbania, ale niekiedy pozwalają na uprawdopodobnienie rażących naruszeń podstawowych praw człowieka. W szczególności w ostatnim czasie uprawdopodobnione zostały relacje osadzonych wskazujące na możliwość stosowania tortur, m.in. waterboardingu (podtapiania)² i falaki (bicia przedmiotem w podeszwy stóp)³, a także niehumanitarnego i poniżającego traktowania⁴. Gdyby nie wizytacje KMPT, wiele z tych historii mogłoby nie ujrzeć światła dziennego. Przedstawiciele KMPT docierają bowiem do osób, których głos nie jest słyszalny, którym trudno się upomnieć o swoje prawa, które przebywają w trudnych warunkach. Historie opisywane w raportach powizytacyjnych to najlepszy dowód na to, jak bardzo potrzebny jest w Polsce niezależny organ monitorujący miejsca pozbawienia wolności.

Rola Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur nie ogranicza się do przeprowadzania wizytacji. Mimo niewielkiego składu osobowego, w 2022 roku pracownicy KMPT przygotowywali także opinie



¹ Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192.

² Zob. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Zakładu Karnego w Barczewie (KMP.571.13.2022.JJ).

³ Zob. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji oddziału zamiejscowego Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssojalnym w Czersku (KMP.574.2.2022.RK).

⁴ Por. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie, (KMP.574.3.2022.JZ); Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Domu Pomocy Społecznej „Etola” w Rudzie Piłczyckiej (KMP.575.3.2022.AO); Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Domu Całodobowej Opieki „Czarneccy” w Zielonce (KMP.573.10.2022.MŻ).

do projektowanych zmian przepisów prawa oraz brali udział w posiedzeniach komisji parlamentarnych, w trakcie których przedstawiali swoje uwagi i rekomendacje. Starali się także zwiększyć świadomość opinii publicznej na temat sytuacji w miejscach pozbawienia wolności i standardów międzynarodowych w tym zakresie.

Warto podkreślić, że poza przygotowaniem raportów i opinii KMPT dużą wagę przywiązuje do nawiązywania bezpośredniego dialogu z funkcjonariuszami i pracownikami miejsc pozbawienia wolności. Szkolenia, konferencje i webinaria były doskonałą okazją do przybliżenia tym grupom zawodowym zagadnień z zakresu prewencji tortur i złego traktowania, jak i do wspólnego poszukiwania rozwiązań problemów systemowych. W 2022 roku przedstawiciele KMPT przeszkolili ponad 130 funkcjonariuszy Policji, dla pracowników domów pomocy społecznej prowadzili także webinaria, w których wzięto udział ponad 420 osób.

Zniesienie ograniczeń związanych z pandemią COVID-19 przełożyło się bezpośrednio na zwiększenie liczby szkoleń i innych form doskonalenia zawodowego, w których uczestniczyli pracownicy KMPT. Dbają oni o to, aby ciągle udoskonalać swój warsztat pracy, pogłębiać wiedzę i sięgać po doświadczenia międzynarodowe, które można wdrożyć w polskim systemie prewencji tortur. Wierzę, że w kolejnym roku ten interdyscyplinarny zespół ekspertów, którzy w swojej pracy wykazują się niezwykle wrażliwością na ludzkie cierpienie, uda się rozbudować dzięki uzyskaniu funduszy na dodatkowe etaty.

Dzięki tytanicznej pracy Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w wielu miejscach pozbawienia wolności dochodzi do pozytywnych zmian, a tym samym zmniejsza się ryzyko wystąpienia tortur i innych form złego traktowania. Wiem, że nie jest to jednak możliwe bez poważnego podejścia do zaleceń KMPT, co w wielu przypadkach wymaga podjęcia konstruktywnego dialogu z władzami wizytowanych placówek, przedstawicielami urzędów państwowych, władz lokalnych, niekiedy niezbędna jest także ingerencja ustawodawcy. Należy przy tym zaznaczyć, że zapobieganie torturom, niehumanitarnemu i poniżającemu traktowaniu wymaga całościowego, długoterminowego i interdyscyplinarnego podejścia.

Głęboko wierzę, że wskazane w tym raporcie problemy staną się okazją do dalszej dyskusji na temat prewencji tortur w Polsce i podjęcia współpracy przez wiele instytucji, to zaś przyczyni się do lepszej ochrony praw osób pozbawionych wolności.

Marcin Wiącek
Rzecznik Praw Obywatelskich

Część I

Organizacja pracy KMPT

SKŁAD ZESPOŁU KRAJOWEGO MECHANIZMU PREWENCJI

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur stanowi jeden z Zespołów Biura RPO, w którego skład w 2022 r. wchodziło 10 pracowników merytorycznych oraz pracowniczka sekretariatu. W omawianym roku bezpośredni nadzór merytoryczny nad działalnością Zespołu sprawowała dr Hanna Machińska – zastępczyni rzecznika praw obywatelskich⁵. Osoby pracujące w KMPT posiadają wykształcenie prawnicze, socjologiczne, politologiczne, resocjalizacyjne, psychologiczne oraz kryminologiczne. W 2022 r. wsparcie Zespołu stanowili również pracownicy Biur Pełnomocników Terenowych RPO we Wrocławiu, w Gdańsku i Katowicach, którzy poza pracą w biurze pełnomocnika brali udział w wizytacjach prewencyjnych KMPT jednostek znajdujących się na obszarze właściwości terytorialnej pełnomocnika RPO. Ponadto w związku z szerokim zakresem zadań Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur wsparcia merytorycznego udzielała interdyscyplinarna Komisja Ekspertów KMPT.

■ Członkowie Zespołu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur:

Przemysław Kazimirski – dyrektor Zespołu, prawnik

Marcin Kusy – zastępca dyrektora, prawnik

dr Justyna Józwiak – socjolog

Justyna Zarecka – politolożka, specjalistka ds. bezpieczeństwa wewnętrznego

Klaudia Kamińska – prawnik

Aleksandra Osińska – psycholożka

Aleksandra Nowicka – kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego

Magdalena Dziedzic – prawniczka

Rafał Kulas – prawnik

Michał Żłobecki – prawnik, specjalista w zakresie migracji międzynarodowych

Grażyna Kalisiewicz – pracowniczka sekretariatu, prawniczka

KOMISJA EKSPERTÓW

Od 2016 r. przy Rzeczniku Praw Obywatelskich funkcjonowała Komisja Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. W jej skład w 2022 r. wchodziłi:

1. Maria Ejchart-Dubois – współprzewodnicząca;
2. dr Justyna Józwiak – współprzewodnicząca;
3. Klaudia Kamińska – sekretarz;

⁵ Od 1 stycznia 2023 r. nadzór merytoryczny nad KMPT sprawuje zastępca rzecznika praw obywatelskich dr hab. Wojciech Brzozowski, prof. UW.

4. dr hab. Wojciech Brzozowski, prof. UW;
5. Aleksandra Chrzanowska;
6. dr n. med. Jerzy Foerster;
7. dr hab. Witold Klaus, prof. INP PAN;
8. adw. Paweł Knut;
9. prof. dr hab. Marek Konopczyński;
10. Marzena Ksel;
11. Maria Książak;
12. Janina de Michelis;
13. dr Maria Nieściana;
14. ppłk Lidia Olejnik;
15. adw. Mikołaj Pietrzak;
16. mec. Piotr Sendeki;
17. Agnieszka Aleksandra Sikora;
18. prof. dr hab. Grażyna Barbara Szczygieł;
19. kmdr Bożena Szubińska;
20. dr Katarzyna Wiśniewska;
21. dr n. med. Joanna Klara Żuchowska.

W 2022 r. miało miejsce jedno posiedzenie Komisji Ekspertów. Spotkanie odbyło się w trybie online i wzięli w nim udział: rzecznik praw obywatelskich prof. Marcin Wiącek, zastępczyni rzecznika praw obywatelskich dr Hanna Machińska, dyrektorzy i pracownicy Zespołu KMPT oraz eksperci Komisji, w tym nowo powołany członek – dr hab. Wojciech Brzozowski, prof. UW.

Posiedzenie miało na celu przede wszystkim sprawozdanie z działalności KMPT w roku 2021 oraz przedstawienie i konsultację z ekspertami planu działania Mechanizmu w 2022 r. Gościem specjalnym posiedzenia był prof. Mykola Gnatovski – profesor prawa międzynarodowego Kijowskiego Uniwersytetu Narodowego im. Tarasa Szewczenki, który w latach 2009–2021 był członkiem Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom (CPT), pełniąc funkcję jego przewodniczącego w latach 2015–2021.

8 grudnia 2022 r. część członków Komisji złożyła rezygnację z dalszego udziału w jej pracach.

FINANSOWANIE KMPT

Wydatki na działalność KMPT pokrywane są z budżetu państwa otrzymywanego przez RPO. Zgodnie z rocznym sprawozdaniem z wykonania wydatków budżetu państwa oraz budżetu środków europejskich w układzie zadaniowym w 2022 r. na realizację funkcji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur Biuro RPO wydatkowało środki w wysokości 4 036 773,16 zł.

Władze polskie, mimo postanowień OPCAT, jak i wbrew Zasadom Paryskim⁶, od samego początku wykonywania przez Rzecznika zadań krajowego mechanizmu prewencji, nie przekazują ombudsmanowi wystarczających środków na ich realizację. Nieprzystający do potrzeb budżet na działalność KMPT znalazł odzwierciedlenie w *Uwagach końcowych Komitetu Przeciwko Torturom wobec Polski*⁷, w których CAT zalecił:



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

Do kwestii finansowania Mechanizmu odniósł się również Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur, który w raporcie z wizyty w Polsce w 2018 r. zarekomendował polskim władzom:



Podkomitet zaleca, aby Polska przyznała w pierwszej kolejności zasoby finansowe potrzebne mechanizmowi, zgodnie z wymogami art. 18 ust. 3 Protokołu fakultatywnego oraz wytycznych podkomitetu dotyczących krajowych mechanizmów zapobiegawczych (...)⁸.

⁶ Przyjęte rezolucją Zgromadzenia Ogólnego ONZ, nr 48/134 z dnia 23 grudnia 1993 r. Zasady Paryskie to wymagania stawiane instytucjom ochrony praw człowieka. Zostały one przyjęte przez ONZ w 1993 r. Główne cechy, którymi powinny odznaczać się te instytucje, to: niezależność i pluralizm.

⁷ Zob. Uwagi końcowe Komitetu Przeciwko Torturom dotyczące siódmego raportu okresowego Polski, CAT/C/POL/CO/7, par. 24 (a).

⁸ Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 20.

Część II

Jak pracuje KMPT?

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

METODYKA WIZYTACJI

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur ma prawo wizytować wszystkie miejsca pozbawienia wolności w Polsce⁹. Są to te miejsca, w których przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej lub za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem (państwowe i prywatne)¹⁰.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg¹¹. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka.



Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadza wizytacje prewencyjne, czyli takie, które nie są reakcją na skargę. Wizytacje te nie są zapowiadane.

W ich trakcie wizytatorzy KMPT mogą rejestrować dźwięk i obraz za zgodą osób, poddanych tej procedurze, jak również odbywać spotkania z osobami pozbawionymi wolności, bez obecności innych osób, a także z innymi osobami, co do których delegacja uzna, że mogą dostarczyć istotnych informacji¹². Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu.

⁹ Art. 19 OPCAT.

¹⁰ Art. 4 OPCAT.

¹¹ Zob. Dziewiąty Raport Roczny SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do raportu, część II, pkt 6. Zobacz również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, New York and Geneva 2018, s. 4-6.

¹² Art. 13 ust. 1a ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2020 r., poz. 627).

We wszystkich wizytowanych jednostkach KMPT działa w oparciu o tę samą metodykę. Jej pierwszym etapem jest ustalenie składu grupy wizytacyjnej¹³.

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

Wizytacje trwają – w zależności od wielkości jednostki – od kilku godzin do 5 dni.

Każda wizytacja KMPT obejmuje następujące etapy:

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

Jeśli w trakcie wizytacji osoba pozbawiona wolności zgłosi zdarzenie stanowiące naruszenie obowiązujących przepisów i wyrazi wolę zbadania zarzutów, zapewnia się jej możliwość wniesienia oficjalnej skargi. Skarga ta jest następnie przekazywana do właściwego zespołu skargowego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich. Jeśli z treści skargi wynika, że zachodzą podstawy do złożenia zawiadomienia do prokuratury o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, decyzję w tej sprawie podejmuje Rzecznik Praw Obywatelskich.

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

Ze względu na sytuację epidemiologiczną część realizowanych w ubiegłym roku wizytacji przybrała formę monitoringu zdalnego, polegającego na odbyciu rozmów z osobami pozbawionymi wolności oraz personelem tych placówek za pośrednictwem komunikatora internetowego. W każdej z wizytowanych jednostek wyodrębniono specjalne pomieszczenie wyposażone w stanowisko komputerowe z dostępem do Internetu, aby zapewnić możliwość odbycia rozmowy bez obecności osób trzecich. Podobnie jak przy wizytacjach stacjonarnych, zarówno dyrektorzy jednostek, jak i pracownicy oraz osoby pozbawione wolności, informowani byli o zakazie represji zgodnie z art. 21 ust. 1 OPCAT.

¹³ Zgodnie z postanowieniami OPCAT eksperci krajowych mechanizmów prewencji powinni mieć odpowiednie umiejętności i wiedzę zawodową.



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

Po zakończeniu wizytacji przygotowywany jest raport z opisem spostrzeżeń i wniosków, a także zaleceń dla organu zarządzającego wizytowaną placówką oraz organów nadrzędnych. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ¹⁴ oraz zalecenia organów międzynarodowych. Jeśli kierownictwo jednostki nie zgadza się z rekomendacjami, przedstawiciele KMPT zwracają się do organu nadrzędnego o odniesienie się do nich i zajęcie stanowiska. Tak prowadzony dialog ma na celu wypracowanie rozwiązań, które można wdrożyć, by wzmocnić ochronę praw osób pozbawionych wolności, przebywających w wizytowanym miejscu.

Podczas wizytacji bezpośrednich pracownicy KMPT wykorzystują urządzenia pomiarowo-rejestrujące: multimetr, dalmierz laserowy, aparat fotograficzny.

WIZYTACJE

W 2022 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili łącznie 79 wizytacji prewencyjnych, z czego 6 odbyło się w formie online, co spowodowane było sytuacją epidemiczną. Część wizyt miała charakter ad hoc – były one ukierunkowane na sprawdzenie warunków detencji i traktowania osób pozbawionych wolności przebywających w jednostkach podległych Straży Granicznej, w związku z obserwowanym wzrostem liczby cudzoziemców przekraczających granicę pomiędzy Republiką Białorusi i Rzeczpospolitą Polską, w tym w sposób nielegalny. Ponadto w związku z wybuchem wojny w Ukrainie, KMPT dokonywał wizytacji ad hoc placówek Straży Granicznej rozmieszczonych wzdłuż granicy Polski i Ukrainy. Ich celem było zbadanie sytuacji oraz warunków zatrzymania osób o innym niż ukraińskie obywatelstwie, które nie posiadały ważnych dokumentów tożsamości lub których dokumenty wzbudzały wątpliwości funkcjonariuszy SG, co wymagało dodatkowej weryfikacji tożsamości.

W 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur objął swoim monitoringiem:

- 9 zakładów karnych;
- 3 areszty śledcze;
- 11 pomieszczeń dla osób zatrzymanych jednostek organizacyjnych Policji;
- 3 młodzieżowe ośrodki wychowawcze;
- 2 okręgowe ośrodki wychowawcze;
- 4 zakłady poprawcze;
- 2 schroniska dla nieletnich;
- 1 zakład poprawczy ze schroniskiem dla nieletnich;
- 10 placówek całodobowej opieki;

¹⁴ Art. 19 pkt b OPCAT.

- 7 domów opieki społecznej;
- 1 zakład opiekuńczo-leczniczy;
- 9 placówek Straży Granicznej;
- 6 strzeżonych ośrodków dla cudzoziemców;
- 4 pomieszczenia dla osób zatrzymanych Straży Granicznej;
- 2 izby wytrzeźwień;
- 4 szpitale psychiatryczne;
- 1 miejsce detencji postpenalnej¹⁵.

Wnioski płynące z przeprowadzonych w 2022 r. wizytacji zostały omówione w części IV Raportu.

DZIAŁANIA EDUKACYJNE

■ Doskonalenie zawodowe

Zniesienie ograniczeń związanych z pandemią COVID-19 przełożyło się bezpośrednio na zwiększenie liczby szkoleń, w których mogli wziąć udział przedstawiciele KMPT. Szczególną uwagę poświęcono stosowaniu środków przymusu bezpośredniego. W Centrum Szkolenia Policji w Legionowie członkowie KMPT uczestniczyli w szkoleniu dotyczącym stosowania paralizatorów przez funkcjonariuszy Policji¹⁶. Podczas spotkania policjanci zaprezentowali m.in. taktyczno-techniczne aspekty wykorzystania urządzeń służących do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej podczas interwencji policyjnych. Omówione zostały także uwarunkowania prawne dotyczące stosowania tego typu środków. Ponadto przedstawiciele KMPT wzięli udział w szkoleniu na temat środków przymusu bezpośredniego w jednostkach penitencjarnych na tle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka oraz standardów i zaleceń Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom, które prowadzone było przez byłą pełnomocniczkę Ministra Spraw Zagranicznych do spraw postępowań przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka.

W 2022 r. odbyły się również szkolenia na szczeblu międzynarodowym, które umożliwiły wymianę doświadczeń z przedstawicielami mechanizmów prewencji z innych państw. Zastępca dyrektora KMPT Marcin Kusy wziął udział w szkoleniu dla przedstawicieli organów monitorujących i urzędów ombudsmanów krajów Europy i Azji¹⁷, podczas którego przedstawił działania KMPT na granicy polsko-białoruskiej, w miejscach detencji dla uchodźców oraz w policyjnych izbach zatrzymań. Natomiast wszyscy pracownicy KMPT uczestniczyli w międzynarodowym szkoleniu dotyczącym monitorowania przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć w miejscach pozbawienia wolności. Szkolenie zorganizowane zostało w Warszawie przez Biuro Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka OBWE (ODIHR)¹⁸. Eksperti omówili z uczestnikami metodologię wizytacji uwzględniającą

¹⁵ Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie.

¹⁶ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/RPO-prawne-i-praktyczne-aspekty-stosowania-paralizatorow-przez-funkcjonariuszy-policji-wizyta-Legionowo>

¹⁷ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/szkolenie-mechanizmy-prewencji-ombudsmani-odihr>

¹⁸ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/tortury-szkolenie-osce-odihr-rpo>

kwestię przemocy seksualnej i związanej z nią, ocenę ryzyka zaistnienia tej przemocy oraz przedstawili przykłady z różnych krajów regionu OBWE.

Dużą uwagę poświęcono również doskonaleniu umiejętności miękkich pracowników KMPT. Członkowie zespołu uczestniczyli w szkoleniu dotyczącym rozmów z tzw. trudnym klientem, które prowadziła była prezeska Stowarzyszenia Psychologów Sądowych w Polsce. Niezwykle cenne było również szkolenie pn. „Zrozumieć emocje – czyli jak świadomie zarządzać emocjami oraz energią osobistą, by sprostać wyzwaniom i zawsze mieć energię”. Prowadząca je psycholożka kliniczna skupiała się przede wszystkim na kwestiach prowadzenia rozmów w miejscach pozbawienia wolności, w tym skutecznym rozpoznawaniu ewentualnych zagrożeń ze strony rozmówców. Jednocześnie warto podkreślić, że w 2022 r., podobnie jak w latach poprzednich, każdy z pracowników KMPT miał możliwość skorzystania z indywidualnej konsultacji z psychologiem, a część członków zespołu korzystała z regularnych, comiesięcznych spotkań superwizyjnych, podczas których na bieżąco mogli omówić trudne sytuacje, z którymi mierzyli się podczas przeprowadzanych wizytacji.

Dodatkowo, podobnie jak pozostali pracownicy Biura RPO, członkowie KMPT wzięli udział w szkoleniach z pierwszej pomocy przedmedycznej, które zostały zorganizowane przez firmę działającą z ramienia Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy.

■ Kampania społeczna „Państwo Bez Tortur”

W 2022 r. przedstawiciele KMPT kontynuowali działalność szkoleniową w ramach kampanii „Państwo bez tortur”. Celem akcji jest podnoszenie świadomości na temat przeciwdziałania torturom oraz innym formom złego traktowania wśród funkcjonariuszy oraz pracowników instytucji, w których przebywają osoby pozbawione wolności, jak również zbudowanie społecznej kultury braku akceptacji dla tortur.

Szczególną rolę odegrały szkolenia funkcjonariuszy Policji, które po okresie pandemii COVID-19 mogły odbywać się już w formie stacjonarnej. W szkoleniach uczestniczyli policjanci z podkarpackiego¹⁹ i dolnośląskiego²⁰ garnizonu Policji, w tym m.in. komendanci, naczelnicy wydziałów prewencji, kierownicy komórek patroloво-interwencyjnych i policjanci pełniący w nich służbę. W listopadzie odbyło się również szkolenie dla liderów praw człowieka Centralnego Biura Śledczego Policji²¹.



Ponad 130 funkcjonariuszy Policji zostało przeszkolonych przez KMPT.

Podczas spotkań z funkcjonariuszami przedstawiciele KMPT przybliżyli metodologię pracy Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, opowiadali o minimalnych gwarancjach antytorturowych, których skuteczna realizacja przyczynia się do zmniejszenia ryzyka występowania złego traktowania.

¹⁹ Szkolenie odbyło się w dniu 14 czerwca 2022 r. w Rzeszowie. Uczestniczyło w nim ok. 50 funkcjonariuszy. Por. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-interwencje-policji-osoby-zaburzenia-psychiczne-szkolenie-kmpt>

²⁰ Szkolenie odbyło się w dniach 15–16 grudnia 2022 r. we Wrocławiu. W dwóch grupach szkoleniowych wzięło udział ok. 60 funkcjonariuszy. Por. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/kmpt-szkolenie-policja-dolny-slask>

²¹ Szkolenie odbyło się w dniu 15 listopada 2022 r. w Warszawie. Uczestniczyło w nim ok. 20 funkcjonariuszy. Por. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/panstwo-bez-tortur-szkolenie-kmpt-dla-cbss>

nia osób zatrzymanych przez Policję. Wiele miejsca poświęcono omówieniu wniosków płynących z wizytacji policyjnych miejsc zatrzymań, w tym zdiagnozowanym przez KMPT problemom systemowym. Podczas szkoleń przybliżono również założenia ujęte w tzw. Zasadach Mendeza, które stanowią wzorcowy model prowadzenia policyjnych przesłuchań i rozpytań, w oparciu o poszanowanie podstawowych praw osób zatrzymanych oraz zasad: domniemania niewinności i prawdy obiektywnej. Szczególną uwagę poświęcono też wnioskowi z ekspertyzy „Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi”, która została przygotowana na zlecenie KMPT przez krajowego konsultanta w dziedzinie psychiatrii, specjalistów medycyny sądowej, ekspertów w dziedzinie prawa medycznego²². Spotkania z funkcjonariuszami oparte były na dialogu i wymianie doświadczeń. Pozwoliły z jednej strony na przybliżenie zadań KMPT i specyfiki przeprowadzanych wizytacji, ale także na pełniejsze zrozumienie problemów, z jakimi mierzą się na co dzień funkcjonariusze. Spotkania zostały zorganizowane dzięki zaangażowaniu pełnomocników komendantów wojewódzkich Policji i komendanta CBŚP ds. ochrony praw człowieka.



Plakat kampanii „Polska bez tortur”

Ponad 420 pracowników domów pomocy społecznej wzięło udział w szkoleniach KMPT.

W 2022 r. kontynuowana była współpraca z Fundacją TZMO Razem Zmieniamy Świat. W ramach przygotowanego przez tę organizację cyklu bezpłatnych webinarów dla instytucji opieki długoterminowej przedstawiciele KMPT dwukrotnie przeprowadzili szkolenie na temat praw mieszkańców domów pomocy społecznej. Przybliżyli zarówno metodologię pracy KMPT, jak i najważniejsze problemy dostrzegane podczas wizytacji tego typu placówek. Odpowiadali też na pytania pracowników domów pomocy społecznej. W każdym z webinarów wzięło udział ponad 200 użytkowników.

W formie online dla pracowników młodzieżowych ośrodków wychowawczych i młodzieżowych ośrodków socjoterapii odbyło się także szkolenie, które zostało zorganizowane w ramach współpracy z Ośrodkiem Rozwoju Edukacji w Sulejówku. Oprócz tego przedstawicielka KMPT przeprowadziła

²² <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/broszura-kmpt-interwencje-policji-zaburzenia-psychiczne>

szkolenie dla studentów Uniwersytetu Warszawskiego, którzy w przyszłości w swej pracy zawodowej mogą zetknąć się z osobami pozbawionymi wolności.

■ Konferencje i debaty

W 2022 r. przedstawiciele KMPT wzięli udział w wielu konferencjach, zarówno na szczeblu krajowym, jak i międzynarodowym.

Szczególną uwagę poświęcono zmianom związanym z uchwaleniem ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich. KMPT przedstawił bowiem liczne uwagi w tym zakresie. Podczas zorganizowanej w Sejmie konferencji pt. „Wsparcie i resocjalizacja czy zamykanie i karanie nieletnich?”²³ w sposób szczegółowy omówiła ją reprezentująca KMPT Magdalena Dziedzic. Natomiast opieka psychologiczna i psychoterapeutyczna w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych była tematem wystąpienia Aleksandry Osińskiej, która z ramienia KMPT wzięła udział w I Kongresie Psychologiczno-Pedagogicznym MOW/MOS w Goniądzu²⁴. Sytuacja nieletnich matek przebywających w placówkach resocjalizacyjnych była zaś tematem wystąpienia dyrektora KMPT Przemysława Kazimirskiego podczas spotkania przedstawicieli krajowych mechanizmów prewencji z krajów członkowskich UE, które odbyło się w Strasburgu²⁵. Spotkania te odbywają się cyklicznie, a w omawianym roku skupiono się przede wszystkim na kwestii monitorowania przestrzegania praw osób z tzw. grup wrażliwych pozbawionych wolności (nieletni, osoby starsze, kobiety, migranci, LGBTQI). Dyrektor KMPT opisał starania podejmowane przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, których celem było utworzenie w placówkach dla nieletnich specjalnych oddziałów przeznaczonych dla nieletnich matek i ich dzieci.

W 2022 r. w Warszawie odbyło się również 5. międzynarodowe spotkanie przedstawicieli krajowych mechanizmów prewencji oraz organizacji pozarządowych z krajów członkowskich Organizacji Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie (OBWE)²⁶. Jego tematem przewodnim było stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osób pozbawionych wolności. Dyrektor KMPT Przemysław Kazimirski przedstawił metodę komunikacji z członkami społeczeństwa, jaką stanowią wydawane przez KMPT oświadczenia, które pojawiają się w związku z upublicznionymi nagraniami interwencji Policji. W oświadczeniach stanowiących analizę upublicznianych nagrań przywoływane są m.in. standardy międzynarodowe dotyczące stosowania środków przymusu czy gwarancji antytorturowych. Dzięki tej formie komunikacji każdy obywatel może pogłębić swoją świadomość w zakresie praw przysługujących osobom zatrzymanym.

KMPT od kilku lat dużą uwagę poświęca także sytuacji w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie. W 2022 r. w Biurze RPO odbyła się konferencja „Sprawy przed Trybunałem w Strasburgu dotyczące KOZZD”²⁷, podczas której Rafał Kulas przedstawił wnioski z wizytacji przeprowadzonej przez KMPT w ośrodku zamiejscowym KOZZD w Czersku w kontekście ewentualnego naruszenia art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka.

²³ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/brpo-sejm-konferencja-ustawa-nieletni-resocjalizacja>

²⁴ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/kongres-psychologiczno-pedagogiczny-mow-mos-udzial-przedstawicielek-brpo>

²⁵ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/kmpt-konferencja-ue-prawa-osob-z-grup-wrażliwych-pozbawionych-wolnosc>

²⁶ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/kmpt-spotkanie-krajowe-mechanizmy-prewencji-srodki-przymusu>

²⁷ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-sprawy-przed-etpc-kozzd-konferencja-relacja>

■ Oświadczenia KMPT

Od 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur postępuje się narzędziem komunikacyjnym, jakim są oświadczenia KMPT²⁸. Jest to stanowisko KMPT dotyczące wydarzeń ważnych z punktu prewencji tortur.

Wydane w 2022 r. przez KMPT oświadczenia dotyczyły:

- Międzynarodowego Dnia Pomocy Ofiarom Tortur;
- Międzynarodowego Dnia Praw Więźniów;
- 20. rocznicy przyjęcia Protokołu Fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur.

DZIAŁANIA DORADCZE

■ Wystąpienia generalne RPO podjęte z inicjatywy KMPT i inne ważne pisma

1. Potrzeba uregulowania zasad przyjmowania do prywatnych domów opieki osób niezdolnych do wyrażenia swej woli²⁹

Wizytując placówki całodobowej opieki, KMPT ujawnił problem braku regulacji prawnej dotyczącej zasad przyjęć osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji, a jednocześnie nie mają ustanowionych przedstawicieli ustawowych, którzy mogliby tego obowiązku dopełnić. Kolejnym problemem jest sytuacja, w której pensjonariusz w momencie przyjęcia do placówki jest osobą w pełni świadomą i jest w stanie samodzielnie oraz dobrowolnie dopełnić wszelkich formalności, jednak z biegiem czasu oraz rozwojem choroby traci zdolność do rozeznania swojej sytuacji. W takim przypadku brak jest narzędzi, które umożliwią zweryfikowanie aktualnej woli pobytu w domu opieki. Aby zapobiec takim sytuacjom i nadużyciom w stosunku do osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, a których stan zdrowia nie pozwala na świadome wyrażenie własnej woli, należy, w przekonaniu KMPT, wprowadzić mechanizm sądowej kontroli dotyczący zarówno ich umieszczenia, jak i dalszego pobytu w placówce. Obecnie bardzo dokładnie uregulowano kwestie przyjęcia osób ubezwłasnowolnionych do placówek całodobowej opieki. Zgodnie bowiem z art. 68c ustawy o pomocy społecznej³⁰, osoba ubezwłasnowolniona całkowicie może być umieszczona w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie. Ponadto uregulowano także przyjęcie osób z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym do domów pomocy

²⁸ <https://bip.brpo.gov.pl/tagi/o%C5%9Bwiadczenia-krajowego-mechanizmu-prewencji-tortur>

²⁹ Wystąpienie generalne RPO do Minister Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 25 stycznia 2022 r. (KMP.573.1.2022).

³⁰ Dz. U. z 2023 r., poz. 901 ze zm.

społecznej pomimo braku zgody, a mianowicie zgodnie z art. 39 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego³¹, jeżeli osoba wymagająca skierowania do domu pomocy społecznej ze względu na swój stan psychiczny nie jest zdolna do wyrażenia na to zgody, o jej skierowaniu do domu pomocy społecznej orzeka sąd opiekuńczy. Mając to na uwadze, należałoby także określić w przepisach prawa sytuację osób wyżej opisanych. W ocenie KMPT pożądane byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. poprzez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażanej w trybie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym. Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony przyjmowanych do takich placówek osób, które obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość. Rozwiązania te powinny również regulować kwestię przyznania legitymacji członkom rodzin takich osób czy też innym osobom, tak aby mogły one występować do sądów w sprawie umieszczenia w placówce swoich bliskich. Mając powyższe na uwadze, Rzecznik zwrócił się do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z prośbą o zajęcie stanowiska w przedstawionej sprawie oraz o rozważenie podjęcia działań zmierzających do uregulowania przedstawionego problemu na poziomie ustawowym.

2. Dostęp osoby zatrzymanej do obrońcy od początku zatrzymania oraz potrzeba wprowadzenia do Kodeksu karnego odrębnego przestępstwa tortur³²

W 2022 r. Rzecznik Praw Obywatelskich w dalszym ciągu prowadził korespondencję z Ministrem Sprawiedliwości w sprawie zapewnienia osobie zatrzymanej kontaktu z obrońcą od samego początku zatrzymania oraz wprowadzenia do odrębnego przestępstwa tortur do Kodeksu karnego³³.

Brak takiego przestępstwa jest nie tylko sprzeczny z międzynarodowymi zobowiązaniami Polski w zakresie kryminalizacji tortur, ale również sprzyja unikaniu przez sprawców odpowiedzialności. Potwierdza to praktyka. Wyroki sądowe w sprawach o czyny z art. 246 k.k. pokazują, że sądy wymierzają sprawcom kary w dolnej granicy ustawowego zagrożenia, zaś sądy i prokuratorzy nie definiują zachowań funkcjonariuszy jako „tortury”. Ma to wpływ na kształtowanie świadomości prawnej funkcjonariuszy i innych osób odpowiedzialnych za ich zwalczanie oraz ogółu społeczeństwa. Ponadto stosowanie przez organy ścigania różnych przepisów Kodeksu karnego za czyny wypełniające znamiona tortur (art. 246, 247 i 231 k.k.) może prowadzić również do rozbieżności w praktyce organów ścigania oraz utrudnia monitorowanie zjawiska tortur i reakcji na pojawiające się sygnały ze strony odpowiednich instytucji. Na potrzebę odpowiedniej kryminalizacji tortur i pełnego wdrożenia Konwencji ONZ w polskim ustawodawstwie zwracają uwagę liczne instytucje międzynarodowe – Komitet Przeciwko Torturom (CAT), Podkomitet ds. Prewencji Tortur (SPT), Komitet Praw Człowieka ONZ (*Human Rights Committee*) i Biuro ds. Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka OBWE (ODIHR).

RPO nie podziela również argumentacji Ministra w zakresie dostępu osoby zatrzymanej do obrońcy od początku zatrzymania. Wiele przykładów świadczy o tym, że ochrona obywatela zagwaranto-

³¹ Dz. U. z 2022 r., poz. 2123.

³² Wystąpienie generalne RPO do Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 stycznia 2022 r. (KMP.570.3.2017).

³³ Zob. Raport RPO z działalności KMPT w 2021 r.

wana w obecnych przepisach ma charakter iluzoryczny. Osoby zatrzymane są de facto pozbawione pomocy prawnej w czasie czynności procesowych i rozpytań, co w połączeniu z brakiem innych zabezpieczeń proceduralnych (np. brakiem rejestracji audio-wideo czynności) stwarza wysokie ryzyko tortur i okrutnego traktowania. Dostęp do obrońcy we wczesnych etapach zatrzymania mógłby zadziałać odstrasżająco na funkcjonariuszy rozważających użycie przemocy wobec osoby przesłuchiwanej lub rozpytywanej, zaś w przypadkach, gdy takie sytuacje miały miejsce, umożliwia szybką reakcję i zebranie dowodów przestępstwa. Realny dostęp osoby zatrzymanej do obrońcy stanowi więc podstawową gwarancję zapobiegawczą, wskazywaną przez liczne organy międzynarodowe. Udział obrońcy w czasie przesłuchania może również przyczynić się do poprawy standardów pracy funkcjonariuszy (a tym samym budowy odpowiedniej kultury instytucjonalnej) i ochrony samych funkcjonariuszy przed próbą pomówień ze strony przesłuchiwanym osób, czy innych zarzutów dotyczących standardów ich pracy i respektowania praw osób zatrzymanych. Z uwagi na powyższe Rzecznik zwrócił się ponownie do Ministra Sprawiedliwości z prośbą o analizę sygnalizowanych kwestii i poinformowanie o stanowisku przyjętym w tej sprawie oraz o podjętych działaniach.

3. Brak w ofertach kantyn więziennych produktów spożywczych dla osób ze specjalnymi wymaganiami żywieniowymi³⁴

W trakcie wizytacji prewencyjnej jednego z zakładów karnych KMPT zidentyfikował problem, który może wywierać istotny wpływ na warunki odbywania kary pozbawienia wolności, jak również może skutkować naruszeniem zakazu niehumanitarnego i poniżającego traktowania określonego w art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. W wizytowanej jednostce oferta kantyny była uboga, a niektóre produkty spożywcze odpowiednie dla osób ze specjalnymi potrzebami żywieniowymi, m.in. z określonymi nietolerancjami pokarmowymi (np. laktoza, gluten), były niedostępne. W związku z wprowadzeniem tzw. e-paczek żywieniowych osadzeni oraz ich najbliżsi mogą składać zamówienia jedynie na produkty dostępne w ofercie podmiotu prowadzącego więzienną kantynę. Nie ma zatem możliwości otrzymania produktów żywnościowych spoza zakładu karnego, które respektowałyby specjalne potrzeby żywieniowe niektórych osadzonych.

Biorąc pod uwagę zarówno ofertę kantyny, jak i obowiązujące przepisy Kodeksu karnego wykonawczego, osoby korzystające z konkretnych diet oraz cierpiące na nietolerancje pokarmowe „uzależnione” są jedynie od posiłków otrzymywanych w jednostce penitencjarnej. Z oczywistych względów, takich jak np. wykonywanie pracy fizycznej, występowanie chorób, wiek, przyzwyczajenia żywieniowe czy odmienne zapotrzebowanie energetyczne, w indywidualnych przypadkach wyżywienie więzienne może okazać się niewystarczające. Możliwość otrzymywania przez osadzonych paczek żywnościowych zakupionych jedynie za pośrednictwem zakładu karnego (kantyny) wprowadzona została nowelizacją Kodeksu karnego wykonawczego, która weszła w życie z dniem 1 lipca 2015 r.

Przyjęte rozwiązanie wzbudziło wątpliwości Rzecznika m.in. w zakresie dotyczącym możliwości przekazywania paczek jedynie przez osoby najbliższe. W ocenie RPO zawężanie tego grona jedynie do osób najbliższych nosi znamiona dyskryminacji, szczególnie w stosunku do osadzonych, którzy nie posiadają bliskich lub nie utrzymują z nimi kontaktów. Co więcej, do Biura RPO wpływają od więź-

³⁴ Wystąpienie generalne RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 9 lutego 2022 r. (KMP.071.1.2022).

niów skargi dotyczące realizacji w praktyce prawa do otrzymywania e-paczek, w szczególności wskazujące na terminowość ich dostarczania, jak i możliwość zamawiania chociażby świeżych owoców i warzyw. W ocenie Rzecznika każdej osobie pozbawionej wolności powinno się zagwarantować równy dostęp do możliwości dokonywania zakupów za pośrednictwem zakładu karnego, jak również otrzymywania paczek żywnościowych zakupionych przez najbliższych. Obecnie ze względu na ograniczoną ofertę spożywczą podmiotów prowadzących obrót e-paczkami, uprawnienie to jest niemożliwe do zrealizowania w przypadku osadzonych z nietolerancjami pokarmowymi lub korzystających z innych diet. Tym samym naruszane jest prawo do humanitarnego sposobu odbywania kary pozbawienia wolności. Mając powyższe na uwadze, Rzecznik zwrócił się do Dyrektora Generalnego SW z prośbą o zajęcie stanowiska wobec przedstawionego problemu oraz o poinformowanie o podjętych w tej sprawie działaniach.

4. Postępy w zakresie implementacji międzynarodowych wytycznych dotyczących przesłuchań i gromadzenia informacji, tzw. Zasad Mendeza³⁵

Praktyczne wdrożenie tzw. Zasad Mendeza (międzynarodowych wytycznych dotyczących przesłuchań i gromadzenia informacji pt. „Principles on Effective Interviewing for Investigations and Information Gathering”) w połączeniu z zapewnieniem funkcjonariuszom specjalistycznych szkoleń z nowoczesnych metod przesłuchań i profesjonalnych warunków do ich realizacji (w postaci specjalnych pokoi przesłuchań wyposażonych w sprzęt do rejestracji audio-wideo tych czynności) znacząco zmniejszy ryzyko tortur, poprawi skuteczność postępowań przygotowawczych i pozwoli funkcjonariuszom w pełni wykorzystać ich potencjał zawodowy. O Zasadach Mendeza pozytywnie wypowiedział się niedawno Komitet Przeciwko Torturom (CAT), Podkomitet ds. Prewencji Tortur (SPT) i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), uznając je za cenne narzędzie uzyskania dokładnych i wiarygodnych informacji przy pełnym poszanowaniu praw człowieka i zabezpieczeń proceduralnych osoby przesłuchiwanej. Kwestia ich praktycznego wdrożenia w poszczególnych państwach będzie więc przedmiotem analiz ze strony instytucji międzynarodowych.

Dlatego też Rzecznik z uznaniem przyjął informacje o planie ich wdrożenia w postaci m.in.: upowszechnienia ich elektronicznej wersji wśród funkcjonariuszy i pracowników cywilnych dla celów szkoleniowych, systematycznego wyposażania jednostek w sprzęt umożliwiający rejestrację obrazu i dźwięku z przesłuchań oraz planach inwestycyjnych dotyczących instalowania monitoringu wizyjnego w miejscach prawnej izolacji. Ponadto Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji poinformował, że Zasady te mają zostać poddane szczegółowej analizie w celu ewentualnego uzupełnienia programów szkoleń funkcjonariuszy Policji.

Po analizie otrzymanych informacji Rzecznik dostrzegł potrzebę uzupełnienia programów szkoleń. Implementacja Zasad Mendeza jest bowiem przedsięwzięciem wieloaspektowym, które wymaga skoordynowanych działań, w tym zapewnienia funkcjonariuszom odpowiednich szkoleń i sprzętu, rewizji materiałów edukacyjnych i obowiązujących procedur oraz systematycznego przeglądu metod

³⁵ Wystąpienie generalne RPO do Komendanta Głównego Policji z dnia 16 lutego 2022 r. (KMP.570.9.2021).

pracy. Z uwagi na powyższe Rzecznik zwrócił się do Komendanta Głównego Policji z prośbą o informacje dotyczące postępów w zakresie implementacji Zasad Mendeza.

5. Monitorowanie przez Rzecznika Praw Obywatelskich deportacji cudzoziemców³⁶

Rzecznik już w 2020 r. zwrócił się do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w związku z koniecznością zmiany treści art. 333 ustawy o cudzoziemcach³⁷, regulującego udział niezależnych obserwatorów podczas przymusowego wykonania decyzji o zobowiązaniu cudzoziemca do powrotu. Rzecznik podniósł m.in., że nieuwzględnienie RPO w katalogu podmiotów uprawnionych do obserwowania przebiegu operacji deportacyjnych prowadzi w praktyce do ograniczenia jego mandatu. Zwrócił także uwagę, iż w świetle niewielkiej liczby operacji objętych obserwacją w ostatnich latach, krajowy system monitorowania deportacji nie czyni zadość wymogowi skuteczności określonego w art. 8 ust. 6 tzw. dyrektywy powrotowej. Z odpowiedzi udzielonej przez resort wynikało, iż Minister podziela pogląd o potrzebie adekwatnej zmiany wskazanego wyżej artykułu. Następnie Rzecznik otrzymał do zaopiniowania projekt z dnia 8 czerwca 2021 r. dotyczący nowelizacji ustawy o cudzoziemcach oraz niektórych innych ustaw. Uwagi Rzecznika, przedstawione w opinii z dnia 16 lipca 2021 r. do projektu, zostały uwzględnione w toku dalszych prac nad nowelizacją ustawy o cudzoziemcach. Proponowane zmiany ustawowe nie trafiły jednak pod obrady Parlamentu, a zamiast tego do Marszałka Sejmu skierowano projekt nowelizacji ustawy, w którym pominięto kwestię monitorowania przez Rzecznika przymusowego wykonania decyzji o zobowiązaniu cudzoziemca do powrotu.

Mając na uwadze powyższe, Rzecznik podtrzymał stanowisko wyrażone w wystąpieniach z 2020 r., zwłaszcza w świetle obserwowanego od połowy 2021 r. dynamicznego wzrostu liczby cudzoziemców przekraczających polsko-białoruską granicę w sposób nieuregulowany. Sytuacja migracyjna prowadziła do znacznego zwiększenia liczby przymusowych powrotów organizowanych przez Straż Graniczną. Stąd też szczególnie istotne jest zapewnienie, aby prowadzone działania były zgodne z międzynarodowymi standardami ochrony praw osób pozbawionych wolności i obowiązującymi przepisami prawa Unii Europejskiej. Rzecznik zwrócił się do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z prośbą o udzielenie informacji na temat przyczyn, z powodu których projekt nowelizacji ustawy o cudzoziemcach i niektórych innych ustaw z dnia 8 czerwca 2021 r. nie został skierowany do dalszych prac. Jednocześnie ponownie zaapelował o podjęcie pilnych działań legislacyjnych umożliwiających Rzecznikowi pełną realizację mandatu w zakresie monitorowania operacji deportacyjnych.

6. Uregulowanie na poziomie ustawowym niestandardowych form zabezpieczeń mechanicznych stosowanych wobec mieszkańców placówek opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych³⁸

Wizytując placówki opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze, KMPT zaobserwował praktykę stosowania wobec pensjonariuszy nieuregulowanych w przepisach prawa niestandardowych form opieki

³⁶ Wystąpienie generalne RPO do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 19 kwietnia 2022 r. (KMP.572.5.2018).

³⁷ Dz. U. z 2023 r., poz. 519.

³⁸ Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r. (KMP.573.9.2022).

polegających na: zakładaniu pasów na ręce czy też skarpetek na dłonie mieszkańca w celu uniknięcia dotykania miejsc chorobowo zmienionych, przywiązywaniu mieszkańców za rękę paskiem do łóżka w celu zapobieżenia wypadnięciu lub wyrwaniu przezskórnej endoskopowej gastrostomii (tzw. PEG-a), zabezpieczaniu przed upadkiem oraz osunięciem się osób mających trudności z utrzymaniem pozycji siedzącej za pomocą ręczników, prześcieradeł, pasów biodrowych lub rajstop przymocowywanych do foteli, krzeseł i wózków inwalidzkich, na których siedzą takie osoby. W przekonaniu Rzecznika ujawnione przypadki świadczą o istnieniu systemowego problemu stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim oraz jako takie nie zostały uregulowane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, ale ograniczają faktycznie wolność osób poddanych ich działaniu, stwarzając tym samym ryzyko zbytnej i niekontrolowanej ingerencji w wolność jednostki.

Na gruncie obowiązujących przepisów prawa brakuje regulacji i wytycznych, które określałyby przesłanki uzasadniające zastosowanie niestandardowych form zabezpieczania mieszkańców, procedurę stosowania zabezpieczeń oraz sprzęt stosowany do takich działań. Jak bowiem wynika z wizytacji przeprowadzonych przez KMPT, w trakcie stosowania niestandardowych form zabezpieczeń personel wykorzystuje przedmioty użytku codziennego, a tego typu sytuacje wymagają w ocenie Rzecznika posługiwania się produktami specjalistycznymi posiadającymi odpowiednie atesty, dającymi gwarancję ich bezpiecznego stosowania wobec osób w podeszłym wieku i z niepełnosprawnościami. Ponadto bardzo rzadko fakt stosowania takich niestandardowych form zabezpieczeń jest odnotowywany w dokumentacji medycznej mieszkańca ze względu na brak wymogów w tym zakresie. W większości przypadków, z którymi spotkali się przedstawiciele Krajowego Mechanizmu, do stosowania niestandardowych środków zabezpieczających ze względu na brak regulacji w tym przedmiocie nie były angażowane osoby dysponujące fachową wiedzą – lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Doprecyzowanie na gruncie ustawy opisanych powyżej elementów pozwoli na ujednoczenie praktyki w placówkach opiekuńczych i uniknięcie ewentualnych rozbieżności interpretacyjnych dotyczących stosowania prawa, w szczególności oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni czy też nie.

Celem nowej regulacji powinno być także stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańców oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji, ograniczenia w korzystaniu z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. Ze względu na rozbieżność stosowania opisanej wyżej praktyki w różnych instytucjach opiekuńczych i konieczność ochrony życia i zdrowia osób tam umieszczanych, a także kierując się potrzebą minimalizacji ryzyka zaistnienia tortur lub niehumanitarnego albo poniżającego traktowania, Rzecznik zwrócił się do Ministra Zdrowia z prośbą o zajęcie stanowiska w przedstawionej sprawie oraz rozważenie podjęcia działań zmierzających do uregulowania przedstawionego zagadnienia na poziomie ustawowym.

7. Brak efektywnych mechanizmów służących minimalizowaniu ryzyka występowania tortur³⁹

O tym, jak wiele pozostało w Polsce do zrobienia w zakresie prewencji tortur, najlepiej świadczą zalecenia organów międzynarodowych: Podkomitetu ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) i Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT). Przedstawiciele obu tych instytucji wizytowali miejsca pozbawienia wolności w Polsce w latach 2018–2019. KMPT w opublikowanym w styczniu 2022 r. raporcie tematycznym ocenił, że większość przedstawionych przez te organy międzynarodowe rekomendacji – w tym dotyczących pracy Policji – nie została wdrożona.

Jednocześnie Rzecznik zwrócił uwagę na szereg zagadnień i obszarów społecznych wynikających z wadliwego działania prawa, które stanowiłyby przyczynek do podjęcia prac legislacyjnych w senackiej Komisji praw człowieka, praworządności i petycji. Dotychczas – mimo sygnalizowania tych problemów właściwym organom – kwestie te nie zostały rozwiązane. RPO wskazał m.in. na potrzebę implementacji dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/800 z dnia 11 maja 2016 r. w sprawie gwarancji procesowych dla dzieci będących podejrzanymi lub oskarżonymi w postępowaniu karnym, w takim zakresie, jak: pomoc adwokata, prawo do informacji, nagrywanie przesłuchań prowadzonych przez policję lub prokuratora, pobyt dziecka w areszcie czy policyjnej izbie zatrzymań, udział rodzica oraz dziecka na rozprawie, a także specjalne kwalifikacje sędziów i prokuratorów oraz pracowników organów ścigania i ośrodków detencyjnych. Ponadto zdaniem Rzecznika konieczne jest wzmocnienie tajemnic chroniących informacje powierzone przedstawicielom zawodów zaufania publicznego tak, aby nie było możliwe ich instrumentalne obejście przez organy ścigania. RPO kolejny raz wskazał na niespójność systemową instytucji „małego świadka koronnego”. Występuje ona bowiem w czterech istotnie różniących się między sobą formach (art. 60 § 3 Kodeksu karnego; art. 60 § 4 k.k., art. 259b k.k., art. 277c k.k., art. 277d k.k. oraz art. 36 § 3 Kodeksu karnego skarbowego). Należałoby więc je ujednoczyć. Prócz tego należałoby wprowadzić obligatoryjne nagrywanie przesłuchań z udziałem małego świadka koronnego, a także *de lege ferenda*, należałoby wyłączyć możliwość powoływania się przez niego na prawo odmowy zeznań. Rzecznik zwrócił także uwagę na konieczność zmiany ustawy o uznaniu za nieważne orzeczeń wydanych wobec osób represjonowanych za działalność na rzecz niepodległego bytu Państwa Polskiego, poprzez rozszerzenie okresu zastosowania unormowania zawartego w art. 8a ww. ustawy tak, aby z podstawy tej mogły potencjalnie skorzystać wszystkie osoby represjonowane z powodów politycznych poprzez powołanie do wojska. RPO poruszył również kwestie: wpisu *ex lege* danych nieletnich sprawców przestępstw zakwalifikowanych jako przestępstwa seksualne do Rejestru Sprawców Przestępstw na tle Seksualnym, pełnomocnictwa do doręczania przesyłek sądowych oraz braku możliwości podejmowania zatrudnienia przez osoby uprawnione do świadczeń opiekuńczych (świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego, zasiłku dla opiekuna).

Rzecznik przedstawił powyższe zagadnienia i zwrócił się do Przewodniczącego Praw Człowieka, Praworządności i Petycji Senatu RP z prośbą o podjęcie stosownych prac legislacyjnych w Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji.

³⁹ Wystąpienie generalne RPO do Przewodniczącego Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji Senatu RP z dnia 14 września 2022 r. (KMP.071.4.2021).

8. Potrzeba zmiany przepisów dotyczących umundurowanych funkcjonariuszy Policji⁴⁰

Z powodu braku odpowiedzi Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji na wystąpienie generalne z dnia 11 grudnia 2020 r., Rzecznik zwrócił się do Prezesa Rady Ministrów, rekomendując zmianę § 28 rozporządzenia z dnia 20 maja 2009 r. w sprawie umundurowania policjantów w celu zapewnienia, że wszyscy umundurowani funkcjonariusze Policji posiadają dobrze widoczne dla osób postronnych, indywidualne znaki identyfikacyjne, umożliwiające ustalenie tożsamości funkcjonariusza przez odpowiednie organy oraz wprowadzenie w przepisach prawnych praktyki odpowiedniego oznaczenia nieumundurowanych funkcjonariuszy, którzy decydują się na ujawnienie faktu, że są policjantami i podjęcie interwencji. W ocenie Rzecznika powyższe środki są konieczne dla przejrzystości działań Policji, ułatwiają identyfikację funkcjonariuszy na wypadek wątpliwości dotyczących ich działań, zaś w przypadku nieumundurowanych funkcjonariuszy mają też znaczenie dla ich bezpieczeństwa. Brak należytej identyfikacji tej grupy policjantów podejmujących interwencje, w szczególności w czasie zgromadzeń publicznych, może stanowić dla nich samych zagrożenie. Manifestanci mogą być bowiem przekonani, że zostali zaatakowani przez nielegalne bojówki i próbować zastosować obronę konieczną w celu odparcia bezprawnego zamachu. Taka sytuacja może również doprowadzić do eskalacji napięcia zamiast do jego łagodzenia. Możliwość właściwej identyfikacji policjantów stanowi więc ważny środek zapobiegawczy, sprzyja odpowiedzialności i profesjonalizmowi funkcjonariuszy oraz może znacząco zmniejszyć ryzyko nadmiernego użycia środków przymusu bezpośredniego. Z powodu dotychczasowego braku zainteresowania organów władzy zasygnalizowaną problematyką Rzecznik zwrócił się do Premiera z prośbą o osobiste zainteresowanie się poruszoną kwestią, poinformowanie o zajętych stanowisku oraz o podjętych działaniach.

9. Pismo do prezesów 22 sądów okręgowych, właściwych w stosowaniu detencji w ośrodkach strzeżonych dla cudzoziemców

W związku z trudną sytuacją w ośrodkach strzeżonych dla cudzoziemców, Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do prezesów 22 sądów okręgowych właściwych w stosowaniu detencji o uwrażliwienie sędziów na możliwość orzekania środków alternatywnych do detencji. Niedogodności wynikające z warunków w tych placówkach mogą wypełniać definicję nieludzkiego i poniżającego traktowania. W piśmie tym Rzecznik przedstawił również swoje rekomendacje oparte na orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka⁴¹.

■ Opiniowanie aktów prawnych

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

⁴⁰ Wystąpienie generalne RPO do Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 2022 r. (KMP.570.12.2020).

⁴¹ Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich do Prezesów Sądów Okręgowych z dnia 25 stycznia 2022 r. (KMP.572.1.2022). <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-sady-migranci-strzezone-osrodki-rodziny-dzieci>

W 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przedstawił szczegółowe uwagi do następujących projektów aktów prawnych:

1. Projekt rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie szczegółowego sposobu przeprowadzania kontroli skazanych, tymczasowo aresztowanych, miejsc i przedmiotów oraz określenia wzorów protokołów tych kontroli

W ocenie KMPT ujęta w projekcie standardowa obecność w czasie kontroli osobistej co najmniej trzech funkcjonariuszy nie jest uzasadniona. Duża liczba funkcjonariuszy nie zawsze bowiem jest wskazana, potęguje stres wywołany specyfiką czynności, może prowokować niewłaściwe reakcje u funkcjonariuszy i być wykorzystywana jako forma zastraszania więźnia. Nadto kontrola pobieżna, wtedy kiedy jest to możliwe, powinna być przeprowadzana pod nadzorem monitoringu wizyjnego. Na wypadek sytuacji konfliktowej lub skargi osadzonego brak będzie obiektywnych możliwości oceny za pośrednictwem nagrania audio-wideo prawidłowości zachowania funkcjonariusza i osadzonego. KMPT rekomenduje, by przepis wskazywał, że funkcjonariusz podczas kontroli pobieżnej sprawdza wzrokowo zarówno twarz osoby kontrolowanej, jak i inne odsłonięte części jej ciała. Praktyka ta jest istotna dla wykrycia ewentualnych obrażeń u osadzonych i ich właściwego, szybkiego udokumentowania, co stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur i zwalczania bezkarności sprawców. Wątpliwości KMPT budzi także brak odpowiedniego uregulowania kontroli miejsc intymnych przez funkcjonariuszy SW⁴².

2. Projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji zmieniającego rozporządzenie w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb

Projekt rozporządzenia MSWiA wychodzi naprzeciw sukcesywnemu dostosowaniu pomieszczeń dla osób zatrzymanych i policyjnych izb dziecka do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. KMPT ocenia pozytywnie założenia projektu. Określenie minimalnych wymagań w tym zakresie pozwoli na zminimalizowanie różnic w poszczególnych jednostkach. W projekcie nie ma jednak szczegółowych uregulowań co do innych rodzajów niepełnosprawności niż ruchowa, zwłaszcza sensorycznej – co wymaga uzupełnienia⁴³.

3. Projekt rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania badań lekarskich osób ujętych przez funkcjonariuszy Inspektoratu Wewnętrznego Służby Więziennej

Według projektu badanie przeprowadza się na prośbę zatrzymanej osoby lub wobec obawy, że jej stan zagraża jej życiu lub zdrowiu. Tymczasem każda osoba ujęta powinna być zbadana, bo właściwe dokumentowanie stwierdzonych urazów jest uważane za podstawową i minimalną gwarancję

⁴² <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-sluzba-wiezienna-zasady-kontroli-skazanych-ms>

⁴³ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-izby-zatrzyman-osoby-z-niepelnosprawnościami-dostosowanie-mswia>

chroniącą przed torturami i przemocą. Zdaniem KMPT rozporządzenie powinno określać również sposób dokumentowania badania oraz ewentualnych obrażeń osoby ujętej. Według standardów międzynarodowych odnoszących się do badań medycznych osób przebywających w jednostkach Policji – co można odpowiednio zastosować do tego rozporządzenia – badania lekarskie i rejestrowanie obrażeń powinno być szczegółowo dokumentowane⁴⁴.

4. Projekt rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych

Ustawodawca podjął decyzję o wykreśleniu z rozporządzenia terapii krótkoterminowej z programu terapeutycznego, stosowanego wobec skazanego uzależnionego, skierowanego do systemu terapeutycznego poza oddziałem terapeutycznym, pozostawiając tylko stosowanie krótkiej interwencji. W uzasadnieniu projektu wskazano, że wykreślenie „wynika z faktu, że tego rodzaju terapia nie jest obecnie realizowana w zakładach karnych i aresztach śledczych”. W ocenie KMPT projektodawca powinien dokładniej zbadać przyczyny braku takiej terapii, która może wynikać np. z braku specjalistów czy też z braku odpowiedniego finansowania. Zdaniem KMPT rozwiązania problemu z terapią krótkoterminową należałoby szukać w zwiększeniu liczby psychologów więziennych. Wykreślenie terapii krótkoterminowej pozbawia osoby osadzone dodatkowej możliwości oddziaływań⁴⁵.

5. Projekt rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności

Projekt rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości określa m.in. sposób postępowania w przypadku doprowadzania do aresztu czy zakładu karnego osób z obrażeniami ciała. W opinii KMPT ważne byłoby określenie jednolitego wzoru, z którego mógłby korzystać lekarz opisujący obrażenia. Projektowane rozwiązanie stwarza realne ryzyko, że lekarze różnych podmiotów leczniczych będą w całości odmienny sposób dokumentować obrażenia osoby pozbawionej wolności. Krajowy Mechanizm proponuje zatem wprowadzenie formularza medycznego zawierającego zarys sylwetki człowieka (tzw. mapa ciała) do oznaczania na nim umiejscowienia obrażeń badanej osoby. KMPT proponuje także wprowadzenie obowiązku wykonywania u badanych osób zdjęć obrażeń, które powinny być włączane do dokumentacji medycznej⁴⁶.

Ponadto KMPT, w zakresie swojego mandatu, przygotował wkład do opinii Rzecznika Praw Obywatelskich na temat projektów⁴⁷:

- 1/ ustawy o zmianie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, ustawy o świadcze-

⁴⁴ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-zatrzymani-inspektorat-sw-zasady-badan-lekarskich-ms-odpowiedz>

⁴⁵ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/kmpt-terapia-krotkotermiowa-skazani-oddziaływania-penitencjarne>

⁴⁶ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-doprowadzani-areszty-obrazenia-kmpt-opinia-ms>

⁴⁷ Opinie przygotowane zostały przez inne zespoły merytoryczne Biura RPO.

niach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej;

2/ rozporządzeń Ministra Sprawiedliwości do ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.

■ Raporty tematyczne i publikacje

W 2022 r., oprócz raportu rocznego KMPT podsumowującego aktywność Zespołu w ubiegłym roku⁴⁸, Mechanizm opublikował trzy raporty tematyczne⁴⁹.

W raporcie „Prawa człowieka w miejscach izolacji. Jak Polska wdraża zalecenia międzynarodowych organów ds. zapobiegania torturom (CPT i SPT)” zaprezentowany został stopień realizacji zaleceń CPT i SPT w oparciu o wyniki wizytacji tematycznych KMPT. Raport zawiera też rekomendacje, których wdrożenie może pomóc władzom państwowym w wypełnianiu ich zobowiązań międzynarodowych w kierunku przeciwdziałania torturom. Uzupełnieniem raportu jest fotoksiążka „Prawa człowieka w miejscach izolacji”, która zawiera zdjęcia przedstawiające miejsca odwiedzane przez pracowników Zespołu.

Raport „Sytuacja cudzoziemców w ośrodkach strzeżonych w dobie kryzysu na granicy Polski i Białorusi” jest podsumowaniem 15 wizytacji przeprowadzonych przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur we wszystkich ośrodkach tego typu. Akcent położony został zwłaszcza na wpływ kryzysu na granicy polsko-białoruskiej na funkcjonowanie placówek detencyjnych i traktowanie przebywających w nich osób.

W raporcie „Przestępstwo tortur w Polsce” KMPT dokonał analizy wyroków w sprawach czynów wypełniających znamiona tortur, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania wobec funkcjonariuszy Policji, które uprawomocniły się w 2020 r. Raport zawiera m.in. przykładowe tortury funkcjonariuszy wobec obywateli, rekomendacje i zalecenia oraz skrócony informator dla obywateli.

Ponadto Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przygotował skierowaną do funkcjonariuszy Policji broszurę informacyjną, która opisuje najważniejsze zasady prowadzenia interwencji wobec osób, które ze względu na swój stan wyłączający lub ograniczający świadomość wymagają szczególnych oddziaływań ze strony funkcjonariuszy Policji. Broszura została opracowana na podstawie ekspertyzy przygotowanej dla Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przez specjalistów z zakresu psychiatrii i medycyny sądowej⁵⁰.

⁴⁸ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-raport-dzialalnosc-kmpt-2021>

⁴⁹ <https://bip.brpo.gov.pl/kategoria-prawna-i-organizacyjna/krajowy-mechanizm-prewencji-raporty-rpo>

⁵⁰ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/broszura-kmpt-interwencje-policji-zaburzenia-psychiczne>

Część III

Trudności w realizacji mandatu KMPT

W minionym roku odnotowaliśmy przypadki naruszania OPCAT i mandatu KMPT oraz możliwość narażenia pracownika KMPT na niebezpieczeństwo. Sytuacje te miały miejsce podczas wizytacji placówki całodobowej opieki, ośrodka strzeżonego dla cudzoziemców, pomieszczeń dla osób zatrzymanych w jednostce organizacyjnej Policji oraz zakładu karnego.

PLACÓWKA CAŁODOBOWEJ OPIEKI

W dniu 20 maja 2022 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Domu Całodobowej Opieki „Czarneccy” (dalej: Dom, placówka, PCO) w Zielonce (woj. kujawsko-pomorskie).

Po przybyciu do placówki wizytujący zwrócili się do obecnej na miejscu przedstawicielki personelu o przekazanie osobie prowadzącej dom opieki informacji o wizytacji Krajowego Mechanizmu. Zgłosili także wolę odbycia z właścicielami PCO rozmowy wstępnej, dotyczącej funkcjonowania placówki. Jest to standardowy element prowadzonych przez przedstawicieli KMPT wizytacji. Po przybyciu współwłaścicielki domu opieki wizytujący poinformowali ją o mandacie Krajowego Mechanizmu i zaplanowanych czynnościach. Okazali także legitymacje służbowe oraz upoważnienia do przeprowadzenia wizytacji, wydane przez Rzecznika Praw Obywatelskich.

W odpowiedzi współwłaścicielka placówki zanegowała mandat KMPT do przeprowadzenia wizytacji, twierdząc, że jest to jej prywatna działalność i nie rozumie, jakim prawem wizytujący mają dokonywać inspekcji pomieszczeń, analizować dokumentację czy prowadzić rozmowy z mieszkańcami. Z uwagi na powyższe przedstawiciel Krajowego Mechanizmu wyjaśnił, że prowadzenie prywatnej działalności w zakresie świadczenia opieki całodobowej wymaga uzyskania zezwolenia organu władzy publicznej oraz podlega szeregowi regulacji⁵¹. Mandat KMPT wynika natomiast z tego, że w placówce mogą przebywać osoby ubezwłasnowolnione oraz takie, które ze względu na stan zdrowia (potwierdzony zaświadczeniem lekarskim) nie będą mogły samodzielnie opuszczać placówki.

Ostatecznie przedstawicielom KMPT udało się przeprowadzić zaplanowane czynności. Jednakże w dalszej części rozmowy wstępnej współwłaścicielka placówki prezentowała negatywne, a miejscami wręcz obraźliwe komentarze w stosunku do wizytujących oraz reprezentowanej przez nich instytucji.

Zważywszy na postawę współwłaścicielki placówki oraz stwierdzone podczas wizytacji nieprawidłowości, które w ocenie Krajowego Mechanizmu stanowiły zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa osób przebywających w placówce, Dyrektor KMPT przekazał w dniu 26 maja 2022 r. wstępne wnioski z wizytacji Dyrektorowi Wydziału Polityki Społecznej Kujawsko-Pomorskiego

⁵¹ Warunki uzyskania zezwolenia wojewody i prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku określone zostały w 3. Rozdziale II Działu ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy⁵², który pełni nadzór nad domem opieki. W trybie przepisu art. 14 ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich zwrócił się także o przeprowadzenie kontroli w placówce oraz poinformowanie o jej wynikach. Z udzielonej w dniu 25 października 2022 r. odpowiedzi⁵³ wynika, iż w placówce przeprowadzono doraźną kontrolę, zaś pracę placówki oceniono negatywnie, wydając szereg zaleceń. W tym samym piśmie wskazano, że z dniem 6 października 2022 r. właściciele placówki zawiesili jej prowadzenie do dnia 31 grudnia 2023 r.

POLICJA

W dniu 7 listopada 2022 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Pomieszczenia dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, zlokalizowanego na terenie Komendy Powiatowej Policji w Krotoszynie (dalej jako: PdOZ). Po wizytacji Krajowy Mechanizm zwrócił się do Komendanta Powiatowego Policji w Krotoszynie⁵⁴ o przesłanie między innymi kopii nagrań audio-wideo z użycia przez funkcjonariuszy Policji paralizatora Taser X-2 z dwóch wybranych przez wizytujących przypadków.

Komendant Powiatowy Policji w Krotoszynie przekazał KMPT dwie płyty z nagraniami z użycia paralizatora, jednak obraz z kamery został poddany zanonimizowaniu⁵⁵. Uniemożliwiło to przedstawicielowi KMPT dokonanie oceny, czy osoba, wobec której użyto paralizatora, miała np. jakieś obrażenia na twarzy. Komendant wyjaśnił w swoim piśmie, że konieczność zanonimizowania wynika z opinii prawnej sporządzonej przez Wydział Prawny Komendy Wojewódzkiej Policji w Poznaniu, załączając kopię tej opinii⁵⁶.

W opinii radczyni prawna zwróciła uwagę na przepisy ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich (art. 1, art. 8, art. 13, art. 17). Wskazała, że biorąc pod uwagę zadania RPO i okoliczność, że wykonuje on funkcję organu wizytującego ds. zapobiegania torturom i regularnie sprawdza sposób traktowania osób pozbawionych wolności, obowiązek przedłożenia mu dokumentów i akt jest uzasadniony. Jednak udostępnienie akt i dokumentów nie może godzić w dane osobowe osób ujawnionych w nagraniach audiowizualnych. Skoro Rzecznik ma prawo rejestrować dźwięk lub obraz w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności jedynie za zgodą tych rejestrowanych osób, to w braku takiej zgody rejestracja nie jest dozwolona. Wobec powyższego brak jest też uzasadnionej podstawy do tego, by przekazywać RPO nagrania z zarejestrowanymi osobami bez ich zgody. Takie nagrania, zdaniem radczyni prawnej, powinny zostać zanonimizowane.

KMPT nie podzielił wniosków wskazanych w opinii prawnej i zwrócił się do Komendanta Wojewódzkiego Policji w Poznaniu o: udostępnienie KMPT kopii oryginalnych nagrań audio-wideo (bez anonimizowania obrazu) oraz poinformowanie podległych jednostek organizacyjnych Policji o uprawnieniach KMPT i zasadach udostępniania mu materiału wideo w celu uniknięcia podobnej

⁵² Pismo z dnia 26 maja 2022 r. (KMP.573.10.2022).

⁵³ Pismo Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy (WPS.ni.9421.3.13.2022.MG).

⁵⁴ Pismo z dnia 28 listopada 2022 r. (KMP.570.14.2022.RK).

⁵⁵ Pismo z dnia 15 grudnia 2022 r. (E.075.64.2022.ŁS).

⁵⁶ Opinia prawna z dnia 17 listopada 2022 r. (Pr 026.24.2022.GT).

sytuacji w przyszłości⁵⁷. W swoim piśmie KMPT wskazał, że przygotowana opinia zawęża uprawnienia przedstawicieli KMPT do przepisów ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich (pomijając całkowicie uprawnienia przyznane w ramach OPCAT), a ponadto wskazuje przepisy ustawy w sposób wybiórczy. Pomija bowiem całkowicie treść art. 17c ustawy o RPO i możliwość przetwarzania danych osobowych w ramach wykonywania funkcji krajowego mechanizmu prewencji. Przywołuje też błędnie art. 13 ust. 1a pkt 1), w którym jest mowa o możliwości rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane. Przepis ten dotyczy bowiem sytuacji, gdy rejestracji dokonuje sam Rzecznik lub osoba działająca w jego imieniu. Przepis art. 13 ust. 1a pkt 1) ustawy o RPO nie odnosi się do sytuacji, gdy to funkcjonariusze Policji dokonują rejestracji obrazu lub obrazu i dźwięku, a przedstawiciel KMPT chce zapoznać się z ich treścią, w celu realizacji ustawowych zadań. Taka interpretacja byłaby sprzeczna z uprawnieniami RPO przyznanymi w ramach OPCAT i w ustawie o Rzeczniku Praw Obywatelskich, co w praktyce uniemożliwiłoby RPO efektywne wykonywanie powierzonych zadań.

Analogiczny pogląd wyraziło Biuro Kadr, Szkolenia i Obsługi Prawnej Komendy Głównej Policji w opinii z dnia 2 lipca 2019 r.⁵⁸, sporządzonej w związku z wystąpieniem Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczącym utrudnień w wykonywaniu mandatu KMPT⁵⁹. W opinii czytamy: „uprawnienie przedstawicieli KMPT do dostępu do wszystkich informacji dotyczących liczby osób pozbawionych wolności w miejscach zatrzymania, liczby miejsc i ich położenia, uprawnienie dostępu do wszystkich informacji dotyczących traktowania tych osób oraz warunków ich zatrzymania, a także prawo do przetwarzania wszelkich informacji i danych osobowych niezbędnych do realizacji zadań KMPT w zakresie sprawdzania sposobu traktowania osób pozbawionych wolności w miejscach zatrzymań należy rozumieć jako uprawnienie i prawo do dostępu oraz do przetwarzania takich informacji (danych osobowych) niezależnie od formy oraz sposobu ich utrwalenia i przetwarzania. Mogą to być zatem zarówno ww. informacje zawarte w dokumentacji papierowej lub elektronicznej, zawarte w materiałach audio, wideo lub audiowizualnych, np. informacje z monitoringu pomieszczeń w jednostce organizacyjnej Policji”.

Opracowaną na potrzeby Komendy Wojewódzkiej Policji w Poznaniu opinię prawną z dnia 17 listopada 2022 r. należy więc uznać za niepełną, a jej wnioski za błędne i wewnętrznie niespójne. W efekcie na jej podstawie nie przekazano KMPT kopii oryginalnych materiałów audio-wideo dokumentujących użycie środków przymusu bezpośredniego przez funkcjonariuszy Policji, naruszając tym samym przepisy ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich i postanowienia OPCAT.

W odpowiedzi na pismo Komendanta Wojewódzki Policji w Poznaniu przekazał KMPT oryginalne nagrania z policyjnych interwencji, bez anonimizowania obrazu. Poinformował również Krajowy Mechanizm, że wobec wątpliwości prawnych i rozbieżnych opinii w tej kwestii, przed udzieleniem podległym jednostkom zaleceń, zwrócił się do Biura Kadr, Szkolenia i Obsługi Prawnej Komendy Głównej Policji o wyrażenie w tej kwestii stanowiska⁶⁰.

⁵⁷ Pismo z dnia 28 grudnia 2022 r. (KMP.570.14.2022.RK).

⁵⁸ Pismo Dyrektora Biura Kadr, Szkolenia i Obsługi Prawnej Komendy Głównej Policji do Dyrektora Gabinetu Komendanta Głównego Policji z dnia 2 lipca 2019 r. (Kpp-5054/4583/2019).

⁵⁹ Wystąpienie generalne RPO do Komendanta Głównego Policji z dnia 31 maja 2019 r. (KMP.570.14.2019.RK).

⁶⁰ Pismo z dnia 12 stycznia 2023 r. (Pr.026.4.2023.GT).

STRAŻ GRANICZNA

W dniach 1–2 grudnia 2022 r. przedstawiciele KMPT oraz Zespołu Równego Traktowania w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich wraz z zastępczynią RPO dr Hanną Machińską przeprowadzili wizytację Strzeżonego Ośrodka dla Cudzoziemców oraz Aresztu dla Cudzoziemców w Przemyślu.

Podczas przeprowadzania rozmów indywidualnych z cudzoziemcami przebywającymi w Ośrodku pracownicy BRPO byli świadkami zachowania dyżurującego funkcjonariusza Straży Granicznej, które utrudniało przeprowadzenie czynności wizytacyjnych oraz znacznie wydłużyło ich czas.

Wizytujący, zgodnie z przysługującym prawem, rozmawiali z cudzoziemcami bez obecności funkcjonariuszy, w dwóch monitorowanych pomieszczeniach znajdujących się naprzeciwko dyżurki. Jak się okazało, pokoje te były zamykane od zewnątrz, bez możliwości ich otwarcia od wewnątrz, o czym delegacja nie była poinformowana. W konsekwencji, po zakończeniu każdej rozmowy konieczne było wezwanie funkcjonariusza, aby otworzył drzwi pomieszczenia. Wizytujący przywoływali funkcjonariusza poprzez pukanie w drzwi, a z uwagi na przedłużający się brak reakcji, również poprzez wykonywanie gestów przywołujących w kierunku kamer monitoringu wizyjnego. Każdorazowo czas na reakcję wynosił nawet kilka minut. W tym kontekście szczególnie niepokoi fakt, że rozmowy z osadzonymi odbywały się w bezpośrednim sąsiedztwie pokoju dyżurnego, w którym stale przebywają funkcjonariusze. Ponadto dyżurny posiadał także podgląd z kamer monitoringu, który powinien być stale nadzorowany.

W następstwie ww. incydentu Rzecznik Praw Obywatelskich skierował pismo do Komendanta Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej z prośbą o wyjaśnienie zaistniałej sytuacji oraz apelem o podjęcie działań mających na celu przeciwdziałanie podobnym sytuacjom w przyszłości⁶¹.

JEDNOSTKA PENITENCJARNA

Podczas rozmów indywidualnych pracownika KMPT z więźniami Zakładu Karnego w Barczewie doszło do sytuacji, w której jego bezpieczeństwo mogło być zagrożone, a dobre imię i dotychczasowa nieposzlakowana opinia zostały wystawione na szwank.

Chcąc opuścić pomieszczenie monitorowane w oddziale dla tzw. osadzonych niebezpiecznych, w którym przeprowadzał rozmowy z więźniami, pracownik KMPT przez ponad 15 minut bezskutecznie oczekiwał na reakcję funkcjonariuszy Służby Więziennej. Pracownik KMPT sygnalizował konieczność opuszczenia pomieszczenia nie tylko za pomocą instalacji przyzywowej, lecz także wykonując wymowne gesty w kierunku kamery je monitorującej. Funkcjonariusze otworzyli pomieszczenie dopiero po 15 minutach od pierwszego użycia instalacji przyzywowej. Znajduje to potwierdzenie w zapisach z monitoringu pomieszczenia.

W rezultacie takiego zachowania funkcjonariuszy pracownik KMPT został zmuszony do oddania moczu w pomieszczeniu, w którym przebywał. Łączny czas, który spędził w tym pomieszczeniu, prowadząc rozmowy z więźniami, wyniósł ok. 100 minut.

⁶¹ Pismo z dnia 15 grudnia 2022 r. (KMP.572.2.2022.MŻ).

Dzień wcześniej pracownik KMPT odebrał od jednego z więźniów skargę na stosowanie tortury podtapiania przez funkcjonariuszy ZK Barczewo. W dniu zdarzenia, przed rozmowami z więźniami, zapoznał się z nagraniami z monitoringu, aby potwierdzić informacje otrzymane od więźnia. Zebrane dowody wskazywały na uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa i 7 listopada 2022 r. zostało złożone zawiadomienie do Prokuratury o podejrzeniu stosowania tortur.

Funkcjonariusze działu ochrony, od czasu pierwszej rozmowy z więźniem, posiadali wiedzę o ujawnieniu przedstawicielom KMPT osób odpowiedzialnych za naruszenia praw człowieka i mieli świadomość, że działania wizytujących będą prowadzone w kierunku badania tej sprawy. Nie można zatem wykluczyć, że długotrwały brak reakcji funkcjonariuszy Służby Więziennej miał na celu podać w wątpliwość zasadność ustaleń poczynionych w sprawie więźnia poprzez próbę przypisania pracownikowi KMPT odpowiedzialności za wspomniane zdarzenie i zdyskredytowania go. Przemawiać za tym może też fakt, że w sprawie tego incydentu SW złożyła zawiadomienie do Prokuratury, żądając wszczęcia postępowania karnego wobec pracownika KMPT. Decyzja ta została podjęta już po skierowaniu przez Biuro RPO zawiadomienia w sprawie więźnia.

W związku z tym RPO Marcin Wiącek zwrócił się do Ministra Sprawiedliwości o zbadanie tej sprawy⁶².

⁶² Pismo z dnia 1 lutego 2023 r.

Część IV

Sytuacja w miejscach pozbawienia wolności

JEDNOSTKI STRAŻY GRANICZNEJ

Z uwagi na zapoczątkowany w połowie 2021 r. dynamiczny wzrost liczby cudzoziemców zatrzymanych po przekroczeniu granicy polsko-białoruskiej wbrew obowiązującym przepisom, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur kontynuował w 2022 r. wizytacje ad hoc w placówkach i pomieszczeniach dla osób zatrzymanych Straży Granicznej. Co więcej, po rozpoczęciu wojny w Ukrainie, której skutkiem było przybycie na terytorium RP milionów uchodźców, KMPT sprawdzał także warunki detencji w wybranych jednostkach SG znajdujących się przy granicy polsko-ukraińskiej. Krajowy Mechanizm przeprowadził w 2022 r. łącznie:

- 4 wizytacje w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych (PdOZ) Straży Granicznej,
- 9 wizytacji w placówkach Straży Granicznej (PSG),
- 6 wizytacji w strzeżonych ośrodkach (SOC),
- 1 wizytację w areszcie dla cudzoziemców (AC).

Strzeżone Ośrodki dla Cudzoziemców

W 2022 r. KMPT przeprowadził 6 wizytacji w strzeżonych ośrodkach (SOC) i areszcie dla cudzoziemców (AC)⁶³. Stanowiły one kontynuację działań podjętych w drugiej połowie 2021 r., ukierunkowanych na dokonanie oceny funkcjonowania placówek tego typu w dobie nagłego i dynamicznego wzrostu cudzoziemców kierowanych do detencji administracyjnej, związanego z kryzysem na granicy polsko-białoruskiej.

■ Sukces KMPT

Od czasu pierwszej wizytacji w utworzonym na terenie czynnego poligonu wojskowego tymczasowym Strzeżonym Ośrodkiem dla Cudzoziemców w Wędrzynie cudzoziemcy alarmowali na temat bardzo złych, noszących znamiona nieludzkiego traktowania, warunków tam panujących⁶⁴. W związku z tym KMPT rekomendował relokację przebywających tam cudzoziemców do innych placówek i likwidację ośrodka⁶⁵. Komendant Główny SG podjął decyzję o zamknięciu TSOC w Wędrzynie z końcem lipca 2022 r.

⁶³ SOC w Białej Podlaskiej w dniu 19 stycznia 2022 r., tymczasowym ośrodku (TSOC) w Wędrzynie w dniach 20–21 stycznia 2022 r., SOC i AC w Przemysłu w dniach 31 stycznia – 3 lutego 2022 r., SOC w Lesznowoli w dniach 16 lutego i 29 kwietnia 2022 r., SOC i AC w Przemysłu w dniach 1–2 grudnia 2022 r.

⁶⁴ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-sg-cudzoziemcy-osrodki-krosno-wedrzyn-warunki>;
<https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-kmpt-wizytacja-cudzoziemcy-osrodki-krosno-wedrzyn>;
<https://bip.brpo.gov.pl/pl/kmpt/wizytacja-kmpt-w-strzeżonym-osrodku-dla-cudzoziemcow-w-wedrzynie>.

⁶⁵ Zob. Sytuacja cudzoziemców w ośrodkach strzeżonych w dobie kryzysu na granicy Polski i Białorusi. Raport z wizytacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, 2022, s. 71–73.

■ Problemy systemowe

1. Zmniejszenie minimalnej powierzchni przypadającej na osobę umieszczoną w SOC

W dalszym ciągu w mocy pozostaje przepis⁶⁶ umożliwiający umieszczenie cudzoziemców w pokojach, których powierzchnia na jedną osobę jest nie mniejsza niż 2 m². Sytuacja, w której następuje tak znaczące ograniczenie⁶⁷ powierzchni życiowej, nie powinna trwać dłużej niż 12 miesięcy.

KMPT w przeszłości zwracał uwagę⁶⁸, że wskazana powyżej norma prawna w sposób rażąco narusza prawo do poszanowania godności osób umieszczonych w strzeżonych ośrodkach, a kwaterywanie cudzoziemców w oparciu o znowelizowany przepis rozporządzenia może zostać uznane za przejaw nieludzkiego lub okrutnego traktowania⁶⁹.

W tym kontekście podkreślić należy, iż nawet w jednostkach penitencjarnych minimalna powierzchnia w celi mieszkalnej przypadająca na jedną osobę nie może być niższa niż 6 m² w przypadku celi jednoosobowej i 4 m² w pomieszczeniach wieloosobowych⁷⁰.

KMPT w czasie prowadzonych wizytacji ujawnił, iż w związku z nowelizacją przepisów prawa w większości wizytowanych placówek wzrosła ich maksymalna pojemność. W jednym z ośrodków⁷¹, utworzonym tymczasowo z uwagi na aktualną sytuację migracyjną, wizytujący stwierdzili, iż faktyczna powierzchnia w niektórych pomieszczeniach mieszkalnych przypadająca na jednego cudzoziemca wynosiła poniżej 2 m².



Prawo do poszanowania ludzkiej godności oraz towarzyszący mu zakaz stosowania tortur oraz nieludzkiego, okrutnego i poniżającego traktowania i karania mają charakter bezwzględny. Okoliczności faktyczne (w tym przypadku dynamiczny wzrost cudzoziemców przekraczających granicę RP w sposób nieuprawniony) nie mogą skutkować odstępniem, czasowym zawieszeniem lub ograniczeniem stosowania tych norm.

2. Systemowa preferencja dla stosowania detencji wobec cudzoziemców o nieuregulowanym statusie pobytowym

W związku z obserwowanym od połowy 2021 r. dynamicznym wzrostem liczby obcokrajowców przekraczających granicę pomiędzy Białorusią i Polską w sposób nielegalny, władze RP podjęły decyzję o znacznym zwiększeniu liczby miejsc w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców, w tym o utworzeniu placówek tymczasowych⁷². Potencjał ośrodków detencyjnych przekroczył znacznie

⁶⁶ Par. 11 ust. 1a. rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 13 sierpnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie strzeżonych ośrodków i aresztów dla cudzoziemców (Dz. U. z 2021 r., poz. 1482).

⁶⁷ W standardowych warunkach jest to odpowiednio: 3 m² – na jednego mężczyznę i 4 m² – na jedną kobietę lub małoletniego.

⁶⁸ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2021 r., s. 40.

⁶⁹ Zob. Wyrok ETPCz z dnia 13 lipca 2019 r. w sprawie Sh.D. i inni przeciwko Grecji, Austrii, Chorwacji, Węgrom, Północnej Macedonii, Serbii i Słowenii, skarga nr 14165/1613.

⁷⁰ Zob. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Living space per prisoner in prison establishments: CPT standards, CPT/Inf (2015) 44.

⁷¹ TSOC w Wędrzynie.

⁷² Jak wynika z danych statystycznych przekazanych przez Straż Graniczną, w okresie od 30 czerwca do 31 grudnia 2021 r. liczba miejsc dostępnych w placówkach detencyjnych wzrosła ponad czterokrotnie, z 513 do 2103.

liczbę miejsc dostępnych w ośrodkach typu otwartego⁷³, co w ocenie KMPT świadczy jednoznacznie o systemowej preferencji dla umieszczania cudzoziemców w detencji kosztem środków o charakterze wolnościowym⁷⁴. Co prawda, podczas wizytacji prowadzonych w 2022 r. przedstawiciele KMPT odnotowali zmniejszenie populacji SOC w stosunku do sytuacji obserwowanej w roku poprzednim. Wydaje się jednak, iż była to konsekwencja ogólnego spadku liczby osób próbujących nielegalnie przekroczyć granicę RP oraz zwolnienia z ośrodków strzeżonych lub deportacji części cudzoziemców.

Zauważyć należy także, że w procesie tworzenia dodatkowych miejsc dla kierowanych do detencji cudzoziemców nie uwzględniono konieczności proporcjonalnego zwiększenia dostępu do m.in. opieki medycznej czy psychologicznej⁷⁵.

Mając na uwadze, iż ocena każdego przypadku i ostateczna decyzja w sprawie umieszczenia w strzeżonym ośrodku dla cudzoziemców należy do sądów, Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do prezesów 22 sądów okręgowych o uwrażliwienie sędziów na możliwość orzekania alternatywnych do detencji środków, szczególnie wobec rodzin z dziećmi i małoletnich pozbawionych opieki, jak również wobec osób dorosłych po doświadczeniach tortur w krajach pochodzenia⁷⁶.

3. Brak skutecznej identyfikacji ofiar tortur

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur od wielu lat zwraca uwagę, iż istniejący w Polsce system identyfikacji cudzoziemców będących ofiarami tortur i przemocy nie może być uznany za skuteczny⁷⁷.

W praktyce bowiem nie funkcjonuje mechanizm rozpoznawania osób z doświadczeniem przemocy na etapie po zatrzymaniu a przed umieszczeniem w strzeżonym ośrodku, co powoduje, iż ewentualne działania ukierunkowane na identyfikację ofiar tortur odbywają się już po umieszczeniu w ośrodku detencyjnym. W tym kontekście należy mieć na uwadze, iż w świetle obowiązujących przepisów prawa wobec cudzoziemców, których stan psychofizyczny może uzasadniać domniemanie, że byli poddani przemocy, nie wydaje się postanowienia o umieszczeniu cudzoziemca w strzeżonym ośrodku lub o zastosowaniu wobec niego aresztu dla cudzoziemców⁷⁸.

Tymczasem w ośrodkach dla cudzoziemców w dalszym ciągu funkcjonuje wewnętrzny algorytm Straży Granicznej „Zasady postępowania Straży Granicznej z cudzoziemcami wymagającymi szczególnego traktowania”. Pomimo aktualizacji jego zapisów, w opinii KMPT jest on sprzeczny z przepisami polskiego prawa oraz standardami Protokołu stambulskiego i innymi wypracowanymi standardami międzynarodowymi⁷⁹. Algorytm ten bowiem zakłada pobyt domniemych ofiar przemocy w detencji

⁷³ Z pisma Dyrektora Biura Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców z dnia 7 lutego 2022 r. wynika, iż w ośrodkach otwartych utworzono łącznie jedynie 315 dodatkowych miejsc, w związku z czym ich ogólna liczba wzrosła do 1534, (BSZ.WKSI.0731.1.2022/RW).

⁷⁴ Zob. Sytuacja cudzoziemców w ośrodkach strzeżonych w dobie kryzysu na granicy Polski i Białorusi. Raport z wizytacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, 2022, rozdz. 3.

⁷⁵ Tamże, rozdz. 4–5.

⁷⁶ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-sady-migranci-strzezone-osrodki-rodziny-dzieci>

⁷⁷ Zob. Raporty Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r. i 2021 r.; Zob. Raport KMPT, Obcokrajowcy w detencji administracyjnej – wyniki monitoringu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, Nieludzkiego, Poniżającego Traktowania lub Karania BRPO w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców w Polsce, 2021.

⁷⁸ Zob. art. 400 pkt 2 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.

⁷⁹ Zob. Sytuacja cudzoziemców w ośrodkach strzeżonych w dobie kryzysu na granicy Polski i Białorusi. Raport z wizytacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, 2022, s. 27–31.

i nie przewiduje ich „niezwłocznego zwolnienia” z ośrodka strzeżonego, a dostępne leczenie i terapia na terenie ośrodków wobec zidentyfikowanych ofiar tortur ma jedynie charakter pogłębiający urazy psychiczne cudzoziemców w detencji.

W czasie prowadzonych w 2022 r. wizytacji przedstawiciele KMPT otrzymali od cudzoziemców przebywających w strzeżonych ośrodkach informacje dotyczące przemocy, której mieli doznać w kraju pochodzenia lub w czasie podróży do Europy. Ponadto wizytatorzy KMPT mieli kontakt z cudzoziemcami, w tym z rodzinami z małoletnimi dziećmi, których stan psychofizyczny i inne okoliczności faktyczne uzasadniały przekonanie, że osoby te nie powinny przebywać w warunkach detencji.

4. Detencja dzieci

Detencja małoletnich cudzoziemców, jako czynnik wpływający negatywnie na ich stan psychofizyczny, powinna być każdorazowo stosowana jako środek ostateczny. Dopuszczalność umieszczenia w strzeżonych ośrodkach cudzoziemców, którzy nie ukończyli 18. roku życia, była wielokrotnie kwestionowana przez organizacje pozarządowe⁸⁰, instytucje międzynarodowe⁸¹ oraz Rzecznika Praw Dziecka⁸² i Rzecznika Praw Obywatelskich⁸³.



Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) uważa, że należy podjąć wszelkie starania, by uniknąć pozbawienia wolności małoletnich migrantów o nieregulowanym statusie pobytowym. Kierując się wynikającą z art. 3 Konwencji ONZ o prawach dziecka zasadą najlepszego interesu dziecka, umieszczanie dzieci w ośrodkach detencyjnych, w tym dzieci bez opieki i oddzielonych od opiekunów, jest rzadko usprawiedliwione i w opinii Komitetu z pewnością nie może być uzasadnione wyłącznie brakiem statusu pobytowego.

Jeśli wyjątkowo dziecko zostaje umieszczone w ośrodku detencyjnym, pozbawienie wolności powinno trwać przez możliwie najkrótszy czas; powinno się podjąć wszelkie wysiłki, by umożliwić natychmiastowe zwolnienie z ośrodka detencyjnego dziecka bez opieki, bądź dziecka oddzielonego od bliskich i umieścić je w odpowiedniejszym miejscu.

Ponadto z powodu wrażliwej natury dziecka, gdy jest ono pozbawione wolności, powinny być zastosowane dodatkowe gwarancje w szczególności w takich przypadkach, gdy dzieci są oddzielone od swoich rodziców, czy opiekunów, bądź są bez opieki, bez rodziców, opiekunów, czy krewnych⁸⁴.

5. Warunki bytowe w areszcie dla cudzoziemców

W czasie wizytacji jedynego funkcjonującego w kraju aresztu dla cudzoziemców przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę, iż warunki bytowe tam panujące nie czynią zadość międzynarodowym standardom

⁸⁰ Zob. Stanowisko Stowarzyszenia Interwencji Prawnej z dn. 30 marca 2015 r.: <http://interwencjaprawna.pl/stanowisko-sip-w-sprawie-detencji-dzieci-cudzoziemskich/>

⁸¹ Zob. Committee on the Rights of the Child, Report of the 2012: Day of general discussion on the rights of all children in the context of international migration, s. 78–79.

⁸² Zob. Wystąpienie generalne Rzecznika Praw Dziecka do Prezesa Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 2018 r. (GA8.422.10.2018.BS).

⁸³ Zob. Raport RPO „Przestrzeganie praw cudzoziemców w Polsce”, Warszawa 2012, s. 53–61.

⁸⁴ Zob. Standardy CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2011, par. 97.

ochrony praw osób w detencji administracyjnej, mimo iż zgodne są z przepisami prawa krajowego w tym zakresie⁸⁵. Jednym z głównych problemów był brak kąpoków sanitarnych w pomieszczeniach zamieszkiwanych przez cudzoziemców. W związku z tym osoby przebywające w areszcie (zwykle przez kilka miesięcy) zmuszone są wzywać funkcjonariusza dyżurnego za każdym razem, gdy potrzebują skorzystać z toalety. W przypadku dużego obłożenia placówki może to oznaczać wydłużony czas oczekiwania na możliwość zafatwienia potrzeb fizjologicznych. Uwagę zwrócił również fakt, że pomieszczenia mieszkalne są stale monitorowane, a elementy umeblowania – przytwierdzone do podłogi. Tego typu rozwiązania nawet w systemie penitencjarnym stosowane są wyłącznie wobec więźniów szczególnie niebezpiecznych.



W świetle międzynarodowych standardów warunki detencji cudzoziemców o nieuregulowanym statusie odzwierciedlać powinny charakter ich pozbawienia wolności, zwłaszcza w zakresie nakładanych na nich ograniczeń oraz dostępu do różnych form aktywności⁸⁶.

Co szczególnie istotne, obcokrajowcom przebywającym w detencji administracyjnej zapewnić należy całodobowy dostęp do toalet⁸⁷, możliwość skorzystania z kąpieli i dostęp do ciepłej wody⁸⁸. Konieczne jest także zapewnienie dostępu do wody pitnej⁸⁹ oraz posiłków dostosowanych do wyznawanej religii oraz indywidualnych potrzeb zdrowotnych⁹⁰.

Krajowy Mechanizm zwrócił także uwagę na problem kierowania obcokrajowców do aresztu dla cudzoziemców bezpośrednio po ich zatrzymaniu. Zgodnie z obowiązującymi przepisami do osadzenia w areszcie wystarczy bowiem samo ryzyko niepodporządkowania się zasadom panującym w strzeżonym ośrodku dla cudzoziemców⁹¹.

Z analizy postanowień sądów w przedmiocie skierowania obcokrajowców do detencji, dokonanej w czasie wizytacji, wynikało, iż w niektórych sytuacjach wystarczającymi argumentami przemawiającymi za umieszczeniem w areszcie, z pominięciem strzeżonego ośrodka, były m.in.: przekroczenie granicy wbrew przepisom prawa, brak dokumentów czy przypuszczenie, że Polska miała być dla cudzoziemca wyłącznie krajem tranzytowym. Jednocześnie w zgromadzonej dokumentacji brak było informacji, ażeby osoby te stawiały czynny opór w czasie zatrzymania lub też w jakikolwiek sposób demonstrowały swoim zachowaniem, że nie podporządkują się regulaminowi strzeżonego ośrodka⁹².

⁸⁵ Zob. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 24 kwietnia 2015 r. w sprawie strzeżonych ośrodków i aresztów dla cudzoziemców (Dz. U. z 2018 r., poz. 1576).

⁸⁶ Zob. Dziewiętnasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2009) 27, par. 79.

⁸⁷ Zob. Raport CPT z wizyty Grecji w 2011 r., CPT/Inf (2012) 1, par. 38.

⁸⁸ Zob. Raport CPT z wizyty Grecji w 2013 r., CPT/Inf (2014) 26, par. 51.

⁸⁹ Zob. Raport CPT z wizyty na Węgrzech w 2005 r., CPT/Inf (2006) 20, par. 53.

⁹⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Bułgarii Jugosłowiańskiej Republice Macedonii w 2014 r., CPT/Inf (2016) 8, par. 120.

⁹¹ Zob. art. 399 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; art. 88a ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2022 r., poz. 1264).

⁹² Zob. Sytuacja cudzoziemców w ośrodkach strzeżonych w dobie kryzysu na granicy Polski i Białorusi. Raport z wizytacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, 2022, s. 14–16.

Mając na uwadze zaostrzony reżim panujący w aresztach dla cudzoziemców, warunki materialne detencji niespełniające międzynarodowych standardów w tym zakresie oraz nieostrość przesłanki umożliwiającej osadzenie w areszcie osoby, wobec której prowadzone jest postępowanie administracyjne, w ocenie KMPT konieczna jest nowelizacja obowiązujących przepisów.

6. Kraty w oknach pomieszczeń

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur wielokrotnie podkreślał konieczność odstąpienia od montowania krat w oknach, szczególnie w ośrodkach, w których przebywać mogą dzieci.



Warunki w miejscach detencji cudzoziemców odzwierciedlać winny ich prawny status. Zważywszy na fakt, iż umieszczeni w SOC cudzoziemcy nie są więźniami, wszelkie analogie do jednostek penitencjarnych powinny zostać wyeliminowane⁹³.

Przedstawiciele KMPT z zadowoleniem przyjęli informację, iż w wyniku prac remontowych prowadzonych w jednym ze strzeżonych ośrodków zdemontowano kraty okienne i wprowadzono inne rozwiązania techniczne służące zapewnieniu bezpieczeństwa cudzoziemców⁹⁴. Także kierownik innego wizytowanego ośrodka poinformował, iż zabezpieczono środki finansowe na demontaż krat w oknach pomieszczeń mieszkalnych⁹⁵.

■ Obszary wymagające poprawy

W wyniku przeprowadzonych wizytacji w 2022 r. przedstawiciele KMPT ujawnili następujące nieprawidłowości i obszary wymagające poprawy:

- konwojujący migrantów funkcjonariusze SG mieli odmówić im możliwości opuszczenia autokaru w celu zaczerpnięcia świeżego powietrza i skorzystania z toalety podczas postoju (placówki, pomiędzy którymi odbywał się transport, oddalone są od siebie o ponad 450 km)⁹⁶;
- po dotarciu do SOC konwojowani cudzoziemcy oczekiwali na przyjęcie w autokarze przez wiele godzin, jeden z cudzoziemców czekających w autokarze miał niecierpliwie się i zgłaszać funkcjonariuszom ból jądra. Następnie funkcjonariusz, zirytowany zachowaniem mężczyzny, miał wyciągnąć go z pojazdu i pobić na oczach współpasażerów (wersję tę potwierdził sam cudzoziemiec, który zdecydował się na złożenie pisemnej skargi do Biura RPO). Wobec powyższego Komendant Placówki SG skierował do Prokuratury zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa⁹⁷;

⁹³ Zob. Raport CPT z wizyty na Malcie w 2008 r., CPT/Inf (2011) 5, par. 51.

⁹⁴ SOC w Białej Podlaskiej.

⁹⁵ Zob. Notatka służbowa z wizytacji KMPT w Strzeżonym Ośrodku i Areszcie dla Cudzoziemców w Przemysłu, (KMP.572.2.2022.MŻ), pkt 4.

⁹⁶ Zob. Sytuacja cudzoziemców w ośrodkach strzeżonych w dobie kryzysu na granicy Polski i Białorusi. Raport z wizytacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, 2022, s. 81.

⁹⁷ Tamże, s. 81–82.



KMPT podkreśla, iż naruszenie nietykalności fizycznej cudzoziemca pozbawionego wolności przez przedstawicieli służb mundurowych, pomimo braku wystąpienia przesłanek ustawowych uprawniających do użycia środków przymusu bezpośredniego, jest aktem przemocy, mogącym wypełniać definicję tortur lub innych form złego traktowania⁹⁸.

- w tymczasowym Ośrodku w Wędrzynie w dalszym ciągu panowały bardzo złe warunki bytowe i sanitarne. W placówce panowało przeludnienie, poza piętrowymi pryczami, stołem i taboretami pokoje nie były wyposażone. Cudzoziemcy w ciągu dnia przebywali na niewielkich placach spacerowych;
- w jednym ze strzeżonych ośrodków wizytujący odnotowali pogorszenie stanu czystości pomieszczeń wspólnych w stosunku do sytuacji zaobserwowanej podczas poprzedniej wizytacji. Zgodnie z informacją przekazaną przez kierownika placówki sytuacja ta związana była ze zmianą zewnętrznego podmiotu świadczącego usługi porządkowe⁹⁹;
- w oknach pomieszczeń mieszkalnych jednego z ośrodków brakowało zastłon lub rolet, w związku z czym mieszkańcy zmuszeni byli osłonić je kocami¹⁰⁰;



Na konieczność zapewnienia w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców odpowiednich osłon w oknach, chroniących przed światłem słonecznym i wysoką temperaturą, uwagę zwrócić CPT po wizycie w Polsce w 2017 r.¹⁰¹

- w czasie kilku wizytacji przedstawicieli KMPT poinformowano o problemach dotyczących braku zasięgu telefonii komórkowej oraz słabego łącza internetowego, co wynikać miało z lokalizacji ośrodków¹⁰²;
- w jednym z ośrodków cudzoziemcy mieli być doprowadzani na spotkania z przedstawicielami ambasad (w tym przewożeni do placówek dyplomatycznych) niezależnie od swojej woli. Funkcjonariusze mieli ich przy tym informować, że wszelki opór wiązać się będzie z zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego¹⁰³.

Działania KMPT na granicy Polski i Białorusi

Pomimo spadku liczby cudzoziemców zatrzymanych w związku z nielegalnym przekroczeniem granicy RP, przedstawiciele KMPT w dalszym ciągu monitorowali sytuację osób pozbawionych wolności,

⁹⁸ Zob. art. 1 Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 10 grudnia 1984 r., (Dz. U. z 1989 r., Nr 63, poz. 378).

⁹⁹ Strzeżony Ośrodek i Areszt dla Cudzoziemców w Przemyślu.

¹⁰⁰ Zob. Sytuacja cudzoziemców w ośrodkach strzeżonych w dobie kryzysu na granicy Polski i Białorusi. Raport z wizytacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, 2022, s. 69.

¹⁰¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 39.

¹⁰² Problemy zasygnalizowane zostały przez kierownictwo SOC w Lesznowoli oraz TSOC w Wędrzynie.

¹⁰³ Zob. Sytuacja cudzoziemców w ośrodkach strzeżonych w dobie kryzysu na granicy Polski i Białorusi. Raport z wizytacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, 2022, rozdz. 11.

przebywających w jednostkach Podlaskiego Oddziału Straży Granicznej¹⁰⁴. W szczególnym zainteresowaniu wizytujących pozostawały kwestie związane m.in. z: legalnością detencji, realizacją prawa cudzoziemców do informacji i możliwości złożenia przez nich wniosku o udzielenie ochrony międzynarodowej, dostępem do tłumacza czy świadczonej opieki medycznej i prawnej.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu rozmawiali m.in. z cudzoziemcami, którzy spędzili kilka miesięcy w magazynach zlokalizowanych po białoruskiej stronie granicy. Wśród zatrzymanych była m.in. kobieta z miesięcznym niemowlęciem. Część osób opowiadała o przemoc, której doświadczyła na Białorusi. Pomimo przedstawionych okoliczności, wskazujących na zaistnienie przesłanek uniemożliwiających stosowanie środka o charakterze detencyjnym, wszyscy rozmówcy KMPT oczekiwali na umieszczenie w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców¹⁰⁵. Przedstawiciel KMPT otrzymał również informację dotyczącą problemów związanych z wyżywieniem osób przebywających w placówce. Funkcjonariusze SG zwracali uwagę, iż z uwagi na niską dzienną stawkę żywieniową nie są w stanie zabezpieczyć dodatkowego prowiantu udzielanego tuż po przyjęciu do placówki.

W odpowiedzi na wpływające do Biura RPO sygnały, dotyczące umieszczania cudzoziemców ujętych przez Straż Graniczną w warunkach niespełniających międzynarodowych standardów detencji, KMPT przeprowadził wizytację ad hoc i potwierdził podnoszone zarzuty. Ujawniono, iż cudzoziemcy umieszczani byli w garażu, choć z wyjaśnień komendanta placówki wynikało, iż działo się to tylko podczas oczekiwania na wyniki testów na obecność koronawirusa (zgodnie z przedstawioną informacją pobyt w tym miejscu nie trwał dłużej niż 15 minut)¹⁰⁶.

Z uwagi na brak cudzoziemców przebywających w PSG w dniu wizytacji, KMPT nie był w stanie zweryfikować wyjaśnień komendanta. Jak ustalono podczas wizytacji, w garażu, na betonowej podłodze, rozłożone były stare i brudne materace, znajdował się tam stół i kilka krzeseł oraz miska na wodę, a na zewnątrz, przy wejściu do garażu, ustawiono dwie przenośne toalety. Takie wyposażenie sugeruje, że pomieszczenie wykorzystywane było w innych sytuacjach, przez czas dłuższy niż kilkanaście minut. Wspomnieć także należy, że podczas poprzednich wizytacji w tej Placówce SG przedstawiciele KMPT niejednokrotnie byli świadkami poddawania cudzoziemców testowi na obecność wirusa SARS-CoV-2. Osoby oczekujące na wyniki przebywały wówczas w holu budynku głównego Placówki SG lub, jeśli warunki atmosferyczne na to pozwalały, na zewnątrz tego budynku. Czas oczekiwania rzeczywiście nie przekraczał kilkunastu minut.

W ocenie wizytujących bezwzględnie niedopuszczalne jest umieszczanie w takich warunkach cudzoziemców na czas dłuższy niż rzeczywisty czas oczekiwania na wyniki wspomnianego testu, a i w takich przypadkach należy zdecydowanie poprawić standard tego miejsca poprzez usunięcie starych materacy i ustawienie większej liczby krzeseł (ławek). Co więcej, oczekiwanie na wyniki testu w garażu w żadnym wypadku nie może być przymusem – cudzoziemcom należy pozostawić możliwość przebywania w tym czasie na świeżym powietrzu, z zachowaniem ograniczeń w poruszaniu się

¹⁰⁴ KMPT przeprowadził łącznie 5 wizytacji ad hoc: w dniu 5 stycznia 2022 r. w Placówkach Straży Granicznej w Narewce, Krynkach i Bobrownikach; w dniu 25 marca 2022 r. w PSG w Narewce i funkcjonującym na jej terenie PdOZ; w dniu 18 maja 2022 r. w PSG w Białowieży.

¹⁰⁵ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/kmpt/wizytacja-ad-hoc-kmpt-w-placowce-strazy-granicznej-w-narewce>

¹⁰⁶ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/niezapowiedziana-wizytacja-przedstawicieli-brpo-na-granicy-polsko-bialoruskiej>

po terenie Placówki. W przypadku niskich temperatur pobyt w garażu, ze względu na brak ogrzewania, powinien natomiast być całkowicie wykluczony.

Działania KMPT na granicy Polski i Ukrainy

Tuż po wybuchu wojny w Ukrainie przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytacje ad hoc wybranych przejść granicznych, placówek SG, pomieszczeń dla osób zatrzymanych SG i punktów recepcyjnych, znajdujących się na obszarze Nadbużańskiego i Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej. Celem prowadzonych działań było sprawdzenie warunków panujących w miejscach, w których przebywają cudzoziemcy przybywający do Polski z terytorium Ukrainy¹⁰⁷.

KMPT z najwyższym uznaniem odniósł się do profesjonalizmu i zaangażowania funkcjonariuszy SG oraz innych służb mundurowych, którzy od momentu wybuchu wojny i związanego z tym masowego przekraczania granicy polsko-ukraińskiej przez uchodźców pełnili służbę w znacznie zwiększonym wymiarze godzinowym. Uwagę zwrócił także fakt, że jednostki SG, które swoją właściwością obejmują przejścia graniczne, otrzymały wsparcie osobowe z innych placówek w całym kraju.


Wizytujący zwrócili jednak uwagę na zróżnicowany poziom pomocy medycznej świadczonej przy poszczególnych przejściach granicznych. W ocenie KMPT zapewnienie stałej pomocy medycznej na przejściach granicznych konieczne jest z uwagi na obrażenia (głównie stóp), które występują u cudzoziemców pokonujących pieszo drogę do granicy. Występowały również omdlenia czy problemy krążeniowe. Stąd też istotne było, by w każdym wymagającym tego przypadku pomoc medyczna udzielana była bez zbędnej zwłoki.

Cudzoziemcy uciekający do Polski przed wojną w Ukrainie odprawiani byli co do zasady na przejściach granicznych. Niekiedy jednak, w związku z brakiem dokumentów lub wątpliwościami dotyczącymi ich prawdziwości, niezbędna była dodatkowa weryfikacja potwierdzająca ich tożsamość. Z informacji uzyskanych przez wizytujących, na drugą linię kontroli trafiali w zdecydowanej większości cudzoziemcy nieposiadający obywatelstwa ukraińskiego. W trakcie weryfikacji ich tożsamości funkcjonariusze Straży Granicznej korzystali z pomocy przedstawicielstw dyplomatycznych krajów pochodzenia cudzoziemców.

Wszystkie wizytowane przejścia graniczne posiadały punkty drugiej linii kontroli na swoim terenie. Z poczynionych obserwacji wynikało, iż proces weryfikacji przebiegał sprawnie i trwał zwykle około kilku godzin. W czasie oczekiwania cudzoziemcy korzystali z wyżywienia oraz napojów zagwarantowanych przez Straż Graniczną. Co do zasady cudzoziemcy objęci dodatkową kontrolą znali jej przyczyny. Nie mieli jednak świadomości, że jej długość uzależniona jest nie tylko od pracy funkcjonariuszy SG, lecz także przedstawicieli dyplomatycznych krajów ich pochodzenia. Trudną sytuację potęgował brak możliwości nawiązania przez nich kontaktu z bliskimi.


¹⁰⁷ Wizytacje przejść granicznych w Krościenku, Korczowej, Budomierzu i Hrebennem; PSG w Sanoku i Przemyśle; PdOZ SG w Sanoku, Krościenku i Budomierzu; punktów recepcyjnych dla cudzoziemców w Łodyni, Równi, Korczowej oraz na dworcu kolejowym w Przemyśle przeprowadzone w dniach 28 lutego – 4 marca 2022 r., <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-sg-podkarpackie-lubelskie-ukraina-uchodzcy-pomoc>

Warto w tym miejscu wskazać, że na jednym z przejść granicznych dodatkowa weryfikacja została zorganizowana w odmienny sposób¹⁰⁸. W związku z dużym natężeniem ruchu granicznego osoby wymagające dodatkowej weryfikacji przewożone były transportem SG dwóch innych placówek SG¹⁰⁹. W tym kontekście wizytujący ustalili, iż oczekiwanie na czynności identyfikacyjne w punkcie utworzonym na terenie strzeżonego ośrodka dla cudzoziemców trwało co najmniej trzy dni. W czasie kolejnych wizytacji KMPT zaobserwował skrócenie czasu identyfikacji cudzoziemców¹¹⁰.

 **W ocenie KMPT niezbędne jest wprowadzenie rejestru osób poddawanych dodatkowej weryfikacji w placówkach drugiej linii kontroli, który będzie zawierał poza danymi osobowymi oraz narodowością, także datę i godzinę przyjęcia, jak również datę i godzinę opuszczenia placówki. Zapewni to transparentność działań podejmowanych przez funkcjonariuszy SG wobec cudzoziemców oraz umożliwi nadzór nad długością trwania całej procedury.**

W kontekście dostępu do procedury uchodźczej osób niebędących obywatelami Ukrainy, wizytujący odnotowali, że ani protokół z przyjęcia deklaracji, ani wnioski o ubieganie się o ochronę międzynarodową na terenie RP nie były tłumaczone na języki zrozumiałe dla wnioskodawców.

Problem z tłumaczeniami zidentyfikowany został również podczas wizytacji pomieszczeń dla osób zatrzymanych SG. Z analizy protokołów zatrzymań wynikało, że tylko w jednym PdOZ SG obecny był tłumacz. W innych zaś placówkach tego typu większość protokołów zatrzymań poddanych analizie nie była wypełniana z udziałem tłumacza. Cudzoziemcom przedkładano także do podpisu kwity depozytowe zawierające spis ich wszystkich rzeczy pozostawionych w depozycie (w tym biżuteria, pieniądze, telefony) bez obecności tłumacza. Formularze wypełnione były w języku polskim¹¹¹.

 **Ważne jest, aby nowo przybyli migranci byli poinformowani o swoich prawach w języku, który rozumieją. Powinno się im też systematycznie dostarczać dokument wyjaśniający procedurę, jaką się wobec nich stosuje oraz określający ich prawa w jasny i prosty sposób. Niniejszy dokument powinien być dostępny w językach najczęściej używanych przez pozbawionych wolności, a gdy to konieczne, należy się zwrócić do tłumacza¹¹².**

W kontekście zapewnionych warunków bytowych KMPT zwrócił uwagę, że pomieszczenia przeznaczone dla cudzoziemców oczekujących na weryfikację tożsamości w jednym z punktów¹¹³ wyposażone były w piętrowe łóżka metalowe, bez materacy – na łóżkach znajdowały się jedynie karimaty.

¹⁰⁸ Przejście graniczne w Medyce.

¹⁰⁹ Cudzoziemców przewożono do punktów weryfikacji utworzonych w PSG w Sanoku i w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Przemyślu.

¹¹⁰ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/kmpt/wizytacja-kmpt-w-placowkach-strazy-granicznej-w-kroscienku-korczowej-medyce-i-zosinie>

¹¹¹ Zob. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Pomieszczeń dla Osób Zatrzymanych Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej (KMP.572.1.2022.JJ).

¹¹² Zob. Wyciąg z Dziewiętnastego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (2009) 27, s. 84.

¹¹³ Punkt utworzony w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Przemyślu.

W pokojach panował znaczny bałagan, na podłodze leżały porozrzucone śmieci, w tym resztki jedzenia. Funkcjonariusze przekazali wizytującym, że śmieci sprząwane są kilka razy dziennie. Część przebywających tam osób narzekała na wyżywienie oraz brak dostępu do świeżego powietrza z uwagi na obowiązujący zakaz opuszczania budynku. Kobiety, umieszczone w osobnym skrzydle placówki, podnosiły problem braku środków higieny intymnej. Wizytujący stwierdzili, iż wszystkie niezbędne środki znajdowały się w magazynie, co wskazuje na niedostateczną komunikację pomiędzy cudzoziemcami i personelem jednostki.

POLICYJNE MIEJSCA ZATRZYMAŃ

W 2022 r. KMPT przeprowadził wizytacje 11 pomieszczeń dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, znajdujących się w jednostkach organizacyjnych Policji (dalej: PdOZ)¹¹⁴.

■ Dobre praktyki

- Stała obsada etatowa w PdOZ, składająca się z dwóch funkcjonariuszy Policji¹¹⁵;
- Dodatkowa weryfikacja przez funkcjonariusza pełniącego służbę w PdOZ, stanu zdrowia zatrzymanego przed jego osadzeniem, celem oceny potrzeby skierowania na konsultację lekarską¹¹⁶;
- Stosowanie mniej dolegliwych od kajdanek środków (takich jak techniki słowne i siła fizyczna), w reakcji na agresywne zachowania zatrzymanego¹¹⁷;
- Przystosowanie jednego z pomieszczeń w PdOZ do potrzeb badań medycznych (wyposażone ono było w łóżko, umywalkę oraz miejsce do wypełnienia dokumentacji medycznej)¹¹⁸.

■ Problemy systemowe

1. Brak odpowiedniej obsady w PdOZ

W obecnym stanie prawnym na kierowniku jednostki spoczywa obowiązek organizacji służby w taki sposób, aby w pomieszczeniu pełnił ją co najmniej jeden policjant¹¹⁹. W wizytowanych jednost-

¹¹⁴ PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Suwałkach (KMP.570.2.2022.MŻ), PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Kielcach (KMP.570.4.2022.MŻ), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Grodzisku Wielkopolskim (KMP.570.6.2022.MD), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Świebodzinie (KMP.570.7.2022.MŻ), PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Piotrkowie Trybunalskim (KMP.570.12.2022.AN), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Głogowie (KMP.570.10.2022.KK), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Płońsku (KMP.570.11.2022.JJ), PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Toruniu (KMP.570.17.2022.MD), PdOZ Komendy Wojewódzkiej Policji z siedzibą w Radomiu (KMP.570.13.2022.AN), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Krotoszynie (KMP.570.14.2022.RK), PdOZ Komendy Wojewódzkiej Policji w Krakowie (KMP.570.8.2022.AN).

¹¹⁵ PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Suwałkach (KMP.570.2.2022.MŻ), PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Kielcach (KMP.570.4.2022.MŻ).

¹¹⁶ PdOZ Komendy Wojewódzkiej Policji w Krakowie (KMP.570.8.2022.AN).

¹¹⁷ PdOZ Komendy Wojewódzkiej Policji w Krakowie (KMP.570.8.2022.AN).

¹¹⁸ PdOZ Komendy Wojewódzkiej Policji z siedzibą w Radomiu (KMP.570.13.2022.AN).

¹¹⁹ Zob. Zarządzenie nr 130 Komendanta Głównego Policji z dnia 7 sierpnia 2012 r. w sprawie metod i form wykonywania zadań w pomieszczeniu dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia (Dz. U. KGP z 2012 r., poz. 42 ze zm.), par. 2 ust. 2.

kach Policji nadzór nad osobami zatrzymanymi sprawował jeden funkcjonariusz, niezależnie od liczby osób przebywających w Izbie¹²⁰.

W ocenie KMPT jedna osoba nie jest jednak w stanie jednocześnie wykonywać obowiązków związanych z prowadzeniem dokumentacji, kontrolnych i związanych z realizacją praw osób zatrzymanych (np. umożliwianie wyjść do toalety). Utrudnione jest również efektywne reagowanie na ewentualne zdarzenia nadzwyczajne (np. podejmowane próby samobójcze). Taki sposób organizacji służby może być również niebezpieczny dla samego policjanta. Wyklucza bowiem możliwość wzajemnej asekuracji funkcjonariuszy i sprawnej reakcji na wypadek agresji fizycznej ze strony zatrzymanego.



CPT wskazuje, że wyodrębnienie wyspecjalizowanej grupy funkcjonariuszy, zajmującej się wyłącznie opieką nad osobami zatrzymanymi w areszcie policyjnym ma wiele zalet. Prowadzi m.in. do większej specjalizacji, profesjonalizmu i skuteczności funkcjonariuszy oraz zwiększenia poczucia odpowiedzialności za osoby znajdujące się w areszcie policyjnym. Taka praktyka może przyczynić się do przełamania poczucia solidarności w przypadku złego traktowania oraz wzmocnić zabezpieczenia proceduralne, które mają służyć ochronie przed taką praktyką. Funkcjonariusz może bowiem przykładowo sprawdzić przy przyjęciu, czy osoba zatrzymana została rzeczywiście poinformowana o wszystkich swoich prawach i czy są one dla niej zrozumiałe. Stanowi też pierwszą okazję dla osoby zatrzymanej do złożenia formalnej skargi przeciwko funkcjonariuszom zatrzymującym, na przykład w odniesieniu do nadmiernego użycia siły przy zatrzymaniu¹²¹.

2. Osadzanie w PdOZ osób zatrzymanych do wytrzeźwienia

Spora grupa osób umieszczanych w PdOZ to osoby zatrzymane do wytrzeźwienia¹²². Związane jest to z brakiem izb wytrzeźwień na terenie poszczególnych gmin lub ze zbyt małą liczbą miejsc w stosunku do faktycznych potrzeb. W efekcie osoby nietrzeźwe trafiają do policyjnych aresztów, a ciężar opieki i ewentualne ryzyko z tym związane spada na funkcjonariuszy Policji.

Tymczasem PdOZ nie są przygotowane do zapewnienia osobom zatrzymanym do wytrzeźwienia odpowiednich warunków i bezpieczeństwa. Poza badaniem lekarskim przed przyjęciem nie istnieje obecnie wymóg zapewnienia stałej opieki medycznej takim osobom. Brakuje zatem lekarza, który czuwałby nad trzeźwieniem osób zatrzymanych i fachowo kontrolował ich stan zdrowia. Odpowiedzialność za bezpieczeństwo takich osób spada więc na funkcjonariuszy Policji, którzy nie są do tej roli przygotowani i w sytuacjach podejrzenia pogorszenia stanu zdrowia mogą jedynie udzielić pierwszej pomocy przedmedycznej i wezwać zespół ratownictwa medycznego, licząc, iż interwencja nastąpi szybko i będzie skuteczna.

Problematyczna jest też sytuacja osób nietrzeźwych z zaburzeniami psychicznymi, wobec których podejmowane są policyjne interwencje. Zdarzają się przypadki, gdy oddziały psychiatryczne odmawiają

¹²⁰ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Głogowie (KMP.570.10.2022.KK), PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Piotrkowie Trybunalskim (KMP.570.12.2022.AN).

¹²¹ Zob. Dwudziesty Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2019) 9, par. 83-85.

¹²² Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Kielcach (KMP.570.4.2022.MŻ), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Płońsku (KMP.570.11.2022.JJ).

hospitalizacji takich osób z uwagi na stan nietrzeźwości i do czasu wytrzeźwienia muszą one przebywać w PdOZ¹²³. A policyjne miejsca zatrzymań nie są podmiotami leczniczymi i nie dysponują zasobami ludzkimi i warunkami, które umożliwiają zapewnienie takim osobom optymalnej opieki i fachowej pomocy psychiatrycznej. Pobyt takich osób w PdOZ zwiększa ryzyko wystąpienia niewłaściwych zachowań i stanowi zagrożenie zarówno dla zatrzymanych, jak i funkcjonariuszy.



W ocenie KMPT obecne systemowe rozwiązanie opieki nad osobami nietrzeźwymi nie zapewnia im odpowiedniej ochrony zdrowia i wymaga zmiany. Zgodnie z zaleceniem SPT, Polska powinna wprowadzić system gwarantujący osobom przebywającym w PdOZ i wymagającym leczenia (w tym pomocy psychiatrycznej) szybki dostęp do takiego bezpłatnego leczenia¹²⁴.

3. Brak badania lekarskiego wszystkich osób zatrzymanych

Osoby zatrzymane przed osadzeniem w PdOZ są poddawane badaniom lekarskim na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych¹²⁵. Nie przewiduje ono konieczności badania wszystkich osób zatrzymanych. Z tego też względu część osób trafiających do PdOZ nie jest takiemu badaniu poddawana.

W ocenie KMPT badaniu medycznemu powinny być poddawane wszystkie osoby zatrzymane przez Policję. Takie badanie stanowi bowiem podstawową gwarancję prewencji tortur oraz chroni funkcjonariuszy przed zarzutami dotyczącymi traktowania osób pozostających pod ich pieczę. Z kolei świadomość ujawnienia obrażeń oraz ich udokumentowanie przez personel medyczny pełni funkcję odstraszającą, co może zapobiec również nieuzasadnionemu lub nieproporcjonalnemu stosowaniu środków przymusu bezpośredniego. Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie zwracał już uwagę na konieczność wprowadzenia obowiązku przeprowadzania badań lekarskich każdej osoby zatrzymanej przez funkcjonariuszy Policji¹²⁶. Również SPT rekomenduje Polsce zapewnienie profilaktycznych badań medycznych wszystkich osób zatrzymanych przez Policję¹²⁷.



SPT, CAT i Rada Powiernicza Dobrowolnego Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur podkreślają, że pracownicy służby zdrowia odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu torturom, karaniu sprawców i wspieraniu ofiar. Często bowiem jako pierwsi wykrywają oznaki tortur. Dzięki możliwości dokładnego kontrolowania i obserwowania stanu fizycznego i psychicznego osób pozbawionych wolności znajdują się w ważnej pozycji, aby zapobiegać i zgłaszać wszelkie formy tortur oraz zapewnić ofiarom opiekę zdrowotną. Dokumentowanie tortur jest bowiem często warunkiem wstępnym uzyskania sprawiedliwości, azylu, rehabilitacji, opieki oraz może mieć działanie terapeutyczne

¹²³ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Głogowie (KMP.570.10.2022.KK), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Krotoszynie (KMP.570.14.2022.RK).

¹²⁴ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 54.

¹²⁵ Zob. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 13 września 2012 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję (Dz. U. z 2012 r., poz. 1102 ze zm.).

¹²⁶ Zob. m.in. Raporty roczne RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur za lata 2019, 2020, 2021.

¹²⁷ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 53 i 55.

w uznawaniu doświadczeń ofiar. Państwa muszą zatem zapewnić wszystkim osobom pozbawionym wolności badania lekarskie natychmiast po zatrzymaniu¹²⁸.

4. Dostęp do pomocy prawnej od czasu zatrzymania

W Polsce nie funkcjonuje system pomocy prawnej, który umożliwiałby każdemu zatrzymanemu bezpłatny kontakt z adwokatem lub radcą prawnym bezpośrednio po zatrzymaniu. A właśnie w okresie następującym bezpośrednio po pozbawieniu wolności ryzyko tortur i złego traktowania jest największe.

Zgodnie z polskim prawem wnioski o przyznanie obrońcy z urzędu można złożyć dopiero po pierwszym przesłuchaniu w charakterze podejrzanego. Do czasu wyznaczenia obrońcy z urzędu i jego pierwszego kontaktu z klientem funkcjonariusze realizują z zatrzymanym czynności służbowe (rozpytania, przesłuchania i inne czynności procesowe), co w połączeniu z brakiem innych zabezpieczeń (takich jak obowiązkowe badanie medyczne po zatrzymaniu i brak rejestracji obrazu oraz dźwięku z przesłuchania) sprzyja torturom. Szczególnie trudna jest sytuacja osób mniej zamożnych, których nie stać na zaangażowanie obrońcy z wyboru. Takie osoby są de facto pozbawione pomocy prawnej na początkowym etapie postępowania karnego.

Kontakt z niezależnym, profesjonalnym pełnomocnikiem stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych i innych przysługujących zatrzymanemu uprawnień, sprzyja rzetelności i jakości postępowania karnego oraz chroni samych funkcjonariuszy na wypadek pomówień dotyczących metod ich pracy.



Problem ten został dostrzeżony również przez instytucje międzynarodowe i był przedmiotem zaleceń wydanych Polsce przez CAT¹²⁹, SPT¹³⁰ i CPT¹³¹.

Również zgodnie z dyrektywami Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Polska ma obowiązek zapewnienia obywatelom Unii Europejskiej, przebywającym na jej terytorium, bezpłatnej pomocy prawnej z urzędu, przed pierwszym przesłuchaniem przez Policję lub inny organ i przed przeprowadzeniem czynności dochodzeniowo-śledczych lub dowodowych¹³².

¹²⁸ Zob. Wspólne Oświadczenie Komitetu ONZ Przeciwko Torturom (CAT), Podkomitetu ds. Prewencji Tortur (SPT) i Rady Powierniczej Dobrowolnego Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur z dnia 26 czerwca 2022 r., z okazji Międzynarodowego Dnia Pomocy Ofiarom Tortur. Dostępne na stronie: <https://www.ohchr.org/en/statements/2022/06/un-experts-healthcare-professionals-are-essential-torture-prevention>

¹²⁹ Zob. Uwagi końcowe Komitetu Przeciwko Torturom dotyczące siódmego raportu okresowego Polski, CAT/C/POL/CO/7, par. 15 pkt a), par. 16 pkt a).

¹³⁰ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 51-52.

¹³¹ Zob. Raporty CPT z wizyt w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 25 oraz w 2019 r., CPT/Inf (2020) 31, par. 19, 21-22.

¹³² Zob. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/1919 z dnia 26 października 2016 r. w sprawie pomocy prawnej z urzędu dla podejrzanych i oskarżonych w postępowaniu karnym oraz dla osób, których dotyczy wnioski w postępowaniu dotyczącym europejskiego nakazu aresztowania (Dz. U. UE. L. 2016 nr 297, s. 1 ze zm.) oraz Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2013/48/UE z dnia 22 października 2013 r. w sprawie prawa dostępu do adwokata w postępowaniu karnym i w postępowaniu dotyczącym europejskiego nakazu aresztowania oraz w sprawie prawa do poinformowania osoby trzeciej o pozbawieniu wolności i prawa do porozumiewania się z osobami trzecimi i organami konsularnymi w czasie pozbawienia wolności (Dz. U. UE. L. 2013 nr 294, s. 1).

Powyższy problem był już sygnalizowany Ministrowi Sprawiedliwości przez Rzecznika Praw Obywatelskich, co omówione zostało w rozdziale „Działania doradcze”.

5. Brak placów spacerowych w PdOZ

KMPT w poprzednich latach odnotowywał w swoich sprawozdaniach, że PdOZ zwykle nie posiadały placów spacerowych, a w tych jednostkach, gdzie były one zlokalizowane, nie były wykorzystywane¹³³. Związane jest to z konstrukcją przepisów dotyczących PdOZ. Nie przewidują one w PdOZ placu spacerowego, a osoby zatrzymane nie mają przyznanego prawa do spaceru.



Na problem ten od wielu lat zwraca uwagę CPT, który zalecił Polsce zapewnienie, by wszystkie osoby przetrzymywane w areszcie policyjnym przez okres 24 godzin lub dłużej miały możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu¹³⁴.

Również SPT zalecił Polsce, by zapewniła wszystkim osobom zatrzymanym przez Policję możliwość spędzania czasu poza celami, w tym na wykonywanie ćwiczeń fizycznych i dostęp do świeżego powietrza przez co najmniej godzinę dziennie¹³⁵.

Konieczna jest więc zmiana przepisów odnoszących się do PdOZ i dostosowanie infrastruktury jednostek organizacyjnych Policji do standardów międzynarodowych. Ponadto należy zwiększyć obsadę policyjnych miejsc zatrzymań, tak by w praktyce możliwe było umożliwienie zatrzymanym skorzystania ze spaceru, zapewnienie bezpieczeństwa i wykonywania innych bieżących zadań bez uszczerbku dla praw osób osadzonych.

Place spacerowe powinny być też odpowiednio wyposażone. Najlepiej, by posiadały odpowiedni sprzęt do ćwiczeń, ławki, ochronę na wypadek złych warunków atmosferycznych oraz uwzględniały potrzeby i ograniczenia osób z niepełnosprawnościami i o ograniczonej sprawności fizycznej. Powinny być też wyposażone w system monitoringu wizyjnego dla celów ochronnych, a funkcjonariusze sprawujący nadzór nad osobą zatrzymaną powinni być wyposażeni w kamery noszone na mundurze¹³⁶.

6. Brak środków prawnych służących ochronie sędziów

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

W przepisach brak jest jednak odpowiednich procedur, które zapewniałyby funkcjonariuszom poufny i bezpieczny sposób raportowania o przypadkach złego traktowania ze strony innych policjantów. Teoretycznie funkcjonariusz może poinformować o ewentualnym uchybieniu bezpośredniego

¹³³ Zob. przykładowo Raport roczny KMPT za 2019 r., s. 71, Raport z wizytacji KMPT w PdOZ KMP we Włocławku przeprowadzonej w dniu 22 listopada 2018 r. (KMP.570.29.2018.RK).

¹³⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 33.

¹³⁵ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 66–67.

¹³⁶ Zob. Raport tematyczny KMPT pt. „Prawa człowieka w miejscach izolacji. Jak Polska wdraża w praktyce zalecenia międzynarodowych organów ds. zapobiegania torturom (CPT i SPT)”, opublikowany w 2022 r., par. 35.

przełożonego lub napisać notatkę służbową. Taki sposób raportowania sprawia jednak, że policjanci obawiają się, iż ich działanie zostanie uznane za nielojalne i poniosą za to konsekwencje. W efekcie wiele przypadków złego traktowania zatrzymanych może nie zostać zgłoszonych. Sprzyja to poczuciu bezkarności i łamaniu praw człowieka.



CPT zalecił Polsce przyjęcie środków służących ochronie sygnalistów w Policji¹³⁷. Konieczność ich ochrony podkreślają również Komitet Ministrów Rady Europy¹³⁸, Parlament Europejski¹³⁹ i organizacje pozarządowe.

O braku odpowiednich rozwiązań prawnych dotyczących sygnalistów w służbach mundurowych i specjalnych Rzecznik Praw Obywatelskich informował Premiera¹⁴⁰ oraz, w kontekście funkcjonariuszy Policji, Marszałka Senatu¹⁴¹.

W odpowiedzi na wystąpienie, Mariusz Kamiński Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji poinformował Rzecznika, że możliwość objęcia statusem sygnalisty funkcjonariuszy tych służb zostanie poddana analizie w trakcie prac nad projektem ustawy wdrażającej do polskiego systemu prawnego dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1937 z dnia 23 października 2019 r. w sprawie ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa Unii. Kluczowe w tej kwestii mają być działania i propozycje ministra właściwego do spraw pracy, nie zaś zapisy dotyczące statusu sygnalisty ujęte w projekcie ustawy o jawności życia publicznego¹⁴².

Projekt ustawy zgłoszony przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej znajduje się obecnie na etapie prac legislacyjnych. Według najnowszej wersji projektu z dnia 5 stycznia 2023 r. ustawa ma mieć zastosowanie również do funkcjonariuszy Policji (art. 4 ust. 1 pkt 11 projektu)¹⁴³.

■ Obszary wymagające poprawy

1. Traktowanie osób z zaburzeniami psychicznymi

KMPT widzi potrzebę udoskonalenia metod działania funkcjonariuszy w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi.

¹³⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2013 r., CPT/Inf (2014) 21, par. 24. Zob. również Dwudziesty Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2019) 9, par. 71.

¹³⁸ Zob. Protection of whistleblowers: recommendation CM/Rec (2014)7 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 30 April 2014 and explanatory memorandum.

¹³⁹ Zob. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 24 października 2017 r. w sprawie uzasadnionych środków ochrony sygnalistów działających w interesie publicznym podczas ujawniania poufnych informacji posiadanych przez przedsiębiorstwa i organy publiczne (2016/2224(INI)).

¹⁴⁰ Zob. Wystąpienie generalne RPO z 16 kwietnia 2018 r. (KMP.570.1.2018.RK).

¹⁴¹ Zob. Wystąpienie generalne RPO z 29 czerwca 2021 r. (KMP.071.4.2021).

¹⁴² Zob. Pismo z dnia 21 września 2021 r. (DBN.WP.3581.5.4.2020.GG(25)).

¹⁴³ Zob. Projekt ustawy o ochronie osób zgłaszających naruszenia prawa z dnia 5 stycznia 2013 r., nr z wykazu UC101.

W jednym z PdOZ zatrzymany po doprowadzeniu na miejsce przez funkcjonariuszy zaczął uderzać w ścianę głową i barkiem. Interweniujący policjanci obezwładnili go i ułożyli na podłodze, na brzuchu. Z uwagi na fakt, że zatrzymany dalej stawiał opór, początkowo nie powiodła się próba założenia mu kasku zabezpieczającego. Mężczyzna został skuty kajdankami zespolonymi z rękami zapiętymi z tyłu. Dwóch policjantów próbowało go przenieść (jeden z nich trzymał łańcuch przy stopach mężczyzny, nie zabezpieczając jednak kończyn).

Po kolejnym ataku agresji zatrzymany znalazł się ponownie na podłodze. Leżał w nienaturalnej pozycji (tors i głowę miał odwróconą w kierunku podłogi, natomiast kończyny dolne oraz dolną część tułowia, miał ułożoną bokiem). Ręce zostały skrępowane na plecach zatrzymanego. Założono mu też kask obezwładniający.

W trakcie krępowania zatrzymany stawiał opór, przekręcił się na brzuch i szarpał się. Jeden z funkcjonariuszy dociskał kolanem do podłoża tułów mężczyzny, drugi dociskał mu rękę na wysokości stawu łokciowego. Trzeci z policjantów zabezpieczał mężczyznę na wysokości szyi (na nagraniu monitoringu widać było, że znajdowało się tam kolano funkcjonariusza, trudno było jednak stwierdzić, czy zatrzymany był nim dociskany do podłoża).

Zatrzymany mężczyzna został zabrany z terenu PdOZ przez Zespół Ratownictwa Medycznego. Opuszczając PdOZ, nie miał butów i był ubrany jedynie w bokserki. Był skrępowany kajdankami zespolonymi z rękami zapiętymi z tyłu. Po ponad dwóch godzinach powrócił do PdOZ identycznie ubrany i zakuty w kajdanki¹⁴⁴.

KMPT uważa, że:

- konwojowanie zatrzymanego bez obuwia i w samej bieliźnie narusza jego godność i stanowi poniżające traktowanie;
- równoczesne krępowanie rąk i nóg zatrzymanego z tyłu jest sprzeczne z międzynarodowymi standardami praw człowieka, może zagrażać jego zdrowiu i naruszać zakaz tortur i innego okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania;
- stosowanie techniki transportowej polegającej na użyciu do tego celu jedynie łańcuchów przy kajdankach zespolonych, przy jednoczesnym braku zabezpieczenia kończyn zatrzymanego, jest niebezpieczne. W tej pozycji szczególnie narażone na urazy mogą być bowiem stawy osoby transportowanej;
- stosowanie techniki przytrzymywania osoby leżącej na brzuchu przez dociskanie jej kolanami do podłoża nie jest techniką samą w sobie, a tylko środkiem do osiągnięcia innego celu (np. założenia kajdanek i zabezpieczenia osoby do przyjazdu karetki pogotowia). Policjant musi zatem wiedzieć, jaki cel chce osiągnąć, i mieć plan działania. Sposoby kontroli zatrzymanego, muszą przede wszystkim uwzględniać jego bezpieczeństwo¹⁴⁵;
- przy długotrwałym dociskaniu osoby leżącej na brzuchu może dojść do zatrzymania krążenia na skutek uduszenia, co jest spowodowane uniemożliwieniem wykonywania ruchów oddechowych klatki piersiowej. Intensywność i czas dociskania do podłoża muszą być takie,

¹⁴⁴ Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Piotrkowie Trybunalskim (KMP.570.12.2022.AN).

¹⁴⁵ Zob. J. Berent, P. Gałęcki, R. Kubiak, A. Smędra, Interwencje Policji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, Łódź 2021, s. 7. Opracowana na zlecenie KMPT ekspertyza i broszura dostępna jest pod adresem: <https://bip.brpo.gov.pl/content/broszura-kmpt-interwencje-policji-zaburzenia-psychiczne>

aby móc kontrolować obezwładnianego, jednak przede wszystkim też takie, aby osoba ta mogła oddychać. Stąd też nie mogą być ani nadmiernie silne, ani nadmiernie długie¹⁴⁶.



Zgodnie z podręcznikiem ONZ dotyczącym użycia siły w organach ścigania, krępowanie rąk i nóg razem z tyłu, nie powinno być stosowane ze względu na niepotrzebny dyskomfort i cierpienie, jakie powoduje, a także ryzyko uduszenia. Taka praktyka może stanowić okrutne, nieludzkie i poniżające traktowanie albo karanie¹⁴⁷.

CPT uważa krępowanie zatrzymanego w pozycji nadmiernie rozciągniętej za pomocą kajdanek zakładanych na ręce i kostki, połączonych ze sobą za plecami (tzw. pozycja bananowa) za niedopuszczalne. Funkcjonariusze powinni być przeszkoleni w zakresie stosowania innych, mniej niebezpiecznych metod kontrolowania osób zatrzymanych, które stanowią zagrożenie dla siebie lub innych, takich jak ręczne techniki kontroli¹⁴⁸.

2. Odbieranie okularów i sprzętu ortopedycznego

W zwizytowanych jednostkach policyjnych zdarzały się sytuacje, gdy zatrzymanym w PdOZ były odbierane okulary i sprzęt ortopedyczny (np. kule)¹⁴⁹. Zatrzymani otrzymywali je jedynie w celu skorzystania z toalety. Praktyka ta miała być podyktowana względami bezpieczeństwa, a powyższe przedmioty zostały uznane za potencjalnie niebezpieczne.

Zdaniem KMPT taka praktyka stanowi nadmierny środek ochronny, powodujący dyskomfort i mogący upokarzać. Odebranie sprzętu ortopedycznego zmniejsza bowiem możliwość ruchu i sprawia, że człowiek jest bardziej zależny od innych, co niepotrzebnie potęguje stres i dolegliwość wynikającą z samego faktu prawnej izolacji. Problematyczne może być podstawowe funkcjonowanie, w tym samo poruszanie się po terenie PdOZ (w tym w obrębie pokoju) i skorzystanie z instalacji przywoławczej, która znajduje się przy drzwiach, a tym samym zasygnalizowanie swoich potrzeb (np. w przypadku pogorszenia stanu zdrowia lub chęci skorzystania z toalety). Z kolei brak okularów utrudnia zapoznanie się z podstawowymi prawami i informacjami udostępnionymi zatrzymanym, takimi jak regulamin PdOZ, wykaz instytucji stojących na straży praw człowieka, lista adwokatów i radców prawnych, otrzymane pouczenia.

KMPT rekomenduje umożliwienie zatrzymanym posiadania przy sobie okularów i sprzętu umożliwiającego samodzielne poruszanie się (takich jak np. protezy, wózki i kule ortopedyczne). W sytuacjach indywidualnych, uzasadniających odebranie takiego sprzętu (np. gdy zatrzymany zagraża sobie lub innym, niszczy za jego pomocą mienie Policji, albo z oceny ryzyka w indywidualnym przypadku wynika, że takie zdarzenie jest bardzo prawdopodobne) należy precyzyjnie udokumentować powód jego odebrania w książce przebiegu służby.

¹⁴⁶ Tamże, s. 8.

¹⁴⁷ Zob. „Resource book on the use of force and firearms in law enforcement, Criminal Justice Handbook Series”, United Nations publication issued by the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) and the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), New York 2017, s. 84. Dostępny na stronie: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/resource-book-use-force-and-firearms-law>

¹⁴⁸ Zob. Raport CPT z wizyty na Słowenii w 2006 r., CPT/Inf (2008) 7, par. 11.

¹⁴⁹ Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Piotrkowie Trybunalskim (KMP.570.12.2022.AN), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Krotoszynie (KMP.570.14.2022.RK).



Zgodnie ze standardami promowanymi przez ONZ, osoby z niepełnosprawnościami, które poruszają się w asyście psa przewodnika lub przy pomocy: wózków, kul, lasek oraz innych sprzętów, które umożliwiają im mobilność i właściwe funkcjonowanie, nie powinny być pozbawiane dostępu do nich zarówno w trakcie konwoju, jak i w policyjnych miejscach zatrzymań¹⁵⁰.

ETPC w wyroku *Slyusarev przeciwko Rosji* wskazał, iż pewne formy zgodnego z prawem traktowania lub karania – na przykład pozbawienie wolności – mogą wiązać się z nieuniknionym elementem cierpienia lub upokorzenia. Jednakże, zgodnie z artykułem 3 Konwencji, państwa muszą zapewnić, aby osoba była przetrzymywana w warunkach dających się pogodzić z poszanowaniem jej godności ludzkiej oraz aby, biorąc pod uwagę praktyczne wymogi pozbawienia wolności, jej zdrowie i dobro były odpowiednio zabezpieczone. Trybunał wskazał także, iż odebranie skarżącemu okularów w trakcie pozbawienia wolności uniemożliwiło normalne pisanie i czytanie. Stan ten musiał także wywołać wiele niepokoju oraz poczucie niepewności i bezradności. Trybunał uznał, że traktowanie mężczyzny przez funkcjonariuszy Policji wypełniło znamiona poniżającego traktowania, a tym samym naruszyło art. 3 Konwencji¹⁵¹.

Z kolei w wyroku *Jasinskis przeciwko Łotwie* EPTC podkreślił, że w przypadku osób z niepełnosprawnościami, które zostały pozbawione wolności, należy zadbać o to, aby warunki pozbawienia wolności odpowiadały ich szczególnym potrzebom, co jest szczególnie istotne w świetle prawa międzynarodowego, a zwłaszcza Konwencji ONZ o prawach osób z niepełnosprawnościami¹⁵².

3. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego

KMPT widzi potrzebę zmiany praktyki w używaniu kajdanek wobec osób zatrzymanych. Często ich prewencyjne użycie stosowane jest automatycznie, bez dokonania indywidualnej oceny ryzyka, w konkretnym przypadku. A nie w każdej sytuacji ich użycie jest potrzebne i adekwatne do rzeczywistego zagrożenia stwarzanego przez osobę zatrzymaną. Szczególnie w sytuacji, gdy nie stawia ona oporu, nie jest agresywna, towarzyszy jej kilku funkcjonariuszy Policji i znajduje się w bezpiecznym miejscu (np. w zamkniętym pojeździe policyjnym lub budynku jednostki Policji dysponującym specjalnymi zabezpieczeniami ochronnymi).

W jednym PdOZ policjanci zakładali zatrzymanym kajdanki na korytarzu, po wyjściu z pokoju, mimo iż w pobliżu było obecnych trzech funkcjonariuszy, a aby wyjść z terenu PdOZ, należało otworzyć kilka par drzwi za pomocą klucza lub karty magnetycznej. Ryzyko ucieczki praktycznie więc nie istniało, a zachowanie zatrzymanego nie uzasadniało prewencyjnego stosowania kajdanek¹⁵³.

W przypadku innej jednostki zatrzymani, przebywając poza terenem PdOZ (np. podczas czynności procesowych na terenie jednostki Policji), byli obligatoryjnie zakuwani w kajdanki zakładane na ręce z tyłu. W ten sposób byli również konwojowani¹⁵⁴.

¹⁵⁰ Zob. Wytyczne pt. "For Inclusive Quality Police Services for Persons with Disabilities: 10 areas of action" z 2021 r.

¹⁵¹ Wyrok ETPC z dnia 20 kwietnia 2010 r. w sprawie *Slyusarev przeciwko Rosji*, skarga nr 60333/00.

¹⁵² Wyrok ETPC z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie *Jasinskis przeciwko Łotwie*, skarga nr 45744/08.

¹⁵³ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Grodzisku Wielkopolskim (KMP.570.6.2022.MD).

¹⁵⁴ Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Kielcach (KMP.570.4.2022.MŻ).

KMPT podkreśla, że kajdanki stanowią inwazyjny środek przymusu bezpośredniego. Mogą być wykorzystywane jako narzędzie represji, zastraszania, a nawet być formą tortury. Mogą też stygmatyzować społecznie, gdy zatrzymanie odbywa się na oczach osób postronnych. Ponadto w niektórych sytuacjach ich użycie może być niebezpieczne, np. gdy:

- są one mocno zaciśnięte – może dojść wówczas do uszkodzeń kończyny¹⁵⁵, obtarć i niepotrzebnego cierpienia; mogą też pogłębić uszkodzenia ciała lub dolegliwości fizyczne i zdrowotne, które poprzedzają zatrzymanie lub są jego następstwem¹⁵⁶,
- są one zakładane na ręce skute z tyłu – ograniczają one ruchy bardziej niż kajdanki zakładane na ręce z przodu i zwiększają ryzyko nadmiernego rozciągnięcia i związanych z tym urazów nerwów/mięśni¹⁵⁷,
- są one używane w czasie transportu – ograniczają zdolność zatrzymanego do ochrony przed upadkiem w sytuacji, gdy pojazd hamuje lub ulegnie wypadkowi¹⁵⁸,
- używane są kajdanki zespolone – gdy ręce i nogi są unieruchamiane jednocześnie, istnieje zwiększone ryzyko obrażeń spowodowanych upadkiem, ponieważ poziom ograniczenia może hamować zdolność danej osoby do powstrzymania upadku i własnej ochrony (zwłaszcza głowy). Ryzyko to wzrasta, gdy ręce są skrępowane za plecami¹⁵⁹. Z tego też względu nawet jeśli dana osoba stwarza wysokie ryzyko, tego typu kajdanki nie powinny być używane w kontrolowanym środowisku (np. na sali sądowej)¹⁶⁰.



Z powyższych względów kajdanki nie powinny być profilaktycznie stosowane wobec wszystkich osób zatrzymanych, a tylko wtedy, gdy wyraźnie uzasadnia to ocena ryzyka w indywidualnym przypadku. Z kolei w tych sytuacjach, gdy ich użycie jest niezbędne, nie powinny być one zapięte zbyt mocno i powinny być zdejmowane tak szybko jak to możliwe.

Należy unikać stosowania kajdanek na ręce skute z tyłu, kajdanek zespolonych i kajdanek jako takich w czasie transportu. Zatrzymani powinni być przewożeni w bezpiecznych pojazdach, co ograniczy konieczność stosowania tego środka przymusu bezpośredniego.

Policjanci powinni wypracować odpowiednie rozwiązania taktyczne i zasady wzajemnej asekuracji na wypadek agresji lub próby ucieczki zatrzymanego, tak by profilaktyczne stosowanie kajdanek nie było co do zasady konieczne, a ich użycie miało charakter wyjątkowy.

Problem ten sygnalizowany był Polsce również przez SPT¹⁶¹ i CPT¹⁶².

¹⁵⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2019 r., CPT/Inf (2020) 31, par. 17 i przypis 17.

¹⁵⁶ Zob. Handcuffs and Other Instruments of Restraint in Court Hearings. Practical guidelines and international standards, Omega Research Foundation, UNODC i CNJ, opublikowany w 2022 r., s. 29.

¹⁵⁷ Tamże, s. 44.

¹⁵⁸ Zob. Essex paper 3 Initial guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules, Penal Reform International Head Office i Human Rights Centre University of Essex, opublikowany w 2021 r., s. 57.

¹⁵⁹ Zob. Handcuffs and Other Instruments of Restraint in Court Hearings. Practical guidelines and international standards, s. 45 i 47.

¹⁶⁰ Tamże, s. 38.

¹⁶¹ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 68 i 69.

¹⁶² Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2019 r., CPT/Inf (2020) 31, par. 17 i przypis 17.



SPT zaleca w swoich sprawozdaniach, by metody ograniczające nakładane na zatrzymanych były jak najmniej inwazyjne i stosowane po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka zagrożenia. Żadna osoba nie powinna być zakuta w kajdanki bez ważnego powodu związanego z bezpieczeństwem¹⁶³.

4. Kontrola osobista

Zdarzały się przypadki, gdy kontroli osobistej były poddawane wszystkie osoby zatrzymane przed ich osadzeniem w PdOZ¹⁶⁴.

W ocenie KMPT taka forma kontroli nie powinna być stosowana rutynowo wobec wszystkich osób, a tylko w wyjątkowych przypadkach, uzasadnionych specyfiką danej sytuacji i po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka¹⁶⁵. Obligatoryjne jest bowiem jedynie sprawdzenie prewencyjne, które polega m.in. na manualnym sprawdzeniu osoby, zawartości jej odzieży oraz przedmiotów znajdujących się na jej ciele lub przez nią posiadanych¹⁶⁶.

Osoby poddawane kontroli osobistej powinny być pouczone o prawie do żądania sporządzenia protokołu z przeprowadzonej kontroli osobistej i przysługującym prawie do złożenia zażalenia na zasadność, legalność oraz prawidłowość dokonania takiej kontroli¹⁶⁷. Przełożeni powinni systematycznie przypominać podwładnym funkcjonariuszom o tym obowiązku, gdyż zdarzały się sytuacje, gdy zatrzymani nie byli pouczeni o tych prawach.

KMPT odnotował też przypadki, gdy kontrola osobista osób zatrzymanych miała charakter jednoetapowy (osoba zatrzymana musiała rozebrać się do naga przed funkcjonariuszem i wykonać przysiad). Taka praktyka jest upokarzająca. Jest też niezgodna z ustawą o Policji¹⁶⁸ i zaleceniami CPT¹⁶⁹.

W jednej jednostce kontrola osobista była przeprowadzana na korytarzu w PdOZ, w miejscu odgrodzonym kratą i nieposiadającym przy tym żadnej osłony¹⁷⁰. W praktyce więc czynność tę mogli obserwować inni funkcjonariusze niebiorący w niej udziału.

Takie praktyki są niedopuszczalne i powinny zostać wyeliminowane. Kontrola osobista jest bowiem środkiem bardzo inwazyjnym i potencjalnie poniżającym. Z tego też względu należy podjąć kroki, aby zminimalizować zakłopotanie wynikające z charakteru tej czynności.

¹⁶³ Zob. Raport SPT z wizyty w Wielkiej Brytanii w 2019 r., CAT/OP/GBR/ROSP/1, par. 105-106, Raport SPT z wizyty w Belize w 2018 r., CAT/OP/BLZ/1, par. 70-71, Raport SPT z wizyty w Nowej Zelandii w 2013 r., CAT/OP/NZL/1, par. 110-112, Raport SPT z wizyty w Beninie w 2011 r., CAT/OP/BEN/1, par. 107.

¹⁶⁴ Zob. PdOZ Komendy Wojewódzkiej Policji w Krakowie (KMP.570.8.2022.AN), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Głogowie (KMP.570.10.2022.KK).

¹⁶⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Czechach w 2018 r., CPT/Inf (2019) 23, par. 31, Raport CPT z wizyty w Łotwie, CPT/Inf (2017) 16, par. 37.

¹⁶⁶ Zob. par. 5 ust. 2 Regulaminu pobytu osób w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia. Pełen zakres sprawdzenia prewencyjnego wynika z art. 15g ust. 1 i 3 ustawy o Policji. Jedynie w przypadku, gdy w stosunku do osób zatrzymanych lub osób doprowadzanych w celu wytrzeźwienia zaistniały przesłanki, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 5 ustawy, dokonuje się kontroli osobistej na zasadach i w sposób określony w art. 15d ustawy.

¹⁶⁷ Zob. art. 15d ust. 9 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2023 r., poz. 171).

¹⁶⁸ Zob. art. 15d ust. 2 ustawy o Policji.

¹⁶⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2013 r., CPT/Inf (2014) 21, par. 106, Raport CPT z wizyty w Rumunii w 2021 r., CPT/Inf (2022) 06, par. 52, Raport CPT z wizyty w Niemczech w 2020 r., CPT/Inf (2022) 18, par. 30, Raport CPT z wizyty w Norwegii w 2018 r., CPT/Inf (2019) 1, par. 37.

¹⁷⁰ Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Suwałkach (KMP.570.2.2022.MŻ).



Kontrola osobista powinna być zawsze przeprowadzana w miejscu zapewniającym intymność, niedostępnym dla innych osób, poza biorącymi udział w tej czynności. Ponadto powinna być realizowana w sposób etapowy – po zdjęciu jednej z partii odzieży (górnej lub dolnej), kontrolowany powinien mieć możliwość ubrania się i dopiero potem zdjęcia kolejnej części odzieży do kontroli.

W czasie kontroli osobistej powinno być obecnych dwóch funkcjonariuszy tej samej płci co kontrolowany, celem wzajemnej asekuracji i zapewnienia bezpieczeństwa¹⁷¹.

5. Powiadomienie o zatrzymaniu

Policjanci co do zasady informowali o fakcie zatrzymania wskazane osoby. Czynność ta odbywała się wyłącznie za pośrednictwem funkcjonariuszy, nie było możliwości, by osoba zatrzymana sama wykonała połączenie telefoniczne¹⁷².

Taka postawa nie zawsze jest uzasadniona i konieczna. Policjanci powinni więc rozważyć, czy w konkretnym przypadku takie obostrzenie jest rzeczywiście potrzebne. W ocenie KMPT prymat powinno mieć powiadomienie dokonywane bezpośrednio przez osobę zatrzymaną. Dopiero w sytuacjach szczególnych czynność ta powinna być realizowana za pośrednictwem funkcjonariusza.

Problematyczne były również sytuacje, gdy zatrzymany nie pamiętał numeru telefonu osoby, którą chciał zawiadomić, a był on zapisany w pamięci telefonu zdeponowanego w policyjnym depozycie¹⁷³. Zatrzymany nie mógł bowiem mieć do niego dostępu w czasie pobytu w PdOZ, a mimo to wymagano od niego podania danych osoby i jej numeru telefonu. W praktyce więc realizacja przysługującego zatrzymanemu prawa napotykała poważne utrudnienia.



Zgodnie z Rezolucją Zgromadzenia Ogólnego ONZ – Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie zatrzymania lub uwięzienia, niezwłocznie po zatrzymaniu oraz po każdym przeniesieniu z jednego miejsca aresztowania lub uwięzienia do innego, osoba aresztowana lub uwięziona będzie uprawniona powiadomić, bądź też domagać się od właściwego organu powiadomienia członków jej rodziny lub innych właściwych osób według swojego wyboru, o jej zatrzymaniu, aresztowaniu lub uwięzieniu, bądź o przeniesieniu i o miejscu, w którym jest przetrzymywana (Zasada 16.1).

6. Dostęp do opieki medycznej i poufność badań medycznych

W jednym z PdOZ u zatrzymanego chorującego na cukrzycę doszło do hipoglikemii. Zgłosił on funkcjonariuszom drżenie rąk, zawroty głowy i ogólne osłabienie. W związku ze zgłoszonym przez osadzonego złym samopoczuciem i koniecznością przyjmowania przez niego leków, funkcjonariusze udali się do jego miejsca zamieszkania celem pobrania niezbędnych środków farmakologicznych. Nie wezwano jednak na miejsce służb ratunkowych, aby zweryfikować stan zdrowia zatrzymanego¹⁷⁴.

¹⁷¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Łotwie w 2016 r., CPT/Inf (2017) 16, par. 37.

¹⁷² Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Kielcach (KMP.570.4.2022.MŻ), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Świebodzinie (KMP.570.7.2022.MŻ).

¹⁷³ Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Piotrkowie Trybunalskim (KMP.570.12.2022.AN).

¹⁷⁴ Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Suwałkach (KMP.570.2.2022.MŻ).

KMPT rekomenduje, by w przypadkach pogarszającego się stanu zdrowia zatrzymanego niezwłocznie wezwać pogotowie ratunkowe, celem podjęcia czynności medycznych i oceny ogólnego stanu zdrowia oraz ustalenia, czy zatrzymany może w dalszym ciągu przebywać w PdOZ.



Warto podkreślić, że od momentu faktycznego pozbawienia wolności osoby do jej zwolnienia lub przekazania innym organom, to na Policji spoczywa obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia osoby będącej pod jej pieczą.

Badania medyczne osób zatrzymanych (zarówno te przeprowadzane w samym PdOZ, jak i w zewnętrznych placówkach służby zdrowia) odbywały się zazwyczaj w asyście funkcjonariuszy¹⁷⁵. Praktyka ta musi ulec zmianie.



Badanie medyczne stanowi dla zatrzymanego podstawową gwarancję prewencji tortur. Aby mogło ono pełnić swoją zapobiegawczą rolę, musi odbywać się w warunkach poufności, bez obecności policjanta. W obecności funkcjonariusza pacjent może nie czuć się na tyle swobodnie, by opowiedzieć lekarzowi o sposobie, w jaki był traktowany oraz udzielić pełnych informacji dotyczących swojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, leczenia czy odbytych konsultacji psychiatrycznych. Taka praktyka rodzi też ryzyko naruszenia intymności zatrzymanego, poszanowania jego godności i tajemnicy lekarskiej.

Doświadczenie KMPT wskazuje również, że obecność funkcjonariusza podczas badania źle wpływa na budowanie właściwej relacji pomiędzy lekarzem (lub innym pracownikiem wykonującym zawód medyczny) a pacjentem i zazwyczaj nie jest konieczna z punktu widzenia bezpieczeństwa personelu medycznego czy przeciwdziałania ucieczce. W indywidualnych przypadkach, uzasadnionych konkretną sytuacją, obecność policjanta może być jednak wskazana. Decyzję w tym zakresie, zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem, powinien jednak podejmować pracownik służby zdrowia wykonujący badanie medyczne¹⁷⁶.

Na kwestię tę zwracały uwagę CAT¹⁷⁷, SPT¹⁷⁸ i CPT¹⁷⁹, które rekomendowały Polsce zapewnienie poufności w czasie badań medycznych osób zatrzymanych.

W jednym z PdOZ ratownicy medyczni udostępniali funkcjonariuszom Policji kartę badań pacjenta, która następnie była kserowana i włączana do policyjnej dokumentacji¹⁸⁰.

Taka praktyka stanowi naruszenie poufności informacji medycznych. Dane o stanie zdrowia stanowią bowiem dane wrażliwe, podlegające kwalifikowanej ochronie prawnej¹⁸¹. A zgodnie z art. 51

¹⁷⁵ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Głogowie (KMP.570.10.2022.KK), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Krotoszynie (KMP.570.14.2022.RK).

¹⁷⁶ Zob. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 13 września 2012 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję, par. 4 ust. 2.

¹⁷⁷ Zob. Uwagi końcowe Komitetu Przeciwko Torturom dotyczące siódmego raportu okresowego Polski, CAT/C/POL/CO/7, par. 16 pkt e).

¹⁷⁸ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 53 i 55.

¹⁷⁹ Zob. Raporty CPT z wizyty w Polsce w 2019 r., CPT/Inf (2020) 31, par. 24 oraz w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 27.

¹⁸⁰ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Głogowie (KMP.570.10.2022.KK).

¹⁸¹ Zob. M. Florczak-Wątor, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. II, red. P. Tuleja, LEX/el. 2021, art. 51.

ust. 2 Konstytucji władze publiczne nie mogą pozyskiwać, gromadzić i udostępniać innych informacji o obywatelach niż niezbędne w demokratycznym państwie prawnym.

Informacjami niezbędnymi są te, których posiadanie przez organ warunkuje możliwość realizacji przyznaných mu kompetencji. Niezbędność informacji należy zatem ocenić przez pryzmat jej przydatności, konieczności (nie nadmierności) oraz proporcjonalności w ścisłym tego słowa znaczeniu. Nie mogą to być więc informacje zbierane „na wszelki wypadek”¹⁸².

W ocenie KMPT Zespoły Ratownictwa Medycznego powinny udostępniać Policji wyłącznie zalecenia niezbędne do sprawowania właściwej opieki nad osobą zatrzymaną w trakcie jej pobytu w PdOZ. Nie ma uzasadnienia i potrzeby, by Policja dysponowała informacjami zawartymi w karcie medycznych czynności ratunkowych, m.in. treścią wywiadu z pacjentem, wynikiem badania (w tym informacjami o obrażeniach) i wnioskami pracownika wykonującego zawód medyczny. Z kolei Policja nie powinna kserować karty medycznych czynności ratunkowych. Karta ta powinna zostać wydana osobie zatrzymanej przy zwolnieniu z PdOZ.



CPT zalecił Polsce, aby informacje dotyczące stanu zdrowia osób zatrzymanych były przechowywane w sposób zapewniający poszanowanie tajemnicy lekarskiej. CPT wskazuje, że funkcjonariusze Policji powinni mieć dostęp do informacji medycznych wyłącznie na zasadzie ograniczonego dostępu. Personel medyczny powinien udzielać Policji wyłącznie ograniczonych informacji, niezbędnych do zapobieżenia poważnemu zagrożeniu osoby zatrzymanej lub innych osób. Zdaniem CPT nie ma uzasadnienia dla udostępniania personelowi niewykonującemu zawodu medycznego dostępu do informacji dotyczących postawionych diagnoz lub oświadczeń dotyczących przyczyny urazów¹⁸³.

KMPT odnotował też przypadek, gdy ratownicy medyczni interweniujący w PdOZ odmawiali wpisu w książce badań lekarskich, argumentując, że wpisu mogą dokonywać w niej tylko lekarze.

Zdaniem KMPT takie sytuacje nie powinny mieć miejsca. Książka badań lekarskich jest bowiem istotna z punktu widzenia kontrolnego. Wskazuje bowiem na m.in. dane pacjenta wymagającego pomocy medycznej, datę i godzinę badania, jego przyczynę, informacje o przepianych lekach i sposobie dawkowania, informacje o dopuszczalności dalszego pobytu w PdOZ¹⁸⁴.

Brak wpisów dotyczących interwencji podejmowanych przez ratowników medycznych czyni ten rejestr nierzetelnym. Nie dokumentuje on bowiem stanu faktycznego, który rzeczywiście miał miejsce. Z kolei drobiazgowość analizy informacji zawartych w książce przebiegu służby pod kątem ewentualnych interwencji medycznych tylko wydłuża czynności kontrolne i może wpłynąć na ich efektywność. Rejestr ten pełni więc ważną rolę w procesie monitorowania sytuacji w PdOZ i ma duże znaczenie dla prewencji tortur.

¹⁸² Tamże.

¹⁸³ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2019 r., CPT/Inf (2020) 31, par. 24.

¹⁸⁴ Zob. Załącznik nr 4 do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych do celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb (Dz. U. z 2012 r., poz. 638).

Zdaniem KMPT Policja powinna wypracować z Zespołami Ratownictwa Medycznego odpowiednie zasady współpracy w świetle powyższych uwag.



SPT wskazuje, że prowadzenie kompletnych i wiarygodnych rejestrów osób pozbawionych wolności jest jednym z podstawowych zabezpieczeń przed torturami i złym traktowaniem¹⁸⁵. Wspomagają one ochronę zarówno osób pozbawionych wolności, jak i funkcjonariuszy sprawujących pieczę nad zatrzymanymi¹⁸⁶.

SPT podkreśla również, że system rejestracji powinien być jednolity, dostępny dla krajowego mechanizmu prewencji tortur i tak prowadzony, by można było łatwo prześledzić przemieszczanie się, lokalizację i samopoczucie osoby zatrzymanej, bez konieczności lokalizowania oraz badania licznych akt i dokumentów¹⁸⁷.

7. Dostęp do pomocy prawnej

Niektóre z odwiedzonych w 2022 r. PdOZ nie posiadały listy adwokatów i radców prawnych wykonujących zawód na terenie właściwości miejscowej danej jednostki Policji¹⁸⁸. Miała też miejsce sytuacja, gdy mimo dostępnej w pokoju dyżurnego listy obrońców, osoby przyjmowane do PdOZ nie były o niej informowane¹⁸⁹.

Zdaniem KMPT taka lista ułatwia dostęp zatrzymanego do profesjonalnego pełnomocnika, co ma fundamentalne znaczenie zarówno z punktu widzenia prewencji tortur, jak i prawa do obrony. Może służyć też poprawie kontaktów interpersonalnych z funkcjonariuszami i łagodzić napięcia wywołane faktem zatrzymania.

Policja, w porozumieniu z samorządem adwokackim i radcowskim, powinna opracować listę obrońców gotowych świadczyć pomoc prawną osobom zatrzymanym, która powinna znajdować się w każdym PdOZ i we wszystkich jednostkach organizacyjnych Policji, gdzie przebywają osoby zatrzymane i przesłuchiwane.

Funkcjonariusze powinni informować o jej istnieniu osoby zatrzymane i na ich prośbę udostępnić im ją do wglądu celem wyboru pełnomocnika z wyboru (niezależnie od prawa do pomocy prawnej świadczonej z urzędu).

Policjanci nie powinni oceniać zasadności żądania zatrzymanego dotyczącego kontaktu z obrońcą i potrzeby kontaktu z nim, a ich obowiązkiem jest zezwolić na taki kontakt w warunkach poufności.

Kontakt z wybranym adwokatem lub radcą prawnym powinien zostać umożliwiony jeszcze przed pierwszym przesłuchaniem lub dokonaniem innej czynności procesowej z udziałem zatrzymanego. Jeśli PdOZ nie dysponuje odpowiednim pomieszczeniem do takiego kontaktu, powinien zostać on zrealizowany w innym pokoju na terenie jednostki Policji, poza samym PdOZ. Powyższy standard jest

¹⁸⁵ Zob. Raport SPT z wizyty w Bułgarii w 2020 r., CAT/OP/BGR/ROSP/1, par. 60, Raport SPT z wizyty w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, par. 50.

¹⁸⁶ Zob. Raport SPT z wizyty w Nikaragui w 2014 r., CAT/OP/NIC/ROSP/1, par. 52.

¹⁸⁷ Zob. Raport SPT z wizyty w Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, par. 64.

¹⁸⁸ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Płońsku (KMP.570.11.2022.JJ), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Krotoszynie (KMP.570.14.2022.RK).

¹⁸⁹ Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Suwałkach (KMP.570.2.2022.MŻ).

zgodny z wytycznymi ONZ w zakresie dostępu do pomocy prawnej w sprawach karnych¹⁹⁰, zaleceniami dla Polski CAT¹⁹¹ i SPT¹⁹² oraz rekomendacjami CPT dla państw Rady Europy¹⁹³.

KMPT odnotował przypadki, gdy kontakt zatrzymanego z adwokatem odbywał się w monitorowanym pokoju przyjęć i w korytarzu prowadzącym do PdOZ, tuż przy pomieszczeniu dyżurnego (również objętym zasięgiem kamery monitoringu). W obu tych sytuacjach monitorowany był obraz, bez dźwięku¹⁹⁴.

W ocenie KMPT przyjęte rozwiązania nie gwarantują pełnej poufności kontaktu (osłabiając tym samym działanie minimalnej gwarancji prewencji tortur), naruszają tajemnicę adwokacką i prawo do obrony.



Powyższy pogląd podziela samorząd adwokacki, który w pismach do Rzecznika Praw Obywatelskich sygnalizował, że obecność kamery w pokoju do rozmów z pełnomocnikiem może prowadzić do naruszenia tajemnicy adwokackiej i godzić w prawo do obrony, w tym w prawo do swobodnego kontaktu z obrońcą oraz prawo do rzetelnego procesu. Tajemnicę adwokacką należy bowiem rozumieć możliwie szeroko. Obejmuje ona bowiem nie tylko rozmowę, ale również materiały przekazane przez klienta lub adwokata w postaci notatek lub dokumentów. Monitorowanie spotkań z obrońcą narusza poufność przekazywanych informacji, szkodzi relacji szczególnego zaufania obrońcy i jego klienta, a tym samym ma wpływ na skuteczność świadczonej pomocy prawnej¹⁹⁵.

Jeśli z uwagi na warunki lokalowe jednostki nie ma możliwości zorganizowania takiego pomieszczenia, zaleca się wyłączenie kamery lub jej zastąpienie, chyba że prawnik zdecyduje inaczej.

W jednej z jednostek osobom zatrzymanym umieszczonym w PdOZ umożliwiano spotkanie z adwokatem lub radcą prawnym dopiero po okazaniu stosownego pełnomocnictwa¹⁹⁶. Taka praktyka może doprowadzić do ograniczenia faktycznej realizacji prawa do pomocy prawnej. W praktyce bardzo rzadko dochodzi bowiem do sytuacji, gdy osoba przebywająca w PdOZ przed zatrzymaniem udziela prawnikowi stosownego pełnomocnictwa. Szczególnie w przypadkach, kiedy do zatrzymania dochodzi po raz pierwszy.

8. Prawo do informacji

Z rozmów z policjantami wynikało, że od czasu wybuchu wojny w Ukrainie zaobserwowano zwiększoną liczbę zatrzymanych obywateli Ukrainy. Zwiększyła się też liczba interwencji policyjnych z udziałem obywateli tego kraju¹⁹⁷.

¹⁹⁰ Zob. Annex United Nations Principles and Guidelines on Access to Legal Aid in Criminal Justice Systems, A. Introduction, pkt 2; Principle 3. Legal aid for persons suspected of or charged with a criminal.

¹⁹¹ Zob. Uwagi końcowe Komitetu Przeciwko Torturom dotyczące siódmego raportu okresowego Polski, CAT/C/POL/CO/7, par. 15 pkt b) i 16 pkt b).

¹⁹² Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 52.

¹⁹³ Zob. Raport CPT z wizyty na Słowenii w 2017 r., CPT/Inf (2017) 27, par. 15, Raport CPT z wizyty w Danii w 2014 r., CPT/Inf (2014) 25, par. 16, Raport CPT z wizyty w Polsce w 2019 r., CPT/Inf (2020) 31, par. 27 i przypis 37.

¹⁹⁴ Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Suwałkach (KMP.570.2.2022.MŻ), PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Kielcach (KMP.570.4.2022.MŻ).

¹⁹⁵ Zob. Pismo Prezesa Naczelnej Rady Adwokackiej z dnia 25 lutego 2019 r., znak NRA.56.1.2019, Pismo Przewodniczącej Komisji Praw Człowieka przy Naczelnej Radzie Adwokackiej z dnia 2 lipca 2021 r. (NRA.56.3.2021).

¹⁹⁶ PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Świebodzinie (KMP.570.7.2022.MŻ).

¹⁹⁷ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Krotoszynie (KMP.570.14.2022.RK).

Policjanci sygnalizowali problemy z komunikacją z cudzoziemcami i brak narzędzi umożliwiających tłumaczenie informacji, komunikatów i poleceń (takich jak translatory). Wizytujący zwrócili też uwagę, że Policja nie korzysta z usług tłumaczy w celu przetłumaczenia dokumentów i informacji w samym PdOZ. Tłumacz obecny jest jedynie podczas czynności procesowych poza PdOZ.

Tymczasem cudzoziemcy otrzymywali do podpisu dokumenty w języku polskim (takie jak protokoły zatrzymań, kwity depozytowe, potwierdzenie odbioru depozytu, wezwania do zapłaty w przypadku osób zatrzymanych do wytrzeźwienia). Nie zawierały one adnotacji o ich przetłumaczeniu przez tłumacza. Najczęściej brak też było informacji o barierze językowej, informacji, w jakim języku komunikuje się zatrzymany, w jakim nastąpiło tłumaczenie. Nie ma więc pewności, czy cudzoziemcy zrozumieli treść podpisanych dokumentów i w jakim stopniu¹⁹⁸.

Co do zasady do protokołów zatrzymań dołączone były pouczenia o uprawnieniach zatrzymanego w językach obcych. Ujawniono jednak również przypadki, gdy pouczenia cudzoziemców zatrzymanych do wytrzeźwienia były sporządzane wyłącznie w języku polskim¹⁹⁹. W dokumentacji policyjnej brak było informacji o barierze językowej, języku, w jakim komunikował się zatrzymany i informacji o obecności tłumacza.

W jednym z PdOZ druki pouczeń o przysługujących prawach podpisywane były przez osoby pozbawione wolności nie w momencie sporządzania protokołu zatrzymania, a dopiero w dniu zwolnienia z Izby (dzień lub dwa po zatrzymaniu). Tym samym istnieje obawa, że osoby te nie były świadome przysługujących im praw w czasie, gdy pozostawały pod nadzorem Policji²⁰⁰.



Prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur. Otrzymanie przez osobę pozbawioną wolności zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych kwestiach, np. przysługujących prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg, zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną rolę w realizacji własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy.

KMPT rekomenduje zapewnienie, by wszelkie podpisywane przez cudzoziemców oświadczenia były tłumaczone na język dla nich zrozumiały. W przypadku problemów z komunikacją należy korzystać z pomocy tłumacza, niezależnie od podstawy zatrzymania. Tłumaczenie dokumentów przez tłumacza powinno być odnotowywane na dokumencie (z podpisem i pieczętką). KMPT rekomenduje też odnotowywanie w dokumentacji ewentualnych trudności w komunikacji oraz informacji, w jakim języku komunikuje się zatrzymany oraz czy i w jaki sposób nastąpiło tłumaczenie.



Zgodnie z zaleceniami CPT wszystkie osoby zatrzymane powinny być w pełni informowane o przysługujących im fundamentalnych prawach, od samego początku pozbawienia wolności, tj. od chwili, gdy nakazuje się im pozostanie w jednostce Policji. Szczególny nacisk powinien zostać położony na zapewnienie, by osoby zatrzymane były w stanie zrozumieć treść przysługujących im praw. Obowiązek zapewnienia, by tak się stało, spoczywa na funkcjonariuszach Policji²⁰¹.

¹⁹⁸ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Krotoszynie (KMP.570.14.2022.RK).

¹⁹⁹ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Głogowie (KMP.570.10.2022.KK).

²⁰⁰ Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Piotrkowie Trybunalskim (KMP.570.12.2022.AN).

²⁰¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 28.

Z kolei SPT rekomendował Polsce przyjęcie niezbędnych środków ustawodawczych i administracyjnych w celu zapewnienia, aby wszystkie osoby pozbawione wolności były informowane o wszystkich przysługujących im prawach oraz o przyczynach ich zatrzymania od samego początku pozbawienia wolności oraz, najszybciej jak to możliwe po zatrzymaniu, o stawianych im zarzutach. Takie informacje powinny być najpierw przekazane ustnie w jasny sposób w języku zrozumiałym dla danej osoby, w razie potrzeby z pomocą tłumacza, a następnie powinny być przekazane danej osobie w formie pisemnej²⁰².

Zgodnie z Dyrektywami Parlamentu Europejskiego i Rady UE należy pisemnie pouczyć zatrzymanego, w języku dla niego zrozumiałym, o przysługujących mu prawach procesowych i przysługujących środkach zaskarżenia. Pouczenie powinno nastąpić niezwłocznie po pozbawieniu wolności²⁰³. Osoby niewładające językiem polskim powinny otrzymać tłumaczenie pisemne wszystkich dokumentów istotnych dla zapewnienia ich zdolności do wykonywania swojego prawa do obrony oraz do zagwarantowania rzetelności postępowania karnego²⁰⁴.

W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT weryfikują, czy w pokojach, w których przebywają osoby zatrzymane przez Policję, są wyeksponowane kluczowe z punktu widzenia prewencji tortur informacje – Regulamin PdOZ i wykaz z danymi teleadresowymi instytucji stojących na straży praw człowieka. Obowiązek wyeksponowania obu tych elementów przewiduje rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych²⁰⁵.

Przeprowadzone wizytacje pokazują nieprawidłowości w tym zakresie²⁰⁶. Zdarzały się sytuacje, gdy brakowało obu tych informacji lub jednej z nich (policjanci sygnalizowali przy tym, że regulamin jest systematycznie zrywany przez osoby zatrzymane).

W jednej z jednostek Regulamin PdOZ był wprawdzie wywieszony, ale dwie strony tekstu znajdowały się na jednym arkuszu formatu A4, co w istotny sposób utrudniało zapoznanie się z nim, a osobom mającym problemy ze wzrokiem mogło uniemożliwiać odczytanie treści²⁰⁷.

Zdarzały się też sytuacje, gdy Regulamin PdOZ, jak i wykaz instytucji ochrony praw człowieka umieszczone były pomiędzy kratą okienną i szybą, co miało za zadanie uniemożliwienie zniszczenia ich przez osoby zatrzymane²⁰⁸. Z uwagi na padające światło słoneczne i/lub gęstą kratę zainstalowaną we wnęce okiennej, tekst był praktycznie nieczytelny. Zatem realizacja prawa do informacji miała w tym przypadku iluzoryczny charakter.

²⁰² Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 50.

²⁰³ Zob. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2012/13/UE z dnia 22 maja 2012 r. w sprawie prawa do informacji w postępowaniu karnym (Dz. U. UE. L. 2012.142.1).

²⁰⁴ Zob. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2010/64/UE z dnia 20 października 2010 r. w sprawie prawa do tłumaczenia ustnego i tłumaczenia pisemnego w postępowaniu karnym (Dz. U. UE. L. 2010.280.1).

²⁰⁵ Zob. par. 16 ust. 2 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb.

²⁰⁶ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Głogowie (KMP.570.10.2022.KK), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Płońsku (KMP.570.11.2022.JJ), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Krotoszynie (KMP.570.14.2022.RK).

²⁰⁷ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Grodzisku Wielkopolskim (KMP.570.6.2022.MD).

²⁰⁸ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Świebodzinie (KMP.570.7.2022.MŻ), PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Piotrkowie Trybunalskim (KMP.570.12.2022.AN).

Warto w tym miejscu przywołać rozwiązanie przyjęte w niektórych wizytowanych jednostkach, gdzie powyższe dokumenty zostały wydrukowane na papierze samoprzylepnym i przytwierdzone na drzwiach i ścianach pokoi dla zatrzymanych. Taką praktykę należy ocenić pozytywnie²⁰⁹.

9. Warunki materialne

Warunki materialne w poszczególnych jednostkach były na ogół dobre lub nawet bardzo dobre.

Tylko w jednym z wizytowanych PdOZ odnotowano złe warunki²¹⁰. Pomieszczenia, w których przebywały osoby zatrzymane (w tym toaleta), były brudne, słabo wentylowane (wyczuwalny był nieprzyjemny zapach), ściany zaś popisane. Toaleta znajdująca się w jednym z pokoiów dla osób zatrzymanych nie była w pełni zabudowana, jedynie częściowo osłonięta drzwiczkami, co stoi w sprzeczności z zaleceniem CPT²¹¹. Muszla ustępowa pozbawiona była deski sedesowej. W bardzo złym stanie były materace, koce, odzież zastępcza dla zatrzymanych (której było też za mało w stosunku do faktycznych potrzeb) i ręczniki (były one brudne i widoczne były na nich ślady krwi). Ponadto bielizna zastępcza dla kobiet, które pozbawiano własnych biustonoszy przed osadzeniem, była bardzo słabej jakości. Kaski zabezpieczające i kaftany bezpieczeństwa, przeznaczone do stosowania wobec zatrzymanych, znajdujące się na terenie PdOZ, były zniszczone, podarte oraz poplamione.

Sporadycznie odnotowano sytuacje, gdy niektóre z pomieszczeń wymagały odświeżenia (na ścianach widoczne były ubytki w tynku i farby)²¹², ręczniki w łazience były zniszczone²¹³, brakowało jednorazowej bielizny zastępczej dla kobiet (która mogłaby być wydawana zatrzymanym, gdy ze względów bezpieczeństwa odbierane są im ich prywatne biustonosze)²¹⁴, a osadzonemu wydano stary materac (mimo iż w magazynie znajdowały się nowe materace; z tego też względu KMPT rekomendował usunięcie z PdOZ starych, wyeksploatowanych i nienadających się do użytku materacy)²¹⁵.

PdOZ na ogół zapewniały odpowiednie oświetlenie w pokojach. Bywały jednak wyjątki, gdy światło pozostawało włączone przez całą noc z uwagi na tryb pracy kamer, które nie posiadały trybu nocnego. Aby więc funkcjonariusz mógł obserwować zatrzymanego za pomocą monitoringu, światło musiało pozostać włączone także w nocy. Jednocześnie warto podkreślić, że sam zatrzymany nie ma możliwości regulowania oświetlenia z poziomu pokoju²¹⁶.

Taka praktyka zakłóca spoczynek nocny i jest przez to szkodliwa dla zdrowia. Światło w pokojach powinno być zatem wyłączone w nocy (tj. w godz. 22:00–6:00), zaś kamery zlokalizowane w pomieszczeniu powinny posiadać techniczną możliwość pracy w takich warunkach.

²⁰⁹ Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Suwałkach (KMP.570.2.2022.MŻ), PdOZ Komendy Wojewódzkiej Policji w Krakowie (KMP.570.8.2022.AN).

²¹⁰ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Głogowie (KMP.570.10.2022.KK).

²¹¹ CPT zalecił Polsce, by tam, gdzie toalety znajdują się w celach wieloosobowych, były one w pełni osłonięte (najlepiej aż do sufitu). Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 32.

²¹² Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Piotrkowie Trybunalskim (KMP.570.12.2022.AN).

²¹³ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Płońsku (KMP.570.11.2022.JJ).

²¹⁴ Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Piotrkowie Trybunalskim (KMP.570.12.2022.AN), PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Toruniu (KMP.570.17.2022.MD).

²¹⁵ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Płońsku (KMP.570.11.2022.JJ).

²¹⁶ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Świebodzinie (KMP.570.7.2022.MŻ), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Płońsku (KMP.570.11.2022.JJ).



CPT zaleca, by oświetlenie w celach aresztów policyjnych było zawsze odpowiednio przyćmiane w porze nocnej²¹⁷.

W jednym PdOZ przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę, iż w pokojach dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami drzwi były zbyt wąskie (posiadały analogiczną szerokość jak w innych pokojach). Nie został także obniżony próg przy drzwiach²¹⁸. Elementy te mogą stanowić pewną trudność w przemieszczaniu się zwłaszcza dla osób poruszających się przy pomocy wózka.



Drzwi do pomieszczeń, do których dostęp mają osoby poruszające się z wykorzystaniem wózka ortopedycznego, powinny mieć szerokość minimum 90 cm. Na dojściu do tego pomieszczenia nie mogą występować schody, progi, uskoki i inne przeszkody ograniczające dostępność²¹⁹.

W czasie jednej z wizytacji przedstawiciele KMPT odnotowali, że funkcjonariusz sprawujący nadzór nad osobami zatrzymanymi pełni służbę na Stanowisku Kierowania znajdującym się poza terenem PdOZ. Takie rozwiązanie zostało wprowadzone z uwagi na złe warunki panujące w pomieszczeniu służbowym w PdOZ. Pomieszczenie to zostało wyłączone z użytku z uwagi na wewnętrzną kontrolę BHP, która uznała, że nie spełnia ono obowiązujących standardów²²⁰.

W ocenie KMPT usytuowanie policjanta sprawującego bezpośredni nadzór nad zatrzymanymi poza terenem PdOZ może wydłużyć czas reakcji na zaistniałe zdarzenia i mieć negatywny wpływ na realizację uprawnień przysługujących zatrzymanym. Ponadto na Stanowisku Kierowania pełnią służbę inni funkcjonariusze wykonujący swoje obowiązki, odrębne od zadań w PdOZ, co nie sprzyja koncentracji funkcjonariusza odpowiedzialnego za osoby zatrzymane.

Optymalnym rozwiązaniem byłaby więc modernizacja pomieszczeń PdOZ i zapewnienie funkcjonariuszom możliwości pełnienia służby w samym PdOZ, w odpowiednich warunkach. Warunki służby powinny odpowiadać normom BHP i sprzyjać efektywności zadań służbowych tej grupy policjantów.

10. Transport osób zatrzymanych

Zdarza się, że pojazdy policyjne nie są wyposażone w pasy bezpieczeństwa dla osób zatrzymanych, co zwiększa ryzyko dla ich życia i zdrowia w razie wypadku lub gwałtownego hamowania (w szczególności, gdy zatrzymani przebywają w kajdankach)²²¹. Rekomendowanym rozwiązaniem jest więc wyposażenie pojazdów policyjnych w pasy bezpieczeństwa dla zatrzymanych.

²¹⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Mołdawii w 2020 r., CPT/Inf (2020) 27, par. 35 i 36, Raport CPT z wizyty w Słowenii w 2017 r., CPT/Inf (2017) 27, par. 25.

²¹⁸ Zob. PdOZ Komendy Wojewódzkiej Policji w Krakowie (KMP.570.8.2022.AN).

²¹⁹ Zob. Standardy dostępności wskazane w raporcie tematycznym KMPT pt. „Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną” z 2019 r.

²²⁰ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Krotoszynie (KMP.570.14.2022.RK).

²²¹ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Głogowie (KMP.570.10.2022.KK).



SPT zalecił Polsce zapewnienie bezpiecznego transportu przewozu osób zatrzymanych, zgodnie z zasadami i przepisami bezpieczeństwa ruchu drogowego²²².

CPT zalecił Polsce zapewnienie, aby wszystkie pojazdy organów ścigania, które służą do przewozu osób zatrzymanych, były wyposażone w odpowiednie urządzenia zabezpieczające (np. pasy bezpieczeństwa dla osób zatrzymanych)²²³.

11. Kamery noszone na mundurach funkcjonariuszy (body cameras)

Mimo iż Komenda Główna Policji stopniowo wyposaża jednostki organizacyjne Policji w kamery noszone na mundurach, postęp w tym zakresie jest niewystarczający²²⁴. Funkcjonariusze niektórych zwizytowanych jednostek nie posiadali tego typu sprzętu, co sprzyja nadużyciom i pozbawia policjantów dodatkowej ochrony na wypadek zarzutów dotyczących przebiegu interwencji.

W ocenie KMPT kamery noszone na mundurach powinny znajdować się w standardowym wyposażeniu funkcjonariusza. Stanowią one bowiem ważny środek zapobiegawczy i to zarówno w odniesieniu do niewłaściwych zachowań ze strony funkcjonariuszy, jak i osób, wobec których podejmowana jest interwencja. Umożliwiają zarejestrowanie nie tylko faktu zastosowania środków przymusu bezpośredniego, ale również wydarzeń je poprzedzających, co pozwala na obiektywną ocenę całej sytuacji i zorientowanie się w zakresie ewentualnych potrzeb szkoleniowych dla funkcjonariuszy. Z kolei świadomość zarejestrowania całej interwencji i późniejszego wykorzystania nagrania w toku postępowania dyscyplinarnego i/lub karnego może działać odstrasżająco na osoby agresywne i przyczynić się do zmniejszenia przypadków bezpodstawnego lub nieproporcjonalnego użycia środków przymusu bezpośredniego.



SPT zalecił Polsce, by funkcjonariusze organów ścigania korzystali z kamer noszonych na ciele, jeżeli jest to możliwe²²⁵.

CPT rekomenduje je państwom Rady Europy, podkreślając, że stanowią one dodatkowe zabezpieczenie przed nadużyciami ze strony funkcjonariuszy, jak również ochronę przed bezpodstawnymi zarzutami kierowanymi pod ich adresem²²⁶.

12. Szkolenie funkcjonariuszy

Funkcjonariusze pełniący służbę w PdOZ byli szkoleni z zasad pełnienia służby zgodnie z zarządzeniem Komendanta Głównego Policji²²⁷. W większości jednostek było to jedyne szkolenie oferowane tej grupie policjantów²²⁸.

²²² Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 68 i 69.

²²³ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2009 r., CPT/Inf (2011) 20, par. 80. Zob. również Transport of detainee, Fact-sheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24, par. 2 Safety measures.

²²⁴ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Głogowie (KMP.570.10.2022.KK).

²²⁵ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 47.

²²⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Rumunii w 2021 r., CPT/Inf (2022) 06, par. 16, Raport CPT z wizyty w Niemczech w 2020 r., CPT/Inf (2022) 18, par. 16, Raport CPT z wizyty w Hiszpanii w 2020 r., CPT/Inf (2021) 27, par. 19.

²²⁷ Zob. par. 3 Zarządzenia Nr 130 Komendanta Głównego Policji w sprawie metod i form wykonywania zadań w pomieszczeniu dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia z dnia 7 sierpnia 2012 r. (Dz. Urz. KGP z 2012 r., poz. 42 ze zm.).

²²⁸ Zob. PdOZ Komendy Miejskiej Policji w Kielcach (KMP.570.4.2022.MŻ), PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Krotoszynie (KMP.570.14.2022.RK).

KMPT rekomenduje, by do programów szkoleniowych funkcjonariuszy włączyć zagadnienia związane z międzynarodowymi standardami praw człowieka i prewencją tortur, Protokołem stambulskim²²⁹, komunikacją interpersonalną, sposobami radzenia sobie ze stresem, przeciwdziałaniem wypaleniu zawodowemu.

Szkolenia w zakresie umiejętności komunikacji interpersonalnej i Protokołu stambulskiego są szczególnie istotne w kontekście trwającej wojny w Ukrainie. Do policyjnych miejsc zatrzymań trafić mogą bowiem ofiary tortur i osoby, które doświadczyły innych traumatycznych przeżyć związanych z wojną, co może mieć wpływ na ich funkcjonowanie w społeczeństwie oraz w samym PdOZ. Policjanci powinni więc być świadomi ewentualnych problemów w tym zakresie i posiadać praktyczne umiejętności, jak radzić sobie z trudnymi sytuacjami (bez konieczności uciekania się do rozwiązań siłowych) oraz jak pomóc w sytuacji retrospekcji traumatycznych przeżyć.



SPT wskazuje, że szkolenie funkcjonariuszy jest mechanizmem zapobiegania torturom. Z tego też względu programy szkoleniowe wszystkich policjantów powinny obejmować międzynarodowe standardy praw człowieka, ukierunkowane na prewencję tortur i złego traktowania²³⁰. Ponadto wszystkie osoby sprawujące nadzór nad osobami zatrzymanymi oraz zajmujące się dokumentacją i śledztwem w sprawie tortur i złego traktowania powinny zostać przeszkolone w zakresie stosowania Protokołu stambulskiego²³¹. W ocenie SPT stanowi on bowiem niezbędne narzędzie wykrywania, dokumentowania, zgłaszania i jako takiego powstrzymywania tortur i złego traktowania²³². Nie tylko pomagają we wczesnej identyfikacji ofiar i dokumentowaniu traumy, ale również w ocenie potrzeb i dostosowaniu do nich odpowiedniej opieki²³³.

CPT z kolei zaleca, by szczególny nacisk w systemie szkolenia funkcjonariuszy został położony na rozwijanie umiejętności w zakresie komunikacji interpersonalnej, opartych na poszanowaniu godności człowieka²³⁴.

Z uwagi na zauważalny w ostatnich latach wzrost liczby policyjnych interwencji podejmowanych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osób znajdujących się pod wpływem substancji psychoaktywnych, KMPT rekomenduje:

- regularne przypominanie funkcjonariuszom zasad etyki zawodowej, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii dotyczących poszanowania godności i praw człowieka;

²²⁹ Oficjalny podręcznik ONZ zawierający wytyczne w zakresie wykrywania tortur, ich dokumentowania i prowadzenia postępowań przygotowawczych. Zob. Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Office of the High Commissioner for Human Rights, Professional Training Series No. 8/Rev. 2, New York and Geneva, 2002. Uaktualniona wersja dostępna jest pod adresem: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>

²³⁰ Zob. Raport SPT z wizyty w Meksyku w 2008 r., CAT/OP/MEX/1, par. 95.

²³¹ Zob. Raport SPT z wizyty w Wielkiej Brytanii w 2019 r., CAT/OP/GBR/ROSP/1, par. 71, Raport SPT z wizyty w Portugalii w 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 34.

²³² Zob. Uwagi i zalecenia SPT przedstawione w raportach z wizyt w: Polsce [CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 55], Wielkiej Brytanii [CAT/OP/GBR/ROSP/1, par. 69 i 71], Portugalii [CAT/OP/PRT/1, par. 34, 89, 93], Hiszpanii [CAT/OP/ESP/1, par. 46, 63-64, 70] i Brazylii [CAT/OP/BRA/3, par. 20-22, 34, 89, 93].

²³³ Zob. Oświadczenie CAT, SPT, Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur i Rady Powierniczej Dobrowolnego Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur z dnia 25 czerwca 2019 r., dostępne na: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24739&LangID=E> [dostęp: 3 lutego 2023 r.].

²³⁴ Zob. Drugi Raport Generalny CPT, CPT/Inf (92) 3, par. 60.

- przeprowadzenie praktycznych szkoleń z zakresu prowadzenia interwencji, ze szczególnym uwzględnieniem stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osób znajdujących się pod wpływem substancji psychoaktywnych;
- zapoznanie policjantów z opracowaną na zlecenie KMPT ekspertyzą pt. „Interwencje Policji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi” i przygotowaną na jej podstawie broszurą informacyjną. Stanowi ona praktyczne i przystępnie sformułowane źródło informacji, które może ułatwić policjantom właściwe rozpoznanie stanu osoby zatrzymanej i wdrożenie odpowiedniej procedury służącej zwiększeniu ochrony jej zdrowia i życia w trakcie prowadzonej interwencji.

W niektórych wizytowanych jednostkach Policji funkcjonariusze posiadali na wyposażeniu służbowym paralizator TASER-X2 z kamerą rejestrującą użycie. Nie był on elementem wyposażenia profosów, posługiwali się nim policjanci służby patrołowej oraz policjanci wydziału kryminalnego. Według ustaleń KMPT ten środek przymusu bezpośredniego nie był nadużywany i nie stwierdzono nieprawidłowości w jego stosowaniu²³⁵.

W ocenie KMPT stosowanie paralizatora może w niektórych sytuacjach przyczynić się do uniknięcia użycia broni palnej. Potrafi być on również niebezpieczny i służyć jako narzędzie tortur. Z tego też względu niezbędne są działania minimalizujące potencjalne obszary ryzyka.

KMPT zaleca włączenie do szkoleń funkcjonariuszy dotyczących posługiwania się paralizatorami zagadnień związanych z:

- międzynarodowymi standardami dotyczącymi używania paralizatorów, w tym wytycznych ONZ²³⁶, standardów CPT²³⁷ i zaleceń dla Polski przedstawionych w raporcie CPT z wizyty w 2017 r.²³⁸;
- potencjalnymi skutkami ich użycia dla zdrowia człowieka;
- sytuacjami zwiększającymi ryzyko dla zdrowia i sytuacjami, gdy ich użycie może okazać się nieskuteczne (np. wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub osób, które nie reagują na ból)²³⁹;
- alternatywnymi do środków przymusu bezpośredniego metodami działania (jak deeskalacja sytuacji konfliktowych, mediacja, skuteczna komunikacja);
- udzielaniem pierwszej pomocy przedmedycznej.

JEDNOSTKI PENITENCJARNE

W 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytacje w dwunastu jednostkach penitencjarnych²⁴⁰: dziewięciu zakładach karnych i trzech aresztach śledczych.

²³⁵ Zob. PdOZ Komendy Powiatowej Policji w Krotoszynie (KMP.570.14.2022.RK).

²³⁶ Zob. United Nations Human Rights Guidance on Less-Lethal Weapons in Law Enforcement z 2020 r.

²³⁷ Zob. Dokument pt. „Broń elektryczna”, Wyciąg z Dwudziestego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (2010) 28 – part, dostępny w języku polskim na stronie: <https://www.coe.int/en/web/cpt/EDW>

²³⁸ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 21–22.

²³⁹ Zob. Przykładowo wytyczne ONZ – United Nations Human Rights Guidance on Less-Lethal Weapons in Law Enforcement z 2020 r., par. 7.4.5.–7.4.10.

²⁴⁰ Zakład Karny w Dublinach (KMP.571.2.2022), Zakład Karny w Przemysłu (KMP.571.4.2022), Zakład Karny w Pińczowie (KMP.571.1.2022), Zakład Karny w Wojkowicach (KMP.571.5.2022), Zakład Karny w Gębarzewie (KMP.571.8.2022), Zakład Karny w Wołowie (BPW.571.1.2022), Zakład Karny w Czarnem (BPG.571.1.2022), Zakład Karny w Siedlcach (KMP.571.9.2022), Zakład Karny w Barczewie (KMP.571.13.2022), Areszt Śledczy w Opolu (KMP.571.3.2022), Areszt Śledczy w Łodzi (KMP.571.7.2022), Areszt Śledczy w Bydgoszczy (KMP.571.12.2022).

Osiem wizytacji²⁴¹ miało charakter bezpośredni, natomiast cztery²⁴² odbyły się w formule zdalnej za pośrednictwem komunikatora internetowego.

■ Problemy systemowe

1. Mała przestrzeń życiowa

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur od lat²⁴³ apeluje do władz o wprowadzenie odpowiednich zmian legislacyjnych, które doprowadzą do zwiększenia standardu minimalnego metrażu celi mieszkalnej przypadającego na jednego więźnia.

Polskie przepisy zapewniają więźniowi minimum 3 m² powierzchni mieszkalnej w celi. Dopuszczają też możliwość umieszczenia osoby w celi poniżej 3 m² w określonych okolicznościach²⁴⁴. Norma ta stoi jednak w sprzeczności zarówno z międzynarodowymi standardami, jak i praktyką stosowaną przez większość państw europejskich²⁴⁵.



Rekomendowany przez CPT standard minimalny dla państw Rady Europy wynosi 6 m² powierzchni mieszkalnej w celi jednoosobowej oraz 4 m² powierzchni mieszkalnej w celi wieloosobowej (do metrażu nie wlicza się kąjaka sanitarnego). Ponadto każda cela przeznaczona do zamieszkania przez osadzonych powinna mieć przynajmniej 2 m między ścianami celi oraz 2,5 m między podłogą a sufitem²⁴⁶.

SPT w raporcie z wizyty w Polsce w 2018 r. zalecił władzom 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 penitencjarnych²⁴⁷.

Zdaniem CAT Polska powinna podjąć działania, w tym zwiększające pojemność więzień, w celu zapewnienia zgodności z europejskim standardem co najmniej czterech metrów kwadratowych powierzchni mieszkalnej dla każdego zatrzymanego²⁴⁸.

²⁴¹ Zakład Karny w Wojkowicach (KMP.571.5.2022), Zakład Karny w Gębarzewie (KMP.571.8.2022), Zakład Karny w Wołowie (BPW.571.1.2022), Zakład Karny w Czarnem (BPG.571.1.2022), Zakład Karny w Siedlcach (KMP.571.9.2022), Zakład Karny w Barczewie (KMP.571.13.2022), Areszt Śledczy w Łodzi (KMP.571.7.2022), Areszt Śledczy w Bydgoszczy (KMP.571.12.2022).

²⁴² Zakład Karny w Dublinach (KMP.571.2.2022), Zakład Karny w Przemyślu (KMP.571.4.2022), Zakład Karny w Pińczowie (KMP.571.1.2022), Areszt Śledczy w Opolu (KMP.571.3.2022).

²⁴³ Zob. Raport Roczny z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r., 2019 r., 2020 r. i 2021 r.

²⁴⁴ Zob. art. 110 par. 2, 2a, 2b i 2c ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2023 r., poz. 127).

²⁴⁵ 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.

²⁴⁶ 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, par. 56; Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 59.

²⁴⁷ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 80–81.

²⁴⁸ Committee Against Torture, Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Poland, 23 December 2013, CAT/C/POL/CO/5–6, par. 19.

Ciągle nie został w pełni rozwiązany problem tzw. cel wieloosobowych i nadal zdarzają się jednostki, które dysponują celami ponad dziesięcioosobowymi. W jednym z wizytowanych zakładów karnych²⁴⁹ funkcjonowały przede wszystkim cele wieloosobowe: 1 cela 8-osobowa, 11 cel 11-osobowych oraz 18 cel 12-osobowych. Tylko dwie cele były mniejsze niż 7-osobowe. W innej wizytowanej jednostce²⁵⁰ znajdowały się z kolei 22 cele 16-osobowe oraz 1 cela 15-osobowa.



Zdaniem CPT duże cele wieloosobowe nieodłącznie wiążą się z brakiem prywatności życia codziennego osadzonych. Ponadto istnieje wysokie ryzyko zastraszenia i przemocy, rozwoju subkultur przestępczych. Utrudnione zaś jest lub nawet niemożliwe sprawowanie właściwej kontroli przez personel penitencjarny. Poza tym w takiej sytuacji łatwiej o znaczne pogorszenie panujących warunków na skutek przeciążenia wspólnych urządzeń, takich jak umywalki czy toalety, a także niewystarczającej wentylacji²⁵¹.

2. Brak kontroli sądowej dotyczącej kontroli osobistej skazanych

Do 31 grudnia 2022 r. aktualnym problemem pozostawał brak obowiązku sądowej oceny decyzji o poddaniu więźnia kontroli osobistej²⁵². Dyrektorzy jednostek penitencjarnych nie byli bowiem zobowiązani do wydania decyzji, którą osadzony mógłby zaskarżyć do sądu w trybie art. 7 Kodeksu karnego wykonawczego. Taka praktyka stanowiła pole do nadużyć w związku z brakiem zewnętrznej (sądowej) weryfikacji.



Na powtarzające się nadużycia w zakresie poddawania osadzonych inwazyjnym kontrolom osobistym Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu (ETPC) wskazywał w licznych wyrokach przeciwko Polsce. Trybunał wskazywał, że prawo krajowe w praktyce nie zapewniało osadzonym skutecznego środka odwoławczego pozwalającego na zakwestionowanie decyzji w przedmiocie przeprowadzenia kontroli osobistej²⁵³.

3. Badanie lekarskie osób umieszczanych w jednostkach penitencjarnych oraz problem braku procedur w przypadku zgłoszenia tortur i dokumentowania obrażeń

Nie każda osoba umieszczana w jednostce penitencjarnej poddawana jest badaniu lekarskiemu. Obligatoryjnie badani są tylko osadzeni przyjmowani „z wolności”, natomiast przetransportowani z innego zakładu karnego bądź aresztu śledczego – nie. Zazwyczaj procedura ogranicza się do wywiadu przeprowadzonego przez pielęgniarkę i ewentualnego skierowania do lekarza, ale brak jest

²⁴⁹ Zakład Karny w Dublinach.

²⁵⁰ Zakład Karny w Barczewie.

²⁵¹ Zob. Wyciąg z Jedenastego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (2001) 16, par. 21.

²⁵² Od 1 stycznia 2023 r. weszły w życie nowe zmiany w Kodeksie karnym wykonawczym, tj. art. 223 § h – „Osobie kontrolowanej przysługuje skarga do właściwego sądu penitencjarnego w terminie 7 dni od dnia przeprowadzenia kontroli osobistej w celu zbadania zasadności, legalności oraz prawidłowości jej przeprowadzenia”.

²⁵³ Wyroki ETPC w sprawach: Świderski przeciwko Polsce z 16 lutego 2016 r. (skarga nr 5532/10), Filas przeciwko Polsce z 15 kwietnia 2021 r. (skarga nr 31806/17), Leńczuk przeciwko Polsce z 15 kwietnia 2021 r. (skarga nr 47800/17), Bechta przeciwko Polsce z 20 maja 2021 r. (skarga nr 39496/17).

obligatoryjnego badania lekarskiego wszystkich nowo przybyłych, połączonego z oględzinami ciała. Taka praktyka tworzy poważną lukę w systemie zapobiegania torturom i złemu traktowaniu. Niezależnie bowiem od badania medycznego przed transportem, brak badania po przybyciu do jednostki uniemożliwia wykrycie śladów przemocy, do której mogło dojść w czasie konwoju.

Ponadto doświadczenie KMPT pokazuje, iż badanie przez lekarza ma nierzadko powierzchowny charakter i ogranicza się do zebrania wywiadu od pacjenta, bez przeprowadzenia oglądu ciała (badania fizykalnego). Ograniczenie się przez personel medyczny do zebrania wywiadu od pacjenta bez oglądu jego ciała uniemożliwia wykrycie oznak przemocy i sprawia, że ta minimalna gwarancja prewencji tortur nie funkcjonuje.

Nadal aktualny pozostaje także postulat KMPT wyrażany w kolejnych raportach rocznych od 2016 r., dotyczący konieczności przyjęcia przez Służbę Więzienną procedur określających sposób postępowania, gdy więzień zgłosi, że padł ofiarą tortur lub przemocy lub gdy zachodzi podejrzenie stosowania tortur lub przemocy wobec więźnia²⁵⁴. Ulepszeń wymaga również sam sposób dokumentowania obrażeń. Są one bowiem najczęściej rejestrowane w książeczkach zdrowia osadzonych, ewentualnie w formie notatek służbowych. Personel nie wykonuje zdjęć obrażeń i nie stosuje rekomendowanego przez CPT specjalnego formularza do oznaczenia umiejscowienia obrażeń z wizerunkiem sylwetki człowieka (tzw. map ciała)²⁵⁵.

Analiza dokumentacji medycznej w jednej z wizytowanych jednostek wykazała, iż w ciągu miesiąca poprzedzającego wizytację KMPT do Aresztu przyjęto dwie osoby z widocznymi i opisanymi w dokumentacji medycznej obrażeniami.

W pierwszym przypadku po przeprowadzeniu badania fizykalnego przy przyjęciu wpisano: „otarcie naskórka przed uchem lewym; skaleczenie twarzy”. Niemniej w opisie badania podmiotowego (wywiad lekarski) brak było jakichkolwiek informacji na temat obrażeń.

W drugim zaś przypadku w dokumentacji pacjenta przyjmowanego do Szpitala Aresztu ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w placówce wolnościowej umieszczono zapis o treści: „przed dwoma dniami podaje pobicie, uraz klatki piersiowej – złamanie żeber (...) i odma opłucnowa (...)”. Natomiast w karcie informacyjnej SOR zapisano: „Wywiad: dwa dni temu skopany przez policję – wg pacjenta”. Stwierdzone obrażenia nie zostały jednak udokumentowane przy pomocy fotografii lub tzw. map ciała. W wizytowanej jednostce nie prowadzi się także rejestru stwierdzanych obrażeń²⁵⁶.



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

²⁵⁴ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

²⁵⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 80. Zobacz też uwagi i zalecenie CPT przedstawione w raporcie z wizyty *ad hoc* w 2019 r., CPT/Inf (2020) 31, par. 26.

²⁵⁶ Zob. Raport z wizytacji KMPT w Areszcie Śledczym w Bydgoszczy (KMP.571.12.2022).

organy. To samo dotyczy obrażeń odniesionych w zakładzie karnym. Ponadto Podkomitet przypomina, aby wprowadzić procedury w celu zapewnienia, by zawsze, gdy odnotowane obrażenia odpowiadają doniesieniom osadzonego o niewłaściwym traktowaniu (albo które nawet w przypadku braku doniesień wskazują na takie traktowanie), były systematycznie przekazywane do wiadomości właściwym organom, niezależnie od życzenia osadzonego. Wyniki tych badań powinny być także dostępne dla osadzonego, którego dotyczą, oraz jego prawnika²⁵⁷.

4. Standard dotyczący liczby psychologów penitencjarnych

Postulat zwiększenia liczby psychologów zatrudnionych w jednostkach penitencjarnych był już sygnalizowany Dyrektorowi Generalnemu SW²⁵⁸ w formie wystąpień generalnych RPO oraz wskazywany w raportach rocznych KMPT²⁵⁹. W opinii Krajowego Mechanizmu opieka psychologiczna w więzieniach nie jest wystarczająca, a wyznaczony standard – jeden psycholog na 200 osadzonych – wpływa negatywnie na efektywność oddziaływań psychologicznych²⁶⁰.



Jak podkreśla w swoim raporcie Najwyższa Izba Kontroli, „bardzo duża liczba osadzonych przypadająca na jednego psychologa skutkuje ograniczoną możliwością, nawet pilnego, badania osoby zgłaszającej myśli samobójcze, czy też objęcie opieką i przygotowanie zaleceń dla osób objętych kartą OZS. Wątpliwości te dotyczą także realnej możliwości udzielenia pomocy osobom potrzebującym, choćby w ramach interwencji kryzysowej”²⁶¹.

Ponadto w 2022 r. Ministerstwo Sprawiedliwości przygotowało projekt zmian w rozporządzeniu dotyczącym sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych. Ustawodawca podjął decyzję o wykreśleniu z rozporządzenia terapii krótkoterminowej stosowanej wobec skazanego uzależnionego, skierowanego do systemu terapeutycznego, pozostawiając jedynie możliwość stosowania krótkiej interwencji. Opinia KMPT do tego projektu została przedstawiona w rozdziale niniejszego Raportu „Opiniowanie aktów prawnych”.

5. Sytuacja osadzonych niesamodzielnych, przewlekle somatycznie chorych oraz starszych w jednostkach penitencjarnych

W polskim systemie penitencjarnym funkcjonuje jeden oddział szpitalny dedykowany osobom przewlekle somatycznie chorym, tj. Oddział dla Przewlekle Chorych przy Zakładzie Karnym w Czar-

²⁵⁷ Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 106 i 107.

²⁵⁸ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 17 maja 2016 r., 19 lutego 2019 r. oraz 10 listopada 2020 r. (KMP.571.8.2016).

²⁵⁹ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2021 r., s. 53–54.

²⁶⁰ 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, par. 3 pkt 2.

²⁶¹ Najwyższa Izba Kontroli, Informacja o wynikach kontroli, bezpieczeństwo osadzonych (KPB.430.002.2020) Nr ewid. 52/2020/P/19/040/KPB, s. 58.

nem. Ograniczona liczba miejsc na tym oddziale powoduje jednak, że skazani oczekują na przyjęcie często nawet kilkanaście miesięcy.

W jednej z jednostek przebywał osadzony, w wieku ok. 70 lat, który wymagał stałej opieki. W wyniku wypadków drogowych u mężczyzny doszło do całkowitego przerwania ciągłości rdzenia kręgowego oraz złamania kości udowej. Osadzony był osobą leżącą z niedowładem spastycznym kończyn dolnych i porażeniem zwieraczy, z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej stawów. Był również cewnikowany. Zakład karny zaopatrzył osadzonego w materac przeciwoleżynowy oraz łóżko rehabilitacyjne z wysięgnikiem. Okresowo wykonywane miały w Zakładzie kontrolne badania. Według personelu medycznego Zakładu osadzony wymagał całodobowej opieki osób drugich oraz leczenia w szpitalu dla przewlekle chorych. W dniach wizytacji zapewnioną miał pomoc całodobową współosadzonych, przeszkolonych w zakresie opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi. Pomoc osadzonych w codziennych czynnościach polegała m.in. na przebieraniu, myciu, zmianie pościeli, zmianie pampersów. Cela (izba chorych), w której przebywał osadzony, znajdowała się blisko ambulatorium, co umożliwia personelowi lekarskiemu i pielęgniarskiemu sprawowanie stałej kontroli. Osadzony nie starał się o warunkowe przedterminowe zwolnienie, nie podejmowano także prób udzielenia mu przerwy w karze. We wrześniu 2021 r. Dyrektor jednostki wnioskował o przyjęcie osadzonego do Oddziału dla Przewlekle Chorych w Zakładzie Karnym w Czarnem. Planowany termin przyjęcia wyznaczony został na listopad 2022 r.²⁶²

Kwestia przebywania osadzonych niesamodzielnymi bądź przewlekle somatycznie chorych wiąże się przede wszystkim z problemem obarczania obowiązkiem codziennej opieki nad takimi skazanymi współosadzonych. Rozwiązanie to uzależnione jest od ich dobrej woli, gdyż nie można ich przymusić do sprawowania takiej opieki.



Niedopuszczalne jest pozbawienie wolności osób cierpiących na poważne upośledzenia fizyczne w warunkach nieodpowiednich do ich stanu zdrowia lub pozostawienie tych osób w rękach współwięźniów, by udzielali pomocy przy kąpieli oraz ubieraniu lub rozbieraniu. Stanowi to bowiem poniżające traktowanie²⁶³.

6. Aktywność osób tymczasowo aresztowanych


Problem ubogiej oferty kulturalno-oświatowej dla tymczasowo aresztowanych zdiagnozowany został przez KMPT już w 2014 r. i przedstawiony w raporcie tematycznym dotyczącym sytuacji osób pozbawionych wolności przebywających w oddziałach dla tymczasowo aresztowanych oraz terapeutycznych²⁶⁴. Jak pokazują wizytacje przeprowadzone w 2022 r., sytuacja nie uległa zmianie.

²⁶² Zob. Raport z wizytacji Zakładu Karnego w Pińczowie (KMP.571.1.2022).

²⁶³ Wyrok ETPC z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie D. G. przeciwko Polsce, skarga nr 45705/07.

²⁶⁴ Zob. Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji oddziałów terapeutycznych dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo oraz oddziałów dla tymczasowo aresztowanych. Raport dostępny na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/wizytacje-krajowego-mechanizmu-prewencji-oddzialow-terapeutycznych>.

Tymczasowo aresztowani większość czasu spędzają w celach mieszkalnych (średnio 23 godziny dziennie). Przez godzinę dziennie mogą korzystać ze spaceru oraz ze świetlicy (średnio raz–dwa razy w tygodniu po ok. godzinie). Mogą także wypożyczać książki z biblioteki. Tymczasem zapewnienie osadzonym aktywności fizycznej nie tylko wpływa na ich dobre samopoczucie, ale stanowi istotny czynnik rozładowania napięć i przeciwdziałania agresji. Szczególnie istotne są zajęcia na świeżym powietrzu pozwalające zintensyfikować wysiłek fizyczny.

 Zdaniem CPT wszystkie osoby tymczasowo aresztowane powinny spędzać rozsądną część swojego czasu (tj. minimum 8 godzin dziennie) poza celą mieszkalną i być angażowane w celowe, różnorodne działania typu praca (najlepiej o wartości zawodowej), edukacja, sport, rekreacja itp. Im dłuższy okres tymczasowego aresztowania, tym bardziej zróżnicowany powinien być reżim w stosunku do tych osób²⁶⁵.

7. Osoby transpłciowe w jednostkach penitencjarnych

Osadzona transkobieta, z którą delegacja KMPT rozmawiała w trakcie wizytacji jednego z zakładów karnych, przez cały czas izolacji przebywała w jednostkach penitencjarnych przeznaczonych dla mężczyzn (wizytowany zakład był jej trzynastą jednostką), ponieważ pomimo trwania terapii hormonalnej i widocznych zmian fizycznych, urzędowo nadal pozostaje mężczyzną (w dowodzie osobistym i innych dokumentach). Osadzona od rozpoczęcia procesu tranzycji jest izolowana od innych więźniów, co ma służyć zapewnieniu jej bezpieczeństwa. W trakcie pobytu w wizytowanej jednostce zakwaterowana była w oddziale dla niebezpiecznych, mimo że nie była zakwalifikowana do tego typu osadzonych. Wszystkie czynności, takie jak np. spacer miała wykonywać bez udziału innych więźniów (wyjątek stanowiła jednostka, z której została przetransportowana na czynności procesowe do zakładu wizytowanego przez KMPT, w której mogła uczestniczyć w spacerze z pięcioma innymi, szczególnie dobranymi osadzonymi). W trakcie pozbawienia wolności nie została skierowana na terapię profilaktyki uzależnień, pomimo iż według psychologów więziennych wymagała tego typu oddziaływań. Poddawana była permanentnej izolacji, co niekorzystnie wpływało na jej stan psychiczny i samopoczucie (wielokrotnie dokonywała samouszkodzeń i prób samobójczych z powodu poczucia bezradności i samotności). Osadzona poddawana jest kontroli osobistej, często polegającej na zdjęciu bielizny, przez funkcjonariuszy płci męskiej (nie ma możliwości wyboru płci osoby, która takiej kontroli dokonuje). Po rozpoczęciu procesu tranzycji funkcjonariusze mieli ostentacyjnie używać wobec niej zaimków męskich, mieli też kierować pod jej adresem obraźliwe określenia. Osadzona miała nie otrzymywać rzetelnych, potwierdzonych naukowo, informacji na temat korekty płci. Przez dłuższy czas nie mogła posiadać akcesoriów kobiecych, np. biustonosza, opaski do włosów, kosmetyków. Miała nie otrzymywać wsparcia psychologicznego, a przez dłuższy czas także medycznego. W jednym z zakładów karnych lekarz miał wstrzymać jej terapię hormonalną, co było jednym z głównych zarzutów badanych przez RPO w wyniku skargi skierowanej przez osadzoną²⁶⁶.

²⁶⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 73.

²⁶⁶ Zob. Raport z wizytacji Zakładu Karnego w Barczewie (KMP.571.13.2022). Ponadto sprawa prowadzona jest indywidualnie w Zespole ds. wykonywania kar (IX.517.1386.2020).

W związku z brakiem przygotowania Służby Więziennej na potrzeby osób LGBT+ znajdujących się w polskich jednostkach penitencjarnych oraz potrzebą wprowadzenia systemowych rozwiązań w zakresie postępowania z osobami LGBT+, poniżej przedstawiono obszary, które w ocenie KMPT wymagają wprowadzenia zmian w oparciu o standardy międzynarodowe:

- **Zawieranie w ewidencji osadzonych informacji o tożsamości płciowej** – zgodnie ze standardami minimalnymi Narodów Zjednoczonych dotyczącymi traktowania więźniów (tzw. Regułami Mandeli) informacje zawarte w systemie ewidencji więźniów w odniesieniu do każdego nowo przyjętego więźnia powinny zawierać m.in. dokładne informacje umożliwiające ustalenie jego tożsamości, z poszanowaniem jego subiektywnie postrzeganej płci (reguła 7). Rzetelne rozpoznanie osadzonych pozwala na ukierunkowanie indywidualnych i adekwatnych oddziaływań, w szczególności wobec tzw. grup wrażliwych, do których zaliczają się więźniowie LGBT+.
- **Warunki zakwaterowania i reżim** – odseparowanie od innych osadzonych ze względu na zapewnienie bezpieczeństwa często oznacza odbywanie kary w surowszym reżimie. Może to przejawiać się w odmowie dostępu do usług, udogodnień oferowanych innym osadzonym. W praktyce oznacza to, że osadzeni LGBT+ mogą nie mieć możliwości odbycia szkolenia zawodowego, udziału w warsztatach, kontynuowania nauki lub zajęć sportowych, a nawet wyjścia na spacer. Mogą być również wykluczeni z zajęć grup terapeutycznych i programów odwykowych. Taka dyskryminacja prowadzi do pozbawienia znaczących kontaktów międzyludzkich i większej izolacji. Decyzje o umieszczeniu osadzonych w takich warunkach powinny być, w miarę możliwości, uzgadnianie z osadzonym oraz nie powinny być nieodwołalne i długoterminowe, a osadzeni LGBT+ powinni mieć możliwość zaskarżenia takiej decyzji²⁶⁷. Reguły Mandeli zakazują stosowania praktyk, takich jak bezterminowe odosobnienie oraz przedłużone odosobnienie (reguła 43.1), które mogą wywołać szkodliwe skutki psychologiczne. Środki ochrony nie powinny obejmować nałożenia bardziej restrykcyjnych warunków osadzenia osób LGBT+ niż w przypadku innych osadzonych²⁶⁸.
- **Kontrole osobiste** – standardy międzynarodowe stanowią, że przeszukania powinny być przeprowadzane przez personel tej samej płci co osoba osadzona. Sytuacja osób interpłciowych i transpłciowych jest pod tym względem szczególnie delikatna, zwłaszcza jeśli ich płeć nie została uznana przez władze więzienne lub jeśli znajdują się w okresie przejściowym i korekty płci. Istnieje ryzyko, że osadzeni nie zostaną rozpoznani zgodnie z ich tożsamością płciową. W takich przypadkach transpłciowe kobiety mogą być przeszukiwane przez personel męski. To samo ryzyko dotyczy transpłciowych mężczyzn. Ponadto przeszukania ciała mogą być wykorzystywane do upokarzania osadzonych transpłciowych. Aby ograniczyć i zapobiec takim zagrożeniom, osoby transpłciowe powinny mieć możliwość, w indywidualnych przypadkach, wyboru płci personelu więziennego prowadzącego przeszukanie. W miarę możliwości władze powinny najpierw stosować alternatywne środki, takie jak wykrywacze metali, skanery ciała. Ponadto nigdy nie należy przeprowadzać przeszukań w celu określenia płci na podstawie cech

²⁶⁷ Zob. Towards the Effective Protection of LGBTI Persons Deprived of Liberty: A Monitoring Guide. Published in December 2018 by the Association for the Prevention of Torture.

²⁶⁸ Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/HRC/31/57, 24 February 2016, par. 70.

anatomicznych. Personel więzienny powinien być przeszkolony w zakresie przeprowadzania przeszukań, zarówno pod względem praktycznych metod, jak i niedyskryminacji, ze szczególnym naciskiem na przeszukania przeprowadzane wobec osadzonych LGBT+²⁶⁹.

- **Leczenie i terapia** – więźniowie transpłciowi mają szczególne potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, które często są zaniedbywane przez władze więzienne. Ważne jest już pierwsze badanie przy przyjęciu do zakładu, w którym należy zidentyfikować i określić potrzeby osób transpłciowych. Jak stwierdził Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur, „uzyskanie precyzyjnych indywidualnych informacji na temat tożsamości płciowej ma kluczowe znaczenie dla określenia właściwego leczenia, w tym m.in. terapii hormonalnej i innego leczenia związanego z korektą płci. Brak mechanizmów pozyskiwania takich informacji pociąga za sobą konsekwencje zdrowotne”²⁷⁰. Ważne jest, aby nie przerywać terapii hormonalnej (np. po przyjęciu do zakładu lub zmianie zakładu). Osoby transpłciowe powinny być pod stałym nadzorem odpowiednio przeszkolonego personelu medycznego, który będzie potrafił zająć się potencjalnymi medycznymi skutkami ubocznymi terapii hormonalnej. Więźniowie, którzy przeszli chirurgiczną korektę płci, również powinni mieć dostęp do odpowiedniej opieki. Przerwanie leczenia i terapii ma często druzgocące konsekwencje. Osoby, którym odmówiono leczenia, mogą uciekać się do samookaleczenia lub stosować leki poza kontrolą lekarską. Wsparcie i leczenie zapewnione osadzonym powinny odzwierciedlać to, co byłoby dla nich dostępne poza instytucją. Więźniowie, którzy chcą rozpocząć proces tranzyjacji podczas pobytu w zakładzie, nie powinni być zniechęceni i powstrzymywani przez służbę więzienną. Specjalistyczna opieka nad osobami transpłciowymi powinna obejmować także psychologiczne wsparcie i poradnictwo w zakresie zdrowia psychicznego²⁷¹. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do opieki zdrowotnej oraz poradnictwa właściwych w stosunku do potrzeb osób pozbawionych wolności, mając na względzie szczególne potrzeby danej osoby z uwagi na jej orientację seksualną lub tożsamość płciową, w tym związane ze zdrowiem reprodukcyjnym, dostępem do informacji oraz leczenia HIV/AIDS oraz dostępem do terapii hormonalnej lub innej, jak i w razie potrzeby, do terapii związanej z korektą płci²⁷², jest podstawowym prawem, nie zaś formą specjalnego, uprzywilejowanego traktowania osób transpłciowych w więzieniach.
- **Używanie zaimków** – w kontakcie z osobami transpłciowymi powinno uznawać się deklarowaną tożsamość płciową rozmówców i używać ich preferowanego imienia i zaimków rodzajowych wybranych przez daną osobę, zgodnych z jej samoidentyfikacją²⁷³.

²⁶⁹ Zob. Towards the Effective Protection of LGBTI Persons Deprived of Liberty: A Monitoring Guide. Published in December 2018 by the Association for the Prevention of Torture, s. 76.

²⁷⁰ Zob. Dziewiąty Roczny Raport SPT, CAT/C/57/4, 22 marca 2016 r., par. 65.

²⁷¹ Zob. Towards the Effective Protection of LGBTI Persons Deprived of Liberty: A Monitoring Guide. Published in December 2018 by the Association for the Prevention of Torture, s. 87–89.

²⁷² Zasady Yogakarty plus 10 (YP plus 10), art. 9 i 17. Zasady Yogakarty to dokument opracowany przez środowiska akademickie, prawników i ekspertów praw człowieka, przy współpracy organizacji pozarządowych, poświęcony prawom człowieka z uwzględnieniem problematyki orientacji seksualnej i tożsamości płciowej, opublikowany w wyniku międzynarodowego spotkania przedstawicieli organizacji praw człowieka w Yogakarcie w listopadzie 2006 r. W 2017 r. Zasady Yogakarty zostały uzupełnione o dodatkowe wytyczne odzwierciedlające postęp w międzynarodowym prawie i praktyce praw człowieka tzw. Zasady Yogakarty plus 10.

²⁷³ Protokół stambulski, par. 280 i par. 600.

- **Wizerunek** – osadzeni nie powinni być karani i dyskryminowani z powodu manifestowania swojej orientacji seksualnej lub wyrażania swojej tożsamości płciowej, a także z powodu okazywania uczuć wobec osoby tej samej płci. Zezwalanie osobom transpłciowym na noszenie ubrania zgodnego z płcią przeżywaną oraz posiadanie przedmiotów określających ich płeć (odzież, akcesoria, kosmetyki) umożliwi im życie zgodne z płcią, z którą się identyfikują. Dostęp do takich przedmiotów nie powinien być zakazywany lub uzależniony od zaświadczenia lekarskiego²⁷⁴.
- **Szkolenia personelu** – zgodnie z zasadami zawartymi w dokumencie Zasady Yogyakarty należy wdrażać programy, szkolenia dla policji, personelu więziennego i wszystkich innych funkcjonariuszy sektora publicznego i prywatnego, dotyczące podnoszenia ich świadomości, a także międzynarodowych standardów oraz zasad równości i niedyskryminacji, w tym w odniesieniu do orientacji seksualnej i tożsamości płciowej. W przygotowanie szkoleń warto zaangażować organizacje pozarządowe posiadające specjalistyczną wiedzę w tych kwestiach. Personel powinien być przeszkolony w zakresie konkretnych i praktycznych zagadnień, takich jak: przeprowadzanie kontroli osobistych, klasyfikacji osadzonych i ich rozmieszczenie w zakładzie, identyfikowanie konkretnych form przemocy, zwłaszcza ze strony współwięźniów. Szkoleniem powinien zostać także objęty personel medyczny. Takie szkolenia pozwolą uniknąć dyskryminacyjnych postaw, założeń opartych na stereotypach i błędnych przekonaniach o potrzebach osób transpłciowych.

8. Transport więźniów wymagających specjalistycznej opieki lekarskiej

W 2022 r. KMPT wizytował jednostkę, w której szpitalu funkcjonuje jedyny w skali kraju więzienny oddział chirurgii ogólnej. Z informacji przekazanych w czasie wizytacji wynikało, iż czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału wynosił ok. 5 miesięcy²⁷⁵.

Przedstawiciele KMPT poinformowani zostali, że pomimo opracowania listy zabiegów operacyjnych możliwych do przeprowadzenia w warunkach oddziału chirurgii ogólnej, zdarzają się przypadki przywożenia do Szpitala AŚ w Bydgoszczy z innych jednostek, czasem bardzo odległych, osadzonych w stanie zdrowia średnio ciężkim i ciężkim, bez wcześniejszego uzgodnienia. Osoby te wymagają często pilnego leczenia w pozawięziennych placówkach ochrony zdrowia i wówczas kierowane są do bydgoskich szpitali.

Zgodnie z treścią art. 115 § 4 Kodeksu karnego wykonawczego, świadczenia zdrowotne udzielane są skazanemu przede wszystkim przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności. Tymczasem, wzięwszy pod uwagę przede wszystkim dobro pacjentów i konieczność zapewnienia im adekwatnej opieki medycznej w możliwie najkrótszym czasie, w ocenie KMPT leczenie osadzonych w stanach nagłych powinno być realizowane w placówkach wolnościowych, zlokalizowanych najbliższej jednostki penitencjarnej, w której są osadzeni. Nie bez znaczenia pozostaje także fakt, iż konwoje, w szczególności z odległych zakładów karnych i aresztów śledczych, generują znaczne koszty pokrywane ze środków publicznych. Stanowią także dodatkowe obciążenie dla funkcjonariuszy.

²⁷⁴ Zob. Towards the Effective Protection of LGBTI Persons Deprived of Liberty: A Monitoring Guide. Published in December 2018 by the Association for the Prevention of Torture, s. 82.

²⁷⁵ Na zabieg operacyjny w Szpitalu AŚ w Bydgoszczy oczekiwało łącznie 168 osób w różnych jednostkach penitencjarnych w całym kraju.

9. Karta zaleceń profilaktycznych

W trakcie jednej z wizytacji²⁷⁶ uwagę wizytujących zwróciły karty zaleceń profilaktycznych wydane w stosunku do trzech osadzonych. Zawarte w nich zalecenia dotyczyły m.in.:

- wykonywania wszelkich czynności z udziałem skazanego w obecności co najmniej dwóch funkcjonariuszy”;
 - zakładania kajdanek na ręce trzymane z tyłu w wypadku przemieszczania się poza całą mieszkalną;
 - realizowania widzeń w pomieszczeniu przeznaczonym do realizacji widzeń dla osadzonych tzw. niebezpiecznych;
 - oddzielnego realizowania spacerów;
 - izolowania skazanego od innych skazanych, niedopuszczania pod żadnym pozorem do kontaktów z innymi osadzonymi;
 - na czas przeprowadzania ww. skazanego przez teren jednostki, ograniczanie ruchu osadzonych do niezbędnego minimum;
 - realizowania pod nadzorem funkcjonariuszy czynności higienicznych i pielęgnacyjnych”.
- Ponadto w przypadku dwóch osadzonych w uwagach zapisanych w karcie zaleceń profilaktycznych wskazano, że są oni zdolni do nieprzewidywalnych zachowań, autoagresji oraz agresji wobec funkcjonariuszy.

Podkreślenia wymaga także fakt, iż osadzeni nie byli zapoznawani z treścią karty, a wskazać należy, iż zalecenia w niej umieszczane są aktem indywidualnym, nakładającym na daną osobę sprezywane ograniczenia i jako takie powinny być one więźniowi komunikowane.

Nie do zaakceptowania jest stosowanie wobec więźniów środków niemających podstawy prawnej lub nieproporcjonalnie surowych, a dalece wykraczających poza rzeczywisty stopień zagrożenia bezpieczeństwa funkcjonariuszy oraz innych osób pozbawionych wolności. Takie stanowisko przedstawił już Rzecznik Praw Obywatelskich w 2020 r.²⁷⁷ Ponadto w 2013 r. ówczesna rzecznik praw obywatelskich prof. Irena Lipowicz zwracała uwagę, iż stosowanie wobec innych więźniów środków przewidzianych dla osadzonych stwarzających poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu karnego, nie ma podstaw prawnych²⁷⁸.



KMPT nie kwestionuje zaleceń penitencjarno-ochronnych. Są wyrazem zasady indywidualizacji w postępowaniu wobec skazanego, często służą zapewnieniu mu bezpieczeństwa. Działania muszą mieć jednak podstawę prawną i być zgodne z zasadami wynikającymi z prawa polskiego i międzynarodowego, a także orzecznictwa ETPC.

²⁷⁶ Zakład Karny w Czarnem.

²⁷⁷ Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 5 sierpnia 2020 r. skierowane do Ministra Sprawiedliwości (IX.517.632.2019.PM/JN).

²⁷⁸ Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 27 listopada 2013 r. skierowane do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej (RPO-718633-II-706.7/12).

■ Obszary wymagające poprawy

1. Traktowanie

W Zakładzie Karnym w Barczewie delegacja KMPT, w trakcie rozmów z więźniami pozyskała informacje, że w jednostce może dochodzić do aktów przemocy ze strony niektórych funkcjonariuszy względem osadzonych, w tym do domniemanych tortur, nieludzkiego i poniżającego traktowania. Osadzeni mieli być wyciągani z cel, doprowadzani do pomieszczeń niemonitorowanych, gdzie następnie – jak wskazywali – byli bici, obrażani, zastraszeni, podduszani, a nawet podtapiani (tzw. waterboarding). W niektórych przypadkach funkcjonariusze mieli zakładać więźniom na głowę czarny worek lub mokry ręcznik.

W Zakładzie tym panuje ostry reżim i dyscyplina, która zdaniem delegacji KMPT utrzymywana jest w nieformalny sposób. Od 2021 r. nie stosowano bowiem żadnych środków przymusu bezpośredniego, co jest również wyjątkiem, jeśli chodzi o tego typu jednostki. W czasie wizytacji w Zakładzie panowała niekorzystna atmosfera, osadzeni byli zastraszeni. Po rozmowach indywidualnych z przedstawicielami KMPT byli zabierani z celi przez funkcjonariuszy SW pod pretekstem wyjścia do ambulatorium, a następnie sprowadzani do pomieszczenia działu ochrony, gdzie wypytywano ich o przebieg rozmowy i informacje, których udzielali. Przy tej okazji funkcjonariusze SW wpisywali nieprawdziwe informacje w Książce ruchu osadzonych, zamieszczając w niej wpis, że osadzony został wyprowadzony do ambulatorium, podczas kiedy został doprowadzony na rozpytanie do innych pomieszczeń, co delegacja KMPT ustaliła na miejscu.

Delegacja KMPT w rozmowach z osadzonymi powzięła także informacje o przypadku pobicia przez funkcjonariuszy SW osadzonego, u którego miało dojść do zatrzymania akcji serca w trakcie tego proceduru. Nie wezwano pogotowia, funkcjonariusze mieli samodzielnie reanimować osadzonego, ostatecznie przywracając jego czynności życiowe.

Z materiału zebranego przez przedstawicieli KMPT wynika, że w trakcie domniemanych tortur, jakie miały miejsce kilka dni przed wizytacją KMPT, w pomieszczeniu przebywał także ratownik medyczny. Jeden z osadzonych w oddziale dla tzw. niebezpiecznych postanowił złożyć na ręce przedstawiciela KMPT oficjalną skargę. Osadzony wskazał, że po doprowadzeniu go do niemonitorowanego pokoju lekarskiego, znajdującego się na oddziale, został poddany torturom polegającym na podtapianiu (waterboarding), które polegały na sprowadzeniu go siłą do pozycji leżącej, założeniu na jego twarz ręcznika i polewaniu go wodą z miski. Na nagraniach przedstawiających doprowadzenie mężczyzny po torturach do celi widać, jak zdejmuje z siebie mokrą odzież wierzchnią, koszulkę oraz bieliznę²⁷⁹.

Podczas wizytacji innej placówki detencyjnej na terenie kraju, w trakcie poufnej rozmowy indywidualnej, przedstawiciel KMPT również otrzymał informacje o stosowaniu tortur w Zakładzie Karnym w Barczewie. Rozmówca złożył na ręce przedstawiciela KMPT skargę w tym zakresie. Sytuacja, którą

²⁷⁹ W tej sprawie RPO w dniu 7 listopada 2022 r. skierował do Prokuratora Rejonowego Olsztyn-Północ zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa polegającego na przekroczeniu uprawnień przez funkcjonariuszy działu ochrony.

przedstawił mężczyzna, miała miejsce w czerwcu 2022 r. Jak opisał mężczyzna, najpierw został pochnięty na ścianę i ustawiony twarzą do niej, wykręcono mu ręce do tyłu, a następnie dwóch funkcjonariuszy pociągnęło go za nogi, w efekcie czego upadł na ziemię. Został przeciągnięty po ziemi, po czym wykręcano mu ręce do tyłu, trzymano za nogi podniesione do góry (leżał na brzuchu), zaś jeden funkcjonariusz uciskał mu kolanem kark i bił go ręką po głowie. Następnie, w świetle tej relacji, funkcjonariusze wleli do czarnego worka na śmieci wodę, podnieśli mu głowę do góry i założyli na nią worek, po czym zaczęli mężczyznę podduszać, w efekcie czego stracił przytomność. Po odzyskaniu przezeń świadomości funkcjonariusze położyli mu głowę na boku i zaczęli polewać ją wodą.

Z uzyskanych przez delegację KMPT informacji wynikało, że funkcjonariusze działu ochrony zastraszają osadzonych, stosują represje, przemoc fizyczną i słowną. Przedstawicielom Krajowego Mechanizmu opisywano sytuację, w której do celi mieszkalnej funkcjonariusze działu ochrony doprowadzili osadzonego mającego ślady pobicia (sine nogi, stopy, „nie mógł utrzymać się na nogach”). Przyznał, że został pobity przez funkcjonariuszy działu ochrony. Po kilku dniach funkcjonariusze próbowali oskarżyć współosadzonych, twierdząc, że to oni go pobili. Jak twierdzą skazani: „w Zakładzie znajduje się pomieszczenie, w którym bije się skazanych pod pretekstem wyjść do lekarza, to pomieszczenie bez kamer”, funkcjonariusze zastraszają osadzonych, mówiąc m.in.: „zrobimy z wami to, co zrobił dyrektor w Sztumie”.

Ponadto, jak wskazywali więźniowie, wychowawcy zmuszają osadzonych do podpisywania oświadczeń o niepaleniu papierosów, pomimo tego, że osadzony pali, i umieszczają takiego skazanego w celi dla niepalących, co powoduje konflikty w celi mieszkalnej. Osadzonym przedkłada się także do podpisu oświadczenia dotyczące rezygnacji z odbywania kary w zakładzie karnym typu półotwartego, wręcz zmusza się do takiej decyzji (cyt.: „wychowawcy mają gotowy druk do podpisu”, który przedstawiciele KMPT widzieli w dokumentacji więźniów).

Stosowane też są nieformalne kary, np. zabieranie telewizora lub uniemożliwienie przeprowadzenia rozmowy telefonicznej. Wspomniano także, że w Zakładzie tworzone są cele tzw. mieszane, tak aby posługiwać się skazanymi grypsującymi w celu „zmiękczenia” niewygodnego więźnia. Przyzwala się na znęcanie nad takim skazanym (cyt.: „osoby z subkultur potrafią wykorzystywać inne osoby do prania swoich rzeczy, sprzątania, odbierania jedzenia, pozwala się wydającym posiłki do wydawania mniejszych racji niegrypsującym, aby większe mogli otrzymywać grypsujący”).



Personel Zakładu powinien otrzymać od przełożonych stanowczy sygnał, że wszelkie formy niewłaściwego traktowania osadzonych (zarówno fizyczne, jak i psychiczne) są niezgodne z prawem i będą surowo karane. Dodatkowo zachowania te rzutują na wizerunek całego Zakładu i jego pracowników, stymulują stres i agresję, co w dalszej perspektywie ma wpływ na poziom wzajemnych interakcji oraz skuteczność oddziaływań. Kierownictwo Zakładu powinno podjąć systemową pracę w kierunku budowy odpowiedniej kultury instytucjonalnej, która przemoc wobec osadzonych będzie traktowała jako niedopuszczalny brak profesjonalizmu i zachęcała personel do aktywnego zgłaszania takich przypadków. W przypadku ujawnienia przemocy wobec osadzonych należy obowiązkowo zgłaszać podejrzenie popełnienia przestępstwa do Prokuratury (stosownie do wymogu art. 304 § 2 Kodeksu postępowania karnego) oraz w przypadku niewłaściwych zachowań funkcyj-

nariuszy Służby Więziennej – Dyrektorowi Generalnemu Służby Więziennej celem rozważenia podjęcia odpowiednich działań dyscyplinarnych. Należy też wdrożyć mechanizmy monitorowania pracy personelu i położyć nacisk na szkolenia, które zapewnią kadrze skuteczne narzędzia do zarządzania konfliktem bez potrzeby sięgania po rozwiązania siłowe.

W trakcie prowadzonych pozostałych wizytacji w 2022 r. przedstawiciele otrzymali od więźniów również inne sygnały dotyczące ich niewłaściwego traktowania, które związane były m.in. z:

- grożeniem osadzonym użyciem pałek służbowych lub uderzaniem nimi o przedmioty znajdujące się w pomieszczeniu w celu wywołania strachu, imitowaniem uderzania otwartą dłońią w twarz więźnia, krzyżeniem i poniżaniem osadzonych w sposób werbalny²⁸⁰;
- rasistowskimi komentarzami ze strony jednego z oddziałowych²⁸¹;
- stosowaniem wulgarnych sformułowań w stosunku do osadzonych oraz zwrotów świadczących o wyższości wychowawców wobec więźniów²⁸²;
- pojedynczymi przypadkami stosowania przemocy fizycznej i psychicznej (uderzenie z otwartej dłoni w twarz, pobicie w niemonitorowanej części korytarza przez trzech funkcjonariuszy), wyśmiewaniem osadzonych, wulgarnym komentowaniem ich wyglądu²⁸³;
- koniecznością oddania moczu na podłogę w celi zabezpieczającej (przez około godzinę osadzony wielokrotnie używał sygnalizacji przywoławczej, jednak przez ten czas nie pojawił się żaden z funkcjonariuszy)²⁸⁴.



Zdaniem CPT, zasadniczym elementem humanitarnego systemu penitencjarnego będzie zawsze odpowiednio zwerbowany i przeszkolony personel więzienny, który potrafi przyjąć odpowiednie nastawienie w kontaktach z osadzonymi i traktować swój zawód bardziej jako powołanie niż tylko pracę. Budowanie pozytywnych relacji z osadzonymi powinno stanowić główny element tego powołania. Rozwijanie konstruktywnych i pozytywnych relacji pomiędzy personelem więziennym a osadzonymi nie tylko zmniejszy ryzyko złego traktowania, ale także zwiększy kontrolę i bezpieczeństwo. W rezultacie praca personelu więziennego może być znacznie bardziej satysfakcjonująca²⁸⁵.

2. Kontrole osobiste

Zgodnie z obowiązującym prawem²⁸⁶ sposób przeprowadzenia kontroli osobistej powinien przebiegać w sposób dwuetapowy, czyli osoba kontrolowana powinna pozostawać podczas takiej kontroli

²⁸⁰ Zakład Karny w Wojkowicach.

²⁸¹ Zakład Karny w Gębarzewie.

²⁸² Zakład Karny w Przemyślu.

²⁸³ Areszt Śledczy w Opolu.

²⁸⁴ Areszt Śledczy w Łodzi.

²⁸⁵ Zob. Wyciąg z Jedenastego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (2001) 16, par. 26.

²⁸⁶ Zob. art. 68 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2016 r. w sprawie sposobów ochrony jednostek organizacyjnych Służby Więziennej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1804). Od 1 stycznia 2023 r. – art. 11 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 9 grudnia 2022 r. w sprawie szczegółowego sposobu przeprowadzania kontroli skazanych, tymczasowo aresztowanych, miejsc i przedmiotów oraz określenia wzorów protokołów tych kontroli (Dz. U. z 2022 r., poz. 2701).

częściowo ubrana. Tymczasem z informacji pozyskanych w trakcie wizytacji wynika, że nadal zdarzają się przypadki, w których kontrola osobista wiąże się z koniecznością rozebrania do naga oraz wykonania przysiadu i kasznięcia.



W raporcie z wizyty w Polsce w 2013 r. CPT zaznaczył, iż kontrola osobista jest środkiem bardzo inwazyjnym i potencjalnie poniżającym. Powinno się podjąć wszelkie rozsądne wysiłki w celu zminimalizowania poczucia zażenowania; osoby osadzone poddawane kontroli osobistej nie powinny być zobowiązane do zdjęcia całego ubrania w tym samym czasie, np. powinny mieć prawo do zdjęcia ubrań powyżej pasa i do ubrania się przed zdjęciem pozostałych ubrań²⁸⁷.

3. Opieka medyczna

We wszystkich wizytowanych jednostkach penitencjarnych przedstawiciele KMPT zdiagnozowali szereg problemów oraz nieprawidłowości związanych z szeroko rozumianą kwestią opieki medycznej. Dotyczyły one następujących obszarów:

1/ Niewystarczającej obsady lekarskiej i pielęgniarskiej

Większość jednostek mierzy się z brakami kadrowymi oraz długim okresem oczekiwania na przyjęcia planowe do lekarza ogólnego. Ponadto lekarze specjaliści pracują zazwyczaj w ramach niepełnych etatów, co również skutkuje długim oczekiwaniem na poradę medyczną. W ocenie Krajowego Mechanizmu liczba zatrudnionych lekarzy w zakładach karnych i aresztach śledczych oraz długość ich czasu pracy jest niewystarczająca w stosunku do liczby osadzonych.

W ciągu ostatnich kilku lat obserwowany jest również spadek liczby personelu pielęgniarskiego w jednostkach penitencjarnych. Mimo wielokrotnie ponawianych ogłoszeń i rozmów prowadzonych z kandydatami i kandydatkami na to stanowisko, brak jest chętnych do podjęcia pracy. Z uzyskanych przez KMPT informacji wynika, iż główny problem stanowi niekonkurencyjne, w stosunku do poza więziennych placówek ochrony zdrowia, wynagrodzenie oraz trudne warunki pracy.

2/ Braku całodobowej opieki medycznej świadczonej przez personel pielęgniarski lub ratownika medycznego

W większości wizytowanych jednostek penitencjarnych pielęgniarki oraz ratownicy medyczni pracują od poniedziałku do piątku w godzinach pracy administracji zakładu. W weekendy oraz popołudniami w nagłych wypadkach wzywany jest zespół ratownictwa medycznego.

W ocenie KMPT brak na miejscu wykwalifikowanego personelu medycznego stanowi sytuację wysokiego ryzyka. Personel niemedyczny musi bowiem dokonać oceny, czy wezwanie pogotowia ratunkowego jest konieczne, co stwarza ryzyko błędu i niebezpieczeństwa dla zdrowia osadzonych. W takiej sytuacji konieczność oczekiwania na przyjazd karetki pogotowia opóźnia moment rozpoczęcia interwencji medycznej. Taka sytuacja może ponadto doprowadzić do niepotrzebnego cierpienia osadzonego, gdy np. funkcjonariusz błędnie uzna, że więzień symuluje dolegliwości bólowe i nie potrzebuje

²⁸⁷ Raport CPT w Polsce w 2013 r., CPT/Inf (2014) 21, par. 106.

leków i/lub interwencji medycznej. Brak personelu medycznego wpływa również na efektywność dokumentowania obrażeń, do jakich mogło dojść poza godzinami pracy ambulatorium. Utrudnia też sprawowanie właściwego nadzoru nad osadzonymi umieszczonymi w celi izolacyjnej. Nadto jednym z przejawów niedostatku obsady pielęgniarskiej jest m.in. to, iż leki w godzinach wieczornych i w dni wolne od pracy – kiedy nie ma już pielęgniarek – wydawane są osadzonym przez funkcjonariuszy działu ochrony. Dotyczy to także dystrybucji leków psychotropowych i leczenia substytucyjnego Metadonem. Jest to wprawdzie rozwiązanie zgodne z par. 9 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności²⁸⁸, ale niebezpieczne dla zdrowia i życia osadzonych.



Optymalnym rozwiązaniem byłoby zapewnienie całodobowej obecności w jednostce pielęgniarki lub ratownika medycznego. Jest to standard wskazywany przez CPT w raporcie z wizyty w Polsce w 2017 r. Komitet zalecił, by w jednostkach penitencjarnych przez cały czas (także nocą i w weekendy) obecna była osoba potrafiąca udzielić pierwszej pomocy, w tym przeszkolona w administrowaniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz używaniu defibrylatora. Taką osobą powinna być wykwalifikowana pielęgniarka²⁸⁹.

3/ Przeprowadzania badania w obecności funkcjonariuszy

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane w obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego na wniosek osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, jeżeli jest to konieczne do zapewnienia jej bezpieczeństwa²⁹⁰. Tymczasem wciąż zasadą pozostaje obecność funkcjonariuszy w trakcie badań. Nierzadko dzieje się tak nawet w przypadkach badań bardzo inwazyjnych. Jeden z osadzonych zgłosił przedstawicielce KMPT, iż miał wykonywaną kolonoskopię w obecności funkcjonariuszy. Z jego relacji wynikało, że brak było nawet parawanu, który zapewniłby mu jakąkolwiek intymność²⁹¹.



Niezależne badanie medyczne stanowi minimalną gwarancję prewencji tortur. Aby mogła ona zadziałać właściwie, konieczne jest zapewnienie poufności takiego badania. Tylko bowiem w ten sposób możliwe jest zbudowanie odpowiedniej relacji na linii pacjent – lekarz i zainicjowanie efektywnej dyskusji na temat sposobu traktowania, posiadanych obrażeń, ich przyczyn i stanu zdrowia. Obecność personelu ochronnego może zniechęcać osadzonego do przekazywania lekarzowi jakichkolwiek informacji w tym zakresie, utrudniać zbudowanie atmosfery zaufania i mieć szkodliwy wpływ na ustalenia medyczne.

4/ Długiego czasu oczekiwania na konsultacje psychiatryczne

Średni czas oczekiwania na konsultację psychiatryczną wynosi kilka miesięcy. W jednej z wizytowanych jednostek ten czas wynosił około trzech miesięcy i w czasie prowadzonej wizytacji oczekiwano na nią 200 osadzonych²⁹². Zważywszy na rosnącą liczbę osadzonych borykających się z zaburzeniami

²⁸⁸ Dz. U. z 2017 r., poz. 2131.

²⁸⁹ Zob. Raport z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 76.

²⁹⁰ Art. 115 § 8 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy.

²⁹¹ Zob. Raport z wizytacji Zakładu Karnego w Gębarzewie (KMP.571.8.2022).

²⁹² Zob. Raport z wizytacji Zakładu Karnego w Wołowie (BPW.571.1.2022).

psychicznymi, w tym korzystających z tego powodu z farmakoterapii i wymagających systematycznego monitorowania, jest to sytuacja alarmująca.

5/ Przeprowadzania badań medycznych w kajdankach

Analiza monitoringu w trakcie jednej z prowadzonych wizytacji wykazała, iż jeden z osadzonych miał przeprowadzane badanie lekarskie, pozostając w jego trakcie w kajdankach założonych na ręce. Podkreślenia wymaga fakt, iż podczas badania obecni byli także funkcjonariusze SW²⁹³.

Ponadto zdarzały się przypadki, kiedy osadzeni w trakcie hospitalizacji w wolnościowej służbie zdrowia przykuwani byli kajdankami do łóżek szpitalnych²⁹⁴. Jeden z rozmówców opisywał, że ze względów zdrowotnych został przetransportowany do szpitala, gdzie całą noc spędził na łóżku, pozostając w kajdankach zespolonych. Dopiero nad ranem po zmianie służby zostały mu one zdjęte. Następnie został przypięty kajdankami jedną ręką do łóżka²⁹⁵.



Zgodnie ze stanowiskiem CPT tego typu praktyki są niedopuszczalne. Stosowanie kajdanek (w tym kajdanek na nogi) podczas badania lub konsultacji lekarskiej jest praktyką naruszającą godność więźnia, utrudniającą rozwój właściwej relacji lekarza z pacjentem i szkodliwą dla obiektywnych ustaleń medycznych²⁹⁶.

4. Cudzoziemcy w jednostkach penitencjarnych

„W dniu (...) osadzony został doprowadzony do Aresztu Śledczego. Tego samego dnia został przetransportowany do szpitala Aresztu Śledczego z uwagi na względy medyczne. Osadzony w dniu (...) roku był konsultowany kontrolnie z uwagi na stan zdrowia. Pozostawał wówczas w utrudnionym kontakcie ze względu na barierę językową. Z informacji od służby zdrowia wynikało wówczas, że najprawdopodobniej wstrzyknął sobie ślinę pod skórę kończyn dolnych. Podczas rozmowy usiłowano ustalić z osadzonym, dlaczego to zrobił, nie potrafił odpowiedzieć. Ciężko było stwierdzić, czy rozumiał pytania. Dopytywany o to, kiedy to zrobił, pokazał na palcach siedem, co oznacza, że dokonał tego przed umieszczeniem w warunkach izolacji więziennej. Z danych archiwalnych wynikało, że jest uzależniony od narkotyków. Bariera językowa uniemożliwiła uzyskanie szczegółowych danych od osadzonego. Pytany o próby samobójcze i autoagresję gestykułował przecząco, tak samo reagował na pytanie dotyczące myśli tego typu. Nie stwierdzono wówczas konieczności obejmowania osadzonego oddziaływaniami z zakresu polityki presuicydalnej II rzędu. Osadzony nie ujawniał cech kryzysu emocjonalnego, nie ujawniał objawów zespołu abstynencyjnego. (...) W dniu (...) w godzinach wieczornych z uwagi na pogarszający się stan zdrowia osadzony został przetransportowany do Szpitala (...) na Szpitalny Oddział Ratunkowy, gdzie nastąpił zgon osadzonego”²⁹⁷.

²⁹³ Zob. Raport z wizytacji Aresztu Śledczego w Łodzi (KMP.571.7.2022).

²⁹⁴ Zob. Raport z wizytacji Zakładu Karnego w Siedlcach (KMP.571.9.2022).

²⁹⁵ Zob. Raport z wizytacji Aresztu Śledczego w Łodzi (KMP.571.7.2022).

²⁹⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, § 79; Raport CPT z wizyty w Czechach w 2018 r., CPT/Inf (2019) 23, par. 70.

²⁹⁷ Zob. Raport z wizytacji Aresztu Śledczego w Bydgoszczy (KMP.571.12.2022).

W ocenie Krajowego Mechanizmu zmiany wymaga wciąż postępowanie z osadzonymi, którzy nie porozumiewają się w języku polskim na tyle, by posiadać pełne rozeznanie w swojej sytuacji. W dalszym ciągu zdarzają się sytuacje, że nie we wszystkich aktach osobowych cudzoziemców odnotowuje się informację o stopniu znajomości języka polskiego przez danego osadzonego. Często brak jest również danych o tym, w jakim języku przekazano informacje o pobycie w jednostce (regulamin, prawa, obowiązki itp.). Nie w każdej jednostce dostępne są także tłumaczenia regulaminów odbywania kary pozbawienia wolności na języki obce.

W jednej z wizytowanych jednostek²⁹⁸ współosadzony z celi występował w roli tłumacza w trakcie rozmowy jednego z funkcjonariuszy ze świeżo przyjętym do jednostki osadzonym narodowości ukraińskiej. Podkreślić należy, iż konieczność polegania na dobrej woli i chęci pomocy innego osadzonego może budzić u takiego cudzoziemca uzasadniony lęk, ponieważ może on mieć poczucie nieustannej zależności od innej osoby. Ponadto mogą istnieć tematy, o których nie chciałby on mówić współwięźniowi, nie będąc do tego zmuszonym ze względu na brak profesjonalnego tłumacza.

W przypadku postępowania z osadzonymi będącymi cudzoziemcami KMPT każdorazowo zaleca, aby postępować według następujących zasad:

- odnotowywać w dokumentacji więźnia informację o barierze językowej;
- zaopatrzyć jednostkę w informatory dla cudzoziemców i za każdym razem wydawać je osadzonym, w odpowiednim dla nich języku;
- informować więźnia o jego prawach i obowiązkach, w języku dla niego zrozumiałym oraz odnotowywać w dokumentacji: w jakim języku zostały wykonane obowiązki informacyjne i kto brał udział w czynnościach z udziałem więźnia (np. tłumacz);
- dokonywać tłumaczenia wszelkich istotnych dla więźnia dokumentów (np. porządku wewnętrznego, oświadczeń, decyzji) na język dla niego zrozumiały, zwłaszcza gdy dokumenty te rodzą dla więźnia określone skutki i musi on poświadczyć pisemnie fakt zapoznania się z nimi;
- korzystać z pomocy tłumacza, zwłaszcza w trakcie rozmowy wstępnej i świadczeń medycznych (oraz w trakcie pobytów w szpitalu).

5. Środki przymusu bezpośredniego

Jeden z osadzonych zgłosił przedstawicielce KMPT, że przy transporcie z innej jednostki penitencjarnej zapięto mu kajdanki zespolone, mimo iż był po wylewie, poruszał się o kuli i z uwagi na przykurcz prawej ręki w ogóle nie mógł nią poruszyć.

Inny osadzony poruszający się na wózku ortopedycznym zgłosił, że w czasie wyjazdu z innego aresztu przypięto mu kajdankami nogi do wózka, mimo iż miał sparaliżowaną dolną część ciała (od klatki piersiowej). Osadzony miał prosić o rozpięcie kajdanek, wskazując na znaczny stopień niepełnosprawności. W odpowiedzi miał usłyszeć od funkcjonariusza, że „ma nie dyskutować”. Kajdanki zostały rozkute dopiero po interwencji dowódcy konwoju, który miał nakazać ich zdjęcie²⁹⁹.

²⁹⁸ Zakład Karny w Przemyślu.

²⁹⁹ Zob. raport z wizytacji Zakładu Karnego w Gębarzewie (KMP.571.8.2022).

Krajowy Mechanizm zwraca uwagę, że stosowanie środków przymusu bezpośredniego musi być zgodne z zasadami określonymi w ustawie o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej³⁰⁰, w tym z zasadą subsydiarności, proporcjonalności oraz minimalizowania szkód. Obligują one funkcjonariuszy do każdorazowego dokonania oceny okoliczności oraz dynamiki danego zdarzenia, jak również indywidualnego podejścia do każdej osoby, wobec której środki przymusu bezpośredniego miałyby zostać użyte. Nie jest dopuszczalne rutynowe stosowanie kajdanek w stosunku do osoby transportowanej, uzasadnione wyłącznie faktem transportowania.



Również zgodnie ze standardami CPT kajdanki nie powinny być stosowane jako zasada w czasie transportu. Ich użycie powinno być uzasadnione oceną ryzyka w konkretnym przypadku, kiedy ich zastosowanie wydaje się absolutnie konieczne. Powinny być wówczas stosowane w sposób, który eliminuje ryzyko zranienia osoby konwojowanej³⁰¹.

Na kwestię tę zwraca uwagę SPT w swoich raportach: **stosowanie wszelkich środków bezpieczeństwa (w tym kajdanek) powinno być oparte na indywidualnej ocenie ryzyka, realizowanej na podstawie jasnych i określonych proceduralnie kryteriów. Kajdanki i inne instrumenty przymusu powinny być stosowane tylko wtedy, gdy nie jest dostępna lżejsza forma kontroli rzeczywistego ryzyka i usuwane tak szybko, jak to możliwe. Kajdanki nie powinny być stosowane z uwagi na status osoby pozbawionej wolności ani też jako środek dyscyplinujący³⁰².**

W trakcie jednej z wizytacji³⁰³ delegacja KMPT ustaliła, iż w celi mieszkalnej został użyty ręczny miotacz gazu. Z informacji udzielonej przez Dyrektora Aresztu wynikało, że przesłanką zastosowania tego środka przymusu bezpośredniego był opór ze strony osadzonego polegający na zapieraniu się nogami o łóżko i interweniujących funkcjonariuszy oraz spinaniem rąk, co miało uniemożliwiać założenie kajdanek. Po zakończeniu stosowania przymusu osadzony został odprowadzony do ambulatorium celem badania stanu zdrowia. Personel medyczny nie stwierdził wówczas obrażeń.



Stosowanie gazu pieprzowego w celi mieszkalnej jest działaniem wysokiego ryzyka, również dla innych osadzonych i personelu penitencjarnego. Zgodnie z międzynarodowymi standardami praw człowieka drażniących środków chemicznych nie należy używać w sytuacjach czysto pasywnych, w zamkniętych środowiskach bez odpowiedniej wentylacji lub tam, gdzie nie ma realnego

³⁰⁰ Dz. U. z 2022 r., poz. 1416.

³⁰¹ Zob. Raport CPT z wizyty we Francji w 2015 r., CPT/Inf (2017) 7, par. 13; Raport CPT z wizyty na Cyprze w 2017 r., CPT/Inf (2018) 16, par. 15; Raport CPT z wizyty w Holandii w 2016 r., CPT/Inf (2017) 1, par. 13; Raport CPT z wizyty w Belgii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 8, par. 18; Raport CPT z wizyty w Hiszpanii w 2016 r., CPT/Inf (2017) 34, par. 8; Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii w 2016 r., CPT/Inf (2017) 9, par. 14; Raport CPT z wizyty w Serbii w 2015 r., CPT/Inf (2016) 21, par. 53; Raport CPT z wizyty w Rosji w 2012 r., CPT/Inf (2013) 41, par. 28; Raport SPT z wizyty w Chile w 2016 r., CAT/OP/CHL/1, par. 45-46.

³⁰² Zob. Raport SPT z wizyty w Chile w 2016 r., CAT/OP/CHL/1, par. 44-46; Raport SPT z wizyty w Rumunii w 2016 r., CAT/OP/ROU/1, par. 104-105; Raporty SPT z wizyt w Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, par. 84; CAT/OP/UKR/1, par. 12 i 132; Raport SPT z wizyty w Nowej Zelandii w 2013 r., CAT/OP/NZL/1, par. 110-112; Raport SPT z wizyty w Brazylii w 2015 r., CAT/OP/BRA/3, par. 16.

³⁰³ Areszt Śledczy w Opolu.

wyjścia oraz w sytuacji, gdy dana osoba znajduje się już pod kontrolą funkcjonariusza³⁰⁴. Ponadto gaz pieprzowy nigdy nie powinien być używany w odległości mniejszej niż jeden metr w celu zapobieżenia uszkodzeniu twarzy lub oczu³⁰⁵.

6. Personel

Jednym z problemów w części wizytowanych jednostek był niedostateczny poziom zatrudnienia, zwłaszcza w działach ochrony i penitencjarnym. Niedostateczna obsada pierwszego z nich przekładać się może na niski poziom bezpieczeństwa. Potrzebę zwiększenia zatrudnienia w działach penitencjarnych potwierdzały rozmowy prowadzone z osadzonymi, którzy skarżyli się na konieczność długiego oczekiwania rozpatrzenia skarg czy próśb. Zgłaszano również, że wychowawcy i psychologowie, mimo chęci, nie mają dla nich czasu. Ponadto braki kadrowe w tym dziale w znacznym stopniu utrudniają prowadzenie oddziaływań penitencjarnych w sposób ciągły i zaplanowany.

Kwalifikacje kadry wizytowanych przez KMPT jednostek zostały ocenione w większości pozytywnie. Praktycznie we wszystkich zakładach karnych i aresztach śledczych Krajowy Mechanizm rekomendował natomiast poszerzenie programów szkoleniowych o zagadnienia związane z: międzynarodowymi standardami dotyczącymi ochrony praw człowieka i prewencji tortur, komunikacją interpersonalną, deeskalacją konfliktów, postępowaniem z osobami wymagającymi szczególnej pomocy i nadzoru oraz grupami wrażliwymi (np. z niepełnosprawnościami, nie w pełni sprawnymi ruchowo, osobami z zaburzeniami psychicznymi), zakazem dyskryminacji (np. ze względu na niepełnosprawność, wiek, orientację seksualną, pochodzenie), wczesnym wykrywaniem symptomów przemocy stosowanej wobec osadzonych z niepełnosprawnościami, problematyką wypalenia zawodowego oraz metodami przeciwdziałania temu zjawisku, a także sposobami radzenia sobie ze stresem. KMPT rekomendował także zapewnienie personelowi regularnych superwizji. Niewątpliwie praca funkcjonariuszy w tak trudnych warunkach, obarczenie dużą ilością obowiązków prowadzić może do poważnych konsekwencji, wśród których można z pewnością wymienić nie tylko wzrost napięcia w zakładzie karnym, ale również obniżenie efektywności podejmowanych przez nich oddziaływań i tym samym spadek skuteczności procesu wykonywania kary pozbawienia wolności.



CPT 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, rozładowania sytuacji, które mogłyby przekształcić się w przemoc oraz zwiększyć kontrolę i bezpieczeństwo. W rezultacie praca personelu więziennego może być znacznie bardziej satysfakcjonująca³⁰⁶.

7. Zajęcia poza celą mieszkalną

Wciąż problemem pozostaje uboga oferta możliwości spędzania przez osadzonych wolnego czasu. Do dyspozycji osadzonych były małe, bardzo słabo wyposażone świetlice oddziałowe. W więk-

³⁰⁴ Zob. United Nations Human Rights Guidance on Less-Lethal Weapons in Law Enforcement, New York and Geneva 2020, pkt 7.2.7.

³⁰⁵ Zob. Human Rights Handbook on Policing Assemblies, OSCE/ODIHR 2016, s. 79–80.

³⁰⁶ Zob. Jedenasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2001) 16, § par. 26; Drugi Raport Generalny, CPT/Inf (92) 3, par. 60.

szości z nich w trakcie wizytacji znajdowały się jedynie stoliki, krzesła i telewizory, stoły do gry w „piłkarzyki”. Krytycznie oceniono także ofertę zajęć sportowych. Dostępными dla osadzonych formami aktywności ruchowej były jedynie codzienny spacer i sala sportowa (która co do zasady nie jest dostępna dla wszystkich osadzonych)³⁰⁷.

8. Warunki materialne

1/ Blendy

Nadal problemem w jednostkach penitencjarnych pozostaje montowanie zewnętrznych przesłon zaokiennej (tzw. blend). Takie praktyki stosowane są także w nowo wyremontowanych oddziałach mieszkalnych.

W ocenie KMPT utrudniają one funkcjonowanie w celi i mogą negatywnie wpływać na stan zdrowia osadzonych. Blendy utrudniają bowiem cyrkulację powietrza, przez co w okresie letnim potęgują wzrost temperatury, natomiast w okresie zimowym na blendach zbiera się pokrywa śnieżna blokująca dopływ światła słonecznego, które przez samo stosowanie blend jest już ograniczone. Takie warunki pogarszają samopoczucie więźniów i nie sprzyjają poprawie ich stanu zdrowia. Krajowy Mechanizm podkreśla, że brak naturalnego światła dziennego w celach może skutkować pogorszeniem zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego osadzonych.



Również zdaniem CPT 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 gruźlicy³⁰⁸. Było to również istotne z uwagi na wciąż istniejące w 2022 r. zagrożenie epidemiczne COVID-19.

2/ Niezabudowane kąciki sanitarne

Kolejnym nierozwiązanym w pełni problemem pozostaje kwestia niezabudowanych lub niewłaściwie osłoniętych kącików sanitarnych. Podczas wizytacji realizowanych w 2022 r. dotyczyło to np. cel przejściowych oraz izolacyjnych³⁰⁹. W jednym z zakładów karnych aż 79 cel posiadało nie w pełni zabudowane kąciki sanitarne.

W ocenie KMPT rozwiązania te naruszają podstawowe prawo osadzonego do zagwarantowania intymności podczas wykonywania czynności fizjologicznych. Należy zaznaczyć, że zgodnie z przepisami prawa krajowego urządzenia sanitarne sytuuje się w sposób zapewniający ich niekrępujące

³⁰⁷ Zakład Karny w Wołowie.

³⁰⁸ Zob. Jedenasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2001) 16-part, par. 30.

³⁰⁹ Zakład Karny w Gębarzewie, Zakład Karny w Wojkowicach, Areszt Śledczy w Łodzi.

użytkowanie³¹⁰. Ponadto zgodnie z międzynarodowymi standardami więźniowie powinni mieć dostęp do zapewniających prywatność sanitariatów³¹¹.

3/ Place spacerowe

W kilku wizytowanych jednostkach³¹² wizytujący zwrócili uwagę na place spacerowe, które ze wszystkich stron osłonięte były wysokim betonowym murem z rozpiętą na górze siatką, bez możliwości widoku horyzontalnego. Zazwyczaj wyposażone były jedynie w ławkę i fragmentaryczne zadanie. Brak było sprzętu do ćwiczeń czy innego wyposażenia umożliwiającego aktywność fizyczną na świeżym powietrzu. Wielu osadzonych sygnalizowało, iż często nie wychodzą na spacer, bo czują się na nich jak w klatce i nie czują na nich większej różnicy od przebywania w celi.



Na tę kwestię zwraca uwagę również CPT. Zdaniem Komitetu place spacerowe znajdujące się na świeżym powietrzu powinny być nie tylko przestronne, ale także powinny dawać schronienie przed niepokodą³¹³. Daje to gwarancję, że osadzeni będą mogli korzystać z przysługujących im aktywności na świeżym powietrzu też podczas opadów atmosferycznych lub zbyt intensywnego nasłonecznienia. Dodatkowo powinno się umożliwić osadzonym odbycie codziennych ćwiczeń na zewnątrz w warunkach, które umożliwią im wysiłek fizyczny. Co więcej, pożądane jest także, aby osadzeni mieli podczas spaceru widok na przestrzeń zewnętrzną, otaczającą plac spacerowy³¹⁴.

4/ Dostosowanie jednostek penitencjarnych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami³¹⁵

W jednostkach³¹⁶ przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością ruchową delegacja Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zidentyfikowała istnienie szeregu barier architektonicznych, takich jak:

- niewłaściwe usytuowanie uchwytów w kąciu sanitarnym, przez co osadzony musiał opierać się na umywalce, aby skorzystać z toalety;
- brak rzeczywistej możliwości zamknięcia drzwi do kącia sanitarnego przez osobę poruszającą się na wózku;
- brak możliwości skorzystania ze znajdujących się w kąciu sanitarnym lustra i półki na przybory przez osoby poruszające się na wózku i przy pomocy kul ortopedycznych, z uwagi na zbyt wysokie umiejscowienie;

³¹⁰ Zob. par. 21 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2022 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania tymczasowego aresztowania (Dz. U. z 2022 r., poz. 2848) oraz par. 25 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2022 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz. U. z 2022 r., poz. 2847).

³¹¹ Zob. Europejskie reguły Więzienne – Reguła 19.3, Reguły Nelsona Mandeli – Reguła 15.

³¹² Zakład Karny w Wojkowicach, Zakład Karny w Pińczowie, Zakład Karny w Siedlcach, Areszt Śledczy w Opolu, Areszt Śledczy w Bydgoszczy.

³¹³ Zob. Drugi Raport Generalny CPT, CPT/Inf (92) 3, par. 48.

³¹⁴ Zob. Raport z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 74.

³¹⁵ Kwestia dostosowania jednostek penitencjarnych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami była przedmiotem szczegółowej analizy KMPT. Wnioski i zalecenia przedstawiono w publikacji pt. „Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną. Raport z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur” [w:] <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnoscia-fizyczna-i-sensoryczna-raport-z>

³¹⁶ Zakład Karny w Siedlcach, Areszt Śledczy w Bydgoszczy.

- niedostosowanie wężła przyjęć (poszczególne pomieszczenia, do których muszą się udać nowo przybyli więźniowie, znajdowały się na dwóch kondygnacjach, które rozdzielone były licznymi schodami);
- w budynku brak było windy oraz specjalnych podkładów na schody;
- przed wejściem do budynku były schody, a nie zamontowano pochylni oraz poręczy;
- wysokie progi przy drzwiach wejściowych;
- zbyt wąska szerokość drzwi.

■ Wpływ programu „Nowoczesne Więziennictwo” na realizację podstawowych praw osób osadzonych

W 2022 r. doszło do znaczącej nowelizacji przepisów Kodeksu karnego wykonawczego³¹⁷, stanowiącej element realizowanego przez Ministerstwo Sprawiedliwości programu „Nowoczesne Więziennictwo”. Zgodnie z założeniami twórców programu, przyjęte rozwiązania stanowić mają największą od ćwierćwiecza zmianę w polskim więziennictwie, a założenia projektu opierają się m.in. na: zmianie warunków korzystania przez skazanych z opieki zdrowotnej, wzmocnieniu bezpieczeństwa w zakładach karnych, lepszym wyszkoleniu i skuteczności Służby Więziennej czy rozszerzeniu pracy osadzonych³¹⁸. RPO już na etapie legislacyjnym przedstawiał liczne uwagi na temat proponowanych zmian, dotyczące m.in.: realizacji prawa osób pozbawionych wolności do składania skarg i wniosków, przeprowadzania kontroli osobistych wobec osadzonych, a także realizacji i prawa do obrony i kontaktu ze światem zewnętrznym³¹⁹.

Z informacji uzyskanych przez przedstawicieli KMPT wynika, iż szczególnie dolegliwe są dla więźniów zmiany dotyczące częstotliwości korzystania z samoinkasujących aparatów telefonicznych zlokalizowanych w oddziałach mieszkalnych. Do czasu nowelizacji przepisów zarówno skazani, jak i tymczasowo aresztowani mieli bowiem prawo nawiązywania połączeń telefonicznych kilka razy w tygodniu (w przypadku osób tymczasowo aresztowanych zgodę na to wydać musiał/y organ/y dysponujący/e). Nie istniał także ogólnie ustalony limit czasu połączenia, jedynym zaś ograniczeniem było wprowadzenie limitu jednego połączenia dziennie.

Tymczasem na mocy nowo przyjętych przepisów k.k.w. (art. 105b par. 1): „Skazany co najmniej raz w tygodniu ma prawo korzystać z samoinkasującego aparatu telefonicznego na własny koszt lub na koszt rozmówcy w sposób i w terminach ustalonych w porządku wewnętrznym obowiązującym w zakładzie karnym”. W uzasadnieniu projektu nowelizacji k.k.w. wskazano, że „powyższe normy mają charakter gwarancyjny w zakresie określenia minimalnej liczby kontaktów telefonicznych skazanych i tymczasowo aresztowanych. Natomiast limity te mogą być podwyższone przez dyrektora zakładu karnego lub aresztu śledczego w porządku wewnętrznym obowiązującym w zakładzie kar-

³¹⁷ Zob. ustawa z dnia 5 sierpnia 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2023 r., poz. 127).

³¹⁸ Zob. <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/wchodzi-w-zycie-program-nowoczesne-wieziennictwo>

³¹⁹ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 listopada 2021 r., IX.022.1.2021, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-zmiany-kkw-kk-kpk-kontakty-rodzina-opinia-ms>

nym lub areszcie śledczym, przy uwzględnieniu możliwości kadrowych i technicznych danej jednostki penitencjarnej³²⁰. Tymczasem dokonana w Biurze RPO analiza porządków wewnętrznych wskazuje, że wielu dyrektorów jednostek penitencjarnych interpretuje wskazany przepis zawężająco, przyjmując, iż osadzeni w danej jednostce mogą tylko raz w tygodniu skorzystać z samoinkasującego aparatu telefonicznego.

Zauważyć przy tym należy, iż wprowadzone na poziomie jednostek zmiany w zakresie warunków korzystania z samoinkasujących aparatów telefonicznych pokrywają się z obawami Rzecznika Praw Obywatelskich sformułowanymi w przytoczonym powyżej wystąpieniu do Ministra Sprawiedliwości. RPO wskazał w nim bowiem, iż minimalny standard jednej rozmowy telefonicznej tygodniowo zostanie przyjęty jako obowiązujący w zdecydowanej większości jednostek penitencjarnych jako odpowiadający oczekiwaniom Służby Więziennej w zakresie zmniejszenia obciążenia pracą funkcjonariuszy.

W tym kontekście zasadne wydaje się przytoczenie stanowiska Stowarzyszenia Zapobiegania Torturom (APT), zgodnie z którym 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 kontakt z przyjaciółmi lub członkami rodziny tworzy bardziej otwarte środowisko przetrzymywania, które pomaga zapobiegać torturom i złemu traktowaniu. Zapewnienie zatrzymanym możliwości utrzymywania kontaktu z rodziną poprzez wizyty, rozmowy telefoniczne i korespondencję jest podstawowym prawem osadzonego, które dodatkowo może zapewniać mu istotne wsparcie i pomagać w ponownej integracji po zwolnieniu³²¹.

W konsekwencji powyższych zmian w wielu jednostkach penitencjarnych spodziewano się protestów i buntów osadzonych. W związku z tym prowadzono intensywne oddziaływania mające na celu systematyczne monitorowanie atmosfery wśród osadzonych. Kilkudziesięciu osadzonych we wrześniu 2022 r. zostało zakwalifikowanych jako stwarzający poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu, odbywający karę w wyznaczonym oddziale lub celi zakładu karnego typu zamkniętego w warunkach zapewniających wzmożoną ochronę społeczeństwa i bezpieczeństwa tego zakładu³²² w związku z nawoływaniem do protestów³²³. W jednej z wizytowanych jednostek³²⁴ w oddziale dla niebezpiecznych przebywało w dniu wizytacji 12 osadzonych, w tym 3 zakwalifikowanych do tej kategorii więźniów z powodu nawoływania do buntu. Wszyscy trzech osadzeni otrzymali ten status w innych zakładach, w których przebywali przed wejściem w życie nowelizacji k.k.w. i zostali przetransportowani do jednostki, która dysponuje odpowiednim dla nadanego im statusu oddziałem.

³²⁰ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw; druk sejmowy nr 2376.

³²¹ Zob. Association for the Prevention of Torture – Legal Safeguards to Prevent Torture The Right of Access to Lawyers for Persons Deprived of Liberty; March 2010; APT.

³²² Art. 88a Kodeksu karnego wykonawczego.

³²³ Zgodnie ze statystykami liczba osadzonych niebezpiecznych wzrosła ze 145 w sierpniu 2022 r. do 186 we wrześniu 2022 r. i utrzymywała się na podobnym poziomie do listopada 2022 r. (<https://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-miesieczna>).

³²⁴ Zakład Karny w Barczewie.

Przedstawiciele KMPT zaobserwowali także dodatkowe restrykcje względem osadzonych, wdrożone na mocy decyzji Dyrektora Generalnego Służby Więziennej³²⁵. Zmiana praktyki postępowania z osobami przebywającymi w zakładach karnych i aresztach śledczych nie wynika wprost ze znowelizowanych przepisów k.k.w., niemniej jednak zdaje się realizować jeden z celów programu „Nowoczesne Więziennictwo”, którym jest zwiększenie bezpieczeństwa w jednostkach penitencjarnych. Z treści przytoczonego pisma wynika również, iż wszelkie wytyczne dotyczące funkcjonowania Służby Więziennej, zawarte w dokumencie, uzgodnione zostały uprzednio z kierownictwem Ministerstwa Sprawiedliwości.

W czasie prowadzonych czynności wizytujący dostrzegli zwłaszcza zmiany związane z prewencyjnym stosowaniem kajdanek poza celą mieszkalną jako zasady. Ponadto wprowadzono także strefy funkcjonariusza i osadzonego w pomieszczeniach wychowawców, oddziałowych, terapeutów i psychologów. Drzwi wejściowe do wskazanych pomieszczeń wyposażone zostały w przeszklone otwory, taśmą na posadzce wydzielono linię, której nie wolno przekraczać osadzonym, a osoby pozbawione wolności rozmowy prowadzą siedząc na przytwierdzonych do ścian, opuszczanych, plastikowych siedziskach o wymiarach 32 × 23 cm, albo na stojąco. Personel doposażony został także w dodatkową instalację alarmowo-przyzywową.

Nie negując potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa personelu jednostek penitencjarnych, opisane powyżej warunki kontaktu sprowadzają go (niezależnie od zindywidualizowanych przesłanek dotyczących konkretnego więźnia) do potencjalnego zagrożenia. Uniemożliwiają tym samym członkom więziennego personelu nawiązanie z więźniem relacji opartej na zaufaniu.

KMPT zwraca uwagę, iż wielość wprowadzonych środków może utrudniać odpowiednią komunikację między osadzonymi a wychowawcami lub psychologami. Wszelkie decyzje zwiększające stopień dolegliwości wykonywanej kary pozbawienia wolności winny być poprzedzone wnikliwą analizą ryzyka w konkretnym przypadku, a podejmowane w jej następstwie kroki spełniać warunek proporcjonalności względem rzeczywistego zagrożenia. W ocenie KMPT z wizytacji przeprowadzonych w roku ubiegłym widać, że ze względu na wprowadzone strefy bezpieczeństwa, zainteresowanie ze strony więźniów kontaktem z wychowawcami i psychologami uległo zmniejszeniu. Stanowi to w ocenie Mechanizmu realną groźbę dla sprawowania właściwego nadzoru nad właściwym przebiegiem wykonywania kary pozbawienia wolności. Jeśli osadzony dozna jakiegś przykrości ze strony współosadzonych lub poweźmie jakąś informację dotyczącą jego bliskich, która wywoła u niego pogorszenie stanu psychicznego, obowiązujące obostrzenia w kontakcie z funkcjonariuszami SW zadziałają zniechęcająco, jeśli chodzi o zgłaszanie tego typu problemów. W praktyce zatem problemy, które mogłyby znaleźć rozwiązanie lub być zniwelowane w drodze rozmowy, mogą w wyniku ich niezgłaszania skutkować eskalacją napięć, prowadząc w konsekwencji do poważniejszych skutków związanych ze zdrowiem osadzonego i zagrożeniem bezpieczeństwa w danej jednostce.

³²⁵ Zob. Pismo Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 6 kwietnia 2022 r. (BDG.070.40.2022.KS).

KRAJOWY OŚRODEK ZAPOBIEGANIA ZACHOWANIOM DYSSOCJALNYM

W dniach 9–11 maja 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację oddziału zamiejscowego Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (dalej: KOZZD) w Cztersku³²⁶. Główna siedziba KOZZD znajduje się w Gostyninie³²⁷. Ośrodek ten został utworzony ustawą z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie wobec życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób³²⁸ (dalej: ustawa o KOZZD). Nie jest on jednostką penitencjarną ani szpitalem psychiatrycznym, a specyficznym podmiotem leczniczym, którego zadaniem jest prowadzenie postępowania terapeutycznego. Pacjenci są umieszczeni w ośrodku na mocy postanowień sądu. Ośrodek podlega Ministrowi Zdrowia.

Oddział zamiejscowy w Cztersku jest obecnie jedynym ośrodkiem zamiejscowym KOZZD w Polsce. Został utworzony na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia³²⁹. Funkcjonuje na terenie dawnej jednostki penitencjarnej. Poza personelem medycznym i terapeutycznym na terenie obiektu obecni byli delegowani funkcjonariusze Służby Więziennej, wspomagani przez cywilny personel ochronny. Co do zasady do oddziału zamiejscowego w Cztersku trafiali pacjenci, którzy przebywali wcześniej w ośrodku w Gostyninie, nie przejawiali schorzeń somatycznych i nie stwarzali problemów związanych z bezpieczeństwem.

■ Problemy systemowe

1. Konieczność nowelizacji ustawy o KOZZD

Potrzebę stworzenia kompleksowych przepisów regulujących działalność KOZZD Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur sygnalizował Ministrowi Zdrowia już po wizytacji ośrodka w Gostyninie w 2019 r.³³⁰ Pilne zmiany w tym zakresie były podnoszone również po wizytacji placówki w 2021 r.³³¹



Zdaniem KMPT przepisy ustawy regulującej działalność KOZZD powinny określać m.in. wprowadzenie na poziomie centralnym weryfikacji zasadności kierowania osób do KOZZD; prawa i obowiązki pacjentów; zasady przeprowadzania kontroli osobistych pacjentów; obligatoryjne nagrywanie wizji i fonii w ramach monitoringu wizyjnego realizowanego podczas zastosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci izolacji i unieruchomienia; wzory kart używanych

³²⁶ Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji oddziału zamiejscowego Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Cztersku (KMP.574.2.2022.RK).

³²⁷ Ośrodek w Gostyninie był wizytowany przez KMPT w 2019 i 2021 r. (KMP.574.1.2019.JZ).

³²⁸ Dz. U. z 2022 r., poz. 1689.

³²⁹ Zob. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania statutu Krajowemu Ośrodkowi Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (Dz. Urzędowy Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r., poz. 18).

³³⁰ Zob. Raport KMPT z wizyty w KOZZD w Gostyninie w dniach 18–20 lutego 2019 r. (KMP.574.1.2019.JZ), pkt 4 i 6. Zobacz również Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2019 r., s. 105–109.

³³¹ Zob. Raport KMPT z wizyty w KOZZD w Gostyninie w dniach 8–10 marca 2021 r. (KMP.574.1.2019.JZ), pkt 4).

w przypadku zastosowania środków przymusu bezpośredniego; adekwatną liczbę personelu zatrudnionego w Ośrodku.

Ustawodawca nie znowelizował jednak prawa w zakresie zgodnym z oczekiwaniami i zaleceniami KMPT. Natomiast w kwietniu 2022 r. Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił Ministrowi Zdrowia opinię do projektowanych zmian ustawowych³³². W pracach nad opinią wziął udział KMPT. W dokumencie tym wskazano, że wiele istotnych dla praw i wolności pacjentów kwestii zostało pominiętych w projekcie. Przebieg prac legislacyjnych jest monitorowany przez KMPT.

2. Blendy w oknach

We wszystkich pomieszczeniach oddziału zewnętrznego były zamontowane nieprzezroczyste przesłony, nazywane blendami. Tego typu rozwiązania ochronne przewidziano tylko w przypadku oddziałów zamiejscowych, nie zaś jednostki centralnej KOZZD w Gostyninie³³³. Blendy są rozwiązaniem stosowanym w jednostkach penitencjarnych.



Należy usunąć blendy, a jeśli tego typu rozwiązania ochronne rzeczywiście są konieczne, to trzeba zastąpić je innymi rozwiązaniami umożliwiającymi dostęp do cel naturalnego światła i świeżego powietrza, w odpowiedniej ilości³³⁴.

■ Obszary wymagające poprawy

1. Traktowanie

Przedstawiciele KMPT otrzymali od pacjentów liczne sygnały o nieprofesjonalnym zachowaniu pracowników służby ochrony i delegowanych do pełnienia służby w oddziale funkcjonariuszy Służby Więziennej. Zgłoszone zarzuty dotyczyły w większości przemocy psychicznej – używania pod adresem pacjentów wulgarnego języka, określania ich mianem „pedofilii”, zagładania pod prysznic w czasie kąpieli, prowokującego zachowania.

Jeden z pacjentów zgłosił przypadek fizycznego złego traktowania³³⁵. Do sali, w której przebywał, miało wejść kilku pracowników ochrony i funkcjonariuszy Służby Więziennej, którzy położyli go na ziemi i skuli mu ręce z tyłu kajdankami. Mężczyzna miał otrzymać przymusowo zastrzyk i został mu założony na głowę kaptur. Mówił, że zabrano go do sali izolacyjnej i zapięto


³³² Opinia RPO z dnia 29 kwietnia 2022 r. (IX.022.3.2022.TRo) do projektu ustawy o zmianie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej wpisanego do wykazu prac legislacyjnych Ministerstwa Zdrowia pod pozycją UD 350. Dostępna na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-kozzd-projekt-nowelizacji-opinia>

³³³ Zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (Dz. U. z 2022 r., poz. 192).


³³⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 69.

³³⁵ Zespół do spraw Wykonywania Kar w Biurze RPO prowadzi w tej sprawie postępowanie wyjaśniające. Sprawę bada również Prokuratura Okręgowa w Płocku.

go w pasy, w których przebywał około 1,5–2 godziny. W tym czasie miał być bity m.in. po piętach (metoda tortur zwana „falaką” lub „falangą”), uderzany przedmiotem owiniętym w gazetę; relacjonował także, że wkładano mu coś twardego do ust (prawdopodobnie pałkę). Przemoc fizyczna miała trwać etapami. Pacjent mówił, że był bity jakiś czas, po czym następowała przerwa i zostawał sam. Po jakimś czasie personel ochronny wracał i znęcał się nad nim ponownie. Było kilka takich „sesji bicia”. Pacjent miał być też wyśmiewany, wulgarnie obrażany. Pracownicy mieli także komentować, że „jak tak leży, to można mu włożyć penisa do ust”.

 Opis działania sprawców wskazuje, że pacjent mógł doświadczyć tortur zdefiniowanych w art. 1 Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur³³⁶.

W czasie rozmowy z przedstawicielami KMPT pacjent był w bardzo złym stanie psychicznym. Z jego relacji wynikało, że szukał pomocy u psychologa, ale został zignorowany z powodu swojego wzburzenia całą sytuacją, a następnie wyśmiany przez innych pracowników. Mówił o lęku, obniżonym nastroju, silnych emocjach, jakie odczuwa. Z ustaleń KMPT nie wynikało, by podjęto wysiłki w celu ustalenia przebiegu zdarzenia i dalszego wsparcia dla pacjenta, w tym próby ustalenia, czy cierpi on na zespół stresu pourazowego (PTSD), nie umożliwiono mu przepracowania traumy i odzyskania zaufania do personelu ośrodka oraz nie zebrano psychologicznych dowodów stosowania tortur.

 Personel ośrodka powinien otrzymać od przełożonych stanowczy sygnał, że wszelkie formy niewłaściwego traktowania pacjentów (zarówno fizyczne, jak i psychiczne) są niezgodne z prawem i będą surowo karane.

Kierownictwo KOZZD powinno podjąć systemową pracę w kierunku budowy odpowiedniej kultury instytucjonalnej, która przemoc wobec pacjentów będzie traktowała jako niedopuszczalny brak profesjonalizmu i zachęcała personel do aktywnego zgłaszania takich przypadków. Sygnaliści powinni mieć stworzone poufne i skuteczne, wewnętrzne kanały raportowania o nieprawidłowościach³³⁷.

W przypadku ujawnienia przemocy wobec pacjentów należy obligatoryjnie zgłaszać podejrzenie popełnienia przestępstwa do Prokuratury (stosownie do wymogu art. 304 § 2 Kodeksu postępowania karnego)³³⁸ oraz w przypadku niewłaściwych zachowań funkcjonariuszy Służby Więziennej – Dyrektorowi Generalnemu Służby Więziennej celem rozważenia podjęcia odpowiednich działań dyscyplinarnych.

Należy wdrożyć mechanizmy monitorowania pracy personelu i położyć nacisk na szkolenia, które zapewnią kadry skuteczne narzędzia do zarządzania konfliktem bez potrzeby sięgania po rozwiązania siłowe.

³³⁶ Zob. Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 10 grudnia 1984 r.

³³⁷ Zob. również stanowisko CPT wyrażone w dokumencie pt. „Zwalczanie bezkarności”, wyciąg z Czternastego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (2004) 28-part, par. 26.

³³⁸ Zob. art. 304 par. 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2022 r., poz. 1375).

Należy przeszkolić członków personelu terapeutycznego KOZZD z metod pracy z traumą i ofiarami przemocy. Pozwoli to pracownikom na rewizję metod swojej pracy, dobór odpowiednich metod pomocy i opieki, w tym pogłębienie wiedzy z zakresu interwencji kryzysowej i pracy terapeutycznej z osobami z objawami PTSD.

2. Kwestie ochronne i przymus bezpośredni

Personel ochronny w widoczny sposób nosił przy sobie pałki, gaz pieprzowy i kajdanki.



Placówka terapeutyczna powinna być „bezpieczną strefą”, wolną od manifestacji atrybutów siły. Wszelki sprzęt służący do stosowania przymusu bezpośredniego nie powinien stanowić rutynowego wyposażenia pracowników ochrony, a być umieszczony w specjalnie do tego celu wyznaczonych miejscach i w razie konieczności pobierany w celu interwencji. Należy w tym celu wypracować efektywne, taktyczne rozwiązania ochronne.

Funkcjonariusze Służby Więziennej wykonywali swoje obowiązki w umundurowaniu służbowym, a cywilny personel ochronny posiadał stroje, zbliżone swoim wyglądem do umundurowania. W połączeniu z noszonymi przy sobie środkami przymusu bezpośredniego i infrastrukturą obiektu całość kojarzyła się z instytucją penitencjarną, a nie z podmiotem leczniczym. Widoczna była też duża liczba pracowników ochrony³³⁹. Personel ochronny towarzyszył pacjentom podczas wszystkich aktywności w ciągu dnia, w tym m.in. podczas spacerów, golenia, badań lekarskich i innych świadczeń medycznych, wydawania leków.

Jeden z pacjentów powiedział w rozmowie: „Ja się czuję jak w zakładzie karnym. Słyszę brzdęk kraty, trzask kluczy. Widzę strażników w mundurach. (...) Nie pomagają mi to w terapii. Zamykam się przez to, trzymam dystans do ludzi”.




Kierownictwo ośrodka powinno zapewnić, aby względy bezpieczeństwa nie przesłoniły terapeutycznych zadań personelu. Podobnie należy odpowiednio zrewidować regulaminy i praktykę stwarzającą klimat napięcia pomiędzy personelem a pacjentami³⁴⁰.

Personel ochronny KOZZD uprawniony jest do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci ręcznego miotacza substancji obeszładniających³⁴¹. W opinii KMPT personel ochrony nie został jednak fachowo przeszkolony w zakresie odpowiedniego, bezpiecznego użycia tych urządzeń i nie znał potencjalnych obszarów ryzyka związanych z ich użytkowaniem.


³³⁹ W ośrodku zamiejscowym obecnych było łącznie 49 pracowników ochrony, w tym 26 pracowników cywilnych i 23 delegowanych funkcjonariuszy Służby Więziennej. Nadzorowali oni 11 pacjentów.

³⁴⁰ Zob. Dokument pt. „Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych”, wyciąg z Ósmego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (98) 12-part.

³⁴¹ Zob. art. 36 ust. 1 pkt 5 lit. c ustawy o KOZZD.


 Jak wskazuje CPT, gaz pieprzowy jest potencjalnie niebezpieczny i nie powinien być używany w przestrzeniach zamkniętych. Ponadto jeśli wyjątkowo musi zostać użyty na otwartej przestrzeni, powinny istnieć jasno określone zabezpieczenia. Przykładowo osobom narażonym na działanie substancji drażniącej należy zapewnić natychmiastowy dostęp do lekarza i możliwość szybkiego i skutecznego odwrócenia skutków działania gazu. Gaz pieprzowy nigdy nie powinien być stosowany przeciwko więźniowi, który został już poddany kontroli, a także nie powinien stanowić elementu standardowego wyposażenia personelu ochrony³⁴².

KMPT negatywnie ocenił stosowanie kajdanek podczas badań medycznych realizowanych poza ośrodkiem. Była to rutynowa praktyka, personel medyczny nie był informowany przez pracowników ochrony o możliwości zdjęcia kajdanek. Badanie odbywało się zawsze w obecności pracowników ochrony.

 CPT rekomenduje zaprzestanie takich praktyk. Stosowanie kajdanek podczas badań medycznych jest praktyką naruszającą godność pacjenta, utrudniającą rozwój właściwej relacji z lekarzem i szkodliwą dla obiektywnych ustaleń medycznych. CPT rekomenduje zaprzestanie takich praktyk³⁴³.

3. Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń


W ośrodku zamiejscowym nie było na stałe lekarza, w tym lekarza psychiatry, co stawia pod znakiem zapytania deklarowany terapeutyczny charakter placówki. Raz na dwa tygodnie psychiatra z KOZZD w Gostyninie przyjeżdżał do ośrodka na konsultacje.

 Na potrzebę obecności w placówce lekarza dyżurnego (dostępnego faktycznie, a nie tylko pod telefonem) zwracał uwagę CPT w przypadku ośrodka w Gostyninie³⁴⁴.

Udoskonalenia wymagał też sposób rejestracji obrażeń pacjentów. Poza opisem w dokumentacji personel medyczny powinien stosować specjalny formularz do oznaczania obrażeń (tzw. mapę ciała) oraz wykonywać zdjęcia ewentualnych obrażeń. Dokumentacja ta powinna stanowić część dokumentacji medycznej pacjenta. Ponadto personel medyczny powinien zostać przeszkolony z Protokołu stambulskiego.

4. Mechanizm skargowy

W placówce nie prowadzono rejestru skarg, a jedynie odnotowywano je w ujęciu statystycznym.

 Jak wskazuje CPT, każda placówka detencyjna powinna prowadzić ewidencję skarg w specjalnym rejestrze, zwracając należytą uwagę na zasady poufności i bezpieczeństwa. Rejestr taki powinien

³⁴² Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2009 r., CPT/Inf (2011) 20, par. 77 i 144 oraz z wizyty w Gruzji w 2014 r., CPT/Inf (2015) 42, par. 111.

³⁴³ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 79 oraz z wizyty w Czechach w 2018 r., CPT/Inf (2019) 23, par. 70.

³⁴⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 126.

zawierać nazwiska skarżących, rodzaj i przedmiot skarg, wynik procedury składania skarg i procedury odwoławczej, działania następcze podjęte w celu naprawienia zarzucanej sytuacji oraz wszelkie rekompensaty przyznane skarżącym. Zapisy te powinny służyć jako narzędzie zarządzania³⁴⁵.

5. Kontakt ze światem zewnętrznym

Zastrzeżenia KMPT wzbudziły nakładane na pacjentów ograniczenia dotyczące m.in. korzystania z laptopów i innych urządzeń elektronicznych umożliwiających połączenie się z siecią internetową oraz korzystania z infokiosku; a także zakaz otrzymywania wszelkich paczek i odwiedzin przez osoby spoza ośrodka. Ograniczenia te były nakładane w formie zarządzeń Dyrektora KOZZD bez określenia czasu ich trwania.



CPT w raporcie z wizyty w Polsce w 2017 r. stwierdził, iż praktyki stanowiące nieformalne sankcje dyscyplinarne (takie jak np. konfiskata telefonów komórkowych) nie powinny mieć miejsca w placówce terapeutycznej³⁴⁶.

6. Szkolenie personelu

Pracownicy ochrony przed przystąpieniem do pracy w KOZZD przechodzili jedynie jednorazowy instruktaż organizowany bezpośrednio przez przełożonych. Nie opracowano systemu szkoleń dla tej grupy zawodowej. Większość pracowników ochrony nie miała doświadczenia w pracy w KOZZD lub innym podmiocie leczniczym (w tym instytucji opieki psychiatrycznej).

Zdaniem KMPT konieczna jest większa profesjonalizacja systemu kształcenia pracowników ochrony mająca charakter zarówno wstępnego instruktażu przed podjęciem pracy w ośrodku, jak i w okresie późniejszym, pozwalająca na rozwój zawodowy i doskonalenie swoich umiejętności. W trakcie sesji szkoleniowych należy położyć szczególny nacisk na podkreślenie terapeutycznej roli placówki, wypracować zasady taktycznej współpracy pomiędzy służbą ochronną a personelem medycznym i terapeutycznym oraz położyć nacisk na umiejętności odpowiedniego zarządzania konfliktem i deeskalację pobudzenia pacjentów, co może pozwolić na uniknięcie konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego.

Pracownicy wszystkich grup zawodowych sygnalizowali, że spotykali się z przejawami agresji pacjentów i lekceważącym stosunkiem do wykonywanej przez nich pracy.



Personel powinien mieć zapewnione profesjonalne wsparcie w postaci superwizji prowadzonej przez zewnętrznego, niezależnego superwizora. Ta forma doskonalenia zawodowego pozwoli pracownikom na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych.

7. Warunki bytowe


Pacjenci zakwaterowani w salach czteroosobowych mieli do swojej dyspozycji niewiele ponad 4 m² powierzchni życiowej w przeliczeniu na jedną osobę.

³⁴⁵ Zob. Uwagi CPT przedstawione w dokumencie pt. „Complaints mechanisms”, Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4-part, par. 90.


³⁴⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 136.

Minimalny standard powierzchni życiowej w przeliczeniu na jedną osobę rekomendowany przez CPT w przypadku jednostek penitencjarnych wynosi 4 m² dla cel wieloosobowych i 6 m² dla cel jednoosobowych³⁴⁷. Jest to standard absolutnie minimalny. Ponadto dotyczy on jednostek penitencjarnych, nie zaś podmiotów leczniczych, których zadaniem jest prowadzenie postępowania terapeutycznego.

Sale pacjentów przypominały swoim wyglądem więzienne cele. W oknach były kraty i blendy. Pacjenci spali na metalowych, piętrowych łózkach (identycznych jak te w zakładach karnych), wyposażonych w szuflady przyłóżkowe do przechowywania rzeczy osobistych. Swoje rzeczy pacjenci składowali przy łózkach, na podłodze, na stolikach. Prysznicze nie posiadały przesłon, co naruszało intymność pacjentów podczas kąpieli. W placówce nie było boiska, siłowni lub sali rekreacyjnej. Między dwiema częściami placu spacerowego znajdowała się metalowa siatka z zamontowanym na górze drutem ostrzowym (tzw. concertiną), co było rozwiązaniem zwiększającym opresyjność placówki i przywołującym skojarzenia z systemem penitencjarnym.

 **Stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom, a także odpowiednie oświetlenie, ogrzewanie i wentylację, utrzymywanie ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych³⁴⁸. Z kolei brak odpowiednich warunków życia może doprowadzić do sytuacji wchodzącej w zakres pojęcia „niehumanitarne i poniżające traktowanie”³⁴⁹.**

Wyjście pacjentów na świeże powietrze było ściśle limitowane (jednorazowo od 50 minut do 2 godzin).

 **Na kwestę tę zwrócił uwagę CPT, który w raporcie z wizyty w Polsce 2017 r. stwierdził, iż wszyscy pacjenci powinni mieć możliwość korzystania z nieograniczonego dostępu do ćwiczeń na świeżym powietrzu w ciągu dnia, chyba że działania lecznicze wymagają ich obecności na oddziale³⁵⁰. Aktywność sportowa i rekreacyjna mogłaby pomóc w rozładowaniu napięcia w placówce³⁵¹.**

W placówce brakowało zajęć sportowo-rekreacyjnych i kulturalno-oświatowych dla pacjentów w czasie wolnym od zajęć terapeutycznych. Do ośrodka nie mieli też wstępu przedstawiciele organizacji pozarządowych i inne osoby, z którymi spotkania mogłyby być korzystne z terapeutycznego punktu widzenia.

Na terenie oddziału nie było kaplicy ani innego zorganizowanego miejsca do praktykowania kultu religijnego. Ośrodka nie odwiedzał też żaden przedstawiciel Kościoła lub związku wyznaniowego.

³⁴⁷ Zob. Dokument pt. „Living space per prisoner in prison establishments: CPT standards”, 15 grudnia 2015 r., CPT/Inf (2015) 44; Trzydziesty Pierwszy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2021) 5, par. 100-102; Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 59.

³⁴⁸ Zob. Dokument pt. „Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych”, wyciąg z Ósmego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (98) 12-part, par. 34.

³⁴⁹ Tamże, par. 32.

³⁵⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 125.

³⁵¹ Tamże, par. 121.

8. Zarządzanie oddziałem zamiejscowym

Oddział zamiejscowy KOZZD w Czersku był zarządzany bezpośrednio przez Dyrektora KOZZD w Gostyninie, który odwiedzał ośrodek co kilka tygodni (wg różnych źródeł raz na tydzień/co dwa tygodnie/co trzy tygodnie). Na miejscu nie było innej osoby uprawnionej do podejmowania decyzji w zakresie zarządzania całym obiektem. W czasie wizyt Dyrektor zajmował się sprawami administracyjnymi, a także pełnił dyżur jako lekarz psychiatra.

W ocenie KMPT, biorąc pod uwagę sporą odległość Czerska (woj. pomorskie) od Gostynina (woj. mazowieckie), należałoby rozważyć stałą obecność osoby uprawnionej do kierowania oddziałem i nadzorowania wszystkich pracowników (np. kierownika oddziału zewnętrznego).

9. Nadzór sędziowski

Do czasu zakończenia wizytacji ośrodek zamiejscowy nie był kontrolowany przez sędziego. Przedstawiciele KMPT zostali jednak poinformowani, że nadzór nad ośrodkiem zamiejscowym ma sprawować sędzia Sądu Okręgowego w Płocku, właściwy dla kontroli KOZZD w Gostyninie.

W świetle przepisów prawa³⁵² kontrolę placówki powinien sprawować sędzia wykazujący się szczególną znajomością problematyki ochrony zdrowia psychicznego, wyznaczony przez prezesa sądu okręgowego, w którego okręgu znajduje się szpital psychiatryczny lub dom pomocy społecznej.



Możliwość stałego monitorowania przez sędziego sytuacji w placówce, w tym możliwość wstępu o każdej porze w celu kontroli legalności przyjęcia, przestrzegania respektowania praw i warunków pobytu, stanowi ważny instrument zapobiegania nadużyciom wobec pacjentów, w tym prewencji tortur i niehumanitarnego traktowania³⁵³.

W ocenie KMPT sądem właściwym do kontroli oddziału zamiejscowego KOZZD w Czersku jest sędzia wyznaczony przez prezesa sądu okręgowego właściwego miejscowo dla lokalizacji oddziału zamiejscowego (decydująca byłaby w tym przypadku faktyczna lokalizacja obiektu), nie zaś sędzia wizytator właściwy dla jednostki centralnej KOZZD zlokalizowanej w Gostyninie. Duża odległość Płocka i Czerska mogłaby mieć negatywny wpływ na częstotliwość wizyt kontrolnych sędziego w ośrodku zamiejscowym, w tym na praktykę przeprowadzania doraźnych kontroli. Prezes Sądu Okręgowego w Płocku oraz sędzia wizytator KOZZD w Gostyninie podzielili pogląd KMPT³⁵⁴. W związku z czym KMPT zarekomendował Prezesowi Sądu Okręgowego w Słupsku wyznaczenie sędziego do wizytacji oddziału zamiejscowego KOZZD w Czersku i zapewnienie w nim regularnych wizyt kontrolnych.

³⁵² Zgodnie z art. 32 ust. 3 ustawy o KOZZD do ochrony praw osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w ośrodku stosuje się odpowiednio m.in. art. 43 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

³⁵³ Zob. uwagi CPT dotyczące regularnego wizytowania instytucji opieki psychiatrycznej przez niezależny organ zewnętrzny, zawarte w dokumencie pt. „Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych”, wyciąg z Ósmego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (98) 12-part, par. 55.

³⁵⁴ Zob. Pismo Wicyprezesa Sądu Okręgowego w Płocku z dnia 30 maja 2022 r., nr rej. OA-443-103/22 wraz z pismem sędzi Janiny Jankowskiej z dnia 30 maja 2022 r., OA-443-103/18.

DETENCJA NIELETNICH

W 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytacje w dwunastu placówkach dla nieletnich: czterech zakładach poprawczych³⁵⁵, jednym zakładzie poprawczym i schronisku dla nieletnich³⁵⁶, dwóch schroniskach dla nieletnich³⁵⁷, dwóch okręgowych ośrodkach wychowawczych³⁵⁸ oraz trzech młodzieżowych ośrodkach wychowawczych (MOW)³⁵⁹, spośród których dwie, z uwagi na epidemię COVID-19, miały formę monitoringu zdalnego, realizowanego za pośrednictwem komunikatora internetowego³⁶⁰.

1 września 2022 r. weszła w życie ustawa o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich³⁶¹, która zastąpiła obowiązującą od 1982 r. ustawę o postępowaniu w sprawach nieletnich³⁶². Nowa ustawa wprowadziła m.in. nowy typ placówek dla nieletnich, tj. okręgowe ośrodki wychowawcze.

Warto wskazać, że okręgowe ośrodki wychowawcze powstały poprzez przekształcenie dziesięciu placówek dla nieletnich, działających wcześniej jako zakłady poprawcze lub schroniska dla nieletnich. Wśród nich znalazły się dwie placówki, które były w 2022 r. wizytowane przez Krajowy Mechanizm, tj. Zakład Poprawczy i Schronisko dla Nieletnich w Warszawie-Falenicy, które obecnie jest Okręgowym Ośrodkiem Wychowawczym dla dziewcząt, oraz Schronisko dla Nieletnich w Szczecinie, obecnie Okręgowy Ośrodek Wychowawczy dla chłopców³⁶³.

■ Ustawa o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich – nowa ustawa, podobne problemy

Konieczność wprowadzenia zmian w obowiązującej dotychczas ustawie o postępowaniu w sprawach nieletnich zgłaszana była od wielu lat, zarówno w kolejnych raportach Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, jak i poprzez wystąpienia generalne Rzecznika Praw Obywatelskich oraz jego Zastępców³⁶⁴. Projekt ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich został przesłany do Biura RPO z prośbą o przedstawienie opinii już w 2021 r., wtedy również Rzecznik Praw Obywatelskich ustosunkował się do proponowanych rozwiązań³⁶⁵, jednak właściwe prace legislacyjne rozpoczęły się z końcem kwietnia 2022 r., a zakończyły się 20 lipca 2022 r., kiedy Prezydent RP podpisał ustawę.

³⁵⁵ ZP w Trzemesznie (KMP.573.4.2022), ZP MOAS w Koszalinie (KMP.573.11.2022), ZP w Grodzisku Wielkopolskim (KMP.573.13.2022) oraz ZP w Nowem nad Wisłą (KMP.573.16.2022).

³⁵⁶ ZP i SDN w Warszawie-Falenicy (KMP.573.6.2022).

³⁵⁷ SDN w Dominowie (KMP.573.12.2022) oraz SDN w Szczecinie (KMP.573.19.2022).

³⁵⁸ OOW w Gackach (KMP.573.22.2022) oraz OOW w Jerzmanicach-Zdroju (BPW.573.2.2022).

³⁵⁹ MOW w Kaletach (KMP.573.2.2022), MOW w Lubaczowie (KMP.573.3.2022) oraz MOW w Lwówku Śląskim (KMP.573.24.2022).

³⁶⁰ Wizytacje w MOW w Kaletach oraz MOW w Lubaczowie.

³⁶¹ Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. z 2022 r., poz. 1700).

³⁶² Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 969 ze zm.).

³⁶³ Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 sierpnia 2022 r. w sprawie przekształcenia zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich w okręgowe ośrodki wychowawcze (Dz. Urz. MS z 2022 r., poz. 167).

³⁶⁴ Zob. Raporty roczne z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur od 2012 do 2021 r.

³⁶⁵ Zob. Opinia Rzecznika Praw Obywatelskich dotycząca projektu ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (KMP.022.1.2021.RK).

Dynamiczne tempo prac nad tym kompleksowym aktem prawnym oraz ostateczne uchwalenie go w okresie wakacyjnym, na krótko przed rozpoczęciem nowego roku szkolnego w placówkach wychowawczych i resocjalizacyjnych, powodowały chaos organizacyjny. Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w trakcie wizytacji słyszeli o obawach pracowników i kierownictwa o dalszy los ich placówek i ewentualną utratę pracy w związku z reorganizacją systemu resocjalizacji nieletnich w Polsce.

Nowa ustawa rozwiązała część problemów systemowych, które sygnalizowane były od lat przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, m.in.:

- braku ustawowych regulacji dotyczących badań nieletnich na obecność alkoholu i substancji psychoaktywnych w organizmie;
- przeprowadzania kontroli osobistych oraz monitoringu wizyjnego w placówkach dla nieletnich;
- braku dolnej granicy wieku nieletnich, których skierować można do zamkniętych placówek;
- braku ośrodków przeznaczonych dla nieletnich matek z dziećmi oraz nieletnich w ciąży.

Pomimo zmiany przepisów dotyczących organizacji systemu wspierania wychowania oraz resocjalizacji nieletnich, nadal aktualne pozostają problemy³⁶⁶:

- braku wyspecjalizowanych ośrodków wychowawczych, zapewniających adekwatną opiekę i pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi, osobom uzależnionym (w szczególności od środków psychoaktywnych);
- zbyt późne kierowanie lub doprowadzanie do placówek wychowawczych i resocjalizacyjnych, gdy czas pozostały do osiągnięcia granicy wieku, w którym wychowanek opuszcza placówkę, nie pozwala na przeprowadzenie skutecznych oddziaływań wychowawczych czy terapeutycznych;
- braku wsparcia psychoterapeutycznego dla nieletnich przebywających w placówkach wychowawczych oraz resocjalizacyjnych;
- braku systemu pracy z rodziną w trakcie pobytu nieletnich w placówkach wychowawczych i resocjalizacyjnych;
- braku regulacji pozwalających na udzielenie pełnomocnictwa ds. medycznych, na czas pobytu nieletniego w placówce wychowawczej lub resocjalizacyjnej.

Istotnym problemem dotyczącym placówek dla nieletnich w 2022 r. był brak aktów wykonawczych do ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich, która wraz z ustawą o postępowaniu w sprawach nieletnich uchyliła również wydane na jej podstawie rozporządzenia.

Z uwagi na brak wskazanych aktów wykonawczych, a w związku z tym również szczegółowych wytycznych regulujących tryb pracy placówek dla nieletnich, Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich zwróciła się do Ministra Sprawiedliwości³⁶⁷. Pierwsze akty wykonawcze opublikowane zostały w Dzienniku Ustaw w dniach 7–8 września 2022 r.

20 listopada 2022 r. ZRPO ponownie zwróciła się do Ministerstwa z prośbą o udzielenie informacji na temat rozporządzeń, które nie zostały wówczas wydane, pomimo iż kompetencja do ich

³⁶⁶ Wskazane problemy systemowe szczegółowo opisane zostały w Raporcie rocznym z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2021 r.

³⁶⁷ Zob. Korespondencja dotycząca rozporządzeń do ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (KMP.022.1.2021. MD).

wydania wskazana została bezpośrednio w ustawie o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich. Opóźnienie dotyczyło m.in. rozporządzenia w sprawie przeprowadzania kontroli osobistych. W odpowiedzi wskazano, że opóźnienie w ogłoszeniu aktów wykonawczych nie miało realnego wpływu na organizację pracy i bezpieczeństwo nieletnich przebywających w placówkach wychowawczych i zakładach dla nieletnich, bowiem w ramach nadzoru Ministra Sprawiedliwości nad okręgowymi ośrodkami wychowawczymi, zakładami poprawczymi i schroniskami dla nieletnich Departament Spraw Rodzinnych i Nieletnich stale kontroluje prawidłowość organizacji pracy każdej placówki.

Wobec takiego stanowiska należy podkreślić, że nadzór Ministerstwa Sprawiedliwości nie może zastępować odpowiednich aktów prawnych, bowiem zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 7 Konstytucji RP³⁶⁸, który mówi, że *organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa*. Wszelkie czynności podejmowane przez jej przedstawicieli muszą zatem znajdować umocowanie w odpowiednich przepisach prawnych.

■ Dobre praktyki

- **Zatrudnienie w placówce psychiatry oraz ginekologa³⁶⁹.**
- **Współpraca z psychoterapeutą zewnętrznym**, który przez kilka godzin w tygodniu przyjmuje wychowanków ośrodka. Ta praktyka jest odpowiedzią na zgłaszany od lat przez KMPT problem systemowy dotyczący braku wsparcia psychoterapeutycznego w placówkach dla nieletnich³⁷⁰.
- **Informator dla nowo przyjmowanego wychowanka**, który dzięki temu, że zredagowany został w przystępnej językowo formie, jest praktycznym przewodnikiem dla nieletniego w pierwszych tygodniach pobytu³⁷¹. W części placówek zawarto również niezwykle istotną informację, że korespondencja z organami stojącymi na straży praw wychowanka nie może podlegać kontroli. Z perspektywy nieletnich jest to bardzo istotna gwarancja.
- **System szkoleń i superwizja**. W dwóch placówkach personel miał możliwość uczestniczenia w licznych szkoleniach dostosowanych do aktualnych wyzwań, a pracownicy brali czynny udział w procesie decyzyjnym związanym z tematyką organizowanych szkoleń. Ponadto pracownicy regularnie brali udział w superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta³⁷².
- **Zatrudnienie terapeuty uzależnień**. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zauważa na przestrzeni lat widoczny wzrost liczby przebywających w placówkach nieletnich, którzy zmagają się z uzależnieniem, w szczególności od substancji psychoaktywnych. Dzięki zatrudnieniu specjalistów z zakresu terapii uzależnień, możliwe jest dostosowanie procesu wychowawczego lub resocjalizacyjnego do szczególnych potrzeb wychowanków uzależnionych³⁷³.

³⁶⁸ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 ze zm.).

³⁶⁹ ZP i SDN w Warszawie-Falenicy (KMP.573.6.2022).

³⁷⁰ MOW w Lwówku Śląskim (KMP.573.24.2022).

³⁷¹ ZP i SDN w Warszawie-Falenicy (KMP.573.6.2022), ZP MOAS w Koszalinie (KMP.573.11.2022), ZP w Nowem nad Wisłą (KMP.573.16.2022) oraz SDN w Dominowie (KMP.573.12.2022).

³⁷² ZP i SDN w Warszawie-Falenicy (KMP.573.6.2022) oraz SDN w Dominowie (KMP.573.12.2022), MOW w Lubaczowie (KMP.573.3.2022).

³⁷³ ZP i SDN w Warszawie-Falenicy (KMP.573.6.2022) oraz SDN w Szczecinie (KMP.573.19.2022).

■ Obszary wymagające poprawy

1. Stosowanie czasowego ograniczenia kontaktu z grupą wychowawczą

Zarówno obowiązujące do września 2022 r., jak i obowiązujące obecnie rozporządzenie regulujące m.in. funkcjonowanie zakładów poprawczych, przewidują możliwość czasowego ograniczenia kontaktu z grupą wychowawczą w zakładach poprawczych o wzmożonym nadzorze. Żadna z wymienionych regulacji nie precyzowała jednak przesłanek umożliwiających zastosowanie takiego środka, czasu jego trwania ani warunków, w jakich w tym czasie powinien odbywać się pobyt nieletniego w zakładzie. Wobec tego zarówno Zakład Poprawczy w Trzemesznie, jak i Zakład Poprawczy w Grodzisku Wielkopolskim, będące jedynymi w Polsce zakładami o wzmożonym nadzorze, uregulowały te kwestie samodzielnie w odpowiednich regulaminach. Do trybu stosowania czasowego ograniczenia kontaktu z grupą wychowawczą w obu tych placówkach Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zgłosił zastrzeżenia³⁷⁴. W szczególności niepokój przedstawicieli KMPT wzbudziło ryzyko stosowania tego środka jako formy dyscyplinowania wychowanków.



Warto zaznaczyć, że zgodnie z Zaleceniami CM/Rec (2008) 11 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie europejskich reguł dla młodocianych przestępców objętych sankcjami lub środkami alternatywnymi: „Jeżeli w bardzo wyjątkowych przypadkach dany młodociany musi zostać odseparowany od innych z powodów bezpieczeństwa, decyzja w tej sprawie jest podejmowana przez właściwą władzę na podstawie jasnych procedur ustanowionych przez prawo krajowe, określających naturę odizolowania, jego maksymalny czas trwania oraz podstawy, na których zostało nałożone”³⁷⁵.

2. Stosowanie odpowiedzialności zbiorowej

W trakcie wizytacji w MOW w Lubaczowie ustalono, że zdarzają się sytuacje, gdy w przypadku nieustalenia winnego danego zdarzenia, odpowiedzialność ponosi cała grupa. Do takich sytuacji najczęściej dochodzi wówczas, gdy któryś z nieletnich ucieknie z placówki.



KMPT podkreśla, że karanie podopiecznych za czyny, których nie popełnili, może wywoływać w nich oprócz poczucia niesprawiedliwości także upokorzenie i wrogość wobec innych oraz prowokować działania odwetowe wobec faktycznego sprawcy. Sprzyja to powstawaniu negatywnych postaw wychowawczych i przejawów drugiego życia.

3. Umieszczanie w izbie chorych jako nieformalny środek izolacyjny

Niepokój KMPT wzbudziła praktyka obowiązująca w Zakładzie Poprawczym w Nowem nad Wisłą, zgodnie z którą wychowankowie, którzy prezentują trudne, agresywne (również werbalnie) zachowania, kierowani są do izby chorych. W czasie objętym analizą KMPT, tj. od stycznia 2021 r. do dnia

³⁷⁴ ZP w Trzemesznie (KMP.573.4.2022) oraz ZP w Grodzisku Wielkopolskim (KMP.573.13.2022).

³⁷⁵ Reguła 93.1.

wizytacji, doszło do 53 takich przypadków. Podkreślenia wymaga, że w większości były to pobyty trwające wiele dni lub tygodni. Do najczęstszych należały pobyty trwające około 2–3 tygodnie, natomiast najdłuższy czas pobytu wychowanka w izolacji wynosił ponad 12 tygodni (!). W procedurze kierowania do izby chorych bierze udział psychiatra, który swoim podpisem autoryzuje umieszczenie w izbie chorych, pomimo iż w kolejnych dniach nie nadzoruje tego pobytu, a ewentualne kontrole odbywają się po wielu dniach lub nie odbywają się w ogóle. Wobec braku obserwacji lekarskiej, szczególnych oddziaływań psychoterapeutycznych, umieszczenie w izbie chorych sprowadza się de facto jedynie do izolacji.



W raporcie z wizyty w Polsce CPT zauważył, że wszelka forma izolacji nieletnich, w tym umieszczenie agresywnych i/lub nerwowych nieletnich w pokoju do czasu uspokojenia, jest środkiem, który może mieć negatywny wpływ na ich fizyczny i/lub psychiczny dobrostan, a zatem należy po ten środek sięgać wyłącznie w ostateczności. Środek ten nie powinien być stosowany przez czas dłuższy niż kilka godzin i nigdy nie powinien być stosowany jako nieformalna kara³⁷⁶. CPT wyraził także zaniepokojenie stosowaniem izolatek medycznych de facto ze względów bezpieczeństwa jako izolacji agresywnych lub nerwowych nieletnich³⁷⁷.

4. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur stoi na stanowisku, że prawidłowo i proporcjonalnie stosowane środki przymusu bezpośredniego mogą zapewniać skuteczną ochronę zdrowia i życia zarówno podopiecznych, jak i pracowników placówek resocjalizacyjnych. Warunkiem, by stosowanie środków przymusu mogło spełniać taką rolę, jest jednak odpowiednie przeszkolenie pracowników, zarówno teoretyczne i praktyczne, w zakresie ich stosowania. Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzone w 2022 r. odsoniły jednak pewne nieprawidłowości w tym obszarze.

W jednym z wizytowanych zakładów poprawczych³⁷⁸ wobec nieletniego użyto pasa obezwładniającego, po czym odprowadzono go do pomieszczenia w celu odizolowania go od innych osób. Pierwszą zaobserwowaną nieprawidłowością w tym przypadku był fakt, że pas nie został zdjęty bezpośrednio po doprowadzeniu do pomieszczenia, ale dopiero pół godziny później. Kolejnym problemem okazał się być sposób zapięcia pasa, bowiem jak wynikało z analizy nagrań monitoringu, wychowanek rozpiął pas samodzielnie, w taki sposób, że przypięte do pasa pozostały jedynie ręce. Po kilku minutach od opisywanego wydarzenia do pomieszczenia weszli pracownicy, którzy podjęli próbę otwarcia zapięć na rękach i zdjęcia pasa, natomiast nie byli w stanie tego zrobić i ostatecznie zapięcie udało się otworzyć dopiero po ośmiu minutach.

W kolejnej placówce wątpliwości wizytujących wzbudziło zastosowanie środka przymusu bezpośredniego w postaci siły fizycznej, w szczególności zastosowanie obchwyty za szyję, jak i kilkuminutowe dociskanie dwóch nieletnich do podłogi – zarówno bezpośrednio przez ucisk na klatkę

³⁷⁶ Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 106.

³⁷⁷ Tamże, par. 107.

³⁷⁸ ZP w Nowem nad Wisłą (KMP.573.16.2022).

piersiową, jak i na szyję. Na nagraniu monitoringu widać było również, jak jeden ze strażników, wyprowadzając chłopca, uderzył go w głowę³⁷⁹.



Zdaniem CPT cały personel, w tym osoby pełniące obowiązki opiekuńcze, które są w bezpośrednim kontakcie z nieletnimi, powinny odbywać szkolenia zawodowe, zarówno przy rozpoczęciu pracy, jak i szkolenia ustawiczne. Powinni też korzystać z odpowiedniego zewnętrznego wsparcia i nadzoru nad wykonywaniem przez nich obowiązków. Należy zwrócić szczególną uwagę na szkolenie personelu w zakresie radzenia sobie z incydentami z użyciem przemocy, szczególnie w zakresie werbalnej deeskalacji w celu zredukowania napięcia oraz w zakresie profesjonalnych technik obezwładniających³⁸⁰.

Problem niespójności procesu szkolenia pracowników placówek dla nieletnich został też dostrzeżony przez RPO w związku z wejściem w życie nowej ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich i projektowanych do niej aktów wykonawczych. Przedstawiając swoje uwagi do projektu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie funkcjonowania okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich, RPO wskazał m.in., że niezbędne jest dookreślenie wymiaru godzinowego poszczególnych zagadnień w ramach kursu przygotowawczego dla pracowników ochrony oraz wskazanie, jaki podmiot realizować będzie szkolenie. Katalog szkoleń powinien też zostać poszerzony o międzynarodowe standardy ochrony praw człowieka (w tym prawa dziecka)³⁸¹. Niestety, uwagi RPO nie zostały uwzględnione.

5. Badanie medyczne

Widocznym problemem w placówkach dla nieletnich pozostaje nadal czas przeprowadzania badania nieletniego przyjmowanego do placówki oraz sposób dokumentowania ewentualnych obrażeń.

W kilku wizytowanych placówkach odnotowano, że wychowankowie nie są badani przez lekarza po przyjęciu do placówki, ale jedynie przez pielęgniarkę. Konsultacje lekarskie mają natomiast miejsce w sytuacjach, gdy nieletni sygnalizuje jakieś dolegliwości lub istnieje potrzeba interwencji medycznej³⁸². W innej placówce badanie jednego z nieletnich odbyło się dopiero tydzień po przyjęciu³⁸³. Nie we wszystkich placówkach stosowano formularze zawierające obrysy ciała człowieka widzianego z przodu oraz z tyłu (tzw. mapy ciała), na których precyzyjnie zaznaczać można wszelkie posiadane przez wychowanka obrażenia.

³⁷⁹ SDN w Dominowie (KMP.573.12.2022); W sprawie wszczęto śledztwo, w którym badano, czy doszło do narażenia trzech nieletnich „na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przez osobę, na której ciążył obowiązek opieki nad osobą narażoną”. Funkcjonariusz Policji prowadzący postępowanie w tym przedmiocie wydał postanowienie o umorzeniu postępowania wobec stwierdzenia braku znamion czynu zabronionego. Postanowienie to zostało zatwierdzone przez Prokuratora nadzorującego śledztwo.

³⁸⁰ Dziewiąty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (99) 12, par. 29. i 30.

³⁸¹ Opinia RPO do projektu rozporządzenia w sprawie funkcjonowania okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich (IX.022.6.2022.KKo).

³⁸² ZP w Grodzisku Wielkopolskim (KMP.573.13.2022), MOW w Lwówku Śląskim (KMP.573.24.2022) oraz MOW w Kaletach (KMP.573.2.2022).

³⁸³ SDN w Szczecinie (KMP.573.19.2022).



Zgodnie ze standardem CPT z każdym nowo przybyłym nieletnim należy przeprowadzić wywiad oraz zbadać go niezwłocznie, nie później niż w terminie 24 godzin od przybycia. Badanie powinien wykonywać lekarz lub w pełni wykwalifikowana pielęgniarka pod nadzorem lekarza³⁸⁴. Prawdopodobnie przeprowadzona procedura badania medycznego tuż po przyjęciu do ośrodka powinna umożliwić służbie zdrowia zidentyfikowanie nieletnich z potencjalnymi problemami zdrowotnymi (np. uzależnienie od narkotyków, skłonności samobójcze). Identyfikacja takich problemów na wystarczająco wczesnym etapie ułatwi przedsięwzięcie skutecznych działań zapobiegawczych w ramach programu opieki medyczno-psycho-socjalnej w danym ośrodku³⁸⁵.

W większości placówek wizytowanych przez KMPT w 2022 r. rodzice/opiekunowie prawni nieletnich proszeni byli o wypełnianie zgody blankietowej na udzielenie świadczenia medycznego lub ogólnych upoważnień do podejmowania decyzji co do leczenia czy hospitalizacji nieletniego³⁸⁶. Jest to próba rozwiązania problemu braku przepisów adekwatnych do realiów działania placówek dla nieletnich. Praktyka przyjęta w tych placówkach nie jest jednak zgodna z prawem. Jak podnosi się w doktrynie, w polskim porządku prawnym nie funkcjonuje instytucja pełnomocnika ds. medycznych. Jednocześnie wskazuje się, że z uwagi na osobisty charakter świadczeń, za jakie uznaje się m.in. świadczenia medyczne, nie powinny być w tym przypadku stosowane przepisy Kodeksu cywilnego³⁸⁷ dot. pełnomocnictwa³⁸⁸. Zgoda blankietowa nie wywołuje skutków odnośnie do poszczególnych świadczeń zdrowotnych, konieczne jest uzyskanie zgody na udzielenie konkretnego świadczenia. Opiekunowie prawni wyrażający zgodę „in blanco” mogą nie być świadomi okoliczności, które zajdą w przyszłości, a które spowodują, że nie wyraziliby zgody na konkretne, proponowane nieletniemu inwazyjne badanie czy zabieg chirurgiczny.

6. Kontakt ze światem zewnętrznym

W jednej placówce odwiedziły osoby spoza rodziny wychowanka wymagały zgody dyrektora³⁸⁹.

Zgodnie z art. 115 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich, zasadą powinna być swoboda utrzymywania przez wychowanka kontaktów ze wszystkimi osobami spoza placówki, tj. bez konieczności uzyskiwania zgody dyrektora. Jedynie w indywidualnych przypadkach, gdy kontakt może wpłynąć niekorzystnie na przebieg toczącego się postępowania lub proces resocjalizacji, dyrektor placówki może ograniczyć lub zakazać kontaktów wychowanka z określonymi osobami. O każdym takim ograniczeniu lub zakazie dyrektor ma obowiązek powiadomić sąd rodzinny, wskazując uzasadnienie tej decyzji.

³⁸⁴ Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 101.

³⁸⁵ Dziewiąty Raport Generalny CPT [CPT/Inf (99) 12], par. 39.

³⁸⁶ ZP i SDN w Warszawie-Falenicy (KMP.573.6.2022), SDN w Szczecinie (KMP.573.19.2022), ZP w Nowem nad Wisłą (KMP.573.16.2022), ZP MOAS w Koszalinie (KMP.573.11.2022), MOW w Kaletach (KMP.573.2.2022), MOW w Lubaczowie (KMP.573.3.2022), ZP w Trzemesznie (KMP.573.4.2022).


³⁸⁷ Art. 98 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1145 ze zm.).

³⁸⁸ M. Syska, *Pełnomocnictwo ds. zdrowotnych de lege lata*, [w:] *Oświadczenia medyczne pro futuro na tle prawnoporównawczym*, Warszawa 2013, s. 273–276.

³⁸⁹ MOW w Lubaczowie (KMP.573.3.2022).

W kolejnej z wizytowanych placówek przedstawiciele KMPT odnotowali, że żadnemu z dziewięciu z wychowanków obecnych w placówce w trakcie wizytacji, w latach 2021–2022 nie udzielono ani jednej przepustki, ani urlopu³⁹⁰.

Tymczasem w nauce resocjalizacji podkreśla się, że im bardziej instytucje izolacyjne odbiegają od zasad funkcjonujących powszechnie w społeczeństwie, tym mniejsza szansa na późniejsze prawidłowe funkcjonowanie (w szczególności osób młodych) w środowisku pozainstytucjonalnym³⁹¹.

 **Aktywne promowanie dobrego kontaktu ze światem zewnętrznym może być szczególnie korzystne dla nieletnich pozbawionych wolności, z których wielu ma problemy z zachowaniem związane z pozbawieniem emocji lub brakiem umiejętności społecznych. Należy uczynić wszystko, by zapewnić, że wszyscy osadzeni nieletni mają możliwość kontaktowania się ze swoimi rodzinami i innymi osobami od momentu przyjęcia do placówki detencyjnej³⁹².**

7. Warunki bytowe

Problemem najczęściej spotykanym przez KMPT w kontekście warunków bytowych były znacząco wyeksploatowane pomieszczenia, meble oraz sprzęt³⁹³. W jednej z placówek z uwagi na złe warunki bytowe, w tym brak odpowiedniej wentylacji pomieszczeń, przedstawiciele KMPT uznali stan placówki za niespełniający standardów, w związku z czym zalecono niezwłoczne przeprowadzenie remontów³⁹⁴. Brak odpowiedniej wentylacji doprowadził w kilku placówkach do gromadzenia się wilgoci, a w konsekwencji również do wystąpienia szkodliwej dla zdrowia pleśni³⁹⁵.

W Schronisku dla Nieletnich w Dominowie wychowankowie uskarżali się na toalety kucane, które w ich ocenie były trudne do utrzymania w czystości, a dodatkowo były zabudowane tylko częściowo (brak było zabudowania przy podłodze), co w przypadku tego typu toalety nie zapewniało intymności przy korzystaniu z nich. Dodatkowo niektóre z toalet znajdowały się na wprost przeszklonych drzwi do łazienki, co było dla chłopców bardzo niekomfortowe i wywoływało w nich poczucie poniżenia³⁹⁶.

³⁹⁰ ZP w Nowem nad Wisłą (KMP.573.16.2022).

³⁹¹ Zob. M. Konopczyński, *Kryzys resocjalizacji, czyli sukces działań pozornych. Refleksje wokół polskiej rzeczywistości resocjalizacyjnej*, Warszawa 2013, s. 35.

³⁹² European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Zob. Dwudziesty Czwarty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2015) 1, par. 122.

³⁹³ ZP i SDN w Warszawie-Falenicy (KMP.573.6.2022), SDN w Szczecinie (KMP.573.19.2022), MOW w Lwówku Śląskim (KMP.573.24.2022).

³⁹⁴ MOW w Lwówku Śląskim (KMP.573.24.2022).

³⁹⁵ ZP i SDN w Warszawie-Falenicy (KMP.573.6.2022), ZP w Nowem nad Wisłą (KMP.573.16.2022), MOW w Lwówku Śląskim (KMP.573.24.2022) oraz SDN w Dominowie (KMP.573.12.2022).

³⁹⁶ Zob. Raport z wizytacji KMPT w SDN w Dominowie (KMP.573.12.2022); W zaleceniach pokontrolnych Ministerstwa Sprawiedliwości z 2021 r. (DSRiN-III.7013.9.2021) wskazano, że „We wszystkich toaletach, do których mają dostęp wychowankowie, należy zamontować sedesy”. W odpowiedzi na zalecenia Dyrektor schroniska wskazał, że remont sanitariatów i łazienek w internacie planowany jest na 2023 r. KMPT w raporcie powizytacyjnym zwrócił się do Dyrektora z prośbą o wskazanie, jakie kroki podjęto w celu zabezpieczenia środków finansowych na przeprowadzenie niezbędnych prac remontowych.



CPT wskazuje, że nieletnim należy zagwarantować odpowiednio zaprojektowaną, pozytywną i spersonalizowaną przestrzeń, gwarantującą poszanowanie ich godności i prywatności³⁹⁷.

W dwóch wizytowanych placówkach³⁹⁸ przedstawiciele Krajowego Mechanizmu zauważyli, że pomimo zamontowania w oknach metalowych krat, z okien wymontowano klamki lub wyposażono je w zamki, co powodowało, że wychowankowie nie mieli swobodnego dostępu do świeżego powietrza. Warto podkreślić, że z punktu widzenia bezpieczeństwa takie rozwiązanie nie znajduje uzasadnienia, bowiem ta funkcja spełniana jest poprzez kraty uniemożliwiające wydostanie się z budynku przez okno.

Po raz pierwszy Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur spotkał się z przypadkiem zamontowania w placówkach dla nieletnich tzw. blend, czyli matowych przesłon uniemożliwiających obserwowanie otoczenia. Takie rozwiązanie było dotychczas stosowane wyłącznie w jednostkach penitencjarnych, w przypadku których również rekomendowano ich demontaż. Blendy zamontowane zostały w pomieszczeniach izb chorych, w których przebywać powinny jedynie osoby, dla których kluczowy jest dostęp do świeżego powietrza³⁹⁹. W związku z powyższym zalecono ich demontaż.

8. Szkolenia pracowników

W większości wizytowanych placówek Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur ocenił zakres szkoleń jako wymagający uzupełnienia⁴⁰⁰. W części liczba szkoleń w latach 2021–2022 była bardzo ograniczona, w innych natomiast była znaczna i dopasowana do potrzeb pracowników. Pozytywnym sygnałem dla Krajowego Mechanizmu jest zawsze fakt, że szkolenia organizowane są również w reakcji na potrzeby zgłaszane przez personel, który najlepiej zna obszary wymagające wsparcia merytorycznego.

Z perspektywy dobrostanu pracowników istotne są szkolenia z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, radzenia sobie ze stresem czy komunikacji interpersonalnej. Odnosnie natomiast zagadnień merytorycznych warto wymienić między innymi szkolenia dotyczące: udzielania pierwszej pomocy, stosowania środków przymusu bezpośredniego, ochrony praw dziecka z punktu widzenia prawa i standardów międzynarodowych. KMPT od lat podkreśla również konieczność zapoznawania całego personelu pedagogicznego z opisanym powyżej rekomendowanym przez ONZ – Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół stambulski).



Zgodnie z Zasadami ONZ personel powinien przejść takie szkolenie, które umożliwi mu skuteczne wykonywanie swoich obowiązków, w szczególności szkolenie z zakresu psychologii dziecka, dobrostanu dziecka oraz międzynarodowych standardów i norm praw człowieka i praw dziecka,

³⁹⁷ Zob. Dwudziesty Czwarty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2015) 1, par. 104.

³⁹⁸ ZP i SDN w Warszawie-Falenicy (KMP.573.6.2022) oraz ZP w Nowem nad Wisłą (KMP.573.16.2022).

³⁹⁹ ZP w Nowem nad Wisłą (KMP.573.16.2022).

⁴⁰⁰ ZP w Trzemesznie (KMP.573.4.2022), ZP MOAS w Koszalinie (KMP.573.11.2022), ZP w Grodzisku Wielkopolskim (KMP.573.13.2022), ZP w Nowem nad Wisłą (KMP.573.16.2022), SDN w Dominowie (KMP.573.12.2022) oraz w Szczecinie (KMP.573.19.2022), MOW w Kaletach (KMP.573.2.2022) oraz w Lwówku Śląskim (KMP.573.24.2022).

w tym niniejszych Zasad. Personel powinien utrzymywać i doskonalić swoją wiedzę i umiejętności zawodowe poprzez uczestnictwo w kursach doskonalenia zawodowego, które będą organizowane w odpowiednich odstępach czasu przez cały okres ich kariery⁴⁰¹.

Niezwykle istotne jest również, by personel placówek wychowawczych i resocjalizacyjnych regularnie korzystał z superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta. Odpowiednio prowadzona superwizja daje pracownikom możliwość przeanalizowania i wypowiedzenia swoich lęków, wątpliwości czy frustracji, co jest kluczowym czynnikiem dla długoterminowego i efektywnego świadczenia pracy w wymagających warunkach placówki wychowawczej czy resocjalizacyjnej. Z takiego wsparcia powinni korzystać przede wszystkim psycholodzy, pedagodzy i terapeuci, ale istotne jest też zapewnienie takiej możliwości wychowawcom, a w miarę posiadanych środków finansowych także innym pracownikom placówek.

9. Traktowanie nieletnich przez Policję

W trakcie wizytacji w placówkach dla nieletnich, przedstawiciele KMPT często otrzymują sygnały o niewłaściwym traktowaniu wychowanków przez funkcjonariuszy Policji.

Jedna z wychowanek przekazała przedstawicielom KMPT, że w trakcie pobytu w Policyjnej Izbie Dziecka miała przez cztery godziny pozostawać w kajdankach, które rozpinane były tylko w razie potrzeby skorzystania przez nieletnią z toalety. W trakcie tego samego pobytu nieletnia miała zostać również poddana kontroli osobistej, przeprowadzanej przez jedną funkcjonariuszkę i dwóch funkcjonariuszy⁴⁰².

Krajowy Mechanizm przypomina, że kontrolę powinny przeprowadzić co do zasady, osoby tej samej płci co osoba zatrzymana. Jedyne w sytuacji, gdy kontrola osobista musi być dokonana niezwłocznie, może zrobić to osoba odmiennej płci niż osoba kontrolowana.

W odniesieniu do kajdanek, z doświadczeń KMPT wynika, że w stosunku do wychowanków zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich stosowane są one najczęściej automatycznie⁴⁰³. Nadal problemem pozostaje zatem brak zindywidualizowanej oceny ryzyka i minimalizacji w odniesieniu do stosowanych środków.

W trakcie wizytacji, większość rozmówców wskazywała, że w przypadku konwojowania byli obligatoryjnie skuci kajdankami. Jeden z chłopców wskazywał, że był skuty kajdankami założonymi na ręce i nogi przez cały czas transportu – ponad 500 km.

⁴⁰¹ Zob. Zasady Narodów Zjednoczonych dotyczące ochrony osób nieletnich pozbawionych wolności (Zasady z Hawany). Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 45/113 z 14 grudnia 1990 r., pkt 85.

⁴⁰² ZP i SDN w Warszawie-Falenicy (KMP.573.6.2022).

⁴⁰³ Zob. raporty z wizytacji w oraz SDN w Dominowie (KMP.573.12.2022), ZP w Trzemesznie (KMP.573.4.2022), ZP MOAS w Koszalinie (KMP.573.11.2022), ZP i SDN w Warszawie-Falenicy (KMP.573.6.2022) oraz MOW w Lubaczowie (KMP.573.3.2022).



Jak wskazuje CPT, kajdanki nie powinny być stosowane jako zasada w czasie transportu (najlepiej, by konwojowani byli przewożeni w bezpiecznych furgonetkach, by wyeliminować konieczność zakładania kajdanek podczas podróży)⁴⁰⁴.

O skali zjawiska świadczyć może fakt, że nieletni traktują kajdanki jako oczywisty element kontaktu z funkcjonariuszami Policji, a przemoc ze strony Policji nie wzbudza u nich zdziwienia.

Nieletni wskazywał, że nie chciał nigdzie zgłaszać, że został uderzony w głowę przez policjantów, bo jest „przyzwyczajony do takich zachowań – jak w łeb dadzą, to spoko, gorzej jak pałkami leją”. Inny z chłopców wskazywał, że został kilka razy uderzony przez funkcjonariuszy, gdy był skuty, bo chcieli mu „dać nauczkę”.

Jednocześnie nieletni często obawiają się zgłaszać tego typu sytuacje, bo boją się ewentualnych działań odwetowych, sądzą, że wpłynie to negatywnie na toczące się wobec nich postępowanie sądowe, mają poczucie, że nie zostaną potraktowani z należytą powagą, a ich skargi zostaną zlekceważone.

■ Relokacje podopiecznych placówek resocjalizacyjnych w związku z możliwością tworzenia ośrodków przeznaczonych dla obywateli Ukrainy

W marcu 2022 r. weszła w życie ustawa o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (dalej: ustawa o pomocy obywatelom Ukrainy)⁴⁰⁵. W art. 101 ust. 1 tej ustawy przewidziano możliwość udzielenia jednostkom samorządu terytorialnego nieruchomości zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich jako tymczasowych miejsc zakwaterowania dla obywateli Ukrainy. Udzielenie to, w formie ustnej, z udziałem dyrektorów i dyrektorek placówek z całej Polski nastąpiło w trakcie telekonferencji Ministerstwa Sprawiedliwości, w czasie której wskazane zostały placówki resocjalizacyjne, w których obywatele Ukrainy mieli znaleźć schronienie.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytacje Zakładu Poprawczego i Schroniska dla Nieletnich w Warszawie-Falenicy (obecnie: Okręgowy Ośrodek Wychowawczy w Warszawie-Falenicy), do którego przeniesiono osoby nieletnie będące wychowankami Zakładu Poprawczego i Schroniska dla Nieletnich w Mrozach, który to zakład w związku z zadaniami wynikającymi z ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy został opróżniony.

Z ustaleń wizytujących poczynionych na miejscu wynika, że wychowanki Zakładu Poprawczego i Schroniska dla Nieletnich w Mrozach otrzymały kilka godzin na spakowanie swoich rzeczy i jeszcze tego samego dnia, w którym odbyła się telekonferencja z Ministerstwem Sprawiedliwości (4 marca

⁴⁰⁴ Zob. Transport of detainee, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24, pkt 3. Security measures; Raport CPT z wizyty w Irlandii w 2006 r., CPT/Inf (2007) 40, par. 101; Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii w 2005 r., CPT/Inf (2006) 28, par. 23; Raport CPT z wizyty na Węgrzech w 2005 r., CPT/Inf (2006) 20, par. 126; Raport CPT z wizyty w Serbii w 2015 r., CPT/Inf (2016) 21, par. 53.

⁴⁰⁵ Zob. ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2022 r., poz. 583).

2022 r.), zostały przewiezione do Zakładu Poprawczego i Schroniska dla Nieletnich w Warszawie-Falenicy. Procedura przeniesienia wychowanek została zrealizowana bez uprzedzenia nieletnich o zmianie placówki, bez zasięgnięcia opinii psychologa co do występowania ewentualnych przeciwwskazań po stronie wychowanek do zmiany placówki oraz bez poddania nieletnich badaniom lekarskim. W ocenie KMPT relokacja nastąpiła z naruszeniem wymagań określonych w obowiązującym wówczas rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2001 r. w sprawie zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich⁴⁰⁶. Warto także zaznaczyć, że wymagana dokumentacja oraz zgody sądu rodzinnego na przeniesienie wychowanek do innej placówki wydawane były następczo, pomimo iż przepisy nie przewidywały takiego trybu.

Dyrektor Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur skierował w tej sprawie pismo do Dyrektorki Departamentu Spraw Rodzinnych i Nieletnich w Ministerstwie Sprawiedliwości z prośbą o wyjaśnienie wskazanych nieprawidłowości. W odpowiedzi⁴⁰⁷ wskazano, że podjęte w trybie pilnym działania były podyktowane wyjątkową sytuacją, a ponadto konieczne było uwzględnienie możliwości transportowych służby więziennej, która realizowała przewóz nieletnich pomiędzy placówkami. Do wymienionych powyżej braków w dokumentacji oraz kwestii wydanych następczo zgód, pomimo niedopuszczalności takiego rozwiązania, odniesiono się jedynie, wskazując, że „zostały uzupełnione niezwłocznie, w wymaganym zakresie”.

Warto wskazać, że pomieszczenia relokowanego Zakładu Poprawczego i Schroniska dla Nieletnich w Mrozach nie zostały ostatecznie wykorzystane w celu zapewnienia tymczasowego zakwaterowania obywatelom Ukrainy, a wychowanki tej placówki powróciły do niej już w maju 2022 r.

Kolejną placówką, która została wskazana jako planowana do przekształcenia, był Zakład Poprawczy – Młodzieżowy Ośrodek Adaptacji Społecznej w Koszalinie. Ostatecznie nie doszło do opróżnienia placówki, a Zakład nie został poinformowany przez Ministerstwo Sprawiedliwości o żadnych dalszych krokach w tej sprawie. Jak wskazano powyżej, telekonferencja, na której została zakomunikowana decyzja o wyznaczeniu placówek, odbyła się 4 marca 2022 r. W trakcie wizytacji w ZP MOAS Koszalin przeprowadzonej przez KMPT w dniach 28–30 czerwca 2022 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu zostali poinformowani, że przyszłość placówki pozostaje w dalszym ciągu pod znakiem zapytania, a z Ministerstwa nie wpłynęła informacja, czy planowane jest dalsze przekształcanie placówki i jak powinna wyglądać w związku z tym jej organizacja pracy. Personel zakładu przyznawał, że ta niepewna sytuacja wprowadziła trudności w pracy z wychowankami.

PLACÓWKI OPIEKUŃCZE I OPIEKUŃCZO-LECZNICZE

W 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację:

- 10 placówek całodobowej opieki⁴⁰⁸;

⁴⁰⁶ Dz. U. z 2017 r., poz. 487.

⁴⁰⁷ Pismo z 19 października 2022 r. (sygn. DSRiN-III.053.11.2022).

⁴⁰⁸ Dom Całodobowej Opieki „Czarneccy” w Zielonce (KMP.573.10.2022), „Zielona Kraina” w Warszawie (KMP.573.17.2022), Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022), Dom Seniora „Stokrotka” w Stobnie (KMP.575.4.2022), Dom Spokojnej Jesieni „Beatus” w Krakowie (KMP.573.14.2022), Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022), Dom Opieki w Kaleniu (KMP.573.23.2022), Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022), Dom Seniora „Radosny” w Łodzi (KMP.573.26.2022) oraz Dom Seniora „Akacja” w Łodzi (KMP.573.25.2022).

- 7 domów pomocy społecznej⁴⁰⁹;
- 1 zakładu opiekuńczo-leczniczego⁴¹⁰.

W trakcie realizacji jednej z wizytacji prewencyjnych w placówce całodobowej opieki doszło do naruszenia mandatu KMPT. Kwestia ta szczegółowo została opisana w niniejszym Raporcie w rozdziale „Trudności w realizacji mandatu KMPT”.

■ Dobre praktyki

- Kierowanie nowych mieszkańców na obowiązkową konsultację psychiatryczną⁴¹¹.
- Umożliwienie mieszkańcom zakwaterowania w placówce wraz ze zwierzętami domowymi⁴¹².
- Zapewnienie całodobowej opieki pielęgnarskiej⁴¹³.
- Realizowanie konsultacji psychologicznych w dniu przyjęcia do zakładu opiekuńczo-leczniczego⁴¹⁴.

■ Problemy systemowe

1. Legalność pobytu osób, które nie są ubezwłasnowolnione, a którym stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy

Działający w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są w żaden sposób legitymowani w świetle obowiązujących przepisów do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia jej w placówce całodobowej opieki, nawet jeśli osoba taka znajduje się w złym stanie psychofizycznym i sama nie jest w stanie złożyć podpisu pod umową o świadczenie usług lub oświadczeniem woli pobytu.

Problem legalności pobytu osób, które nie są ubezwłasnowolnione, a którym stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy na pobyt w placówce opiekuńczej, był przedmiotem Wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Minister Rodziny i Polityki Społecznej⁴¹⁵. Kwestia ta szczegółowo opisana została w rozdziale „Wystąpienia generalne i inne ważne pisma” niniejszego Raportu.

2. Monitoring wizyjny

Instalowanie kamer w placówkach opiekuńczo-leczniczych w celu zapewnienia bezpieczeństwa może stanowić ingerencję w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie budynku. Dla legalności stosowania tego typu nadzoru istotne jest, aby spełniał

⁴⁰⁹ Dom Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią (KMP.573.8.2022), Dom Pomocy Społecznej „Etola” w Rudzie Pilczyckiej (KMP.575.3.2022), Dom Pomocy Społecznej w Kaliszu (KMP.575.2.2022), Dom Pomocy Społecznej „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie (KMP.575.1.2022), Dom Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie (BPW.575.1.2022), Dom Pomocy Społecznej w Łętowni Filia w Jordanowie (KMP.575.6.2022), Dom Pomocy Społecznej w Zdunach (KMP.575.7.2022).

⁴¹⁰ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Zielonej Górze (KMP.573.15.2022).

⁴¹¹ Dom Seniora „Radosny” w Łodzi (KMP.573.26.2022).

⁴¹² „Zielona Kraina” w Warszawie (KMP.573.17.2022).

⁴¹³ Dom Pomocy Społecznej „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie (KMP.575.1.2022).

⁴¹⁴ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Zielonej Górze (KMP.573.15.2022).

⁴¹⁵ Wystąpienie generalne RPO do Minister Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 25 stycznia 2022 r. (KMP.573.1.2022).

on przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. Obecnie bowiem żadne przepisy nie regulują tej kwestii, a zdarza się, że kamery montowane są na korytarzach lub w pokojach wspólnych.

3. Stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń mieszkańców przed upadkiem w placówkach opiekuńczych i całodobowej opieki

Stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń w postaci nieatestowanych pasów stabilizacyjnych, szarf, prześcieradeł lub innych przedmiotów, które mają utrudnić lub uniemożliwić mieszkańcowi zsunięcie się z łóżka lub wózka, formalnie nie jest przymusem bezpośrednim, ale ingeruje w wolność jednostki.

Problem stosowania niestandardowych form zabezpieczeń mieszkańców przed upadkiem w placówkach był przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia⁴¹⁶, co szczegółowo zostało opisane „Wystąpienia generalne i inne ważne pisma” niniejszego Raportu.

4. Zróżnicowanie wysokości wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych od tych zatrudnionych w DPS

Status pielęgniarki zatrudnionej w domu pomocy społecznej jest inny niż pielęgniarki zatrudnionej w placówkach służby zdrowia. Główną przyczynę stanowi zróżnicowanie wysokości wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych, zdecydowanie wyższego (finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia) od wynagrodzenia przysługującego pielęgniarkom zatrudnionym w domach pomocy społecznej.

Z uwagi na fakt, że domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, wynagrodzenie pielęgniarek w nich zatrudnionych pochodzi z budżetu samorządów. Nierówność w wynagradzaniu pielęgniarek zatrudnionych w DPS-ach (brak dodatków, podwyżek etc.) w porównaniu do tych pracujących w służbie zdrowia powoduje problemy w znalezieniu do pracy w DPS-ach osób o tym wykształceniu lub częste rezygnacje z pracy pielęgniarek/pielęgniarzy już zatrudnionych w takich placówkach na rzecz podmiotów leczniczych.

W ocenie KMPT sytuacja ta przekłada się na obniżenie standardów w zapewnieniu opieki i pielęgnacji mieszkańców DPS-ów. Konieczna jest zatem nowelizacja obowiązujących przepisów w taki sposób, aby wysokość wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej była analogiczna jak w przypadku pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Kwestia ta była przedmiotem wystąpienia RPO do Minister Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia w czerwcu 2021 r.⁴¹⁷

5. Współpraca DPS z psychologiem

Obowiązujące przepisy nie zobowiązują dyrektorów domów do zatrudniania psychologa, a jedynie do zapewnienia mieszkańcom kontaktu z nim. Zdaniem KMPT filarem należytej opieki nad mieszkańcami DPS powinno być zapewnienie im stałego i nieskrępowanego dostępu do psychologa⁴¹⁸.

⁴¹⁶ Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r. (KMP.573.9.2022).

⁴¹⁷ Zob. Raport RPO z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2021 r.

⁴¹⁸ Kwestia ta szerzej omówiona została m.in. w Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

Należy mieć również na względzie skutki emocjonalne, jakie wywołała pandemia koronawirusa i towarzysząca jej izolacja od najbliższego otoczenia.



Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w zaktualizowanych wytycznych dotyczących zapobiegania i kontroli COVID-19 w miejscach pozbawienia wolności podkreśla, że popyt na usługi psychologiczne prawdopodobnie wzrośnie w tego typu miejscach w następstwie pandemii i nałożonych środków ograniczających⁴¹⁹.

6. Pełnienie funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych przez pracowników DPS

Opiekun prawny powinien monitorować, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i czy nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Pracownikom domów pomocy społecznej trudno może być zachować obiektywność podczas pełnienia funkcji opiekunów prawnych mieszkańców⁴²⁰.



CPT podkreśla, że jednym z aspektów roli opiekuna jest obrona – w razie konieczności – praw osób z niepełnosprawnościami wobec instytucji przyjmującej. Pełnienie funkcji opiekuna przez pracownika tej samej instytucji może prowadzić do konfliktu interesów i zagrozić niezależności i bezstronności opiekuna. CPT rekomenduje w takich sytuacjach, aby władze kraju dążyły do znalezienia alternatywnych rozwiązań, które mogłyby lepiej zagwarantować niezależność i bezstronność opiekunów⁴²¹.

7. Nadużywanie alkoholu przez część mieszkańców i niewystarczająca liczba domów pomocy społecznej dla mieszkańców z problemem alkoholowym

Osoby nadużywające alkoholu często dezorganizują życie domu, zakłócają porządek, powodują zaburzenie relacji interpersonalnych oraz eskalację konfliktów i napięcia, a przejawiana niekiedy agresja stanowi poważny problem dla innych mieszkańców i personelu. W większości domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku lub przewlekle somatycznie chorych przebywają mieszkańcy z problemem alkoholowym (ok. 10% mieszkańców domu). Nie otrzymują tam odpowiedniej terapii oraz zaburzają funkcjonowanie placówek.

Pomimo zmiany przepisów umożliwiających tworzenie domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu, placówek tego typu jest wciąż za mało w skali kraju⁴²².

⁴¹⁹ Zob. World Health Organization Regional Office for Europe, Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention, Interim guidance, 8 February 2021, s. 36.

⁴²⁰ Kwestia ta szerzej omówiona została m.in. w Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

⁴²¹ Zob. Standardy CPT przedstawione w dokumencie pt. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 32. Zob. również raporty CPT z wizyt w: Polsce w 2009 r. [CPT/Inf (2011) 20], par. 167; Bułgarii w 2020 r. [CPT/Inf (2020) 39], par. 81; w Ukrainie w 2019 r. [CPT/Inf (2020) 1], par. 44 oraz na Łotwie w 2016 r., [CPT/Inf (2017) 16], par. 157.

⁴²² Kwestia ta szerzej omówiona została m.in. w Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

8 Niedostateczna kontrola sądowa pobytu osób ubezwłasnowolnionych i umieszczonych postanowieniem sądu

Zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego obowiązek sądowej kontroli legalności przyjęcia i przebywania w domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, a także przestrzegania ich praw oraz warunków panujących w placówce dotyczy wyłącznie domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób chorujących psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną. Jednak osoby te mogą także trafiać do domów innego typu, które spod obowiązku wspomnianej kontroli są wyjęte, mimo iż mogą w nich przebywać osoby z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną⁴²³. Takie rozwiązanie stawia część mieszkańców domów pomocy społecznej w gorszej pozycji. Pozwala na nieweryfikowane oraz nieokreślone czasowo pozbawienie wolności osób chorych psychicznie, które przebywają w innych typach domów, pomija konieczność zagwarantowania wolności osobistej każdemu człowiekowi oraz możliwość domagania się w bezpośrednim kontakcie z sędzią wizytatorem weryfikacji ich sytuacji w tym zakresie.

Kwestia ta, z uwagi na jej aktualność i brak rozwiązań systemowych, pozostaje w zainteresowaniu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.

■ Obszary wymagające poprawy

Placówki Całodobowej Opieki

1. Legalność pobytu

W czterech placówkach, wbrew ustawowemu obowiązkowi⁴²⁴, w dokumentacji brakowało zgody sądu na umieszczenie osób ubezwłasnowolnionych całkowie⁴²⁵. Krajowy Mechanizm spotkał się także z przypadkami⁴²⁶, w których w dokumentacji mieszkańców znajdowały się postanowienia sądu opiekuńczego na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w domu pomocy społecznej, a nie w placówce całodobowej opieki. Należy podkreślić, że są to dwa odrębne rodzaje placówek, uregulowane w ustawie o pomocy społecznej. Różni je między innymi zakres określonych ustawowo praw mieszkańców i zakres kontroli przez organy publiczne. Zezwolenia dotyczącego umieszczenia w domu pomocy społecznej nie można więc stosować na zasadzie analogii do umieszczenia w placówce całodobowej opieki.

W jednej z placówek⁴²⁷ analiza dokumentacji wykazała, że mieszkanka została przyjęta do placówki bez podpisania umowy. Mieszkanka została przyjęta do domu opieki po odbytej hospitalizacji. Po kilku dniach od przyjęcia rodzina kobiety dopełniła wszelkich formalności.

⁴²³ Zob. Raport RPO z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r.

⁴²⁴ Art. 68a pkt 1 lit. f) ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

⁴²⁵ Dom Całodobowej Opieki „Czarneccy” w Zielonce (KMP.573.10.2022), Dom Seniora „Akacja” w Łodzi (KMP.573.25.2022), Dom Spokojnej Jesieni „Beatus” w Krakowie (KMP.573.14.2022), Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022).

⁴²⁶ Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022), Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022).

⁴²⁷ Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022).

W trzech przypadkach wizytujący zwrócili uwagę, iż w dokumentacji mieszkańców, którzy w momencie przyjęcia do placówki nie byli ubezwłasnowolnieni, brakowało podpisanych oświadczeń woli pobytu w domu opieki⁴²⁸. Z kolei wnioski o przyjęcie do placówki podpisane były przez opiekunów faktycznych (członkowie rodzin)⁴²⁹.

Krajowy Mechanizm podkreśla, że pobyt w placówce całodobowej opieki osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona, a która to osoba nie podpisała umowy na świadczenie usług opiekuńczych, jak również nie wyraziła na piśmie woli pobytu w tego typu miejscu, jest nielegalny i może nosić znamiona bezprawnego pozbawienia wolności.

2. Traktowanie

Przedstawiciele KMPT spotkali się z kilkoma przypadkami dyscyplinowania mieszkańców przez personel placówek opiekuńczych.

W aktualnym stanie prawnym brakuje regulacji, na mocy których pracownicy placówek opiekuńczych uprawnieni byłoby do nakładania jakichkolwiek kar na mieszkańców oraz ich dyscyplinowania. Wymierzanie kar mieszkańcom narusza wolność osobistą jednostki chronioną przez art. 31 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym każda regulacja dotycząca wolności osobistej musi mieć wyraźne umocowanie ustawowe.

W jednej placówce szczególnej atencji personelu opiekuńczego wymagały dwie mieszkanki ze zdiagnozowanymi zespołami otępiennymi, które miały znaczące problemy z kontrolowaniem realizacji potrzeb fizjologicznych. Obie panie brudziły odchodami zarówno pomieszczenia, w których się znajdowały, jak i ich wyposażenie... Jak wynikało z zapisów w książce obserwacji opiekunek i pielęgniarek, mieszkanki niejednokrotnie miały być zamykane we wskazanym pokoju, aby uniknąć brudzenia innych pomieszczeń domu opieki⁴³⁰.

Krajowy Mechanizm przypomniana, że pomimo licznych trudności w procesie opiekuńczym nad mieszkańcami, personel placówek całodobowej opieki nie posiada podstaw prawnych do zamykania mieszkańców w pokojach mieszkalnych. Tego typu praktyki stanowią izolację mieszkańców i kwalifikowane powinny być jako stosowanie środków przymusu, do czego personel tego typu placówek nie ma uprawnień.

W innej z placówek w stosunku do niektórych mieszkańców opieka higieniczna odbywała się między innymi poprzez kąpiele przyłóżkowe. W ocenie KMPT była to praktyka potencjalnie poniżająca i naruszająca intymność, ponieważ zabiegi higieniczne prowadzone były w obecności innych mieszkańców-współlokatorów. Dodatkowo osoba myta nie była osłaniana parawanem⁴³¹.

⁴²⁸ Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022).

⁴²⁹ Dom Całodobowej Opieki „Czarnecky” w Zielonce (KMP.573.10.2022), Dom Opieki w Kaleniu (KMP.573.23.2022).

⁴³⁰ Dom Spokojnej Jesieni „Beatus” w Krakowie (KMP.573.14.2022).

⁴³¹ Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022).

3. Prawo do ochrony zdrowia

Każdorazowo podczas wizytacji KMPT zwraca uwagę na kwestie rzetelnego badania lekarskiego przed przyjęciem do placówki, a także właściwego dokumentowania urazów stwierdzonych podczas badania. Jest to bowiem jedna z minimalnych gwarancji chroniących mieszkańców przed złym traktowaniem. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały w czasie pobytu w placówce.

W dwóch domach opieki ze względu na fakt, że lekarz odbywał konsultacje jedynie raz w tygodniu, nowo przyjmowane osoby miały z nim pierwszy kontakt w różnym odstępie czasu od przyjęcia (od jednego do siedmiu dni). Przy przyjęciu zapewniano natomiast konsultację pielęgniarską⁴³². W kilku domach odstępy w wizytach lekarskich były nawet kilkutygodniowe. Jedna ze zwizytowanych placówek w ogóle nie zapewniała opieki lekarskiej swoim mieszkańcom⁴³³.

Tylko w jednej ze zwizytowanych placówek personel został zapoznany z treścią Protokołu stambulskiego. Jednak pracownicy w codziennej pracy nie wykorzystywali map ciała przydatnych do właściwego dokumentowania urazów stwierdzonych podczas przyjęcia mieszkańca do domu opieki lub po powrocie z hospitalizacji, przepustki⁴³⁴.

KMPT zachęca do dokumentowania w formie fotograficznej odleżyn i obrażeń, za zgodą mieszkańców lub ich opiekunów prawnych (w przypadku osób ubezwłasnowolnionych, niebędących w stanie samodzielnie wyrazić swojej woli). Dokumentacja fotograficzna mogłaby być dołączana do akt medycznych mieszkańca.

KMPT zachęca też personel do dokonywania badań i oględzin ciała mieszkańców po każdorazowej dłuższej nieobecności w placówce, powrocie z urlopu i miejsc, gdzie mogły doświadczyć przemocy (np. zostały doprowadzone przez Policję lub przebywały pod jej nadzorem, były hospitalizowane psychiatrycznie, zachodzi podejrzenie przemocy domowej) oraz w sytuacjach podejrzenia przemocy między mieszkańcami.

Nadal aktualnym pozostaje także problem braku dostępu lub utrudnionego dostępu do opieki lekarzy-specjalistów, zwłaszcza psychiatrów oraz geriatrów.

W ocenie Krajowego Mechanizmu konsultacjami specjalistycznymi, zwłaszcza psychiatrycznymi, regularnie powinni być obejmowani wszyscy mieszkańcy placówek opiekuńczo-leczniczych. Przedstawiciele KMPT często spotykają się bowiem z informacjami i zapisami w książkach przebiegu dyżurów świadczącymi o agresji mieszkańców lub znacznym pobudzeniu skutkującym podaniem leków psychotropowych oraz oddziałujących na ośrodkowy układ nerwowy.



Jak zauważa SPT, regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób pozbawionych wolności ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania. W związku z tym rekomenduje, aby władze uwzględniły rutynowe badania w zakresie zdrowia psychicznego podczas badań lekarskich po umieszczeniu w miejscu zatrzymania. W opinii SPT państwo powinno uwzględniać oceny zdrowia psychicznego w codziennych kontrolach przeprowadzanych przez odpowiednio wyszkolony personel. Ponadto powinno zapewnić szybki dostęp do usług i programów

⁴³² Dom Seniora „Akacja” w Łodzi (KMP.573.25.2022), Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022).

⁴³³ Dom Seniora „Stokrotka” w Stobnie (KMP.575.4.2022).

⁴³⁴ Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022).

zdrowia psychicznego, w tym dostęp do psychiatry, po skierowaniu przez personel lub na samodzielny wniosek zatrzymanego⁴³⁵.

Przedstawiciele KMPT spotykali się z przypadkami kruszenia leków przed ich podaniem mieszkańcom. We wszystkich przypadkach w dokumentacji medycznej mieszkańców brakowało zaleceń lekarskich na podawanie medykamentów w takiej postaci⁴³⁶. Dodatkowo w kilku przypadkach decyzja ta była podejmowana bez wiedzy i zgody lekarza⁴³⁷. Nadal zdarzają się także sytuacje, kiedy rozdrobnione leki podawane są ukryte w pokarmie, o czym mieszkańcy nie są informowani⁴³⁸.



KMPT kwestionuje praktykę kruszenia i rozpuszczania leków w posiłkach i podawania ich podstępem, w przypadku odmowy ich przyjęcia przez pacjenta. Zaznaczyć należy, iż każdy pacjent ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Pacjent musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana. Jeśli nie będzie miał takiej świadomości, to w przyszłości może dojść do sytuacji, w której pomimo wzburzenia odmówi przyjęcia leku, pamiętając, że poprzedni zły stan zdrowia udało się polepszyć bez przyjmowania leku (nie miał wówczas świadomości, że przyjął lek, został mu wówczas podany podstępem). Rozkruszanie lekarstw nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nich zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować. O ewentualnym rozdrobnieniu leku powinien decydować lekarz.

W jednej z placówek podczas nieobecności pielęgniarki leki rozkładane były przez opiekunów osób starszych, z wyjątkiem leków psychotropowych. Tymczasem zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej⁴³⁹ realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji jest świadczeniem zdrowotnym wykonywanym w ramach wykonywania zawodu pielęgniarki. Należy także podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi efektami kształcenia dla zawodu opiekuna osoby starszej przedstawiciele tego zawodu mogą pomóc przyjąć pomoc przyjąć osobie chorej i niesamodzielnej leki zlecone przez lekarza. W rozporządzeniu Ministra Edukacji i Nauki, wprowadzającym wspomniane efekty kształcenia nie wspomniano natomiast o możliwości rozkładania leków przez opiekunów osób starszych⁴⁴⁰.

⁴³⁵ Zob. Raport SPT z wizyty w Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, par. 30 i 32.

⁴³⁶ Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022), Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022), Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022), Dom Seniora „Akacja” w Łodzi (KMP.573.25.2022), Dom Spokojnej Jesieni „Beatus” w Krakowie (KMP.573.14.2022), „Zielona Kraina” w Warszawie (KMP.573.17.2022).

⁴³⁷ Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022), Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022), Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022).

⁴³⁸ Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022), Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022).

⁴³⁹ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r., poz. 2702).

⁴⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego (Dz. U. z 2019 r., poz. 991).

Zdarzały się również sytuacje niewłaściwego przechowywania leków w dyżurce pielęgniarskiej. Niektóre z medykamentów znajdowały się w torbach foliowych lub pudełkach położonych bezpośrednio na podłodze oraz przy ścianach pomieszczenia⁴⁴¹.

Krajowy Mechanizm pragnie podkreślić, że produkty lecznicze i wyroby medyczne powinny być przechowywane w sposób staranny, zabezpieczający je przed zniszczeniem oraz zabrudzeniem.

4. Aktywizacja mieszkańców i kontakt z psychologiem

Niektóre ze zwizytowanych placówek nie zapewniały swoim mieszkańcom terapii zajęciowej, a aktywizacja mieszkańców ograniczała się do czytania prasy, oglądania telewizji czy korzystania z gier planszowych⁴⁴². Niewystarczające również były świadczone usługi rehabilitacyjne⁴⁴³.

Mieszkańcy placówek nie mieli też zapewnionego kontaktu z psychologiem⁴⁴⁴. Tymczasem tego rodzaju wsparcie psychologiczne jest niezwykle istotne zwłaszcza w początkowym okresie pobytu, całkowitej zmiany otoczenia, kiedy to u osoby w podeszłym wieku może pojawić się poczucie zagubienia, skłonność do stanów depresyjnych, zamykanie się w sobie lub niechęć do nawiązywania kontaktów. Osoba taka może doświadczać wtedy silnego oporu wewnętrznego przed diametralną zmianą sytuacji życiowej.

5. Kontakt ze światem zewnętrznym

Nie zawsze mieszkańcy domów opieki⁴⁴⁵ mieli możliwości opuszczania terenu placówek. Mogli jedynie korzystać z podwórek czy ogrodów wokół budynku. Sytuacja ta była argumentowana złym stanem zdrowia mieszkańców oraz problemami ze świadomością. W analizowanej dokumentacji brak było jednak dokumentów, które by to potwierdzały. Tymczasem zgodnie z nowelizacją ustawy o pomocy społecznej⁴⁴⁶ od stycznia 2020 r. w przypadku, gdy brak opieki zagraża życiu lub zdrowiu mieszkańca, który cierpi na zaburzenia psychiczne, osoba kierująca domem może ograniczyć mu możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki. Konieczne jest jednak uzyskanie opinii lekarza w tym zakresie. Takie zaświadczenie jest wydawane na czas określony, nie dłuższy niż 6 miesięcy i musi zostać dołączone do dokumentacji mieszkańca. O ograniczeniu musi też zostać poinformowany właściwy sąd opiekuńczy, który może taką decyzję uchylić.

⁴⁴¹ Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022).

⁴⁴² Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022), Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022), Dom Seniora „Akacja” w Łodzi (KMP.573.25.2022), Dom Całodobowej Opieki „Czarneccy” w Zielonce (KMP.573.10.2022).

⁴⁴³ Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022), Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022).

⁴⁴⁴ Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022), Dom Seniora „Akacja” w Łodzi (KMP.573.25.2022), Dom Całodobowej Opieki „Czarneccy” w Zielonce (KMP.573.10.2022), Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022), Dom Seniora „Stokrotka” w Stobnie (KMP.575.4.2022), „Zielona Kraina” w Warszawie (KMP.573.17.2022), Dom Opieki w Kaleniu (KMP.573.23.2022).

⁴⁴⁵ Dom Całodobowej Opieki „Czarneccy” w Zielonce (KMP.573.10.2022), Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022), Dom Spokojnej Jesieni „Beatus” w Krakowie (KMP.573.14.2022), Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022), Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022), Dom Seniora „Akacja” w Łodzi (KMP.573.25.2022), Dom Opieki w Kaleniu (KMP.573.23.2022), Dom Seniora „Radosny” w Łodzi (KMP.573.26.2022).

⁴⁴⁶ Procedura została określona w art. 68 ust. 2a-2h ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

6. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

KMPT każdorazowo zachęca do tego, aby we wszystkich instytucjach opieki podjąć kroki w celu zaznajamiania mieszkańców z przysługującymi im prawami, w tym z prawem do składania skarg. W tym celu wskazane jest wywieszanie w ogólnodostępnych miejscach adresów instytucji, do których mogłyby się zwrócić osoby zamieszkujące dom opieki lub ich rodziny w przypadku naruszenia praw mieszkańców. W zdecydowanej większości zwizytowanych placówek takie dane nie były udostępnione w widocznym miejscu⁴⁴⁷ bądź też wymagały uzupełnienia⁴⁴⁸. Co więcej, dwie placówki nie dysponowały także opracowanymi procedurami skargowymi⁴⁴⁹. Kilka innych domów opieki nie prowadziło poufnych rejestrów skarg i wniosków⁴⁵⁰.

Dostęp do mechanizmu skargowego stanowi fundamentalną gwarancję prewencji tortur we wszystkich miejscach, w których przebywają osoby wbrew własnej woli. Efektywne mechanizmy skargowe mogą nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji⁴⁵¹.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. Rekomendowane jest opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie, ulotek i filmów informacyjnych)⁴⁵².

7. Kontrola osobista i pomieszczeń

W jednym z wizytowanych domów regulamin pobytu przewidywał, iż pracownicy w określonych przypadkach mogą dokonywać kontroli mieszkańca, jego rzeczy osobistych oraz wyposażenia pokoju mieszkalnego. Krajowy Mechanizm podkreśla, że zarówno kontrola mieszkańca, jak i sprawdzenie jego rzeczy, to działania ingerujące bezpośrednio w konstytucyjne prawa jednostki. Należy bowiem zauważyć, że zgodnie z art. 41 ust. 1 Konstytucji RP każdemu zapewnia się netykalność osobistą i wolność osobistą. Natomiast w art. 31 ust. 3 Konstytucji wskazano, że ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony

⁴⁴⁷ Dom Całodobowej Opieki „Czarneccy” w Zielonce (KMP.573.10.2022), Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022), Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022), Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022), Dom Seniora „Akacja” w Łodzi (KMP.573.25.2022), Dom Seniora „Stokrotka” w Stobnie (KMP.575.4.2022), Dom Opieki w Kaleniu (KMP.573.23.2022), Dom Seniora „Radosny” w Łodzi (KMP.573.26.2022).

⁴⁴⁸ Dom Spokojnej Jesieni „Beatus” w Krakowie (KMP.573.14.2022), „Zielona Kraina” w Warszawie (KMP.573.17.2022).

⁴⁴⁹ Dom Całodobowej Opieki „Czarneccy” w Zielonce (KMP.573.10.2022), „Zielona Kraina” w Warszawie (KMP.573.17.2022).

⁴⁵⁰ Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022), Dom Seniora „Akacja” w Łodzi (KMP.573.25.2022), Dom Seniora „Stokrotka” w Stobnie (KMP.575.4.2022), Dom Spokojnej Jesieni „Beatus” w Krakowie (KMP.573.14.2022), Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022), Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022), Dom Seniora „Radosny” w Łodzi (KMP.573.26.2022).

⁴⁵¹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68–91.

⁴⁵² Tamże.

środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. Tymczasem w ustawie o pomocy społecznej pracownikom placówek całodobowej opieki nie przyznano uprawnień do przeprowadzania wyżej wymienionych czynności⁴⁵³.

8. Rejestry, procedury i dokumentacja

Część placówek⁴⁵⁴ nie prowadziła rejestru stosowania przymusu bezpośredniego wymaganego ustawą⁴⁵⁵. W kilku domach nie stworzono rejestru zdarzeń nadzwyczajnych (np. upadków, samouszkodzeń etc.)⁴⁵⁶, nie prowadzono ksiąg obserwacji opiekunek i pielęgniarek⁴⁵⁷, księgi wejść i wyjść⁴⁵⁸, rejestru wizyt lekarskich⁴⁵⁹. Dodatkowo jedna z placówek nie prowadziła ewidencji przyjętych mieszkańców⁴⁶⁰. W innym domu opieki wizytujący zwrócili uwagę na niekompletną i nieuporządkowaną dokumentację medyczną mieszkańców. Co więcej, dokumentacja mieszkańców, w tym medyczna, przechowywana była w otwartym pomieszczeniu pełniącym funkcję biura, umożliwiając tym samym osobom niepowołanym dostęp do danych wrażliwych mieszkańców⁴⁶¹. Należy podkreślić, że taka forma przechowywania dokumentacji, zwłaszcza medycznej może godzić w prawo do ochrony danych o stanie zdrowia, które to wchodzi w zakres prawa do prywatności (art. 47 Konstytucji).

Przedstawiciele KMPT w kilku domach opieki zwrócili uwagę na brak procedur regulujących zasady postępowania personelu (np. w przypadku wystąpienia zachowań agresywnych wśród mieszkańców, zdarzeń niepożądanych, autoagresji)⁴⁶².



Procedury pozwalają na ujednoczenie praktyki personelu w rozmaitych obszarach, zwłaszcza w sytuacjach, gdy musi on działać w stresie i chwilach pobudzenia mieszkańca, czyli szczególnie w tych przypadkach, gdy może pojawić się ryzyko błędów i złego (w tym niezamierzonego) traktowania mieszkańców.

⁴⁵³ Dom Seniora „Radosny” w Łodzi (KMP.573.26.2022).

⁴⁵⁴ Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022), Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022), Dom Spokojnej Jesieni „Beatus” w Krakowie (KMP.573.14.2022), Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022).

⁴⁵⁵ Zob. art. 68a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

⁴⁵⁶ Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022), Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022), Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022).

⁴⁵⁷ Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022), Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022).

⁴⁵⁸ Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022), Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022).

⁴⁵⁹ Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022).

⁴⁶⁰ Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022).

⁴⁶¹ Dom Całodobowej Opieki „Czarneccy” w Zielonce (KMP.573.10.2022).

⁴⁶² Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022), Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022), Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022).

W jednej z placówek⁴⁶³ wątpliwości KMPT wzbudził zapis w umowie pobytu, który Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK) uznał za niedozwolony⁴⁶⁴. Wskazano w nim, że zleceniobiorca może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym m.in. w przypadku zaległości w opłatach z tytułu świadczenia usług na rzecz mieszkańca przekraczających 14 dni. Jak wskazano, w takiej sytuacji mieszkaniec zostaje wypisany z placówki, a zleceniodawca zobowiązany jest odebrać mieszkańca z placówki w terminie 2 dni od daty powiadomienia.



UOKiK wskazał, że uwzględniając ochronę praw osób korzystających z usług placówki, rozwiązanie umowy z powodu zaległości płatniczych powinno być poprzedzone wezwaniem do zapłaty, wyznaczeniem dodatkowego terminu i pouczeniem o konsekwencji niespełnienia tego obowiązku.

W kilku przypadkach⁴⁶⁵ w dokumentacji indywidualnej mieszkańców znajdowały się ich dowody osobiste, nie było jednak żadnych oświadczeń wskazujących, że dobrowolnie przekazali swoje dokumenty do przechowania. Tymczasem w myśl art. 79 pkt 2 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych⁴⁶⁶, kto zatrzymuje bez podstawy prawnej cudzy dowód osobisty, podlega karze ograniczenia wolności albo karze grzywny. Zgodnie jednak z wykładnią dokonaną przez Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 9 grudnia 2010 roku o sygnaturze II AKa 397/10, „znamiona wykroczenia (...) polegającego na zatrzymaniu cudzego dowodu osobistego nie są wypełnione, jeżeli wejście w posiadanie dowodu nastąpiło za akceptacją i przyzwoleniem osoby uprawnionej”.

9. Warunki bytowe

Pomimo że art. 68 ust. 4 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej⁴⁶⁷ stanowi, że budynek oraz jego otoczenie powinny być pozbawione barier architektonicznych, to warunki panujące w dwóch wizytowanych placówkach nie spełniały w pełni wymogu ich dostosowania do potrzeb osób o ograniczonej ruchomości lub poruszających się na wózkach: w łazienkach znajdowały się prysznice z wysokimi brodzikami lub wanny⁴⁶⁸, lustra oraz włączniki światła umieszczono na nieodpowiedniej wysokości⁴⁶⁹. W jednym przypadku Krajowy Mechanizm zwrócił uwagę, iż zastosowane rozwiązania, takie jak: podjazdy, szyny oraz poręcze nie były w pełni bezpieczne oraz użyteczne dla mieszkańców. Ze względów architektonicznych (liczne schody znajdujące się blisko siebie) udogodnienia zostały także umiejscowione w bliskiej odległości od siebie, dodatkowo utrudniając swobodne poruszanie się po ciągach komunikacyjnych⁴⁷⁰.

⁴⁶³ Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022).

⁴⁶⁴ Zob. UOKiK, Domy opieki – Badanie wzorców umownych stosowanych w placówkach świadczących usługi w zakresie zapewnienia opieki osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku [w:] https://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12351

⁴⁶⁵ Dom Spokojnej Jesieni „Beatus” w Krakowie (KMP.573.14.2022), Dom Opieki w Kaleniu (KMP.573.23.2022).

⁴⁶⁶ Dz. U. z 2022 r., poz. 671.

⁴⁶⁷ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

⁴⁶⁸ Dom Spokojnej Jesieni „Beatus” w Krakowie (KMP.573.14.2022), Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022).

⁴⁶⁹ Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022).

⁴⁷⁰ Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022).

Nie we wszystkich placówkach pokoje mieszkańców wyposażone były w instalację przywoławczą, która służyłaby do wezwania pomocy w nagłych wypadkach⁴⁷¹. W jednej z placówek⁴⁷² dostępne były przenośne urządzenia przywoławcze, jednak nie były one wydawane mieszkańcom, ponieważ często były gubione oraz niszczone przez mieszkańców.



Ze względu na różny stan zdrowia przyjmowanych mieszkańców oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, przyciski alarmowo-przyzywowe, które umożliwiają szybką reakcję personelu, powinny być dostępne w pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (fazienki, pokoje łóżkowe). Jest to również ważne z perspektywy komfortu psychicznego mieszkańców, których poczucie bezpieczeństwa lub jego brak może istotnie wpływać na rozwój choroby, tudzież zaważyć na ich dalszym losie.

Zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej w placówkach całodobowej opieki pokoje mieszkalne powinny być nie więcej niż trzyosobowe. Natomiast jeżeli pokój zajmują wyłącznie osoby leżące, może być on czteroosobowy. Wizytujący odnotowali przypadki⁴⁷³, w których pokoje czteroosobowe zajmowane były zarówno przez osoby leżące, jak i samodzielnie poruszające się po placówkach. W jednym z domów opieki mieszkańcy zakwaterowani zostali w pięcioosobowym pokoju⁴⁷⁴.

W jednym z domów opieki mieszkańcy zgłaszali wizytującym, że brakuje im przestrzeni zamykanej na klucz, gdzie bez obaw mogliby przechowywać rzeczy osobiste⁴⁷⁵. W innej placówce niektóre pomieszczenia wymagały prac remontowych. Widoczne były zacieki na suficie, odpryski w farbie na ścianach. Pokoje urządzone były surowo. Posiadały podstawowe wyposażenie (łóżka, stoliki nocne, stolik, krzesła, szafę, fotele, telewizor)⁴⁷⁶.



Jak wskazuje CPT, stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje zapewnienie pacjentom właściwej przestrzeni życiowej, odpowiedniego oświetlenia, ogrzewania, wentylacji, utrzymania ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych. W ocenie CPT należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądane jest wyposażenie pomieszczeń w stoliki i szafki stojące obok łóżek; ponadto pacjentom powinno się pozwolić na przechowywanie określonych rzeczy osobistych (fotografie, książki itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia pacjentom określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii⁴⁷⁷.

⁴⁷¹ Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022), Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022), Dom Seniora „Akacja” w Łodzi (KMP.573.25.2022), Dom Seniora „Stokrotka” w Stobnie (KMP.575.4.2022), Dom Seniora „Radosny” w Łodzi (KMP.573.26.2022).

⁴⁷² Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022).

⁴⁷³ Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022), Dom Seniora „Akacja” w Łodzi (KMP.573.25.2022), Dom Spokojnej Jesieni „Beatus” w Krakowie (KMP.573.14.2022).

⁴⁷⁴ Dom Seniora „Stokrotka” w Stobnie (KMP.575.4.2022).

⁴⁷⁵ Centrum Opieki „Familia” w Łodzi (KMP.573.21.2022).

⁴⁷⁶ Dom Opieki „Senior” w Krakowie (BPK.573.1.2022).

⁴⁷⁷ Zob. Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (98) 12, par. 34.

10. Personel

W dwóch domach przedstawiciele Krajowego Mechanizmu odnotowali niewystarczającą liczbę opiekunek⁴⁷⁸. Dodatkowo w jednym z nich personel nie legitymował się kierunkowym wykształceniem w zakresie sprawowania opieki nad osobami w podeszłym wieku⁴⁷⁹.

W dwóch przypadkach w charakterze opiekunek w placówkach zatrudnione były osoby pochodzące z Ukrainy. W jednej z nich w dokumentacji pracowniczej znajdowały się dokumenty potwierdzające zdobyte wykształcenie i uprawnienia jedynie w języku ukraińskim⁴⁸⁰. W drugiej placówce dwie z zatrudnionych opiekunek miały legitymować się dyplomami pielęgniarскими, które nie zostały nostryfikowane i z tego też powodu nie mogły one wykonywać wyuczonego zawodu⁴⁸¹.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że kierownicy placówek całodobowej opieki zostali zobowiązani do dostosowania liczby zatrudnionego personelu, jak również jego wykształcenia i posiadanych kwalifikacji do wymogów określonych w znowelizowanej ustawie o pomocy społecznej⁴⁸². W trakcie przeprowadzanych wizytacji przepisy te jeszcze nie obowiązywały⁴⁸³, niemniej jednak KMPT przypominał o nowelizacji przepisów oraz terminach ich wdrażania⁴⁸⁴.

Krajowy Mechanizm podkreśla także, iż zgodnie z obowiązującymi przepisami⁴⁸⁵ osoba, która uzyskała kwalifikacje zawodowe pielęgniarki za granicą, a w szczególności poza obszarem Unii Europejskiej, obowiązana jest do nostryfikacji posiadanego dyplomu⁴⁸⁶.

Oferowane pracownikom domów opieki zakresy szkoleń wymagały ich poszerzenia o tematykę m.in.: sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnością fizyczną lub intelektualną, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik–mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, jak również stosowania Protokołu stambulskiego. Personelowi nie oferowano także regularnych superwizji, prowadzonych przez zewnętrznych ekspertów, które pozwoliłyby np. rozładować ewentualne napięcia powstałe w trakcie wykonywania obowiązków służbowych.

⁴⁷⁸ Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022), Dom Całodobowej Opieki „Czarneccy” w Zielonce (KMP.573.10.2022).

⁴⁷⁹ Dom Całodobowej Opieki „Czarneccy” w Zielonce (KMP.573.10.2022).

⁴⁸⁰ Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska w Warszawie (KMP.573.20.2022).

⁴⁸¹ Dom Seniora „Akacja” w Łodzi (KMP.573.25.2022).

⁴⁸² Art. 68a pkt 4-5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

⁴⁸³ Placówki całodobowej opieki powinny spełnić wymogi do dnia 1 czerwca 2023 r.

⁴⁸⁴ Art. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2021 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2021 r., poz. 803).

⁴⁸⁵ Zob. art. 35 i 35a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r., poz. 2702).

⁴⁸⁶ W związku z trwającym w Ukrainie konfliktem zbrojnym dokonano nowelizacji art. 327 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2022 r., poz. 574 ze zm.). Zgodnie z brzmieniem nowelizacji obywatele Ukrainy, którzy przybyli na terytorium Polski po 24 lutego 2022 r., nie muszą przedkładać oryginałów dyplomów w drodze postępowania w sprawie potwierdzenia ukończenia studiów na określonym poziomie. Nowelizacja ta nie objęła jednak osób, które przybyły do Polski przed wskazaną datą, a obecnie z obiektywnych przyczyn nie są w stanie uzyskać oryginałów niezbędnych dokumentów. Osoby te mogą się ubiegać o wydanie Europejskiego Paszportu Kwalifikacji dla Uchodźców. Zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-obywatele-ukrainy-nostyfikacja-dyplomow-mein-odpowiedz>



Szkolenie personelu jest mechanizmem zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Jest to szczególnie istotne w przypadku instytucji opiekuńczych, gdzie z uwagi na stan zdrowotny mieszkańców występują sytuacje trudne, w tym agresja werbalna i fizyczna. Wymaga to od pracowników wysokiego poziomu merytorycznego i profesjonalizmu, skutecznego radzenia sobie z trudnymi zachowaniami (z poszanowaniem godności i praw człowieka), ale też mechanizmów obronnych przed obciążeniem psychicznym i wypaleniem zawodowym.

Domy Pomocy Społecznej

1. Legalność pobytu

W jednej z placówek⁴⁸⁷ ujawniono przypadki mieszkańców umieszczonych w ramach tzw. zabezpieczenia w domu pomocy społecznej na czas toczącego się postępowania sądowego o przyjęcie w tzw. trybie bez zgody.



Sąd Najwyższy⁴⁸⁸ wskazał, że pozbawieniu wolności w trybie udzielenia zabezpieczenia sprzeciwiają się w sposób zasadniczy funkcje i cechy konstrukcyjne cywilnego postępowania zabezpieczającego, w którym wystarczające jest jedynie uprawdopodobnienie roszczenia (żądania). Jest jasne, że pozbawienie (ograniczenie) wolności osobistej na podstawie takiej przesłanki w sposób rażący koliduje z gwarancjami ochrony wolności ustanowionymi w Konstytucji.

2. Bezpieczeństwo mieszkańców

W jednej z wizytowanych placówek⁴⁸⁹ zaniepokojenie wizytujących wzbudził konflikt, jaki miał miejsce od 2020 r. pomiędzy dyrekcją Domu a częścią pracowników. Konflikt ten, co do zasady, dotyczył kwestii przestrzegania praw pracowniczych. Pracownicy zdecydowali się na akcję protestacyjną. W opinii wizytujących konflikt ten miał bezpośrednie przełożenie na atmosferę panującą w placówce i prowadził w konsekwencji do obniżenia jakości opieki świadczonej na rzecz mieszkańców Domu.

Z przeprowadzonych czynności wynika, iż mieszkańcy placówki byli zaangażowani w trwający spór. Pojawiły się m.in. głosy wskazujące, że mieszkańcy byli np. namawiani do nagrywania niektórych pracowników. Jest to szczególnie niepokojące, bowiem może świadczyć o wykorzystywaniu osób z niepełnosprawnością intelektualną do realizacji partykularnych celów poszczególnych przedstawicieli kadry. W pracy z osobami wymagającymi szczególnego wsparcia i odpowiedniego podejścia takie sytuacje nigdy nie powinny mieć miejsca. Napięta sytuacja, w placówce, prowadziła także do rosnącej liczby wypowiedzeń i odejść z pracy. O antagonizmach pomiędzy pracownikami placówki świadczą także kierowane do dyrektorki placówki pisma członków personelu, z prośbami o nieprzydzielanie do pracy na zmiany z konkretnymi osobami. Problemy te dostrzegali także mieszkańcy. Niektórzy z nich wskazywali, że czują się zaniepokojeni, gdy słyszą, że kolejni pracownicy odchodzą z pracy, boją się, że zostaną bez opieki, ich poczucie bezpieczeństwa jest zachwiane.


⁴⁸⁷ Dom Pomocy Społecznej „Etola” w Rudzie Piłczyckiej (KMP.575.3.2022).

⁴⁸⁸ Postanowienie z dnia 30 stycznia 2019 r., III CZP 75/18.

⁴⁸⁹ Dom Pomocy Społecznej „Etola” w Rudzie Piłczyckiej (KMP.575.3.2022).


W domach pomocy społecznej nierzadko dochodzi do sytuacji przemocowych pomiędzy mieszkańcami⁴⁹⁰. Zdarzały się przypadki wymuszeń, gróźb, zastraszania, jak i przemocy fizycznej, która często prowadziła do obrażeń (w jednym przypadku doszło nawet do utraty przytomności) i skutkowałą koniecznością interwencji pogotowia ratunkowego oraz Policji. Problem z agresywnymi mieszkańcami często wynika z czynników chorobowych mieszkańców – cierpią oni na zaburzenia psychiczne czy też intelektualne. Z jednej strony niezbędne jest podjęcie oddziaływań wobec samego agresywnego mieszkańca, a z drugiej zapewnienie odpowiedniego wsparcia i ochrony osobom, które doświadczyły przemocy z jego strony. W wielu przypadkach to sami pracownicy placówki doświadczają tej agresji.

Do niezwykle niebezpiecznego zdarzenia doszło pod koniec sierpnia 2020 r., gdy jeden z mieszkańców ranił nożyczkami sześciu innych mieszkańców. Motywem działania miała być najprawdopodobniej zazdrość o jedną z mieszkanek, która również była ofiarą i – jak wynikało z dostępnej dokumentacji – „doznała licznych ran kłutych klatki piersiowej i kończyny górnej prawej (...), co spowodowało u niej rozstrój zdrowia powyżej siedmiu dni”⁴⁹¹.

 CPT wielokrotnie podkreślał, że obowiązek sprawowania opieki nad mieszkańcami obejmuje odpowiedzialność za ochronę ich przed innymi mieszkańcami, którzy mogą wyrządzić im krzywdę. Oznacza to w szczególności, że personel powinien być wyczulony na zachowanie mieszkańców oraz być zarówno zdecydowany, jak i odpowiednio przeszkolony, aby interweniować w razie potrzeby. Podobnie należy zapewnić odpowiednią obecność personelu przez cały czas, w tym w nocy i w weekendy. Ponadto należy poczynić odpowiednie ustalenia dotyczące mieszkańców szczególnie wrażliwych, na przykład dbając o to, aby ich nie zakwaterować lub nie zostawiać samych z mieszkańcami, którzy zostali zidentyfikowani jako zachowujący się w sposób agresywny⁴⁹². CPT zauważył, że należy także zapewnić odpowiednie przeszkolenie personelu w zakresie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami/zachowaniami mieszkańców⁴⁹³.

3. Traktowanie i dyscyplinowanie

Delegacja KMPT w trakcie oglądu jednej z placówek⁴⁹⁴ natrafiła na tzw. łóżka-klatki. Łóżka te były drewniane, posiadały zamykane na zasuwkę drzwiczki i były one otwarte od góry, boczne ściany łóżka wykonane były z czterech drewnianych barierok. Łóżka te używane były w stosunku do niektórych mieszkańców w porze nocnej.

 Na kwestię łóżek-klatek w swoich raportach generalnych zwracał uwagę CPT, który wskazywał, iż „pewne środki przymusu mechanicznego, które nadal się stosuje w niektórych szpitalach

⁴⁹⁰ Dom Pomocy Społecznej „Etola” w Rudzie Pilczyckiej (KMP.575.3.2022), Dom Pomocy Społecznej „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie (KMP.575.1.2022), Dom Pomocy Społecznej w Łętowni Filia w Jordanowie (KMP.575.6.2022), Dom Pomocy Społecznej w Zdunach (KMP.575.7.2022).

⁴⁹¹ Dom Pomocy Społecznej „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie (KMP.575.1.2022).

⁴⁹² Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, par. 5.

⁴⁹³ Raport z wizyty CPT w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 153.

⁴⁹⁴ Dom Pomocy Społecznej „Etola” w Rudzie Pilczyckiej (KMP.575.3.2022).

psychiatrycznych wizytowanych przez CPT, są całkowicie nieodpowiednie do takich celów i mogą być uznane za poniżające. Kajdanki, metalowe łańcuchy i łóżka-klatki wyraźnie podpadają pod tę kategorię; nie mają prawa bytu w praktyce psychiatrycznej i powinny być natychmiast wycofane z użycia⁴⁹⁵.

Szczególną uwagę KMPT zwróciła sytuacja ubezwłasnowolnionego 20-letniego mieszkańca, który urodził się jako osoba interpłciowa⁴⁹⁶. Mieszkaniec prawie całe swoje życie spędził w instytucjach opiekuńczych. Gdy miał kilkanaście miesięcy, lekarze zdecydowali o przeprowadzeniu operacji, w wyniku której nadano mu żeńskie cechy płciowe⁴⁹⁷. Przez wiele lat wychowywany był jako dziewczynka, jednak w pewnym momencie zaczął się jednoznacznie identyfikować z płcią męską. W placówce, w której wówczas przebywał, miało się to wiązać z licznymi szykanami i przemocą. Mężczyzna był przenoszony pomiędzy wieloma placówkami, często z nich uciekał, nie mogąc dostosować się do panujących warunków. Placówka podjęła pewne kroki, aby mężczyzna mógł czuć się komfortowo: zamieszkał w jednoosobowym pokoju, co do zasady w bezpośredniej komunikacji personel używał wobec niego męskiej formy, tak jak mieszkaniec sobie tego życzył. Jednak jak wynikało z rozmów z innymi mieszkańcami i tak wiedzieli oni, że z formalnego punktu widzenia jest uznawany za kobietę, bowiem mieli to zauważyć na opisie pojemników codziennie wydawanych leków, na których miało widnieć żeńskie imię. Także w dokumentacji placówki, w tym raportach pielęgniarstwa, notatkach z treningów umiejętności czy notatkach psychologa w większości wpisów posługiwano się urzędowym imieniem. W trakcie wizytacji ustalono też, że zdarzały się sytuacje, gdy mieszkaniec był wyzywany przez innych mieszkańców od „obojnaków”.



Zgodnie z Zasadami Yogyakarty odnoszącymi się do międzynarodowych standardów praw człowieka i ich stosowania w odniesieniu do problematyki orientacji seksualnych i tożsamości płciowych, w przypadku przyjęcia do placówki osoby transpłciowej lub interpłciowej należy kierować się w szczególności następującymi zasadami:

- **zapewnić mieszkańcom prawo do wyboru, kiedy, komu i jak ujawnić informacje dotyczące ich orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej oraz chronić przed arbitralnym lub niechcianym ujawnieniem lub groźbą ujawnienia takich informacji przez inne osoby (Zasada 6F);**

⁴⁹⁵ Zob. Szesnasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2006) 35, par. 40.

⁴⁹⁶ Dom Pomocy Społecznej „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie (KMP.575.1.2022).

⁴⁹⁷ Według badania opublikowanego przez Agencję Praw Podstawowych UE tzw. operacje „normalizujące” płęć u interpłciowych niemowląt i dzieci są przeprowadzane w co najmniej 21 państwach członkowskich Unii Europejskiej, w tym m.in. w Polsce (zob. Zob. Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej, FRA A Focus Paper. The Fundamental Rights Situation of Intersex People, s. 6, Wiedeń 2015). W tym kontekście należy zaznaczyć, że w 2017 r. Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy potwierdziło w swojej rezolucji pn. „Promowanie praw człowieka i eliminowanie dyskryminacji osób interpłciowych”, że tego rodzaju operacje stanowią poważne naruszenie integralności cielesnej oraz podkreśliło, że nie ma dowodów na ich długoterminowe pozytywne efekty (zob. Zob. Rezolucja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy numer 2191 z 2017 r., Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people). Podobnie Parlament Europejski w 2019 r. potępił leczenie i operacje mające na celu „normalizację” płci i zachęcił państwa członkowskie UE do przyjęcia przepisów zakazujących takich praktyk (zob. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 14 lutego 2019 r. w sprawie praw osób interpłciowych (2018/2878(RSP)), (Dz. U. UE C z dnia 23 grudnia 2020 r.). W sprawie tzw. operacji normalizujących płęć 7 listopada 2022 r. Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do Rzecznika Praw Pacjenta, (XI.573.1.2021.JJ).

- zapewnić, aby fakt zmiany imienia lub oznaczenia płci nie został ujawniony bez uprzedniej, dobrowolnej i świadomej zgody zainteresowanej osoby, chyba że nakazuje to sąd (Zasada 6H);
- prowadzić programy szkoleń i podnoszenia świadomości dla pracowników placówki w zakresie międzynarodowych standardów praw człowieka oraz zasad równości i niedyskryminacji (Zasada 9G);
- zapewnić szkolenia dla pracowników w kwestiach związanych z orientacją seksualną, tożsamością płciową, ekspresją płciową i cechami płci (Zasada 30F);
- podjąć kroki w celu zidentyfikowania ofiar tortur i okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, popełnionego z powodów związanych z orientacją seksualną lub tożsamością płciową i oferować wsparcie medyczne i psychologiczne (Zasada 10B);
- udostępnić wsparcie osobom doświadczającym m.in. molestowania oraz innych form przemocy i krzywd ze względu na orientację seksualną, tożsamość płciową, ekspresję płciową i cechy płciowe (Zasada 30H);
- zapewnić odpowiedni dostęp do opieki medycznej i poradnictwa odpowiedniego do potrzeb osób pozbawionych wolności, uznając szczególne potrzeby osób ze względu na ich orientację seksualną lub tożsamość płciową, w tym m.in. w odniesieniu do dostępu do terapii hormonalnej lub związanej z korektą płci (Zasada 9B).

W niektórych placówkach mieszkańcy ponosili kary za nieprzestrzeganie zasad obowiązujących w DPS, np. upomnienie pisemne z dołączeniem do akt⁴⁹⁸ czy „minusy”, których uzbieranie skutkowało zakazem wyjazdów na wycieczki⁴⁹⁹. Z kolei w innej z placówek⁵⁰⁰ mieszkańcy Domu podpisywali oświadczenie o zapoznaniu się z regulaminem placówki, które zawierało informację, iż mieszkaniac został poinformowany o obowiązku przestrzegania go i odpowiedzialności porządkowej w przypadku naruszenia jego postanowień.

W jednej z wizytowanych placówek⁵⁰¹ jedną z kar miało być zamykanie podopiecznych na klucz w pokoju mieszkalnym, w którym pozostawali przez dłuższy czas. Ponadto jedna z mieszkanek opowiadała, że była bita po twarzy przez siostrę zakonną. O możliwej przemocy i niehumanitarnym i poniżającym traktowaniu podopiecznych w DPS informowały opinię publiczną środki masowego przekazu⁵⁰². Sprawę monitoruje też Rzecznik Praw Obywatelskich⁵⁰³.



Wymierzanie kar pozostaje w związku z wolnością osobistą jednostki, chronioną przez art. 41 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym każda regulacja dotycząca wolności osobistej musi mieć wyraźne umocowanie ustawowe. W aktualnym stanie prawnym brak jest takiego umocowania, gdyż powołująca domy pomocy społecznej ustawa nie zawiera we wskazanej materii żadnej regulacji.

⁴⁹⁸ Dom Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie (BPW.575.1.2022).

⁴⁹⁹ Dom Pomocy Społecznej w Zdunach (KMP.575.7.2022).

⁵⁰⁰ Dom Pomocy Społecznej „Etola” w Rudzie Pilczyckiej (KMP.575.3.2022).

⁵⁰¹ Dom Pomocy Społecznej w Łętowni Filia w Jordanowie (KMP.575.6.2022).

⁵⁰² W związku z medialnymi doniesieniami dotyczącymi możliwej przemocy w Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży w Jordanowie, Prokuratura Rejonowa w Suchoj Beskidzkiej prowadzi postępowanie przygotowawcze, (4143-0.Ds.417.2022).

⁵⁰³ Znak sprawy III.7065.105.2022.

W jednej z wizytowanych placówek⁵⁰⁴ doszło do uderzenia pięścią w plecy mieszkańca DPS przez jedną z terapeutek zajęciowych. W jednej z notatek służbowych znajdowało się wyjaśnienie terapeutki, które brzmiało następująco: „w dniu 18.06.2021 r. (...) mieszkaniec oddalił się z budynku w stronę kontenera. Po otrzymaniu informacji poszłam po niego. Wracał z butelką ok. 5-litrową, prawdopodobnie po jakiejś substancji. Poprosiłam o zwrot butelki, jednak pan M. jej nie oddał, w związku z tym złapałam za butelkę i ją odebrałam. Moje zachowanie wynikało z troski o mieszkańca, gdyż bałam się, że pan M. naleje wody do niej i wypije to”.

Krajowy Mechanizm zalecił przeprowadzenie dla wszystkich pracowników placówki szkoleń z zakresu humanitarnego traktowania mieszkańców oraz ochrony praw człowieka. KMPT wskazuje również, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną należą do grupy szczególnie wrażliwej i narażonej na ryzyko złego traktowania, dlatego tym bardziej należy dokonać wszelkich starań, aby w maksymalnym stopniu zadbać o ich bezpieczeństwo.

4. Stosowanie przymusu bezpośredniego

Przymus bezpośredni to czynność najgłębiej ingerująca w wolność jednostki. Tylko dobrze wykształcony personel jest w stanie zastosować go bez wyrządzania dodatkowych dolegliwości osobie mu poddawanej.



Niezbędne jest podnoszenie kwalifikacji personelu DPS poprzez przeprowadzanie szkoleń z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego. KMPT przypomina, że do sprawnego i bezpiecznego przeprowadzenia zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, niezbędne jest 5 osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia kończyn, jedna osoba zabezpiecza głowę).

W jednej z wizytowanych placówek⁵⁰⁵ KMPT powziął informację, że w przeszłości zdarzały się sytuacje, w których mieszkańcy brali udział w unieruchomieniu innych mieszkańców. Sytuacja ta była podyktowana faktem, że opiekunki nie były w stanie użyć wystarczającej siły fizycznej, aby doprowadzić pobudzonego mieszkańca do pokoju, w którym miał zostać użyty przymus bezpośredni. Praktyka ta jest niedopuszczalna. Mieszkańcy DPS nie mogą w żaden sposób uczestniczyć w pracach personelu, w szczególności przy stosowaniu przymusu bezpośredniego. Wszelkie czynności dokonywane wobec mieszkańców powinny odbywać się z poszanowaniem zasady humanitaryzmu, godności i prywatności, a także mieć na względzie zdrowie tej osoby.

W wizytowanych placówkach KMPT stwierdzał nieprawidłowości w zakresie prowadzonej dokumentacji z użycia przymusu bezpośredniego⁵⁰⁶. Ustalono również, że nie zawsze mieszkańcy mają świadomość celu oraz konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego – zdarza się, że mylą zastosowanie przymusu z karą.


⁵⁰⁴ Dom Pomocy Społecznej „Etoła” w Rudzie Piłczyckiej (KMP.575.3.2022).

⁵⁰⁵ Dom Pomocy Społecznej w Zdunach (KMP.575.7.2022).

⁵⁰⁶ Dom Pomocy Społecznej „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie (KMP.575.1.2022), Dom Pomocy Społecznej w Zdunach (KMP.575.7.2022).


Ponadto, jak ustalono w trakcie jednej z wizytacji⁵⁰⁷, podczas ataku agresji jednego z mieszkańców, który m.in. wyrzucał ubrania i meble ze swojego pokoju, doszło do interwencji Policji z udziałem zespołu ratownictwa medycznego, która zakończyła się hospitalizacją mieszkańca. Wobec mężczyzny Policja zastosowała środki przymusu bezpośredniego w postaci kajdanek.

W dokumentacji medycznej ze szpitala wskazano: „Dowieziony do oddziału przez zespół ratownictwa medycznego w asyście Policji, skuty kajdankami. (...) Na izbie przyjęć pacjent był wzburzony, potwierdzał, że wystawił rzeczy z pokoju (...), zaprzeczał, aby był agresywny, czuł się pokrzywdzony przez pracowników DPS i interweniujące służby. (...) Po zdjęciu kajdanek skarżył się na silny ból prawej ręki w stawie łokciowym i niemożność poruszania nim (...), wykonano rtg i zlecono konsultację ortopedyczną – w wyniku badania ustalono pourazowe złamanie głowy kości promieniowej prawej. Zaopatrzono rękę szyną gipsową. W związku ze złamaniem jeszcze kilkakrotnie konsultowany ortopedycznie w trakcie pobytu”.

 Na kwestię stosowania kajdanek wobec osób z zaburzeniami psychicznymi wielokrotnie w trakcie swoich wizytacji zwracał uwagę CPT. Podczas wizyty w Grecji Komitet wskazał na problem przekazywania osób przez Policję do zakładu leczenia psychiatrycznego, w trakcie którego rutynowo stosowano wobec pacjentów kajdanki założone na ręce trzymane z tyłu. Czasem były one zapięte zbyt mocno, powodując ból lub założone były przez wiele godzin. CPT zalecił wprowadzenie jasnych instrukcji i szkoleń dotyczących postępowania z osobami, które mogą wymagać opieki psychiatrycznej. Komitet podkreślił, że podczas transportu nie należy używać kajdanek⁵⁰⁸.

5. Postępowanie z depozytem i środkami pieniężnymi mieszkańców

W jednej z placówek⁵⁰⁹ wątpliwości wizytujących wzbudziło uniemożliwienie jednej z ubezwłasnowolnionych mieszkank Domu dysponowania pieniędzmi zgromadzonymi w depozycie. Jej opiekun prawny nie wyrażał zgody na przekazywanie jej do dyspozycji jakichkolwiek środków pieniężnych. Mieszkanka skarżyła się przedstawicielom KMPT na brak możliwości dokonywania drobnych zakupów spożywczych (kawa, słodycze). Czowała się pokrzywdzona w porównaniu z innymi mieszkańcami, którzy mogli sobie na to pozwolić.

 W ocenie KMPT uniemożliwienie mieszkańcowi dysponowania choćby niewielkimi kwotami pieniędzy na drobne zakupy może być uznane za działanie naruszające jego dobro. Ubezwłasnowolnienie powinno pozostawać bez wpływu na sferę wolności osobistej ubezwłasnowolnionego i możliwość podejmowania decyzji w podstawowych kwestiach związanych z codziennym funkcjonowaniem. Powyższe zdaje się potwierdzać orzecznictwo Sądu Najwyższego, w świetle którego celem ubezwłasnowolnienia jest niesienie pomocy osobie nim objętej w załatwianiu spraw osobistych

⁵⁰⁷ Dom Pomocy Społecznej „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie (KMP.575.1.2022).

⁵⁰⁸ Raport z wizyty w Grecji w 2018 r., CPT/Inf (2019) 4, par. 56.

⁵⁰⁹ Dom Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie (BPW.575.1.2022).


i majątkowych⁵¹⁰. Niesienie pomocy w żadnym wypadku nie może być tożsame z pozbawieniem osoby ubezwłasnowolnionej autonomii i wpływu na własne życie.

Z kolei w innej z placówek⁵¹¹ każdy mieszkaniec przy przyjęciu podpisuje umowę o przechowywanie środków pieniężnych na koncie depozytowym, a także oddzielne upoważnienie konkretnych pracowników DPS do odbioru emerytury i innych świadczeń oraz do dokonywania opłat za pobyt w DPS oraz wpłat pozostałych pieniędzy na konto depozytowe DPS. Na upoważnieniu znajdują się podpisy mieszkańca oraz upoważnionych pracowników. Jednakże w przypadku niektórych mieszkańców w miejscu przeznaczonym na ich podpis widniała adnotacja „podpis niemożliwy ze względu na stan zdrowia”. Pod upoważnieniem i umową podpisali się jedynie pracownicy DPS wymienieni w upoważnieniu do dysponowania środkami pieniężnymi.

Zgodnie z art. 79 Kodeksu cywilnego⁵¹² osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać. Nie ma znaczenia przyczyna niemożności pisania. Przepis art. 79 Kodeksu cywilnego dotyczy zarówno osób, które nie potrafią pisać, jak i osób potrafiących pisać, które jednak nie mogą w danej chwili złożyć własnoręcznego podpisu na skutek trwałej lub choćby przemijającej przeszkody (choroba, niepełnosprawność, przejściowa niesprawność).

6. Ochrona zdrowia

W wizytowanych placówkach nowo przyjmowani mieszkańcy badani są przez pielęgniarkę w ciągu pierwszych dni od przyjęcia do placówki. Badanie lekarskie zwykle odbywa się w pierwszym możliwym terminie, w zależności od dostępności lekarza w placówce.

 CPT rekomenduje, aby wstępne badania przeprowadzane były bez zbędnej zwłoki, najlepiej w ciągu 24 godzin od przyjęcia. Dokumentacja z takiego badania powinna zawierać: obiektywny i dokładny opis stanu mieszkańca, w szczególności wszelkich urazów, wyniki dodatkowych badań, szczegółowe wnioski wynikające ze specjalistycznych konsultacji, proponowany sposób leczenia w przypadku ujawnienia urazów, a także wskazania do dalszej pracy z osobą. Wszelkie zauważone urazy należy nanieść na specjalny formularz przewidziany do tego celu, z wykresami ciała do oznakowania urazów, który będzie przechowywany w aktach medycznych mieszkańca. Pożądane byłoby fotografowanie ran, a zdjęcia powinny być dołączane do akt medycznych. W przypadku ujawnienia tortur lub przemocy, niezależnie od woli mieszkańca, powinno się zawsze zawiadomić prokuratora⁵¹³.

⁵¹⁰ Postanowienie SN z dnia 11 sierpnia 1971 r. II CR 295/71, postanowienie SN z dnia 7 sierpnia 1972 r. II Cr 302/72, postanowienie SN z dnia 27 października 1976 r. II CR 387/76.

⁵¹¹ Dom Pomocy Społecznej w Kaliszu (KMP.575.2.2022).

⁵¹² Dz. U. z 2022 r., poz. 1360, tekst jedn.

⁵¹³ Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2013) 29, par. 71–84.

KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane są za podstawową i minimalną gwarancję chroniącą te osoby przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały w czasie pobytu w placówce. KMPT wciąż odnotowuje, że brak odpowiedniego dokumentowania obrażeń ciała oraz stosowania standardów z Protokołu stambulskiego⁵¹⁴.

Tak jak w przypadku placówek całodobowej opieki⁵¹⁵, w domach pomocy społecznej wciąż zdarzają się przypadki podawania leków w formie rozkruszonej⁵¹⁶. Tymczasem w kartach zleceń oraz dokumentacji medycznej brak było adnotacji o rozkruszaniu leków za zgodą i wiedzą lekarza.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu odnotowali także przypadki braku zapewnienia opieki pielęgniarskiej mieszkańcom przez całą dobę⁵¹⁷.



Tymczasem zgodnie ze standardami CPT w domach pomocy społecznej powinna być przez całą dobę obecna przynajmniej jedna pielęgniarka⁵¹⁸.

Krajowy Mechanizm spotkał się również z problemem braku odpowiedniej dostępności lekarza psychiatry. W jednej z placówek recepty na leki przepisane przez lekarza psychiatrę (w tym również silnie działające leki psychotropowe, np. wykazujące potencjał uzależniający) przedłużane były najczęściej przez internistę⁵¹⁹. KMPT podkreśla, że taka praktyka nie jest niezgodna z prawem, natomiast niezależnie od tego lekarz psychiatra powinien być dostępny w szczególności w początkowym okresie przyjmowania leków, w okresie zmiany lub odstawiania konkretnego leku, jeśli zajdzie taka potrzeba. KMPT odnotował również brak współpracy ze specjalistami z zakresu geriatry⁵²⁰.

Ponadto z zakresu ochrony zdrowia Krajowy Mechanizm stwierdził również nieprawidłowości w zakresie uzyskania świadomej zgody na świadczenia zdrowotne⁵²¹. Z przeprowadzonych rozmów z personelem wynika, że w przypadku szczepień na COVID-19 mieszkańcy, którzy nie byli ubezwłasnowolnieni, ale porozumienie się z nimi było niemożliwe ze względu na choroby ograniczające świadomość, byli szczepieni, bowiem „w jakiś sposób kiwnęli głową”.

⁵¹⁴ Dom Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie (BPW.575.1.2022), Dom Pomocy Społecznej w Kaliszu (KMP.575.2.2022), Dom Pomocy Społecznej w Zduńcu (KMP.575.7.2022), Dom Pomocy Społecznej w Łętowni Filia w Jordanowie (KMP.575.6.2022), Dom Pomocy Społecznej „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie (KMP.575.1.2022), Dom Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią (KMP.573.8.2022), Dom Pomocy Społecznej „Etola” w Rudzie Pilczyckiej (KMP.575.3.2022).

⁵¹⁵ Zob. punkt „Prawo do ochrony zdrowia” w rozdziale dot. placówek całodobowej opieki.

⁵¹⁶ Dom Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie (BPW.575.1.2022), Dom Pomocy Społecznej w Zduńcu (KMP.575.7.2022), Dom Pomocy Społecznej „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie (KMP.575.1.2022), Dom Pomocy Społecznej w Łętowni Filia w Jordanowie (KMP.575.6.2022).

⁵¹⁷ Dom Pomocy Społecznej w Zduńcu (KMP.575.7.2022), DPS „Magnolia” w Głogowie (BPW.575.1.2022), Dom Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią (KMP.573.8.2022), Dom Pomocy Społecznej „Etola” w Rudzie Pilczyckiej (KMP.575.3.2022), Dom Pomocy Społecznej w Kaliszu (KMP.575.2.2022), Dom Pomocy Społecznej w Łętowni Filia w Jordanowie (KMP.575.6.2022).

⁵¹⁸ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, par. 19 oraz raport CPT z wizyty w Czechach w 2018 r., CPT/Inf (2019) 23, par. 126.

⁵¹⁹ Dom Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią (KMP.573.8.2022).

⁵²⁰ Dom Pomocy Społecznej w Kaliszu (KMP.575.2.2022).

⁵²¹ Dom Pomocy Społecznej „Etola” w Rudzie Pilczyckiej (KMP.575.3.2022).

7. Prawa reprodukcyjne osób chorujących psychicznie

Jak ustalono w trakcie wizytacji jednej z placówek⁵²², kilka mieszkank przyjmowało antykoncepcję hormonalną. W jednym przypadku była to kobieta chorująca psychicznie, ubezwłasnowolniona, u której antykoncepcja w postaci iniekcji miała być stosowana za zgodą pacjentki. Opiekunem prawnym mieszkanki była dyrektorka placówki. Jak przekazano wizytującym, dopiero w ostatnim czasie mieszkanka miała wyrazić zgodę na stosowanie antykoncepcji. W jej dokumentacji nie było jednak informacji na ten temat, nie było też ewentualnej zgody sądu w tym zakresie. Natomiast jak wynikało z dokumentacji medycznej, w 2019 r. „sąd nie zgodził się na zabieg sterylizacji”.

Powodem wystąpienia do sądu o zgodę na sterylizację był fakt, że w trakcie kilkuletniego pobytu w placówce mieszkanka trzykrotnie była w ciąży i ostatecznie urodziła dwoje dzieci. Jak wynikało z informacji przekazanych wizytującym, ojcem dzieci był najprawdopodobniej jeden z mieszkańców, a do kontaktów seksualnych miało dochodzić za obopólną zgodą. Zarówno mieszkanka, jak i domniemany ojciec dzieci nie podejmowali starań, aby podjąć opiekę nad potomstwem. Jak przekazano wizytującym, noworodki zostały pozostawione przez matkę w szpitalu, a ostatecznie zostały umieszczone w rodzinie zastępczej. Zrozumiałe jest, że w opisanej sytuacji placówka starała się podjąć działania, które zapobiegłyby tego typu sytuacjom w przyszłości.



Jednakże w świetle prawa niedopuszczalna jest przymusowa sterylizacja pacjentki, która nie wynika ze względów medycznych. Warto bowiem zauważyć, że przyjmując tzw. Konwencję stambulską⁵²³, Polska zobowiązała się do podjęcia działań mających na celu zagwarantowanie, że odpowiedzialności karnej będzie podlegać: „przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego u kobiety mającego na celu uniemożliwienie jej dalszej naturalnej prokreacji bez jej uprzedniej świadomej zgody lub bez jej pełnej wiedzy na temat tego zabiegu”. Również Komisarz Praw Człowieka wezwał państwa członkowskie Rady Europy do wyeliminowania praktyk stosowania przymusu i zagwarantowania kobietom możliwości wyrażania świadomej zgody i świadomego podejmowania decyzji w kontekście zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, w tym m.in. zapobiegania wszelkim praktykom stosowania przymusu w kontekście ochrony zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, takim jak (...) przymusowa sterylizacja, przymusowa antykoncepcja, przymusowa aborcja⁵²⁴.

Biorąc powyższe pod uwagę, decyzja sądu niepozwalająca na zabieg sterylizacji mieszkanki była słuszna. Sytuacja ta pokazała jednak, jak ważna jest rzetelnie prowadzona edukacja seksualna, w szczególności w przypadku tych osób chorujących psychicznie, u których popęd seksualny może być wysoki. Należy przy tym pamiętać, że osoby te mogą częściej doświadczać molestowania i wykorzystywania seksualnego.

⁵²² Dom Pomocy Społecznej „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie (KMP.575.1.2022).

⁵²³ Konwencja Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, sporządzona w Stambule dnia 11 maja 2011 r. (Dz. U. z 2015 r., poz. 961).

⁵²⁴ Zdrowie i prawa seksualne i reprodukcyjne kobiet w Europie. Dokument tematyczny opublikowany przez Komisarza Praw Człowieka Rady Europy. Podsumowanie i zalecenia Komisarza. Grudzień 2017 r., s. 12 [w:] <https://rm.coe.int/zdrowie-i-prawa-seksualne-i-reprodukcyjne-kobiet-w-europie-dokument-te/1680965f31>

8. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

W niektórych placówkach⁵²⁵ KMPT odnotował ograniczanie samodzielnego wyjścia na zewnątrz określonych grup mieszkańców⁵²⁶, przy czym nie stosowano trybu przewidzianego w art. 55 ustawy o pomocy społecznej, zgodnie z którym ograniczenie możliwości samodzielnego opuszczenia DPS przez mieszkańca z zaburzeniami psychicznymi może nastąpić w formie pisemnej decyzji, wydanej na czas oznaczony na podstawie zaświadczenia lekarskiego.



W opinii KMPT w niektórych przypadkach, ze względu na bezpieczeństwo samych mieszkańców, tego typu ograniczenia są konieczne np. gdy są to osoby ze stwierdzoną demencją, zaburzeniami poznawczymi. Należy jednak pamiętać, że ograniczenia w tym zakresie powinny być wprowadzane wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a nie w sposób nieformalny.

Z zakresu ograniczania kontaktu ze światem zewnętrznym odnotowano również, że w jednej z placówek⁵²⁷ wprowadzono ograniczenie, zgodnie z którym rozmowy telefoniczne z ogólnego aparatu mogły odbywać się jedynie w poniedziałki. W ocenie KMPT było to nieuzasadnione ograniczenie. Ponadto KMPT zwrócił również uwagę na rozbieżne traktowanie osób ubezwłasnowolnionych od innych mieszkańców w kontekście możliwości i czasu posiadania prywatnego telefonu komórkowego⁵²⁸.

9. Aktywizacja mieszkańców i oddziaływania terapeutyczne

W jednej z placówek⁵²⁹ organizowano liczne wyjazdy rekreacyjne, jednak korzystała z nich niewielka liczba osób, co uwarunkowane było pojemnością samochodu, którym dysponuje placówka. KMPT zwraca uwagę, że selektywny dobór powodować może konflikty wśród mieszkańców i wywoływać poczucie nierównego traktowania.

Krajowy Mechanizm spotkał się również z sytuacją braku możliwości wychodzenia w weekendy na zewnątrz budynku przez mieszkańców zakwaterowanych w oddziale osób o szczególnym nadzorze⁵³⁰. Kierownictwo placówki tłumaczyło to brakami kadrowymi – w weekendy na oddziale nie ma terapeutki, która zajmuje się spacerami z mieszkańcami w dni powszednie. Podobna sytuacja miała miejsce w innej z wizytowanych placówek⁵³¹, gdzie z uwagi na małą liczebność personelu mieszkanki nie wychodziły codziennie na świeże powietrze.

⁵²⁵ Dom Pomocy Społecznej „Etoła” w Rudzie Pilczyckiej (KMP.575.3.2022), Dom Pomocy Społecznej w Łętowni Filia w Jordanowie (KMP.575.6.2022).

⁵²⁶ M.in. osób o szczególnym nadzorze, w którym umieszczani są mieszkańcy wymagający wzmożonej pieczy z uwagi na nasilenie objawów demencyjnych lub niesprawność fizyczną czy też osób w tzw. okresie adaptacyjnym – po przyjęciu do placówki.

⁵²⁷ Dom Pomocy Społecznej „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie (KMP.575.1.2022).

⁵²⁸ Dom Pomocy Społecznej „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie (KMP.575.1.2022), Dom Pomocy Społecznej w Zdunach (KMP.575.7.2022).

⁵²⁹ Dom Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie (BPW.575.1.2022).

⁵³⁰ Dom Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie (BPW.575.1.2022).

⁵³¹ Dom Pomocy Społecznej w Łętowni Filia w Jordanowie (KMP.575.6.2022).



Zgodnie ze standardami CPT mieszkańcy domów pomocy społecznej powinni mieć zapewniony codzienny dostęp do ćwiczeń na świeżym powietrzu, niezależnie od warunków pogodowych. Na terenach rekreacyjnych powinno być miejsce, gdzie mieszkańcy mogą schronić się przed deszczem i słońcem. Personel powinien zapewnić podopiecznym bezpieczeństwo i udzielić niezbędnej pomocy osobom z niepełnosprawnością intelektualną⁵³².

W jednej z placówek⁵³³ nie prowadzono indywidualnych planów wsparcia podopiecznych. Formy terapii były przez to dobierane w sposób dość przypadkowy, bez dostatecznego uwzględnienia zespołowej, interdyscyplinarnej oceny funkcjonowania mieszkanki, ich potrzeb oraz prowadzone były przez osoby bez odpowiedniego przygotowania. Ponadto podopieczne uczęszczające do szkoły nie miały zapewnionej możliwości uczestnictwa w terapii zajęciowej, gdyż odbywała się ona w godzinach, gdy przebywały poza terenem DPS.

10. Personel

We wszystkich placówkach oferta szkoleń powinna zostać wzbogacona zwłaszcza o kwestie przestrzegania praw mieszkańców, pierwszą pomoc, a także przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, sposoby postępowania z mieszkańcami agresywnymi i uzależnionymi, radzenie sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych. W opinii KMPT szczególnie ważne jest także wsparcie psychologiczne personelu. Wizytowane placówki⁵³⁴ nie oferowały swoim pracownikom możliwości uczestniczenia w regularnych superwizjach prowadzonych przez zewnętrznego eksperta.



Zgodnie z Rekomendacją CM/Rec (2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich, przyjętą w dniu 19 lutego 2014 r., w sprawie promocji praw osób starszych, opiekunowie osób starszych powinni być odpowiednio przeszkoleni i otrzymywać wsparcie w celu zapewnienia adekwatnej jakości świadczonych usług.

11. Rejestry, procedury i dokumentacja

W jednej z placówek⁵³⁵ zajęcia terapeutyczne nie były dokumentowane w dziennikach zajęć. Zarządzenia wizytujących wzbudziła też przyjęta praktyka odbierania od opiekunów prawnych ogólnego upoważnienia dyrektora placówki do podejmowania decyzji co do leczenia czy hospitalizacji mieszkańca⁵³⁶. Krajowy Mechanizm spotkał się również z praktyką gotowych pustych oświadczeń „in blanco” z podpisem opiekuna prawnego⁵³⁷.

⁵³² Zob. „Persons deprived of their liberty in social care establishments”, CPT/Inf (2020) 41, par. 12.

⁵³³ Dom Pomocy Społecznej w Łętowni Filia w Jordanowie (KMP.575.6.2022).

⁵³⁴ Dom Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie (BPW.575.1.2022), Dom Pomocy Społecznej w Kaliszu (KMP.575.2.2022), Dom Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią (KMP.573.8.2022), Dom Pomocy Społecznej „Etola” w Rudzie Pilczyckiej (KMP.575.3.2022), Dom Pomocy Społecznej „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie (KMP.575.1.2022), Dom Pomocy Społecznej w Łętowni Filia w Jordanowie (KMP.575.6.2022), Dom Pomocy Społecznej w Zdunach (KMP.575.7.2022).

⁵³⁵ Dom Pomocy Społecznej w Łętowni Filia w Jordanowie (KMP.575.6.2022).

⁵³⁶ Dom Pomocy Społecznej w Zdunach (KMP.575.7.2022).

⁵³⁷ Dom Pomocy Społecznej w Zdunach (KMP.575.7.2022).

W trakcie wizytacji jednego z DPS⁵³⁸ KMPT ustalił, że dowody osobiste mieszkańców są przechowywane przez pracowników placówki⁵³⁹. Analiza dokumentacji wykazała, iż jeden z mieszkańców podpisał oświadczenie, że oddaje swój dowód osobisty do depozytu, po czym po jakimś czasie zmienił zdanie i chciał go odebrać, jednak placówka nie wyraziła na to zgody. W innej z placówek w dokumentacji indywidualnej mieszkańców nie było żadnych oświadczeń wskazujących, że dobrowolnie przekazali swoje dowody osobiste pracownikom⁵⁴⁰.

12. Warunki bytowe

Pomimo że art. 68 ust. 4 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej stanowi, że budynek oraz jego otoczenie powinny być pozbawione barier architektonicznych, to warunki panujące w niektórych wizytowanych placówkach nie spełniały w pełni wymogu ich dostosowania do potrzeb osób o ograniczonej ruchomości lub poruszających się na wózkach⁵⁴¹.

Przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę również na obecność krat w niektórych pomieszczeniach wizytowanych placówek⁵⁴². W ocenie KMPT należy unikać montowania krat w placówkach opiekuńczych. Rozwiązania te przywołują bowiem skojarzenia z instytucją penitencjarną, mogą stymulować u podopiecznych stres i niepokój oraz potęgować poczucie izolacji.



Zgodnie ze standardami CPT domy pomocy społecznej powinny stworzyć podopiecznym domowe, zindywidualizowane otoczenie, zapewniające pewien stopień prywatności⁵⁴³.

Nie we wszystkich placówkach pokoje mieszkańców wyposażone były w instalację przywoławczą, która służyłaby do wezwania pomocy w nagłych wypadkach. W jednej z placówek⁵⁴⁴ przywołanie pomocy przez mieszkańca następowało poprzez przycisk umieszczony w pobliżu jego łóżka i odbierane było w dwóch miejscach: na urządzeniu naręcznym będącym do dyspozycji opiekunek na każdym oddziale oraz w dyżurce pielęgniarek. Obie formy nie zapewniały odpowiedniej reakcji na wezwanie mieszkańca. Urządzenie naręczne, które w założeniu miało zapewniać szybki kontakt z opiekunką niezależnie od tego, gdzie ona przebywa, traciło zasięg w dalszej odległości od pokoju opiekunek i dlatego opiekunki pozostawiały je w swoim pokoju.

Ze względu na różny stan zdrowia przyjmowanych mieszkańców oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, przyciski alarmowo-przyzywowe, które umożliwiają szybką reakcję personelu, powinny być dostępne w pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje łóżkowe). Jest to również ważne z perspektywy komfortu psychicznego mieszkańców, których poczucie bezpieczeństwa lub jego brak może istotnie wpływać na rozwój choroby, tudzież zaważyć na ich dalszym losie.

⁵³⁸ Dom Pomocy Społecznej „Etola” w Rudzie Pilczyckiej (KMP.575.3.2022).

⁵³⁹ Zob. pkt „Rejestry, procedury i dokumentacja” w rozdziale dotyczącym placówek całodobowej opieki niniejszego Raportu.

⁵⁴⁰ Dom Pomocy Społecznej „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie (KMP.575.1.2022).

⁵⁴¹ Dom Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie (BPW.575.1.2022).

⁵⁴² Dom Pomocy Społecznej w Łętowni Filia w Jordanowie (KMP.575.6.2022), Dom Pomocy Społecznej w Zdonach (KMP.575.7.2022).

⁵⁴³ Zob. „Persons deprived of their liberty in social care establishments”, CPT/Inf (2020) 41, par. 10.

⁵⁴⁴ Dom Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie (BPW.575.1.2022).

13. Posiedzenia sądu w formie on-line w sprawach o ubezwłasnowolnienie

W dwóch placówkach⁵⁴⁵ przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę, że posiedzenia dotyczące ubezwłasnowolnienia odbywały się w formie zdalnej.

Przeprowadzanie rozpraw sądowych w sprawach cywilnych w formie wideokonferencji odbywa się na podstawie przepisów art. 15 zns1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych⁵⁴⁶. Od przeprowadzenia posiedzenia zdalnego można odstąpić tylko w przypadku, gdy rozpoznanie sprawy na rozprawie lub posiedzeniu jawnym jest konieczne, a ich przeprowadzenie w budynku sądu nie wywoła nadmiernego zagrożenia dla zdrowia osób w nich uczestniczących. Przewodniczący może zarządzić przeprowadzenie posiedzenia niejawnego, gdy nie można przeprowadzić posiedzenia zdalnego, a przeprowadzenie rozprawy lub posiedzenia jawnego nie jest konieczne. Zasada przeprowadzania rozpraw w formie zdalnej obowiązuje w okresie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii z powodu COVID-19 oraz w ciągu roku od odwołania ostatniego z nich.



W ocenie KMPT skład orzekający w tak ważnych sprawach jak ubezwłasnowolnienie oraz umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym powinien dokonywać ustaleń na podstawie bezpośredniego kontaktu z osobą, której sprawa dotyczy, tak aby wyeliminować wszystkie możliwe ogniwa pośrednie, które mogłyby przyczynić się do powstania zniekształconego obrazu sytuacji mieszkańca.

Zakład Opiekuńczo-Lecniczy

W wyniku wizytacji w 2022 r. przedstawiciele KMPT ujawnili następujące nieprawidłowości i obszary wymagające poprawy:

- W Zakładzie nie jest prowadzony rejestr skarg i wniosków. Zarekomendowano wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych Zakładu, do których dostęp mają zarówno osoby w nim przebywające, jak i osoby odwiedzające (np. tablice informacyjne na korytarzach, przy wejściu do placówki), danych teleadresowych instytucji, do których pacjent lub inna osoba mogliby się zwrócić w przypadku naruszenia ich praw.
- Personel medyczny nie stosował specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy/schematy ciała, które byłyby pomocne, by precyzyjnie oznaczyć ujawnione na ciele pacjenta obrażenia (zasinienia, krwiaki, odleżyny, rozcięcia etc.) lub blizny.
- W wizytowanej placówce uwagę zwracał brak ujednolicenia oraz niespójność w prowadzeniu dokumentacji pacjentów. Niepokój wizytujących wzbudził fakt gromadzenia w tym samym miejscu dokumentacji medycznej oraz dokumentacji administracyjnej pacjentów Zakładu.
- Krajowy Mechanizm w wizytowanej placówce zalecił, by katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów wzbogacił o tematykę dotyczącą sposobów radzenia sobie ze stresem,

⁵⁴⁵ Dom Pomocy Społecznej w Kaliszu (KMP.575.2.2022), Dom Pomocy Społecznej „Etoła” w Rudzie Piłczyckiej (KMP.575.3.2022).

⁵⁴⁶ Dz. U. z 2021 r., poz. 2095 ze zm.

agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pacjentem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

- Ponadto Krajowy Mechanizm wskazał na konieczność zorganizowania psychologowi regularnych superwizji, prowadzonych przez zewnętrznego eksperta, pozwalających na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków.

SZPITALE PSYCHIATRYCZNE

W 2022 roku Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytacje w 4 szpitalach psychiatrycznych⁵⁴⁷.

■ Dobre praktyki

- Wzmocnienie Izby Przyjęć zespołem ratownictwa medycznego, który wspomaga personel w sytuacjach nagłych, jak reanimacja czy ryzyko agresji pacjenta. W sytuacjach braku odpowiedniej liczby personelu w oddziałach ww. zespół interwencyjny wspomaga także kadrę przy stosowaniu przymusu bezpośredniego. Takie rozwiązanie zabezpiecza personel Szpitala i może eliminować problemy z dostępnością personelu przy stosowaniu przymusu bezpośredniego⁵⁴⁸.
- Modelowe warunki bytowe i sanitarne w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim „Drewnica” w Żąbkach, niespotykane w praktyce w innych placówkach tego typu, funkcjonujących na terenie kraju. Nowy budynek szpitala do użytku oddany został w 2018 r., dysponuje łączną powierzchnią ok. 22 tys. metrów kwadratowych. Zarówno wewnątrz budynku, jak i na zewnętrznych placach uwagę zwraca nowoczesna infrastruktura, w pełni dostosowana do potrzeb osób z ograniczoną mobilnością. Pacjenci szpitala mają dostęp m.in. do podłogi interaktywnej, siłowni, czytelnicy, boisk sportowych oraz ogrodu sensorycznego.
- Opracowanie instrukcji podstawowych zasad kontaktu z pacjentem agresywnym, która określi m.in. sposób informowania pacjenta o tym, co się z nim dzieje, sposób mówienia i przedstawiania się, rodzaj przyjętej postawy, pożądany rodzaj używanego języka, korzystanie z pomocy pozostałego personelu itp. Sposób komunikacji interpersonalnej ułatwia relacje i pozwala na budowę zaufania pacjenta do personelu medycznego. Opracowane zasady kontaktu zmierzają w kierunku wypracowania postawy wzajemnego szacunku i zrozumienia zasadności podjętego procesu terapeutycznego. Szczegółowa treść dokumentu pozwoli na ustalenie jednolitej praktyki z pacjentem agresywnym w wizytowanej jednostce⁵⁴⁹.

⁵⁴⁷ Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie (KMP.574.3.2022.JZ); Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku (KMP.574.4.2022.KK); Mazowiecki Szpital Wojewódzki „Drewnica” w Żąbkach (KMP.574.6.2022.MŻ); oddział psychiatryczny Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Działdowie (BPG.574.2.2022.MD).

⁵⁴⁸ Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku (KMP.574.4.2022.KK).

⁵⁴⁹ Oddział psychiatryczny Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Działdowie (BPG.574.2.2022.MD).

■ Problemy systemowe

1. Biegli sądowi

W jednym ze szpitali personel zwrócił uwagę na przedłużające się postępowania w sprawach o przymusowe leczenie na oddziale psychiatrycznym. Postanowienia w tym przedmiocie są doręczane nawet po wypisie pacjenta ze szpitala. Jest to związane głównie z trudnością w szybkim uzyskaniu opinii biegłych. Kryzys w psychiatrii powoduje, iż biegłych sądowych specjalizujących się w tym zakresie jest niewielu, a to z kolei odbija się na czasie sporządzenia opinii.

Opinia psychiatry w sprawach o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym uczestnika bez jego zgody jest obligatoryjna. Podczas gdy te sprawy powinny toczyć się szybko, na opinię często trzeba czekać wiele miesięcy. Wątpliwości personelu budził też sposób sporządzania przez biegłych opinii, w tym wydawanie opinii bez udziału pacjenta.

Na przestrzeni ostatnich kilku lat Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie kierował do Ministra Sprawiedliwości postulat dotyczący pilnej potrzeby uchwalenia kompleksowej ustawy o biegłych sądowych⁵⁵⁰. Związany on jest z dążeniem Rzecznika do zapewnienia obywatelom właściwej gwarancji prawa do sądu, wynikającej ze standardu wyrażonego w art. 45 ust. 1 Konstytucji RP. Już sześć lat temu resort sprawiedliwości informował o wstępnym etapie prac nad projektem ustawy o biegłych sądowych. Do tej pory jednak nie przedstawiono ich rezultatu.

2. Brak podstaw prawnych do przeprowadzania kontroli pacjentów i przeszukań rzeczy pacjentów

Delegacje KMPT odnotowały, że w niektórych szpitalach kwestie przeprowadzania kontroli pacjenta oraz jego rzeczy uregulowane były w wewnętrznych procedurach, zasadach, regulaminach, pomimo że żaden przepis rangi ustawy nie upoważnia pracowników tych placówek do ich dokonywania.

KMPT jest świadomy konieczności zapewnienia bezpieczeństwa w placówce. Mimo tego, środki tak dalece ingerujące w wolność osobistą i prawo do prywatności, jak kontrola osobista, wymagają odpowiedniego umocowania prawnego w akcie rangi ustawy oraz uzasadnienia.

3. Różnicowanie finansowania świadczeń psychiatrycznych w poszczególnych województwach

Personel jednego ze szpitali zwrócił uwagę na znacząco zróżnicowane finansowanie świadczeń psychiatrycznych pod względem wyceny punktu pojedynczego świadczenia w poszczególnych województwach – w tym szczególnie niskie finansowanie województwa warmińsko-mazurskiego, co ma realne przełożenie na jakość zapewnianej opieki.

Już w 2015 r. występowały znaczące nierówności w dostępie do świadczeń w poszczególnych regionach kraju, wynikające z liczby szpitali i poradni w danym województwie oraz wydatków ponoszonych na leczenie psychiatryczne przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ w odniesieniu do liczby mieszkańców. Najniższy wskaźnik, uzyskany poprzez podzielenie ogólnej wartości umów

⁵⁵⁰ Pisma RPO z dnia 24 listopada 2015 r., 26 stycznia 2016 r., 19 lipca 2016 r., 30 stycznia 2018 r., 7 maja 2018 r., 20 kwietnia 2020 r., znak VII.510.20.2015.

z zakresu świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych przez liczbę mieszkańców danego województwa, występował wtedy w województwie warmińsko-mazurskim. Bardzo istotną barierą ograniczającą dostęp pacjentów do opieki psychiatrycznej są niedobory lekarzy psychiatrów. Już w 2015 r. najmniej specjalistów psychiatrii pracowało w województwach opolskim, lubuskim i warmińsko-mazurskim⁵⁵¹. Dla porównania w 2018 r. najniższy wskaźnik finansowania na jednego mieszkańca w zakresie psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej przypadał również na województwo warmińsko-mazurskie, podczas gdy w województwie wielkopolskim był dwukrotnie wyższy⁵⁵².

Wobec powyższego należy wprowadzić rozwiązania systemowe celem wyrównania dostępu do świadczeń w zakresie leczenia psychiatrycznego w poszczególnych częściach kraju.

4. Stosowanie kajdanek w trakcie transportu

Zdarzają się sytuacje, gdy pacjenci przywożeni do szpitala przez Policję są skuci kajdankami. Zwykle dopiero na prośbę lekarza w izbie przyjęć kajdanki są zdejmowane. W tych przypadkach kajdanki stosowane są przez funkcjonariuszy Policji w trybie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej⁵⁵³.

Praktyka stosowania kajdanek wobec pacjentów budzi wiele wątpliwości. Standardy CPT zabraniają wręcz stosowania kajdanek przy unieruchamianiu pacjentów psychiatrycznych⁵⁵⁴.



Zakładanie kajdanek każdemu pacjentowi (tylko dlatego, że jest pacjentem psychiatrycznym) konwojowanemu do szpitala lub poza szpital jest nadużyciem, nieznanym odzwierciedlenia w przepisach prawa. Ustawa o środkach przymusu bezpośredniego – jako pierwszą zasadę postępowania się nimi – wskazuje, aby używać ich lub wykorzystywać w sposób niezbędny do osiągnięcia celów tego użycia lub wykorzystania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości (art. 6 ustawy).

Na problem stosowania przez Policję kajdanek w stosunku do pacjentów psychiatrycznych Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił uwagę w wystąpieniu generalnym do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w kwietniu 2022 r.⁵⁵⁵

5. Sygnalizacja przyzywowo-alarmowa

Od 2017 r. RPO zgłasza Ministrowi Zdrowia konieczność wyposażenia pacjentów oddziałów i szpitali psychiatrycznych w sygnalizację alarmowo-przyzywową⁵⁵⁶, która umożliwi szybkie dotar-

⁵⁵¹ Zob. Raport Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016–2020 Rekomendacje, Warszawa, 1 października 2015 r., <https://ippep.pl/raporty/>

⁵⁵² Zob. *Model opieki psychiatrycznej nakierowany na wartość zdrowotną*, Instytut Zarządzania w ochronie zdrowia, Warszawa 2019.

⁵⁵³ Dz. U. z 2023 r., poz. 202.

⁵⁵⁴ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy CPT, CPT/Inf (2017) 6, par. 3.3.

⁵⁵⁵ Wystąpienie generalne RPO do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 11 kwietnia 2022 r. (II.574.1.2022.PZ).

⁵⁵⁶ Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 22 maja 2017 r. (KMP.574.4.2017.DK).

cie personelu medycznego do osoby potrzebującej w danym momencie pomocy. Bezpieczeństwo pacjentów powinno być traktowane priorytetowo. CPT w swoich raportach z wizytacji szpitali psychiatrycznych wielokrotnie rekomendował montaż i konserwację urządzeń służących do wezwania pomocy.

Zdaniem KMPT przyciski alarmowo-przyzywowe powinny być we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pacjentów (łazienki, pokoje łózkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania przymusu bezpośredniego m.in. w postaci izolacji). Problem ten nadal pozostaje nierozwiązany na gruncie przepisów polskiego prawa i praktyki.

6. Ograniczony dostęp pacjentów do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

Badając kwestię dostępności do zewnętrznych organów skargowych, KMPT dostrzegł problem ograniczonego dostępu do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Wynika to ze zmniejszenia się liczby osób pełniących tę funkcję w ostatnich latach (z ok. 50 do poniżej 20). Przykładowo, w województwie mazowieckim wyznaczonych jest czterech rzeczników⁵⁵⁷ na ok. 13 placówek medycznych. W praktyce ta sytuacja może prowadzić do zbyt licznej grupy pacjentów przypadającej na liczbę rzeczników, co z kolei wiąże się z ograniczonym dostępem do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i stwarza ryzyko, że jego nadzór nad przestrzeganiem praw pacjentów może być niewystarczający.

7. Opuszczenie przez pacjenta oddziału psychiatrycznego

KMPT zwrócił uwagę na problem zakończenia pobytu na oddziale psychiatrycznym w przypadku, gdy pacjent nie posiada wsparcia rodziny, a nie jest w stanie funkcjonować samodzielnie. W takich sytuacjach, w zależności od stanu pacjenta, dyrektor szpitala występuje do sądu z wnioskiem o umieszczenie pacjenta w domu pomocy społecznej. Niekiedy jednak formalności trwają zbyt długo (np. w przypadku, gdy pacjent nie wyraża zgody na umieszczenie w DPS-ie). Wówczas pacjent pozostaje w szpitalu, mimo że jego pobyt nie ma już medycznego uzasadnienia.



CPT dostrzegł, że w niektórych krajach pacjenci, którzy nie wymagają już przymusowego pobytu w ośrodku psychiatrycznym, nadal w nim pozostają z powodu braku odpowiedniej opieki bądź zakwaterowania w środowisku zewnętrznym⁵⁵⁸. W tym kontekście Komitet stwierdził, że kontynuowanie pozbawienia wolności osoby z racji braku właściwych uwarunkowań w środowisku zewnętrznym stanowi praktykę wysoce dyskusyjną.

W ocenie KMPT oddział/szpital psychiatryczny nie powinien równocześnie pełnić roli diagnostyczno-terapeutycznej dla osób ze wskazaniami do leczenia szpitalnego i pełnić funkcji miejsca do życia dla osób niewymagających leczenia szpitalnego, lecz potrzebujących stałej opieki instytucjonalnej. Dla wieloletnich rezydentów oddziału powinno się znaleźć miejsce w domu pomocy społecznej lub inne, np.

⁵⁵⁷ Zob. <https://www.gov.pl/web/rpp/województwo-mazowieckie2>

⁵⁵⁸ Zob. Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (98), par. 57.

mieszkanie chronione, hostel. KMPT dostrzega, że jest to problem systemowy, a jego rozwiązanie wymaga zaangażowania dyrekcji szpitali i lokalnych władz administracyjnych oraz samorządowych.

■ Obszary wymagające poprawy

1. Utrudniony kontakt pacjentów z prawnikami przyznanymi z urzędu

KMPT z niepokojem odnosi się do informacji wskazujących na brak rzeczywistego kontaktu pacjentów z przydzielonymi im z urzędu pełnomocnikami, o których mowa w art. 48 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (dalej uozp.). Co więcej, pacjenci nie wiedzą zwykle, kto jest ich pełnomocnikiem. Sąd informuje tylko o przyznaniu pełnomocnika z urzędu, a następnie kieruje wniosek do właściwej miejscowo Okręgowej Rady Adwokackiej lub Okręgowej Izby Radców Prawnych o wyznaczenie pełnomocnika. Po wskazaniu konkretnego adwokata lub radcy prawnego informacja dotycząca jego danych oraz danych kontaktowych wysyłana jest pod adres zamieszkania pacjenta, podczas gdy ten przebywa w szpitalu.



Należy mieć przede wszystkim na uwadze, iż niezależnie od rodzaju pozbawienia wolności (a tym bez wątpienia jest przebywanie w szpitalu psychiatrycznym na mocy postanowienia sądu), faktyczny i poufny dostęp do pomocy prawnej (w tym bezpłatnej) stanowi jedną z podstawowych gwarancji minimalizujących ryzyko tortur lub innych form złego traktowania⁵⁵⁹.

2. Legalność pobytu

W dwóch szpitalach analiza dokumentacji pacjentów przyjętych bez zgody wykazała, że dochodziło do sytuacji, gdy decyzję w przedmiocie przyjęcia podejmował jeden lekarz psychiatra bez zasięgnięcia opinii drugiego specjalisty w tej dziedzinie lub psychologa. Zgodnie z art. 23 § 2 uozp., opinia drugiego lekarza psychiatry lub psychologa nie jest obligatoryjna, a jedynie zalecana. W ocenie KMPT opinia taka stanowi dodatkowe zabezpieczenie pacjenta przed ewentualną pomyłką lekarską i powinna być w tym przypadku powszechnym standardem. Należy mieć bowiem na względzie, że przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody stanowi głęboką ingerencję w podstawowe wolności człowieka. W takim przypadku organy władzy publicznej powinny dołożyć wszelkich starań w zakresie zapobiegania ewentualnym pomyłkom w ocenie przesłanek uzasadniających pobyt.



Warto w tym miejscu zauważyć, że w opinii CPT „osoby chore psychicznie i z niepełnosprawnością umysłową – z racji swojej wrażliwości – wymagają znacznej uwagi, tak aby uniknąć wszelkich działań – czy też nie dopuścić się zaniechania – na ich szkodę. Wynika z tego, że przymusowe umieszczenie w ośrodku psychiatrycznym powinno być zawsze związane z właściwymi gwarancjami. (...) W procedurze podejmowania decyzji o przymusowym umieszczeniu w ośrodku należy zapewnić gwarancje niezależności i bezstronności, a także obiektywne ekspertyzy lekarskie”⁵⁶⁰.

⁵⁵⁹ Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych. Wyciąg z Ósmego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (98) 12-part, par. 54.

⁵⁶⁰ Fragment Ósmego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (98) 12, par. 51 i 52.

3. Wysłuchanie osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody

Jak ustalił KMPT, w wielu szpitalach, ze względów epidemiologicznych spowodowanych pandemią COVID-19, obowiązywała praktyka zdalnego wysłuchania pacjenta przez sędziego wizytującego w przedmiocie umieszczenia w szpitalu bez zgody (art. 45 § 2 uozp.). Wysłuchanie odbywało się za pośrednictwem komunikatora internetowego (w przypadku osób unieruchomionych prowadzona była rozmowa telefoniczna).

Zdalne wysłuchania kontynuowane były pomimo spadku liczby zakażeń oraz zniesienia części ograniczeń. W ocenie Krajowego Mechanizmu bezpośredni kontakt pacjenta z sędzią zwiększa możliwość dokonania obiektywnej oceny jego stanu zdrowia. Dlatego też zasadnym byłoby odstąpienie od obserwowanej praktyki na rzecz osobistego wysłuchania.

4. Stosowanie przymusu bezpośredniego

We wszystkich wizytowanych szpitalach delegacja KMPT dostrzegła praktykę stosowania przymusu w formie unieruchamiania pacjentów na łóżkach w salach wieloosobowych lub na korytarzach, w towarzystwie innych pacjentów, często bez osłonięcia ich nawet parawanem. Zdarza się również, że na czas unieruchomienia pacjenci prewencyjnie zabezpieczani są pamperszem. Oznacza to, że nie są uwalniani, aby skorzystać z toalety.

W tym kontekście Krajowy Mechanizm podkreśla, że pacjenci, w stosunku do których stosowany jest przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, powinni mieć zapewnione, jak najbardziej to możliwe, poczucie prywatności. Pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że wyraźnie zgodzą się pozostać w towarzystwie innego pacjenta).

Ponadto analiza dokumentacji oraz nagrań monitoringu z zastosowania przymusu bezpośrednio w jednym z wizytowanych szpitali⁵⁶¹ ujawniła niedopuszczalne działania personelu.

Unieruchamiany pacjent został położony przez sanitariuszy na podłodze korytarza, gdzie założono mu pieluchomajtki (w tym czasie na korytarzu ulokowanych było dwóch innych pacjentów, w tym kobieta). Następnie przeniesiono go na łóżko, na którym spędził całą noc zapięty w pasy i przykryty kołdrą, bez osłonięcia parawanem (łącznie 7 h i 23 min).

Jak wynika z monitoringu, kontakt personelu z unieruchomionym mężczyzną był w tym czasie incydentalny. Miał miejsce jedynie kilka razy, a nie 33 razy jak wynika to z dokumentacji. Zapisy w dokumentacji nie odzwierciedlały zatem zapisów z monitoringu.

Po nocy w pasach pacjent został umieszczony w izolacji trwającej 25 h i 48 min. Mężczyzna opuścił izolatkę w tym czasie jedynie raz, na 7 min. Cały czas miał założone pieluchomajtki, które mu opadały. Mimo że wielokrotnie wzywał personel, nie został wypuszczony do toalety. Zdjął pampersa i oddawał mocz w izolatce, na prześcieradło położone przez siebie na podłodze. Przez całą noc nie miał bielizny i dolnej części piżamy. Prześcieradło, na które załatwiał potrzeby fizjologiczne, zostało sprzątnięte dopiero o godz. 6:40, wówczas też wymieniono jego pościel. Zdaniem KMPT warunki, w jakich mężczyzna zmuszony był załatwiać swoje potrzeby fizjologiczne, naruszały jego prawo do prywatności i naruszyły jego godność.

⁵⁶¹ Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie (KMP.574.3.2022.JZ).

Rażącym naruszeniem jest także brak osobistego zbadania pacjenta przed decyzją o przedłużeniu stosowania środków przymusu bezpośredniego, jak i brak uzyskania opinii innego lekarza psychiatry w tym zakresie. Jest to szczególnie niepokojące, bowiem z nagrań monitoringu nie wynika, aby przez cały okres stosowania środków przymusu mężczyzna przejawiał zachowania agresywne.

Ocena KMPT w tym przypadku była jednoznaczna. Niedopuszczalne jest zakładanie pacjentom pieluchomajtek na podłodze korytarza, w otoczeniu innych pacjentów, jak i izolowanie ich w taki sposób, aby zmuszeni byli załatwiać swoje potrzeby fizjologiczne na podłogę pokoju, w którym przebywają później przez kilka godzin. KMPT zdaje sobie sprawę, że stosowanie środków przymusu jest konieczne w celu zapewnienia bezpieczeństwa samego pacjenta lub innych osób, lecz czynność ta musi być przeprowadzona w odpowiedni, zgodny z przepisami prawa sposób i poddana stałemu nadzorowi. Należy mieć też na względzie, że stosowanie długotrwałego unieruchomienia czy izolacji jest czynnością ingerującą bezpośrednio w wolność człowieka oraz jego poczucie godności. Personel powinien zatem podjąć wszystkie wysiłki w celu ewentualnego zminimalizowania poczucia upokorzenia czy zażenowania osoby, wobec której jest stosowane.

Biorąc pod uwagę długotrwałość zastosowanych środków przymusu, brak należytej kontroli, warunki, w jakich przebywał pacjent, w tym uniemożliwienie mu załatwiania czynności fizjologicznych z poszanowaniem godności, a także fakt, że pacjent był cudzoziemcem mającym problemy z komunikacją z personelem, w ocenie KMPT skala zdiagnozowanych nieprawidłowości stanowiła przykład nieludzkiego i poniżającego traktowania.



KMPT każdorazowo zwraca szczególną uwagę na stosowanie środków przymusu bezpośredniego z powodu ich inwazyjnego charakteru oraz potencjalnej możliwości nadużycia i złego traktowania. CPT opracował zbiór zasad, dzięki którym przymus bezpośredni można uczynić mniej dolegliwym dla pacjenta. Zgodnie z nimi, stosowanie przymusu powinno być traktowane jako środek ostateczny. Po ustaniu sytuacji powodującej zastosowanie przymusu wobec pacjenta należy natychmiast zaprzestać jego stosowania. Pacjenci poddani środkom przymusu powinni być odpowiednio ubrani i, w miarę możliwości, móc samodzielnie jeść i pić oraz zaspokajać swoje potrzeby fizjologiczne w miejscu do tego przeznaczonym. Pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że pacjent wyraźnie wyraża chęć pozostania w towarzystwie innego pacjenta); wizyty innych pacjentów powinny odbywać się wyłącznie za wyraźną zgodą pacjenta poddanego środkowi przymusu. Czas stosowania środków przymusu mechanicznego i izolacji powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny) i zawsze powinien zostać zakończony, gdy ustaną przyczyny leżące u podstaw ich zastosowania. Utrzymywanie środków przymusu mechanicznego przez kilka dni nie może mieć żadnego uzasadnienia i mogłoby, zdaniem CPT, być równoznaczne ze złym traktowaniem. Po zaprzestaniu stosowania środków przymusu ważne jest udzielenie pacjentowi informacji, wyjaśnienie powodów zastosowania środka przymusu wobec niego, zmniejszenie urazu psychologicznego, jakiego doznał i przywrócenie relacji lekarz–pacjent. Daje to również szansę pacjentowi, wraz z personelem, na znalezienie alternatywnych sposobów utrzymania kontroli nad samym sobą, co może zapobiec przyszłym wybuchom przemocy i kolejnemu zastosowaniu środków przymusu⁵⁶².

⁵⁶² Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu, CPT/Inf (2017) 6.

5. Dokumentowanie obrażeń

W większości wizytowanych szpitali, w przypadku przyjęcia pacjenta, który posiada obrażenia, są one odnotowywane podczas badania wstępnego zarówno przez personel lekarski, jak i pielęgniarski. Do dokumentacji nie jest jednak dołączana karta, która w sposób graficzny pozwalałaby udokumentować miejsca obrażeń. Nie są wykonywane zdjęcia zmian, co byłoby wskazane, oczywiście za zgodą pacjenta. Jest to istotne z punktu widzenia dochodzenia przez pacjentów ewentualnych roszczeń w późniejszym czasie (warto też robić kilka kopii takiej dokumentacji, a przynajmniej jedną przekazać pacjentowi na nośniku zewnętrznym).

W kontekście prawidłowego dokumentowania obrażeń ważne jest zaznajomienie pracowników z Protokołem stambulskim, czyli Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania⁵⁶³. Dokument wskazuje m.in. w jaki sposób należy dokumentować wszelkie urazy poprzez nanoszenie ich na tzw. mapy ciała. Skuteczna dokumentacja jest bowiem jedną z najbardziej fundamentalnych kwestii dotyczących ochrony przed torturami, a Protokół stambulski stanowi podstawowe narzędzie dostarczające informacji i wskazówek, jak identyfikować i dokumentować przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania. Przedstawiciele personelu medycznego, jako osoby dysponujące specjalistyczną wiedzą oraz w wielu wypadkach mające bezpośredni kontakt z potencjalną ofiarą przemocy, powinni wykazać szczególne zainteresowanie w zakresie występujących u pacjentów dolegliwości i śladów na ciele.



Na kwestię stosowania map ciał i odpowiedniego dokumentowania wszelkich urazów zwrócić uwagę CPT podczas wizyty w Polsce, wskazując, że rejestracja badań lekarskich w przypadku obrażeń powinna być wykonywana przy pomocy specjalnego formularza przygotowanego na takie potrzeby, zawierającego zarysy sylwetki do zaznaczania umiejscowienia obrażeń, które będą przechowywane w kartotece medycznej. Także zdjęcia, jeśli zostały zrobione, powinny zostać zamieszczone w dokumentacji medycznej⁵⁶⁴.

6. Mechanizm skargowy

W jednym ze szpitali delegacja KMPT ustaliła, że wszelkie pisma, skargi, wnioski pacjentów kierowane do dyrektora szpitala pozostawały bez odpowiedzi. Ponadto personel wskazał, że o tym, czy dana skarga/wniosek zostanie przesłany do wybranego adresata, decyduje lekarz prowadzący danego pacjenta. W opinii Krajowego Mechanizmu taka sytuacja jest niedopuszczalna i powoduje, że pacjent pozbawiony jest w praktyce skorzystania z mechanizmu skargowego. Lekarz nie ma żadnych podstaw prawnych do tego typu działań.

KMPT uznaje także za pożądane założenie rejestru skarg, który powinien mieć charakter poufny i być dostępny wyłącznie dla dyrektora szpitalu oraz ewentualnie wyznaczonego przez niego pracownika. Funkcjonowanie rejestru skarg pozwoli na odnotowanie problemów pojawiających się w oddziale, co ułatwi zarządzanie takimi incydentami oraz sprawowanie nadzoru nad częstotliwością ich występowania.

⁵⁶³ https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf

⁵⁶⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 80.



Według CPT poufny rejestr skarg powinien zawierać: nazwiska skarżących, rodzaj i przedmiot skarg, wynik procedury składania skarg i procedury odwoławczej, działania następcze podjęte w celu naprawienia zarzucanej sytuacji oraz wszelkie rekompensaty przyznane skarżącym. Zapisy rejestru powinny służyć jako narzędzie zarządzania⁵⁶⁵.

CPT podkreśla znaczenie dostępu do mechanizmów skargowych jako fundamentalnej gwarancji ochronnej przed niewłaściwym traktowaniem. Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji⁵⁶⁶.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie, ulotek i filmów informacyjnych)⁵⁶⁷.

7. Prawo do informacji

KMPT coraz częściej spotyka w szpitalach cudzoziemców, z którymi ze względu na barierę językową kontakt jest utrudniony. Pacjenci nie rozumieją kierowanych do nich komunikatów, składają podpisy w dokumentacji sporządzonej w języku polskim, nie rozumiejąc jednocześnie, co podpisują.



Według standardów międzynarodowych, w momencie przyjęcia i tak często, jak jest to potrzebne również później, wszystkie osoby pozbawione wolności winny być informowane pisemnie i ustnie w języku, który rozumieją, o przepisach regulujących dyscyplinę oraz o ich prawach i obowiązkach. Co więcej, osoby te mają prawo do posiadania pisemnej wersji przekazanych im informacji.

Biorąc pod uwagę aktualną sytuację migracyjną i potencjalny wzrost liczby obcokrajowców przyjmowanych do szpitali, KMPT zaleca przygotowanie informatora w językach obcych (zwłaszcza ukraińskim, rosyjskim i angielskim), w którym w przystępny sposób opisane zostaną najważniejsze dla pacjentów kwestie.

8. Postępowanie z korespondencją adresowaną do pacjentów

Podczas wizytacji delegacja KMPT spotkała się z sytuacjami, które doprowadziły do niedoręczenia pacjentowi jego korespondencji.

Pierwszy przypadek dotyczył odebrania przez placówkę korespondencji sądowej adresowanej do pacjenta i dołączenia jej do dokumentacji, podczas gdy pacjent ten nie przebywał już w oddziale. Taka praktyka jest niedopuszczalna, biorąc pod uwagę występujący w większości postępowań administracyjnych czy sądowych daleko idący skutek doręczenia pism. Doręczenie bowiem w wie-

⁵⁶⁵ Tamże, par. 90.

⁵⁶⁶ Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68–91.

⁵⁶⁷ Tamże, par. 79.

lu przypadkach nie jest jedynie czynnością techniczną polegającą na przekazaniu adresatowi pisma lub innej przesyłki, lecz rodzi skutki procesowe w postaci rozpoczęcia biegu terminów do wniesienia m.in. środków zaskarżenia. W sytuacji, gdy pismo zostanie odebrane, a pacjent nie jest już obecny na oddziale, może on być pozbawiony możliwości działania w dotyczącym go postępowaniu.

Wobec powyższego KMPT zaleca, aby już na etapie przyjmowania korespondencji do szpitala pracownicy sekretariatu weryfikowali, czy dany pacjent znajduje się jeszcze na oddziale i odmawiali przyjmowania korespondencji, jeżeli go nie ma. W przypadku pomyłki i ewentualnego przyjęcia korespondencji adresowanej do osoby, która opuściła oddział, konieczne jest poinformowanie nadawcy, iż osoba ta nie przebywa już pod tym adresem. W tym celu wskazane jest stworzenie instrukcji lub regulaminu postępowania z korespondencją i zaznajomienie z nim pracowników. Należy również uprzedzać pacjentów, że powinni poinformować organy o zmianie adresu do korespondencji. Stosowną informację można umieścić na znajdującej się na oddziale tablicy ogłoszeń.

W drugim przypadku pacjentka nie została w odpowiednim czasie poinformowana o rozprawie sądowej w swojej sprawie. Sąd wystąpił stosowane zawiadomienie tydzień przed rozprawą. Do szpitala pismo wpłynęło 2 dni przed rozprawą, zaś pacjentce przekazano je dzień po rozprawie. W ocenie KMPT tak niewralgiczne kwestie, jak realizacja prawa do sądu, powinny być przedmiotem szczególnej uwagi ze strony personelu. Informacja o rozprawie sądowej powinna jak najszybciej trafiać do pacjenta.

9. Oddziaływania terapeutyczne, kulturalne i sportowe

W większości szpitali wszelkie oddziaływania terapeutyczne, kulturalne czy spacerowe na świeżym powietrzu odbywały się od poniedziałku do piątku, czyli w dniach pracy terapeutów zajęciowych. W jednym szpitalu, o tym, czy dany pacjent może wyjść na spacer, decydował lekarz, wpisując tę informację w kartę zleceń. Tym samym w placówce byli pacjenci, którzy np. przez miesiąc nie byli w ogóle na świeżym powietrzu. Do wizytujących dotarły również głosy, że zimą spaceruje się nie odbywają, bo pacjenci nie mają dostępu do odpowiednich ubrań i obuwia.

Zgodnie z par. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych⁵⁶⁸, zajęcia rehabilitacyjne są prowadzone 5 razy w tygodniu w wymiarze od 2 do 5 godzin dziennie, w tym co najmniej 2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych. Natomiast w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną.

Warto również rozważyć zwiększenie środków w budżecie na tego typu zajęcia. Jak wynika z uzyskanych w jednym szpitalu informacji, kwota na organizację zajęć wynosiła 100 zł miesięcznie, co nie pozwalało na zakup wystarczającej ilości potrzebnego sprzętu.



Zgodnie ze stanowiskiem CPT leczenie psychiatryczne powinno opierać się na zindywidualizowanym podejściu, które implikuje sporządzenie planu leczenia dla każdego pacjenta. Plan taki powinien obejmować szeroki zakres czynności rehabilitacyjnych i terapeutycznych, kontakt ze sztuką,

⁵⁶⁸ Dz. U. z 2014 r., poz. 522.

teatrem, muzyką i sportem. Pacjenci powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokoiów rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu; pożądane jest także stworzenie pacjentom możliwości nauki i odpowiedniej pracy. Komitet niestety bardzo często stwierdza, że te podstawowe składniki skutecznego leczenia społecznego i rehabilitacyjnego są nierozwinięte lub całkowicie ich brakuje, oraz że leczenie pacjentów polega przede wszystkim na farmakoterapii. Sytuacja taka może być wynikiem braku odpowiednio wykwalifikowanego personelu i właściwych warunków lub też zakorzenionej filozofii opartej na dozorcze pacjentów⁵⁶⁹.

10. Personel

Niezwykle istotnym zagadnieniem są problemy kadrowe. W szpitalach brakuje przede wszystkim lekarzy i psychologów. Przyczyn należy upatrywać w niedofinansowaniu psychiatrii, czego wynikiem jest rotacja kadry, która po zdobyciu doświadczenia i wykształcenia odchodzi do lepiej płatnych miejsc pracy.

W czasie prowadzonych wizytacji przedstawiciele KMPT każdorazowo weryfikują stan kadrowy w placówce, jego merytoryczne przygotowanie oraz oferowane przez pracodawcę możliwości podnoszenia kwalifikacji. Brak odpowiedniej liczby personelu skutkuje przemoczeniem pracowników, obniżeniem motywacji czy wypaleniem zawodowym, co nierzadko znajduje przełożenie na sposób, w jaki traktowane są osoby umieszczone w placówce.



W kontekście szpitali psychiatrycznych CPT zwraca uwagę, iż zasoby ludzkie powinny być odpowiednie w zakresie liczby personelu, jego kategorii (psychiatrzy, lekarze ogólni, pielęgniarki, psychologowie, terapeuci zajęciowi, pracownicy socjalni itp.), doświadczenia i wykszolenia. Słabości w tym zakresie często poważnie utrudniają zapewnienie pacjentom zajęć, co więcej – mogą prowadzić do sytuacji wysokiego ryzyka dla pacjentów, bez względu na dobre intencje i szczerą wysiłki zatrudnionego personelu⁵⁷⁰.

Z uwagi na specyfikę pracy, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca, by katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów wzbogacić o tematykę dotyczącą: kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i z agresją. Warto również kontynuować szkolenia z zakresu problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku. Konieczne jest również objęcie szkoleniami psychologów oraz terapeutów. Wskazane byłoby także umożliwienie dostępu do superwizji dla personelu lub innej formy pomocy pozwalającej na bieżąco redukować napięcia w zespole i poziom stresu.

⁵⁶⁹ Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych. Wyciąg z Ósmego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (98) 12-part, par. 37.

⁵⁷⁰ Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych. Wyciąg z Ósmego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (98) 12-part, par. 42.

11. Warunki materialne

W niektórych szpitalach delegacja KMPT zwróciła uwagę na obecność krat w oknach. Ponadto okna nie miały możliwości bezpośredniego otwarcia – nie było klamek, a jedynie łańcuchy z kłódkami, które mogłyby być otwarte jedynie przez personel. Jak wynikało z informacji przekazanych przez rozmówców, latem, gdy temperatura w placówce była bardzo wysoka, panował tam uciążliwy zaduch.

Zgodnie z przepisami, okna w pokojach, w których przebywają pacjenci, powinny być przeszklone od wewnątrz szkłem bezpiecznym i zabezpieczone przed możliwością otworzenia przez pacjentów⁵⁷¹. Nie powinno się stosować zabezpieczeń w postaci krat. Dodatkowo KMPT podkreśla, że pacjenci umieszczeni w szpitalu psychiatrycznym nie są więźniami, a wszelkie analogie do jednostek penitencjarnych powinny zostać wyeliminowane. Środowisko terapeutyczne w takich placówkach powinno być jak najbardziej przyjazne dla osób tam przebywających. Obecność krat może wzbudzać w pacjentach poczucie zagrożenia i izolacji. Kraty w oknach w instytucjach opieki psychiatrycznej krytykuje także CPT, wskazując, że takie rozwiązania przyczyniają się do wytworzenia środowiska karnego⁵⁷².

Kolejnym problemem jest kwaterowanie pacjentów na korytarzach i w świetlicach oddziałowych dostępnych dla innych. Jedna z pacjentek przebywała w świetlicy, w której został też umieszczony mężczyzna. Przyczyną takiego stanu jest z jednej strony przeludnienie oddziałów psychiatrycznych, a z drugiej konieczność umieszczenia niektórych pacjentów w warunkach stałego monitorowania. Liczba jednoosobowych pomieszczeń do izolacji wyposażonych w monitoring niekiedy jest mniejsza niż liczba pacjentów wymagających stałego nadzoru. Dlatego są oni umieszczani tam, gdzie znajduje się monitoring wizyjny – na korytarzach lub w pokojach dziennego pobytu.

W ocenie KMPT pacjenta wymagającego stałego nadzoru nie można pozostawić bez kontroli. Z drugiej jednak strony rozwiązanie problemu w ten sposób może stanowić potencjalne źródło poniżającego traktowania. Zgodnie z opinią CPT stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom⁵⁷³.

W ocenie KMPT sala pobytu dziennego, ogólnodostępna dla pacjentów, nie może jednocześnie być salą mieszkalną, ponieważ nie zapewnia odpowiedniej intymności i spokoju pacjentowi w niej mieszkającemu. Niezapewnienie odpowiedniej przestrzeni dla pacjentów może powodować napięcia i utrudniać proces terapeutyczny. Również zakwaterowanie osób w części wspólnej, jaką stanowią ciągi komunikacyjne, ogranicza w sposób oczywisty ich prawo do prywatności.

Kolejną kwestią jest brak miejsca do przechowywania rzeczy osobistych. Najczęściej pacjenci przechowują swoje rzeczy w reklamówkach i torbach umieszczonych na parapetach lub pod łózkami. W niektórych salach znajdowały się co prawda szafki przyłóżkowe, jednak pacjenci nie byli w stanie przechować tam wszystkich posiadanych rzeczy. Choć w niektórych salach znajdowała się niewielka szafa ubraniowa, to jednak była ona zwykle do dyspozycji kilku osób, w związku z czym pacjenci

⁵⁷¹ Pkt 5 rozdziału VIII Załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r., poz. 402).

⁵⁷² Raport CPT z wizyty w Serbii w 2015 r., CPT/Inf (2016) 21, par. 156; Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii w 1994 r., CPT/Inf (96) 11, par. 268; Raport CPT z wizyty w Finlandii w 2014 r., CPT/Inf (2015) 25, par. 97.

⁵⁷³ Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf (98) 12-part, par. 32.

nie chcieli przechowywać tam prywatnych rzeczy z obawy o ich kradzież. Wybrane do analizy nagrania monitoringu potwierdziły, że obawy pacjentów nie były bezpodstawne. Na jednym z nagrań z korytarza zarejestrowano sytuację, gdy do śpiącej pacjentki podszedł inny pacjent, przeglądał torby z ubraniami leżące na jej łóżku, a następnie zabrał telefon komórkowy.



W takich warunkach, gdy pacjenci nie czują się w pełni bezpiecznie, trudno o sprzyjające okoliczności leczenia. CPT wskazał, iż powinno się dążyć do zapewnienia takich warunków materialnych, które sprzyjają leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjentów. Ma to duże znaczenie nie tylko dla pacjentów, lecz także dla personelu pracującego w ośrodkach psychiatrycznych⁵⁷⁴.

W jednym szpitalu pacjenci z dysfunkcjami ruchowymi zwrócili uwagę na brak łóżek, posiadających możliwość obniżenia i podwyższenia materaca oraz stelaża, które byłyby przystosowane dla osób z niepełnosprawnością.

W ocenie KMPT takie miejsca powinny być wyposażone w podstawowy sprzęt niezbędny dla osób starszych i z niepełnosprawnościami. Niepełnosprawność fizyczna ogranicza mobilność, możliwość przyjmowania pewnych pozycji ciała, samodzielnego wykonywania podstawowych czynności, załatwiania potrzeb fizjologicznych, mycia i jedzenia. Problemy z poruszaniem się często oznaczają potrzebę stałej pomocy ze strony innych osób, co może być frustrujące, kłopotliwe, wywoływać wstyd i obniżać pewność siebie.

IZBY WYTRZEŻWIEŃ

W 2022 roku Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację w dwóch izbach wytrzeźwień działających w ramach: Pogotowia dla Osób Nietrzeźwych w Suwałkach⁵⁷⁵ oraz Ośrodka Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin w Lublinie⁵⁷⁶.

■ Obszary wymagające poprawy

1. Dokumentowanie obrażeń

W jednej z placówek delegacja KMPT zwróciła uwagę, że sposób dokumentowania obrażeń należy wzbogacić o dokumentację fotograficzną, która powinna być uzupełnieniem dokumentacji medycznej pacjenta (dokumentacja fotograficzna powinna być zawsze sporządzana za zgodą pacjenta). Poza tym z analizowanej dokumentacji pacjentów wynika bowiem, iż nie zawsze obrażenia, które są opisywane przez lekarza, nanoszone są również na schematy ludzkiego ciała⁵⁷⁷.

⁵⁷⁴ Tamże.

⁵⁷⁵ Zob. Raport w wizytacji izby wytrzeźwień działającej w ramach Pogotowia dla Osób Nietrzeźwych w Suwałkach (KMP.574.1.2022.AN).

⁵⁷⁶ Zob. Raport w wizytacji izby wytrzeźwień działającej w ramach Ośrodka Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin w Lublinie (KMP.574.5.2022.AO).

⁵⁷⁷ Zob. Raport w wizytacji izby wytrzeźwień działającej w ramach Ośrodka Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin w Lublinie (KMP.574.5.2022.AO).



Dokumentowanie obrażeń stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur i niehumanitarnego, poniżającego traktowania oraz karania. W tym zakresie personel medyczny miejsc detencji może i powinien wnieść znaczący wkład w zapobieganie temu zjawisku poprzez systematyczne rejestrowanie obrażeń zaobserwowanych u nowo przybyłych osób oraz optymalne dokumentowanie urazów nabytych podczas pobytu w placówce⁵⁷⁸.

KMPT za każdym razem podkreśla, że personel medyczny takich placówek powinien zostać przeszkolony z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego⁵⁷⁹. Z rozmów przeprowadzonych z personelem często wynika, że nie zna on tego dokumentu, nie ma wiedzy w zakresie metod tortur, ich objawów i sposobów diagnozowania oraz potrzebuje w tym zakresie merytorycznego wsparcia, także fachowego szkolenia.

2. Środki przymusu bezpośredniego

W jednej placówce nie był prowadzony odrębny rejestr stosowanych środków przymusu bezpośredniego. Wszystkie przypadki ich stosowania odnotowywane były jedynie w kartach pacjentów oraz w raportach kierownika zmiany z przebiegu dyżuru⁵⁸⁰.

W ocenie KMPT istnienie takiego rejestru jest niezwykle ważne z punktu widzenia ochrony praw osób zatrzymanych przed torturami, niehumanitarnym i poniżającym traktowaniem albo karaniem. Dlatego zalecono dyrektorowi placówki, aby stworzony został odrębny rejestr stosowania środków przymusu bezpośredniego, w którym odnotowywane będą informacje, takie jak: data, godzina zastosowania oraz zakończenia stosowania środka przymusu bezpośredniego; imię i nazwisko pacjenta, wobec którego zastosowano środki; imiona oraz nazwiska osób, które brały udział w zastosowaniu środków; przyczyna zastosowania; data i godzina kontroli stanu pacjenta, w trakcie stosowania środków oraz imię i nazwisko pracownika, który dokonywał kontroli.

Analiza dokumentacji i nagrań z monitoringu wykazała ponadto w tej samej placówce pewne uchybienia związane z dokumentowaniem środków przymusu bezpośredniego, jak np.: nieodnotowanie przypadku zastosowania unieruchomienia w raporcie kierownika zmiany z przebiegu służby, nieodnotowanie przeprowadzania obowiązkowej kontroli stanu zdrowia pacjenta, która zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁵⁸¹ powinna być przeprowadzana nie rzadziej niż co 15 minut przez pracownika wyznaczonego przez dyrektora Izby lub kierownika placówki.

KMPT każdorazowo zwraca szczególną uwagę na stosowanie środków przymusu bezpośredniego z powodu ich inwazyjnego charakteru oraz potencjalnej możliwości nadużycia i złego traktowania.

⁵⁷⁸ Zob. Uwagi CPT dotyczące dokumentowania obrażeń i roli personelu medycznego w prewencji tortur, wyrażone w Dwudziestym Trzecim Raporcie Generalnym CPT, CPT/Inf (2013) 29, par. 71 i nast. Zobacz również raport CPT z wizyty przeprowadzonej w Polsce, w dniach 11–22 maja 2017 r., CPT/Inf (2018).

⁵⁷⁹ chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf

⁵⁸⁰ Zob. Raport w wizytacji izby wytrzeźwień działającej w ramach Ośrodka Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin w Lublinie (KMP.574.5.2022.AO).

⁵⁸¹ Dz. U. z 2023 r., poz. 165.

Dlatego też ich użycie zawsze powinno być zgodne z prawem, w szczególności w zakresie rzetelnego, osobistego i regularnego (co 15 minut) sprawdzania stanu fizycznego pacjentów, wobec których stosowane są środki przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji oraz rzetelnego, zgodnego z zapisami monitoringu wizyjnego, prowadzenia dokumentacji.

W opinii KMPT niezbędne jest także wprowadzenie mechanizmu nadzoru nad stosowaniem środków przymusu bezpośredniego (np. poprzez analizę nagrań z monitoringu w celu oceny zachowania personelu izby wytrzeźwień i funkcjonariuszy służb mundurowych doprowadzających osoby nietrzeźwe). Właściwe wykorzystanie takiego rozwiązania może pozwolić nie tylko na odnotowywanie ewentualnych nieprawidłowości, ale może także odegrać istotną rolę w doskonaleniu zawodowym pracowników. Bieżąca analiza tego typu sprawozdań, a następnie ich omawianie z personelem może także podnieść jakość świadczonych usług.

3. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

Placówki nie dysponowały tłumaczeniami na języki obce podstawowych dokumentów związanych z pobytem w izbie.



KMPT podkreśla, aby każda osoba przyjmowana do placówki była informowana o swoich prawach i obowiązkach w języku dla niej zrozumiałym, można to uczynić choćby poprzez przygotowanie krótkiej informacji o zasadach pobytu w placówce w kilku językach obcych, w których komunikują się osoby trafiające najczęściej do placówki. Podobnie w przypadku składania przez cudzoziemców wszelkich podpisów w dokumentacji (np. podczas przekazywania depozytu) winna znajdować się informacja o zapoznaniu z treścią dokumentu w języku zrozumiałym dla podpisującego lub informacja o stopniu znajomości języka polskiego przez osobę doprowadzoną do placówki.

Ponadto wizytujący zwrócili uwagę w jednej placówce⁵⁸², że na tablicy informacyjnej w miejscu przyjęć osób doprowadzonych do wytrzeźwienia brakowało szczegółowej informacji na temat instytucji stojących na straży praw człowieka, które mogą służyć pomocą osobom pozbawionym wolności, w tym udzielać informacji prawnych. W drugiej placówce zalecono, aby wywieszone informacje o prawach osoby przebywającej w izbie sporządzono również w języku ukraińskim, rosyjskim oraz angielskim.

4. Personel

W obydwu placówkach KMPT dostrzegł potrzebę wzmocnienia kadry poprzez zaoferowanie szkoleń, które obejmowałyby swoją tematyką: prawa człowieka i humanitarne traktowanie pacjentów, kontakt z trudnym pacjentem, deeskalację konfliktów, a także sposoby radzenia sobie ze stresem i z agresją, problematykę wypalenia zawodowego oraz metody przeciwdziałania temu zjawisku. Wskazane byłoby także zorganizowanie dla pracowników izb wytrzeźwień regularnych superwizji przeprowadzanych przez zewnętrznego eksperta.

⁵⁸² Zob. Raport w wizytacji izby wytrzeźwień działającej w ramach Pogotowia dla Osób Nietrzeźwych w Suwałkach (KMP.574.1.2022.AN).

5. Warunki bytowe

W zakresie warunków panujących w placówkach KMPT zwrócił uwagę m.in. na: brudne ściany (także z ubytkami w farbie i tynku), niewłaściwe opisywanie i przechowywanie depozytów, konieczność zmniejszenia pojemności sali izolacyjnej z dwu- do jednoosobowej⁵⁸³, a także braku odzieży zastępczej w postaci jednorazowych staników oraz niewydawania jednorazowych kłapek w sytuacji, gdy osoba doprowadzona pozostaje bez własnego obuwia⁵⁸⁴.

W jednej z placówek wątpliwości delegacji KMPT wzbudził nie w pełni sprawny system przywoławczy w pomieszczeniach dla osób doprowadzonych do wytrzeźwienia. Podczas dokonywania oglądu placówki delegacja uzyskała informacje, że system, choć zamontowany, nie działa ze względu na wady instalacji elektrycznej, które pomimo naprawy nie zostały zlikwidowane⁵⁸⁵.

⁵⁸³ Zob. Raport w wizytacji izby wytrzeźwień działającej w ramach Pogotowia dla Osób Nietrzeźwych w Suwałkach (KMP.574.1.2022.AN).

⁵⁸⁴ Zob. Raport w wizytacji izby wytrzeźwień działającej w ramach Ośrodka Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin w Lublinie (KMP.574.5.2022.AO).

⁵⁸⁵ Zob. Raport w wizytacji izby wytrzeźwień działającej w ramach Pogotowia dla Osób Nietrzeźwych w Suwałkach (KMP.574.1.2022.AN).

Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r. – tabele wg jednostek

ZAKŁADY KARNE

Dubliny rozmowy z osadzonymi przez Skype'a	11, 14-15.02.2022
Przemysł rozmowy z osadzonymi przez Skype'a	11, 14-16.02.2022
Pińczów rozmowy z osadzonymi przez Skype'a	14-16.02.2022
Wojkowice	14-17.03.2022
Gębarzewo	20-22.04.2022
Wołów udział eksperta zewnętrznego – Marzena Ksel-Teleśnicka – lekarz	26-29.04.2022
Czarne	4-8.07.2022
Siedlce udział eksperta zewnętrznego – Marzena Ksel-Teleśnicka – lekarz	25-27.07.2022
Barczewo	17-20.10.2022
Razem 9	

ARESZTY ŚLEDCZE

Opole rozmowy z osadzonymi przez Skype'a	14-18.02.2022
Łódź	4-7.04.2022
Bydgoszcz udział eksperta zewnętrznego – Marzena Ksel-Teleśnicka – lekarz	10-12.10.2022
Razem 3	

OKRĘGOWE OŚRODKI WYCHOWAWCZE

Gacki	25-26.10.2022
Jerzmanice-Zdrój udział eksperta zewnętrznego – Paulina Siwiec – psycholog	24-25.11.2022
Razem 2	

POMIESZCZENIE DLA OSÓB ZATRZYMANYCH JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH POLICJI

KMP Suwałki	11.04.2022
KMP Kielce	6.06.2022
KPP Grodzisk Wielkopolski	18.07.2022
KPP Świebodzin	25.08.2022
KMP Piotrków Trybunalski	5.09.2022
KPP Głogów	12.09.2022
KPP Płońsk	19.09.2022
KMP Toruń Regionalny	13.10.2022
KMP Radom	24.10.2022
KPP Krotoszyn	7.11.2022
KWP Kraków Regionalny	14.11.2022
Razem 11	

POMIESZCZENIA DLA OSÓB ZATRZYMANYCH STRAŻY GRANICZNEJ

Sanok Bieszczadzki Oddział Straży Granicznej ad hoc w związku z dużą liczbą uchodźców spowodowaną wojną w Ukrainie	28.02.-4.03.2022
Krościenko Bieszczadzki Oddział Straży Granicznej ad hoc w związku z dużą liczbą uchodźców spowodowaną wojną w Ukrainie	28.02.-4.03.2022
Budomierz Bieszczadzki Oddział Straży Granicznej ad hoc w związku z dużą liczbą uchodźców spowodowaną wojną w Ukrainie	28.02.-4.03.2022
Medyka Bieszczadzki Oddział Straży Granicznej ad hoc w związku z dużą liczbą uchodźców spowodowaną wojną w Ukrainie	30.11.2022
Razem 4	

ZAKŁADY OPIEKUŃCZO-LECZNICZE / ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE

Zielona Góra Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy ul. Prosta 47a	22-24.08.2022
Razem 1	

PLACÓWKI CAŁODOBOWEJ OPIEKI DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, PRZEWLEKLE CHORYCH LUB W PODESZŁYM WIEKU

Zielonka „Czarneccy”	20.05.2022
Warszawa „Zielona Kraina” Olesin 114c	1-2.08.2022
Warszawa Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Olesin 129	2-3.08.2022
Stobno Dom Seniora „Stokrotka”	9.08.2022
Kraków Dom Spokojnej Jesieni „Beatus”	16-19.08.2022
Łódź Centrum Opieki „Familia” ul. Drużynowa 4	6-8.09.2022
Kaleń Dom Seniora	3.11.2022
Kraków Dom Opieki Senior ul. Bieżanowska 98c	15-16.11.2022
Łódź Dom Seniora „Radosny” ul. Lublinek 32	12-13.12.2022
Łódź Dom Seniora „Akacja” ul. Demokratyczna 85	14-15.12.2022
Razem 10	

ZAKŁADY POPRAWCZE I SCHRONISKA DLA NIELETNICH

Warszawa-Falenica	28-30.03.2022
Razem 1	

IZBY WYTRZEŻWIEŃ

Suwałki Pogotowie dla Osób Nietrzeźwych	12-13.04.2022
--	---------------

Lublin	20.06.2022
Razem 2	

STRZEŻONE OŚRODKI DLA CUDZOZIEMCÓW

Biała Podlaska	19.01.2022
Wędrzyn	20-21.01.2022
Przemyśl	31.01.-3.02.2022
Lesznowola udział eksperta zewnętrznego – Ewa Kownacka – psycholog	16.02.2022
Lesznowola ad hoc w związku z protestem głodowym cudzoziemców przebywających na terenie Ośrodka	29.04.2022
Przemyśl	1-2.12.2022
Razem 6	

MŁODZIEŻOWE OŚRODKI WYCHOWAWCZE

Lubaczów rozmowy z nieletnimi przez Skype'a	21-22.02.2022
Kalety rozmowy z nieletnimi przez Skype'a	21-23.02.2022
Lwówek Śląski	21-23.11.2022
Razem 3	

ZAKŁADY POPRAWCZE

Trzemeszno udział eksperta zewnętrznego – Jolanta Kowalczyk – psycholog	21-23.03.2022
Koszalin MOAS udział eksperta zewnętrznego – Zenobia Glac-Ściebóra – oligofrenopedagog	27-30.06.2022
Grodzisk Wielkopolski	19-21.07.2022
Nowe n. Wisłą	28-30.11.2022
Razem 4	

SCHRONISKA DLA NIELETNICH

Dominów	21-23.06.2022
Szczecin	10-12.08.2022
Razem 2	

SZPITALY PSYCHIATRYCZNE / ODDZIAŁY PSYCHIATRYCZNE

Warszawa Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej ul. Nowowiejska 27	4-6.05.2022
Gdańsk Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. Prof. Tadeusza Bilikiewicza udział eksperta zewnętrznego – Agnieszka Welento-Nowacka – psychiatra	23-26.05.2022
Ząbki Mazowiecki Szpital Wojewódzki „Drewnica” Sp. z o.o. udział eksperta zewnętrznego – Leszek Asman – psychiatra	11-14.07.2022
Działdowo Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Oddział Psychiatryczny	20-22.09.2022
Razem 4	

MIEJSCA DETENCJI POSTPENALNEJ

Czersk Oddział Zamiejscowy Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym	9-11.05.2022
Razem 1	

DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ

Nakło	17-19.05.2022
Ruda Piłczycka „Etoła”	7-9.06.2022
Kalisz ul. Winiarska 26	13-15.06.2022
Bogurzyn „Zdrowa Jesień”	18-19.07.2022
Głogów „Magnolia” ul. Neptuna 22/24	13-15.09.2022
Łętownia – Filia Jordanów udział eksperta zewnętrznego - Magdalena Skiba – psycholog	3-5.10.2022
Zduny	8-10.11.2022
Razem 7	

PLACÓWKI STRAŻY GRANICZNEJ

<p>Bobrowniki Podlaski Oddział Straży Granicznej ad hoc w związku z nagłym wzrostem liczby cudzoziemców zatrzymanych z powodu nielegalnego przekroczenia granic RP</p>	5.01.2022
<p>Krynki Podlaski Oddział Straży Granicznej ad hoc w związku z nagłym wzrostem liczby cudzoziemców zatrzymanych z powodu nielegalnego przekroczenia granic RP</p>	5.01.2022
<p>Narewka Podlaski Oddział Straży Granicznej ad hoc w związku z nagłym wzrostem liczby cudzoziemców zatrzymanych z powodu nielegalnego przekroczenia granic RP</p>	5.01.2022
<p>Krościenko Bieszczadzki Oddział Straży Granicznej ad hoc w związku z dużą liczbą uchodźców spowodowaną wojną w Ukrainie</p>	9–11.03.2022
<p>Korczowa Bieszczadzki Oddział Straży Granicznej ad hoc w związku z dużą liczbą uchodźców spowodowaną wojną w Ukrainie</p>	9–11.03.2022
<p>Medyka Bieszczadzki Oddział Straży Granicznej ad hoc w związku z dużą liczbą uchodźców spowodowaną wojną w Ukrainie</p>	9–11.03.2022
<p>Zosin Nadbużański Oddział Straży Granicznej ad hoc w związku z dużą liczbą uchodźców spowodowaną wojną w Ukrainie</p>	9–11.03.2022
<p>Narewka Podlaski Oddział Straży Granicznej ad hoc w związku z nagłym wzrostem liczby cudzoziemców zatrzymanych z powodu nielegalnego przekroczenia granic RP</p>	25.03.2022
<p>Białowieża Podlaski Oddział Straży Granicznej ad hoc w związku z doniesieniami o nielegalnym miejscu pozbawienia wolności funkcjonującego na terenie PSG</p>	18.05.2022
Razem 9	

Poczet Rzeczników



Ewa Łętowska
1987–1992



Tadeusz Zieliński
1992–1996



Adam Zieliński
1996–2000



Andrzej Zoll
2000–2006



Janusz Kochanowski
2006–2010



Irena Lipowicz
2010–2015



Adam Bodnar
2015–2021



Marcin Wiącek
od 2021



Od 11 kwietnia do 20 lipca 2010 r. oraz od 16 do 22 lipca 2021 r. obowiązki Rzecznika Praw Obywatelskich pełnił **Zastępca RPO Stanisław Trociuk**

15 lipca 1987 r. Sejm uchwalił ustawę o Rzeczniku Praw Obywatelskich
1 stycznia 1988 r. Rzecznik Praw Obywatelskich rozpoczął działalność

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa
bip.brpo.gov.pl
Infolinia Obywatelska 800 676 676

ISSN 0860-7958