



MAGDALENA MAŁEK
TŁUMACZ PRZYSIĘGŁY JĘZYKA ANGIELSKIEGO
TP/155/13
02-793 WARSZAWA, UL. MAŁCUŻYŃSKIEGO 7/2

TŁUMACZENIE POŚWIADCZONE Z JĘZYKA ANGIELSKIEGO

[Wszystkie komentarze w nawiasach kwadratowych pochodzą od tłumacza.]

[Dokument ma sześćdziesiąt osiem stron i został przedstawiony do tłumaczenia w postaci niesygnowanego pliku pdf.]

RADA EUROPY

Strasburg, 27 listopada 2017

Tajne

CPT (2017) 62

RAPORT

DLA RZĄDU RZECZPOSPOLITEJ POLSKIEJ Z WIZYTY EUROPEJSKIEGO KOMITETU DO SPRAW ZAPOBIEGANIA TORTUROM ORAZ NIELUDZKIEMU LUB PONIŻAJĄCEMU TRAKTOWANIU ALBO KARANIU (CPT)

przeprowadzonej w Polsce w dniach 11-22 maja 2017 r.

Przyjęty w dniu 10 listopada 2017 r.

Spis treści

NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE.....	3
Jednostki policyjne	3
Jednostki Straży Granicznej	4
Jednostki penitencjarne	5
Zakłady dla nieletnich.....	6
Ośrodki psychiatryczne	7
I. WPROWADZENIE	8
A. Wizyta, raport i wizytacja pokontrolna.....	8
B. Spotkania, w których brała udział delegacja	9
C. Krajowy Mechanizm Prewencji	10
II. USTALENIA POCZYNIONE W TRAKCIE WIZYTACJI ORAZ PROPONOWANE DZIAŁANIA.....	11
A. Jednostki policyjne.....	11
1. Uwagi wstępne.....	11



2.	Niewłaściwe traktowanie	13
3.	Środki służące ochronie przed niewłaściwym traktowaniem	18
4.	Warunki detencji.....	22
B.	Jednostki Straży Granicznej.....	23
1.	Uwagi wstępne.....	23
2.	Niewłaściwe traktowanie	24
3.	Warunki detencji.....	25
a.	Warunki materialne	25
b.	Reżim	26
4.	Opieka zdrowotna.....	27
5.	Środki ochrony	28
6.	Inne kwestie	29
C.	Jednostki penitencjarne	31
1.	Uwagi wstępne.....	31
2.	Niewłaściwe traktowanie	33
3.	Warunki detencji.....	33
a.	Warunki materialne	33
b.	Reżim	36
4.	Opieka zdrowotna.....	37
a.	Personel i traktowanie	37
b.	Badania lekarskie i poufność	39
c.	Problemy związane z narkotykami.....	41
5.	Inne kwestie	42
a.	Kontakt ze światem zewnętrznym.....	42
b.	Dyscyplina i środki przymusu bezpośredniego.....	43
D.	Zakłady dla nieletnich.....	45
1.	Uwagi wstępne.....	45
2.	Niewłaściwe traktowanie	46
3.	Warunki detencji.....	47
a.	Warunki materialne	47



b. Reżim	47
4. Opieka zdrowotna.....	48
5. Inne kwestie	48
a. Personel	48
b. Środki przymusu bezpośredniego.....	49
c. Kontakt ze światem zewnętrznym.....	51
E. Ośrodki psychiatryczne	51
1. Uwagi wstępne.....	51
2. Niewłaściwe traktowanie	57
3. Warunki bytowe	58
a. Ośrodek Regionalny i Ośrodek Krajowy w Gostyninie	58
b. Szpital Psychiatryczny w Toszku	59
4. Leczenie	60
5. Personel	64
6. Środki przymusu bezpośredniego.....	66
7. Środki ochronne w kontekście przymusowej hospitalizacji	70
Załącznik I Lista jednostek wizytowanych przez delegację CPT.....	73
Załącznik II Lista organów i organizacji, z którymi spotkała się i rozmawiała delegacja CPT.....	75

NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE

Szósta okresowa wizyta w Polsce dała możliwość oceny zakresu, w jakim rekomendacje poczynione po poprzednich wizytach Komitetu zostały wdrożone. Szczególną uwagę zwrócono na traktowanie osób zatrzymanych przez policję, cudzoziemców zatrzymanych w placówkach Straży Granicznej, tymczasowo aresztowanych i skazanych, nieletnich sprawców oraz

Jednostki policyjne

Zdecydowana większość osób, z którymi rozmawiała delegacja, a które niedawno były zatrzymane przez policję, stwierdziła, że były traktowane przez policję w sposób właściwy. Jednakże delegacja usłyszała szereg zarzutów fizycznego niewłaściwego traktowania. Większość tych zarzutów dotyczyła nadmiernego użycia siły podczas zatrzymania w stosunku do osób, które według relacji zostały już zatrzymane i nie



stawiały oporu (lub już nie stawiały oporu) przy zatrzymaniu. Część zasłyszanych zarzutów dotyczyła również fizycznego niewłaściwego traktowania (głównie uderzeń pięścią i kopnięć) w trakcie przesłuchania. Ustalenia delegacji podczas wizyty w roku 2017 wyraźnie wskazują, że osoby zatrzymane przez policję w Polsce nadal są narażone na znaczne ryzyko bycia niewłaściwie potraktowanym.

W świetle niektórych zarzutów zgłoszonych delegacji CPT podczas wizyty oraz doniesień medialnych udostępnionych w trakcie wizyty i po niej Komitet również rekomenduje, by zwrócono szczególną uwagę na przekazanie wszystkim funkcjonariuszom policji instrukcji dotyczących poprawnego zachowania w zakresie używania broni elektrycznej (paralizatorów) oraz egzekwowania tych zasad.

W zakresie podstawowych zabezpieczeń przed niewłaściwym traktowaniem popieranym przez CPT, tj. prawa do zawiadomienia osoby trzeciej o zatrzymaniu, prawa do dostępu do lekarza i prawnika, a także prawa do bycia poinformowanym o wspomnianych prawach, Komitet z rozczarowaniem stwierdza brak realnych postępów w tym zakresie od czasu poprzednich wizyt CPT. Delegacja usłyszała szereg zarzutów w zakresie opóźniania lub odmowy zawiadomienia o zatrzymaniu; w praktyce zapewnienie dostępu do prawnika po zatrzymaniu przez policję nadal jest niezmiernie rzadkie.

Warunki materialne w odwiedzonych jednostkach policyjnych były co do zasady akceptowalne dla okresów zatrzymania przewidzianych prawem.

Jednostki Straży Granicznej

Delegacja przeprowadziła wizytację pokontrolną (*follow-up visit*) w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Lesznowoli oraz pierwszą wizytę w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Białymstoku.

Delegacji nie zgłoszono zarzutów fizycznego niewłaściwego traktowania od zatrzymanych obywateli innych państw ze strony personelu w żadnym z odwiedzonych ośrodków strzeżonych. Jednakże, w przypadku ośrodka w Białymstoku, delegacja odniosła wrażenie, że przemoc wśród osadzonych cudzoziemców jest problemem i należałoby się nim zająć.

Warunki materialne były co do zasady akceptowalne w Białymstoku i w większości o bardzo wysokim standardzie w Lesznowoli; zatrzymanym cudzoziemcom zapewniono stosowny reżim.

Komitet z zaniepokojeniem odnotował, że nadal brakuje systemowego i gruntownego programu badań zatrzymanych cudzoziemców przy przybyciu w żadnym z odwiedzonych dwóch ośrodków strzeżonych. Co więcej, mimo poprzednich rekomendacji Komitetu, badania lekarskie nadal przeprowadzano w obecności funkcjonariuszy Straży Granicznej niebędących personelem medycznym.



W odniesieniu do środków prawnych, delegacja usłyszała szereg skarg na brak przekazywania cudzoziemcom informacji o decyzjach w sprawie ich zatrzymania i/lub środków prawnych, przy pomocy których możliwe jest ich zaskarżenie. Dodatkowo, wielu cudzoziemców, z którymi rozmawiała delegacja, wskazało, że nie dysponowali środkami finansowymi umożliwiającymi zatrudnienie prawnika.

Jednostki penitencjarne

Delegacja przeprowadziła pierwszorazowe wizyty w Areszcie Śledczym Warszawa-Służewiec, Areszcie Śledczym w Białymstoku oraz w Areszcie Śledczym w Gliwicach, a także wizytacje pokontrolne w Zakładzie Karnym nr 2 w Strzelcach Opolskich oraz w Areszcie Śledczym Warszawa-Białołęka.

Komitet odnotowuje wysiłki polskich władz w kierunku ograniczenia populacji osób osadzonych a także dalsze wysiłki w kierunku zmniejszenia liczby więźniów „niebezpiecznych” (mających status więźnia „N”). Jednakże CPT z żalem odnotowuje po raz kolejny, iż mimo wielokrotnych poprzednich rekomendacji oficjalny minimalny standard 3 m² powierzchni mieszkalnej przypadającej na jednego osadzonego pozostaje niezmienny.

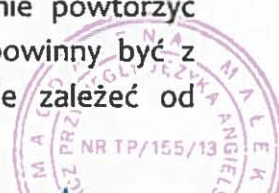
Delegacja nie usłyszała żadnych zarzutów fizycznego niewłaściwego traktowania przez personel w żadnym z odwiedzonych aresztów i zakładach karnych, a jedynie niewielką liczbę zarzutów dotyczącą przemocy słownej; co więcej, przemoc wśród osadzonych nie była częsta w odwiedzonych jednostkach.

Nieomal wszystkie odwiedzone jednostki wymagały pewnych renowacji, lecz w różnym stopniu. W tym kontekście pozytywną informacją jest fakt, że prace remontowe były planowane lub już trwały we wszystkich odwiedzonych jednostkach.

Jeśli chodzi o reżimy, Komitet odnotowuje wysiłki poczynione przez polskie władze by zapewnić skazanym możliwość pracy. Niestety reżim dla tymczasowo aresztowanych nadal pozostaje pod tym względem znacząco niedoskonały, mimo wielokrotnych rekomendacji CPT.

W zakresie ochrony zdrowia w wizytowanych jednostkach Komitet ponownie stwierdził brak dokładnych badań lekarskich przy przybyciu; w niektórych przypadkach opóźnienie sięgało nawet kilku dni. Co więcej, podobnie jak cztery lata temu, Komitet z żalem stwierdza, że nie wprowadzono żadnych ulepszeń w procedurze rejestrowania i zgłaszania obrażeń.

W zakresie kontaktu ze światem zewnętrznym, Komitet docenia niedawne zmiany w przepisach, które w końcu zniosły całkowity zakaz rozmów telefonicznych dla tymczasowo aresztowanych. Jednakże Komitet z żalem musi ponownie powtórzyć rekomendację kierowaną od lat, iż osoby tymczasowo aresztowane powinny być z zasady uprawnione do wizyt oraz do rozmów telefonicznych, a nie zależeć od



upoważnienia przez organ sądowy.

Komitet również podnosi te same kwestie problemowe, jakie wskazywał poprzednio w zakresie umieszczania skazanych w celi izolacyjnej. Między innymi Komitet wzywa polskie władze do wprowadzenia zmian w stosownych przepisach, tak aby maksymalny okres takiego umieszczenia wynosił 14 dni. Co więcej, należy wprowadzić zakaz stosowania następujących po sobie kar dyscyplinarnych, które skutkowałyby nieprzerwanym okresem odosobnienia przekraczającym maksymalny dopuszczony prawem czas.

Zakłady dla nieletnich

Delegacja przeprowadziła pierwszą wizytę w Zakładzie Poprawczym w Białymstoku, aby ocenić traktowanie nieletnich sprawców.

Delegacji nie zgłoszono zarzutów fizycznego niewłaściwego traktowania, a większość nieletnich wypowiadała się o personelu pozytywnie. Jednakże delegacja odniosła wrażenie, że przemoc wśród nieletnich miała miejsce i stwarzała zagrożenie dla bezpieczeństwa zarówno personelu jak i nieletnich.

Warunki materialne w jednostce były odpowiednie; pokoje i inne lokale były co do zasady w satysfakcjonującym stanie i porządku. Reżim aktywności zapewniany nieletnim był akceptowalny i obejmował edukację (około sześć godzin w dni robocze) i szkolenia zawodowe (budownictwo i ciesielstwo) w przestronnych i dobrze wyposażonych warsztatach.

W odniesieniu do ochrony zdrowia Komitet ma wątpliwości co do powierzchownego charakteru badań lekarskich przy przybyciu, które ponadto opóźniano w niektórych przypadkach. Komitet również prosi polskie władze o podjęcie środków mających na celu zapewnienie regularnych wizyt lekarza ogólnego w jednostce.

W zakresie stosowania środków przymusu, Komitet rekomenduje, by polskie władze wprowadziły zakaz stosowania związania agresywnych i/lub nerwowych osadzonych w zakładach poprawczych. Co więcej, należy podjąć kroki w Zakładzie Poprawczym w Białymstoku (i jeżeli dotyczy, również w innych zakładach poprawczych) by zapewnić, że wszelkie umieszczenie w pokoju zamkniętym stosowane jest wyłącznie w ostateczności, nie trwa więcej niż kilka godzin, i niezwłocznie jest zgłaszane lekarzowi. Dodatkowo, każde takie umieszczenie należy odnotować w centralnym rejestrze a także w aktach danego nieletniego.

Komitet podkreśla, że aktywne promowanie dobrego kontaktu ze światem zewnętrznym może być szczególnie korzystne dla nieletnich pozbawionych wolności. A zatem zaleca się, by polskie władze podjęły kroki celem wprowadzenia minimalnego uprawnienia do rozmów telefonicznych w zakładach poprawczych, bez konieczności zasłużenia na nie w postaci nagrody.



Ośrodki psychiatryczne

Delegacja odwiedziła Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej, Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie oraz Szpital Psychiatryczny w Toszku.

Delegacji nie zgłoszono zarzutów Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie niewłaściwego traktowania przez personel w odwiedzonych jednostkach; wielu pacjentów wypowiadało się bardzo dobrze na temat lekarzy, pielęgniarek, sanitariuszy i strażników.

Warunki bytowe w Gostyninie były co do zasady dobre, przy czym oba lokale Regionalnego i Krajowego Ośrodka przeszły niedawno remont generalny. Z kolei większość Szpitala Psychiatrycznego w Toszku jest stara i wymaga znacznej przebudowy i remontu.

Pacjenci Regionalnego Ośrodka w Gostyninie a także Szpitala Psychiatrycznego w Toszku mieli możliwość skorzystania z szeregu terapii, w tym farmakoterapii, psychoterapii, terapii zajęciowej oraz arteterapii.

W przypadku Krajowego Ośrodka, nie oferowano leczenia psychiatrycznego sensu stricto, i rzekomo około 75% pacjentów nie było zainteresowanych terapią. W tym przypadku delegacja nie mogła pozbyć się wrażenia, że istniał ogólny problem z koncepcją terapii, a w szczególności nie miano jasnej wizji co do tego, co robić z pacjentami, którzy odmawiają leczenia i uczestniczenia w działaniach rehabilitacyjnych. Komitet zatem rekomenduje poważne rozważenie koncepcji i filozofii leczenia w Krajowym Ośrodku w Gostyninie.

Poziom zatrudnienia personelu był ogółem wystarczający w odwiedzonych jednostkach. Jednakże w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku obecność personelu była wyraźnie niewystarczająca po godzinie 14.00 (do godziny 6.00 rano kolejnego dnia) a także w weekendy. Miało to negatywny wpływ na dostęp pacjentów do aktywności oraz ćwiczeń na świeżym powietrzu i zdecydowanie miało związek z zaobserwowaną praktyką względnie długich okresów unieruchomienia mechanicznego (pasy) stosowanego wobec niewielkiej liczby co bardziej wymagających pacjentów.

Choć w odwiedzonych ośrodkach ogółem nie sięgano w stopniu nadmiernym po środki przymusu, delegacja zaobserwowała względnie długie okresy (do 24 godzin) mechanicznego związania stosowane w odniesieniu do niewielkiej liczby bardziej wymagających pacjentów a także dosyć częste stosowanie odosobnienia dorosłych pacjentów sądowych – sprawców skierowanych do leczenia psychiatrycznego w szpitalu w Toszku. W tym kontekście Komitet również wyraża pogląd, iż nieletni poniżej wieku 18 lat nie powinni, co do zasady, być nigdy poddawani unieruchomieniu.

W odniesieniu do środków ochronnych w kontekście przymusowej hospitalizacji, Komitet



odniósł wrażenie, że przestrzegano przepisów prawnych, a pacjentom zapewniono wszystkie prawa, jakie są przewidziane przepisami. Jednakże Komitet ma poważne obawy co do szeregu luk w obecnie obowiązujących ramach prawnych, takich jak brak formalnego mechanizmu prawnego, którego celem byłaby okresowa analiza hospitalizacji pacjentów skierowanych na przymusowe leczenie psychiatryczne (*civil involuntary hospitalisation*), brak rozróżnienia pomiędzy zgodą na hospitalizację a zgodną na leczenie dla pacjentów skierowanych na przymusowe leczenie psychiatryczne, niewystarczające zapewnienie drugiej opinii psychiatrycznej (spoza szpitala przyjmującego), nieskuteczna organizacja pomocy prawnej oraz – w przypadku sprawców kierowanych na przymusowe leczenie (*forensic patients*) – niewystarczające gwarancje umożliwienia im skorzystania z ich praw do uczestniczenia w rozprawach sądowych

I. WPROWADZENIE

A. Wizyta, raport i wizytacja pokontrolna

1. Na podstawie art. 7 Europejskiej konwencji w sprawie zapobiegania torturom oraz niehumanicznemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (dalej: Konwencja), delegacja Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Niehumanicznemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo karaniu (CPT) w dniach 11 – 22 maja 2017 r. przeprowadziła wizytę w Polsce. Wizyta stanowiła część programu wizyt CPT na rok 2017 i była szóstą tego rodzaju wizytą w Polsce.¹

2. Wizyta została przeprowadzona przez następujących członków CPT:

- Mykola Gnatovskyy, Przewodniczący CPT (przewodniczący delegacji)
- Maria Jose Garcia-Galan San Miguel
- Marie Lukasová
- Davor Strinović
- George Tugushi.

Towarzyszyli im Borys Wódcz (Naczelnik), Dalia Žukauskienė i Natacha De Roeck z Sekretariatu CPT. Delegację wspierały następujące osoby:

- Andres Lehtmeets, Kierownik Centrum Psychiatrii, Szpital Centralny w Tallinie Zachodnim, Estonia (ekspert)
- Aleksander Jakimowicz (tłumacz)

¹ Wszystkie sprawozdania z poprzednich wizyt CPT w Polsce wraz z odpowiedziami rządu polskiego zostały upublicznione na stronie internetowej Komitetu pod adresem <http://www.coe.int/en/web/cpt/Poland>.



- Piotr Pastuszko (tłumacz)
- Aleksandra Sobczak (tłumacz)
- Przemysław Wnuk (tłumacz)
- Artur Zapałowski (tłumacz)

3. Lista funkcjonariuszy policji, Straży Granicznej, jednostek penitencjarnych, zakładów poprawczych oraz ośrodków psychiatrycznych odwiedzonych przez delegację CPT znajduje się w Załączniku I.

4. CPT przyjął raport z wizyty podczas swojej 94 sesji, która odbyła się 6-10 listopada 2017 r. i przekazał go polskim władzom w dn. 27 listopada 2017 r. Rekomendacje, komentarze i wnioski o udzielenie informacji poczynione przez CPT są w niniejszym raporcie wyłuszczone. CPT prosi, by polskie władze przedstawiły w terminie sześciu miesięcy odpowiedź, zawierającą pełny opis działań podjętych przez nie celem wdrożenia rekomendacji Komitetu oraz odpowiedzi na komentarze i wnioski o udzielenie informacji przedstawione w niniejszym raporcie.

B. Spotkania, w których brała udział delegacja

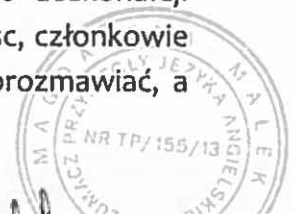
5. Podczas wizyty delegacja spotkała się z panem Łukaszem Piebiakiem, Podsekretarzem Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości, panem Zbigniewem Królem, Podsekretarzem Stanu w Ministerstwie Zdrowia, a także z innymi wyższymi urzędnikami państwowymi z wspomnianych ministerstw, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Komendy Głównej Policji, Komendy Głównej Straży Granicznej, Służby Więziennej oraz Prokuratury Krajowej.

Odbyły się również spotkania z panem Stanisławem Trociukiem, zastępcą rzecznika praw obywatelskich oraz z personelem Krajowego Mechanizmu Prewencji, a także z organizacjami pozarządowymi oraz międzynarodowymi działającymi w obszarze leżącym w zainteresowaniu CPT.

Pełna lista instytucji krajowych, organizacji pozarządowych i międzynarodowych, z którymi spotkała się delegacja, zamieszczono w Załączniku nr 2.

6. CPT pragnie wyrazić wdzięczność oficerom łącznikowym ustanowionym przez polskie władze, panom Wojciechowi Deptuła i Pawłowi Kaczorowi z Ministerstwa Sprawiedliwości, za sprawną pomoc okazaną delegacji przed, w trakcie oraz po zakończeniu wizytacji.

7. Współpraca wszystkich wizytowanych miejsc z delegacją (także tych, które nie zostały zawiadomione z wyprzedzeniem o wizycie), zasługuje na miano doskonałej. Delegacja uzyskała bezpośredni dostęp do wszystkich wizytowanych miejsc, członkowie delegacji mogli rozmawiać na osobności z osobami, z którymi chcieli porozmawiać, a



także otrzymali niezbędne im informacje.⁸

8. Zasada współpracy Państw - Stron z Komitetem nie może jednak ograniczać się do podejmowania kroków obliczonych na ułatwienie realizacji zadań wizytującej delegacji, co zresztą podkreślano podczas poprzednich wizytacji CPT w Polsce. Zasada ta wymaga także podejmowania decyzji służących poprawieniu sytuacji w świetle zaleceń CPT.

Mając powyższe na względzie Komitet wyraża zaniepokojenie z powodu faktu, iż pomimo przeprowadzenia sześciu okresowych wizyt w Polsce podjęto nieliczne działania w celu implementacji kilku zaleceń długookresowych, w tym m.in. w kwestii praktycznego funkcjonowania fundamentalnych gwarancji dla osób zatrzymanych przez policję,² w kwestii reżimu wobec osób tymczasowo aresztowanych i ograniczania ich kontaktu ze światem zewnętrznym,³ w kwestii niewystarczającego badania pod kątem obrażeń przy przybyciu do aresztu (w tym mechanizmy rejestrowania i zgłaszania obrażeń),⁴ a także brak obecności personelu medycznego w zakładach karnych 24 godziny na dobę.⁵

Ponadto, Komitet z zaniepokojeniem odnotowuje, że norma prawna określająca powierzchnię przypadającą na jednego więźnia⁶ nadal nie została dostosowana do standardu CPT (tzn. przynajmniej 4 m² powierzchni życiowej na jednego więźnia w celach wieloosobowych z wyłączeniem sanitariatów, oraz co najmniej 6 m² w celach jednoosobowych, z wyłączeniem sanitariatów).

9. Komitet zmuszona jest podkreślić, iż jeżeli nie nastąpi poprawa sytuacji zgodnie z rekomendacjami CPT, Komitet może być zmuszony do rozważenia zasadności zastosowania rozwiązania określonego w art. 10 ust. 2 Konwencji.⁷ Komitet wyraża jednak nadzieję, że działania podjęte przez polskie władze w odpowiedzi na niniejszy raport sprawią, że podjęcie takiego kroku nie będzie konieczne.

C. Krajowy Mechanizm Prewencji

10. Tak jak wspomniano w par. 5 powyżej, na początku wizyty delegacja CPT spotkała się z zastępcą rzecznika praw obywatelskich (RPO) oraz z personelem Krajowego

² Zob. par. 23-30 poniżej.

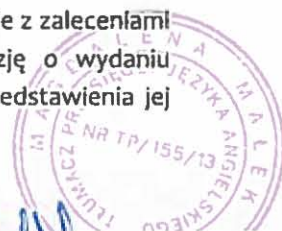
³ Zob. par. 72 i 82-84 poniżej.

⁴ Zob. par. 78 i 80 poniżej.

⁵ Zob. par. 75 i 76 poniżej.

⁶ tj. 3m²

⁷ „W przypadku gdy Strona uchyla się od współpracy lub odmawia poprawy sytuacji zgodnie z zaleceniami Komitetu, Komitet większością dwóch trzecich swych członków może podjąć decyzję o wydaniu publicznego oświadczenia w tej sprawie, jednak po uprzednim umożliwieniu Stronie przedstawienia jej stanowiska.”



Mechanizmu Prewencji (KMP).⁸

Z dyskusji wynika, że głównymi obawami Biura RPO i KMP był budżet (przyjmowany przez Parlament), który był w danym czasie niewystarczający do pokrycia potrzeb operacyjnych KMP. Dodatkowo, budżet był w ostatnich latach ograniczany⁹, co zmusiło RPO do ograniczenia działalności KMP. W rezultacie w roku 2016 r. odbyło się tylko 85 wizyt w miejscach pozbawienia wolności¹⁰ w porównaniu z 121 wizytacjami w 2015 r., a RPO ogłosił, że KMP nie będzie póki co w stanie odwiedzać żadnych prywatnych instytucji tego rodzaju.

Pod względem personelu, dostępne finansowanie umożliwiło wypłacenie wynagrodzeń 12 pracownikom KMP¹¹ i nie zapewniło poszerzenia puli dostępnych ekspertów dla Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2016 roku (której celem było zapewnienie profesjonalnej wiedzy eksperckiej, w tym w zakresie medycyny, jakiej KMP potrzebuje).

11. Tak jak już Komitet podkreślał podczas wizyty w 2013 roku,¹² dalsze zwiększenie zasobów (tak ludzkich jak i finansowych) polskiego KMP jest niezbędne by mechanizm ten mógł skutecznie wykonywać rolę krajowego mechanizmu monitorującego miejsca pozbawienia wolności, zdolnego do przeprowadzania częstych i niezapowiedzianych wizytacji we wszystkich typach takich miejsc w skali całego kraju. W świetle informacji, jakie delegacja otrzymała podczas wizyty w 2017 r., Komitet nie ma innego wyjścia jak powtórzyć swoje zalecenie, iż należy podjąć kroki w celu zwiększenia w sposób znaczny zasobów oddawanych do dyspozycji Krajowemu Mechanizmowi Prewencji.

II. USTALENIA POCZYNIONE W TRAKCIE WIZYTACJI ORAZ PROPONOWANE DZIAŁANIA

A. Jednostki policyjne

1. Uwagi wstępne

12. Ramy prawne regulujące kwestię zatrzymania pełnoletnich podejrzanych o popełnienie przestępstw przez policję pozostały w zasadzie niezmienione od poprzedniej

⁸ Od stycznia 2008 r., zadania KMP, zgodnie z zobowiązaniami Polski wynikającymi z Protokołu Fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, zostały przypisane rzecznikowi.

⁹ Np. całkowity budżet Biura RPO wyniósł około 37 mln zł (ok. 8,7 mln euro) w 2015 r., natomiast w 2016 r. około 35 mln zł.

¹⁰ Głównie tematyczne wizytacje w więzieniach, dotyczące przede wszystkim traktowania osadzonych z niepełnosprawnościami, a także w instytucjach pomocy społecznej.

¹¹ Według szacunków Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, w Polsce znajduje się około 1800 miejsc pozbawienia wolności.

¹² Zob. par. 12 CPT/Inf (2014) 21.



wizyty CPT. Osoby zatrzymane przez policję muszą być w ciągu 48 godzin od zatrzymania doprowadzone przed sąd z wnioskiem o zastosowanie tymczasowego aresztowania (tj. aresztu). Osoby takie muszą być zwolnione, jeżeli w ciągu 24 godzin od zatrzymania nie doręczono im odpisu postanowienia sądu nakazującego zastosowanie wobec nich aresztu tymczasowego. Osoby tymczasowo aresztowane muszą zostać niezwłocznie przewiezione do aresztu śledczego.

W przypadku zatrzymania nieletnich podejrzanych o popełnienie przestępstw, muszą oni zostać zwolnieni przez policję, jeżeli w terminie 72 godzin nie zostanie wydana decyzja sądu o umieszczeniu ich w schronisku dla nieletnich, stosownym ośrodku wychowawczym lub odpowiednim zakładzie leczniczym. Ponadto, ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich (ustawa o nieletnich)¹³ umożliwia policji umieszczenie nieletnich w policyjnej izbie dziecka (PID)¹⁴ na czas nie dłuższy niż 5 dni, jeżeli uciekli oni ze schroniska, zakładu wychowawczego lub poprawczego, a także w oczekiwaniu na przekazanie ich do innej instytucji po wydaniu przez sąd stosownej decyzji. Dodatkowo, art. 40a ustawy o nieletnich pozwala policji na umieszczenie w policyjnej izbie dziecka na czas do 24 godzin nieletniego przekazywanego do schroniska, zakładu poprawczego lub wychowawczego, w przypadku „uzasadnionej przerwy w konwoju”.

Zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami, policja może zatrzymać osoby nietrzeźwe na czas do 24 godzin; osoby takie powinny być zwolnione, gdy wynik badania alkomatem będzie negatywny.

Ponadto, ustawa o policji¹⁵ pozwala policji doprowadzać osoby zatrzymane do „pokojów przejściowych” (na komisariatach policji) na czas niezbędny do przygotowania przewozu do policyjnej izby zatrzymań, policyjnej izby dziecka lub jednostki penitencjarnej (nie może on jednak w żadnym wypadku przekraczać 6 godzin), jak również w „tymczasowych pomieszczeniach przejściowych” (które mogą znajdować się poza jednostkami organizacyjnymi policji) na czas niezbędny do podjęcia decyzji w przedmiocie dalszego postępowania z takimi osobami (nie może on jednak w żadnym przypadku przekraczać 8 godzin). Wskazać należy, że czas spędzony we wspomnianych pomieszczeniach przejściowych mieści się w granicach maksymalnego dozwolonego okresu zatrzymania przez policję.

13. Tak jak to miało miejsce podczas wizyty w 2013 r., informacje uzyskane przez delegację CPT podczas wizyty sugerują, że wspomniane powyżej limity prawne były w praktyce przestrzegane. W większości przypadków podejrzani o popełnienie

¹³ Zob. par. 92 poniżej.

¹⁴ „Policyjna izba dziecka”.

¹⁵ Art. 15 ust. 7 lit. b.



przestępstw byli zatrzymywani na czas pomiędzy 24 a 48 godzin, po czym byli zwalniani lub przekazywani do aresztu śledczego.

14. W odniesieniu do przepisów regulujących zatrzymywanie w jednostkach policyjnych cudzoziemców zatrzymanych na podstawie przepisów o cudzoziemcach, zob. par. 35 poniżej.

2. Niewłaściwe traktowanie

15. Zdecydowana większość osób, z którymi rozmawiała delegacja, a które niedawno były zatrzymane przez policję, stwierdziła, że były traktowane przez policję w sposób właściwy. Jednakże delegacja usłyszała szereg zarzutów fizycznego niewłaściwego traktowania.

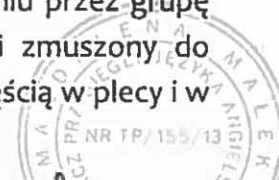
Większość tych zarzutów dotyczyła *nadmiernego użycia siły* podczas zatrzymania (uderzenia otwartą dłonią, uderzenia pięścią, kopnięcia, uderzenia pałkami policyjnymi, używanie paralizatorów elektrycznych oraz zbyt ciasne zapinanie kajdanek) w stosunku do osób, które według relacji zostały już zatrzymane i nie stawiały oporu (lub już nie stawiały oporu) przy zatrzymaniu. Część zasłyszanych zarzutów dotyczyła również *fizycznego niewłaściwego traktowania* (głównie uderzeń pięścią i kopnięć) w trakcie przesłuchania, w tym dwa zarzuty niewłaściwego zachowania o takim ciężarze, iż można byłoby je uznać za tortury, tj. duszenie poprzez nałożenie plastikowej torby na głowę i uderzenia pałkami policyjnymi w pięty stóp. W jednym z przypadków (zob. par. 17 poniżej), ofiara złożyła oficjalną skargę na takie traktowanie do stosownych władz.

Co więcej, niektóre osoby twierdziły, że w trakcie zatrzymania przez policję grożono im i/albo obrażano słownie.

16. W niektórych przypadkach delegacja zapoznała się z dokumentacją lekarską, która okazała się spójna z zarzutami fizycznego niewłaściwego traktowania, na przykład:

– osoba, z którą delegacja rozmawiała na komisariacie w Warszawie w dniu 14 maja 2017 r. twierdziła, że przy zatrzymaniu trzy dni wcześniej został w sposób mocny pchnięty na ziemię przez zatrzymujących go funkcjonariuszy (mimo iż według własnej relacji nie stawiał oporu) i następnie kopany i bity pięściami, podczas gdy był skuty kajdankami. Po badaniu przeprowadzonym przez lekarza - członka delegacji, wykazano u tej osoby: ranę nad lewą brwią o wymiarze 1,5 cm, krwiak w okolicy lewej skroni o wymiarze 2 cm i inny krwiak, lekko żółtawy w kolorze, mierzący około 4 cm średnicy; zaobserwowano stan zapalny i zaczerwienienie skóry, wielkości około 2 cm na lewym nadgarstku, będące prawdopodobnie skutkiem zbyt ciasnego zapięcia kajdanek;

– tymczasowo aresztowany, z którym delegacja rozmawiała w Areszcie Śledczym Warszawa-Służewiec w dniu 15 maja 2017 r. twierdził, że przy zatrzymaniu przez grupę siedmiu policjantów osiem dni wcześniej został pchnięty na ziemię i zmuszony do położenia rąk na głowie. Następnie według swojej relacji był uderzany pięścią w plecy i w



okolicy lędzwiowej przez około pięć minut. Następnie został umieszczony w radiowozie i zawieszony na komisariat, gdzie ponownie go bito pięścią, tym razem po twarzy. Twierdził również, że zmuszono go do ukłęknięcia w zgięciu i pozostania w tej pozycji przez około dziesięć minut. Policjanci mieli mu powiedzieć, że jeżeli upadnie, to go uderzą. Został zawieszony do szpitala na badanie lekarskie w obecności funkcjonariuszy policji, lecz zanim do niego doszło rzekomo musiał się umyć, ponieważ był brudny i pokryty krwią. Rzekomo żądał przeprowadzenia oględzin, lecz policja odmówiła przeprowadzenia go. Po zbadaniu przez lekarza - członka delegacji, u osoby tej stwierdzono: głęboką ranę o wymiarach około 3 na 4 cm na szczycie prawego ramienia, z widocznym stanem zapalnym; widoczny był strup, żółto-brązowy, który miał około osiem dni.

Po prawej stronie czoła stwierdzono czerwoną ranę mierzącą około 1 cm; stwierdzono również krwiaki z nacięciami na obu nadgarstkach, żółte w kolorze, prawdopodobnie będące skutkiem zbyt ciasnego zapięcia kajdanków.

17. Podczas wizyty w Zakładzie Poprawczym w Białymstoku, delegacja rozmawiała z panem Dominikiem Brazukiem (wiek: 20 lat), który twierdził, że po jego zatrzymaniu w dniu 20 marca 2017 r. został zabrany do Rejonowej Komendy Policji w Sochaczewie, gdzie był fizycznie niewłaściwie traktowany (kopany, uderzany pałką policyjną i duszony przy użyciu plastikowej torby nakładanej na głowę) przez pięciu policjantów w trakcie przesłuchania.

Pan Brazuk powiedział delegacji, że jego prawnik złożył oficjalną skargę na zarzucane niewłaściwe traktowanie/tortury. CPT chciałaby otrzymać, w stosownym terminie, informacje dotyczące dalszego rozwoju sytuacji w związku z tą skargą, w tym w sprawie wszelkich postępowań/śledztw a także sankcji dyscyplinarnych i/lub karnych zastosowanych w jej wyniku.

18. Na początku wizyty delegacja została poinformowana przez polskie władze o krokach podjętych celem zwalczania niewłaściwego traktowania przez policję zgodnie z zaleceniami CPT wskazanymi w raporcie z 2013 roku.

Obejmowały one przyjęcie nowej Strategii Praw Człowieka i Planu Działania dla policji, które obejmują m. in. wprowadzenie nowego programu nauczania zarówno w zakresie szkolenia nowych funkcjonariuszy oraz szkoleń realizowanych w trakcie służby dla funkcjonariuszy policji, w tym w szczególności dla osób, które pełnią funkcje strażnicze w jednostkach policyjnych.

Rozmówcy delegacji nawiązali również do procedury współpracy z RPO już opisanej w par. 20 sprawozdania z wizyty z 2013 r.¹⁶ oraz procedury rozpatrywania skarg na

¹⁶ Zgodnie z poleceniem wydanym przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Biuro Spraw Wewnętrznych Komendy Głównej Policji oraz Pełnomocnik Komendanta Głównego Policji ds. Ochrony



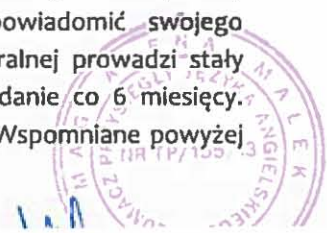
niewłaściwe potraktowanie przez policję, które winny być bezpośrednio i niezwłocznie przekazywane do właściwego prokuratora, a także oprócz tego do właściwego pełnomocnika policji ds. ochrony praw człowieka oraz do Biura Spraw Wewnętrznych Policji. W tym kontekście nawiązano również do instrukcji wydanych przez Prokuratora Generalnego w czerwcu 2014 r.¹⁷ w sprawie rozpoznawania spraw dotyczących zarzutów tortur i niewłaściwego traktowania przez policję i pozostałych funkcjonariuszy ochrony porządku publicznego.¹⁸

Praw Człowieka są zobowiązani do regularnego i niezwłocznego informowania RPO o wszelkich skargach na niewłaściwe traktowanie przez funkcjonariuszy policji, jakie otrzymują. Rzecznik Praw Obywatelskich jest także automatycznie informowany o wszystkich incydentach dot. funkcjonariuszy policji, których skutkiem była śmierć lub poważne obrażenia, jak również o sprawach, w których (*prima facie*) pojawia się podejrzenie nieuzasadnionego użycia przemocy lub środków przymusu.

¹⁷ PG VII021/4/14.

¹⁸ Główne elementy tych instrukcji są następujące: prokuratorzy są zobowiązani do wszczynania postępowań niezwłocznie po otrzymaniu skargi lub innej informacji dotyczącej domniemanych tortur/niewłaściwego traktowania. Co do zasady (za wyjątkiem sytuacji wyjątkowych, kiedy to zaistnieją nadzwyczajne obiektywne przeszkody) prokurator musi osobiście i bezpośrednio przesłuchać skarżącego lub inną osobę, która przekazała informacje o domniemanych torturach/niewłaściwym traktowaniu; osobę taką przesłuchuje się w roli świadka. Zabrania się zamykania postępowania po przesłuchaniu: inne (materialne) dowody są zawsze wymagane, zanim możliwe będzie wydanie decyzji o zakończeniu postępowania. Policja lub inni funkcjonariusze ochrony porządku publicznego mogą wyłącznie otrzymać zadania związane z operacyjnym prowadzeniem postępowania w wyjątkowych i ograniczonych (zakresem) sprawach; zasada jest taka, że działania takie powinny być realizowane osobiście i bezpośrednio przez prokuratora. Prokurator prowadzący postępowanie odpowiada osobiście za skuteczność i ekonomię postępowania; wszelkie opóźnienia winny być uzasadniane wyraźnie w sposób szczegółowy oraz na piśmie. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do bezstronności danego prokuratora (lub nawet wszystkich prokuratorów z danej prokuratury), starszy prokurator musi przekazać prowadzenie postępowania prokuratorowi / zespołowi prokuratorów z innego rejonu, pomijając zwyczajowo obowiązujące reguły dotyczące właściwości miejscowej.

Jeżeli zastosowano nadzwyczajne „środki przymusu”, prokurator musi zbadać, czy były one zastosowane w sposób uzasadniony oraz czy dostępna dokumentacja stosownie to odzwierciedla. Za każdym razem gdy domniemana ofiara odniosła obrażenia, należy niezwłocznie zarządzić przeprowadzenie badania lekarskiego przez lekarza sądowego. W przypadku gdy trwa równoległe postępowanie dyscyplinarne lub wewnętrzne, prokurator winien zapoznać się ze stosowną dokumentacją. Działania policji / funkcjonariuszy ochrony porządku publicznego należy oceniać pod względem ich zgodności z prawem, uwzględniając okoliczności faktyczne oraz zakres uprawnień urzędowych funkcjonariusza w danych okolicznościach. Jeżeli ustalone zostaną wystarczające dowody potwierdzające niewłaściwe zachowanie, prokurator musi zawiadomić przełożonych danego funkcjonariusza oraz żądać podjęcia natychmiastowych kroków, w tym przed zakończeniem postępowania. Sprawy dotyczące tortur/niewłaściwego traktowania winne podlegać szczególnie dogłębnej regularnej kontroli przez nadzorujących prokuratorów. Za każdym razem, kiedy prokurator wszczyna postępowanie w takiej sprawie, musi niezwłocznie powiadomić swojego przełożonego. Departament Postępowania Przygotowawczego Prokuratury Generalnej prowadzi stały monitoring tego typu spraw i przedstawia Prokuratorowi Generalnemu sprawozdanie co 6 miesięcy. Wszelkie zalecenia są również niezwłocznie komunikowane danym prokuratorom. Wspomniane powyżej



Wyżsi rangą przedstawiciele Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji stanowczo twierdzili, że wspomniane wyżej kroki i procedury mają pozytywny wpływ, o czym świadczy zmniejszenie liczby zdarzeń z użyciem przemocy odnotowanych w jednostkach policyjnych (44 w 2014 r., 33 w 2015 r., 27 w 2016 r.) oraz zmniejszenie się liczby zgonów osób zatrzymanych (z 20 w 2014 r. do 9 w 2016 r.).

19. Delegacja otrzymała również dane statystyczne dotyczące postępowań przeciwko funkcjonariuszom policji wskutek skarg na niewłaściwe traktowanie i inne formy niestosownego zachowania.

Zgodnie z tymi danymi, w roku 2016 r. Wydział Spraw Wewnętrznych Policji otrzymał 291 skarg na niezgodne z prawem użycie siły fizycznej przez policję (z których 180 skierowano do prokuratury, jedną rozpatrywał Wydział Spraw Wewnętrznych), 354 skargi dotyczące użycia środków szczególnych („środków przymusu”) – z których 108 skierowano do prokuratury, a dwa uznano za potwierdzone, 192 skargi dotyczące gróźb (z których 51 skierowano do prokuratury, żadnej nie potwierdzono), i 59 skarg na wymuszanie zeznań (21 z nich skierowano do prokuratury, żadne nie zostały potwierdzone).

Co więcej, według danych przekazanych przez wszystkie prokuratury rejonowe Prokuraturze Krajowej, w roku 2016 prowadzono 428 postępowań na podstawie art. 246, 247 i 231 § 1 kodeksu karnego (kk)¹⁹ w odniesieniu do przestępstw popełnionych rzekomo przez funkcjonariuszy policji podczas lub w związku z wykonywaniem swoich obowiązków. Na dzień 31 grudnia 2016 r., 184 postępowań umorzyły sądy, prokuratorzy odmówili wszczęcia postępowania przygotowawczego w 183 przypadkach, akt oskarżenia wniesiono do sądu w 4 przypadkach, wniosek o warunkowe umorzenie postępowania został wniesiony do sądu w jednej sprawie, 56 spraw nadal jest rozpatrywanych.

20. CPT pragnie podziękować polskim władzom za wspomniane wyżej dane statystyczne. By dysponować pełnym i aktualnym obrazem sytuacji, CPT pragnie otrzymać następujące informacje za rok 2017:

- liczba skarg na niewłaściwe traktowanie wniesionych przeciwko funkcjonariuszom policji i liczba postępowań karnych/dyscyplinarnych, które w ich następstwie zostały wszczęte;
- zestawienie sankcji karnych/dyscyplinarnych, które zostały zastosowane w następstwie wniesienia takich skarg.

instrukcje dotyczą również wszystkich spraw zabójstw z udziałem policji/innych funkcjonariuszy ochrony porządku publicznego.

¹⁹ Niewłaściwe traktowanie celem wymuszenia zeznań, niewłaściwe traktowanie osoby pozbawionej wolności oraz przekroczenie uprawnień służbowych.



21. Odnotowując z należytą starannością różne środki, o których mowa w par. 18 powyżej, ustalenia delegacji podczas wizyty w roku 2017 wyraźnie wskazują, że osoby zatrzymane przez policję w Polsce nadal są narażone na znaczne ryzyko bycia niewłaściwie potraktowanym. Stanowi to źródło poważnych obaw po stronie Komitetu oraz wskazuje, iż polskie władze powinny zintensyfikować swoje wysiłki w tym obszarze.

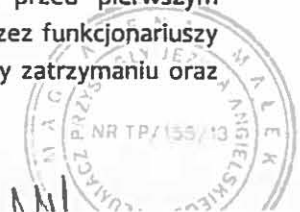
W tym kontekście należy podkreślić, iż na krótko przed wizytą Komitetu Rzecznik Praw Obywatelskich wydał oświadczenie dotyczące trwającego sięgania przez policję po tortury (i inne formy rażącego niewłaściwego traktowania).²⁰

W świetle powyższego CPT wzywa polskie władze do podejmowania dalszych intensywnych wysiłków na rzecz zwalczania niewłaściwego traktowania przez funkcjonariuszy policji. Funkcjonariuszom policji w całym kraju winno się przypomnieć, że wszystkie formy niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności (w tym słowna obraza) są niezgodne z prawem i będą odpowiednio karane.

Należy również przypomnieć funkcjonariuszom policji, że jeśli chodzi o użycie siły, należy używać jej tylko tyle, ile jest wyraźnie konieczne do przeprowadzenia zatrzymania, a po zatrzymaniu i obezwładnieniu zatrzymanych osób, nie ma uzasadnienia dla bicia zatrzymanych. Dodatkowo, funkcjonariusze policji muszą zostać przeszkoleni w zakresie zapobiegania i minimalizowania użycia przemocy w kontekście zatrzymania. W przypadkach, gdy zastosowanie siły jest niezbędne, powinni oni być w stanie stosować techniki profesjonalne, które ograniczają w jak najszerszym możliwym stopniu ryzyko wyrządzenia szkody osobom, które mają być zatrzymane.

22. W świetle niektórych zarzutów przekazanych delegacji CPT podczas wizyty (zob.

²⁰ Twierdził, że w okresie 2008-2015 (włącznie), 33 funkcjonariuszy policji skazano w 22 sprawach karnych z art. 246 kk. W 2016 roku wyroki dotyczące dalszych dziewięciu funkcjonariuszy stały się prawomocne. Oświadczenie Rzecznika Praw Obywatelskich opisuje konkretne przypadki z przykładami niewłaściwego traktowania/tortur, takimi jak: uderzanie pałkami policyjnymi po całym ciele (w tym po podeszwach stóp); stosowanie paralizatorów elektrycznych (razenie prądem) na różnych częściach ciała (w tym genitaliach); używanie gazu pieprzowego na twarzy; zakładanie plastikowej torby na głowę; rozbieranie osoby do naga i wystawianie jej na widok kilku funkcjonariuszy policji; grożenie (gwałtem, podłożeniem narkotyków, dodatkowymi zarzutami karnymi, psem policyjnym, przemocą wobec krewnych danej osoby, strzeleniem w kolano podczas rzekomej 'próby ucieczki', długotrwała izolacja oraz pozbawienie kontaktu z rodzicami – to ostatnie dotyczyło sprawy nieletniego); zmuszenie osoby do pozostawania przez dłuższy czas w bolesnej pozycji; ściskanie jąder i dotykanie genitaliów. Rzecznik Praw Obywatelskich dodał, że w niektórych przypadkach osoby poddane takiemu traktowaniu nie były oskarżane o poważne przestępstwa oraz że wśród takich osób były młode kobiety oraz osoby nieletnie. W niektórych przypadkach poddawano je takiemu traktowaniu podczas gdy były skute kajdankami. Dodał również, że niewłaściwe traktowanie / tortury z reguły mają miejsce na samym początku zatrzymania przez policję, przed pierwszym przesłuchaniem, i w salach na komisariatach, podczas wstępnego przesłuchiwania przez funkcjonariuszy policji kryminalnej; czasami takie niewłaściwe traktowanie miało również miejsce przy zatrzymaniu oraz podczas przewozu radiowozem.



par. 15 powyżej) oraz doniesień medialnych udostępnionych w trakcie wizyty i po jej zakończeniu (w szczególności dotyczących sprawy pana Igora Stachowiaka, który zmarł po zatrzymaniu przez funkcjonariuszy policji z Komendy Policji Wrocław-Stare Miasto w dniu 15 maja 2016 r., po tym jak wielokrotnie użyto wobec niego paralizatora, kiedy był skuty kajdankami i unieruchomiony na podłodze²¹), Komitet zaleca również, by zwrócić szczególną uwagę na przypomnienie wszystkim policjantom instrukcji dotyczących właściwego zachowania w zakresie używania paralizatorów elektrycznych oraz do egzekwowania tych zasad. W tym kontekście należy uzmysłowić wszystkim funkcjonariuszom policji, że paralizatory elektryczne mogą być stosowane wyłącznie w przypadku rzeczywistego i bezpośredniego zagrożenia dla życia lub ryzyka poważnych obrażeń. Sięgnięcie po taką broń wyłącznie w celu zapewnienia, że dana osoba zastosuje się do polecenia, jest niedopuszczalne.

CPT uważa, że użycie paralizatorów elektrycznych powinno być regulowane zasadami konieczności, pomocniczości, proporcjonalności oraz wcześniejszego ostrzeżenia (jeżeli jest to możliwe) i ostrożności.²² Co więcej, sięgnięcie po taką broń powinno być dozwolone wyłącznie kiedy łagodniejsze środki przymusu (negocjacje i perswazja, ręczne techniki kontroli, itp.) nie odniosły skutku lub są niepraktyczne, oraz jeżeli jest jedyną możliwą alternatywą do użycia metody stwarzającej większe ryzyko obrażeń czy zgonu (np. broni palnej).

Co więcej, CPT pragnie otrzymać, w stosownym terminie, informacje o wyniku postępowania w sprawie śmierci pana Stachowiaka, w tym informacje o sankcjach dyscyplinarnych i karnych zastosowanych w jej wyniku. Komitet prosi o przekazanie informacji o konkretnych krokach w postępowaniu, jakie podjęto, oraz o przekazanie kopii wszystkich decyzji proceduralnych oraz sprawozdań medycyny sądowej sporządzonych w kontekście tej sprawy, a także dobrej jakości kolorowych zdjęć, jeżeli zostały zrobione, oraz sprawozdań z badania miejsca zdarzenia.

3. Środki służące ochronie przed niewłaściwym traktowaniem

23. W zakresie podstawowych zabezpieczeń przed niewłaściwym traktowaniem popieranych przez CPT, tj. prawa do zawiadomienia osoby trzeciej o zatrzymaniu, prawa do dostępu do lekarza i prawnika, a także prawa do bycia poinformowanym o wspomnianych prawach, Komitet z rozczarowaniem stwierdza brak realnych postępów w tym zakresie od czasu poprzednich wizyt CPT.

24. Delegacja usłyszała szereg zarzutów dotyczących opóźnienia (do 48 godzin) lub

²¹ Zob. np. <http://www.rp.pl/Sluzby-mundurowe/170529031-Sprawa-Igora-Stachowiaka-Rozliczanie-za-smierc-w-komisariacie.html#ap-1>; <http://www.gazetawroclawska.pl/wiadomosci/a/szokujace-zdjecia-z-komisariatu-tak-umieral-igor-stachowiak-film,12096346>.

²² Zob. 20 Raport Ogólny z działalności CPT, par. 69.



nawet odmowy zawiadomienia o zatrzymaniu, a osoby, którym odmówiono tego prawa, nie otrzymywały informacji, czy zawiadomienie zostało wykonane. CPT wzywa polskie władze do podjęcia skutecznych kroków celem zapewnienia, że osoby pozbawione wolności przez policję w sposób systemowy otrzymują prawo do poinformowania bliskiego krewnego lub innej osoby trzeciej o ich sytuacji, od samego początku pozbawienia wolności (tzn. od momentu, w którym mają obowiązek pozostać pod kontrolą policji). Realizację tego prawa należy zawsze udokumentować na piśmie, z oznaczeniem dokładnego czasu zawiadomienia oraz danych osoby zawiadomionej.²³

Dalej, Komisja pragnie przypomnieć swoje zalecenie podjęcia kroków w celu zapewnienia by osoby zatrzymane otrzymywał informacje o tym, czy wiadomość o ich zatrzymaniu udało się przekazać bliskim krewnym lub innym osobom.

25. Delegacja odnotowała, że - podobnie jak miało to miejsce w przypadku poprzednich wizytacji - zapewnienie osobom zatrzymanym przez policję możliwości dostępu do prawnika jest raczej wyjątkiem niż regułą, mimo zmian w art. 244 i 245 kpk (wprowadzonych po wizycie w 2013 r.), których celem było zapewnienie bezpośredniego dostępu. CPT wzywa polskie władze do natychmiastowego podjęcia środków celem zapewnienia, że dostęp do prawnika jest skutecznie gwarantowany wszystkim osobom zatrzymanym przez policję od samego początku pozbawienia wolności.

Dodatkowo, w polskim prawie nadal brakuje przepisu umożliwiającego ustanowienie obrońcy z urzędu przed etapem postępowania przed sądem. A zatem, osoby zatrzymane przez policję, których nie stać na pokrycie kosztów pomocy prawnej, są w rzeczywistości pozbawione dostępu do prawnika.²⁴ Komitet wzywa polskie władze do opracowania, bez dalszej zwłoki oraz we współpracy z Naczelną Radą Adwokacką, pełnoprawnego i odpowiednio finansowego systemu pomocy prawnej dla osób zatrzymanych przez policję, których nie stać na pokrycie kosztów usług prawnika, przy czym system taki powinien mieć zastosowanie od samego początku zatrzymania.

26. Delegacja po raz kolejny spotkała się z zarzutami, z których wynikało, że nawet w tych rzadkich przypadkach, gdy zatrzymany mógł spotkać się w areszcie z prawnikiem, spotkania takie odbywały się w obecności funkcjonariusza policji. Taka sytuacja jest całkowicie nie do zaakceptowania, a dodatkowo jest to niezgodne z kpk²⁵, które

²³ Należy wspomnieć, iż delegacja odnotowała przykłady takiej dobrej praktyki w niektórych odwiedzonych jednostkach policyjnych, np. w Zabrze.

²⁴ We wspomnianym oświadczeniu z 19 kwietnia 2017 r. Rzecznik Praw Obywatelskich podkreślił, że zapewnienie osobom zatrzymanym przez policję skutecznego dostępu do prawnika od samego początku zatrzymania byłoby najbardziej skutecznym środkiem zapobiegającym niewłaściwemu traktowaniu/torturom.

²⁵ Art. 245 § 1 kpk. Funkcjonariusz zatrzymujący może domagać się, by dozwolona była jego obecność wyłącznie w wyjątkowych przypadkach, uzasadnionych na piśmie szczególnymi okolicznościami (a osoba



stwierdza, że rozmowy pomiędzy prawnikiem a klientem powinny być poufne.

W związku z tym CPT wzywa polskie władze do zapewnienia, by osoby zatrzymane przez policję w każdym przypadku mogły skorzystać ze swojego prawa do skonsultowania się z prawnikiem na osobności.

27. Odnośnie prawa do dostępu do lekarza, obserwacje delegacji w jednostkach policji sugerują, że co do zasady osoby potrzebujące pomocy medycznej taką pomoc otrzymywały (tj. policja dzwoniła po pogotowie lub zabierała osobę zatrzymaną do placówki służby zdrowia). Jednakże poufność badań lekarskich (oraz powiązanej z nimi dokumentacji medycznej) nadal nie była w praktyce przestrzegana. Dodatkowo, mimo wcześniejszych zaleceń Komitetu, obrażenia zaobserwowane u osób doprowadzonych do jednostek policyjnych często nie były należycie rejestrowane (lub nie były rejestrowane wcale).

CPT wzywa polskie władze do dokonania implementacji stałego zalecenia, tzn. by wszystkie badania lekarskie były przeprowadzane poza zasięgiem słuchu oraz, jeżeli lekarz nie zarządzi inaczej, poza zasięgiem wzroku funkcjonariuszy policji. Komitet zaleca także, by informacje dot. zdrowia zatrzymanych były przechowywane w sposób zapewniający ich poufność. Personel lekarski może udzielać funkcjonariuszom jedynie niezbędnych informacji o stanie zdrowia zatrzymanych, informacja taka powinna jednak ograniczać się do minimum pozwalającego na zapobieżenie poważnemu ryzyku grożącemu osobie zatrzymanej lub innym osobom.

Nie ma żadnego usprawiedliwienia dla sytuacji, w której funkcjonariusze niepełniący funkcji medycznych mieli dostęp do informacji o postawionych diagnozach lub zaświadczeniach dotyczących przyczyny obrażeń.

Odnośnie dokumentowania badań lekarskich i rejestrowania obrażeń, CPT zaleca podjęcie następujących kroków zmierzających do zapewnienia, by:

- protokoły sporządzane po przeprowadzeniu badania lekarskiego osób zatrzymanych w jednostkach policji zawierały: (i) sprawozdanie o oświadczeniach złożonych przez osoby zatrzymane, które odnoszą się do badania lekarskiego (w tym opis stanu ich zdrowia oraz wszelkie zarzuty o niewłaściwe traktowanie), (ii) pełny opis obiektywnych ustaleń natury medycznej poczynionych na podstawie badania lekarskiego, a także (iii) uwagi osoby zawodowo trudniącej się opieką zdrowotną w świetle (i) i (ii), wskazujące na związek między stawianymi zarzutami a obiektywnymi ustaleniami natury medycznej;
- protokoły winny również zawierać wyniki dodatkowych wykonanych badań, szczegółowe wyniki specjalistycznych konsultacji oraz opis leczenia zaordynowanego w

zatrzymana może odwołać się od tej decyzji).



kontekście obrażeń a także opis wszelkich dalszych wykonanych procedur;

- rejestracja badań lekarskich w przypadku obrażeń wykonywana jest przy pomocy specjalnego formularza przygotowanego na takie potrzeby, zawierającego zarysy sylwetki do zaznaczania obrażeń, które będą przechowywane w kartotece medycznej osoby zatrzymanej. Jeżeli zrobiono zdjęcia, powinny one być dołączone do dokumentacji medycznej danej osoby. Powinno to mieć miejsce dodatkowo, oprócz odnotowania obrażeń w specjalnym rejestrze;
- wyniki wszystkich badań, w tym wspomniane zaświadczenia oraz wnioski personelu służby zdrowia, udostępniane są osobie zatrzymanej oraz jej prawnikowi;
- w przypadku zarejestrowania obrażeń wskazujących na związek z zarzutami osoby zatrzymanej o niewłaściwe traktowanie (lub które, w razie braku zarzutów, wskazują na takie traktowanie), rejestr powinien być przekazywany do wiadomości właściwemu prokuratorowi, niezależnie od tego, jaka jest wola osoby zatrzymanej.

28. Co się tyczy informowania o przysługujących prawach, podobnie jak miało to miejsce podczas wizyty w 2013 roku, duża liczba osób zatrzymanych, z którymi rozmawiali członkowie delegacji, utrzymywała, że nie zostali poinformowani o przysługujących im prawach lub ich nie rozumiała. System zaobserwowany podczas wizyty w 2013 r. nadal był w użytku, tj. standardowa forma protokołu z zatrzymania, którą osoby zatrzymane mają podpisać, z dołączoną informacją o prawach zatrzymanego.²⁶ Mimo to w większości przypadków kopia protokołu nie była przekazywana osobie zatrzymanej, lecz zatrzymywana przez funkcjonariuszy policji (chyba że osoba zatrzymana zażądała jej przekazania).²⁷

W każdym razie, istniejąca procedura oznacza, że nawet jeżeli osoba zatrzymana rzeczywiście otrzymała informacje o przysługujących jej prawach i zrozumiała ją odpowiednio, takie informacje nie były przekazywane na samym początku zatrzymania, lecz dopiero po pewnym opóźnieniu (z reguły do kilku godzin).

W związku z powyższym CPT ponawia zalecenie, by polskie władze podjęły kroki w celu zapewnienia, by wszystkie osoby zatrzymane przez policję były w pełni informowane o przysługujących im fundamentalnych prawach od samego początku pozbawienia wolności (czyli od chwili, gdy nakazuje się im pozostanie w jednostce policji). Powinno to następować przez zapewnienie jasnej, ustnej informacji udzielanej w chwili

²⁶ W razie potrzeby, policja może wydrukować z internetu informację o prawach zatrzymanego w różnych językach; delegacja widziała przykłady takich informacji w językach angielskim, ukraińskim i rosyjskim dołączone do niektórych protokołów z zatrzymania, z którymi zapoznawała się w odwiedzonych jednostkach policyjnych.

²⁷ Z drugiej strony, delegacja widziała informacje o przysługujących prawach – i regulamin – umieszczone w większości cel w odwiedzonych jednostkach policyjnych.



zatrzymania, która przy najbliższej sposobności (tj. przy pierwszym przyjęciu w jednostce policji) powinna zostać uzupełniona o pisemną informację o prawach przysługujących osobom zatrzymanym. Osoby zatrzymane powinny być proszone o podpisanie oświadczenia stwierdzającego, że zostały poinformowane o przysługujących im prawach oraz za każdym razem otrzymać kopię stosownej informacji w formie pisemnej. 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 policji.

29. W odniesieniu do nieletnich zatrzymanych, delegacja odnotowała, że istnieją plany zmiany stosownych przepisów (kpk i ustawy o nieletnich), tak aby wymagana była systemowa obecność funkcjonariuszy policji podczas wszelkich spotkań pomiędzy nieletnimi umieszczonymi w policyjnej izbie dziecka a ich prawnikami. Minister Sprawiedliwości wielokrotnie stwierdzał, że jest to niezbędne w celu ochrony nieletnich przed nienależytym wpływem prawników i w celu zabezpieczenia potrzeb postępowania karnego. Jeżeli taka zmiana faktycznie zostanie przyjęta, w opinii CPT oznaczałoby to poważny krok wstecz, pozbawiający nieletnich zatrzymanych przez policję podstawowego środka ochrony przed niewłaściwym traktowaniem. **Komitet pragnie uzyskać wyjaśnienia w tej kwestii od polskich władz.**

30. Co do zasady, protokoły z zatrzymań, zarówno papierowe jak i w formie elektronicznej, były przechowywane we właściwy sposób w wizytowanych jednostkach policyjnych. Dzięki zapoznaniu się z różnymi rejestrami i formularzami, delegacja mogła zweryfikować godzinę przyjęcia/zwolnienia/przekazania osób zatrzymanych oraz stosowanie środków ochrony. Jest to zdecydowanie dobra informacja.

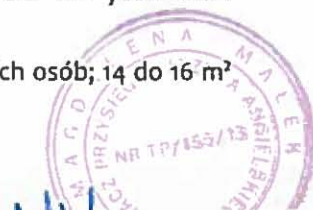
4. Warunki detencji

31. Wizytowane jednostki policyjne co do zasady zapewniały akceptowalne warunki materialne w odniesieniu do czasu zatrzymania przewidzianego prawem.

Cele miały wystarczającą powierzchnię²⁸, były dobrze oświetlone i wentylowane, odpowiednio wyposażone (w łóżka lub łóżka piętrowe, stół i ławę lub stołki, a także system komunikacji), były czyste i ogółem w dobrym stanie. Niemniej, cele Komendy Miejskiej Policji w Zabrze wymagały remontu, a cele w Komendzie Rejonowej Policji VI w Warszawie miały złą wentylację.

Zatrzymani na noc otrzymywali materace, koce i poduszki. Pożywienie (w tym co najmniej jeden ciepły posiłek) oferowane było zatrzymanym trzy razy dziennie; to powiedziawszy, delegacja otrzymała informacje od zatrzymanych, że nie otrzymali niczego do jedzenia ani do picia przez kilka godzin po ich przybyciu do jednostki

²⁸ Np. cela dla jednej osoby mierząca ok. 6,5 m², cele mierzące od 8 do 12 m² dla dwóch osób; 14 do 16 m² dla trzech osób, 18 m² dla czterech osób, 20 m² dla pięciu osób.



policyjnej. Komitet zaleca, by podjęto kroki mające na celu zapewnienie, by osoby zatrzymane zawsze otrzymywały posiłki w zwyczajowych godzinach oraz by miały nieograniczony dostęp do wody pitnej.

32. W większości jednostek policyjnych zatrzymani mieli dobry dostęp do wspólnych toalet i łazienek, które były w dobrym stanie technicznym i czyste; jednym wyjątkiem od tej pozytywnej sytuacji była Komenda Stołeczna Policji w Warszawie, gdzie delegacja usłyszała narzekania od zatrzymanych o opóźnieniach w dostępie do toalet (do 30 minut). CPT zaleca, by podjęto kroki celem zapewnienia, by wszystkie osoby zatrzymane we wskazanych wyżej jednostkach miały łatwy dostęp do toalet przez cały czas.

W niektórych jednostkach (np. w Opolu) cele wieloosobowe były zaopatrzone w kąpiki sanitarne, które były tylko częściowo osłonięte; Komitet zaleca, by podjęto kroki we wszystkich jednostkach policji, by tam, gdzie cele wyposażone są w kąpiki sanitarne w celach wieloosobowych, były one w pełni osłonięte (najlepiej aż do sufitu).³³

33. Podobnie jak w to miało miejsce podczas poprzednich wizyt, żadna wizytowana jednostka policyjna nie miała dziedzińca dostępnego dla osób zatrzymanych. CPT niniejszym wzywa polskie władze do realizacji wieloletniego zalecenia, by wszystkie osoby zatrzymane przez policję na czas 24 godzin i dłuższy mogły codziennie skorzystać z zajęć na świeżym powietrzu.

B. Jednostki Straży Granicznej

1. Uwagi wstępne

34. Delegacja CPT przeprowadziła wizytację pokontrolną (*follow-up visit*) w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Lesznawoli²⁹ oraz pierwszą wizytę w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Białymstoku.

35. Ramy prawne regulujące kwestię zatrzymania cudzoziemców na mocy zagranicznych przepisów pozostały w zasadzie niezmienione od poprzedniej wizyty CPT w 2009 r.³⁰ Należy przypomnieć, iż zgodnie z art. 394 ustawy o cudzoziemcach (ustawa o cudzoziemcach),³¹ policja lub Straż Graniczna mogą zatrzymać cudzoziemców na czas do 48 godzin, jeżeli istnieją okoliczności uzasadniające ich deportację.³² Mogą zostać następnie umieszczeni w ośrodku strzeżonym³³ lub, jeżeli istnieją podstawy by obawiać

²⁹ Poprzednio wizytowanym przez Komitet w 2000 i 2009 r., zob. w szczególności par. 29-39 CPT/Inf (2002) 9 i par. 51 i 57 CPT/Inf (2001) 20.

³⁰ W roku 2013 nie wizytowano jednostek Straży Granicznej podczas okresowej wizyty.

³¹ A także art. 101 i 106 ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (ustawa o ochronie cudzoziemców).

³² Jeżeli cudzoziemiec zostanie zatrzymany przez policję, policja musi niezwłocznie powiadomić właściwy organ Straży Granicznej, który staje się „organem dysponującym”.

³³ Istnieje 6 takich ośrodków, które łącznie mogą pomieścić 510 osób, zlokalizowanych w Białej Podlaskiej,



się, iż nie będą przestrzegać regulaminu ośrodka strzeżonego, w „areszcie deportacyjnym”.³⁴ Decyzja o umieszczeniu podejmowana jest przez sąd w terminie 24 godzin od chwili przesłania przez Straż Graniczną stosownego wniosku (co oznacza, iż w praktyce cudzoziemcy mogą spędzić maksymalnie do 72 godzin w jednostce policyjnej lub jednostce Straży Granicznej, innej niż ośrodek strzeżony lub areszt deportacyjny). Maksymalny okres zatrzymania w ośrodku strzeżonym lub areszcie deportacyjnym trwa pierwotnie 90 dni, lecz może być wydłużony do jednego roku, jeżeli nakaz deportacji nie może być wykonany „z winy cudzoziemca”. W pewnych okolicznościach³⁵ osoby ubiegające się o azyl mogą również zostać umieszczeni w ośrodku strzeżonym/areszcie deportacyjnym na czas do jednego roku.

36. W czasie wizyty, Strzeżony Ośrodek dla Cudzoziemców w Lesznowoli, o pojemności 42 miejsc, miał 40 miejsc zajętych przez zatrzymanych cudzoziemców – dorosłych mężczyzn. Ośrodek został ponownie otwarty w 2015 roku po generalnym remoncie. Planowano odnowić obecnie nieużywany budynek, aby powiększyć ośrodek i do roku 2019 osiągnąć pojemność 100 osób. **Komitet chciałby otrzymać więcej szczegółowych informacji o tych planach, w tym planowane warunki materialne (rodzaj i typ zakwaterowania, wyposażenie pokoi, itp.), reżim oraz obsadę personelem powiększonego ośrodka.**

Strzeżony Ośrodek dla Cudzoziemców w Białymstoku (na 122 osób) miał w czasie wizyty zajęte 79 miejsc przez cudzoziemców pochodzących z 13 krajów. Kiedy otwarto go w 2008 roku, ośrodek miał być przeznaczony dla rodzin (mężczyzn, kobiet i dzieci), lecz od 2012 roku przekształcono go w ośrodek wyłącznie dla dorosłych mężczyzn. Ośrodek zlokalizowano w jednostce przynależnym do Straży Granicznej w województwie podlaskim, w zabytkowym byłym budynku wojskowym pochodzącym z XIX wieku, otoczonym przez własny mur.

2. **Niewłaściwe traktowanie**

37. Delegacji nie zgłoszono zarzutów fizycznego niewłaściwego traktowania od zatrzymanych obywateli innych państw ze strony personelu w żadnym z odwiedzonych ośrodków strzeżonych.

Jednakże zgłoszono kilka skarg na niestosowne zachowanie (w tym rasistowskie uwagi, oraz w Białymstoku, odnoszenie się do osadzonych według numeru sprawy) w obu strzeżonych ośrodkach. Delegacja w Lesznowoli usłyszała również skargi, według których jeden z zespołów zmiany nocnej otwierał drzwi do pomieszczeń zajmowanych

Białymstoku, Lesznowoli, Kętrzynie, Krośnie Odrzańskim i Przemyślu.

³⁴ Obecnie zwane są „aresztami dla cudzoziemców”. W czasie wizyty istniał tylko jeden taki obiekt na 33 miejsc, zlokalizowany w Przemyślu.

³⁵ Zob. art. 87-89 ustawy o cudzoziemcach.



przez zatrzymanych cudzoziemców bardzo głośno, do czterech razy w nocy. Podobne skargi przekazywano w Białymstoku, gdzie cudzoziemcy byli według ich relacji budzeni nocą przez personel sprawdzający obecność zatrzymanych przy użyciu latarek, zdejmując koce i głośno zamykając drzwi. CPT zaleca, by natychmiast zaprzestano stosowania tych praktyk.

Ogólnie rzecz biorąc, Komitet zaleca, by funkcjonariusze Straży Granicznej w Lesznowoli i Białymstoku pamiętali, że powinni traktować zatrzymanych cudzoziemców z szacunkiem.

38. W Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Białymstoku delegacja odniosła wrażenie, że przemoc wśród osadzonych cudzoziemców jest problemem, co potwierdził również zarząd i personel. CPT zaleca, by zastosowano bardziej uważną obserwację oraz stosowne środki celem zwalczania i zapobiegania tego zjawiska. Powinno to obejmować ciągłe monitorowanie zachowania osadzonych cudzoziemców (w tym identyfikację prawdopodobnych sprawców i ofiar), właściwe zgłaszanie potwierdzonych i podejrzewanych przypadków zastraszania/przemocy wśród nich oraz dogłębne badanie wszystkich zdarzeń. Zob. również zalecenia w par. 42 i 49 poniżej.

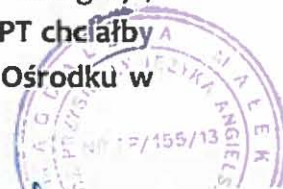
3. Warunki detencji

a. Warunki materialne

39. Warunki materialne w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Lesznowoli co do zasady były w bardzo wysokim standardzie jeśli chodzi o stan, przestrzeń życiową (pokoje dwuosobowe mierzące około 14 m² każdy), wyposażenie pokoi oraz dostęp do światła naturalnego. Tak jak już wspomniano w par. 36 powyżej, ośrodek został ponownie otwarty w 2015 roku po generalnym remoncie.

To powiedziawszy, cudzoziemcy narzekali na brak dostępu do świeżego powietrza, jako że nie wolno im otwierać okien w pokojach bez zgody personelu. Dodatkowo, jako że w oknach nie ma zasłon, cudzoziemcy zakrywali okna w pokojach kocami, aby chronić się przed słońcem i gorącem. Komitet zaleca, by polskie władze poszukały sposobów na usunięcie tych braków.

40. Warunki materialne były również co do zasady akceptowalne w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Białymstoku, gdzie pokoje były odpowiednio przestronne (pomieszczenia dla trzech osób mierzyły ok. 20 m² a te dla czterech osób – około 24 m²), były odpowiednio oświetlone i wentylowane. To powiedziawszy, Komitet z zadowoleniem przyjął ogłoszone prace remontowe, które mają być zakończone do końca 2018 roku, zwłaszcza te, których celem jest zapewnienie prywatności przy w sanitariatach. Rzeczywiście wielu cudzoziemców, z którymi rozmawiała delegacja, narzekało na brak prywatności w łazienkach wspólnych (w tym toaletach). CPT chciałoby otrzymać informacje o postępach w pracach remontowych w Strzeżonym Ośrodku w



Białymstoku.

41. W obu odwiedzonych placówkach szczególną uwagę zwracano na wymogi dietetyczne cudzoziemców. Mimo tego delegacja została zasypana skargami dotyczącymi jedzenia w Strzeżonym Ośrodku w Białymstoku, zarówno jeśli chodzi o jego jakość, ale też, co wręcz ważniejsze, jego ilość. Rzeczywiście, aktualny budżet na jedzenie we wspomnianym ośrodku był bardzo niski.³⁶ Pewne narzekania na jedzenie zostały również przekazane w Strzeżonym Ośrodku w Lesznowoli, zwłaszcza na fakt, że podawany jest tylko jeden ciepły posiłek dziennie (obiad).

Komitet zaleca, by zostały podjęte kroki mające na celu przeanalizowanie jakości i ilości jedzenia podawanego zatrzymanym cudzoziemcom w odwiedzonych strzeżonych ośrodkach. Dodatkowo, należy zwrócić uwagę na to, by zezwolono cudzoziemcom osadzonym w Strzeżonym Ośrodku w Białymstoku na przygotowywanie własnego jedzenia, tak jak to ma miejsce w Lesznowoli.

b. Reżim

42. W obu jednostkach, osadzeni cudzoziemcy mieli w ciągu dnia dostęp do dobrze wyposażonych świetlic, gdzie mogli oglądać telewizję, słuchać radia, korzystać z internetu, czytać książki i czasopisma oraz grać w gry (w tym ping-pong i bilard). Mogli również korzystać z kaplic.

Oba ośrodki posiadają także siłownię oraz dobrze wyposażone i przestronne przestrzenie do ćwiczeń na powietrzu,³⁷ do których dostęp w ciągu dnia był praktycznie nieograniczony. To powiedziawszy, że niektórzy z cudzoziemców, z którymi rozmawiała delegacja, nie byli świadomi tego swobodnego dostępu i wygląda na to, że niedobory personelu (zob. par. 49 poniżej) od czasu do czasu zmuszały dyrektorów ośrodków do ograniczenia czasu, jaki cudzoziemcy mogli spędzać na zewnątrz. **CPT chciałoby otrzymać uwagi polskich władz na ten temat.**

Ogółem zdecydowanie jest przestrzeń na poszerzenie oferty zajęć zorganizowanych (w tym sportowych) w obu odwiedzonych ośrodkach, a w szczególności w Lesznowoli, która (po remoncie) dysponuje przestrzenią i nowoczesną infrastrukturą dla takich działań.³⁸ **Komitet zaleca, by podjęto wysiłki celem poszerzenia oferty zajęciowej w odwiedzonych strzeżonych ośrodkach w świetle powyższych uwag. Wymagać to będzie również podjęcia wysiłków w zakresie wypełnienia wakatów wśród personelu (zob. par. 49 poniżej).**

³⁶ 9,6 zł na cudzoziemca dziennie, tj. mniej niż 2,30 euro.

³⁷ Ławki, trochę wyposażenia sportowego oraz osłony przed niesprzyjającymi warunkami pogodowymi.

³⁸ W Białymstoku osadzonym cudzoziemcom proponowano trochę zajęć zorganizowanych, w szczególności kursy języka polskiego i angielskiego, a także kursy rękodzieła.



4. Opieka zdrowotna

43. Strzeżony Ośrodek w Lesznowoli zatrudniał na pełen etat pielęgniarkę, która była również obecna w weekendy i w święta, lecz nie w nocy. W nagłych sytuacjach medycznych pogotowie przewoziło cudzoziemców do szpitala w pobliskim mieście Grójec. Lekarze różnych specjalności odwiedzali ośrodek na zlecenie, w miarę potrzeb.

Lekarz ogólny obecny był w Strzeżonym Ośrodku w Białymstoku w dni robocze od godziny 7.45 do 15.45 i dyżurował w weekendy. Dodatkowo, jedna z dwóch pielęgniarek dyżurowała od godziny 7.30 do 21.30 od poniedziałku do piątku. W nagłych sytuacjach medycznych (w szczególności nocą) wzywano pogotowie.

CPT zaleca, by podjęto działania w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Białymstoku, by opieka pielęgniarska dostępna była również w weekendy; dodatkowo, Komitet zaprasza polskie władze do zweryfikowania w kontekście obu ośrodków strzeżonych, iż na każdej zmianie nocnej obecna jest osoba potrafiąca udzielać pierwszej pomocy (obejmuje to przeszkolenie w wykonywaniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz używaniu defibrylatora); w sytuacji idealnej osoba ta powinna być wykwalifikowaną pielęgniarką.

44. Delegacja z zaniepokojeniem odnotowała, że nadal brakuje systemowego i gruntownego programu badań zatrzymanych cudzoziemców przy przybyciu w żadnym z odwiedzonych dwóch ośrodków strzeżonych. Komitet pragnie podkreślić ponownie, że przeprowadzanie badań lekarskich nowo przybyłych cudzoziemców leży w interesie zarówno osadzonych jak i personelu, w szczególności jeśli chodzi o identyfikację osób zagrożonych ryzykiem samookaleczenia, badanie pod kątem chorób zakaźnych oraz rejestrowanie obrażeń w stosownym terminie.

CPT zaleca, by przeprowadzано pełne i dokładne badanie lekarskie cudzoziemców przy ich przybyciu do Strzeżonych Ośrodków w Lesznowoli i Białymstoku (oraz, odpowiednio, w innych ośrodkach strzeżonych), w szczególności nowo przybyli osadzeni powinni być systemowo badani pod kątem chorób zakaźnych (w tym gruźlicy). Badanie powinno również mieć na celu zidentyfikowanie potencjalnych ofiar tortur, przy przestrzeganiu jasnych procedur, za każdym razem gdy personel medyczny zgłosi w przypadku jakiegokolwiek osoby osadzonej, która mogła paść ofiarą tortur.

45. Co więcej, mimo poprzednich zaleceń Komitetu, badania lekarskie nadal przeprowadzano w obecności funkcjonariuszy Straży Granicznej niebędących personelem medycznym. **CPT ponownie wzywa polskie władze do zapewnienia, by we wszystkich Strzeżonych Ośrodkach dla Obcokrajowców przestrzegano zasad poufności lekarskiej, tak jak się to dzieje poza ośrodkami strzeżonymi. W szczególności, wszystkie badania lekarskie należy przeprowadzać poza zasięgiem słuchu oraz – chyba że dany lekarz wskaże inaczej w danym przypadku – poza zasięgiem wzroku strażników Straży**



Granicznej. Dokumentacja medyczna zatrzymanych oraz inne dokumenty lekarskie nie powinny być dostępne dla personelu niemedycznego. Zob. również zalecenia w par. 27 powyżej, który znajduje zastosowanie *odpowiednio*.

46. Psycholog odwiedzał Strzeżony Ośrodek w Lesznowoli w miarę potrzeby, a dodatkowo jeden z funkcjonariuszy Straży Granicznej pracujący w ośrodku miał wykształcenie psychologiczne. Zatrudniony był również psycholog w Strzeżonym Ośrodku w Białymstoku na część etatu (dostępny 4 godziny dwa razy w tygodniu), lecz niektórzy cudzoziemcy narzekali, że nie było dostępne tłumaczenie podczas konsultacji psychologicznych. Komitet zaprasza polskie władze do naprawienia problemu; ta sama kwestia dotyczy (jeżeli dotyczy) wszelkich badań lekarskich i konsultacji.

Delegację poinformowano, że w Strzeżonym Ośrodku w Białymstoku jest wakat psychologa, lecz mimo wysiłków ze strony zarządu placówki, pozostaje on nieobsadzony od kilku miesięcy. CPT chciałoby otrzymać informacje o tym, czy było możliwe zatrudnienie drugiego psychologa w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Białymstoku.

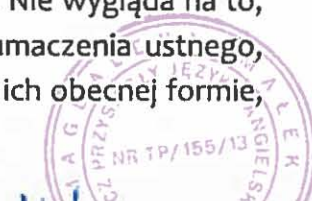
5. Środki ochrony

47. W odniesieniu do środków prawnych, delegacja usłyszała szereg skarg na brak przekazywania cudzoziemcom informacji o decyzjach w sprawie ich zatrzymania i/lub środków prawnych, przy pomocy których możliwe jest ich zaskarżenie. Dodatkowo, wielu cudzoziemców, z którymi rozmawiała delegacja, wskazało, że nie dysponowali środkami finansowymi umożliwiającymi zatrudnienie prawnika.

W świetle powyższych informacji Komitet może jedynie powtórzyć swoje zalecenie mówiące, iż należy podjąć kroki celem zapewnienia, iż wszyscy cudzoziemcy zatrzymani na mocy przepisów o cudzoziemcach byli w stanie w sposób skuteczny skorzystać z pomocy prawnej oraz, jeżeli to konieczne, z reprezentacji prawnej. Dla ubogich cudzoziemców winno to być zapewnione bezpłatnie.

Co więcej, zalecane byłoby, aby cudzoziemcy otrzymywali tłumaczenie na piśmie w języku, który rozumieją, wniosków decyzji dotyczących ich zatrzymania/wydalenia, a także informacje na piśmie i ustnie co do środków i terminów zaskarżenia takich decyzji.

48. Na początku wizyty delegację poinformowano o planowanych projektowanych zmianach w ustawie o cudzoziemcach i ustawie o ochronie cudzoziemców (ogłoszonych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji), które mają ułatwić realizację przyspieszonych postępowań w sprawach o azyl oraz uprościć procedurę usunięcia cudzoziemców, którzy złożyli wniosek o azyl na granicy państwowej. Nie wygląda na to, by projektowane przepisy uwzględniały obowiązek zapewnienia tłumaczenia ustnego, informacji i pomocy prawnej. Gdyby przepisy te miały być przyjęte w ich obecnej formie,



w rzeczywistości oznaczałyby duży krok wstecz jeśli chodzi o ochronę przed niewłaściwym traktowaniem. **Komitet pragnie otrzymać wyjaśnienie tych projektowanych przepisów (oraz poznać perspektywy ich przyjęcia) od polskich władz.**

6. Inne kwestie

49. Wizytowane Strzeżone Ośrodki dla Cudzoziemców zatrudniają personel dwóch kategorii: funkcjonariuszy Straży Granicznej (w tym strażników mundurowych) oraz personel cywilny (edukatorów).³⁹ Personelowi regularnie oferuje się szkolenia w różnych obszarach, takich jak praca w wielokulturowym środowisku, mediacja, rozwiązywanie konfliktów, itp. W zakresie umiejętności językowych, większość personelu zna podstawy języka angielskiego i/lub rosyjskiego, a niektórzy funkcjonariusze w Białymstoku znali podstawy języka francuskiego i niemieckiego; jednakże komunikacja zawsze była problemem, zwłaszcza w przypadku zatrzymanych z krajów azjatyckich i arabskich. CPT zaprasza polskie władze do podjęcia dalszych wysiłków celem poprawienia umiejętności językowych personelu Strzeżonych Ośrodków dla Cudzoziemców.

Obie placówki (a zwłaszcza Strzeżony Ośrodek w Lesznowoli) boryka się z niedoborem personelu,⁴⁰ co ma oczywisty negatywny wpływ na reżim oraz atmosferę w wizytowanych Ośrodkach (zob. par. 42 i 38 powyżej). **Komitet zaleca, by podjęto kroki celem zwiększenia poziomu zatrudnienia personelu w Strzeżonych Ośrodkach dla Cudzoziemców w Lesznowoli i w Białymstoku; obsadzenie wakatów powinno być priorytetem.**

50. W zakresie dyscypliny, sankcje dyscyplinarne stosowane w wizytowanych Strzeżonych Ośrodkach obejmowały anulowanie pewnych przywilejów (biblioteka, sporty, zajęcia grupowe, zakupy) na okres do tygodnia. Wszystkie te sankcje rzadko kiedy były stosowane w praktyce,⁴¹ głównie ze względu na fakt iż cudzoziemcy byli świadomi, iż w przypadku poważnego naruszenia regulaminu ryzykują przeniesienie decyzją sądu do „aresztu dla cudzoziemców” w Przemyślu (zob. par. 35 powyżej), który postrzegany jest jako placówka o ostrzejszym rygorze.

51. Środki szczególne („środki przymusu”) dostępne w obu ośrodkach strzeżonych obejmowały kajdanki, pałki policyjne oraz gaz pieprzowy.⁴² O ile nie wydaje się, by były one często w użyciu,⁴³ CPT martwi fakt iż personel dozoru nosi je (zwłaszcza długie pałki

³⁹ Zwani również „opiekunami powrotowymi”.

⁴⁰ W Lesznowoli nieobsadzone pozostaje 15 z 53 stanowisk strażników, a w Białymstoku jest 9 takich wakatów (z łącznej liczby 84) i 10 wakatów dla policyjnej eskorty (z łącznej liczby 25).

⁴¹ Tj. tylko dwie sankcje w Białymstoku od otwarcia ośrodka i ani jednej w Lesznowoli.

⁴² A także, w Białymstoku, broń elektryczną (paralizatory).

⁴³ Pałki policyjne ani gaz pieprzowy nie zostały w ostatnich latach użyte.



policyjne oraz paralizatory w Białymstoku⁴⁴) przez cały czas, w tym w miejscach noclegowych oraz tak, by zatrzymani cudzoziemcy je widzieli. Jest to zastraszająca i nieuzasadniona praktyka; Komitet zaleca, by zaprzestano takich działań niezwłocznie. W odniesieniu w szczególności do paralizatorów elektrycznych, czyni się niniejszym odwołanie do zasad wymienionych w par. 65-84 20 Sprawozdania Ogólnego o działalności CPT.⁴⁵

52. Oba ośrodki strzeżone posiadały również celę izolacyjną, przeznaczoną do przetrzymywania nerwowych cudzoziemców do kilku godzin.⁴⁶ Warunki w tych celach były akceptowalne: mierzyły one 10 i 17 m², były dobrze oświetlone i wentylowane, i były wyposażone w łóżko, kąpiel sanitarny oraz monitoring przemysłowy (CCTV).⁴⁷ Delegacji powiedziano, że wiązań mechanicznych (pasów) nie stosuje się w obu ośrodkach, choć personel w Lesznowoli wskazał, iż chcieliby je mieć i już wyrazili takie zainteresowanie wobec swoich przełożonych. CPT chciałby otrzymać informacje o tym, czy planowane jest wyposażenie Strzeżonych Ośrodków dla Cudzoziemców w pasy unieruchamiające, a jeżeli tak, czy postanowienia ustawy o środkach przymusu bezpośredniego będą miały zastosowanie.⁴⁸

53. Rutynowe rewizje osobiste były przeprowadzane przy przyjmowaniu cudzoziemców do obu odwiedzonych ośrodków strzeżonych. Choć nowa procedura przeszukania/rewizji (obowiązująca od maja 2016 r.) przewiduje przeszukanie dwuetapowe,⁴⁹ wygląda na to, że w praktyce nie jest dokładnie przestrzegana. CPT zaleca, by w Lesznowoli i Białymstoku podjęto kroki celem naprawienia tej sytuacji.

54. Co się tyczy kontaktu ze światem zewnętrznym, zatrzymani cudzoziemcy mogli wysyłać i otrzymywać korespondencję, mieli dostęp do telefonów komórkowych w obu wizytowanych ośrodkach.⁵⁰ Wizyty również były dozwolone (zgoda na wizytę z reguły

⁴⁴ W Lesznowoli pałki policyjne są zamknięte w przechowalni i nie są noszone rutynowo. W odniesieniu do paralizatorów w Białymstoku, na każdej zmianie był jeden (przeszkolony) strażnik noszący paralizator na jednym z dwóch pięter mieszkalnych.

⁴⁵ CPT/Inf (2010) 28.

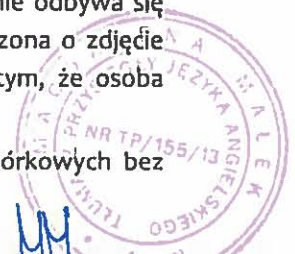
⁴⁶ Cele używane są rzadko (tj. 12 razy w Białymstoku na przestrzeni minionych 1,5 roku) i z reguły na czas 2-3 godzin.

⁴⁷ Oprócz powierzchni toalety, która jest zamazana na monitorach monitoringu.

⁴⁸ Zob. również Arkusz informacyjny dotyczący Zatrzymania obcokrajowców (Immigration Detention), dokument CPT/Inf (2017)3, w szczególności drugi punkt na stronie 7 (stosowanie środków kłepowania powinno być rozważane indywidualnie i być zgodne z zasadą proporcjonalności).

⁴⁹ Zatrzymana osoba powinna być najpierw poproszona o zdjęcie ubrań do pasa, następnie odbywa się rewizja do pasa, następnie osoba ta może ponownie założyć ubrania do pasa i jest proszona o zdjęcie ubrań od pasa w dół, i następnie następuje rewizja poniżej pasa – zasada polega na tym, że osoba zatrzymana w żadnym momencie nie powinna być całkowicie naga.

⁵⁰ Zatrzymani cudzoziemcy otrzymywali bezpłatnie podstawowe modele telefonów komórkowych bez



była wydawana w terminie kilku dni), lecz w praktyce były rzadkie.

W przeciwieństwie do Strzeżonego Ośrodka dla Obcokrajowców w Białymstoku, nowe technologie takie jak VoIP (protokół Voice over Internet Protocol) nie były stosowane w Lesznowoli aby ułatwić zatrzymanym cudzoziemcom kontakty ze swoimi rodzinami. Z tego też względu niektórzy zatrzymani cudzoziemcy narzekali, że szybko wydali wszystkie swoje pieniądze na międzystrefowe rozmowy telefoniczne. Sytuację pogarsza limit określony w polskim prawie dotyczący kwoty maksymalnej 500 zł, jaka może być wydana przez zatrzymanych obcokrajowców podczas całego ich pobytu w ośrodku strzeżonym.

Komitet zaprasza polskie władze do rozważenia możliwości zezwolenia obcokrajowcom osadzonym w Strzeżonym Ośrodku w Lesznowoli na korzystanie z technologii VoIP bezpłatnie w celu komunikowania się ze światem zewnętrznym oraz oferowania ubogim cudzoziemcom przynajmniej jednej bezpłatnej rozmowy telefonicznej w miesiącu.

CPT chciałby również otrzymać wyjaśnienie dotyczące precyzyjnej zasady nakładającej limit kwoty 500 zł, jaką zatrzymani mogą wydać podczas pobytu w ośrodku strzeżonym.

55. W obu wizytowanych ośrodkach delegacja zobaczyła skrzynki na skargi zarówno na skargi wewnętrzne jak i zewnętrzne. O ile w Lesznowoli większość zatrzymanych wyrażała zadowolenie z procedury skargi, kilku cudzoziemców, z którymi rozmawiano w Białymstoku, stwierdziło, że bali się składania skarg, rzekomo ponieważ bali się reperkusji negatywnych dla ich wniosku o udzielenie azylu. Ponieważ nie istniał rejestr skarg, delegacja nie miała możliwości zweryfikować tych twierdzeń. Komitet zaprasza polskie władze do przeanalizowania funkcjonowania procedury wnoszenia skarg w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Białymstoku, aby zapewnić, że zatrzymani cudzoziemcy mogą skutecznie przekazać skargi w sposób poufny (i są odpowiednio informowani o takiej możliwości).

C. Jednostki penitencjarne

1. Uwagi wstępne

56. Delegacja przeprowadziła pierwszorazowe wizyty w Areszcie Śledczym Warszawa-Służewiec, Areszcie Śledczym w Białymstoku oraz w Areszcie Śledczym w Gliwicach, a także wizytacje pokontrolne w Zakładzie Karnym nr 2 w Strzelcach Opolskich oraz w Areszcie Śledczym Warszawa-Białołęka.⁵¹

aparatów fotograficznych.

⁵¹ Jak stwierdzono podczas poprzednich wizyt w Polsce, fakt, iż jednostki te nazywają się „aresztem śledczym”, lecz w żaden sposób nie odzwierciedla to rzeczywistości, tzn. fakty, iż zdecydowana większość osadzonych to skazani.



57. CPT wizytowała Areszt Śledczy Warszawa-Białołęka w 1996 r. i w 2000 r.⁵² Nadal jest to największa jednostka penitencjarna w Polsce, z oficjalną pojemnością 1548 miejsc; przy czym osadzono w niej w czasie wizyty 1508 mężczyzn, w tym 388 tymczasowo aresztowanych.

Areszt Śledczy Warszawa-Służewiec, zlokalizowany na obrzeżach miasta i działający od 2004 roku, jest przede wszystkim zakładem karnym zamkniętym dla mężczyzn, choć obejmuje również pół-otwarty dział a także obiekt z dwoma oddziałami terapeutycznymi dla skazanych osadzonych borykających się z uzależnieniem alkoholowym. Oficjalna pojemność zakładu wynosi 1152 miejsc; podczas wizyty w zakładzie osadzonych było 1084 osób, w tym 265 tymczasowo aresztowanych.

Areszt Śledczy w Białymstoku, zbudowany w 1912 roku i nadal będący w użyciu, jest zakładem zamkniętym dla mężczyzn i kobiet, ma również specjalny oddział dla recydywistów i oddział diagnostyczny dla skazanych z problemami adaptacyjnymi.⁵³ W czasie wizyty w areszcie – posiadającym oficjalną pojemność 713 miejsc – osadzonych było 620 osób (z czego 46 kobiet), w tym 111 osób tymczasowo aresztowanych.

Areszt Śledczy w Gliwicach, zlokalizowany w centrum miasta, funkcjonuje od końca XIX wieku. Oficjalna pojemność zakładu wynosi 412 miejsc; podczas wizyty w zakładzie osadzonych było 323 mężczyzn, w tym 46 tymczasowo aresztowanych i jeden skazany na wyrok dożywocia. Duża część osadzonych została tymczasowo przeniesiona do zakładu karnego z innych jednostek ze względu na trwające w Gliwicach postępowanie.

Zakład Karny nr 2 w Strzelcach Opolskich to zakład karny typu zamkniętego, przeznaczony głównie dla recydywistów, w którym wizyta CPT odbyła się w 1996 r.⁵⁴ W czasie wizyty w areszcie – posiadającym pojemność 540 miejsc⁵⁵ – osadzonych było 474 mężczyzn, w tym 15 osób tymczasowo aresztowanych i 15 skazanych na wyrok dożywocia. Oddział terapeutyczny na 64 łóżek dla osadzonych cierpiących na zaburzenia psychiczne typu innego niż psychotyczne oraz z zaburzeniami uczenia się, a także dla więźniów „niebezpiecznych” (status „N”) zajmowało 59 osadzonych w czasie wizyty.

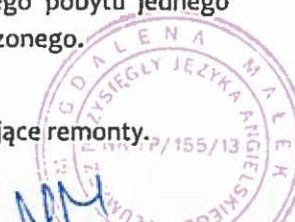
58. Na wstępie Komitet pragnie docenić wysiłki polskich władz mające na celu ograniczenie populacji więzień. W momencie wizyty populacja więzienna wynosiła 73 997 osadzonych przy nominalnej pojemności ok. 79 362 miejsc (w porównaniu z 84 893 podczas wizyty w 2013 r.). O ile delegacja z zadowoleniem przyjmuje osiągnięte postępy, CPT zachęca polskie władze do podejmowania dalszych wysiłków w tym zakresie.

⁵² Zob. zwł. par. 72 CPT/Inf (98) 13 i par. 59 CPT/Inf (2002) 9.

⁵³ Oddział przyjmuje więźniów z województwa białostockiego i w okresie średniego pobytu jednego miesiąca, specjaliści pracują nad ustaleniem optymalnego środowiska dla danego osadzonego.

⁵⁴ Zob. zwł. par. 64 i 99 CPT/Inf (98) 13.

⁵⁵ Oficjalną pojemność 612 osób tymczasowo zredukowano do 540 ze względu na trwające remonty.



Co więcej, Komitet odnotowuje dalsze zmniejszenie liczby więźniów „niebezpiecznych” (o statusie „N”) – 104 (w tym 26 tymczasowo aresztowanych) w porównaniu z 188 w roku 2013. Jest to również dobra wiadomość.

59. Jednakże CPT z żalem odnotowuje po raz kolejny, iż mimo wielokrotnych poprzednich rekomendacji⁵⁶ oficjalny minimalny standard 3 m² powierzchni mieszkalnej przypadającej na jednego osadzonego pozostaje niezmienny.

Wskazany powyżej standard wydaje się być przestrzegany w jednostkach odwiedzonych w 2017 roku. To powiedziawszy, zdaniem Komitetu minimalnym standardem powierzchni mieszkalnej przypadającej na jednego osadzonego w jednostce penitencjarnej powinno być 6 m² dla celi jednoosobowej oraz 4 m² na osadzonego w celach wieloosobowych (z pominięciem sanitariatów).⁵⁷ Jeżeli przestrzeń mieszkalna przypadająca na jednego osadzonego jest niższa niż 4 m², zwiększa to znacząco ryzyko naruszenia art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, co potwierdza orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

CPT powtórnie wzywa polskie władze do podwyższenia minimalnego standardu powierzchni mieszkalnej na osadzonego do minimum 4m² w celach wieloosobowych (z pominięciem powierzchni przeznaczonej na sanitariaty) oraz 6 m² w celach jednoosobowych. Oficjalna pojemność wszystkich jednostek penitencjarnych powinna zostać stosownie skorygowana.

2. Niewłaściwe traktowanie

60. Delegacja nie usłyszała żadnych zarzutów fizycznego niewłaściwego traktowania przez personel w żadnym z odwiedzonych aresztów i zakładach karnych, a jedynie niewielką liczbę zarzutów dotyczącą przemocy słownej. Mimo to Komitet zachęca dyrekcje wizytowanych zakładów do przypomnienia swojemu personelowi, iż należy traktować osoby osadzone z szacunkiem.

61. Informacje zebrane podczas wizyty wskazywały, iż przemoc wśród osadzonych nie była częsta w odwiedzanych jednostkach; personel podjął kroki, by zapobiegać takim zdarzeniom oraz adresować je odpowiednio, jeżeli i kiedy miały one miejsce. Jest to dobra informacja.

3. Warunki detencji

a. Warunki materialne

62. Nieomal wszystkie odwiedzone jednostki wymagały pewnych renowacji, lecz w różnym stopniu. W tym kontekście delegacja stwierdziła, że pozytywną informacją jest

⁵⁶ Zob. m.in. par. 42 CPT/Inf (2014) 21 i par. 83 CPT/Inf (2011) 20.

⁵⁷ Zob. dokument „Przestrzeń mieszkalna przypadająca na jednego osadzonego w jednostkach penitencjarnych: standardy CPT”, CPT/Inf (2015) 44.



fakt, że prace remontowe były planowane lub już trwały we wszystkich odwiedzonych jednostkach.

W Areszcie Śledczym Warszawa-Białołęka, delegacja została poinformowana, że Blok 4 został już odnowiony, a remont Bloku 3 jest w trakcie. System centralnego ogrzewania w jednostce został zmodernizowany, modernizacja hydrauliki i kanalizacji jeszcze trwała. Według oświadczenia kamery monitoringu (CCTV) zostały zainstalowane na wszystkich korytarzach, a następnie otwarto centra kontrolne 24/7 na każdym piętrze.

Warunki materialne w celach były ogółem satysfakcjonujące w odniesieniu do poziomu czystości, dostępu do światła naturalnego, oświetlenia sztucznego i wentylacji. W celach znajdowały się w pełni odgrrodzone kąpiki sanitarne; cele wyposażone były również w łóżka, stół, krzesła/stołki, szafki, półki, dzwonek oraz telewizor.

Świetlice na każdym piętrze z kolei były praktycznie puste pod względem mebli (w niektórych przypadkach nie było nawet krzesel czy telewizora).

63. Areszt Śledczy Warszawa-Służewiec składa się z pięciu oddzielnych dwupiętrowych bloków – cztery rodzaju zamkniętego a jeden rodzaju półotwartego.⁵⁸ Przestrzeń pomiędzy blokami podzielono na kilka dziedzińców.

Warunki materialne detencji uznaje się ogółem za satysfakcjonujące. Cele są dobrze oświetlone i wentylowane; są wyposażone w pełni odgrrodzone kąpiki sanitarne. Co więcej, wyposażone są w łóżka pojedyncze lub piętrowe, stół, stołki oraz półki ścienne, dzwonki do wezwań zainstalowano w każdej celi.

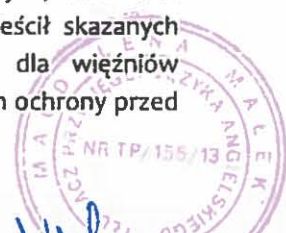
64. Areszt Śledczy w Białymstoku obejmuje cztery bloki mieszkalne obejmujące od jednego do czterech pięter.⁵⁹ Mimo iż budynek ma ponad sto lat, cele w obszarach mieszkalnych co do zasady są w stanie akceptowalnym i czyste, mają odpowiedni dostęp do światła naturalnego, oświetlenia sztucznego oraz wentylacji. Są również wyposażone w całkowicie odgrrodzone kąpiki sanitarne oraz odpowiednio umeblowane.

Dla kontrastu, warunki materialne w punkcie przybycia umieszczonym na parterze Bloku A są dosyć kiepskie, cele są zdezelowane, kiepsko oświetlone i słabo wentylowane.

65. Areszt Śledczy w Gliwicach obejmował dwa bloki mieszkalne (odpowiednio dwupiętrowy i czteropiętrowy), połączone w kształt litery T. Dodatkowo, były warsztat jednostki został przekształcony w mały blok mieszkalny (przeznaczony głównie dla

⁵⁸ Tymczasowo aresztowani osadzeni są w Bloku A (przeznaczony wyłącznie dla tymczasowo aresztowanych) i w Bloku B, w którym znajduje się również punkt przyjęć z 52 miejscami.

⁵⁹ Czteropiętrowy Blok A mieścił zarówno tymczasowo aresztowanych jak i skazanych, natomiast dwupiętrowy Blok B przeznaczony był dla skazanych kobiet, dwupiętrowy Blok C mieścił skazanych więźniów pracujących, a jednopiętrowy Blok D stanowił w przeszłości miejsce dla więźniów niebezpiecznych o statusie „N”, natomiast teraz używany jest dla więźniów wymagających ochrony przed innymi osadzonymi z różnych przyczyn.



skazanych) w 2006 r.

Delegacja odnotowała trwające remonty. Dach został wymieniony, a cele były stopniowo remontowane (podłączanie ciepłej wody, modernizacja instalacji elektrycznej, pełne osłonięcie kąpoków sanitarnych). Warunki materialne co do zasady są satysfakcjonujące, nawet w celach, które jeszcze nie były remontowane: wszystkie cele są odpowiednio wyposażone, jasne i przestronne.

66. Zakład Karny nr 2 w Strzelcach Opolskich obejmuje trzy bloki mieszkalne. W czasie wizyty remont jednego bloku już był zakończony, w drugim bloku był w trakcie i miał być zakończony do października 2017 r. Cele w wyremontowanych blokach posiadają podłączenie ciepłej wody, mają w pełni osłonięte kąpiki sanitarne oraz zmodernizowane instalacje elektryczne.

Warunki materialne były ogólnie satysfakcjonujące – cele były czyste, odpowiednio umeblowane, dostęp do światła naturalnego był co do zasady odpowiedni, wystarczające były również oświetlenie sztuczne i wentylacja.

67. W świetle informacji, o których mowa w par. 62-66 powyżej, CPT zaleca polskim władzom, by podjęły kroki mające na celu:

- ograniczenie populacji we wszystkich wizytowanych jednostkach penitencjarnych, tak aby zapewnione było minimum 4 m² przestrzeni mieszkalnej na jednego osadzonego w celach wieloosobowych (z pominięciem powierzchni przeznaczonej na toalety w celach); zob. również par. 59;
- kontynuowanie trwających i planowanych prac remontowych w wizytowanych jednostkach;
- remont punktu przybycia w Areszcie Śledczym w Białymstoku, który należy potraktować priorytetowo;
- odpowiednie wyposażenie świetlic w Areszcie Śledczym Warszawa-Białołęka.

68. Jak wspomniano wcześniej w par. 59 powyżej, w czasie wizyty poziom zajętości miejsc w wizytowanych jednostkach mieścił się w oficjalnym standardzie 3 m² na osadzonego⁶⁰. Jednakże delegacja widziała szereg cel, które były bardzo wąskie (1,7-1,8 m odstępu pomiędzy ścianami). W opinii Komitetu takie cele nie są właściwym miejscem do pobytu osób przez dłuższe okresy czasu. Każda cela przeznaczona do zamieszkania przez osadzonych powinna mieć przynajmniej 2 m pomiędzy ścianami celi oraz 2,5 m pomiędzy podłogą a sufitem.⁶¹

⁶⁰ Np. pojedyncza cela mierząca 6 m², trzech osadzonych w celi mierzącej 10 m², czterech osadzonych w celi mierzącej 14 m², pięciu osadzonych w celi mierzącej 16 m².

⁶¹ Zob. dokument „Przestrzeń mieszkalna przypadająca na jednego osadzonego w jednostkach



CPT zaleca, by cele, które nie spełniają wspomnianych powyżej kryteriów, zostały powiększone, celem zapewnienia, by pomiędzy ścianami występowała odległość przynajmniej 2 metrów, lub wycofano je z użytku.

69. Co więcej, w kilku odwiedzonych jednostkach (m. in. w Białymstoku, Gliwicach i Warszawa-Służewiec), delegacja zobaczyła nieprzejryste żaluzje (zwane „blindami”) zamontowane w kilku oknach cel. Tak jak wskazał Komitet w 2013 roku,⁶² takie urządzenia są w większości przypadków niepotrzebne, uniemożliwiającymi osadzonym wyglądanie na zewnątrz i ograniczającymi dostęp naturalnego światła i świeżego powietrza. CPT zaleca, by je usunięto i, jeżeli rzeczywiście są konieczne, zastąpiono je innymi rozwiązaniami umożliwiającymi dostęp naturalnego światła i świeżego powietrza do cel w odpowiedniej ilości.

b. Reżim

70. Komitet odnotowuje wysiłki poczynione przez polskie władze by zapewnić skazanym możliwość pracy. Sytuacja jest szczególnie dobra w Zakładzie Karnym nr 2 w Strzelcach Opolskich, gdzie około 40% osadzonych skazanych miało możliwość wykonywania płatnej pracy (oprócz tego około 20% skazanych mogło pracować bez wynagrodzenia, np. przy sprzątnięciu i konserwacji). Około 480 pracujących skazanych było również w Areszcie Śledczym Warszawa-Białołęka (z wszystkich 1120) i 111 pracujących skazanych w Areszcie Śledczym w Białymstoku (w tym 37 wykonujących pracę płatną) z wszystkich 509 osadzonych.

71. Dodatkowo, delegacja z zadowoleniem odnotowała, iż skazani odsiadujący wyroki dożywocia nie byli odseparowani od pozostałych skazanych i mieli możliwość wykonywania pracy. Dodatkowo, nie były stosowane wobec nich szczególne względy bezpieczeństwa. Jest to bardzo mile widziane.

72. Niestety reżim dla tymczasowo aresztowanych nadal pozostaje pod tym względem znacząco niedoskonały, mimo wielokrotnych rekomendacji CPT w tym obszarze.⁶³ Sytuacja zaobserwowana przez delegację była praktycznie identyczna z tą zaobserwowaną cztery lata temu, tj. oprócz codziennej możliwości ćwiczeń na zewnątrz (trwających przynajmniej przez godzinę) i możliwością przebywania w świetlicy do godziny czasu kilka razy w tygodniu, zdecydowana większość tymczasowo aresztowanych spędzała swoje dni i miesiące nie robiąc nic, nie mając żadnych sensownych zadań, zamknięta w celach do 23 godzin dziennie.

73. CPT podkreślał w przeszłości, że w pełni rozumie, że zapewnianie

penitencjarnych: standardy CPT”, CPT/Inf (2015) 44.

⁶² Zob. par. 54 CPT/Inf (2014) 21.

⁶³ Zob. np. par. 43 CPT/Inf (2014) 21 i par. 84 CPT/Inf (2011) 20.



zorganizowanych aktywności w aresztach śledczych, w przypadku których bardzo prawdopodobna jest wysoka rotacja osadzonych, związane jest ze szczególnymi wyzwaniem. Bardzo trudno byłoby opracować indywidualne programy dla takich osadzonych. Jednakże Komitet musi powtórzyć swoją opinię, że nie jest akceptowalne, by osadzeni byli zostawiani sami sobie przez całe miesiące lub nawet lata. Celem tych działań powinno być zapewnienie, by wszyscy tymczasowo aresztowani spędzali rozsądną część swojego dnia poza swoimi celami, zaangażowani w celowe działania różnego rodzaju (pracę, najlepiej o wartości zawodowej, edukację, sporty, rekreację/kontakty towarzyskie). Im dłuższy okres tymczasowego aresztowania, tym bardziej różnorodny powinien być ten reżim. W związku z tym istotne jest zapewnienie, by w kontekście trwających remontów/programów budowlanych areszty śledcze zostały wyposażone w stosowne udogodnienia umożliwiające organizację takich aktywności.

CPT po raz kolejny wzywa polskie władze do podjęcia zdecydowanych działań w celu opracowania programów aktywności dla osób tymczasowo aresztowanych. Celem tych działań powinno być zapewnienie, by wszyscy osadzeni spędzali rozsądną część swojego dnia (8 godzin lub więcej) poza swoimi celami, zaangażowani w celowe działania różnego rodzaju (praca, edukacja, sport, itp.).

74. Komitet z żalem notuje, iż musi powtórzyć swoje stanowisko dotyczące projektowania i wyposażania dziedzińców ćwiczeniowych.⁶⁴ Według obserwacji delegacji, zdecydowana większość odwiedzonych jednostek posiada małe dziedzińce, otoczone wysokim betonowym murem, wyposażone jedynie w ławkę i (za wyjątkiem jednostek w Białymstoku i Gliwicach) pozbawione ochrony przed niekorzystnymi warunkami pogodowymi. **CPT ponownie zaleca, by podjęto kroki celem umożliwienia wszystkim osadzonym odbycia codziennych ćwiczeń na zewnątrz w warunkach, które umożliwiają im fizyczne zmęczenie się. Dodatkowo, wszystkie dziedzińce przeznaczone do wykonywania ćwiczeń należy zaopatrzyć w pewien rodzaj ochrony przed niekorzystnymi warunkami pogodowymi i najlepiej umożliwiać widok na horyzont.**

4. Opieka zdrowotna

a. Personel i traktowanie

75. Opieka zdrowotna w *Areszcie Śledczym Warszawa-Białołęka*⁶⁵ zapewniana była przez trzech lekarzy ogólnych pracujących na pełen etat; usługi kolejnych 11 specjalistów z różnych dziedzin, w tym psychiatrę i dentystę, zamawiała jednostka – odwiedzali oni jednostkę dwa razy w tygodniu lub częściej, w miarę potrzeb. Zdaniem Komitetu istnieje potrzeba, by zwiększyć obecność lekarzy ogólnych w jednostce.⁶⁶

⁶⁴ Zob. np. par. 72 CPT/Inf (2014) 21.

⁶⁵ Populacja w czasie wizyty – 1 508.

⁶⁶ Warto odnotować, że delegacja usłyszała szereg skarg ze strony osadzonych na długi czas oczekiwania



Lekarzom asystowało 18 pełnoetatowych pielęgniarek, obecnych na miejscu od godziny 8 rano do 19 w dni robocze; nocą i w weekendy nie zapewniano opieki pielęgniarskiej.

W *Areszcie Śledczym Warszawa-Służewiec*⁶⁷ zatrudniano jednego lekarza ogólnego na pełen etat i sześciu specjalistów klinicznych na część etatu (psychiatrę, internistę, urologa, specjalistę chorób zakaźnych, radiologa i dentystę); zdaniem CPT jeden lekarz ogólny jest niewystarczający dla jednostki o tym rozmiarze.⁶⁸ Dodatkowo, zatrudniano siedem pielęgniarek na pełen etat i jedną w niepełnym wymiarze godzin (trzy dalsze stanowiska pozostały nieobsadzone) pracujące w trybie znajomym w dni robocze (w tym nocami) i w weekendy, jednakże nie zapewniano opieki pielęgniarskiej w weekendy nocami.

Personel opieki zdrowotnej w *Areszcie Śledczym w Białymstoku*⁶⁹ obejmował dwóch pełnoetatowych lekarzy (radiologa i internistę), lekarza ogólnego pracującego w niepełnym wymiarze godzin a także dentystę w niepełnym wymiarze godzin, odwiedzającego jednostkę raz w tygodniu, a także dyżurującego psychiatrę zewnętrznego. Dodatkowo zatrudniano pięć pielęgniarek w pełnym wymiarze godzin (obecnych od godz. 07:30 do 08:30 w dni robocze), dwóch ratowników medycznych oraz technika radiologa.

W *Areszcie Śledczym w Gliwicach*⁷⁰ było trzech lekarzy ogólnych pracujących w niepełnym wymiarze godzin, jeden dentysta pracujący w niepełnym wymiarze godzin oraz trzech specjalistów konsultujących w niepełnym wymiarze godzin (psychiatra, neurolog i laryngolog). Cztery pełnoetatowe pielęgniarki zapewniały opiekę od godziny 7 rano do 19 od poniedziałku do soboty.

Personel opieki zdrowotnej w *Zakładzie Karnym nr 2 w Strzelcach Opolskich*⁷¹ obejmował 11 zatrudnionych na zlecenie w niepełnym wymiarze godzin 11 lekarzy i 6 specjalistów ze szpitali cywilnych, zajmujących się różnymi obszarami (tj. medycyna wewnętrzna, neurologia, okulistyka, laryngologia, dentystyka, psychiatria, chirurgia); brak pełnoetatowego lekarza ogólnego jest jednakże powodem do poważnych obaw dla CPT. Pięć pełnoetatowych pielęgniarek zapewniało opiekę od godz. 07:30 do 15:30 w dni robocze i od 8:00 do 12:00 w weekendy.

76. W świetle powyższego Komitet zaleca, by podjęto kroki celem zwiększenia zatrudnienia personelu medycznego w celu zapewnienia, by:

na konsultacje lekarskie.

⁶⁷ Populacja w czasie wizyty – 1 084.

⁶⁸ Również w tej jednostce wielu osadzonych narzekało na długi czas oczekiwania na konsultacje lekarskie.

⁶⁹ Populacja w czasie wizyty – 620.

⁷⁰ Populacja w czasie wizyty – 323.

⁷¹ Populacja w czasie wizyty – 474.



- w Areszcie Śledczym Warszawa-Białołęka do dyspozycji byli lekarze ogólni pracujący w wymiarze równoważnym pięciu pełnym etatom;
- w Areszcie Śledczym Warszawa-Służewiec do dyspozycji byli lekarze ogólni pracujący w wymiarze równoważnym trzem pełnym etatom oraz większy zespół pielęgniarski;
- w Areszcie Śledczym w Białymstoku do dyspozycji byli lekarze ogólni pracujący w wymiarze równoważnym dwóm pełnym etatom oraz zespół pielęgniarski pracujący w wymiarze równoważnym dziesięciu pełnym etatom;
- w Zakładzie Karnym nr 2 w Strzelcach Opolskich do dyspozycji byli lekarze ogólni pracujący w wymiarze równoważnym dwóm pełnym etatom oraz większy zespół pielęgniarski.

Dalej CPT zaleca, by polskie władze podjęły kroki mające na celu zapewnienie, by przez cały czas, w tym nocą i w weekendy, obecna była osoba potrafiąca udzielać pierwszej pomocy (obejmuje to przeszkolenie w administrowaniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz używaniu defibrylatora); osoba taka powinna być wykwalifikowaną pielęgniarką.

77. Delegacja odniosła pozytywne wrażenie z wizyty w jednostce terapeutycznej w Zakładzie Karnym nr 2 w Strzelcach Opolskich. Jednostka (o pojemności 64 miejsc) obsadzona była przez dwóch psychologów, terapeutę zajęciowego oraz edukatora. Jedna pielęgniarka z zespołu opieki zdrowotnej skierowana była do pracy w niepełnym wymiarze godzin w jednostce terapeutycznej; jednostka również korzysta z obecności psychiatry w niepełnym wymiarze godzin.

Po wstępnym okresie diagnozy trwającym 30 dni opracowywany był dla każdego osadzonego za jego zgodą indywidualny plan terapii. Osadzonym oferowano szereg różnych aktywności zajęciowych oraz terapii indywidualnych.

b. Badania lekarskie i poufność

78. Komitet wielokrotnie podkreślał rolę badań lekarskich osadzonych przy przybyciu do jednostki – w szczególności w jednostkach, które służą jako punkt wejścia do systemu więziennego. Rola takich badań lekarskich jest nie do przecenienia, w szczególności pod kątem rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, zapobiegania samobójstwom oraz terminowego rejestrowania wszelkich obrażeń.

W tym kontekście CPT z żalem notuje brak postępów w odniesieniu do badań lekarskich nowo przybyłych osadzonych. Podobnie jak podczas wizyty w 2013 roku, delegacja odniosła wrażenie, że wstępne badanie w wizytowanych jednostkach było powierzchowne i ogólne, ograniczające się do kilku ogólnych pytań o stan zdrowia i w



większości nie obejmowało pełnego badania fizykalnego⁷². Dodatkowo, delegacja spotkała szereg osadzonych, którzy rzekomo nie zostali poddani badaniu lekarskiemu w terminie 24 godzin od daty przybycia do jednostki; według relacji w niektórych przypadkach pierwsze badanie lekarskie było wykonywane kilka dni (do tygodnia) później.

Komitet ponownie przywołuje swoje stałe zalecenie, by polskie władze przypomniały wszystkim przedstawicielom personelu opieki zdrowotnej, że należy z każdym nowo przybyłym osadzonym 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 lekarza.

79. Z pozytywnych kwestii, zasada poufności kwestii medycznych wydaje się być przestrzegana w stosunku do większości osadzonych – badania lekarskie (przy przybyciu i później) były wykonywane pod nieobecność personelu strażniczego.

Jednakże mimo wielokrotnych wezwań ze strony CPT sytuacja pozostała w ogóle niezmieniona jeśli chodzi o badania lekarskie osadzonych o statusie „N” – nadal rutynowo byli oni zakuwani w kajdanki oraz badani w obecności personelu strażniczego. Tak jak Komitet podkreślał w przeszłości wielokrotnie, praktyka stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osadzonych podczas konsultacji lekarskich narusza godność osadzonych, uniemożliwia rozwinięcie szczerzej relacji między lekarzem a pacjentem i może być nawet szkodliwe z punktu widzenia poczynienia obiektywnych obserwacji medycznych.

CPT wzywa polskie władze do zaprzestania praktyki rutynowego stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osadzonych o statusie „N” podczas badań lekarskich. Personelowi dozoru oraz personelowi opieki zdrowotnej przypomina się, iż wszystkie badania lekarskie osadzonych należy wykonywać poza zasięgiem słuchu oraz – chyba że dany lekarz wyraźnie o to poprosi w konkretnych przypadku – poza zasięgiem wzroku służby więziennej.

80. Komitet musi również przywołać swoje obawy dotyczące słabej rejestracji obrażeń w jednostkach penitencjarnych. Wizyta odbyta w roku 2017 niestety wykazała, iż kwestie podnoszone przez CPT w przeszłości pozostały nierozwiązane: żadna z odwiedzanych jednostek nie prowadziła specjalnego rejestru do odnotowywania obrażeń (informacja trafiała wyłącznie do karty medycznej osadzonych), opisy były powierzchowne i nie obejmowały wniosków lekarzy co do potencjalnego powodu obrażenia lub czy obrażenia były spójne z informacjami przekazywanymi przez osadzonego. Podobnie jak w przeszłości, nie zaobserwowano systemowego

⁷² Procedury medyczne przy przyjęciu obejmowały badanie pod kątem gruźlicy (prześwietlenie rentgenowskie klatki piersiowej). Inne badania (np. HIV, WZW typu B/C) mogły być wykonane dobrowolnie.



przekazywania informacji o zarejestrowanych obrażeniach do właściwego prokuratora.

CPT wzywa polskie władze do podjęcia natychmiastowych kroków (w tym poprzez wydanie instrukcji oraz zapewnienie szkolenia stosownemu personelowi) tak by zapewnić, iż wszelkie przejawy przemocy zaobserwowane podczas badania lekarskiego przy przybyciu lub po incydencie w jednostce penitencjarnej były odpowiednio rejestrowane, oraz by dokumentacja taka zawierała:

- i) opis uwag osoby poddanej badaniu istotnych z punktu widzenia badania lekarskiego (w tym przedstawiony przez niego/ją opis stanu jego/jej zdrowia i jakiegokolwiek zarzuty dotyczące niewłaściwego traktowania);
- ii) pełne obiektywne ustalenia lekarskie dokonane na podstawie dokładnego badania;
- iii) uwagi lekarza w związku z informacjami wskazanymi w punktach i) i ii), wskazujące na zgodność pomiędzy przedstawionymi zarzutami a obiektywnymi ustaleniami lekarskimi.

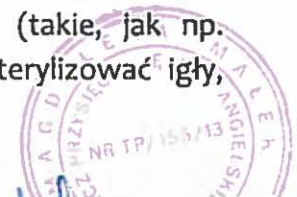
Dokumentacja powinna zawierać również wyniki dodatkowo przeprowadzonych badań, szczegółowe wyniki konsultacji specjalistycznych, opis sposobu leczenia obrażeń, a także informację o wszelkich innych przeprowadzonych procedurach.

Rejestracja badań lekarskich w przypadku obrażeń wykonywana jest przy pomocy specjalnego formularza przygotowanego na takie potrzeby, zawierającego zarysy sylwetki do zaznaczania umiejscowienia obrażeń, które będą przechowywane w kartotece medycznej osadzonego. Także zdjęcia, jeśli zostały zrobione, powinny zostać zamieszczone w dokumentacji medycznej osadzonego. Dodatkowo, w każdej jednostce penitencjarnej powinno prowadzić się specjalny rejestr urazów, w którym odnotowuje się wszystkie rodzaje obrażeń.

Komitet zaleca również dokonanie przeglądu istniejących procedur 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 niezwłocznie i systematycznie przekazywane do wiadomości właściwego prokuratora, niezależnie od życzenia osadzonego. Wyniki badań powinny być także dostępne dla osadzonego, którego dotyczą, i jego albo jej prawnika.

c. Problemy związane z narkotykami

81. Tak jak zaobserwowano podczas poprzednich wizyt, programy metodonowe były dostępne we wszystkich wizytowanych jednostkach. Jednak w żadnym z wizytowanych aresztów śledczych nie były stosowane środki ograniczania szkód (takie, jak np. dostarczanie środków dezynfekujących i informowanie o tym, jak sterylizować igły,



programy wymiany igieł lub dostarczania prezerwatyw).

Komitet chciałby podkreślić, że postępowanie z osadzonymi, którzy są uzależnieni od narkotyków, musi być różnorodne – musi łączyć eliminowanie dostaw narkotyków do jednostek, zajmowanie się uzależnieniem od narkotyków poprzez identyfikację osób nadużywających narkotyków, oferowanie im leczenia i zapewnianie, że zapewniana jest odpowiednia opieka, opracowane są standardy, realizowany jest monitoring i badania pod kątem narkotyków, a personel jest odpowiednio szkolony – i związane z prawdziwą polityką zapobiegania. Oczywistym jest, że personel opieki zdrowotnej musi odgrywać zasadniczą rolę w konstruowaniu, wdrażaniu i monitorowaniu wskazanych programów i musi ściśle współpracować z innym zaangażowanym personelem (psycho-socjo-educacyjnym).

CPT wzywa polskie władze by opracowały i wdrożyły wszechstronną politykę zapewniania pomocy osadzonym z problemami narkotykowymi (w ramach szerszej krajowej strategii narkotykowej), w świetle powyższych uwag.

5. Inne kwestie

a. Kontakt ze światem zewnętrznym

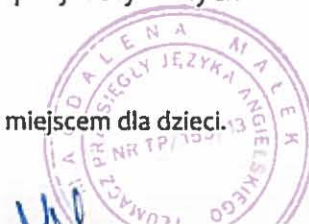
82. Komitet docenia niedawne zmiany w przepisach, które w końcu zniosły całkowity zakaz rozmów telefonicznych dla tymczasowo aresztowanych. Według obserwacji delegacji w wizytowanych jednostkach, podjęto już kroki mające na celu zainstalowanie automatów telefonicznych w jednostkach dla tymczasowo aresztowanych i osadzonych, którzy mają upoważnienie od organu prowadzącego dochodzenie (zob. par. 84 poniżej) na wykonywanie codziennie 5-minutowej rozmowy telefonicznej.

83. Jednakże w praktyce poziom kontaktu ze światem zewnętrznym dla tymczasowo aresztowanych pozostaje niewystarczający. Większość tymczasowo aresztowanych, z którymi rozmawiała delegacja, doświadczyło ograniczeń co do możliwości kontaktu w taki czy inny sposób, trwające nawet kilka miesięcy – nie zezwalano na rozmowy telefoniczne, wizyty, lub na jedno i drugie.

Dodatkowo, w niektórych przypadkach delegacja miała problem ze zrozumieniem logiki, jaka leżała za takimi ograniczeniami (np. osadzonemu wolno było dzwonić do żony i małych dzieci, lecz dzieci nie mogły odwiedzać ojca⁷³) lub czasu, jaki zajmowało podjęcie decyzji w sprawie próśb osadzonych (delegacja rozmawiała z tymczasowo aresztowanymi od dwóch miesięcy, którzy nadal czekali na odpowiedź prokuratora w sprawie ich wniosków o rozmowy telefoniczne, wizyty i korespondencję).

84. CPT odnotowuje z zaniepokojeniem, iż mimo wielokrotnie przywoływanych

⁷³ Według relacji prokurator był zdania, że jednostka penitencjarna nie jest właściwym miejscem dla dzieci.



zaleceń w tym zakresie⁷⁴ tymczasowo aresztowani nadal mają obowiązek ubiegania się o zgodę sędziego lub prokuratora na każdą pojedynczą wizytę. Komitet w tym zakresie ponownie powtarza zalecenie, iż osoby tymczasowo aresztowane powinny być z zasady uprawnione do wizyt (i do rozmów telefonicznych), nie powinno to zależeć od upoważnienia przez organ sądowy. Wszelka odmowa takich kontaktów w danym przypadku powinna być odpowiednio uzasadniona potrzebami śledztwa, wymagać zgody organu sądowego oraz powinna obowiązywać przez określony czas. W przypadku gdy zostanie uznane, że istnieje ciągłe ryzyko zmwawiania się, poszczególne wizyty (lub rozmowy telefoniczne) mogą być monitorowane.

Komitet wzywa polskie władze do doprowadzenia stosownych przepisów do zgodności z tymi zasadami bez dalszej zwłoki.

85. CPT musi również przywołać swój pogląd, iż wszyscy osadzeni – zarówno tymczasowo aresztowani jak i skazani⁷⁵ – powinni korzystać z możliwości wizyt odpowiadającej przynajmniej jednej godzinie wizyt tygodniowo. **Komitet ponownie zaleca, by polskie władze podwyższyły odpowiednio obecne uprawnienia do wizyt dla osadzonych.**

b. Dyscyplina i środki przymusu bezpośredniego

86. Podobnie jak podczas poprzednich wizyt CPT, delegacja odnotowała, że cele dyscyplinarne⁷⁶ i izolujące oraz środki przymusu bezpośredniego⁷⁷ w wizytowanych jednostkach były stosowane w niewielkim stopniu, a dokumentacja rejestrująca ich stosowanie zapewniała stosowną odpowiedzialność.

87. Jednakże pewne obawy dotyczące procedury dyscyplinarnej⁷⁸ nadal są istotne: osadzeni nadal nie byli odpowiednio wysłuchiwanii przed nałożeniem sankcji, co do zasady nie informowano ich (lub informowano ich tylko ustnie) o dostępnych możliwościach zaskarżania sankcji dyscyplinarnych i nie otrzymywali kopii decyzji dyscyplinarnych. **Komitet wzywa polskie władze do usunięcia tych problemów.**

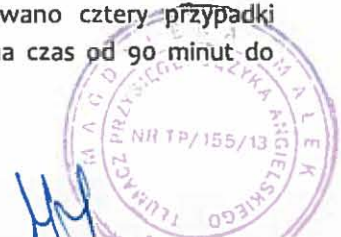
⁷⁴ Zob. np. par. 95 CPT/Inf (2014) 21 i par. 134 CPT/Inf (2006) 11.

⁷⁵ Skazani osadzeni w jednostkach zamkniętych nadal mają prawo tylko do dwóch jednogodzinnych wizyt w miesiącu.

⁷⁶ Przykładowo, w Areszcie Śledczym Warszawa-Białołęka, sankcja dyscyplinarna w postaci odosobnienia (na czas od siedmiu do 14 dni) była stosowana 23 razy w trakcie pierwszych pięciu miesięcy 2017 roku; w Areszcie Śledczym Warszawa-Służewiec, sankcja dyscyplinarna w postaci odosobnienia (do 28 dni) była stosowana 22 razy w tym samym okresie czasu.

⁷⁷ Przykładowo, w przeciągu pierwszych pięciu miesięcy 2017 roku, odnotowano cztery przypadki umieszczenia w celi dyscyplinarnej w Areszcie Śledczym Warszawa-Białołęka (na czas od 90 minut do sześciu godzin).

⁷⁸ Zob. również par. 99 CPT/Inf (2014) 21.



88. CPT wyraża również zaniepokojenie faktem, iż maksymalny dozwolony prawem okres umieszczenia w celi izolacyjnej dla skazanych (28 dni) nie został skrócony.⁷⁹ Komitet wzywa polskie władze do zmodyfikowania stosownych przepisów, tak aby dostosować maksymalny okres umieszczenia skazanych w celi izolacyjnej do przepisów dotyczących tymczasowo aresztowanych, tj. by wynosił nie więcej niż 14 dni. Co więcej, należy wprowadzić zakaz stosowania następujących po sobie kar dyscyplinarnych, które skutkowałyby nieprzerwanym okresem odosobnienia przekraczającym maksymalny dopuszczony prawem czas. Wszelkie przewinienia popełnione przez osadzonego, które uzasadniają bardziej dotkliwe sankcje, należy nakładać za pośrednictwem systemu sprawiedliwości karnej.⁸⁰

89. Dodatkowo CPT wyraża zaniepokojenie rolą lekarzy więziennych w procedurze umieszczania w celi izolacyjnej.⁸¹ Tak jak ponownie zaobserwowała delegacja, lekarze⁸² potwierdzali, że osadzony był w stanie zdrowia umożliwiającym umieszczenie w celi izolacyjnej.

Komitet wielokrotnie podkreślał, że zobligowanie lekarzy więziennych do poświadczenia, że osadzony jest w stanie zdrowia umożliwiającym odbycie kary raczej nie będzie skutkowało nawiązaniem pozytywnych relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem; oprócz tego jest to nieetyczne. Personel medyczny nie powinien nigdy uczestniczyć w jakiegokolwiek części procesu podejmowania decyzji, którego skutkiem jest umieszczenie osadzonego w jakimkolwiek odosobnieniu, chyba że środek ten stosowany jest ze względów medycznych. Komitet wzywa polskie władze do natychmiastowego zaprzestania tej praktyki.⁸³

90. Z drugiej strony, personel opieki zdrowotnej powinien z uwagą opiekować się osadzonymi umieszczonymi w celach izolacyjnych (czy też osadzonymi w warunkach odosobnienia). Personel opieki zdrowotnej powinien być niezwłocznie powiadomiony o każdym takim umieszczeniu i powinien niezwłocznie udać się do osadzonego po takim umieszczeniu i następnie regularnie go odwiedzać, przynajmniej raz dziennie, i udzielać mu niezbędnej pomocy medycznej oraz leczenia w miarę potrzeb. To niestety nie jest regularną praktyką w wizytowanych jednostkach: w niektórych przypadkach personel opieki zdrowotnej odwiedza osadzonego umieszczonego w celi izolacyjnej wyłącznie na prośbę takiego osadzonego. CPT zaleca, by podjęto kroki mające na celu zapewnienie, że praktyka w wizytowanych więzieniach (oraz, jeżeli dotyczy, w całym systemie

⁷⁹ Zob. również par. 98 CPT/Inf (2014) 21.

⁸⁰ Zob. również 21 Raport Ogólny z działalności CPT (CPT/Inf (2011) 28) par. 56(b).

⁸¹ Zob. również par. 100 CPT/Inf (2014) 21 i par. 142 CPT/Inf (2011) 20.

⁸² I w niektórych przypadkach, również psychologów.

⁸³ Zob. również Europejskie Reguły Więzienne (w szczególności Reguła 43.2) i komentarze poczynione przez CPT w 21 Raporcie Ogólnym (par. 62-63 CPT/Inf (2011) 28).



więziennictwa w Polsce) zostanie doprowadzona do zgodności z wspomnianymi wyżej regulacjami.

91. Komitet z zalem odnotowuje również, iż nie podjęto żadnych działań celem zrewidowania obowiązujących regulacji i praktyk dotyczących roli lekarzy więziennych w kontekście procedur stosowania środków przymusu bezpośredniego, w tym w kontekście umieszczania w celi izolacyjnej oraz stosowania pasów. Podobnie jak w roku 2013, delegację poinformowano, iż badanie lekarskie osadzonego przewidziano jedynie na prośbę personelu więziennego, w przypadku gdy istniały ku temu wyraźne wskazania (widoczne obrażenia lub inne symptomy zagrożenia życia lub zdrowia).⁸⁴

CPT musi powtórzyć, iż wszelkie zastosowanie mechanicznych środków przymusu bezpośredniego musi być niezwłocznie zgłaszane lekarzowi, aby ocenić, czy stan psychiczny osadzonego wymaga hospitalizacji lub czy niezbędne są inne środki w świetle stanu zdrowia osadzonego. Komitet zaleca, by polskie władze podjęły niezbędne kroki w celu zmiany obecnej praktyki. Ogólnie rzecz biorąc, czyni się niniejszym odwołanie do rekomendacji zawartych w par. 104 raportu z wizyty w roku 2013 dotyczących zasad i minimalnych standardów, jakie należy stosować przy stosowaniu środków przymusu mechanicznego w jednostce.

D. Zakłady dla nieletnich

1. Uwagi wstępne

92. Polski wymiar sprawiedliwości w odniesieniu do nieletnich oparty jest na ustawie szczególnej – ustawie z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (dalej ustawa o nieletnich)⁸⁵ – która zawiera elementy zarówno prawa cywilnego jak i karnego.⁸⁶ Środki przewidziane w ustawie są stosowane w przypadku, gdy osoba niepełnoletnia wykazuje oznaki „demoralizacji” lub popełnia przestępstwo. Jurysdykcja w sprawach dla nieletnich przypisana jest do sądów rodzinnych, które funkcjonują jako wydziały sądów rejonowych.⁸⁷

Ustawa o nieletnich przewiduje szereg środków wychowawczych i poprawczych, które

⁸⁴ Zgodnie z ustawą o środkach przymusu bezpośredniego.

⁸⁵ Ostatnio zmieniona 30 sierpnia 2013 r.

⁸⁶ W polskim prawie osoba nieletnia to osoba, która nie osiągnęła wieku 17 lat (nie 18). Co do zasady, nieletni nie odpowiadają karnie. To powiedziawszy, zgodnie z art. 10 § 1 kodeksu karnego (kk), nieletni może ponosić odpowiedzialność karną za serię przestępstw wyszczególnionych w kk popełnionych w wieku między 15 a 17 lat, jeżeli okoliczności sprawy oraz osobowość nieletniego sprawcy to uzasadniają, a w szczególności jeżeli poprzednio stosowane środki wychowawcze lub poprawcze okazały się bezskuteczne. We wszystkich innych przypadkach dotyczących nieletnich, stosowana procedura jest określona w ustawie o nieletnich, która nie jest częścią postępowania karnego, a środki stosowane nie są sankcjami karnymi.

⁸⁷ Odwołania rozpatrują wydziały cywilne sądów okręgowych.



mogą być orzeczone przez sąd (np. upomnienie, nadzór rodzica/kuratora lub organizacji społecznej, umieszczenie w ośrodku dla młodzieży lub w rodzinie zastępczej, umieszczenie w zakładzie poprawczym, itp.)

93. Zgodnie z ustawą o nieletnich, istnieje siedem rodzajów jednostek, do jakich mogą być skierowani nieletni decyzją sądów rodzinnych: zakład poprawczy, schronisko dla nieletnich, hostel, policyjna izba dziecka, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, jednostka psychiatryczna (oddział dla nieletnich) lub wyspecjalizowana placówka opiekuńczo-wychowawcza.⁸⁸

Co do zasady, środki stosowane przez sąd rodzinny są nakładane na czas nieokreślony i tracą moc prawną automatycznie, kiedy nieletni kończy 18 lat (w przypadku środków wychowawczych) lub 21 lat (w przypadku środków poprawczych, jak np. umieszczenie w zakładzie poprawczym). Sąd rodzinny może jednakże warunkowo zwolnić nieletniego z zakładu poprawczego, jeżeli jego postępy umożliwiają sądowi na przyjęcie, iż po zwolnieniu nieletni będzie przestrzegał prawa oraz „zasad współżycia społecznego”.⁸⁹

94. Podczas wizyty w 2017 roku delegacja po raz pierwszy wizytowała Zakład Poprawczy w Białymstoku. Instytucja, zlokalizowana na obrzeżach miasta, jest jedynym zakładem poprawczym w Polsce dla chłopców z uzależnieniami w wieku 13-21 lat. W czasie wizyty, jego oficjalna pojemność wynosiła 42 miejsc, zajmowanych przez 36 chłopców w wieku od 14 do 20 lat (22 z nich było w wieku między 18 a 21 lat).⁹⁰

2. Niewłaściwe traktowanie

95. Delegacji nie zgłoszono zarzutów fizycznego niewłaściwego traktowania, a większość nieletnich wypowiadała się o personelu pozytywnie. Jednakże delegacja odniosła wrażenie, że przemoc wśród nieletnich miała miejsce i stwarzała zagrożenie dla bezpieczeństwa zarówno personelu jak i nieletnich.⁹¹

CPT zaleca, by zarząd i personel Zakładu Poprawczego w Białymstoku zwrócił większą uwagę na obserwację celem zapobiegania przemocy wśród nieletnich. Należy również rozważyć lepsze przeszkolenie personelu w zakresie rozwiązywania sporów oraz

⁸⁸ Placówki te są pod nadzorem pięciu różnych ministerstw (sprawiedliwości, spraw wewnętrznych i administracji, edukacji, zdrowia oraz pracy i polityki społecznej).

⁸⁹ Warunkowe zwolnienie z jednostki nie może mieć miejsca wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od umieszczenia nieletniego w jednostce.

⁹⁰ Z 36 nieletnich na liście, trzech przebywało na przepustce w domu, sześciu było zwolnionych tymczasowo na podstawie decyzji dyrektora zakładu zgodnie z art. 90 ustawy o nieletnich, a czterech nie wróciło do zakładu po przepustce na pobyt w domu.

⁹¹ W szczególności, delegacja uzyskała informacje o dwóch zdarzeniach, które miały miejsce w zakładzie w poprzednim roku. Podczas jednego ze zdarzeń osoba z personelu zakładu płci żeńskiej została zaatakowana przez nieletniego; w drugim przypadku jeden nieletni dźgnął innego chłopca nożem.



technik słownego rozładowywania sytuacji.

3. Warunki detencji

a. Warunki materialne

96. Budynek mieszkalny w Zakładzie Poprawczym w Białymstoku miał cztery piętra. Na parterze znajdowała się kuchnia ze stołówką, jednoosobowe pomieszczenie dla nowo przybyłych oraz pomieszczenie dla nerwowych nieletnich⁹². Na pierwszym piętrze znajdowała się szkoła z sześcioma salami lekcyjnymi, punkt lekarski, druga izba izolacyjna, trzy jednoosobowe pomieszczenia dla nowo przybyłych oraz cztery medyczne izolatki (dwie jednoosobowe, jedna dwuosobowa, i jedna czteroosobowa).

Nieletni zakwaterowani byli na drugim i trzecim piętrze, w salach dwuosobowych lub trzyosobowych, które miały wymiary około 15 m² każdy i były odpowiednio wyposażone (łóżka z pościelą, stół, krzesło(krzesła), a także szafa lub półki) oraz miały dobry dostęp do naturalnego światła i świeżego powietrza; sztuczne oświetlenie również było wystarczające. Sale umożliwiały personalizację otoczenia: znajdowały się w nich rośliny, zdjęcia na ścianach, a niektórzy chłopcy mieli własne zwierzątka (chomiki lub rybki w akwariach).⁹³

Każde piętro mieszkalne posiadało udogodnienia sanitarne, kuchnię, w której chłopcy gotują posiłki samodzielnie⁹⁴, jadalnię, świetlicę z telewizorem i grammi, oraz siłownię. Wszystkie sale i inne pomieszczenia, które widziała delegacja, były co do zasady w satysfakcjonującym stanie i porządku.

b. Reżim

97. Reżim aktywności zapewniany nieletnim był satysfakcjonujący i obejmował edukację (około sześć godzin w dni robocze) i szkolenia zawodowe (budownictwo i ciesielstwo) w przestronnych i dobrze wyposażonych warsztatach.

Dodatkowo, dla nieletnich dostępne były aktywności sportowe na zewnętrznym boisku do piłki nożnej oraz koszykówki w zakładzie (to drugie służy również jako dziedziniec do ćwiczeń na zewnątrz, zob. par. poniżej); wydaje się, że regularnie organizowane są różne konkursy sportowe.

98. W zakresie dostępu do ćwiczeń na zewnątrz, wspomniane wyżej boisko do koszykówki nie było odpowiednio wyposażone w tym celu – w szczególności nie posiadało ochrony przed niekorzystnymi warunkami pogodowymi. Dodatkowo,

⁹² „Izba izolacyjna”.

⁹³ Za wyjątkiem okresu adaptacji lub ponownej adaptacji, gdzie warunki materialne były dosyć surowe.

⁹⁴ Chłopcy podczas procesu adaptacji (nowo przybyli) i ponownej adaptacji (doprowadzeni ponownie do zakładu po ucieczce lub umieszczeni w tej grupie po poważnym naruszeniu regulaminu) nie mają pozwolenia na gotowanie samodzielne i jedzą w stołówce.



delegację poinformowano, iż nieletni mieli dostęp do ćwiczeń na zewnątrz tylko przez godzinę dziennie; jest to niewystarczające. Zdaniem Komitetu minimalne uprawnienie do ćwiczeń na zewnątrz dla nieletnich powinno wynosić dwie godziny dziennie.

CPT zaleca, by podjęto kroki celem zapewnienia, że wszyscy nieletni przebywający w zakładach poprawczych, niezależnie od reżimu, mieli możliwość wykonywania ćwiczeń na zewnątrz przez przynajmniej dwie godziny dziennie. Dodatkowo, Komitet ufa, że dyrekcja Zakładu Poprawczego w Białymstoku naprawi wspomniane wyżej niedociągnięcia dotyczące dziedzińca zewnętrznego do ćwiczeń.

4. Opieka zdrowotna

99. Personel opieki zdrowotnej zatrudniony w Zakładzie Poprawczym w Białymstoku obejmował jedną pełnoetatową pielęgniarkę obecną od 7:30 do 15:30 w dni robocze oraz dentystę pracującego w niepełnym wymiarze godzin, odwiedzającego jednostkę trzy razy w tygodniu.

Zakład nie dysponuje lekarzem ogólnym; jednakże lekarz wzywany jest w miarę potrzeby. Zdaniem Komitetu jest to niewystarczające, by zapewnić stosowną opiekę zdrowotną nieletnim. CPT zaleca, by polskie władze podjęły kroki celem zapewnienia regularnych wizyt lekarza ogólnego w zakładzie.

100. Dodatkowo, w zakładzie był jeden psycholog, który realizował wizyty indywidualne; odbywały się również spotkania terapii grupowej raz w tygodniu. Psychiatra dostępny był na wezwanie i według uzyskanych informacji odwiedzał zakład dosyć często.

101. Wszyscy nowo przybyli nieletni byli badani przez pielęgniarkę. Jednakże kilku nieletnich, z którymi rozmawiała delegacja, stwierdziło, że to pierwsze badanie było bardzo powierzchowne, ograniczało się do kilku ogólnych pytań i nie obejmowało pełnego badania fizykalnego. Co więcej, według relacji niektórzy nieletni byli przyjęci przez pielęgniarkę kilka dni po ich przybyciu.

Komitet zaleca, by polskie władze przypomniały wszystkim przedstawicielom personelu opieki zdrowotnej pracującym w zakładach poprawczych, że należy z każdym nowo przybyłym nieletnim przeprowadzić wywiad oraz zbadać go niezwłocznie, nie później niż w terminie 24 godzin od przybycia; badanie powinien wykonywać lekarz lub w pełni wykwalifikowana pielęgniarka pod nadzorem lekarza.

5. Inne kwestie

a. Personel

102. W odniesieniu do poziomu zatrudnienia personelu, zakład zatrudniał dwunastu edukatorów pracujących w zmianach trwających 7,5 godzin; dodatkowo, w szkole i w warsztatach pracowało dziewięciu nauczycieli. Na potrzeby bezpieczeństwa, zakład



zatrudniał jedenastu strażników. W związku z tym personel można uznać za wystarczający.

Jednakże delegacja z obawą przyjęła informacje o planach redukcji personelu pedagogicznego w Zakładzie Poprawczym w Białymstoku w trakcie roku 2018. CPT pragnie uzyskać wyjaśnienia w tej kwestii od polskich władz.

b. Środki przymusu bezpośredniego

103. Art. 95a ustawy o nieletnich zezwala na stosowanie środka przymusu bezpośredniego w postaci siły fizycznej wobec nieletniego w szeregu sytuacji, pod warunkiem, że środki oddziaływania psychologiczno-pedagogicznego okazały się nieskuteczne.⁹⁵ W przypadku gdy zastosowanie siły fizycznej okaże się niewystarczające, oraz wyłącznie w celu zapobiegania użyciu przemocy przez nieletniego wobec siebie samego lub innych, lub też autoagresji, inne środki przymusu bezpośredniego przewidziane prawem mogą być zastosowane – kaftan bezpieczeństwa, pas obezwładniający oraz umieszczenie w izbie izolacyjnej.⁹⁶ Nieletni nie może być przetrzymywany w odosobnieniu na czas dłuższy niż 48 godzin (lub dłużej niż 12 godzin, jeżeli nieletni ma mniej niż 14 lat).

Warunki materialne w dwóch izbach izolacyjnych w Zakładzie Poprawczym w Białymstoku były satysfakcjonujące. Sale (mierzące odpowiednio około 8 m² i 11 m²) były wyposażone w metalowe łóżko (z uchwytami do krępowania), stół, krzesło oraz kamerę monitoringową; udogodnienia sanitarne dostępne były w korytarzu poza izbą. Dostęp do światła naturalnego i wentylacji był odpowiedni, sztuczne oświetlenie było właściwe.

104. Delegacja odnotowała, iż środki przymusu bezpośredniego zastosowano 32 razy w roku 2016 (29 umieszczeń w izbie izolacyjnej oraz trzy przypadki użycia pasów) i trzy razy na przestrzeni pierwszych pięciu miesięcy 2017 roku (trzy umieszczenia w izbie izolacyjnej). Krępowanie przy użyciu kaftana bezpieczeństwa w praktyce nie było według relacji stosowane.

Delegacja jednakże nie była w stanie ocenić w pełni stosowania środków przymusu bezpośredniego, ponieważ nie istniał centralny rejestr takich przypadków, a kartoteki

⁹⁵ Ustawa o nieletnich czyni odwołanie do art. 11 ustawy o środkach przymusu bezpośredniego. Siła fizyczna może być użyta między innymi w następujących okolicznościach: (i) przeciwdziałania przemocy lub powodowania obrażeń przez nieletnich u siebie samych lub u innych; (ii) przeciwdziałania ucieczkom, (iii) przeciwdziałania uszkodzeniu mienia oraz (iv) zwalczania aktywnego lub pasywnego oporu wobec poleceń.

⁹⁶ Art. 27 ustawy o środkach przymusu bezpośredniego. Należy dodać, iż od lipca 2016 r. sankcję izolacji dyscyplinarnej usunięto z ustawy o nieletnich, a zatem nie stosuje się jej już w Zakładzie Poprawczym w Białymstoku (jedyne sankcje dyscyplinarne to upomnienie, zawiadomienie sądu, zawiadomienie rodziców/opiekunów, tymczasowe ograniczenie kieszonkowego, tymczasowy zakaz przepustek oraz zakaz korzystania z komputera i/lub internetu).



osobowe nieletnich zawierały jedynie informację o godzinie rozpoczęcia stosowania środka przymusu bezpośredniego, bez wskazywania godziny zakończenia.

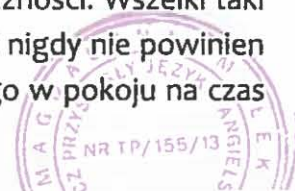
105. Komitet pragnie podkreślić, iż jego zdaniem krępowanie agresywnych i/lub nerwowych nieletnich na łóżku w izbie izolacyjnej aż się uspokoją stanowi nieproporcjonalne użycie siły i środek, który jest sprzeczny z filozofią wychowania i integracji społecznej nieletnich; należy więc tych praktyk zaprzestać. W zamian należy stosować metody radzenia sobie ze zdarzeniami przemocowymi, takie jak techniki rozładowywania zdarzeń oraz kontrola manualna; wymaga to stosownego przeszkolenia i certyfikowania personelu w tym zakresie. Dodatkowo, należy opracować alternatywne środki zapobiegające nerwowości oraz uspokajania nieletnich. Oczywistym jest, że wszelka siła użyta do przywrócenia kontroli nad nieletnimi powinna być zredukowana do minimum wymaganego w danej sytuacji i w żadnym wypadku nie powinno to być okazją do zadawania bólu.

W przypadku gdy nieletni zachowuje się w sposób wysoce nerwowy lub agresywny, dana osoba powinna być trzymana pod ścisłym nadzorem i w stosownym pomieszczeniu (np. w pokoju izolacyjnym). W przypadku zaniepokojenia spowodowanego stanem zdrowia nieletniego, personel powinien poprosić o pomoc medyczną i wykonać polecenia personelu medycznego (w tym np. przewiezienie danego nieletniego do placówki medycznej). Absolutnie niedopuszczalne jest korzystanie z mechanicznych środków przymusu bezpośredniego jako kar lub jako groźba kary.

CPT zaleca, by polskie władze zakazały stosowania wiązania nieletnich agresywnych i/lub nerwowych w zakładach poprawczych; należy stosownie zmienić właściwe przepisy. Dodatkowo, Komitet zaleca, by usunięto metalowe łóżka z uchwytyami do wiązania z izb izolacyjnych i wprowadzono alternatywne metody rozładowywania zdarzeń przemocowych oraz alternatywne środki przymusu bezpośredniego, w tym indywidualne alternatywne metody uspokajania i przeciwdziałania nerwowości u nieletnich, z uwzględnieniem powyższych uwag.

W odniesieniu do kaftanów bezpieczeństwa, CPT uważa, że nigdy nie powinny być używane w miejscach detencji, między innymi ze względu na ich poniżający i stygmatyzujący wpływ na wszystkie strony. Kaftany bezpieczeństwa należy usunąć z katalogu „środków przymusu bezpośredniego” wymienionych w art. 12 ustawy o środkach przymusu bezpośredniego.

106. Co więcej, Komitet pragnie podkreślić, iż 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. Wszelki taki środek nie powinien być stosowany na czas dłuższy niż kilka godzin i nigdy nie powinien być stosowany jako nieformalna kara. Każde umieszczenie nieletniego w pokoju na czas



uspokojenia się powinno być niezwłocznie zgłaszane lekarzowi, aby umożliwić mu opiekę zdrowotną nad danym nieletnim. Dodatkowo, każde takie umieszczenie należy odnotować w centralnym rejestrze a także w aktach danego nieletniego.

CPT zaleca, by w Zakładzie Poprawczym w Białymstoku (oraz w miarę potrzeb w innych zakładach poprawczych) podjęto kroki zapewniające, iż umieszczenie w izbie izolacyjnej stosowane jest w ścisłej zgodności z wymaganiami wskazanymi w niniejszym paragrafie; stosowne przepisy należy zmodyfikować odpowiednio.

107. Komitet wyraża również zaniepokojenie stosowaniem izolatek medycznych w Zakładzie Poprawczym w Białymstoku *tak naprawdę* ze względów bezpieczeństwa. Delegacja odniosła wrażenie, że pomieszczenia te były czasem stosowane by umieszczać w nich agresywnych i/lub nerwowych nieletnich z przyczyn innych niż medyczne. CPT chciałby otrzymać uwagi polskich władz na ten temat.

c. Kontakt ze światem zewnętrznym

108. Komitet pragnie podkreślić, iż aktywne wspieranie dobrego kontaktu ze światem zewnętrznym może być szczególnie korzystne dla nieletnich pozbawionych wolności, z których wielu ma problemy wychowawcze związane z deprivacją emocjonalną oraz brakiem umiejętności społecznych.

W tym zakresie delegacja została poinformowana przez personel Zakładu Poprawczego w Białymstoku, iż oficjalnym dniem wizyt jest niedziela, od godziny 11.00 do 13.00, lecz w praktyce wizyty dozwolone są każdego dnia. Co więcej, na terenie znajduje się pokój gościnny, w którym członkowie rodziny mogą nocować w weekend.

109. W odniesieniu do rozmów telefonicznych, nieletni mogą odbierać telefony codziennie. Jednakże delegacja z zaniepokojeniem przyjęła fakt, iż nieletnim nie było wolno samodzielnie dzwonić (bezpłatnie), chyba że otrzymali takie prawo w ramach nagrody (np. za mycie podłóg).⁹⁷ W rzeczywistości prawo do rozmów telefonicznych na koszt zakładu poprawczego przewidziany jest jako nagroda w ustawie o nieletnich.

Zdaniem CPT, wszyscy nieletni pozbawieni wolności powinni mieć częsty dostęp do telefonu i powinno istnieć minimalne uprawnienie do dzwonienia do własnej rodziny bez wymogu, by to prawo zdobyć w postaci nagrody. Komitet zaleca, by polskie władze podjęły kroki celem wprowadzenia minimalnego uprawnienia do rozmów telefonicznych w zakładach poprawczych, biorąc pod uwagę powyższe komentarze.

E. Ośrodki psychiatryczne

1. Uwagi wstępne

⁹⁷ Rzekomo nie zawsze była możliwość uzyskania takiej nagrody. Przykładowo, delegacja rozmawiała z nieletnim, który powiedział, że nie miał wolnego czasu na sprzątanie, ponieważ najpierw musiał wykonać nakazane przez sąd prace.



110. Delegacja CPT odwiedziła Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej, Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie oraz Szpital Psychiatryczny w Toszku.

Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej i Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym to pod względem prawnym dwie odrębne instytucje, jednakże mieszczą się w jednym miejscu⁹⁸ (w lesie kilka kilometrów pod małym miastem Gostynin, obok ogólnego szpitala psychiatrycznego) i zarządzane są przez tego samego dyrektora. Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej (dalej Ośrodek Regionalny) otwarto w 1999 roku, natomiast Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (dalej Ośrodek Krajowy) w 2015 roku. Ośrodek Regionalny (32 miejsc, ośmiu pacjentów w czasie wizyty) to zakład psychiatryczny sądowy o maksymalnym rygorze, którego zadaniem jest ocena (trwająca do 30 dni) i leczenie pacjentów dorosłych zgodnie z kodeksem karnym (kk)⁹⁹, natomiast Ośrodek Krajowy (44 miejsca, liczba pacjentów w czasie wizyty: 43, w tym jedna kobieta) za swój cel stawia prowadzenie działań terapeutycznych wobec „osób stanowiących zagrożenie”, zgodnie z definicją z ustawy o osobach niebezpiecznych (zob. par. 113 poniżej). Delegacja odbyła jedynie krótką wizytę w Ośrodku Regionalnym i skupiła swoją uwagę na Ośrodku Krajowym.

Szpital Psychiatryczny w Toszku to duży zakład zajmujący ponad 70 hektarów zielonego terenu, składający się z kilku budynków powstałych w różnych okresach (najstarsze pochodzą z końca XIX wieku, inne z lat 1960 i 1970, najnowszy z końca lat 1990). Budowany w latach 1892-1898 jako ośrodek dla niepełnosprawnych umysłowo, następnie służył jako szpital wojskowy, niemiecki obóz jeniecki, a (po zakończeniu drugiej wojny światowej) jako więzienie NKWD, a następnie w roku 1958 w końcu przekształcono go w zakład psychiatryczny. Oficjalna liczba miejsc wynosi 621, natomiast w trakcie wizyty w szpitalu przebywało 520 pacjentów, w tym 61 pacjentów przyjętych na leczenie przymusowe (*civil involuntary patients*) (z czego 23 osoby to kobiety)¹⁰⁰, natomiast 108 pacjentów to sprawcy skierowani na leczenie przymusowe (*forensic patients*)¹⁰¹ (z czego 23 osoby to nieletni). Pacjenci zakwaterowani byli na 17 oddziałach.¹⁰² Większość

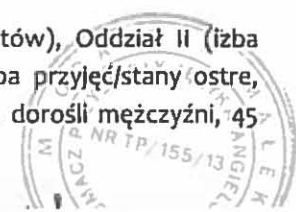
⁹⁸ Ośrodek Regionalny znajduje się na parterze, a Ośrodek Krajowy na pierwszym piętrze tego samego budynku, otoczonego murem.

⁹⁹ Zob. par. 112 poniżej.

¹⁰⁰ Dwóch pacjentów skierowanych na leczenie przymusowe przebywało na Oddziale XII (Detoksykacji Alkoholowej).

¹⁰¹ 65 z nich (podlegających wzmocnionemu zabezpieczeniu) zakwaterowano na oddziałach sądowych, natomiast pozostali (objęci podstawowym reżimem bezpieczeństwa) mieszkali razem z innymi pacjentami na oddziałach ogólnych.

¹⁰² Oddział I (izba przyjęć/stany ostre, dorośli mężczyźni, 40 miejsc, 38 pacjentów), Oddział II (izba przyjęć/stany ostre, dorośli mężczyźni, 45 miejsc, 42 pacjentów), Oddział III (izba przyjęć/stany ostre, dorośli mężczyźni, 45 miejsc, 50 pacjentów), Oddział IV (izba przyjęć/stany ostre, dorośli mężczyźni, 45



postawionych diagnoz to schizofrenia, ciężka depresja, zaburzenia osobowości, organiczne zaburzenia dysocjacyjne, uzależnienie od alkoholu i narkotyków.¹⁰³

Średni pobyt wynosił 15 dni na oddziałach izby przyjęć/stanów ostrych, od kilku tygodni do kilku lat na oddziałach przewlekłych i sądowych dla dorosłych, oraz jeden rok na oddziale sądowym dla nieletnich.

111. Procedura skierowania na leczenie przymusowe uregulowana jest w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (ustawa o ochronie zdrowia psychicznego) przyjętej w 1994 r. i wielokrotnie od tamtej pory nowelizowanej.

Podstawę przymusowej hospitalizacji uregulowano w art. 21 § 1 ustawy: zachowanie osoby musi wskazywać, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.¹⁰⁴ W takich przypadkach pacjenci są przewożeni do szpitala karetką (jeżeli jest to konieczne, w asyście policji) na podstawie decyzji podjętej przez lekarza (najlepiej lekarza psychiatry)¹⁰⁵ i przekazywani do natychmiastowej oceny przez lekarza (psychiatrę) na dyżurze (w oddziale/izbie przyjęć), który musi ocenić, czy są istotnie wskazania uzasadniające przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. Lekarz musi wyjaśnić pacjentowi powody swojej decyzji oraz poinformować pacjenta o jego prawach.

Kolejny etap obejmuje obserwację trwającą 48 godzin, w trakcie której należy uzyskać opinię medyczną innej osoby (nie musi to być niezależny lekarz, w praktyce taką opinię

miejsc, 38 pacjentów), Oddział V (dorośli mężczyźni - pacjenci sądowi, 30 miejsc, 25 pacjentów), Oddział VI (dorośli mężczyźni - pacjenci sądowi, 30 miejsc, 24 pacjentów), Oddział VII (dorośli mężczyźni - pacjenci sądowi, 30 miejsc, 16 pacjentów), Oddział VIII (choroby wewnętrzne/somatyczne, oddział mieszany, 28 miejsc, 20 pacjentów, obsługuje również potrzeby mieszkańców miasta), Oddział IX (izba przyjęć/stany ostre, dorosłe kobiety, 45 miejsc, 38 pacjentek), Oddział X (izba przyjęć/stany ostre, dorosłe kobiety, 45 miejsc, 41 pacjentek), Oddział XI (dorośli mężczyźni - oddział przewlekły, 45 miejsc, 41 pacjentów), Oddział XII (detoksyfikacja, dorośli, oddział mieszany, 40 miejsc, 34 pacjentów), Oddział XIII (odwykowy alkoholowy, oddział mieszany, dorośli, 26 miejsc, 15 pacjentów), Oddział XIV (oddział przewlekły, dorosłe kobiety, 30 miejsca, 26 pacjentów), Oddział XV (oddział przewlekły, dorosłe kobiety, 32 miejsca, 26 pacjentek), Oddział XVI (rehabilitacja, oddział mieszany, dorośli, 40 miejsc, 33 pacjentów, zlokalizowany poza terenem w byłej leśniczówce w lesie), Oddział XVII (sądowy oddział dla nieletnich - chłopców i dziewcząt w wieku 13-28 lat, 25 miejsc, 23 pacjentów, w tym siedem dziewcząt).

¹⁰³ Na oddziale sądowym dla nieletnich, główne diagnozy to zaburzenie dwubiegunowe, zaburzenia behawioralno-emocjonalne, Zespół Aspergera oraz ADHD. U niektórych pacjentów zdiagnozowano zaburzenia uczenia się, a u jednego schizofrenię.

¹⁰⁴ Jeżeli osoba jest nieletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona, przyjęcie do szpitala na mocy tego artykułu może również się odbyć bez zgody rodziców, opiekunów lub kuratorów. Następnie następuje procedura ubiegania się o zgodę, a jeżeli nie zostanie ona udzielona, szpital informuje sąd i wnosi o potwierdzenie zastosowania środka w postaci hospitalizacji.

¹⁰⁵ Art. 21 § ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.



wydaje psychiatra pracujący na innym oddziale tego samego szpitala, zob. również par. 138 poniżej). Przed upływem okresu 48 godzin, dyrektor szpitala musi zwolnić pacjenta, przyjąc pacjenta do szpitala dobrowolnie (jeżeli pacjent zmieni zdanie, co musi być potwierdzone na piśmie), lub zawiadomić właściwego sędziego (z miejscowego sądu rodzinnego/opiekuńczego) w terminie 72 godzin od chwili przybycia pacjenta do szpitala. Sędzia musi przybyć do szpitala w terminie 48 godzin od odbioru wniosku o przymusowe przyjęcie do szpitala i osobiście wysłuchuje pacjenta przed podjęciem decyzji o zastosowaniu środka (art. 45 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego).

Jeżeli umieszczenie w szpitalu wynika z art. 23 § 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (tj. jeżeli istnienie zaburzenia psychicznego zostało już stwierdzone¹⁰⁶), przyjęcie do szpitala jest jednocześnie przyjęciem na leczenie. Jeżeli przyjęcie w szpitalu wynika z art. 24 § 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (tj. jeżeli przyjmujący lekarz nie jest pewien, czy dana osoba jest rzeczywiście chora psychicznie), przyjęcie następuje na obserwację trwającą do 10 dni, a po tym okresie umieszczenie w szpitalu musi być ostatecznie potwierdzone przez sąd (art. 25 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Pacjent, jego przedstawiciele prawni oraz krewni mogą żądać wypisania ze szpitala nie wcześniej niż po upływie 30 dni od wydania przez sąd decyzji oraz, jeżeli szpital odmówi wypisu, mogą odwołać się do sądu opiekuńczego w terminie 7 dni od daty odmowy (art. 36 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego).

Istnieje również możliwość przyjęcia do szpitala pacjenta, który jest niezdolny do wyrażenia zgody ze względu na swój stan zdrowia (art. 22 § 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego); powyższe musi być zatwierdzone przez sąd, najlepiej przed umieszczeniem w szpitalu, lecz w przypadkach pilnych może być zatwierdzone wkrótce później. W takim przypadku lekarz przyjmujący musi poprosić o opinię na piśmie innego lekarza (jeżeli to możliwe, lekarza psychiatry).

Dalej, przymusowa hospitalizacja jest również możliwa w stosunku do osoby, której historia zachowania wskazuje, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie jej stanu zdrowia, lub osoby, która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia; w takich przypadkach hospitalizacja odbywa się na podstawie decyzji sądu opiekuńczego na wniosek małżonka, bliskiego krewnego, przedstawiciela prawnego, opiekuna/kuratora, lub organu opieki społecznej oraz na podstawie szczegółowej opinii pisemnej lekarza psychiatry.¹⁰⁷

¹⁰⁶ Doprecyzowując: jeżeli znana historia choroby danej osoby wskazuje, że stanowi bezpośrednie zagrożenie dla swojego życia lub życia czy zdrowia innych osób.

¹⁰⁷ Art. 29 i 30 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.



112. Przepisy prawne dotyczące pacjentów psychiatrycznych sądowych określone zostały w kodeksie karnym (kk).

Jeżeli osoba popełniła czyn zabroniony w postaci wyrządzenia szkody społecznej będąc psychicznie chorą, zgodnie z art. 31 § 1 kk¹⁰⁸, i istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że może popełnić taki czyn ponownie, sąd może orzec umieszczenie takiej osoby w stosownej placówce psychiatrycznej.¹⁰⁹ Umieszczenie w takiej placówce jest również możliwe, jeżeli dana osoba cierpi na upośledzenie umysłowe lub też jest uzależniona od narkotyków lub alkoholu; przed orzeczeniem takiego umieszczenia, sąd wysłuchuje opinii dwóch lekarzy psychiatrów oraz psychologa.

Orzeczonego sądowy środek psychiatryczny może być realizowany w trybie hospitalizacji lub w trybie ambulatoryjnym, przy czym ta pierwsza może być realizowana na trzech poziomach bezpieczeństwa (podstawowy, podwyższony, maksymalny). Przydzielenie do danego poziomu bezpieczeństwa nie jest określane przez sąd, lecz przez specjalną komisję ekspercką przy Ministerstwie Zdrowia.¹¹⁰ Pacjenci mogą odwoływać się zarówno od decyzji sądu jak i od decyzji komisji.

113. Przymusowe przyjęcie do szpitala może odbyć się również na mocy ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (dalej: ustawa o osobach niebezpiecznych), przyjęta przez parlament w listopadzie 2013 roku i obowiązująca od stycznia 2014 r.¹¹¹

Zgodnie z rzeczoną ustawą, osoby, które spełniają wszystkie kryteria wymienione poniżej, mogą być umieszczone na czas nieokreślony w zakładzie zamkniętym: odbywają karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym¹¹², cierpią na zaburzenia psychiczne (np. upośledzenie umysłowe, zaburzenie osobowości, zaburzenia preferencji

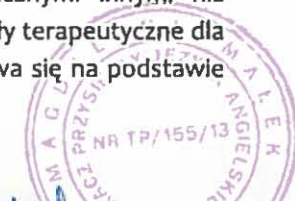
¹⁰⁸ Tj. nie będąc w stanie rozpoznać znaczenia swojego czynu lub pokierować swoim postępowaniem ze względu na chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenie czynności psychicznych.

¹⁰⁹ Art. 94 kodeksu karnego.

¹¹⁰ Komisja psychiatryczna do spraw środków zabezpieczających przy Ministerstwie Zdrowia.

¹¹¹ W listopadzie 2016 r. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że ustawa o osobach niebezpiecznych jest zgodna z Konstytucją (po skierowaniu sprawy przez Prezydenta oraz przez poprzedniego Rzecznika Praw Obywatelskich); co do zasady, Trybunał Konstytucyjny uznał, że ustawa o osobach niebezpiecznych stanowi środek zabezpieczający i terapeutyczny niezwiązane z karą karną, a zatem nie narusza zasad *ne bis in idem* i *lex retro non agit*. Trybunał Konstytucyjny uznał również, że ustawa o osobach niebezpiecznych nie narusza również zasady kontroli sądowej nad pozbawieniem wolności oraz prawa do sądu.

¹¹² Istnieje w Polsce około 3 000 osób, które odbywają karę w tzw. systemie (lub programie) terapeutycznym w ponad 20 oddziałach terapeutycznych. Obejmuje to osadzonych (90% z nich to mężczyźni) z zaburzeniami preferencji seksualnych, innymi zaburzeniami psychicznymi innymi niż psychotyczne oraz upośledzeniami umysłowymi. Istnieją również dedykowane oddziały terapeutyczne dla osób uzależnionych od narkotyków i alkoholu. Umieszczenie w takim oddziale odbywa się na podstawie decyzji komisji penitencjarnej każdej placówki.



seksualnych - w szczególności pedofilii); stwierdzone zaburzenie ma takich charakter lub taką intensywność, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą przynajmniej 10 lat pozbawienia wolności.

Takie osoby zwane są „osobami stwarzającymi zagrożenie”. Wobec takich osób stosuje się nadzór prewencyjny (w społeczeństwie) lub umieszcza się je w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (Ośrodek Krajowy, zob. par. 110 powyżej). Należy podkreślić, że osoby „chore psychicznie” (zgodnie z definicją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, tzn. głównie osoby zaburzeniami psychotycznymi) nie powinny być umieszczane w Ośrodku Krajowym.¹¹³

Hospitalizacja przymusowa odbywa się na podstawie decyzji sądu (według procedury cywilnej) na wniosek dyrektora placówki (złożonego obowiązkowo przed upływem wyroku danej osoby), do której dyrektor placówki musi dołączyć opinie psychiatry i psychologa oraz informacje o dotychczasowych wynikach terapii i resocjalizacji.

Sąd musi powołać dwóch biegłych psychiatrów oraz, dodatkowo, biegłego psychologa (dla osób z zaburzeniami osobowości) lub biegłego seksuologa (lub, w miarę możliwości, biegłego psychologa specjalizującego się w zaburzeniach preferencji seksualnych). Skład sędziowski musi obejmować trzech sędziów zawodowych (bez ławników), a stronami postępowania są prokurator, obrońca z urzędu danej osoby (prawnika należy powołać obowiązkowo, chyba że dana osoba ma swojego prawnika).

Sąd może nakazać obowiązkową ocenę psychiatryczną w szpitalu przez okres do czterech tygodni. Sąd, decydując o ostatecznym rozstrzygnięciu sprawy, musi rozważyć możliwość realizacji terapii w społeczeństwie. Ostateczna decyzja może obejmować: „nadzór prewencyjny”¹¹⁴ (w przypadku „wysokiego stopnia prawdopodobieństwa”) lub bezterminowe umieszczenie w Ośrodku Krajowym, jeżeli istnieje „bardzo wysoki stopień prawdopodobieństwa” popełnienia czynu zabronionego. Dana osoba może odwołać się od decyzji sądu.

114. Na początku wizyty delegacja została poinformowana przez wyższych urzędników z Ministerstwa Zdrowia o trwających wysiłkach na rzecz zreformowania i zmodernizowania sektora psychiatrii. W szczególności, w lutym 2017 roku polski rząd przyjął Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Obejmuje on plany, by ograniczyć w sposób znaczny (o 10 000) liczbę łóżek w dużych szpitalach (deinstytucjonalizacja)¹¹⁵ i ustanowić nowe oddziały psychiatryczne w szpitalach

¹¹³ Zob. jednakże par. 122 poniżej.

¹¹⁴ Nadzór prewencyjny realizowany jest przez policję, w miejscu zamieszkania danej osoby. Osoba ta musi regularnie zgłaszać się na policję i informować o wszelkich planach podróży.

¹¹⁵ Duże szpitale psychiatryczne powinny ograniczyć liczbę miejsc do maksymalnie 350 łóżek.



ogólnych, bliżej do miejsc zamieszkania pacjentów, by zapewnić więcej miejsc w ramach opieki ambulatoryjnej oraz zapewnić formy leczenia psychiatrycznego takie jak placówki dzienne, leczenie domowe oraz hostele (opieka w społeczeństwie). Planuje się również przeszkolenie i zatrudnienie większej ilości personelu medycznego, w tym psychiatrów, również dla dzieci i młodzieży, psychologów klinicznych, pracowników socjalnych, pielęgniarek i terapeutów zajęciowych. Wdrożenie Narodowego Programu ma rozpocząć się od pilotażowego projektu w 20-30 zakładach, celem oceny wpływu planowanych środków oraz skorygowania zapisów Programu w miarę potrzeb. Delegację poinformowano, że wdrażanie Programu wymagałoby wprowadzenia zmian do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz szeregu innych ustaw i regulacji, a także znacznych zasobów finansowych i ludzkich.¹¹⁶

W świetle informacji, jakie delegacja otrzymała w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku¹¹⁷, Komitet może jedynie zachęcać polskie władze do kontynuowania tych wysiłków, również w kontekście zobowiązań państwa wynikających z Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych¹¹⁸.

2. Niewłaściwe traktowanie

115. Delegacji nie zgłoszono zarzutów Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie niewłaściwego traktowania przez personel w odwiedzonych jednostkach; wielu pacjentów wypowiadało się bardzo dobrze na temat lekarzy, pielęgniarek, sanitariuszy i strażników (na oddziałach sądowych w Toszku i w Ośrodku Krajowym w Gostyninie).

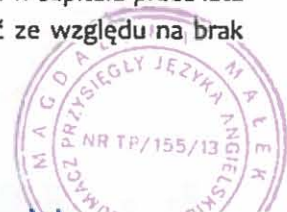
To powiedziawszy, delegacja usłyszała w tym drugim zakładzie pewne zarzuty, które dotyczyły okazjonalnego zachowania niektórych strażników bez zachowania należytego szacunku. W związku z tym CPT zachęca polskie władze do przypomnienia personelowi dozorującemu w Ośrodku Krajowym w Gostyninie, iż powinni traktować pacjentów z szacunkiem.

116. W odniesieniu do przemocy wśród pacjentów, delegacja zaobserwowała oznaki tarć pomiędzy pacjentami w Ośrodku Krajowym, co z dużym prawdopodobieństwem było spowodowane relatywną ciasnotą warunków, w jakich mieszkali (zob. par. 117 poniżej). Przemoc wśród pacjentów miała również miejsce w przypadku Szpitala

¹¹⁶ Kwestia zasobów ludzkich będzie stanowić szczególne wyzwanie, biorąc pod uwagę niedobory psychiatrów w Polsce oraz wyjazdy wielu przedstawicieli wykwalifikowanego personelu medycznego do innych państw członkowskich UE w ostatnich latach.

¹¹⁷ W przypadkach, gdy było wielu przewlekle chorych pacjentów, którzy pozostawali w szpitalu przez lata (np. około połowa wszystkich pacjentów Oddziału XI), nie mając gdzie się podziać ze względu na brak miejsc w domach pomocy społecznej.

¹¹⁸ Przyjęta przez Polskę w dniu 25 września 2012 r.



Psychiatrycznego w Toszku, choć nie była ona istotnym problemem.

To powiedziawszy, delegacja odniosła wrażenie, że na epizody przemocowe wśród pacjentów reagowano szybko i odpowiednio w wizytowanych jednostkach. Komisja z zadowoleniem przyjęła ten fakt, jednakże zaleca, by personel we wskazanych jednostkach stosował wszystkie możliwe środki będące do ich dyspozycji by zapobiegać przemocy wśród pacjentów. W celu zaadresowania tego problemu personel powinien być wyczulony na oznaki problemów, odpowiednio zmotywowany oraz dobrze przeszkolony, by podejmował interwencje wtedy, gdy jest to konieczne.

3. Warunki bytowe

a. Ośrodek Regionalny i Ośrodek Krajowy w Gostyninie

117. Warunki bytowe w Gostyninie były co do zasady dobre, przy czym oba lokale Regionalnego i Krajowego Ośrodka przeszły niedawno remont generalny.

Wszystkie pomieszczenia były jasne i przestronne, odpowiednio wyposażone (łóżka z pełną bielizną pościelową, szafki, stół, krzesła, szafa), przyjemnie urządzone i czyste. Większość pomieszczeń posiadała w pełni osłonięte kąciki sanitarne, obejmujące również prysznic.¹¹⁹ Warunki we wspólnych sanitariatach (toaletach i łazienkach), dostępu do których w żaden sposób nie ograniczano, również były bardzo dobre.

Przestrzeń bytowa była w pełni satysfakcjonująca w Ośrodku Regionalnym (np. czterech pacjentów dzielących pokój mierzący około 30 m²), lecz pacjenci w Ośrodku Krajowym (w którym przebywało o wielu więcej pacjentów niż pierwotnie planowano)¹²⁰ mieszkają we względnej ciasnocie¹²¹; niektóre z pokoi musiano wyposażyć w łóżka piętrowe, co nie sprzyja stworzeniu warunków terapeutycznych i przyczynia się do tarć wśród pacjentów i pomiędzy pacjentami a personelem.¹²²

Z drugiej strony, pokoje zarówno w Ośrodku Regionalnym jak i Krajowym były zawsze otwarte¹²³, a pacjenci mogli się socjalizować w ciągu dnia, mieli dostęp do przyjemnie urządzonych świetlic, wyposażonych w kanapy, stoły, telewizor, radio i gry, książki i gazety.

Należy również podkreślić, że wszyscy pacjenci, z którymi rozmawiano, chwalili jedzenie, które według nich było różnorodne i podawane w wystarczającej ilości.

¹¹⁹ Kilka większych pokoi w Ośrodku Krajowym nie miało kącików sanitarnych lecz sam zlew.

¹²⁰ Wstępna koncepcja zakwaterowania obejmowała pokoje jednoosobowe.

¹²¹ Np. dwóch pacjentów dzielących pokój mierzący ok. 17 m² (wraz z kącikiem sanitarnym), osiem pacjentów zakwaterowanych w pokoju (bez kącika sanitarnego) mierzącym ok. 30 m², tj. ok. 3,75 m² powierzchni na pacjenta.

¹²² Według relacji niektórych pacjentów, z którymi rozmawiano, potwierdzone przez personel.

¹²³ W Ośrodku Regionalnym pacjenci otrzymali klucze do swoich pokoi.



118. Delegację również poinformowano o planowanej rozbudowie Ośrodka Krajowego, poprzez budowanie nowego budynku mieszkalnego na kolejne 60 miejsc¹²⁴. Mając na uwadze ograniczoną przestrzeń mieszkalną dostępną w istniejącym lokalu, CPT rozumie uzasadnienie tej decyzji. Komitet chciałby otrzymać więcej szczegółów na temat planowanej rozbudowy Ośrodka Krajowego w Gostyninie, w tym sposobu, w jaki pojemność nowego budynku zostanie wyliczona (ile metrów kwadratowych na pacjenta), jaki będzie rozmiar i pojemność sal pacjentów, jakie będzie wyposażenie pokoi i meblowanie, oraz przewidywaną datę zakończenia budowy i oddania do użytku. CPT ufa, że zostaną podjęte wysiłki, w kontekście wspomnianej rozbudowy Ośrodka Krajowego, by zapewnić więcej przestrzeni bytowej wszystkim pacjentom.

b. Szpital Psychiatryczny w Toszku

119. Większość budynków Szpitala Psychiatrycznego w Toszku jest stara i wymaga znacznej przebudowy i remontu. W tym kontekście delegacja odnotowała trwające prace remontowe w różnych miejscach zakładu (w tym wymianę systemu ogrzewania, wind, okien, itp.). CPT z zadowoleniem przyjmuje te wysiłki i zachęca polskie władze do ich kontynuowania.

Duże pokoje (w większości dla sześciu, ośmiu lub nawet dziesięciu pacjentów¹²⁵) nie zapewniają prywatności ani możliwości personalizacji (zwłaszcza na oddziałach sądowych), a pacjenci nie dysponują zamkniętą przestrzenią w swoich pokojach¹²⁶. Należy podkreślić, iż trwające i planowane remonty obejmowały stopniowe dzielenie dużych sal na mniejsze; Komitet chciałby otrzymywać aktualizacje na temat postępów przebudowy.

Ogółem, CPT zaleca podjęcie wysiłków celem oferowania więcej sympatycznej i spersonalizowanej przestrzeni pacjentom.

Pozytywna informacja jest taka, że wszystkie sale (wyposażone w łóżka z pełną bielizną pościelowa i szafkami nocnymi) były jasne, przestronne i czyste, a pacjenci w ciągu dnia mieli dostęp do wspólnego telewizora oraz jadalni, w których panowały akceptowalne warunki. Jedzenie określano jako ogólnie adekwatne zarówno pod kątem ilości jak i jakości. Wspólne toalety i prysznice, dostępu do których nie ograniczano, były czyste i w dobrym stanie technicznym.

¹²⁴ Należy podkreślić, iż według personelu, złożono ponad sto wniosków o umieszczenie osób w Ośrodku Krajowym, większość z nich jest na różnym etapie rozpatrywania przez sądy.

¹²⁵ Np. sala na dziesięciu pacjentów widziana na Oddziale X mierzyła około 80 m², a sala dla ośmiu pacjentów mierzyła 56 m². Na Oddziałach XII i XIV delegacja widziała sale dla sześciu pacjentów, mierzące około 30 m². Było kilka mniejszych pomieszczeń na Oddziałach I-IV (tj. dwuosobowe pokoje mające 8 m²) i na oddziałach sądowych (np. pokoje dla pięciu pacjentów mierzące ok. 27²).

¹²⁶ W zamian na każdym oddziale znajdowały się centralne szafki zamykane, a pacjenci musieli prosić personel o dostęp do ich rzeczy osobistych.



120. Oddział sądowy dla nieletnich, zlokalizowany w budynku pochodzącym z końca lat 1990, który przeszedł remont generalny w 2010 roku, był o wiele bardziej współczesnym zakładem, o widocznie lepszych warunkach bytowych. Standardowe sale dwuosobowe mierzyły ok. 18 m² i były wyposażone w pełni osłonięte kąpiki sanitarne. Jednakże pokoje były bardzo surowe i więzienne w charakterze, a nieletni musieli trzymać swoje rzeczy osobiste w kartonach lub w szafkach ogólnych.¹²⁷ Należy jednakże dodać, że oddział wyposażono w lokale edukacyjne o wysokim standardzie, a także pomieszczenia na potrzeby aktywności, sportu (w tym duża siłownia w budynku oraz boisko do piłki nożnej/siatkowej na zewnątrz) oraz świetlice, a nieletni w zasadzie w swoich pokojach spędzali głównie noc. To powiedziawszy, Komitet zaprasza polskie władze do rozważenia przebudowy oddziału sądowego dla nieletnich w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku, tak aby możliwe było podzielenie go na mniejsze sale mieszkalne, dzięki czemu personel łatwiej mógłby je kontrolować; umożliwiłoby to również zmniejszenie więziennego charakteru i promowanie terapeutycznego charakteru miejsca, zwłaszcza w salach dla nieletnich.

4. Leczenie

121. Zgodnie z ustaleniami delegacji, pacjenci w Ośrodku Regionalnym w Gostyninie (wszyscy z nich leczeni byli wbrew ich woli na mocy orzeczenia sądowego) korzystali z szeregu różnych terapii, w tym farmakoterapii, psychoterapii, terapii zajęciowej i arteterapii.¹²⁸

W kontekście Ośrodka Krajowego, nie oferowano leczenia psychiatrycznego *sensu stricto* (tylko kilku pacjentów przyjmowało leki psychoaktywne za własną zgodą, w tym dwóch na terapii antyandrogenowej (Adrocur), którą rozpoczęto przed przyjęciem do szpitala), lecz w zamian oferowano pomoc (wyłącznie na zasadzie dobrowolności) osobom z zaburzeniami osobowości, upośledzeniem umysłowym oraz zaburzeniami preferencji seksualnych w postaci indywidualnie dopasowanych programów obejmujących psychoterapię indywidualną i grupową, pracę z seksuologami i specjalistami od uzależnień, terapię zajęciową oraz arteterapię. Jednakże delegacja została poinformowana przez personel, że około 75% pacjentów nie jest zainteresowanych terapią i nie dokonali żadnej refleksji nad ich czynami i warunkami, niektórzy z nich są przekonani, że zostali umieszczeni w Ośrodku Krajowym w wyniku błędu lub ze względów politycznych.

Dodatkowo, pacjenci mieli dostęp do rozrywek takich jak ping-pong, piłkarzyki i bilard przez 2-3 godziny i do siłowni cztery razy w tygodniu.

¹²⁷ Wyjaśnienie podane przez personel brzmiało, iż celem takiej reguły było uniemożliwienie nieletnim chowania ostrych przedmiotów, którymi mogliby zranić siebie lub innych.

¹²⁸ Tak jak wspomniano w par. 110 powyżej, wizyta delegacji skupiła się na Ośrodku Krajowym w Gostyninie.



O ile z zadowoleniem przyjmujemy wysiłki, jakie podejmuje personel Ośrodka Krajowego by zaangażować jak najwięcej pacjentów w aktywności terapeutyczne, CTP nie może pozbyć się wrażenia, iż istnieje ogólny problem z koncepcją terapii w ośrodku¹²⁹, w szczególności brakuje pomysłu na to, co robić z pacjentami, którzy odmawiają leczenia i rehabilitacji.

Wielu pacjentów, z którymi rozmawiała delegacja, nie rozumieli powodu umieszczenia ich w ośrodku i nie byli w stanie powiedzieć, jak długo muszą przebywać w Ośrodku Krajowym (niektórzy z nich myśleli, że spędzą tam resztę życia). Nie jest to trudne do przewidzenia, że będzie to miało negatywny wpływ na ich nastrój, stosunek i motywację do współpracy z personelem.

Komitet zatem rekomenduje poważne rozważenie koncepcji i filozofii leczenia w Krajowym Ośrodku w Gostyninie, w świetle powyższych uwag. Dodatkowo, należy podjąć szersze działania celem zapewnienia aktywności terapeutycznych i rehabilitacyjnych, takich jak nauka kontrolowania agresji, szkolenie umiejętności życiowych, rekreacja, czy sport. Pomogłoby to rozładować napięcie panujące w ośrodku (zob. par. 116 powyżej).

122. Delegacja wyraża zaniepokojenie sytuacją jedynej kobiety - pacjentki Ośrodka Krajowego. Personel uważa, że nie powinna być przyjęta do ośrodka: choć formalnie nie zdiagnozowano u niej psychozy,¹³⁰ personel medyczny uważa, że jest prawdopodobne, że cierpi na schizofrenię paranoidalną i przyjmuje dobrowolnie leki przeciwpsychotyczne.

Delegacji wyjaśniono, że rzeczywistym powodem skierowania pacjentki do Ośrodka Krajowego był fakt, iż jest bardzo wymagającą pacjentką oraz agresywna, i rzekomo nie ma w Polsce zabezpieczonych oddziałów psychiatrycznych sądowych dla kobiet w Polsce. Jednakże skutek tej sytuacji jest taki, że przebywa ona większość czasu *de facto* w odosobnieniu (zarówno dla ochrony jej samej przed pacjentami płci męskiej oraz dla dobra innych)¹³¹; co więcej, często jest mechanicznie skrępowana (zob. również par. 132 poniżej). Kiedy jest w lepszym stanie, wolno jej mieć kontakty z innymi pacjentami, lecz pod ścisłym nadzorem. Dyrekcja wielokrotnie prosiła o przeniesienie jej do szpitala (kwestionując jej diagnozę ustaloną przed umieszczeniem w Ośrodku Krajowym, według której nie cierpi na psychozę), a personel oczekuje teraz na wynik drugiej niezależnej ekspertyzy psychiatrycznej zamówionej przez sąd. **Komitet chciałby być poinformowany o wyniku tej procedury.**

¹²⁹ Najprawdopodobniej jest to wynik szerszego problemu *ratio existendi* Ośrodka Krajowego oraz ogólnej filozofii, która wykracza poza mandat Komitetu i zatem nie będzie komentowana dalej w niniejszym raporcie.

¹³⁰ Diagnoza z karty pacjentki to upośledzenie umysłowe, zaburzenie osobowości oraz padaczka czasowa.

¹³¹ Aby ochronić jej prywatność, personel okleił szybę w drzwiach do jej pokoju papierem.



123. Pacjenci w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku otrzymywali odpowiednią farmakoterapię i był im oferowany szeroki zakres aktywności terapeutycznych (psychoterapia, terapia zajęciowa,¹³², arteterapia, umiejętności życiowe, itp.).

Detoksyfikację proponowano osobom uzależnionym od alkoholu i narkotyków, lecz terapia uzależnień oferowana była tylko pacjentom uzależnionym od alkoholu.¹³³ Przewidziano również specjalne aktywności terapeutyczne dla pacjentów sądowych, które przede wszystkim obejmowały naukę kontrolowania agresji.

Nieletni uczęszczali na zajęcia szkolne (nauczycieli i edukatorów zatrudnia Ministerstwo Edukacji), oprócz wielu innych aktywności i leczenia.

Jednakże większość, o ile nie wszystkie, aktywności terapeutyczne kończyły się o godzinie 14.00, ze względu na grafik obecności personelu (zob. par. 127 poniżej) i przez pozostałą część dnia pacjenci przebywali na oddziałach nie mając zbyt wiele do robienia poza rekreacją.¹³⁴

CPT zaleca, by podjąć kroki zmierzające do zapewnienia pacjentom dostępu do aktywności terapeutycznych i rekreacji również popołudniami. Ogółem, należy podjąć dalsze wysiłki by zaangażować pacjentów, zwłaszcza pacjentów długoterminowych, w aktywności przygotowujące ich do samodzielnego życia lub powrotu do rodzin, co sprzyja motywacji, rozwojowi umiejętności uczenia się i umiejętności społecznych, nabywanie konkretnych kompetencji oraz poprawie samooceny. Na tyle, na ile jest to możliwe, należy tego dokonać w powiązaniu z istniejącymi strukturami opieki w społeczeństwie.

124. Zarówno w Gostyninie jak i w Toszku, delegacja zobaczyła spisane szczegółowe indywidualne plany leczenia (rewidowane regularnie)¹³⁵ w kartach pacjentów, i widoczne były dowody pracy zespołów interdyscyplinarnych.¹³⁶ Jest to dobra informacja. To powiedziawszy, delegacja odnotowała, że co do zasady pacjentów nie proszono o podpisanie „umów terapeutycznych” pod planami terapeutycznymi; zdaniem Komitetu wprowadzenie takiej praktyki mogłoby zwiększyć motywację pacjentów do angażowania się w aktywności terapeutyczne.

¹³² Na każdym oddziale znajdują się sale do terapii zajęciowej a także istnieje odrębne centrum terapii zajęciowej i rehabilitacji.

¹³³ Terapię narkotykową oferowano w ośrodku ambulatoryjnym zlokalizowanym jakieś 10 km od placówki.

¹³⁴ Oglądanie telewizji, słuchanie radia, granie w gry planszowe i okazjonalnie komputerowe, ping-pong, piłkarzyki i bilard, czytanie książek i gazet.

¹³⁵ W Ośrodku Krajowym nazywano to „indywidualnymi programami aktywności”. Pacjenci byli angażowani w opracowywanie i rewidowanie tych planów.

¹³⁶ Np. w Ośrodku Krajowym odbywały się codzienne spotkania wszystkich przedstawicieli personelu terapeutycznego oraz dodatkowo codzienne spotkania wszystkich pielęgniarek.



W odniesieniu do opieki somatycznej (w tym dentystycznej), pacjenci w Gostyninie byli odwiedzani przez specjalistów od medycyny somatycznej z więziennej służby zdrowia (zgodnie z wymogiem ustawy o osobach niebezpiecznych)¹³⁷ za wyjątkiem nagłych sytuacji medycznych, kiedy to wzywany był „cywilny” ambulans. W praktyce takie ustalenia nie wydawały się powodować szczególnych problemów. W przypadku Szpitala Psychiatrycznego w Toszku, opiekę somatyczną realizował personel na Oddziale VIII w swoich lokalach i przy pomocy swojego sprzętu (zob. par. 110 powyżej).¹³⁸

Dokumentacja medyczna i inna (część z niej przechowywana elektronicznie, zwłaszcza w Toszku) widziana w wizytowanych ośrodkach była szczegółowa i dobrze prowadzona.

125. W kontekście dostępu do ćwiczeń na zewnątrz, pacjenci w Ośrodku Regionalnym w Gostyninie mogli wychodzić na dziedziniec ćwiczeniowy do 2 godzin dziennie (dłużej latem), lecz pacjenci w Ośrodku Krajowym mieli tylko godzinę ćwiczeń na zewnątrz do dyspozycji (1,5 godziny w weekendy). Zabezpieczony dziedziniec do ćwiczeń, przylegający do budynku mieszkalnego, był przestronny i dobrze wyposażony (w tym trochę wyposażenia sportowego, ławki, stoły), lecz nie było żadnej ochrony przed niekorzystnymi warunkami pogodowymi; **Komitet zaleca, by zainstalowano takie osłony.**

W przypadku Szpitala Psychiatrycznego w Toszku, o ile pacjenci z oddziałów „cywilnych” mogli wychodzić do parku (w towarzystwie personelu lub samodzielnie),¹³⁹ pacjenci oddziałów sądowych mieli wyłącznie dostęp do (dobrze wyposażonego) zabezpieczonego dziedzińca ćwiczeniowego¹⁴⁰ przez godzinę dziennie (dwie godziny w miesiącach cieplejszych). Co więcej, pacjenci podczas wstępnej obserwacji/oceny (do czterech tygodni w Gostyninie, do 10 dni w Toszku) nie mieli w ogóle dostępu do ćwiczeń na zewnątrz; taka sytuacja jest nieakceptowalna.

Delegację zaskoczył również fakt, iż nieletni na oddziale sądowym w Toszku umieszczeni (zgodnie z decyzją lekarza) w tzw. „rezerwie obserwacyjnej” (z reguły na 2-3 tygodnie, lecz w jednym przypadku według relacji do 3 miesięcy) nie mogli wychodzić na zewnątrz bez eskorty, a nie zawsze personelowi było łatwo znaleźć czas by towarzyszyć danym nieletnim na dziedziniec ćwiczeniowy.

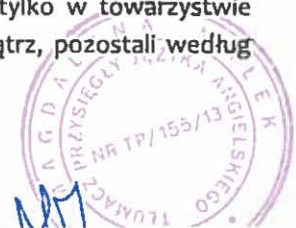
CPT zaleca, by wszyscy pacjenci w wizytowanych ośrodkach mogli korzystać z

¹³⁷ Lekarze przyjeżdżali ze szpitala więziennego w Łodzi.

¹³⁸ Przy przybyciu do szpitala oferowano również badania pod kątem HIV oraz zapalenia wątroby, wykonywano je wyłącznie za zgodą pisemną pacjenta.

¹³⁹ Np. na Oddziale XI przewlekłym dla mężczyzn, dziesięciu pacjentom pozwolono na samodzielne chodzenie po parku od godziny 9.00 do 18.00, 20 innych pacjentów wykonywało swoje ćwiczenia w towarzystwie rodziny lub personelu, a dwóch kolejnych mogło wychodzić, lecz tylko w towarzystwie personelu w trybie 1 na 1. Łącznie, 32 pacjentów z 41 mogło wychodzić na zewnątrz, pozostali według lekarzy byli zbyt chorzy, by można było im pozwolić na opuszczenie oddziału.

¹⁴⁰ Wyposażenie do koszykówki, siatkówki i treningu.



nieograniczonego dostępu do ćwiczeń na zewnątrz w ciągu dnia, chyba że aktywności związane z leczeniem wymagają, że muszą przebywać na oddziale.

5. Personel

126. Personel w Gostyninie obecny jest w wystarczającej liczbie,¹⁴¹ odpowiednio przeszkolony i zmotywowany; jednakże mając na uwagę bardzo wymagający charakter i pracy, większe wsparcie zewnętrzne i większy nadzór byłyby korzystne, w ramach zapobiegania wypaleniu zawodowemu.¹⁴²

Dodatkowo, delegacja odnotowała, że żaden lekarz nie dyżurował na miejscu po godzinie 15:00 (choć lekarz zawsze był pod telefonem).

CPT zachęca polskie władze do rozważenia zwiększenia czasu obecności lekarza dyżurnego w Ośrodku Regionalnym i Ośrodku Krajowym w Gostyninie.

Komitet chciałby również otrzymać informacje o tym, czy planuje się zwiększyć obsadę personelu w tej drugiej instytucji po planowanym (znacznym) zwiększeniu liczby miejsc (zob. par. 118 powyżej).

127. Poziom obsady personelu co do zasady był odpowiedni w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku,¹⁴³ lecz obecność personelu była wyraźnie niewystarczająca po godzinie 14.00 (do godziny 6.00 rano kolejnego dnia)¹⁴⁴ a także w weekendy. Miało to negatywny wpływ na dostęp pacjentów do aktywności oraz ćwiczeń na świeżym powietrzu (zob. par. 123 powyżej) i zdecydowanie miało związek z zaobserwowaną

¹⁴¹ W Ośrodku Krajowym dwóch psychiatrów zajmowało 1.1 stanowisk (w tym dyrektor, który również angażował się w część pracy terapeutycznej) i następujący specjaliści pracowali na pełen etat: dwóch seksuologów, czterech psychologów klinicznych, trzech specjalistów od resocjalizacji, specjalista od uzależnień, dwóch pracowników socjalnych, pięciu terapeutów zajęciowych, 17 pielęgniarek, 25 sanitariuszy oraz pięć pomocy kuchennych. Nocą na dyżurze przebywają trzy pielęgniarki i 7-8 sanitariuszy. Ośrodek Regionalny ma mniej personelu (w tym lekarza, dziesięć pielęgniarek (minimum 3 na zmianie), 16 sanitariuszy, psychologa i pracownika społecznego), lecz jest to wystarczające dla obecnej populacji ośrodka (ośmiu pacjentów).

¹⁴² Należy podkreślić, iż personel (w tym starsze pielęgniarki) w Ośrodku Krajowym powiedział delegacji, że zdecydowanie skorzystaliby z bardziej specjalistycznych szkoleń na tematy spełniające szczególne potrzeby pacjentów w ośrodku.

¹⁴³ 30 lekarzy (5 wakatów), 187 pielęgniarek (część z nich ze specjalizacją w psychiatrii), 24 sanitariuszy, 33 psychologów klinicznych, 27 terapeutów zajęciowych, czterech specjalistów od uzależnień i 12 edukatorów (na oddziale dla nieletnich).

¹⁴⁴ Po godzinie 14.00 dostępnych jest tylko trzech lekarzy dyżurujących (w tym jeden na przyjęciach i jeden na oddziale dla nieletnich) i nie ma innego personelu wykwalifikowanego do realizacji aktywności terapeutycznych i rehabilitacyjnych. Obecność pielęgniarek również jest ledwie wystarczająca, np. na Oddziale VI (na którym w czasie wizyty przebywało 24 dorosłych pacjentów sądowych), była obecna tylko jedna pielęgniarka i jeden strażnik po godzinie 14.00. Na Oddziale XI (41 mężczyzn - pacjentów przewlekłych) były dwie pielęgniarki i sanitariusz po godzinie 14.00.



praktyką względnie długich okresów unieruchomienia mechanicznego (pasy) stosowanego wobec niewielkiej liczby co bardziej wymagających pacjentów (zob. par. 132 poniżej). **Komitet zaleca, by w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku podjęto kroki mające na celu zwiększenie obecności personelu medycznego po godzinie 14.00 w dni robocze (i w weekendy), w świetle powyższych uwag. Zob. również zalecenie w par. 123 powyżej.**

128. Zarówno Ośrodek Regionalny jak i Ośrodek Krajowy zatrudniał ochroniarzy (jako pracowników danej instytucji). Jest również kilku strażników w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku (dwóch na zmianę na recepcji, dwóch na zmianę na oddziale sądowym dla nieletnich oraz trzech-czterech na każdym oddziale sądowym dla dorosłych), zarówno zatrudnionych przez szpital jak i przez prywatne firmy ochroniarskie.

Strażnicy działają wyłącznie na polecenie lekarzy i im podlegają. Strażnicy w Ośrodku Regionalnym¹⁴⁵ mogli pomagać personelowi medycznemu w przeszukiwaniu lokalu, na ich prośbę (standardowo strażnicy nie mają wstępu do powierzchni mieszkalnych, ich zadanie ogranicza się do ochrony terenu i kontroli wejść/wyjść). Mogą również interweniować (znów, na prośbę personelu medycznego) wewnątrz lokali w przypadku napadu, zniszczenia mienia i prób ucieczki. Nie mają do dyspozycji środków specjalnych a jedynym środkiem przymusu bezpośredniego, jaki mogą używać, to techniki manualne (trzymanie i przytrzymywanie). To samo dotyczy strażników w Toszku.

Dla porównania, strażnicy w Ośrodku Krajowym¹⁴⁶ mają szersze uprawnienia (są np. odpowiedzialni za konwojowanie do innych ośrodków medycznych i innych instytucji) i noszą specjalne wyposażenie (długie pałki policyjne, kajdanki i gaz pieprzowy) przez cały czas, w tym w strefach mieszkalnych, tak, iż pacjenci to widzą.¹⁴⁷ Jest to zastraszająca i nieuzasadniona praktyka; **Komitet zaleca, by zaprzestano takich działań niezwłocznie.**

Dalej, strażnicy w Ośrodku Krajowym mogliby skorzystać z większej ilości szkoleń na temat jak radzić sobie z takim rodzajem pacjentów, jaki umieszczony jest w ośrodku, tak aby być w stanie rozładować sytuacje konfliktowe bez sięgania do środków szczególnych.¹⁴⁸

129. W Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku delegacji powiedziano, iż strażnicy okazjonalnie byli proszeni przez personel medyczny (zwłaszcza po 14.00) o pomoc przy krępowaniu pacjentów. **Komitet pragnie przywołać swój pogląd, iż co do zasady środki przymusu bezpośredniego powinny być stosowane wyłącznie przez odpowiednio**

¹⁴⁵ Między 5 a 9 strażników na zmianę w ciągu dnia, 3-4 w nocy.

¹⁴⁶ Łącznie 28, przynajmniej 5-6 na zmianę.

¹⁴⁷ Według oświadczeń personelu i stosownej dokumentacji, od czasu otwarcia Ośrodka Krajowego, kajdanki użyto kilka razy (tylko na potrzeby eskorty poza ośrodek), poza nimi nie użyto innych środków.

¹⁴⁸ Na tyle, na ile delegacja mogła ustalić, w czasie wizyty nie było oferowane takie szkolenie



przeszkolony personel medyczny (zob. również par. 131 poniżej).

6. Środki przymusu bezpośredniego

130. Zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 sierpnia 2012 r. o stosowania przymusu bezpośredniego („środki przymusu bezpośredniego”), wydanego na podstawie art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego,¹⁴⁹ dozwolone stosowanie przymusu bezpośredniego w placówkach psychiatrycznych obejmuje unieruchomienie fizyczne (przytrzymywanie), przymusowe podanie leków (unieruchomienie przy pomocy leków), unieruchomienie mechaniczne (unieruchomienie przy użyciu pasów) oraz izolacja, która nie może jednorazowo trwać dłużej niż 4 godziny. Decyzja o zastosowaniu przymusu bezpośredniego należy do lekarza, który określa rodzaj środka i osobiście nadzoruje jego wykonanie. Jeżeli nie ma możliwości uzyskania natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka, która ma obowiązek niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Lekarz potwierdza stosowanie środka lub nakazuje jego przerwanie.

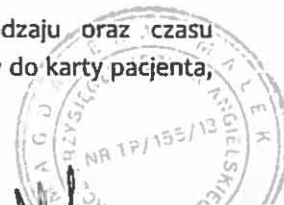
W przypadku potrzeby, lekarz, po osobistym zbadaniu pacjenta, może przedłużyć czas unieruchomienia mechanicznego lub izolacji na kolejne dwa sześciogodzinne okresy. Wszelkie dalsze przedłużenie (na kolejne 6 godzin) wymaga za każdym razem zbadania pacjenta przez innego psychiatrę. Każdy przypadek użycia przymusu bezpośredniego należy odnotować w karcie pacjenta;¹⁵⁰ co więcej, przypadki użycia unieruchomienia mechanicznego i izolacji również należy rejestrować na specjalnym formularzu¹⁵¹ i zgłaszać dyrektorowi placówki (który przechowuje takie formularze w odrębnym rejestrze).

Stan pacjenta unieruchomionego mechanicznie lub odizolowanego musi być kontrolowany przynajmniej co 15 minut przez dyżurującą pielęgniarkę, która ma obowiązek notować swoje obserwacje na wspomnianym formularzu. Pokoje izolacyjne muszą być wyposażone w monitoring (CCTV).

¹⁴⁹ Reguły stosowane w Ośrodku Krajowym, lecz bazujące na innym rozporządzeniu wydanym na mocy ustawy o osobach niebezpiecznych, były analogiczne.

¹⁵⁰ Decyzja o przedłużeniu stosowania środka przymusu bezpośredniego odnotowywana jest przez lekarza, wraz z opisem przyczyn oraz okoliczności zastosowania przymusu bezpośredniego, rodzaju zastosowanego środka i czasu trwania. Jeżeli polecenie środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia mechanicznego lub izolacji zostało wydane przez pielęgniarkę, odnotowuje ona przyczyny jego zastosowania w karcie pacjenta, o czym informuje lekarza, co również powinno być odnotowane odpowiednio w karcie. Pielęgniarka ma dalej obowiązek zarejestrować informacje o wykorzystaniu środków przymusu bezpośredniego w sprawozdaniu pielęgniarskim.

¹⁵¹ Podanie powodów zastosowania środka przymusu bezpośredniego, jego rodzaju oraz czasu zastosowania unieruchomienia mechanicznego lub izolacji; formularz zostaje dołączony do karty pacjenta, a jego kopia przesyłana jest dyrektorowi.



131. Na tyle, na ile delegacja mogła ustalić w wizytowanych ośrodkach, środki przymusu bezpośredniego były stosowane zgodnie z wspomnianym rozporządzeniem¹⁵² i stosowanie unieruchomienia mechanicznego i izolacji było odpowiednio odnotowywane w stosownej dokumentacji oraz zgłaszane właściwym dyrektorom.

To powiedziawszy, CPT pragnie zwrócić uwagę na dwie ważne (i powtarzające się) wady obecnych zasad. Po pierwsze, wymóg rejestrowania stosowania środków przymusu bezpośredniego na specjalnym formularzu (oraz zgłaszania tego faktu dyrektorowi) nie dotyczy unieruchamiania pacjentów przy pomocy leków.¹⁵³ Po drugie, rozporządzenie nadal nie zapewnia ciągłego, bezpośredniego i osobistego nadzoru nad unieruchomionym pacjentem przez personel medyczny znajdujący się w pobliżu.

Komitet musi zatem przypomnieć swój pogląd, iż w stosunku do każdego unieruchomionego pacjenta, w każdym czasie, należy kontrolować jego stan psychiczny i fizyczny przez cały czas i bezpośrednio, co powinno być realizowane przez zidentyfikowaną i wykwalifikowaną osobę będącą członkiem personelu medycznego, która może zapewnić pacjentowi kontakt z innym człowiekiem, zmniejszyć jego zdenerwowanie, porozmawiać z pacjentem oraz szybko zareagować, w tym na osobiste potrzeby pacjenta.¹⁵⁴ Taki indywidualny nadzór należy realizować z tego samego pomieszczenia lub z okolic drzwi (w zasięgu słuchu, tak aby kontakt mógł zostać nawiązany natychmiast). Kontakt należy utrzymywać w odpowiedni sposób, z zamiarem rozładowania sytuacji i zakończenia stosowania danego środka przymusu. Monitoring video nie może zastąpić ciągłej obecności personelu. CPT wzywa polskie władze do zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w tych dwóch kwestiach.

132. Choć w odwiedzonych ośrodkach ogółem nie sięgano w stopniu nadmiernym po środki przymusu,¹⁵⁵ delegacja zaobserwowała względnie długie okresy (do 24 godzin)

¹⁵² Warunki w dedykowanych pokojach izolacyjnych, które były przestronne, dobrze oświetlone i wentylowane, czyste i wyposażone w łóżka z materacami przymocowane do podłogi, z uchwytami na pasy 4-punktowe, monitoring CCTV i interkom, były odpowiednie i nie wymagają szczególnego komentarza. Należy jednak zauważyć, iż w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku dedykowany pokój izolacyjny istniał wyłącznie na oddziale sądowym dla nieletnich.

¹⁵³ Przykładowo, w Ośrodku Krajowym delegacja zauważyła, że użycie leku (25 mg Tisercin) w stosunku do pacjentki zostało wpisane w kartę (np. w czterech przypadkach w kwietniu 2017 r.), ale już nie na formularzu.

¹⁵⁴ Może to obejmować towarzyszenie pacjentowi do toalety lub pomoc w napiciu się/zjedzeniu pożywienia.

¹⁵⁵ Np. w Ośrodku Krajowym, unieruchomienie mechaniczne (pasy) stosowano 99 razy w okresie od 1 stycznia do 1 maja 2017 r. (na maksymalny czas 4 godziny jednorazowo). Izolacja i unieruchomienie przy pomocy leków były używane o wiele rzadziej, przy czym najczęściej stosowano przytrzymywanie (czasami przed unieruchomieniem). W Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku było 1 439 przypadków zastosowania unieruchomienia (wszystkich rodzajów) w 2016 roku, (nota bene, szpital przyjął 3 892 pacjentów w trakcie tamtego roku).



mechanicznego związania stosowane w odniesieniu do niewielkiej liczby bardziej wymagających pacjentów.¹⁵⁶ Tak jak już wspomniano w par. 127 powyżej, w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku delegacja odniosła wrażenie, że przynajmniej do pewnego stopnia związane to było z grafiką pracy personelu.¹⁵⁷ W jednym przypadku pacjent sądowy na Oddziale VI był unieruchomiony praktycznie bez przerwy na czas od 20 kwietnia do 8 maja 2017 r.¹⁵⁸

CPT musi podkreślić swój pogląd, iż czas trwania unieruchomienia mechanicznego pacjenta powinien być jak najkrótszy (z reguły od minut do kilku godzin); stosowanie unieruchomienia mechanicznego przez okresy trwające całe dni nie ma żadnego uzasadnienia i można je interpretować jako zachowanie równoznaczne z niewłaściwym traktowaniem.

Komitet zaleca, by w wizytowanych placówkach podjęto wysiłki celem ograniczenia czasu stosowania unieruchomienia mechanicznego i izolacji, w świetle powyższych uwag. Wysiłki te powinny obejmować więcej szkoleń personelu medycznego w zakresie technik rozładowywania sytuacji oraz bardziej intensywne stosowanie nadzoru nad stosowaniem środków przymusu bezpośredniego, zarówno wewnątrz (przez dyrektorów placówek) jak i zewnątrz.

133. W Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku delegacja poczuła zaniepokojeniem związanym z faktem, iż pacjenci mogli być unieruchamiani mechanicznie w swoich salach (jako że nie było pomieszczeń przeznaczonych do tego celu)¹⁵⁹. Personel podejmował próby zapewnienia prywatności unieruchomionym pacjentom (np., jeżeli to było możliwe, udostępniano pomieszczenie, gdzie pacjent byłby umieszczony samodzielnie; lub w przeciwnym wypadku personel umieszczał przenośne zastony pomiędzy łóżkiem pacjenta i pozostałą częścią sali), lecz było jasne, iż inni pacjenci często mogli obserwować i słyszeć unieruchomionych pacjentów. Komitet zaleca, by wspomnianych praktyk zaprzestano. Unieruchomieni pacjenci nie powinni być wystawiani na widok pozostałych pacjentów, chyba że wyraźnie wyrażą chęć pozostania w towarzystwie konkretnych pacjentów.

134. Delegacja z zaskoczeniem przyjęła dość częste stosowanie izolacji na oddziale

¹⁵⁶ Przykładowo, w Ośrodku Krajowym, wśród 99 wspomnianych przypadków użycia unieruchomienia w okresie od 1 stycznia do 1 maja 2017 roku, 42 z nich dotyczyły tego samego pacjenta, jedynej kobiety (zob. par. 122 powyżej).

¹⁵⁷ Co sprawia, że obsada personelu jest zdecydowanie niewystarczająca po 14.00.

¹⁵⁸ Najpierw był unieruchomiony we własnej sali, a potem odosobniony w innym dostępnym pustym pomieszczeniu. Należy podkreślić, iż jego unieruchomienie (i późniejsza izolacja) były regularnie przerywane na czas posiłków i wizyt w toalecie oraz na czas kąpieli.

¹⁵⁹ Z wyłączeniem oddziału sądowego dla nieletnich (zob. par. 131), gdzie, mimo to, niektórzy pacjenci mówili delegacji, że byli unieruchamiani we własnych salach.



sądowym dla nieletnich w Toszku¹⁶⁰ oraz czas trwania niektórych okresów unieruchomienia na oddziale.¹⁶¹ W tym kontekście CPT zaleca, by podjęto kroki celem zastąpienia izolacji na oddziale sądowym dla nieletnich innymi środkami. Podzielenie oddziału na mniejsze jednostki ułatwiłoby personelowi kontrolowanie sytuacji oraz ograniczyłoby potrzebę stosowania środków przymusu (zob. również par. 120).

W zakresie stosowania unieruchomienia mechanicznego (pasów) na oddziale sądowym dla nieletnich, Komitet jest zdania, że co do zasady nieletni nigdy nie powinni być poddawani unieruchomieniu. Ryzyka i konsekwencje są o wiele bardziej poważne, przy uwzględnieniu wrażliwość młodych osób. W ekstremalnych przypadkach, jeżeli uznane zostanie za stosowne użycie siły w celu uniknięcia wyrządzenia szkód przez daną osobie samej lub innym, jedynym dozwolonym środkiem interwencyjnym jest użycie unieruchomienia ręcznego, tj. przytrzymania nieletniego przez personel do czasu, aż się uspokoi. Komitet zachęca polskie władze do przeanalizowania praktyki stosowania unieruchomienia mechanicznego (pasów) na oddziałach sądowych dla nieletnich w Toszku, w świetle powyższych uwag.

135. Wielu pacjentów, z którymi rozmawiano, a wobec których niedawno zastosowano takie środki, wyraźnie postrzegali unieruchomienie jako karę.¹⁶² Choć delegacji powiedziano, że lekarze i/lub psychologowie kliniczni z reguły rozmawiają z pacjentami po zakończeniu unieruchomienia, CPT zaleca, by zostały podjęte kroki w Ośrodku Regionalnym i Ośrodku Krajowym w Gostyninie oraz w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku, aby zapewnić, iż pacjent jest odpowiednio poinformowany po zakończeniu stosowania środka przymusu. Takie informowanie powinno stanowić dla lekarza okazję, by wyjaśnić konieczność zastosowania środka, a zatem rozwiązać niepewność co do jego uzasadnienia a także omówić strategie, których celem jest uniknięcie zastosowania środka w przyszłości. Dla pacjenta, taka rozmowa powinna stanowić okazję do wyjaśnienia swoich emocji przed unieruchomieniem, co może poprawić zarówno zrozumienie własnego zachowania przez pacjenta jak i zrozumienie zachowania pacjenta przez personel.

136. Niektórzy pacjenci, z którymi rozmawiano w Ośrodku Krajowym, wspominali o czymś, co było nieformalnymi sankcjami dyscyplinarnymi, tj. konfiskata telefonów komórkowych, ograniczanie dostępu do sklepu, itp. Co więcej, na oddziale sądowym dla nieletnich w Toszku, obowiązywał system (nazywany „resetem”), zgodnie z którym przywileje (takie jak dodatkowy czas spędzany w towarzystwie innych pacjentów, dodatkowe przedmioty w pokoju, takie jak telewizor, komputer, odtwarzacz mp3,

¹⁶⁰ 277 przypadki w roku 2016.

¹⁶¹ Np. w jednym przypadku 28 godzin, w innym 2 dni.

¹⁶² W szczególności w Ośrodku Krajowym, gdzie niektórzy pacjenci wyrażali pogląd, iż unieruchomienie było administrowane w odpowiedzi na najmniejsze niewłaściwe zachowania.



uczestniczenie w rekreacji, itp.) mogły być tymczasowo anulowane jako sankcja za nieposłuszeństwo i naruszenie regulaminu.

Komitet ma wątpliwości co do tej praktyki, która zdawałoby się nie powinna mieć miejsca w placówce terapeutycznej. CPT chciałby otrzymać uwagi polskich władz na ten temat.

7. Środki ochronne w kontekście przymusowej hospitalizacji

137. W wizytowanych placówkach przestrzegano stosownych przepisów prawnych, pacjenci byli świadomi zasad¹⁶³ i mechanizmów rewizyjnych (jeżeli takie istniały, zob. par. 138 poniżej), i zapewniano im stosowne możliwości odwiedzin¹⁶⁴ i wykonywania połączeń telefonicznych,¹⁶⁵ a także składania skarg¹⁶⁶ w ramach instytucji i poza nią, w tym do Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjenta.¹⁶⁷ To powiedziawszy, stanowisko rzecznika praw pacjenta w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku jest nieobsadzone od nieomal roku, a pacjenci muszą dzwonić do ogólnokrajowego Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie. **Komitet zaleca, by wakat na stanowisku rzecznika praw pacjenta w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku został obsadzony tak szybko, jak będzie to możliwe.**

138. Ogółem, CPT ma szereg obaw w związku z kilkoma lukami w obecnych ramach prawnych, takich jak:

– brak mechanizmu prawnego i formalnego w zakresie okresowego rewidowania skierowania pacjentów na przymusowe leczenie (*civil involuntary hospitalisation*), w przeciwieństwie do pacjentów sądowych i pacjentów umieszczonych w Ośrodku

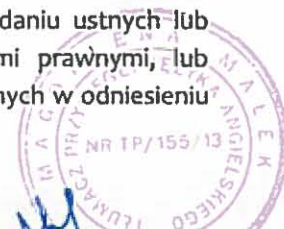
¹⁶³ Otrzymywali kopie decyzji sądu i byli informowani o procedurach i terminach na odwołanie.

¹⁶⁴ Nie istniały żadne ograniczenia dotyczące wizyt, które odbywały się w przyjemnych, otwartych placówkach (choć pod nadzorem, w przypadku pacjentów Ośrodka Krajowego i niektórych pacjentów sądowych).

¹⁶⁵ Pacjenci w Ośrodku Krajowym oraz „cywilni” pacjenci w Toszku mogli mieć własne telefony komórkowe, i taki sam system miał być wprowadzony dla pacjentów sądowych. Tymczasem pacjenci mają dostęp do płatnych automatów telefonicznych na oddziałach.

¹⁶⁶ Informacje o organach, do których można przysyłać skargi (w tym ich adresy oraz numery telefonów) były umieszczone na ścianach na oddziałach. Pacjenci otrzymywali również kopię regulaminu (co potwierdzali własnym podpisem).

¹⁶⁷ Zgodnie z art. 10 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, rzecznicy praw pacjenta pracują w jednostkach psychiatrycznych (w tym w Ośrodku Regionalnym i Ośrodku Krajowym w Gostyninie) i są pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta, o czym mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ich zadani obejmują w szczególności: zapewnianie pomocy w egzekwowaniu praw (pomoc w pisaniu i składaniu skarg) w przypadkach dotyczących przyjęcia, leczenia, warunku pobytu oraz wypisu z placówki psychiatrycznej; badanie lub pomoc w badaniu ustnych lub pisemnych skarg pacjentów, współpraca z rodzinami pacjentów, przedstawicielami prawnymi, lub kuratorami lub opiekunami, inicjowanie realizowanie działań edukacyjnych i informacyjnych w odniesieniu do praw pacjentów.



Krajowym, w przypadku których istnieje automatyczna rewizja sądowa po 6 miesiącach, w oparciu o opinie dwóch lekarzy psychiatrów i psychologa klinicznego, a także w niektórych przypadkach w Ośrodku Krajowym, seksuologa);¹⁶⁸

- nie poczyniono rozróżnienia pomiędzy zgodą na hospitalizację a zgodą na leczenie dla pacjentów skierowanych na leczenie przymusowe;¹⁶⁹
- niewystarczające gwarancje zapewnienia drugiej opinii psychiatrycznej (spoza szpitala przyjmującego);¹⁷⁰
- nieskuteczna organizacja pomocy prawnej (nie ma obowiązkowej reprezentacji prawnej w kontekście skierowania pacjenta na przymusowe leczenie);¹⁷¹ oraz
- w przypadku pacjentów sądowych, brak wystarczającego gwarantowania pacjentom wykonywania ich prawa do wizyty w sądzie podczas rozprawy odwoławczej.¹⁷²

Uwaga delegacji skierowana została również na szarą strefę w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie sytuacji pacjentów, którzy pierwotnie zostali przyjęci

¹⁶⁸ Dla takich pacjentów dostępna jest jedynie rewizja przeprowadzana raz w miesiącu przez szpital (przez dwóch lekarzy psychiatrów z innych oddziałów), a decyzja o wypisaniu pacjenta wydawana jest przez dyrektora szpitala (który musi niezwłocznie poinformować o tym właściwy sąd opiekuńczy, zob. art. 35 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego).

¹⁶⁹ Według art. 33 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, taki pacjent może być leczony wbrew swojej woli, choć lekarz musi poinformować pacjenta o planowanym przebiegu leczenia. Zasada ta nie ma zastosowania do ECT (terapia elektrowstrząsowa), na którą wymagana jest zawsze uprzednia zgoda na piśmie. Zdaniem CPT, pacjenci psychiatryczni powinni zawsze, z zasady, być stawiani w takiej pozycji, by mogli wyrazić swoją swobodną i świadomą zgodę na leczenie. Przyjęcie osoby do placówki psychiatrycznej na zasadzie przymusu nie powinno być interpretowane jako zgody na leczenie bez zgody danej osoby. Każdy nieubezwłasnowolniony pacjent, niezależnie od tego, czy został przyjęty do szpitala dobrowolnie lub przymusowo, powinien otrzymać możliwość odmowy leczenia czy dowolnej innej interwencji medycznej. Jakiegokolwiek odejście od tej podstawowej zasady winno być umotywowane przepisami prawa i dotyczyć wyłącznie sytuacji wyjątkowych ściśle zdefiniowanych. To powiedziawszy, w praktyce delegacja zaobserwowała, iż w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku lekarze starali się uzyskać zgodę na leczenie nawet od pacjentów przyjętych przymusowo; jest to dobra praktyka, która jednakże nie wynika z obecnych przepisów. W Ośrodku Krajowym pytano o zgodę wszystkich pacjentów i każda odmowa odnotowywana była w karcie pacjenta.

¹⁷⁰ Jak już wspomniano w par. 111 powyżej, w praktyce druga opinia, jeżeli o nią się ubiegano, nie była za bardzo niezależna, ponieważ była wydawana przez innego lekarza pracującego w tej samej placówce.

¹⁷¹ I w praktyce pacjenci skierowani na przymusowe leczenie (*civil involuntary patients*) nie mieli prawnika. Jeśli chodzi o pacjentów sądowych i osoby umieszczone w Ośrodku Krajowym, mieli prawników z urzędu, którzy rzadko spotykali się z pacjentami w placówkach, a ich uczestnictwo w rozprawach sądowych zdawało się być w większości przypadków tylko formalnością.

¹⁷² Taka obecność nie jest obowiązkowa i w praktyce była wyjątkiem, zwłaszcza mając na uwadze fakt, iż (w przeciwieństwie do procedury cywilnej), rozprawy sądowe nie odbywały się w szpitalu.



dobrowolnie, lecz później chcieli opuścić szpital (natomiast lekarze uważali, że powinni pozostać w szpitalu i kontynuować leczenie szpitalne). Jedynie ogólne postanowienie art. 28 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego uznawane jest przez lekarzy, z którymi rozmawiała delegacja, za zbyt niejasne. W praktyce dało to skutek w postaci (tak jak to miało miejsce w Toszku) *praktycznego przetrzymywania pacjentów kierowanych na leczenie przymusowe w szpitalu [za oryginałem; prawdopodobny błąd oryginału, z kontekstu wynika, że chodzi o pacjentów, którzy pierwotnie byli przyjęci do szpitala dobrowolnie a następnie zgodę wycofali]* bez zapewniania środków ochrony, jakie były zapewniane pacjentom kierowanym na przymusowe leczenie.

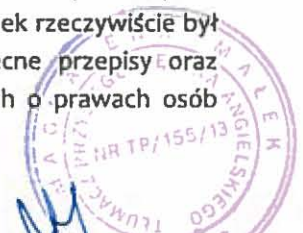
CPT zaleca, by polskie przepisy o zdrowiu psychicznym zostały zmienione, tak aby wyeliminować wskazane luki.

139. W odniesieniu do monitoringu, zob. par. 10 powyżej. Oprócz KMP (i organizacji pozarządowych), placówki psychiatryczne są również wizytowane przynajmniej raz do roku przez sędziów sądów opiekuńczych (w odniesieniu do pacjentów kierowanych na leczenie przymusowe (*civil patients*)) i przez sędziów sądów karnych (w odniesieniu do pacjentów sądowych (*forensic patients*) i pacjentów umieszczanych w Ośrodku Krajowym).

140. Na początku wizyty delegację poinformowali urzędnicy z Ministerstwa Zdrowia, iż zmiany do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego są w przygotowaniu w celu zwiększenia ochrony dla ubezwłasnowolnionych pacjentów umieszczonych w szpitalach psychiatrycznych *m. in.* poprzez wprowadzenie obowiązkowej rozprawy sądowej przed przyjęciem takiego pacjenta oraz praw takich osób do ubiegania się o wypis w dowolnym czasie.¹⁷³

Komitet chętnie otrzyma zaktualizowane informacje na temat tych zmian oraz na temat perspektyw ich przyjęcia.

¹⁷³ Warto zauważyć, iż w lutym 2017 roku Helsińska Fundacja Praw Człowieka wniosła do Sądu Najwyższego skargę kasacyjną w sprawie dotyczącej obowiązującego prawa opiekuńczego i praktyki sądów w tym zakresie. Wskazano, iż polskie przepisy były zbyt nieelastyczne, oraz iż sądy miały tendencję by nadużywać instytucji całkowitego ubezwłasnowolnienia, gdzie około 90% postępowań kończyło się decyzją o całkowitym ubezwłasnowolnieniu. Sądy miały tendencję do stosowania tego środka w sposób quasi-automatyczny, tj. na wniosek rodziny, bez rzeczywistego badania co do tego, jaki środek rzeczywiście był potrzebny w celu chronienia interesów danej osoby. Wskazano również, iż obecne przepisy oraz (zwłaszcza) praktyka sądowa nie były zgodne z Konwencją Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych.



Załącznik I Lista jednostek wizytowanych przez delegację CPT

Jednostki policyjne

- Komenda Miejska Policji, Białystok
- Policyjna Izba Dziecka, Białystok
- Komenda Miejska Policji, Bytom
- Komenda Miejska Policji, Gliwice
- Komenda Miejska Policji, Grójec
- Komenda Rejonowa Policji, Gostynin
- Komenda Miejska Policji, Opole
- Komenda Rejonowa Policji, Strzelce Opolskie
- Komenda Stołeczna Policji, Warszawa
- Komenda Rejonowa Policji, Warszawa IV, Warszawa
- Komenda Rejonowa Policji, Warszawa V, Warszawa
- Komenda Rejonowa Policji, Warszawa VI, Warszawa
- Komenda Rejonowa Policji, Warszawa VII, Warszawa
- Komenda Miejska Policji, Zabrze

Jednostki Straży Granicznej

- Strzeżony Ośrodek dla Cudzoziemców w Białymstoku
- Strzeżony Ośrodek dla Cudzoziemców w Lesznowoli

Jednostki penitencjarne

- Areszt Śledczy w Białymstoku
- Areszt Śledczy w Gliwicach
- Zakład Karny nr 2 w Strzelcach Opolskich
- Areszt Śledczy Warszawa-Białołęka
- Areszt Śledczy Warszawa-Służewiec

Zakłady dla nieletnich

- Zakład Poprawczy w Białymstoku

Ośrodki psychiatryczne

- Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej, Gostynin



- Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjacyjnym, Gostynin
- Szpital Psychiatryczny w Toszku



Załącznik II Lista organów i organizacji, z którymi spotkała się i rozmawiała delegacja CPT

A. Władze krajowe

Ministerstwo Sprawiedliwości

Łukasz Piebiak	Podsekretarz stanu
Krzysztof Masło	Dyrektor, Departament Współpracy Międzynarodowej i Praw człowieka
Dariusz Cieślik	Zastępca Dyrektora, Departament Spraw Rodzinnych i Nieletnich
Luiza Sapala	Zastępca Dyrektora, Departament Spraw Rodzinnych i Nieletnich
Paweł Jaros	Kierownik, Departament Współpracy Międzynarodowej i Praw człowieka
Wojciech Deptuła	Oficer łącznikowy, Departament Współpracy Międzynarodowej i Praw człowieka
Maciej Delijewski	Specjalista, Departament Współpracy Międzynarodowej i Praw Człowieka
Maciej Lis	Specjalista, Departament Współpracy Międzynarodowej i Praw Człowieka

Służba Więzienna

Gen. Jacek Kitliński	Dyrektor Generalny Służby Więziennej
Płk Jerzy Kopec	Zastępca Dyrektora Generalnego Służby Więziennej
Michał Zoń	Dyrektor, Biuro Prawne
Gen. Paweł Nasilowski	Dyrektor, Biuro Budżetu
Płk Roman Wiśniewski	Dyrektor, Biuro Informacji i Statystyki
Płk Bogusław Witecki	Dyrektor, Biuro Kwatermistrzowsko-Inwestycyjne
Ppłk Dr Alicja Kozłowska	Dyrektor, Biuro Służby Zdrowia
Ppłk Roman Kloc	Dyrektor, Biuro Spraw Wewnętrznych
Ppłk Zbigniew Gospodarowicz	Dyrektor, Biuro Ochrony i Spraw Obronnych
Mjr Grzegorz Bajda	Dyrektor, Biuro Kadr i Szkolenia
Ppłk Piotr Gomułka	Starszy specjalista, Biuro Penitencjarne
Ppłk Teresa Kujawa	Przedstawiciel Dyrektora Generalnego ds. praw człowieka i równego traktowania



Mjr Anna Switek-Bąk Specjalista, Biuro Dyrektora Generalnego

Prokuratura Krajowa

Małgorzata Kozłowska Prokurator

Zbigniew Wierzbowski Prokurator

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

Mariusz Cichomski Zastępca Dyrektora, Departament Porządku Publicznego

Renata Leoniak Kierownik, Departament Porządku Publicznego

Aneta Suda Główny Specjalista, Departament Porządku Publicznego

Adam Knych Zastępca Dyrektora, Departament Analiz i Polityki Migracyjnej

Joanna Sosnowska Kierownik, Departament Analiz i Polityki Migracyjnej

Wirginia Prejs-Idczak Doradca Ministra, Departament Analiz i Polityki Migracyjnej

Radosław Kardas Ekspert, Departament Analiz i Polityki Migracyjnej

Piotr Zuzankiewicz Dyrektor, Departament Polityki Granicznej i Funduszy Międzynarodowych

Krzysztof Brzezinski Doradca Ministra, Departament Polityki Granicznej i Funduszy Międzynarodowych

Komenda Główna Policji

Insp. Dariusz Minkiewicz Dyrektor, Biuro Prewencji

nadkom. Michał Białęcki Kierownik, Biuro Kryminalne

Marta Krasuska Specjalista, Biuro Komendanta Policji

Komenda Główna Straży Granicznej

Gen. Jacek Bajger Zastępca Komendanta Straży Granicznej

Płk Tomasz Lipski Biuro Kontroli, Pełnomocnik Komendanta ds. praw człowieka

Płk Andrzej Jakubaszek Dyrektor, Zarząd ds. Cudzoziemców

Mjr Iwona Przybyłowicz Doradca, Zarząd ds. Cudzoziemców

Minister Zdrowia

Zbigniew Król Podsekretarz stanu

Dariusz Poznański Zastępca Dyrektora, Wydział Zdrowia Publicznego



Marek Stańczuk Specjalista, Wydział Zdrowia Publicznego
Inga Markiewicz Asystent prawny, Instytut Psychiatrii i Neurologii

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO)

Stanisław Trociuk Zastępca Rzecznika
Ewa Dawidziuk Dyrektor, Zespół ds. Wykonywania Kar
Justyna Lewandowska Dyrektor, Krajowy Mechanizm Prewencji
Przemysław Kazimirski Zastępca Dyrektora, Krajowy Mechanizm Prewencji
Marcin Kusy Starszy Specjalista, Krajowy Mechanizm Prewencji
Sulimir Szumielewicz Doradca, Krajowy Mechanizm Prewencji

B. Organizacje międzynarodowe

Przedstawicielstwo Krajowe Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (UNHCR)

C. Organizacje pozarządowe

Helsińska Fundacja Praw Człowieka

Repertorium nr 58/2018

Poświadczam zgodność powyższego tłumaczenia z okazanym mi dokumentem sporządzonym w języku angielskim i w innym języku obcym. Magdalena Małek, tłumacz przysięgły języka angielskiego wpisany na Listę Tłumaczy Przysięgłych prowadzoną przez Ministra Sprawiedliwości pod numerem TP/155/13.

Warszawa, 18 stycznia 2018 roku



Magdalena Małek