

30<sup>lat</sup>  
RPO  
1988-2018

# Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

w roku 2017



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

**Raport**  
**Rzecznika Praw Obywatelskich**  
**z działalności w Polsce**  
**Krajowego Mechanizmu**  
**Prewencji Tortur w 2017 r.**

Warszawa 2018





RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

**Raport**  
**Rzecznika Praw Obywatelskich**  
**z działalności w Polsce**  
**Krajowego Mechanizmu**  
**Prewencji Tortur w 2017 r.**

**BIULETYN RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH 2018, nr 4**  
**ŹRÓDŁA**

**Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce**  
**Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w roku 2017**

**Redaktor Naczelny:**

Stanisław Trociuk

**Redakcja:**

dr Hanna Machińska, Agnieszka Jędrzejczyk, Przemysław Kazimirski

**Opracowanie Raportu:**

Justyna Lewandowska: część I Organizacja, Metodologia; część III Opiniowanie aktów prawnych, Współpraca krajowa i międzynarodowa

Rafał Kulas: część II Zakłady karne i areszty śledcze

Klaudia Kamińska: część II Detencja nieletnich

Marcin Kusy: część II PdOZ, Ośrodki strzeżone dla cudzoziemców

Przemysław Kazimirski: część II DPS, Placówki całodobowej opieki, Szpitale psychiatryczne, Zakłady opiekuńczo-lecznicze; część III Działalność edukacyjna

Tomasz Górecki: część II Izby wytrzeźwień,

Grażyna Kalisiewicz: Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2017 r.

**Na podstawie dokumentacji:**

Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji”, Zespołu ds. Wykonywania Kar oraz Biur Pełnomocników Terenowych RPO w Gdańsku, Katowicach i Wrocławiu

**Wydawca:**

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa

[www.rpo.gov.pl](http://www.rpo.gov.pl)

Infolinia Obywatelska 800 676 676

© Copyright by Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Warszawa 2018

**ISSN 0860-7958**

Oddano do składu w październiku 2018 r.

Podpisano do druku w listopadzie 2018 r.

Nakład: 500 egz.

**Projekt okładki:**

**Projekt, opracowanie graficzne, skład, łamanie, druk i oprawa:**

*Argrafpol* Agnieszka Blicharz-Krupińska

ul. Czarnieckiego 1, 53-650 Wrocław, tel. +48 507 096 545, [www.argrafpol.pl](http://www.argrafpol.pl)

Co się dzieje za zamkniętymi drzwiami? Tam, gdzie trudno zajrzeć, a jeszcze trudniej wyjść? Co wynika z wizytacji w miejscach, gdzie przebywają osoby pozbawione wolności?

Przemoc i tortury, okrutne i nieludzkie traktowanie – choć są zakazane, zdarzają się zwłaszcza tam, gdzie „nikt nie widzi”. Zatem nie tylko w ciemnej ulicy, ale także:

- w więzieniach i aresztach,
- w szpitalach psychiatrycznych,
- w domach pomocy społecznej,
- w izbach wytrzeźwień,
- w schroniskach dla nieletnich i zakładach poprawczych,
- w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych jednostek organizacyjnych Policji,
- w policyjnych izbach dziecka,
- w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych,
- w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych jednostek organizacyjnych Straży Granicznej,
- w aresztach w celu wydalenia Straży Granicznej,
- w ośrodkach strzeżonych dla cudzoziemców,
- w pomieszczeniach dla osób zatrzymanych jednostek organizacyjnych Żandarmerii Wojskowej,
- w zakładach opiekuńczo – leczniczych,
- w placówkach całodobowej opieki dla osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych i w podeszłym wieku.

Te miejsca (jest ich w Polsce ponad 3000) muszą być regularnie kontrolowane. Wynika to nie tylko z wiedzy i zdrowego rozsądku, ale także ze zobowiązań, jakie nakłada na nasz kraj wspólnota międzynarodowa.

Robi to Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (KMPT) – eksperci (prawnicy, pedagodzy, socjologzy, lekarze, kryminolodzy, psychologzy) badający sytuacje w miejscach, gdzie ludzie przebywają wbrew swojej woli<sup>1</sup>.

KMPT działa na mocy postanowień Protokołu fakultatywnego do Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur (OPCAT)<sup>2</sup>. Każde państwo-strona Konwencji ma obowiązek utworzyć Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Zarządzenie Nr 52/2016 Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie nazw stosowanych przez Zespół „Krajowy Mechanizm Prewencji”.

Do 2016 r. zespół ten posługiwał się nazwą „Krajowy Mechanizm Prewencji”, która jednak nie identyfikuje w pełni jego roli. Rzecznik Praw Obywatelskich zmienił ją na „Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur” lub „Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, Okrutnego, Nieludzkiego i Poniżającego Traktowania oraz Karania”.

<sup>2</sup> Protokół w stosunku do Rzeczypospolitej Polskiej wszedł w życie z dniem 22 czerwca 2006 r.

<sup>3</sup> Polskę obowiązują dwie istotne umowy międzynarodowe:

1. Protokół Fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku w dniu 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. Nr 150, poz. 1253);
2. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. 2010 r. Nr 90, poz. 587).

## SPIS TREŚCI

<b>Wstęp</b> .....	9
<b>Część I</b>	
<b>Praca Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur</b> .....	13
Organizacja .....	15
Metodologia .....	19
Raport roczny KMPT .....	21
<b>Część II</b>	
<b>Sytuacja w miejscach pozbawienia wolności</b> .....	23
<b>Zakłady karne i areszty śledcze</b> .....	25
Obszary wymagające poprawy .....	25
Problemy systemowe .....	43
Dobre praktyki - podaj dalej .....	58
<b>Detencja nieletnich</b> .....	59
Policyjne Izby Dziecka .....	59
Problemy systemowe .....	62
Dobre praktyki - podaj dalej! .....	64
Obszary wymagające poprawy .....	65
Zakłady Poprawcze i Schroniska dla Nieletnich oraz Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze .....	66
Problemy systemowe .....	66
Dobre praktyki-podaj dalej! .....	68
Obszary wymagające poprawy .....	71
<b>Pomieszczenia dla osób zatrzymanych (PdOZ)</b> .....	92
Problemy systemowe .....	92
Dobre praktyki – podaj dalej! .....	93
Obszary wymagające poprawy .....	95
<b>Domy pomocy społecznej</b> .....	103
Wprowadzenie .....	103
Problemy systemowe .....	106
Nieprawidłowości ujawnione w trakcie monitoringu domów pomocy społecznej .....	110
Dobre praktyki – podaj dalej! .....	114



<b>Placówki całodobowej opieki</b> .....	116
Wprowadzenie .....	116
Problemy systemowe .....	117
Nieprawidłowości ujawnione w toku monitoringu placówek całodobowej opieki .....	119
<b>Szpitala psychiatryczne</b> .....	128
Wprowadzenie .....	128
Problemy systemowe .....	129
Nieprawidłowości ujawnione w trakcie monitoringu szpitali psychiatrycznych .....	135
Dobre praktyki – podaj dalej! .....	142
<b>Zakłady opiekuńczo-lecznicze</b> .....	144
Wprowadzenie .....	144
Problemy systemowe .....	144
Dobre praktyki – podaj dalej! .....	145
Nieprawidłowości .....	146
<b>Ośrodki strzeżone dla cudzoziemców</b> .....	156
Problemy systemowe .....	157
Obszary wymagające poprawy .....	162
<b>Izby wytrzeźwień</b> .....	169
Wstęp .....	169
Dobre praktyki – podaj dalej! .....	169
Obszary wymagające poprawy .....	170
<b>Cześć III</b>	
<b>Inne działania KMPT</b> .....	177
Opiniowanie aktów prawnych .....	179
Współpraca krajowa i międzynarodowa .....	180
Działalność edukacyjna .....	183
Wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2017 r. ....	188

# WSTĘP

Tortury są jednym z najcięższych naruszeń fundamentalnych praw człowieka. Obok pogwałcenia wielu innych praw godzą w godność osoby, chronioną przez Konstytucję RP, jako źródło innych praw. Są one powszechnie zakazane w prawie międzynarodowym. Zakaz stosowania tortur ma charakter bezwzględny i żadne okoliczności nie usprawiedliwiają ich stosowania. Zgodnie z linią orzecniczą Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu państwo, niezależnie od zachowania skarżącego, nie może uchylać się od przestrzegania tego zakazu nawet w czasie wojny czy innego zagrożenia w życiu narodu<sup>4</sup>.

Regularne, niezapowiedziane wizytacje miejsc zatrzymań są uważane za jeden z najefektywniejszych środków zapobiegania torturom i innym niedozwolonym formom traktowania osób pozbawionych wolności. Stanowiąc prewencyjny filar ochrony praw takich osób, uzupełniają one ochronę osób w detencji o charakterze reakcyjnym, realizowaną w tym zakresie przez Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu. Geneza wprowadzenia stałego monitoringu miejsc pozbawienia wolności wynika z faktu, iż osoby w nich przebywające są poważnie narażone na różnego rodzaju nadużycia. Mogą one wynikać m.in. z polityki kryminalnej państwa, niewystarczających środków finansowych na zapewnienie odpowiednich warunków, niewłaściwego przygotowania personelu miejsc detencji, czy braku odpowiedniego nadzoru. Mechanizm regularnych wizytacji miejsc zatrzymań ma więc swój głęboki sens i jest uważany za jeden z najefektywniejszych środków zapobiegania torturom i innym niedozwolonym formom traktowania osób pozbawionych wolności.

Rzeczpospolita Polska jest jednym z 88 Państw Stron, które ratyfikowały Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowa-

---

<sup>4</sup> Sprawa Irlandia przeciw Wielkiej Brytanii, wyrok z dnia 18 stycznia 1978 r., skarga nr 5310/71.

nia albo karania<sup>5</sup> (zwany dalej OPCAT lub Protokołem), przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. Jest również jednym z 67 państw, które powołały krajowy mechanizm prewencji.

Celem Protokołu było ustanowienie systemu regularnych wizytacji, przeprowadzanych przez niezależne organy, w miejscach gdzie przebywają osoby pozbawione wolności. Na poziomie międzynarodowym utworzony został Podkomitet ONZ do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu, natomiast na poziomie krajowym Państwo Strona zobowiązana jest utworzyć krajowy mechanizm prewencji. Intencją podejmowanych działań jest zaś zapobieganie torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu.

Rok 2017 był dziesiątym rokiem wykonywania przez Rzecznika Praw Obywatelskich zadań Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. Przedstawiciele Rzecznika przeprowadzili 76 niezapowiedzianych wizytacji różnego rodzaju miejsc detencji, położonych na terenie całego kraju.

Podobnie jak w latach ubiegłych, Rzecznik Praw Obywatelskich nie otrzymał wystarczających środków na realizację zadań krajowego mechanizmu prewencji, co stoi w oczywistej sprzeczności z postanowieniami OPCAT z Zasadami Paryskim<sup>6</sup>.

Nasz raport przedstawia najważniejsze spostrzeżenia z wizytacji prewencyjnych i diagnozuje problemy systemowe. W dalszym ciągu, wiele problemów systemowych wskazanych w latach ubiegłych nie zostało rozwiązanych. Wśród najważniejszych wskazać należy: brak postulowanych zmian w ustawie o postępowaniu w sprawach nieletnich, nierozwiązanie kwestii umieszczania osób „do wytrzeźwienia” w policyjnych pomieszczeniach dla osób zatrzymanych, czy brak rozwiązań systemowych dotyczą-

<sup>5</sup> Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192.

<sup>6</sup> Zasady Paryskie to wymagania stawiane instytucjom ochrony praw człowieka. Zostały one przyjęte przez ONZ w 1993 roku. Główne cechy, którymi powinny odznaczać się te instytucje, to: niezależność i pluralizm.

cych sytuacji nieletnich matek w ciąży (wychowanek placówek dla nieletnich) oraz nieletnich i ich dzieci po urodzeniu.

Raport z działalności Mechanizmu w 2017 roku różni się w porównaniu do poprzednich układem graficznym. Aby zalecenia Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur stały się bardziej widoczne, wprowadzono wielokolorowy druk oraz jednolity sposób uwydatniania rekomendacji i standardów zarówno krajowych jak i międzynarodowych.

Tak jak w latach poprzednich, w polskich miejscach detencji dochodzi niestety do sytuacji, które mogą być uznane za poniżające lub niehumanitarne traktowanie albo karanie. Zdobyte doświadczenia pokazują, że wizytacje KMPT pełnią istotną rolę w zakresie prewencji tortur. Przy obecnym stanie osobowym Zespołu (10 osób) oraz wynoszącej ponad 3000 liczbie miejsc pozbawienia wolności, w rozumieniu art. 4 OPCAT<sup>7</sup>, Rzecznik Praw Obywatelskich nie jest niestety – mimo wielkiego zaangażowania pracowników – w stanie zagwarantować realizowania minimalnych międzynarodowych standardów dotyczących częstotliwości przeprowadzanych wizytacji<sup>8</sup>.

Poza monitoringiem miejsc pozbawienia wolności, rok 2017 poświęcony został także na kontynuację debat regionalnych KMPT organizowanych w stolicach województw, podczas których przedstawiciele KMPT omawiali najważniejsze problemy związane z funkcjonowaniem miejsc pozbawienia wolności w Polsce. Spotkania adresowane były do przedstawicieli wszystkich typów miejsc pozbawienia wolności, przedstawicieli prokuratury, władzy sądowniczej, samorządu wojewódzkiego oraz uczelni wyższych.

---

<sup>7</sup> Zgodnie z art. 4 ust 1 OPCAT, jest to jakiekolwiek miejsce pozostające pod jurysdykcją i kontrolą danego państwa, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności, na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem.

<sup>8</sup> Według Specjalnego Sprawozdawcy ONZ ds. Tortur wizytacje zapobiegawcze KMP, typu ad hoc, powinny być przeprowadzane co kilka miesięcy, zaś wizytacje całonocne raz na 5 lat. Według minimalnych standardów wyznaczonych przez APT wizytacje całonocne powinny być przeprowadzane co najmniej raz w roku w jednostkach takich jak: jednostki organizacyjne policji, areszty śledcze oraz w miejscach, w których przebywają osoby szczególnie podatne na zagrożenia lub wystąpienia przypadków agresji np. kobiety, cudzoziemcy.

Chcielibyśmy wyrazić nadzieję, że „Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w roku 2017” będzie dla Państwa ważnym źródłem informacji i przyczyni się do poprawy i właściwego, zgodnego z międzynarodowymi standardami, funkcjonowania w naszym kraju poszczególnych typów miejsc zatrzymań. Mamy również nadzieję, że dzięki bardziej przystępnemu układowi raportu, korzystanie z niego będzie zdecydowanie łatwiejsze dla Państwa.

Raport jest dostępny na stronie internetowej Rzecznika Praw Obywatelskich ([www.rpo.gov.pl](http://www.rpo.gov.pl)), w tym w wersji anglojęzycznej, co pozwala instytucjom międzynarodowym na uzyskanie informacji na temat działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w Polsce.

*dr Adam Bodnar*  
*Rzecznik Praw Obywatelskich*

*dr Hanna Machińska*  
*Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich*

**CZĘŚĆ I**

**PRACA KRAJOWEGO MECHANIZMU  
PREWENCJI TORTUR**



## Organizacja

**Funkcję Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur pełni w Polsce Rzecznik Praw Obywatelskich<sup>9</sup>.**

***Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur to: pracownicy Zespołu, eksperci z Komisji Ekspertów przy KMPT oraz eksperci zewnątrzni.***

- Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur stanowi jeden z Zespołów Biura RPO<sup>10</sup>. Wspierają go pracownicy biur pełnomocników terenowych RPO z Gdańska, Wrocławia i Katowic. Zgodnie z porozumieniem pomiędzy KMPT a pełnomocnikami terenowymi RPO, w każdym z biur terenowych wyznaczony został pracownik, który poza pracą w biurze pełnomocnika, bierze udział corocznie w 3 wizytacjach prewencyjnych Mechanizmu jednostek znajdujących się na obszarze właściwości terytorialnej pełnomocnika RPO. W 2017 r., skład Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur stanowiło 12 pracowników merytorycznych oraz pracowniczka zatrudniona na stanowisku sekretarki<sup>11</sup>. Dyrektorką KMPT w 2017 r. była Justyna Róża Lewandowska, a jej zastępcą Przemysław Kazimirski. Nadzór merytoryczny nad działalnością Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur sprawował w analizowanym okresie jeden z Zastępców Rzecznika – płk Krzysztof Olkowicz, a następnie od dnia 26 września 2017 r., w związku ze zmianą na tym stanowisku - dr Hanna Machińska. Zgodnie z postanowieniami OPCAT pracownicy krajowych mechanizmów prewencji powinni mieć odpowiednie umiejętności i zróżnicowaną wiedzę zawodową, a także stanowić reprezentację kobiet i mężczyzn.

<sup>9</sup> Zgodnie z art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (dalej ustawa o r. p.o), tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 958.

<sup>10</sup> § 6 Załącznika do Zarządzenia Nr 45/2015 Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie nadania statutu Biuru Rzecznika Praw Obywatelskich

<sup>11</sup> Jedna pracowniczka Mechanizmu przebywała w 2017 r. na urlopie macierzyńskim, dwoje pracowników nie brało udziału w wizytacjach organizowanych poza granicami Warszawy, ze względu na opiekę nad dziećmi w wieku do lat 4 (art. 178 § 2 Kodeksu pracy).



Osoby pracujące w Mechanizmie w 2017 r. posiadały wykształcenie prawnicze, socjologiczne, politologiczne, resocjalizacyjne, psychologiczne oraz kryminologiczne; w skład KMPT wchodziło 7 kobiet oraz 6 mężczyzn.

Krajowy Mechanizm Prewencji współpracuje z Zespołem ds. Wykonywania Kar w BRPO. Przedmiotem współpracy jest systematyczna wymiana doświadczeń z zakresu stanu przestrzegania praw osób pozbawionych wolności. Przedstawiciele KMPT wraz z pracownikami Zespołu ds. Wykonywania Kar odbywają cykliczne spotkania z przedstawicielami Centralnego Zarządu Służby Więziennej, podczas których prowadzone są rozmowy dotyczące bieżących problemów sygnalizowanych w skargach przez więźniów oraz ujawnianych podczas wizytacji prewencyjnych KMPT. Z inicjatywy Zastępcy Rzecznika Praw Obywatelskich Krzysztofa Olkowicza, wizytacje prewencyjne aresztów śledczych i zakładów karnych odbywają się od 2016 r. z udziałem przedstawiciela Wydziału ds. Żołnierzy i Funkcjonariuszy. Takie rozwiązanie wychodzi naprzeciw oczekiwaniom funkcjonariuszy SW, którzy dzięki obecności pracowników BRPO zajmujących się ich prawami, mogą zgłosić im bezpośrednio swoje problemy związane z wykonywaniem obowiązków służbowych.

Ponadto w wizytacjach Mechanizmów prowadzonych w ośrodkach strzeżonych dla cudzoziemców bierze udział Naczelnik Wydziału Praw Migrantów i Mniejszości Narodowych

- Zespół wspierają w wizytacjach z eksperci zewnętrzni: lekarze-psychiatry, geriatrzy, specjaliści chorób wewnętrznych, a także eksperci z dziedzin związanych z zagadnieniem analizowanym przez KMPT podczas wizytacji. W roku 2017 skupiliśmy się na opiece psychologiczno-psychiatrycznej oferowanej cudzoziemcom umieszczonym w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców oraz identyfikacji ofiar tortur wśród osób przebywających

w tychże ośrodkach. Dlatego w wizytacjach wzięły udział ekspertki z Fundacji Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna – psycholog i psychiatra.

- 18 października 2016 r. Rzecznik Praw Obywatelskich powołał Komisję Ekspertów przy Krajowym Mechanizmie Prewencji Tortur. Wśród nich znaleźli się m.in. prawnicy, przedstawiciele organizacji pozarządowych, przedstawiciele służb mundurowych, lekarze<sup>12</sup>. W 2017 r. skład Komisji Ekspertów KMPT wyglądał następująco:
  - prof. dr hab. Zbigniew Lasocik;
  - dr hab. n. med. Maria Załuska;
  - prof. dr hab. Marek Konopczyński;
  - dr Marzena Ksel;
  - prof. dr hab. Grażyna Barbara Szczygieł;
  - Maria Ejchart-Dubois - współprzewodnicząca;
  - Janina Agnieszka Kłosowska;
  - ppłk Lidia Olejnik;
  - adw. Paweł Knut;
  - adw. Mikołaj Pietrzak;
  - dr n. med. Jerzy Foerster;
  - kmdr Bożena Szubińska;
  - dr n. med. Joanna Klara Żuchowska;
  - Kama Katarasińska-Pierzgalska;
  - Agnieszka Aleksandra Sikora;
  - Maria Książak;
  - Aleksandra Chrzanowska;
  - adw. Katarzyna Wiśniewska;
  - dr Maria Niełacznna;

---

<sup>12</sup> Pracami Komisji kierują obecnie: dr Justyna Józwiak – pracowniczka KMPT oraz Maria Ejchart-Dubois – ekspertka Komisji. Sprawozdanie z pracy Zespołu znajduje się w Informacji o stanie przestrzegania wolności i praw człowieka i obywatela w 2017 r. oraz o działalności Rzecznika Praw Obywatelskich.

- dr Aleksandra Iwanowska – współprzewodnicząca (do 01.12.2017 r.);
- Karolina Goral – sekretarz (do 01.12.2017 r.).

W 2017 r. Komisja Ekspertów KMPT nie spotykała się w pełnym składzie, lecz w grupach roboczych. Pierwsze ze spotkań roboczych, które odbyło się w dniu 31 stycznia poświęcone zostało wizytacjom tematycznym dotyczącym opieki psychiatrycznej zapewnianej nieletnim wychowankom młodzieżowych ośrodków wychowawczych. Celem spotkania było podsumowanie dotychczas przeprowadzonych w tym zakresie wizytacji, omówienie ujawnionych obszarów problemowych, zdiagnozowanie kwestii, na które należy zwrócić uwagę w czasie kolejnych wizytacji oraz przygotowanie planowanych wizytacji w szpitalach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży<sup>13</sup>. Kolejne spotkanie, zorganizowane 18 kwietnia dotyczyło współpracy KMPT z Kampanią Przeciw Homofobii w zakresie badania sytuacji osób LGBT w polskich jednostkach penitencjarnych<sup>14</sup>. Ostatnie ze spotkań zorganizowane w dniu 8 maja dotyczyło zaś sytuacji w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców. W trakcie spotkania omówiono nieprawidłowości ujawnione przez KMPT podczas wizytacji tych placówek, projekt wystąpienia generalnego do Komendanta Głównego Straży Granicznej w sprawie dokumentu *Zasady postępowania Straży Granicznej z Cudzoziemcami wymagającymi szczególnego traktowania* oraz problem występowania tzw. przemocy domowej wśród cudzoziemców przebywających w strzeżonych ośrodkach<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> W spotkaniu wzięli udział następujący członkowie Komisji: Agnieszka Aleksandra Sikora, dr n. med. Joanna Klara Żuchowska oraz prof. dr hab. Marek Konopczyński. Ponadto w spotkaniu wzięli udział specjaliści z zakresu opieki psychiatrycznej nieletnich - Marzena Habib (Ośrodek Rozwoju Edukacji), dr Teresa Panas (Polskie Towarzystwo Psychologiczne), Agnieszka Dąbrowska (Szpital Neuropsychiatryczny dla dzieci i młodzieży w Józefowie).

<sup>14</sup> Z ramienia Komisji w spotkaniu wzięli udział adw. Paweł Knut.

<sup>15</sup> Komisję reprezentowali : Maria Ejchart-Dubois, Aleksandra Chrzanowska, kmdr Bożena Szubińska, adw. Paweł Knut. W spotkaniu wzięli także udział dr hab. Witold Klaus – prezes Stowarzyszenia Interwencja Prawna. Od 2018 r. dr Klaus jest członkiem Komisji Ekspertów KMPT.

Przedstawiciele Komisji Ekspertów wzięli również udział w 17 wizytacjach prewencyjnych KMPT<sup>16</sup> oraz w 6 debatach regionalnych Mechanizmu<sup>17</sup>.

## Metodologia

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur ma prawo wizytować wszystkie miejsca pozbawienia wolności w Polsce czyli takie, w których przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej lub za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem (państwowe, samorządowe, prywatne).

**W Polsce jest ponad 3000 miejsc pozbawienia wolności**

---

<sup>16</sup> Maria Książak (psycholog) – udział w 2 wizytacjach strzeżonych ośrodków dla cudzoziemców; dr n. med. Joanna Klara Żuchowska (specjalista chorób wewnętrznych) – udział w 9 wizytacjach (m.in. zakłady opiekuńczo-lecznicze, placówki całodobowej opieki, izby wytrzeźwień); dr Jerzy Foerster (geriatra) – udział w 6 wizytacjach (m.in. zakłady opiekuńczo-lecznicze, domy pomocy społecznej).

<sup>17</sup> V Debata Regionalna, 17.01 Wrocław - adw. Katarzyna Wiśniewska (Helsińska Fundacja Praw Człowieka) wystąpienie: *Prawa nieletnich w detencji*; VII Debata Regionalna, 12.04 Białystok - prof. Grażyna Barbara Szczygieł (Uniwersytet Białostocki), wystąpienie: *Sytuacja osadzonych w jednostkach penitencjarnych*; VIII Debata Regionalna, 10.05 Rzeszów - Maria Książak prezeska zarządu Fundacji Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna, wystąpienie: *Opieka psychologiczna świadczona na rzecz cudzoziemców przebywających w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców*; IX Debata Regionalna, 14.09 Zielona Góra - dr. Jerzy Foerster, geriatra, wystąpienie: *Opieka pielęgniarska i lekarska świadczona na rzecz mieszkańców DPS*; XI Debata Regionalna, 25.10 Kraków - dr Marzena Ksel Zastępczyni Przewodniczącego Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom (CPT), wystąpienie: *Cele i skutki stosowania Protokołu Stambulskiego*; XII Debata Regionalna, 15.11 Bydgoszcz - prof. Zbigniew Lasocik (Wydział Nauk Politycznych i Studiów Międzynarodowych Uniwersytetu Warszawskiego), wystąpienie: *Aktualne wyzwania w obszarze prewencji tortur w świetle działalności Podkomitetu ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)*.

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

W ich trakcie przedstawiciele Mechanizmu mogą rejestrować dźwięk za zgodą osób, które będą rejestrowane, jak również odbywać spotkania z osobami pozbawionymi wolności, bez obecności innych osób, a także z innymi osobami, co do których uzna, że mogą dostarczyć istotnych informacji (art. 13 ust. 1a ustawy o RPO).

### ***Wizytacje KMPT są prewencyjne i niezapowiedziane***

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

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

Długość wizytacji zależy od wielkości jednostki i zastanych problemów, zazwyczaj wynosi od 1 do 3 dni.

Każda wizytacja KMPT obejmuje następujące etapy:

- rozmowę z kierownictwem miejsca pozbawienia wolności,
- obejrzenie wszystkich pomieszczeń, z których korzystają osoby pozbawione wolności,
- indywidualne i grupowe rozmowy z osobami umieszczonymi w placówce,
- rozmowę z personelem,
- analizę dokumentacji i zapisów z monitoringu wizyjnego,
- sformułowanie wstępnych rekomendacji powizytacyjnych,

- wysłuchanie stanowiska kierownictwa wizytowanego miejsca wobec przekazanych rekomendacji.

Jeśli w trakcie wizytacji osoba pozbawiona wolności zgłosi zdarzenie stanowiące naruszenie obowiązujących przepisów i wyrazi wolę zbadania zarzutów, zapewnia się jej możliwość wniesienia oficjalnej skargi. Skarga ta jest następnie przekazywana do właściwego zespołu skargowego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich.

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

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

W trakcie wizytacji pracownicy KMPT wykorzystują urządzenia pomiarowo-rejestrujące: multimetr CEM DT-8820, dalmierz laserowy Makita LD060P, aparat fotograficzny.

## **Raport roczny KMPT**

Najważniejszym celem działania Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur jest budowanie kultury sprzeciwu wobec tortur, okrutnego i nieludzkiego traktowania. Temu celowi służy także niniejszy raport.

Zbiera on kluczowe obserwacje i przedstawia najważniejsze problemy, które należy rozwiązać, by podnosić standardy ochrony praw człowieka.

► Aby ułatwić lekturę, standardy te są wyróżnione w tekście

Informacja pozwala też łatwo zapoznać się z konkretnymi przykładami problemów zaobserwowanych przez kontrole prewencyjne KMPT

*Przykłady te także są wyróżnione w sposób ułatwiający ich odnalezienie w tekście.*

**Rekomendacje KMPT oznaczone są w ramce**

## CZĘŚĆ II

# SYTUACJA W MIEJSCACH POZBAWIENIA WOLNOŚCI

*„Mówi się, że nikt naprawdę nie zna narodu, dopóki nie zobaczy jego więzień. Naród nie powinien być osądzany przez to, jak traktuje swoich najwyższych obywateli, ale najniższych”.*

*Nelson Mandela*





# ZAKŁADY KARNE I ARESZTY ŚLEDCZE

W 2017 r. KMPT wizytował pięć jednostek penitencjarnych: dwa zakłady karne, dwa areszty śledcze i jeden oddział zewnętrzny aresztu śledczego<sup>18</sup>. Trzy wizyty miały charakter rewizyjacji<sup>19</sup>.

- **2** zakłady karne, **2** areszty śledcze,
- **1** oddział zewnętrzny aresztu śledczego

## Obszary wymagające poprawy

### 1. Traktowanie

W czasie wizytacji delegacja KMPT nie otrzymała sygnałów o stosowaniu przez personel więzienny przemocy wobec osadzonych. Otrzymano jednak sygnały, że osadzeni padali ofiarą przemocy ze strony funkcjonariuszy Policji zarówno w momencie zatrzymania, jak i przesłuchania.

### Tortury – relacje osadzonych

*„Byłem bity podczas przesłuchań. Bili mnie po całym ciele, pałką w pięty. Grozili, że znajdą mnie i moją rodzinę. Chcieli abym przyznał się do włamań do altanek działkowych. Podczas przesłuchań byłem cały czas skuty kajdankami. Długo to trwało. Nie dostałem nic do jedzenia i picia. Mogłem jedynie napić się wody, gdy w końcu*

<sup>18</sup> AŚ w Grójcu KMP.571.4.2017, AŚ w Wałbrzychu BPW.571.1.2017, ZK w Herbach BPK.571.1.2017, ZK w Malborku BPG.571.1.2017, OZ AŚ w Radomiu KMP.571.3.2017

<sup>19</sup> AŚ w Grójcu, AŚ w Wałbrzychu, OZ AŚ w Radomiu.

*pozwolili mi skorzystać z toalety. Przesłuchiwali mnie kilkakrotnie. Za każdym razem byłem bity. w końcu się przyznałem, ale tylko dlatego, że chciałem, aby dali mi spokój”.*

*„Byłem bity pałką na korytarzu komendy. Chcieli, abym się przyznał. Śmieli się, pluli na mnie, wyzywali. Bili mnie kilkakrotnie. Miałem z tego powodu późniejsze problemy zdrowotne”.*

*„Zostałem pobity przy zatrzymaniu. Siedziałem w samochodzie. Psiknięto mi gazem w twarz i wyciągnięto z samochodu. Zostałem rzucony na ziemię, skopany. Uderzyli moją głową o nawierzchnię. Dostałem też cios pięścią w bok”.*

Cześć ze zgłoszonych zarzutów nosi znamiona tortur – podtapianie, bicie pałką po stopach, bicie po całym ciele, stosowanie gróźb. Zatrzymani podczas przesłuchań mieli być skuci kajdankami, odmawiano im jedzenia i picia oraz skorzystania z toalety. Celem tych praktyk było wymuszenie przyznania się do winy o przestępstwa będące przedmiotem postępowania karnych<sup>20</sup>.

*Więzień zgłosił przemoc funkcjonariuszom SW i lekarzowi – nie udokumentowano obrażeń, nie zawiadomiono prokuratury*

W jednym przypadku więzień zgłosił pobicie przez Policję funkcjonariuszom Służby Więziennej i lekarzowi więziennemu<sup>21</sup>. **Na znajdującym się w aktach więźnia zdjęciu, wykonanym przy przyjęciu widoczne były ślady obrażeń (na nosie i czole).** Mimo tego w do-

<sup>20</sup> Problem szerzej opisany w *Informacji o stanie przestrzegania wolności i praw człowieka i obywatela w 2017 r. oraz o działalności Rzecznika Praw Obywatelskich* (przy okazji art. 40 Konstytucji).

<sup>21</sup> AŚ w Wałbrzychu.

kumentacji medycznej osadzonego brak było jakichkolwiek informacji o urazach nabytych w trakcie aresztowania lub widocznych przy przyjęciu.

Dodatkowo w aktach osobowych więźnia przedstawiciele KMPT znaleźli dwa odręcznie napisane przez niego oświadczenia, z których treści wynika, że obrażenia zostały nabyte podczas aresztowania przez Policję.

*Treść oświadczeń więźnia znajdujących się w aktach: „Oświadczam, że obrażenia, które mam na ciele doznałem podczas aresztowania przez Policję” oraz „Obrażenia ciała, twarzy na moim ciele zostały nabyte w czasie aresztowania przed przyjęciem do aresztu śledczego”.*

Z notatki z rozmowy wstępnej nie wynikało, by w jej trakcie poruszano kwestię pochodzenia posiadanych przez więźnia obrażeń. w udostępnionych wizytującym dokumentach brak było jakiegokolwiek informacji o krokach podjętych przez administrację jednostki w tej sprawie, w szczególności, czy dyrektor zawiadomił organy ścigania lub sędziego penitencjarnego.

Z odpowiedzi na raport dyrektora aresztu śledczego nie wynika, aby obowiązek ten został dopełniony<sup>22</sup>.

*W świetle obowiązującego prawa ujawnienie w czasie przyjmowania do aresztu obrażeń ciała posiadanych przez osadzonego powinno być odnotowane w dokumentacji badania wstępnego, a powzięcie podejrzenia zastosowania przemocy przez funkcjonariuszy służb mundurowych, powinno skutkować zawiadomieniem*

---

<sup>22</sup> Pismo Dyrektora Aresztu Śledczego w Wałbrzychu z dnia 20.10.2017 r., DD.0812.5.2017. JK.

*organów ścigania. o sprawie powinien zostać zawiadomiony również sędzia penitencjarny<sup>23</sup>.*

Z uwagi na powyższe okoliczności oraz brak wiedzy personelu więziennego z zakresu Protokołu Stambulskiego, KMPT rekomendował każdorazowe dokumentowanie podczas przyjęcia do aresztu obrażeń ciała u osadzonych, przeprowadzenie z nimi rozmowy na temat okoliczności ich powstania oraz w razie powzięcia informacji o możliwości ich powstania w związku z zatrzymaniem – zawiadomienie organów ścigania oraz sędziego penitencjarnego. Zalecił też zapoznanie personelu jednostki z treścią Protokołu Stambulskiego<sup>24</sup>.

## **Sposób przeprowadzania kontroli osobistych**

Niemal we wszystkich wizytowanych jednostkach kontrole osobiste osadzonych odbywały się jednoetapowo (osadzony musiał zdjąć całość odzieży od razu), co jest niezgodne z obowiązującym od 2 stycznia 2017 r. rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości<sup>25</sup>. KMPT zalecił przypomnienie personelowi o obowiązujących standardach i zmianę praktyki w tym zakresie.

---

<sup>23</sup> Zob. art. 304 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 1904); § 36 ust. 1 i 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności (Dz. U. z 2015 r., poz. 927).

<sup>24</sup> Tłumaczenie protokołu dostępne jest na stronie internetowej RPO pod adresem <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protokol-stambulski>.

<sup>25</sup> AŚ w Grójcu, AŚ w Wałbrzychu, ZK w Herbach, ZK w Malborku, OZ AŚ w Radomiu. Zobacz także § 68 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2016 r. w sprawie sposobów ochrony jednostek organizacyjnych Służby Więziennej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1804).

- ▶ Kontrola osobista jest środkiem bardzo inwazyjnym i potencjalnie poniżającym. Z tego też powodu uciekanie się do przeprowadzenia kontroli osobistej powinno być oparte na indywidualnej ocenie ryzyka i być poddane rygorystycznym kryteriom oraz nadzorowi. Powinno się podjąć wszystkie rozsądne wysiłki w celu zminimalizowania poczucia zażenowania; osoby osadzone poddawane kontroli osobistej normalnie nie powinny być zobowiązane do zdjęcia całego ubrania w tym samym czasie, np. powinny mieć prawo do zdjęcia ubrań powyżej pasa i do ubrania się przed zdjęciem pozostałych ubrań (CPT)<sup>26</sup>.

## Użycie kajdanek

### *71 letni więzień mający problem z poruszaniem się, w kajdankach do lekarza*

W jednej jednostce delegacja KMPT miała zastrzeżenia co do zasadności użycia kajdanek, w trakcie doprowadzenia na badanie lekarskie poza zakładem karnym, 71 letniego więźnia, cierpiącego na dolegliwości związane z kręgosłupem i inne schorzenia uniemożliwiające szybkie poruszanie się<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Raport Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 106.

<sup>27</sup> ZK w Herbach.

- ▶ Stosowanie środków przymusu bezpośredniego ma charakter indywidualizowany i może nastąpić tylko pod warunkiem wystąpienia w konkretnym przypadku przesłanek ich zastosowania. Środki te muszą być niezbędne do osiągnięcia celów, w jakich zostały zastosowane (zasada konieczności) oraz być zastosowane proporcjonalnie do stopnia zagrożenia oraz minimalizacji dolegliwości (zasada proporcjonalności)<sup>28</sup>.

## Sposób zwracania się do osadzonych

KMPT miał też zastrzeżenia do sposobu, w jaki funkcjonariusze działu ochrony zwracają się do osadzonych (po nazwisku lub na ty, bez zachowania formy grzecznościowej pan)<sup>29</sup>. To ważne, by odnosić się do osób od nas zależnych z szacunkiem. Inaczej łatwo o przekroczenie granic. Takie zachowanie pomaga zbudować właściwą atmosferę w miejscu pozbawienia wolności.

---

<sup>28</sup> Art. 6 ust. 1, art. 11, art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1120).

<sup>29</sup> ZK w Herbach.

- ▶ Promowanie konstruktywnych relacji pomiędzy osadzonymi a personelem, w odróżnieniu od relacji konfrontacyjnych, służy zmniejszeniu napięcia obecnego w każdym zakładzie karnym, a w ten sposób znacznie zmniejsza prawdopodobieństwo incydentów z użyciem przemocy i związanego z nimi złego traktowania. Krótko mówiąc, Komitet wolałby, aby środkiem kontroli i powstrzymywania towarzyszyła atmosfera porozumienia i opieki. Takie podejście może wręcz zwiększyć – wbrew obawom – bezpieczeństwo na terenie zakładu karnego” (CPT)<sup>30</sup>.

**Trzeba dbać o właściwą formę komunikacji z więźniami.**

## 2. Warunki bytowe

### Cele kilkunastoosobowe

**KMPT z niepokojem odnotował funkcjonowanie dwóch cel 13-osobowych** <sup>31</sup>. Takie cele nie zapewniają więźniom nawet minimum prywatności, prowadzą do ryzyka konfliktów, zastraszenia i przemocy oraz sprzyjają rozwojowi subkultur przestępczych<sup>32</sup>.

*Relacja więźnia: „Znalazłem się w celi izolacyjnej, bo pobitem innego więźnia. Zrobiłem to, by choć przez chwilę pobyc sam. W celi, w której odbywam karę nie mam nawet minimum prywatności”*

<sup>30</sup> Drugie Sprawozdanie Ogólne CPT, CPT/Inf (92) 3, § 45.

<sup>31</sup> AŚ w Grójcu.

<sup>32</sup> Jedenaste Sprawozdanie Ogólne CPT, CPT/Inf (2001) 16, § 29.



## Konieczne remonty

Cele mieszkalne były na ogół w dobrym stanie materialnym. W jednej z jednostek przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na konieczność wyremontowania niektórych z nich (zastano zniszczoną armaturę sanitarną i otoczenie zlokalizowane poza kącikami sanitarnymi umywalk, zawilgocone ściany, liczne ubytki tynku)<sup>33</sup>.

## Nieuzasadnione naruszanie poczucia intymności więźniów

Delegacja KMPT napotykała też rozwiązania naruszające poczucie intymności więźniów, takie jak: nieosłonięty kącik sanitarny w jednoosobowej celi izolacyjnej<sup>34</sup>, brak przesłon pomiędzy stanowiskami prysznicowymi w łaźni<sup>35</sup>.

## Ciepła woda w celach to wciąż luksus

Nie wszystkie cele miały doprowadzoną ciepłą wodę, aczkolwiek trwały prace remontowe zmierzające do poprawy tego stanu<sup>36</sup>.

## Kąpiel raz w tygodniu

Wizytacje ujawniły placówkę, w której regułą stanowiła jedna kąpiel w tygodniu. Obecnie, już nie tylko na gruncie standardów międzynarodowych lecz również krajowych, dostęp mężczyzn do jednej ciepłej kąpeli w tygodniu jest nieprzystający do potrzeb związanych z higienicznym trybem życia<sup>37</sup>.

---

<sup>33</sup> AŚ w Wałbrzychu.

<sup>34</sup> AŚ w Grójcu, ZK w Malborku.

<sup>35</sup> AŚ w Wałbrzychu.

<sup>36</sup> AŚ w Wałbrzychu, ZK w Herbach.

<sup>37</sup> ZK w Herbach.

## **Brudna odzież więzienna**

W jednej z jednostek przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na zły stan odzieży skarbowej, znajdującej się w przedsiionku celi zabezpieczającej. Ubrania leżały w workach na podłodze, były brudne i nie nadawały się do użycia<sup>38</sup>.

## **Niezapewnienie możliwości właściwego przechowywania rzeczy**

Delegacja zwróciła też uwagę na niezapewnienie więźniom możliwości właściwego przechowywania rzeczy osobistych za pomocą szuflad przyłóżkowych, kontenerów lub szaf<sup>39</sup>. Swoje rzeczy więźniowie trzymali w reklamówkach, torbach lub luzem, w obrębie łóżek.

## **Brak zadaszeń placów spacerowych**

Ponadto pola spacerowe nie posiadały zadaszenia chroniącego więźniów przed złymi warunkami atmosferycznymi w czasie spaceru<sup>40</sup>.

---

<sup>38</sup> AŚ w Grójcu.

<sup>39</sup> AŚ w Grójcu, AŚ w Wałbrzychu.

<sup>40</sup> AŚ w Wałbrzychu.

### 3. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

- ▶ Możliwość skontaktowania się z obrońcą oraz powiadomienia wybranej osoby o zatrzymaniu i uwięzieniu (w tym przedstawiciela konsularnego, w przypadku cudzoziemców) stanowi podstawową gwarancję przeciwko złemu traktowaniu w czasie pozbawienia wolności. Dlatego ważne jest by więźniowie byli świadomi tych uprawnień i funkcjonowały one w praktyce (SPT)<sup>41</sup>.

W jednej z jednostek porządek wewnętrzny nie uwzględniał możliwości prowadzenia rozmów telefonicznych przez osoby tymczasowo aresztowane, z wyjątkiem sytuacji, gdy osoby te zostały skazane przez sąd i instancji i stosowano wobec nich regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania kary pozbawienia wolności<sup>42</sup>. Zakaz ten obejmował kontakty z obrońcą lub pełnomocnikiem, o których mowa w art. 215 § 1 k.k.w. Regulamin oparty był zatem na nieaktualnym stanie prawnym i mógł wprowadzać w błąd. Nie uwzględniał wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2014 r.<sup>43</sup>

Regulamin nie uwzględniał także uprawnień więźnia z art. 211 § 2 k.k.w., tj. bezzwłocznego zawiadomienia wybranej przez niego osoby, instytucji (w tym urzędu konsularnego lub przedstawicielstwa dyplomatycznego) oraz obrońcy o miejscu swojego pobytu.

---

<sup>41</sup> Raport Podkomitetu ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nie-ludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (SPT) z wizyty na Ukrainie, 16 marzec 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 37-42; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maj 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 45-52; Raport SPT z wizyty w Togo, 28 kwiecień 2016 r., CAT/OP/TGO/1, § 79, 81, 115-116; Drugie Sprawozdanie Ogólne CPT, CPT/Inf (92) 3, § 36; Raport z wizyty CPT w Polsce, 25 czerwiec 2014 r., CPT/Inf (2014) 21, § 26 i dalsze.

<sup>42</sup> AŚ w Grójcu.

<sup>43</sup> W wyroku z dnia 25 listopada 2014 r., sygn. akt. K 5 4/13 (Dz. U. z 2014 r., poz. 1707) Trybunał Konstytucyjny orzekł, że art. 217c k.k.w., w zakresie, w jakim bezzwłędnie zakazuje korzystania z aparatu telefonicznego przez tymczasowo aresztowanego, w celu porozumiewania się z obrońcą, jest niezgodny z Konstytucją.

## **Traktowanie więźniów w czasie badań lekarskich i dostęp do opieki medycznej**

KMPT nadal spotyka się z sytuacjami, gdzie doprowadzający więźnia funkcjonariusze działu ochrony Służby Więziennej są obecni podczas badania lekarskiego, mimo iż personel medyczny nie prosi o taką obecność<sup>44</sup>.

W obecności personelu ochronnego więźniów może nie czuć się na tyle swobodnie, by opowiedzieć lekarzowi, o sposobie w jaki był traktowany. Taka sytuacja rodzi też ryzyko naruszenia intymności więźniów, poszanowania ich godności i tajemnicy lekarskiej.

Taka sytuacja jest niewłaściwa z punktu widzenia obowiązujących przepisów prawnych<sup>45</sup> oraz osłabia prewencyjny charakter takiego badania.

► Obecność funkcjonariusza podczas badania jest szkodliwa dla budowania właściwej relacji pomiędzy lekarzem, a pacjentem i zwykle nie jest konieczna z punktu widzenia bezpieczeństwa. Komitet zachęca też personel jednostek penitencjarnych do wypracowania alternatywnych rozwiązań mających na celu pogodzenie wymogów bezpieczeństwa i zasady tajemnicy lekarskiej (np. zainstalowanie systemu nagłośnienia przywoławczego) (CPT)<sup>46</sup>.

Ważne jest zatem, by obecność personelu ochronnego była wyjątkiem, uzasadnionym specyfiką konkretnego przypadku i wcześniejszą prośbą personelu medycznego. Badanie medyczne więźnia powinno

<sup>44</sup> AŚ w Wałbrzychu, ZK w Herbach.

<sup>45</sup> Art. 115 § 8 k.k.w.

<sup>46</sup> Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 79.

bowiem odbywać się co do zasady poza zasięgiem wzroku i słuchu funkcjonariuszy<sup>47</sup>.

## Respektowanie praw osób z niepełnosprawnościami

*Więzień niepełnosprawny na drugiej kondygnacji aresztu, a cela dla osób niepełnosprawnych wolna*

W jednej z jednostek więzień poruszający się o kuli zakwaterowany był w zwykłej celi, mimo iż było tam miejsce w trzysobowej celi mieszkalnej przeznaczonej dla osób z niepełnosprawnością ruchową.

Cela, w której znalazł się więzień, znajdowała się na drugiej kondygnacji aresztu, co utrudniało mu dostęp do zlokalizowanych na parterze: łaźni, sal widzeń i pól spacerowych<sup>48</sup>.

**☑ KMPT: Takie sytuacje stwarzają ryzyko poniżającego traktowania więźnia i powinny zostać wyeliminowane.**

## Siłownia, albo spacer

*W jednej z jednostek więzień chcąc wziąć udział w zajęciach na siłowni, musiał zrezygnować ze spaceru. Sytuację taką dopuszczał też porządek wewnętrzny placówki<sup>50</sup>. KMPT rekomendował zmianę porządku wewnętrznego tak, aby realizacja spaceru nie kolidowała z zajęciami na siłowni.*

<sup>47</sup> Tamże, § 79.

<sup>48</sup> AŚ w Wałbrzychu.

<sup>49</sup> Zob. Wyrok Vincent p. Francji z dnia 26 października 2006 r., skarga nr 6253/03.

<sup>50</sup> OZ AŚ w Radomiu.

## 4. Personel i potrzeba budowania odpowiedniej kultury organizacyjnej

Odpowiednio dobrany i wyszkolony personel jest w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki, bez uciekania się do przemocy. Stanowi też skuteczną gwarancję chroniącą więźniów przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem. Dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu oraz możliwości codziennego kontaktu z osadzonymi, ma możliwość bieżącego monitorowania ich zachowania i wyłapywania niepokojących sygnałów, świadczących o złym traktowaniu. Może także podjąć skuteczne środki zaradcze, w przypadku stwierdzenia niepokojących zdarzeń (np. poprzez podjęcie interwencji, udzielenie pomocy, czy zgłoszenie przełożonym swoich obaw i podejrzeń).

KMPT zachęca władze do aktywnej działalności edukacyjnej i budowania kultury sprzeciwu wobec przemocy, która powinna być postrzegana jako niedopuszczalny brak profesjonalizmu, rzutujący na wizerunek całej Służby Więziennej. Warto też włożyć wysiłek w zachęcanie funkcjonariuszy i pracowników SW do zgłaszania wszelkich nieprawidłowości w zachowaniu personelu i współwięźniów.

Kwalifikacje kadry wizytowanych przez KMPT jednostek zostały ocenione w większości pozytywnie. w jednej placówce KMPT rekomendował zapoznanie personelu jednostki z treścią Protokołu Sтамbulskiego<sup>51</sup> oraz objęcie pracowników mających bezpośredni kontakt z osadzonymi szkoleniami z zakresu praw osób pozbawionych wolności i standardów międzynarodowych obowiązujących w tym zakresie<sup>52</sup>.

W ocenie KMPT promowanie wiedzy z zakresu Protokołu Sтамbulskiego i jego praktycznego wykorzystania, wśród kadry medycznej jednostek penitencjarnych powinien stanowić priorytet. Sytuacja w zakresie dokumentowania przypadków przemocy wydaje się niezadowolala-

<sup>51</sup> AŚ w Wałbrzychu.

<sup>52</sup> ZK w Malborku.

jąca, wiedza personelu zaś na temat powyższego dokumentu znikoma.

Warto też zwrócić uwagę na niską liczbę psychologów w jednostkach, co budzi obawy w kontekście zapewnienia odpowiedniej opieki i wsparcia.

- ▶ Dobrze wyszkolony funkcjonariusz jest najlepszą gwarancją przeciwko złemu traktowaniu osób pozbawionych wolności. Funkcjonariusze mający określone umiejętności są w stanie efektywnie wykonywać swoje obowiązki bez dopuszczania się przemocy. Będą także liczyć się z obecnością podstawowych gwarancji przysługujących więźniom (CPT)<sup>53</sup>.
- ▶ Placówki powinny mieć odpowiednią liczbę personelu. To wpływa na bezpieczeństwo oraz możliwości organizacji codziennej pracy i reżimu instytucji jako całości (SPT)<sup>54</sup>.
- ▶ Personel powinien być odpowiednio zmotywowany, wynagradzany oraz świadomy w zakresie praw człowieka. Ważne są wewnętrzne mechanizmy monitorowania pracy w celu zapewnienia przestrzegania międzynarodowych standardów praw człowieka (SPT)<sup>55</sup>.

---

<sup>53</sup> Drugi Raport Generalny CPT, CPT/Inf (92) 3, § 59-60.

<sup>54</sup> Raport SPT z wizyty w Szwecji, 10 wrzesień 2008 r., CAT/OP/SWE/1, § 139-140.

<sup>55</sup> Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 16 marzec 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 24.

- ▶ Potrzebne są szkolenia i regularne odświeżanie wiedzy w zakresie praw człowieka. To zmienia kulturę instytucjonalną w taki sposób, że kwestie bezpieczeństwa przestają być traktowane priorytetowo, a nacisk kładziony jest na wsparcie i godne traktowanie osób pozbawionych wolności (SPT)<sup>56</sup>.
  
- ▶ Szkolenie personelu powinno mieć charakter prewencyjny i obejmować funkcjonariuszy na wszystkich poziomach. Powinno mieć charakter przekrojowy i zawierać zasady i standardy w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowane na zapobieganie torturom i innemu okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu (SPT)<sup>57</sup>.
  
- ▶ Należy stworzyć atmosferę pracy, która będzie propagować odpowiednie zachowanie personelu i zachęcać funkcjonariuszy do przeciwdziałania niewłaściwemu zachowaniu współpracowników oraz do raportowania takich przypadków. Niezbędne jest też przyjęcie środków służących ochronie sygnalistów (ang. whistle-blower) (CPT)<sup>58</sup>.

---

<sup>56</sup> Raport SPT z wizyty w Argentynie, CAT/OP/ARG/1, § 85; Raport SPT z wizyty w Peru, CAT/OP/PER/1, § 66; Raport SPT z wizyty w Paragwaju, CAT/OP/PRY/1, § 195; Raport SPT z wizyty w Mali, CAT/OP/MLI/1, § 73.

<sup>57</sup> Raport SPT z wizyty w Meksyku, CAT/OP/MEX/1, § 95.

<sup>58</sup> Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 24; Raport CPT z wizyty na Ukrainie, CPT/Inf (2017) 15, § 16; Raport CPT z wizyty w Niemczech, CPT/Inf (2017) 13, § 20; Raporty CPT z wizyty w Grecji, CPT/Inf (2016) 4, § 23; Raport CPT z wizyty w Bułgarii, CPT/Inf (2015) 36, § 14; Raport CPT z wizyty w Macedonii, CPT/Inf (2016) 8, § 93; Raport CPT z wizyty na Ukrainie, CPT/Inf (2013) 23, § 21; Czternasty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2004) 28, § 26.



Na potrzebę stworzenia skutecznie funkcjonującego mechanizmu chroniącego prawa sygnalistów w służbach mundurowych zwrócił także uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich w wystąpieniu generalnym z dnia 16 kwietnia 2018 r. do Prezesa Rady Ministrów<sup>59</sup>.

## 5. Prawo do informacji

Wszyscy więźniowie mają prawo i potrzebę otrzymania zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych dla nich kwestiach - przysługujących im prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg. Dostęp do takich informacji zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala więźniom odgrywać aktywną rolę w zabezpieczaniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy. Szczególnie istotna jest tutaj sytuacja cudzoziemców, którzy najczęściej nie znają języka polskiego oraz prawa i procedur obowiązujących w Polsce.

Znaczenie prawa do informacji i możliwości składania skarg podkreślają standardy międzynarodowe<sup>60</sup> oraz międzynarodowe instytucje monitorujące traktowanie więźniów – SPT i CPT<sup>61</sup>.

► **Prawa osób pozbawionych wolności nie mają większej wartości, jeśli osoby te nie są świadome ich istnienia. W związku z tym niezwykle ważne jest, aby osoby zatrzymane zostały bezzwłocznie i wyraźnie poinformowane o ich prawach w zrozumiałym dla nich języku (CPT)<sup>62</sup>.**

<sup>59</sup> Zob. KMP.570.1.2018.

<sup>60</sup> Reguły Mandeli: Reguły nr 54, 55 i 56.

<sup>61</sup> Raport SPT z wizyty w Peru, 9 sierpień 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 67; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maj 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 43-44; Raport SPT z wizyty w Togo, 28 kwiecień 2016 r., CAT/OP/TGO/1, § 77-78; Drugie sprawozdanie ogólne CPT, CPT/Inf (92) 3, § 54; Raport CPT z wizyty w Macedonii, CPT/Inf (2017) 30, § 48.

<sup>62</sup> Dwunaste Sprawozdanie Ogólne CPT, CPT/Inf (2002) 12, § 44.

Podczas wizytacji delegacja KMPT spotkała się z sytuacją, gdy więzień narodowości wietnamskiej, nie władający językiem polskim nie był w sposób właściwy poinformowany o swoich prawach<sup>63</sup>. Wszelkie istotne dla więźnia dokumenty (porządek wewnętrzny i oświadczenia) były sporządzone w języku polskim. Problemem dla tego więźnia była też komunikacja z personelem jednostki, w tym z lekarzem.

Eksperti KMPT byli zapewniani, że w razie potrzeby wzywany jest tłumacz oraz używane są dostępne w areszcie translatory. Jednakże analiza dokumentacji wykazała, że tłumacz był dostępny jedynie w czasie rozmowy z adwokatem.

---

<sup>63</sup> AŚ w Grójcu.

**KMPT wskazuje co należy robić w przypadku więźniów będących cudzoziemcami:**

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

## Problemy systemowe

Analiza problemów, które pokazują wizytacje, pozwala formułować szersze rekomendacje. KMPT zauważa bowiem, że niektórych problemów nie da się rozwiązać w pojedynkę, bez wsparcia systemowego w postaci poprawionych i udoskonalonych przepisów czy lepszych procedur.

### 1. Problem braku procedur w przypadku zgłoszenia tortur i wadliwego dokumentowania obrażeń

Personel więzienny, w tym medyczny nie ma procedur określających sposób postępowania, gdy więzień zgłosi, że padł ofiarą tortur lub przemocy, lub gdy zachodzi podejrzenie stosowania tortur lub przemocy wobec więźnia. Dokumentowanie urazów często robione jest powierzchownie, zaś wiedza personelu medycznego na temat Protokołu Stambulskiego znikoma.

► Protokół Stambulski, czyli Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, to oficjalny dokument ONZ, utworzony przez grupę ekspertów, zawierający praktyczne wskazówki dotyczące metod tortur, ich skutków, sposobów identyfikacji na potrzeby procesu karnego oraz prowadzenia skutecznych dochodzeń o tortury. Jego stosowanie rekomenduje Podkomitet ONZ do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (SPT)<sup>64</sup>.

Badanie lekarskie wszystkich osób umieszczanych w więzieniach i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania

<sup>64</sup> Raport SPT z wizyty w Peru, 9 sierpnia 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport z wizyty SPT na Ukrainie, 16 marca 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 46-48; Raport SPT z wizyty w Brazylii, 5 lipca 2012 r., CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

jest ważną gwarancją zapobiegania torturom i zwalczania bezkarności. Chroni też personel więzienny przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w jednostce penitencjarnej.

► Każdy więzień powinien być zbadany w ciągu 24 godzin od przyjęcia. Należy prowadzić specjalny rejestr urazów i odpowiednio je dokumentować. O podejrzeniu przemocy należy zawsze zawiadomić Prokuratora (CPT)

CPT rekomenduje, aby każdy nowo przyjmowany więzień był badany przez lekarza. Takie badanie powinno opierać się na zasadzie poufności i odbyć w ciągu 24 godzin od przyjęcia. Wynik badania należy odpowiednio udokumentować (CPT wskazuje co powinna zawierać dokumentacja z badania). Wszelkie urazy należy nanieść na specjalny formularz przewidziany do tego celu, z wykresami ciała do oznakowania urazów. Pożądane byłoby fotografowanie ran, a zdjęcia powinny być dołączane do akt medycznych. Dodatkowo powinien być prowadzony specjalny rejestr urazów, w którym należy odnotowywać wszystkie rodzaje obrażeń. Wynik badania powinien być dostępny dla więźnia i jego prawnika. W przypadku ujawnienia tortur lub przemocy, niezależnie od woli więźnia, powinno się zawsze zawiadomić Prokuratora<sup>65</sup>.

***Potrzebne są precyzyjne wytyczne dla lekarzy więziennych***

Z tego też względu Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej o wprowadzenie precyzyjnych wytycznych, adresowanych w szczególności do lekarzy zatrudnionych

<sup>65</sup> Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2013), § 71-84; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 22, 27, 50, 81; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 78.

w systemie penitencjarnym, które określają obowiązek właściwego dokumentowania fizycznych i psychologicznych skutków tortur i przemocy, a także zgłaszania takich przypadków właściwym organom ścigania<sup>66</sup>.

Z odpowiedzi Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej nie wynika, aby wytyczne miały zostać wprowadzone. Zastępca Dyrektora Generalnego wskazał jedynie, że zagadnienia dotyczące ochrony praw człowieka i Protokołu Stambulskiego są przedmiotem systematycznych szkoleń personelu więziennego, w tym kadry oficerskiej.<sup>67</sup>

## 2. Mała przestrzeń życiowa więźniów w celi

**Opisane wyżej warunki bytowe w jednostkach penitencjarnych wynikają z generalnego problemu małej przestrzeni życiowej dla więźniów w celach mieszkalnych.**

W Polsce prawo zapewnia więźniowi minimum 3 m<sup>2</sup> powierzchni mieszkalnej w celi. Dopuszcza też sytuację umieszczania go poniżej tego standardu<sup>68</sup>. W **takich warunkach człowiek nie jest w stanie normalnie funkcjonować**. Polska norma jest sprzeczna ze standardami międzynarodowymi i praktyką większości państw europejskich.

Niestety, z odpowiedzi Ministra Sprawiedliwości na raport roczny z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2016 roku wynika, że wprowadzenie normy powierzchniowej 4 m<sup>2</sup> wymaga podjęcia inicjatywy ustawodawczej, co przy obecnym stanie zaludnienia więzień oraz zmianach restrukturyzacyjnych nie jest możliwe<sup>69</sup>.

<sup>66</sup> Wystąpienie Generalne RPO z dnia 24.10.2017 r. do Dyrektora Generalnego SW, KMP.571.6.2017.JJ.

<sup>67</sup> Odpowiedź Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 07.11.2017 r., BSZ.55.6.2017.LL.

<sup>68</sup> Art. 110 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (tekst jednolity Dz.U. z 2017 r. poz. 665).

<sup>69</sup> Pismo Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 kwietnia 2018 r., sygn. DWMPC-III-850-2/18.

O zapewnienie więźniom minimum 4 m<sup>2</sup> od 1996 r. apeluje do polskich władz Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nie-ludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)<sup>70</sup> oraz Komitet ONZ Przeciwko Torturom (CAT)<sup>71</sup>. Jak na razie bezskutecznie.

► Standard minimalny rekomendowany państwu Rady Europy przez Europejski Komitet ds. zapobiegania torturom oraz nie-ludzkiemu i poniżającemu traktowaniu albo karaniu (CPT) to minimum **4 m<sup>2</sup>** w celi jednoosobowej i **6 m<sup>2</sup>** w celi wieloosobowej, z wyłączeniem urządzeń sanitarnych znajdujących się w celi<sup>72</sup>.

Standardy CPT są brane pod uwagę przez Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu<sup>73</sup> przy ocenie, czy państwo naruszyło art. 3 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (zakaz tortur)<sup>74</sup>.

---

<sup>70</sup> Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 7-8, 41-42.

<sup>71</sup> Zob. uwagi Komitetu do V i VI sprawozdania okresowego Polski z realizacji postanowień Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nie-ludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.

<sup>72</sup> Zob. Living space per prisoner in prison establishments: CPT standards, 15 grudzień 2015 r., CPT/Inf (2015) 44; Dwudziesty Szósty Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2017) 5, § 56.

<sup>73</sup> Wyrok Muršić v. Chorwacji z dnia 20 października 2016 r. [Wielka Izba], skarga nr 7334/13; Wyrok Orchowski v. Polsce z dnia 22 października 2009 r., skarga nr 17885/04; Wyrok Sikorski v. Polsce z dnia 22 października 2009 r., skarga nr 17599/05.

<sup>74</sup> Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).

## Przestrzeń mieszkalna w celi w wybranych krajach Europy:

- *Francja - od 4,7 do 9 m<sup>2</sup>,*
  - *Wielka Brytania – od 4,5 do 7 m<sup>2</sup>,*
  - *Hiszpania - od 9 do 10 m<sup>2</sup>,*
  - *Włochy - od 7 do 9 m<sup>2</sup>,*
  - ***Polska – 3 m<sup>2</sup>***
- ▶ Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu: jeśli więzień ma w celi do dyspozycji mniej niż 3 m<sup>2</sup> – pojawia się silne domniemanie naruszenia art. 3 Konwencji.
- ▶ Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu: w przypadku metrażu na poziomie 3-4 m<sup>2</sup> - czynnik przestrzenny pozostaje ważnym czynnikiem w ocenie Trybunału pod kątem adekwatności warunków zatrzymania<sup>75</sup>.

## Dlaczego rozwiązanie problemu przeludnienia w celach jest ważne?

Więźniowie po odbyciu kary wrócą na wolność, więc to, w jakich warunkach odbywali karę, ma znaczenie dla ich resocjalizacji i przyszłych relacji z innymi ludźmi<sup>76</sup>.

<sup>75</sup> Wyrok Muršić v. Chorwacji z dnia 20 października 2016 r. [Wielka Izba], skarga nr 7334/13.

<sup>76</sup> Zob. także Wystąpienia Generalne RPO z dnia 24.05.2016 r. i 29.07.2016 r., do Ministra Sprawiedliwości, KMP.571.5.2016.RK.



- Tak niewielka przestrzeń w celi nie zapewnia nawet minimum prywatności, wywołuje frustrację, psychiczne cierpienie, konflikty i przemoc.
- W takich warunkach zapewnienie więźniom bezpieczeństwa przez Służbę Więzienną jest bardzo trudne.
- Mały metraż utrudnia prowadzenie odpowiednich oddziaływań terapeutycznych i może utrwalić lub pogłębić zaburzenia więźniów z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonym umysłowo.
- Na niewielkiej przestrzeni życiowej wzrasta ryzyko chorób zakaźnych (m.in. wirusowego zapalenia wątroby, gruźlicy, świerzbu).
- Umieszczanie człowieka w tak niewielkiej przestrzeni stanowi ryzyko jego nieludzkiego i poniżającego traktowania, co jest sprzeczne z międzynarodowymi zobowiązaniami Polski.
- Takie traktowanie więźniów jest niegodne nowoczesnego państwa europejskiego i znacząco odbiega od międzynarodowych standardów.
- O zmiany w tym zakresie apelują do polskich władz CPT i CAT.
- Brak zmian stwarza ryzyko wydawania wyroków przeciwko Polsce przez Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu.
- Wzrasta ryzyko wypłaty odszkodowań przyznanych więźniom przez polskie sądy.
- Sądy europejskie rozpoznające wniosek polskiego sądu o zastosowanie Europejskiego Nakazu Aresztowania (ENA) będą mogły odroczyć wykonanie nakazu jeśli uznają, że zachodzi ryzyko poniżającego traktowania więźnia ze względu na niski metraż w celi, w Polsce.

### 3. Kontrole osobiste więźniów powinny podlegać ocenie sądu

Funkcjonariusze Służby Więziennej muszą niekiedy przeprowadzać kontrole osobiste więźniów w celu sprawdzenia, czy nie posiadają przedmiotów zabronionych lub niebezpiecznych. Ważne jednak, by był to środek stosowany z rozwagą, w sposób profesjonalny i z poszanowaniem godności człowieka. Decyzja o jej przeprowadzeniu powinna wynikać z indywidualnych okoliczności. **Inaczej kontrola osobista może zmienić się w narzędzie opresji i zostać uznana za poniżające traktowanie.**

W czasie kontroli osobistej więzień musi zdjąć odzież, niekiedy też przykucnąć lub umożliwić funkcjonariuszowi wgląd w naturalne otwory ciała. Musi też umożliwić sprawdzenie odzieży, bielizny, obuwia oraz posiadanych przedmiotów.<sup>77</sup>

Zgodnie z polskim prawem kontrola osobista więźnia może być przeprowadzona w każdym czasie. Decyduje o tym dyrektor zakładu karnego, zaś więzień jest zobowiązany podporządkować się tej decyzji. Brak współpracy ze strony osadzonego może skutkować zastosowaniem wobec niego środków przymusu bezpośredniego oraz konsekwencjami dyscyplinarnymi.

Jeśli dyrektor zdecyduje o poddaniu więźnia kontroli, nie wydaje on decyzji, którą osadzony mógłby zaskarżyć do sądu, w trybie art. 7 k.k.w. Sąd nie może więc ocenić, czy była to słuszna decyzja. Rodzi to pole do nadużyć. **Ważne więc, by zasadność i sposób realizacji kontroli osobistej więźniów podlegały zewnętrznej weryfikacji. Możliwość sądowej kontroli ma więc walor prewencyjny i może działać odstraszająco wobec osób chcących sięgać po nią bez potrzeby.**

Warto zauważyć, że w przeszłości dochodziło do sytuacji, gdy decyzja o zastosowaniu kontroli osobistej nie znajdowała uzasadnienia

<sup>77</sup> Zob. art. 116 § 2-5 i 6 k.k.w.

z punktu widzenia bezpieczeństwa, na co wskazywał Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu, w wyrokach przeciwko Polsce.

- ▶ Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu: Codzienne kontrole osobiste więźnia połączone z obowiązkiem rozebrania się do naga nie wynikały z żadnych konkretnych potrzeb bezpieczeństwa i nie były związane z podejrzeniami wynikającymi z zachowania skarżącego. Taka praktyka musiała wywołać w człowieku uczucie poniżenia, cierpienia i przygnębienia, które wykroczyło poza nieuniknione cierpienie i upokorzenie związane z odbywaniem kary więzienia<sup>78</sup>.
- ▶ Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu: Prawo krajowe stosowane w praktyce nie zapewniało osadzonemu skutecznego środka odwoławczego pozwalającego na zakwestionowanie decyzji w przedmiocie przeprowadzenia kontroli osobistej. Wobec braku takiego skutecznego środka odwoławczego, trudno jest egzekwować na szczeblu krajowym wymóg wystarczającego uzasadnienia kontroli osobistych lub przeszukań z rozbieraniem<sup>79</sup>.

W dniu 21 stycznia 2016 r. Rzecznik Praw Obywatelskich skierował do Trybunału Konstytucyjnego wniosek o stwierdzenie niezgodności art. 116 § 6 k.k.w. w zw. z art. 7 § 1 k.k.w. z Konstytucją, w zakresie, w jakim nie przewiduje wydawania decyzji w sprawie kontroli osobistej skazanego<sup>80</sup>. Wniosek ten oczekuje na rozpatrzenie (sygnatura akt Trybunału K 5/16).

Pomimo apeli KMPT ustawodawca nie zdecydował się na zmianę przepisów w tym zakresie.

<sup>78</sup> Wyrok Świdzki przeciwko Polsce z dnia 16 lutego 2016 r., skarga nr 5532/10, § 60-61.

<sup>79</sup> Wyrok Milka przeciwko Polsce z dnia 15 września 2015 r., skarga nr 14322/12, § 30 i 48.

<sup>80</sup> Wniosek RPO do TK z dnia 21.01.2016 r., KMP.571.83.2014.

Minister Sprawiedliwości poinformował Rzecznika, że w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej trwają prace związane z opracowaniem kompleksowych procedur, które określą, w jakich sytuacjach i w jaki sposób mają być dokonywane kontrole osobiste oraz w jakich sytuacjach decyzja o kontroli powinna być udokumentowana<sup>81</sup>.

#### **4. Nieprzystosowanie więzień do osadzania w nich osób z niepełnosprawnością fizyczną**

Żadna z jednostek wyznaczona przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej nie zapewnia możliwości w pełni samodzielnego funkcjonowania takich więźniów<sup>82</sup>. Powyższy stan narusza standardy międzynarodowe i wymaga zmiany<sup>83</sup>.

- ▶ **Reguły Mandeli: reżim jednostki penitencjarnej powinien dążyć do zminimalizowania różnic pomiędzy życiem w więzieniu a życiem na wolności, zaś administracja jest zobowiązana do podjęcia niezbędnych działań w celu zapewnienia więźniom niepełnosprawnym fizycznie, psychicznie lub w inny sposób pełnego i skutecznego dostępu do życia więziennego na sprawiedliwych zasadach<sup>84</sup>.**

---

<sup>81</sup> Pismo Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 kwietnia 2018 r., sygn. DWMPC-III-850-2/18.

<sup>82</sup> Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w roku 2016, s.26-28.

<sup>83</sup> Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli), Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 17 grudnia 2015 r., Reguła 5; Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U.z 2012 r. poz. 1169); Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. - Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475); publikacja Komitetu ONZ do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych - Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Guidelines on article 14, The right to liberty and security of persons with disabilities, Adopted during the Committee's 14th session, September 2015.

<sup>84</sup> Reguła 5.

Problem dostrzega też Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu, który wskazuje, że jeżeli władze decydują się przetrzymywać osobę niepełnosprawną powinny zagwarantować jej takie warunki, jakie odpowiadają szczególnym potrzebom wynikającym z jej niepełnosprawności<sup>85</sup>.

W sprawie D.G. przeciwko Polsce Trybunał wskazał, że osadzenie więźnia w jednostce, która nie była odpowiednia do pobytu w niej osób niepełnosprawnych fizycznie, a także brak wystarczających starań, by rozsądnie dostosować się do specjalnych potrzeb więźnia, stanowi poważny problem w świetle Konwencji. W konsekwencji Trybunał uznał, że doszło do naruszenia artykułu 3 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności w odniesieniu do warunków materialnych osadzenia w związku ze specjalnymi potrzebami skarżącego<sup>86</sup>.

**☑ Trzeba zaktualizować zarządzenie Dyrektora Generalnego Służby Więziennej określające, w których jednostkach mogą przebywać więźniowie z niepełnosprawnością fizyczną.**

Z uwagi na powyższe Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich zwrócił się w tej sprawie do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej o aktualizację zarządzenia określającego przeznaczenie jednostek penitencjarnych, tak by wyznaczone w nim jednostki do osadzania osób na wózkach miały architektoniczne możliwości do pełnego ich dostosowania<sup>87</sup>.

<sup>85</sup> Wyrok Farbtuhs przeciwko Łotwie z dnia 2 grudnia 2004 r., skarga nr 4672/02; Wyrok Price przeciwko Wielkiej Brytanii z dnia 10 lipca 2011 r., skarga nr 33394/96.

<sup>86</sup> Wyrok D.G. przeciwko Polsce z dnia 12 lutego 2013 r., skarga nr 45705/07.

<sup>87</sup> Wystąpienie Generalne ZRPO z dnia 24.01.2017 r. do Dyrektora Generalnego SW, KMP.571.2.2017.

Z odpowiedzi Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej nie wynikało, by SW miała dokonać przeglądu jednostek wyznaczonych do osadzenia osób z niepełnosprawnościami<sup>88</sup>.

Minister Sprawiedliwości wskazał Rzecznikowi, że działania mające na celu likwidację barier architektonicznych w jednostkach organizacyjnych więziennictwa, są podejmowane sukcesywnie, w dostosowaniu do realnych potrzeb. Wszystkie zaś nowo budowane obiekty Służby Więziennej są realizowane zgodnie z przepisami prawnymi.<sup>89</sup>

### **KMPT wkrótce przedstawi raport tematyczny**

KMPT przygotowuje raport tematyczny zawierający ocenę dostosowań jednostek penitencjarnych do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną. Publikacja raportu jest przewidziana w 2018 r.

## **5. Uboga oferta zajęć kulturalno-oświatowych adresowanych do osób tymczasowo aresztowanych i skazanych**

- ▶ „CPT wzywa polskie władze do podjęcia działań koniecznych dla rozwijania programów zajęć zarówno dla tymczasowo aresztowanych, jak i skazanych. Celem powinno być zapewnienie, by każdy osadzony mógł spędzać rozsądną część dnia (osiem godzin albo więcej) poza celą, angażując się w celowe i różnorodne zajęcia (praca, edukacja, szkolenie zawodowe, sport itd.)”<sup>90</sup>

<sup>88</sup> Odpowiedź Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 8.02.2017 r., BDG.055.4.2017.ASD.

<sup>89</sup> Pismo Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 kwietnia 2018 r., sygn. DWMPC-III-850-2/18.

<sup>90</sup> Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 43.

### **Oferta zajęć adresowanych do więźniów jest bardzo uboga.**

Poza godzinny spacerem i zajęciami na świetlicy nie mieli oni możliwości podejmowania innych aktywności. W praktyce, jak wynikało z rozmów, spędzali większość czasu w celi mieszkalnej, opuszczając ją tylko w czasie spaceru.

Problem dotyczył również więźniów młodocianych, którzy sygnalizowali że programy zajęć rekreacyjnych i resocjalizacyjnych są dla nich mało atrakcyjne. Niechętnie więc korzystali z tych form aktywności.

W opinii Ministra Sprawiedliwości postulaty w zakresie dalszego podejmowania wysiłków na rzecz organizowania osobom tymczasowo aresztowanym zajęć umożliwiając im częstsze przebywanie poza celą mieszkalną, nie mają tak szerokiego zastosowania ze względu na rygorystyczne ograniczenie wynikające z instytucji aresztu. Bez wątplenia znaczenie mają także warunki architektoniczne niektórych jednostek penitencjarnych<sup>91</sup>.

---

<sup>91</sup> Pismo Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 kwietnia 2018 r., sygn. DWMPC-III-850-2/18.

- ▶ Reguły Mandeli: Dla psychicznego i fizycznego zdrowia więźniów we wszystkich instytucjach zapewnione zostaną zajęcia wypoczynkowe i kulturalne<sup>92</sup>. Zapewni się także możliwość dalszej edukacji wszystkim więźniom, którzy będą w stanie odnieść z tego korzyść, włączając w to także naukę religii w krajach, w których jest to możliwe<sup>93</sup>.
- ▶ Programy działań dla więźniów odgrywają ważną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa i dobrego samopoczucia więźniów i personelu. Wymuszona bezczynność zwiększa napięcie w więzieniu i może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia i dobrego samopoczucia osób pozbawionych wolności, a także dla przyszłej reintegracji po opuszczeniu zakładu. Skrajna wymuszona całkowita nieaktywność w dłuższym okresie jest nieludzka (SPT)<sup>94</sup>.

## 6. Liczba psychologów w więzieniach jest za mała

### *Aktualny standard to 1 psycholog na 200 osadzonych*

**Opieka psychologiczna w więzieniach nie jest wystarczająca.** Standardy wyznaczone przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej przewidują zapewnienie jednego psychologa grupie 200 osadzonych<sup>95</sup>. Wśród tak licznej grupy psychologowie nie są w stanie efektywnie wykonywać swoich zadań. Problem był już zgłaszany Dyktorowi Generalnemu SW<sup>96</sup>, który podzielił wprawdzie stanowisko Rzecznika,

<sup>92</sup> Reguła 105.

<sup>93</sup> Reguła 104.

<sup>94</sup> Raport SPT z wizyty w Beninie, CAT/OP/BEN/1, § 273.

<sup>95</sup> Zarządzenie Nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, § 3 pkt 2.

<sup>96</sup> Wystąpienie Generalne z dnia 17.05.2016 r., do Dyrektora Generalnego SW, KMP.571.8.2016.



wskazał jednak, że bez przekazania więziennictwu nowych etatów, zmiany w tym obszarze będą miały charakter jedynie stopniowy, dokonujący się w miarę posiadanych przez SW środków finansowych<sup>97</sup>.

Minister Sprawiedliwości wskazał Rzecznikowi na stopniowe zwiększanie zatrudnienia psychologów w więzieniach. Pod koniec 2017 r. odnotowano wzrost zatrudnienia o 36,95 etatu. Rzeczywiste zatrudnienie na stanowisku psychologa wzrosło o 28,20 etatu<sup>98</sup>.

## **7. Umywalki w celach znajdując się poza osłoniętymi kącikami sanitarnymi**

Wytyczne Dyrektora Generalnego Służby Więziennej pozwalają na montowanie umywalek w celach poza wydzielonym trwałą zabudową kącikiem sanitarnym<sup>99</sup>. Takie rozwiązanie nie zapewnia intymności przy czynnościach higienicznych (więzień pozostaje w zasięgu wzroku innych osób). Nie sprzyja też utrzymaniu higieny (po skorzystaniu z toalety umycie rąk jest możliwe dopiero po opuszczeniu kącika).

W ramach trwającego dialogu Minister Sprawiedliwości podkreślił, że od wielu lat podejmowane są wysiłki mające na celu poprawę warunków sanitarno-bytowych osadzonych. Obecnie do zabudowy pozostało 2.349 kącików sanitarnych. Istniejące ograniczenia techniczno-architektoniczne w wielu przypadkach nie pozwalały na umieszczenie umywalki wewnątrz kącika sanitarnego<sup>100</sup>.

---

<sup>97</sup> Odpowiedź Zastępcy Dyrektora Generalnego SW z dnia 15 czerwca 2016 r., BP-070-78/16/1025.

<sup>98</sup> Pismo Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 kwietnia 2018 r., sygn. DWMPC-III-850-2/18.

<sup>99</sup> Wytyczne Nr 3/2011 Dyrektora Generalnego SW z dnia 4 października 2011 r. w sprawie wymagań technicznych i ochronnych dla pawilonów zakwaterowania osadzonych.

<sup>100</sup> Pismo Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 kwietnia 2018 r., sygn. DWMPC-III-850-2/18.

## 8. Osadzeni mają problemy w dostępie do informacji publicznej w biuletynach informacji publicznej (BIP)

Więźniowie nie wiedzą, ani czym jest Biuletyn Informacji Publicznej (BIP), ani tego że mogą za pomocą komputera uzyskać dostęp do wybranych stron internetowych instytucji, które zajmują się ochroną ich praw lub zawierają ważne dla nich informacje.

Za pośrednictwem BIP więźniowie uzyskują dostęp do stron m.in.: Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, Ministerstwa Sprawiedliwości, Służby Więziennej, Dziennika Ustaw, Monitora Polskiego, Rządowego Centrum Legislacji, Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka

Dostęp więźniów do BIP nie znajduje się w katalogu ich praw, określonym w Kodeksie karnym wykonawczym<sup>101</sup>.

Wpisanie prawa dostępu do informacji zawartych w BIP do Kodeksu karnego wykonawczego, pozwoli na zwiększenie wiedzy więźniów w tym zakresie i wzmocni ich dostęp do mechanizmów skargowych, które pełnią kluczową rolę w prewencji tortur. Jednocześnie KMPT zachęca personel jednostek penitencjarnych do działań informacyjnych.

W odpowiedzi na raport roczny z 2016 r. Minister Sprawiedliwości wskazał, że 17 lipca 2017 r. powołał zespół do opracowania projektu zmian przepisów prawa karnego wykonawczego, którego zadaniem będzie ocena aktualnego stanu prawnego w zakresie prawa karnego wykonawczego oraz opracowanie propozycji niezbędnych rozwiązań legislacyjnych w tej dziedzinie<sup>102</sup>.

<sup>101</sup> Zob. art. 102 k.k.w.

<sup>102</sup> Pismo Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 kwietnia 2018 r., sygn. DWMPC-III-850-2/18.

## Dobre praktyki – podaj dalej!

Podczas wizytacji KMPT spotkał się z inicjatywami, znacznie wykraczającymi ponad standard spotykany w więzieniach. Były to:

- w pełni zabudowane kąpiki sanitarne wraz z umywalkami, we wszystkich celach mieszkalnych na terenie jednostki<sup>103</sup>,
- kąpiki dla dzieci w sali widzeń dozorowanych, poczekalni dla osób odwiedzających, w oddzielnym pomieszczeniu do udzielania widzeń bez osoby dozorującej oraz wysoki standard tych pomieszczeń<sup>104</sup>,
- wysoki standard wykończenia poczekalni dla osadzonych w ambulatorium<sup>105</sup>,
- wyposażenie świetlicy jednego z oddziałów w m.in. w dwa stanowiska komputerowe bez dostępu do zasobów sieciowych, z których osadzeni mogą korzystać w trakcie zajęć świetlicowych<sup>106</sup>,
- wyposażenie wszystkich cel mieszkalnych w szafy odzieżowe<sup>107</sup>.

Pozytywnie oceniono też starania dyrektora jednej z jednostek, zmierzające do dostosowania celi do potrzeb więźniów z niepełnosprawnością ruchową, mimo iż placówka nie była przeznaczona dla skazanych poruszających się na wózku inwalidzkim<sup>108</sup>.

---

<sup>103</sup> ZK w Herbach.

<sup>104</sup> ZK w Malborku.

<sup>105</sup> ZK w Malborku.

<sup>106</sup> ZK w Malborku.

<sup>107</sup> OZ AŚ w Radomiu.

<sup>108</sup> ZK w Herbach.

# DETENCJA NIELETNICH

## • 8 jednostek dla nieletnich

W roku 2017 Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytacje czterech młodzieżowych ośrodków wychowawczych<sup>109</sup> (w tym przeprowadzono jedną rewizytację<sup>110</sup>), dwóch policyjnych izb dziecka<sup>111</sup> oraz dwóch zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich<sup>112</sup> (w tym przeprowadzono jedną rewizytację<sup>113</sup>). Zrealizowano również 5 wizytacji<sup>114</sup>, których celem była ocena dostępu nieletnich do świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień. Po zakończeniu badań, zostanie przygotowany raport tematyczny opisujący wyniki tych wizytacji.

## Policyjne Izby Dziecka

### Sukces działań Rzecznika – przepisy o kontroli osobistej uznane za niekonstytucyjne

W Policyjnych Izbach Dziecka nieletni nowoprzyjęci poddawani są kontroli osobistej, podczas której – w uzasadnionych przypadkach – muszą zdjąć swoje ubrania i bieliznę. Tymczasem, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub

<sup>109</sup> MOW w Lidzbarku Warmińskim KMP.573.28.2017, MOW Nr 3 w Warszawie KMP.573.29.2017, MOW w Oławie KMP.573.33.2017.

<sup>110</sup> MOW w Mszanie Dolnej KMP.573.16.2017.

<sup>111</sup> PID Wrocław BPW.573.2.2017, PID Katowice KMP.573.11.2017.

<sup>112</sup> Zakład Poprawczy i Schronisko dla Nieletnich w Konstantynowie Łódzkim KMP.573.26.2017.

<sup>113</sup> Zakład Poprawczy w Raciborzu BPK.573.1.2017.

<sup>114</sup> Zakład Poprawczy i Schronisko dla Nieletnich w Sadowicach KMP.573.21.2017, ZP Świecie KMP.573.17.2017, ZP Witkowo KMP.573.25.2017, ZP Tarnów KMP.573.31.2017, MOW Trzcinec KMP.573.6.2017.

doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb (Dz.U. z 2012 r. poz. 638), funkcjonariusz Policji jest uprawniony do tych czynności bez pozostawienia zatrzymanego w samej bieliźnie czy też zobowiązania go do całkowitego rozebrania się.

„Osobę przyjmowaną do pomieszczenia oraz w nim umieszczoną poddaje się szczegółowemu sprawdzeniu w celu odebrania rzeczy, o których mowa w ust. 1 pkt 2. Sprawdzenia tej osoby oraz odzieży na niej w warunkach zapewniających poszanowanie jej intymności dokonuje w miarę możliwości policjant tej samej płci” (Przepis § 5 ust. 2 załącznika nr 1 rozporządzenia w sprawie PdOZ i PID).

Zagadnienie konstytucyjności obowiązujących przepisów o kontroli osobistej, było przedmiotem postępowania sygn. K 17/14, prowadzonego przed Trybunałem Konstytucyjnym na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich. w dniu 14 grudnia 2017 r. Trybunał Konstytucyjny wydał orzeczenie, zgodnie z którym uznał, iż brak ustalenia w ustawach pojęć „przeszukanie osoby” i „kontrola osobista” narusza konstytucyjne prawa i wolności człowieka. z odpowiedzi Sekretarza Stanu w MSWiA z dnia 12 kwietnia 2018 r. wynika, że w związku z wyrokiem Trybunału, w resorcie zostały podjęte działania legislacyjne mające na celu przygotowanie propozycji zmian ustawowych<sup>115</sup>.

Postęp prac w zakresie wprowadzania przedmiotowych zmian w obowiązujących regulacjach prawnych pozostaje nadal w zainteresowaniu KMPT.

---

<sup>115</sup> Zob. BMP-0790-1-16/2017/PS.

## Kolejny sukces - zmiany legislacyjne w rozporządzeniu w sprawie PdOZ i PID.

Zmiana dotyczyła § 8 ust. 1 pkt 9 Regulaminu, umożliwiającego nieletniemu obligatoryjny kontakt na jego żądanie z obrońcą, rodzicem lub opiekunem prawnym, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu z kierownikiem izby.

*Zgodnie z poprzednim brzmieniem, odwiedziny nieletniego przez te osoby, uzależnione były od zgody sądu, kierownika izby lub funkcjonariusza Policji prowadzącego sprawę. Taka sytuacja budziła obawy w kontekście zagwarantowania nieletniemu prawa do obrony i była przedmiotem wystąpienia Rzecznika do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji<sup>116</sup>.*

Ponadto dostęp do adwokata był uzależniony nie od woli zatrzymanego, a od innych osób, co pozostawało w sprzeczności zarówno z Konstytucją RP (art. 42 ust. 2), ustawą o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz standardami międzynarodowymi, np. Europejską Konwencją o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności czy Międzynarodowym Paktem Praw Obywatelskich i Politycznych.

**✓ KMPT: Dostęp nieletniego do profesjonalnego obrońcy, od momentu zatrzymania przez cały okres pobytu w policyjnej izbie dziecka to nie tylko wymóg prawny, ale też jeden z najlepszych mechanizmów zapobiegających aktom przemocy.**

<sup>116</sup> Wystąpienie generalne do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 30 listopada 2015 r., sygn. KMP.573.20.2015.

## Problemy systemowe

Trzeba rozwiązać problem obecności funkcjonariusza Policji podczas spotkań z obrońcą i braku możliwości inicjowania spotkań przez samego adwokata czy też radcę prawnego.

**☑ KMPT: Osoby nieletnie mają prawo do odwiedzin w warunkach zapewniających poufność rozmowy**

Jest to szczególnie istotne z punktu widzenia efektywności realizacji prawa do obrony, ochrony tajemnicy obrończej oraz prawa do wolności i ochrony tajemnicy komunikowania się. Każdorazowa obecność funkcjonariusza podczas odwiedzin narusza art. 49 Konstytucji RP, który to gwarantuje wolność i ochronę tajemnicy komunikowania się.

**☑ KMPT: W policyjnych izbach dziecka są umieszczani nieletni o różnym statusie prawnym, a więc ich prawa powinny podlegać odmiennym ograniczeniom.**

Ponadto, zgodnie z przepisami<sup>117</sup> obrońca może kontaktować się z nieletnim przebywającym w izbie wyłącznie na żądanie nieletniego. Tymczasem nieletni może w ogóle nie wiedzieć, że już ma obrońcę, może myśleć, że obrońcy nie potrzebuje lub ulegać presji samych funkcjonariuszy, którzy będą próbowali zniechęcić lub wymusić na nim, by nie korzystał z pomocy.

Sytuacja prawna dziecka pozbawionego wolności, które nie jest reprezentowane przez obrońcę, rodzi szereg niebezpieczeństw. Dziecko znajdujące się w detencji może nie mieć świadomości, jakie będą konsekwencje składanych przez nie oświadczeń albo toczących się czynności z jego udziałem i tego, jak będą oceniane dowody zgromadzone w sprawie. Dlatego też tak ważne jest by również i obrońca mógł wnieść o kontakt z dzieckiem przebywającym w policyjnej izbie dziecka.

Problem ten, choć był zgłaszany przez Rzecznika<sup>118</sup>, w ocenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji nie zasługuje na uwzględnienie<sup>119</sup>.

---

<sup>117</sup> Art. 32g § 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (tekst jedn.: Dz.U. z 2018 r. poz. 969) oraz przepis § 8 ust. 1 pkt 9 Regulaminu.

<sup>118</sup> Zob. Opinia z dnia 31.10.2016 r. oraz z dnia 16.01.2017 r. do projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji zmieniającego rozporządzenie w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb, dostępna na stronie internetowej KMP w zakładce Opiniowanie aktów prawnych.

<sup>119</sup> Zob. Odpowiedź Sekretarza Stanu w MSWiA z dnia 7.04.2017 r., DP-WL-0231-12/2016/WR



## **Dobre praktyki – podaj dalej!**

KMPT w czasie wizytacji Policyjnych Izb Dziecka zwraca uwagę na dobre praktyki oraz ciekawe rozwiązania.

### **Policyjna Izba Dziecka w Katowicach wypracowała następujące procedury oraz dobre praktyki:**

- Regulamin PID został napisany w języku bardziej zrozumiałym dla dzieci i młodzieży - w formie zwięźle określonych praw i obowiązków – oraz umieszczony niemalże w każdym pomieszczeniu izby,
- Jeśli dziecko mówi, że jest głodne, dostaje posiłek, nawet jeśli nie minęło jeszcze pięć godzin od umieszczenia w placówce,
- Jeśli nieletni ma uczestniczyć w czynnościach służbowych poza placówką i może to potrwać dłuższy czas, zamawiany jest dla niego obiad,
- Policjanci organizują zbiórki gier i książek dla umieszczonych w PID,
- Za każdym razem jeśli nieletni nie zostaje przyjęty do placówki, powstaje notatka ze szczegółowym wyjaśnieniem powodu odmowy.

## Obszary wymagające poprawy

W wizytowanych placówkach warunki bytowe jakie zapewniono nieletnim były na ogół dobre.

KMPT dostrzegł jednakże w jednej z PID konieczność gruntownej modernizacji<sup>120</sup>. Widoczne były tam ubytki w podłodze, jedna z łazienek wymagała remontu (odpadające płytki ze ścian), wskazana była również poprawa warunków w jadalni. W innej placówce nie było właściwej odzieży skarbowej do noszenia przez nieletnich w porze dziennej, sypialnie były oświetlane także w nocy po to, by doświetlać kamery nie działające w trybie podczerwieni. KMPT zalecił również w tej placówce wyposażenie pomieszczenia przeznaczonego do przeprowadzania kontroli w matę podłogową i wieszak oraz rozważenie doposażenia sypialni dla nieletnich w szafki<sup>121</sup>.

---

<sup>120</sup> PID Katowice.

<sup>121</sup> PID Wrocław.

## Zakłady Poprawcze i Schroniska dla Nieletnich oraz Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze

### Problemy systemowe

Najważniejszą do załatwienia sprawą z punktu widzenia osób nieletnich przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, schroniskach dla nieletnich oraz zakładach poprawczych (ZP), jest **przygotowanie nowej ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich**.

W ocenie KMPT ustawa powinna uregulować kwestie związane z dostępem wychowanków do opieki medycznej (w tym także do opieki specjalistycznej dla ciężarnych), stosowaniem monitoringu wizyjnego, testów na obecność w organizmie alkoholu i środków odurzających, czy kontaktem z rodzicami, opiekunami prawnymi i adwokatem.

W kwestii tej Rzecznik zwracał się do Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Sprawiedliwości. Ministerstwo Edukacji Narodowej w odpowiedzi na raport KMPT za rok 2016 przedstawiło problemy i zagadnienia, które zostaną przeanalizowane w trakcie spotkania specjalistycznego Zespołu zajmującego się postępowaniem w sprawach nieletnich<sup>122</sup>. Natomiast z odpowiedzi przedstawionej przez Ministerstwo Sprawiedliwości wynika<sup>123</sup>, iż powołano zespół do przeprowadzenia analizy dotychczasowych regulacji prawnych w zakresie postępowania w sprawach nieletnich, dostosowanie tych regulacji do obowiązujących obecnie standardów i wypracowania nowych rozwiązań prawnych, obejmujących problemy wskazywane przez KMPT dla tego rodzaju miejsc detencji.

---

<sup>122</sup> Sygn. DWKI-WSPE.5015.52.2017.KT.

<sup>123</sup> Sygn. DWMPC-III-850-2/18

Nadal aktualny pozostaje problem efektywnego mechanizmu składania skarg przez nieletnich. Zagadnienie to było już sygnalizowane w raporcie KMPT z działalności w 2015 r.<sup>124</sup>

### **Brak rozwiązań systemowych dotyczących sytuacji nieletnich w ciąży oraz nieletnich i ich dzieci po urodzeniu**

W ocenie KMPT istniejący stan prawny, który z uwagi na brak skutecznych rozwiązań systemowych, może prowadzić do rozdzielania nieletniej matki i jej dziecka, stwarza znaczne ryzyko zaistnienia niehumanizującego traktowania młodych matek i wymaga pilnych zmian.

**☑ KMPT: Nieletnie matki przebywające w detencji powinny mieć możliwość stałego przebywania w placówce z potomkiem, budowania więzi emocjonalnych i rodzinnych, a nie jedynie realizowania pojedynczych spotkań z dzieckiem znajdującym się pod opieką innych osób.**

W sytuacji gdy postawa nieletniej matki nie będzie wskazywała na jej gotowość do sprawowania faktycznej pieczy nad dzieckiem, zgoda taka nie powinna przez sąd zostać wydana. Rozwiązania prawne powinny jednak stwarzać nieletniej matce możliwość podjęcia opieki nad własnym dzieckiem.

Niestety, pomimo systematycznego opisywania tego problemu w raportach rocznych KMPT począwszy od 2012 r., zgłaszania potrzeby jego rozwiązania w wystąpieniach generalnych adresowanych do resortu edukacji narodowej, sprawiedliwości, jak również zwracania uwagi na potrzebę stworzenia odpowiednich regulacji prawnej przy

<sup>124</sup> Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2015, s. 37.

okazji opiniowania przez KMPT aktów prawnych, problem nie został rozwiązany w dalszym ciągu<sup>125</sup>.

### **Problemem, z jakimi borykają się zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich, są kontrole osobiste.**

Przeprowadzane są one nie w oparciu o przepisy ustawy, a rozporządzenia<sup>126</sup>. Ponadto, rozporządzenie to nie wskazuje osób uprawnionych do przeprowadzania kontroli osobistych, przesłanek ich stosowania, jak również środka zaskarżenia na decyzję w tej mierze.

**☑ KMPT: Kontrole osobiste w zakładach poprawczych o schroniskach dla nieletnich powinny być uregulowane w ustawie.**

## **Dobre praktyki – podaj dalej !**

KMPT w czasie wizytacji spotkał się z wieloma dobrymi praktykami oraz ciekawymi rozwiązaniami, zwiększającymi bezpieczeństwo podopiecznych i mającymi wpływ na budowanie pozytywnej atmosfery braku akceptacji dla tortur oraz poniżającego i nieludzkiego traktowania.

<sup>125</sup> Zob. KMP.573.52.2014; KMP.022.2.2017; Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2012 r., str. 46; Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2013 r., str. 68-69; Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2014 r., str. 35; Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2015 r., str. 36-37; Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2016 r., str. 56-59.

<sup>126</sup> Chodzi o rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2001 r. w sprawie zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich (tekst jedn.: Dz. U z 2017 r., poz. 487).

## **Dobrymi praktykami dostrzeżonymi w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Mszanie Dolnej są:**

- zapewnienie personelowi superwizji (indywidualnej i grupowej),
- różnorodna oferta zajęć pozalekcyjnych, dostosowana do potrzeb i zainteresowań wychowanków – bogata oferta zajęć sportowych,
- współpraca ze stowarzyszeniami Sursum Corda oraz Fundacją Przemiana Serc, do zadań których należy m.in. pomoc wychowankom, którzy nie mają zapewnionych odpowiednich warunków bytowych po opuszczeniu placówki.

## **Na warte uwagi zasługują działania podejmowane w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym Nr 3 w Warszawie:**

- chłopcy mogą korzystać z terapii uzależnień – w placówce zatrudniony jest terapeuta uzależnień,
- placówka dysponuje rozległym terenem zielonym z nową infrastrukturą do uprawiania sportu i rekreacji,
- realizowane są wszechstronne projekty tematyczne np. uwrażliwiający dzieci na sztukę, zapoznający z zasadami załatwiania spraw urzędowych,
- placówka nawiązała współpracę z Centrum Kształcenia Praktycznego w Warszawie, dzięki czemu wychowankowie mogą uzupełniać edukację na poziomie podstawowym,
- ośrodek współdziała w ramach wolontariatu z Domem Zakonnym Zgromadzenia Sióstr Misjonarek Miłości,
- przy MOW działa 244 drużyna harcerska w ramach Namiestnictwa Drużyn Nieprzetartego Szlaku,

- w placówce funkcjonuje Młodzieżowa Rada Ośrodka współpracująca z dyrektorem, kierownikiem grup wychowawczych oraz opiekunem Rady.

## **Jako dobre praktyki w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Lidzbarku Warmińskim przedstawiamy następujące działania:**

- lekcje z przedstawicielami różnych zawodów i zajęć z doradcą zawodowym,
- wychowankowie biorą udział w zawodowych kursach zewnętrznych czy też w ofercie zewnętrznych konkursów artystycznych, plastycznych i innych,
- ośrodek organizuje zajęcia relaksacyjne z elementami hatha-jogi oraz umożliwienia udział w zajęciach fitness w Młodzieżowym Domu Kultury,
- placówka rozwija czytelnictwo organizując zajęcia w Bibliotece Miejskiej i w Oranżerii Kultury,
- jednostka wzmacnia zainteresowania sportowe – organizując m.in. co roku ogólnokrajowe mistrzostwa Polski MOW w plażowej piłce siatkowej czy też szóstek piłkarskich na boiskach trawiastych,
- wychowankowie opiekując się zwierzętami mieszkającymi na terenie Ośrodka (jest tam pięć kóz) uczą się empatii i odpowiedzialności,
- młodzież angażowana jest w liczne akcje charytatywne.

## **W Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Oławie jako godne pochwały zauważyliśmy to, że:**

- rodzice dziecka trafiającego do placówki, dostają list, w którym to przedstawione są podstawowe zasady obowiązujące w placówce dotyczące np. z przepustek czy zakazów,
- nieletni dostają kieszonkowe broszurki z grafikami przedstawiającymi podstawowe zasady obowiązujące w MOW,
- wychowankowie mogą uczestniczyć w programie socjoterapeutycznym Twórczość metodą na lęk, którego celem jest m.in. rozwijanie u wychowanków strategii radzenia sobie z własnymi emocjami
- każdy chłopiec w ciągu pierwszego tygodnia badany jest przez lekarza z pobliskiej przychodni zdrowia.

## **Obszary wymagające poprawy**

### **Traktowanie**

#### **„Drugie życie”**

W jednej z placówek<sup>127</sup> wizytujący ustalili w rozmowach z personelem i wychowankami, że w placówce w dalszym ciągu (mimo przekazywanych wcześniej zaleceń) funkcjonują nieformalne zasady postępowania, wzorujące się na podkulturze więziennej lub przestępczej.

*Jeden z podopiecznych został zmuszony do wypicia mieszanki z solą i spermą, był też bity otwartą dłonią, a na głowie rozbito mu jajko. Nieletni mówili też, że są słownie znieważani przez innych wychowanków – testowani, „czy nie są frajerami”.*

<sup>127</sup> MOW Mszana Dolna.



*„Pozwala się liderom grupy na pewne zachowania służące celom resocjalizacyjnym” – powiedział zastępca dyrektora pytany o stosunek wychowawców do zasad drugiego życia.*

Kadra próbowała przeciwdziałać zjawisku drugiego życia, ale nie było to skuteczne, na co - w ocenie kadry - ma wpływ duża rotacja wychowanków i napływ, znających już normy podkulturowe nieletnich. Nie ulega wątpliwości, że funkcjonowanie w placówce nieformalnych norm i zasad, zbliżonych do tych obowiązujących w podkulturach więziennych lub przestępczych, może stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa samych wychowanków.

**KMPT alarmuje: normy i zasady podkultur prowadzą do demoralizacji, kształtują szkodliwe postawy, uniemożliwiają budowanie przyjaznego środowiska i kultury braku akceptacji dla przemocy.**

**KMPT : Niedopuszczalne jest także przyzwalanie liderom grup na przejmowanie roli zastrzeżonej dla wychowawców i personelu.**

## **Przemoc personelu wobec wychowanków**

**Problem może dotyczyć nawet *co czwartego* wychowanka MOW**

Przedstawiciel Kuratorium Oświaty w Krakowie w jednej z placówek<sup>128</sup> przeprowadził wśród 23 wychowanków ankietę o poziomie bezpieczeństwa w placówce. **Na pytanie czy ktoś z wychowawców lub nauczycieli Ośrodka uderzył ciebie? – 24% wychowanków odpowiedziało, że zostali uderzeni.**

<sup>128</sup> MOW Mszana Dolna.

- ▶ „Aby zapobieganie złemu traktowaniu było skuteczne, wszystkie formy kar cielesnych muszą być zarówno formalnie zakazane, jak i unikane w praktyce”<sup>129</sup> (CPT).

W niektórych placówkach<sup>130</sup> odebraliśmy sygnały o przemocy personelu w stosunku do wychowanków.

*Na przykład: Wychowawca wyciągnął wychowanka z łóżka i uderzył go w twarz (powodem miało być zwrócenie wychowawcy uwagi na nieodpowiednie zachowanie w godzinach nocnych), szarpał; uderzył „z liścia” (za odmowę wykonywania dyżurów); wykręcał ręce i uderzył w kark, uderzył w brzuch (powodem takiego zachowania miało być agresywne zachowanie nieletniego polegające m.in. na kopaniu w drzwi sali gimnastycznej); używał słów powszechnie uważanych za obraźliwe („zamknij mordę”, „pedał cię zrobił”).*

*Zdarzało się, że dziecko było kopane w żebra, miało klęczeć na korytarzu, było budzone w nocy, by czytać regulamin, miało robić karne pompki.*

*Wychowanek, który nie wypiecił grządek, nie dostał obiadu.*

*Jeden z wychowawców miał straszyć chłopców pokazując im pałkę teleskopową, którą nosił przy sobie.*

<sup>129</sup> § 24 Fragment Dziesiątego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf(99)12].

<sup>130</sup> MOW Mszana Dolna, MOW Oława, MOW Lidzbark Warmiński, Zakład Poprawczy i Schronisko dla Nieletnich w Konstancynie Łódzkim.

☑ **KMPT: Aby przeciwdziałać przemocy, należy przede wszystkim propagować kulturę pracy z wychowankami.**

Wszelkie przejawy złego traktowania wychowanków musimy postrzegać jako brak profesjonalizmu i wyraz bezsilności wychowawczej. **Trzeba kształtować wśród pracowników postawy, które nie będą aprobowały tego typu zachowań.**

☑ **Jeśli użycie przymusu bezpośredniego jest konieczne, trzeba je bezwzględnie dokumentować.**

*W jednej z placówek<sup>131</sup> nauczyciel użył siły fizycznej wobec wychowanka. Incydent wyszedł na jaw dopiero w czasie wizytacji KMPT, nie było z niego notatki, nie wiedział o tym dyrektor.*

**Po otrzymaniu dodatkowych wyjaśnień w tej sprawie, KMPT uznał, że opisana przez nauczyciela sytuacja stanowiła przesłankę zastosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci siły fizycznej.** Zgodnie z prawem<sup>132</sup> jeśli środki oddziaływania psychologiczno-pedagogicznego wobec nieletniego w MOW są bezskuteczne, można użyć przymusu bezpośredniego. Nauczyciel - jako pracownik MOW - miał prawo do samodzielnej decyzji w tym zakresie. Użył techniki obezwładnienia i obrony. Nie dopełnił jednakże obowiązku niezwłocznego powiadomienia o użyciu środka przymusu bezpośrednio dyrektora placówki, sędziego rodzinnego sprawującego nadzór nad placówką oraz sądu rodzinnego wykonującego środek wychowawczy.

<sup>131</sup> MOW Oława.

<sup>132</sup> Zob. art. 95a § 1 Ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 969).

✓ **KMPT podkreśla: wszelkie użycie środków przymusu bezpośredniego powinno być dokumentowane i raportowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Transparentność w tym zakresie sprzyja zwiększeniu poczucia bezpieczeństwa podopiecznych i umożliwia zapobieganie ewentualnym błędom personelu w użyciu środków przymusu bezpośredniego.**

## Praca wychowanków

**Za niepokojące uznaje KMPT dopuszczenie nieletnich do pracy bez odpowiedniego przeszkolenia i określenia obowiązków.** Stwarza to bowiem ryzyko wyzysku i zmuszania podopiecznych do prac zagrażających ich zdrowiu, albowiem zakres zadań może być zmienny, uzależniony od woli zatrudniającego w danej chwili. Brak odpowiedniego przeszkolenia naraża nieletniego na ryzyko wypadku i jest naruszeniem zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

✓ **KMPT: Wychowankowie mogą pracować, jeśli się na to zgadzają i o ile warunki pracy i płacy oraz zasady ubezpieczenia w przypadku wypadku, są przejrzyste i nie prowadzą do wyzysku nieletnich oraz nie stanowią zagrożenia dla ich zdrowia.**

## Przeszukania nieletnich

W niektórych placówkach<sup>133</sup> nieletni powracający z przepustki byli przeszukiwani. Sprawdzane były ich plecaki i kieszenie.

*Jeden z wychowanków wskazał, że podczas takiej kontroli musiał rozebrać się do bielizny.*

<sup>133</sup> MOW Mszana Dolna, MOW Oława.

*W jednej z placówek<sup>134</sup> w przypadkach uzasadnionych podejrzeniem, że któryś z nieletnich posiada lub np. zażył niedozwoloną substancję, wychowawcy robią kontrole osobiste i narkotesty.*

Przeszukania nie sprzyjają budowaniu wzajemnego zaufania i realizacji celów wychowawczych, a pośrednio mogą też mieć wpływ na funkcjonowanie norm i zasad „drugiego życia”.

Prawo nie pozwala na taką praktykę. Akt prawny rangi ustawy nie upoważnia personelu młodzieżowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych oraz schronisk dla nieletnich do dokonywania sprawdzenia rzeczy i osoby, a także dokonywania przeszukiwania. Takie działania naruszają Konstytucję. **Personel placówki nie może domniemywać swojej kompetencji**, a wszelkie działania muszą mieć podstawę prawną. Ponadto, sprawdzenie i przeszukiwanie są czynnościami ingerującymi w wolność jednostki, jej poczucie godności i samostanowienia, zaś realizowane w sposób nieodpowiedni, noszą w sobie ryzyko poniżenia.

Wobec braku ustawowych uregulowań dających pracownikom prawo do przeszukiwania podopiecznych, personel, jeśli podejrzewa, że nieletni ma przedmioty niedozwolone, **może jedynie prosić o dobrowolne ich wydanie.**

---

<sup>134</sup> MOW Lidzbark Warmiński.

## Traktowanie przez Policję i dostęp do adwokata

W trakcie wizytacji trzech placówek<sup>135</sup> przedstawiciele KMPT podczas rozmów indywidualnych z nieletnimi odebrali sygnały o stosowaniu przez policjantów przemocy podczas przesłuchań i w momencie zatrzymań.

*- Jak było na komisariacie ?*

*- Wszyscy wiedzą jak tam jest.*

*- Czyli jak?*

*-Biją....*

*(fragment rozmowy przedstawiciela KMPT z jednym w wychowanków)*

Nieletni wskazywali też, że byli przesłuchiwani bez obecności rodzica, opiekuna, obrońcy lub psychologa. Ponadto, podnosili również, że pierwszy kontakt z adwokatami z urzędu mieli dopiero na sali sądowej, co budzi wątpliwości w kontekście środka służącego ochronie przed torturami.

---

<sup>135</sup> Zakład Poprawczy i Schronisko dla Nieletnich w Konstancynie Łódzkiej; Zakład Poprawczy w Tarnowie (dla chłopców niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu umiarkowanym i lekkim) oraz Zakład Poprawczy w Witkowie. Wizytacje miała charakter tematyczny, a ich celem była ocena dostępu nieletnich do świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień.

**✓ Praktyka krajowych i międzynarodowych instytucji zajmujących się prewencją tortur pokazuje, że ryzyko złego traktowania jest największe w pierwszych chwilach po zatrzymaniu.**

Nieletni wskazywali różne formy znęcania się nad nimi przez policjantów.

*Nieletni mówił, że został uderzony i posadzony na krześle. Ręce miał skute kajdankami. Został wsadzony do pancерnej szafy, a policjanci uderzali pałkami w szafę. Był też bity po piętach pałką policyjną. w momencie zatrzymania psiknięto mu gazem w twarz. Nie był badany przez lekarza po zatrzymaniu. Z adwokatem z urzędu widział się po raz pierwszy na rozprawie sądowej.*

*Kolejny opowiadał, że wprowadzono go do jednego z pokoi służbowych. Posadzono na krześle, skuwając ręce z tyłu. Chłopiec pozostał skuty przez całe przesłuchanie. Funkcjonariusze chcieli wiedzieć, skąd można wziąć narkotyki, kto je sprzedaje. Chłopak był bity z otwartej dłoni oraz pięścią po ciele. Po pewnym czasie otworzono drzwi do pokoju i zobaczył w pomieszczeniu naprzeciwko swojego zapłakanego kuzyna.*

*Nieletni opowiadał, że został pobity przez policjantów, zarówno podczas zatrzymania, jak już na komendzie. Mówił, że był bity pięścią po karku, kopany, został rzucony na glebę i skuty kajdankami. Kajdanki miał założone cały czas, aż do momentu przetransportowania do schroniska dla nieletnich.*

*Inny z nieletnich był przesłuchiwany o godz. 1 w nocy na okoliczność ucieczki wychowanków. Przesłuchanie odbyło się w monitorowanej sali odwiedzin, ale nie uczestniczył w nim żaden pracownik placówki. Chłopak mówił, że był przez policjantów straszony – że zostanie mu przypisany współudział. Mówił o złośliwych odzywkach policjantów pod jego adresem.*

*Nieletni relacjonował, że został zatrzymany na klatce schodowej, a następnie przewieziony na V Komisariat Policji w Katowicach. Tam policjanci (policjantka i policjant) próbowali go zmusić do złożenia fałszywych zeznań. Jak twierdzi nieletni, dostał „2 razy pałą”, a następnie kajdankami przykuto mu nogi do kaloryfera (w pokoju przesłuchań). Nie było przy tym adwokata ani żadnej osoby trzeciej. Nieletni twierdzi, że policjanci „mieli przestępstwo, ale nie mieli winnego”, dlatego próbowali go zmusić do przyznania się. Policjanci krzyczeli na niego.*

*Nieletni relacjonował, że nigdy nie miał adwokata, a podczas przesłuchań towarzyszyła mu pełnoletnia siostra. Policjanci usunęli mu filmik, na którym policjant pluje na niego i klnie. Nieletni wskazał, że został źle potraktowany na Komisariacie w Ćmielowie. Policjanci najpierw się z nim kłócili, potem wyzywali, uderzyli w twarz i skopali.*

*Nieletni opowiadał, że przy przesłuchaniu był sam z funkcjonariuszami – nie było opiekuna, psychologa lub obrońcy. Czynność odbywała się w sali przesłuchań o godz. 13:00. Trwała trzy godziny. Przesłuchanie prowadziło dwóch policjantów kryminalnych (ubranych po cywilnemu). Chłopiec opisywał, że został uderzony otwartą*



*dłonią („z liścia”), następnie włożono go do metalowej szafy (była pusta). Był wówczas bity. Bito go także pałką po piętach.*

*Nieletni mówił, że został zatrzymany na ulicy o godz. 2 nad ranem przez funkcjonariuszy ubranych po cywilnemu. Został przewieziony nieoznakowanym samochodem na komisariat Bydgoszcz-Wyżyny. Podczas przesłuchania nie było innych osób poza policjantami. Na komendzie miał mieć ręce cały czas skute kajdankami. Zostały one rozpięte dopiero w policyjnej izbie dziecka. Mówił też, że miał adwokata z urzędu – pierwszy raz zobaczył go jednak na sprawie sądowej.*

*Nieletni wskazał, że w wieku 16 lat był przesłuchiwany w prokuraturze i przez policję, bez obecności rodziców. Jego mama mówiła o tym w sądzie podczas rozprawy. Sędzia miała to sprawdzić. Chłopiec nie wiedział, czy coś w tym kierunku zrobiono. Mówił, że miał adwokata z urzędu – po raz pierwszy zobaczył go na rozprawie sądowej. W ogóle z nim nie rozmawiał.*

Wszystkie wskazane przypadki są obecnie wykorzystywane w pracy KMPT w celu zbadania nieprawidłowości w zakresie przesłuchiwania nieletnich przez funkcjonariuszy Policji.

Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do Komendanta Wojewódzkiego Policji we Wrocławiu oraz do Prokuratury Generalnej we Wrocławiu<sup>136</sup> w sprawie dotyczącej przesłuchania przez funkcjonariusza Komendy Miejskiej Policji w Jeleniej Górze nieletniego z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. W ocenie Rzecznika w tej sprawie nieprawidłowy był sposób doprowadzenia nieletniego na przesłu-

---

<sup>136</sup> Zob. KMP.573.21.2016.

chaniu, który naruszył przepisy Kodeksu postępowania karnego. Do świadka nie wystosowano wezwania na przesłuchanie zgodnie z obowiązującymi przepisami a sprowadzono go na komendę w asyście funkcjonariuszy Policji. W piśmie RPO wskazał również, iż i nieletni nie miał możliwości odmówienia udania się z policjantami na komendę. Postępowanie funkcjonariuszy Policji w tym zakresie ocenione zostało jako nieprawidłowe i niepokojące oraz - przy braku odpowiednich działań edukacyjnych - stwarzające ryzyko dalszego nieuzasadnionego pozbawiania wolności świadków.

Bardzo ważnym z punktu widzenia ochrony praw nieletnich było wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Sprawiedliwości<sup>137</sup> w związku z nieprawidłowościami ujawnionymi podczas wizytacji Zakładu Poprawczego w Sadowicach<sup>138</sup>. W trakcie wizytacji zapoznano się z zapisem monitoringu, dokumentującym stosowanie wobec wychowanków środków przymusu bezpośredniego. Analiza wskazuje na szereg nieprawidłowości w zakresie legalności ich stosowania, prawidłowości wykonania i dokumentowania. Na bazie opisanych w piśmie przypadków Rzecznik zwrócił uwagę na:

- **nieludzkie i poniżające traktowanie nieletnich podczas stosowania środków przymusu bezpośredniego** – w stosunku do chłopca którego rozebrano do naga i przeprowadzono go tak przez korytarz, po uprzednim skuciu mu rąk z tyłu i założeniu pasa obezwładniającego. Nieletniego umieszczono w pomieszczeniu bez łóżka, bez możliwości odpoczynku i zmuszano go do siedzenia, podczas gdy był on jedynie w spodniach od piżamy, nogi miał skute kajdankami, miał też założony kask ochronny oraz pas obezwładniający.

<sup>137</sup> Sygn. KMP. 573.21.2017.

<sup>138</sup> Celem wizyty była ocena dostępu nieletnich do świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień.

- **stosowanie wobec wychowanków zakładu poprawczego środków przymusu bezpośredniego**, do których użycia personel tych placówek nie jest uprawniony – używanie wobec nieletnich kasku ochronnego oraz kajdanek na nogi.
- **brak zapisów monitoringu lub jego niewłaściwe utrwalenie** – w dwóch przypadkach użycia środków przymusu bezpośredniego nie utrwalono zapisów nagrań monitoringu, które pozwoliłyby na ocenę prawidłowości stosowania środka. Natomiast w pozostałych przypadkach nagrania są fragmentaryczne i nie obrazują stosowania środków przymusu przez cały okres ich użycia.
- **niespełnianie wymogów dotyczących właściwego wyposażenia izb izolacyjnych** – żadne z pomieszczeń, w którym wykonywano środki przymusu bezpośredniego w postaci umieszczenia w izbie izolacyjnej, nie spełniało wymogów dotyczących właściwego wyposażenia tych pomieszczeń.
- **niekompletne notatki ze stosowania środków przymusu bezpośredniego** – w jednym z przypadków notatka zastosowania jest niepełna, nie zawiera informacji o dacie i godzinie zakończenia stosowania środka. W notatce brakuje też podpisu nieletniego w zakresie pouczenia o możliwości złożenia skargi na zastosowanie wobec niego środka przymusu bezpośredniego.
- **brak badań lekarskich w związku ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego** – przeprowadzona analiza pokazała, że nie wszyscy wychowankowie, wobec których stosowano środki przymusu bezpośredniego, byli badani przez lekarza.
- **wątpliwości w zakresie przesłanki do użycia środków przymusu w postaci izby izolacyjnej** – należy wskazać, że dokładne przesłanki zastosowania przymusu bezpośredniego wskazuje art. 27 ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej.

- **brak szkoleń pracowników w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego** – tylko jedna osoba była przeszkolona w zakresie prawidłowego stosowania środków przymusu bezpośredniego.
- wątpliwości w zakresie stosowania zastrzyku uspokajającego, prewencyjnie zleconego wcześniej przez lekarza do stosowania w razie silnego pobudzenia wychowanka
- **nadzór sędziowski** - wątpliwości budzi sposób badania i oceny przez sędziego prawidłowości stosowania i dokumentowania środków przymusu bezpośredniego 2016 r.

Ważnym pismem z punktu widzenia ochrony praw nieletnich było również wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Prezesa Krajowej Rady Radców Prawnych oraz do Prezesa Naczelnej Rady Adwokackiej<sup>139</sup>. Pisma te dotyczyły zagwarantowania każdej osobie zatrzymanej przez Policję lub inne służby uprawnione do zatrzymania, kontakt z obrońcą już od samego początku zatrzymania. Celem było zwrócenie uwagi na problematykę tortur w Polsce i zachęcenie samorządu radców prawnych oraz samorządu adwokackiego do działań edukacyjnych, uświadamiających radcom i aplikantom ich rolę w zapobieganiu temu zjawisku.

KMPT uznaje, że edukacja jest najlepszą formą prewencji, gdyż wpływa na ludzkie postawy i determinuje konstruktywne działania.

***KMPT: Państwo powinno stworzyć kompleksowy system, który będzie edukował społeczeństwo, z drugiej - poprzez sprawny aparat sądowno-administracyjny, i skuteczne prawo - zminimalizuje ryzyko tortur i innych form niehumanitarnego lub poniżającego traktowania.***

<sup>139</sup> Zob. KMP.573.30.2017.

## Dyscyplinowanie

Wśród sposobów dyscyplinowania podopiecznych ujawniliśmy stosowanie kar w postaci ćwiczeń fizycznych<sup>140</sup>, odpowiedzialności zbiorowej<sup>141</sup> czy też wielokrotne karanie za jeden czyn<sup>142</sup>. W jednej z placówek<sup>143</sup> system motywacyjny był niejasny.

- ▶ **Reguły Narodów Zjednoczonych dotyczące ochrony nieletnich pozbawionych wolności: Prawo międzynarodowe dotyczące postępowania w sprawach nieletnich nie dopuszcza sankcji zbiorowych**<sup>144</sup>
- ▶ **Polska: Polskie prawo nie pozwala na zbiorowe kary (zasada indywidualizacji jako dyrektywa obowiązująca w toku wszystkich faz postępowania z nieletnim)**<sup>145</sup>.

Ważne jest aby nie karać nieletnich za czyny których nie popełnili, gdyż może wywoływać to poczucie niesprawiedliwości, upokorzenia i wrogości wobec innych, a także prowokować działania odwetowe innych wychowanków wobec sprawcy. Kary fizyczne również nie znajdują żadnego uzasadnienia pedagogicznego ani prawnego.

Pod uwagę należy wziąć, iż dolegliwość w postaci ćwiczeń fizycznych może w efekcie doprowadzić do wykształcenia się w świadomo-

---

<sup>140</sup> MOW Mszana Dolna

<sup>141</sup> MOW Mszana Dolna, MOW Oława, Zakład Poprawczy i Schronisko dla Nieletnich w Konstantynowie Łódzkim, MOW Lidzbark Warmiński.

<sup>142</sup> MOW Mszana Dolna

<sup>143</sup> MOW Nr 3 Warszawa

<sup>144</sup> Zob. m.in. Zalecenia CM/Rec (2008)11 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie europejskich reguł dla młodocianych przestępców objętych sankcjami lub środkami alternatywnymi (Reguła 95.2); Reguły Narodów Zjednoczonych dotyczące ochrony nieletnich pozbawionych wolności (Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 45/113 z 14 grudnia 1990 r. (Reguła 67 i 70).

<sup>145</sup> Zob. art. 3 § 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz.969) oraz publikację: M. Korcyl-Wolska, Postępowanie w sprawach nieletnich, 2 wydanie, Wolters Kluwers, s. 223; Warszawa 2008.

ści młodego człowieka negatywnego nastawienia do aktywności sportowo-ruchowej, którą będzie postrzegać jako karę, nie zaś możliwość aktywnego wypoczynku lub rekreacji.

Podkreślenia wymaga również, iż za jedno przekroczenie wymierzać się powinno tylko jedną karę. W przypadku zaś, gdy wychowanek popełnił więcej przekroczeń, zanim został ukarany za którekolwiek z nich, wymierzać powinno się jedną karę, odpowiednio surowszą.

Niedopuszczalną praktyką zaobserwowaną w jednej z placówek<sup>146</sup> jest wymierzanie kilku kar jednocześnie za samookaleczenie. Już sam fakt stosowania sankcji za autoagresję jest niedopuszczalny. Nieletnich nie powinno się karać za tego typu zachowania, szczególnie wielokrotnie, albowiem działanie to mogło być spowodowane silnym napięciem emocjonalnym podopiecznego, kumulacją dolegliwości jakie spotykają nieletniego w warunkach izolacji – można i należy powiedzieć, że jest to swoiste wołanie o pomoc. Oczywiście powinno wydawać się, iż wychowanek który podejmuje się samookaleczenia należy otoczyć szczególnym wsparciem i wzmożonymi oddziaływaniami terapeutycznymi, a nie dodatkowo karać.

► **Zalecenia CM/Rec(2008)11 Komitetu Ministrów Procedury dyscyplinarnej powinny być stosowane w ostateczności. Pierwszeństwo mają mieć konstruktywne rozwiązywanie konfliktów oraz interakcja wychowawcza, która ma na celu uzasadnienie norm (Reguła 94.1)**

## **Prawo do ochrony zdrowia**

Mimo, że KMPT co roku przypomina o potrzebie badań lekarskich wszystkich nieletnich przyjętych do młodzieżowych ośrodków wychowawczych, to wciąż w niektórych jednostkach<sup>147</sup> nie takich badań lub są robione w sposób niepełny (nieletni pomimo badania przy przy-

<sup>146</sup> MOW Mszana Dolna, Zakład Poprawczy i Schronisko dla Nieletnich w Konstanczynie Łódzkim.

<sup>147</sup> MOW Nr 3 w Warszawie.

jęciu, nie są poddawania badaniu m.in. po uciezkach czy też niepowrotach). Do tego badanie pielęgniarskie, w tym ogląd ciała dziecka, robione były w niektórych wypadkach nie bezpośrednio po przyjęciu, ale w odstępie kilku dni.

- ▶ „Rola służby zdrowia w każdym miejscu pozbawienia wolności nie powinna ograniczać się do leczenia pacjentów z dolegliwościami; powinna obejmować także zadania związane z medycyną społeczną i profilaktyką” (CPT)<sup>148</sup>

Podkreślić trzeba, iż badanie medyczne jest jedną z najważniejszych metod zapobiegania torturom lub innym formom niewłaściwego traktowania. Celem badania jest również ujawnienie i odpowiednie udokumentowanie wszelkich śladów mogących świadczyć o poddaniu nieletniego przemocy.

**✓ KMPT: W tej kwestii niezwykle pomocną rolę odgrywa Protokół Stambulski – Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania.**

## **Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym**

- ▶ Reguły Narodów Zjednoczonych dotyczące ochrony nieletnich pozbawionych wolności: Integralną częścią prawa do sprawiedliwego i humanitarnego postępowania oraz istotnym elementem przygotowania nieletniego do powrotu do społeczeństwa jest zapewnienie mu odpowiedniego kontaktu ze światem zewnętrznym<sup>149</sup>.

<sup>148</sup> Zob. § 41 Dziewiątego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (99) 12].

<sup>149</sup> Reguła 59 Reguł Narodów Zjednoczonych dotyczących ochrony osób nieletnich pozbawionych wolności

Dwie placówki wizytowane przez KMPT pozwalały wychowankom kontaktować się tylko z członkami rodziny<sup>150</sup>. Ponadto w jednej z jednostek wychowanek mógł rozmawiać przez telefon tylko pod nadzorem personelu<sup>151</sup>.

Takie postępowanie jest niezgodne z polskim porządkiem prawnym<sup>152</sup>.

Dyrektor ośrodka może ograniczyć lub zakazać kontaktów nieletniego z osobami spoza ośrodka wyłącznie w wypadku, gdy kontakt ten stwarzałby zagrożenie dla porządku prawnego, bezpieczeństwa ośrodka, bądź może wpłynąć niekorzystnie na przebieg toczącego się postępowania lub proces resocjalizacji nieletniego.

O powodach takiej decyzji dyrektor ośrodka powinien zawiadomić sąd rodzinny, który może uchylić decyzję dyrektora. Mając na uwadze powyższe działania dyrektorów placówek, zaleciliśmy aby umożliwić nieletnim kontakt z szerszym gronem osób.

## **Prawo do informacji**

Niezwykle ważne jest, aby osoby nieletnie wiedziały o wszystkich ważnych kwestiach ich dotyczących, w tym prawach, jakie im przysługują, oraz osobach i instytucjach, do których mogą zwrócić się o pomoc w przypadku niewłaściwego traktowania.

---

<sup>150</sup> MOW Mszana Dolna, MOW Oława.

<sup>151</sup> MOW Mszana Dolna.

<sup>152</sup> Zob. art. 66 § 3 i 4 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich.



- ▶ „Personel powinien być zaangażowany w pracę z młodymi ludźmi oraz być w stanie pokierować i zmotywować osoby nieletnie, za które ponosi odpowiedzialność. Cały personel, łącznie z osobami wykonującymi wyłącznie obowiązki w zakresie dozoru, powinien przechodzić profesjonalne szkolenie, a także otrzymywać odpowiednie wsparcie oraz nadzór w wykonywaniu ich obowiązków” (CPT)<sup>153</sup>.

Dlatego też KMPT podczas każdej wizytacji bada, czy zapisy statutu, regulaminu i innych dokumentów istotnych dla osoby nieletniej są czytelne i precyzyjne. Sprawdza również, czy osoba nieletnia informowana jest o prawach i obowiązkach, oraz czy placówka udostępnia dane teleadresowe instytucji stojących na straży praw człowieka, takich jak Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Dziecka, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka), sąd rodzinny.

W trzech placówkach<sup>154</sup> KMPT takich informacji nie było.

- ▶ **Prawa osób pozbawionych wolności nie mają większej wartości, jeśli osoby te nie są świadome ich istnienia (CPT)<sup>155</sup>.**

## Personel

Odpowiednio dobrany i wykwalifikowany personel stanowi skuteczną gwarancję ochrony nieletnich przed niewłaściwym traktowaniem. Osoby pracujące z nieletnimi dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu mają możliwość bieżącego monitorowania zachowania podopiecznych i wyłapywania niepokojących sygnałów, świadczących o nieodpowiednim traktowaniu. Dlatego ważne jest, aby personelowi placówek, gdzie takie osoby przebywają, umożliwić rozwój zawodowy i możliwość podnoszenia własnych kwalifikacji.

<sup>153</sup> Zob. § 33 Dziewiątego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (99) 12].

<sup>154</sup> MOW Mszana Dolna, MOW Nr 3 Warszawa, ZP i SdN w Konstancynie Łódzkiej.

<sup>155</sup> Zob. § 44 Fragment Dwunastego Sprawozdania Ogólnego CPT [CPT/Inf (2002) 12].

☑ ***KMPT zaleca odpowiednie szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy, stosowania środków przymusu bezpośredniego, komunikacji interpersonalnej, postępowania z wychowankiem agresywnym, zapobiegania samoagresji, pracy z traumą, radzenia sobie ze stresem, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu i ochrony praw dziecka z punktu widzenia prawa i standardów międzynarodowych.***

Zalecenia dotyczące poszerzenia oferty szkoleniowej wydane zostało w odniesieniu do trzech placówek<sup>156</sup>. Dodatkowo w jednej z placówek zalecono zorganizowanie regularnych superwizji dla personelu, służących rozładowaniu napięć powstałych w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych<sup>157</sup>.

## Warunki bytowe

► „Dobrze zaprojektowany ośrodek detencyjny dla nieletnich powinien zapewniać pozytywne i spersonalizowane warunki detencji młodych osób pozbawionych wolności. Miejsca, w których młode osoby śpią i prowadzą aktywność życiową, powinny być – oprócz odpowiedniej wielkości, oświetlenia i wentylacji – właściwie umeblowane, dobrze urządzone i dostarczać odpowiednich wrażeń wzrokowych. Młodym ludziom powinno się pozwolić na przechowywanie rozsądnej ilości rzeczy osobistych, jeśli przeciwko temu nie przemawiają przeważające względy bezpieczeństwa” (CPT) <sup>158</sup>.

<sup>156</sup> MOW Mszan Dolna, MOW Nr 3 Warszawa, ZP i SdN w Konstantynowie Łódzkim.

<sup>157</sup> MOW Nr 3 Warszawa.

<sup>158</sup> § 29 i 30 Dziewiątego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (99) 12]).

W większości wizytowanych placówek warunki bytowe były dobre. Jednak zdarzały się również obszary wymagające poprawy. KMPT zalecał głównie przeprowadzenie bieżących napraw, prac remontowych, wymianę lub naprawę mebli<sup>159</sup>. W jednym przypadku<sup>160</sup> zalecono demontaż krat w oknach i zastąpienie ich mniej opresyjnymi zabezpieczeniami. W jednym z młodzieżowych ośrodków wychowawczych KMPT rekomendował usunięcie wulgarnych napisów w sanitariatach i pokojach mieszkalnych (treść może prowokować konflikt między wychowankami i stwarzać ryzyko przemocy<sup>161</sup>). Jak podkreślono w trakcie wizytacji jednej z placówek<sup>162</sup>, pobyt nieletnich w warunkach wymagających pilnego remontu, może zostać uznane za złamanie zakazu określonego w art. 40 Konstytucji, art. 3 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności i art. 37 Konwencji o Prawach Dziecka.

W jednej z jednostek stwierdzono, że stan wyposażenia internatu, w tym użytkowanych mebli w pokojach jest bardzo zły, urąga wręcz godności osób, które zmuszone są z nich korzystać<sup>163</sup>. W dwóch jednostkach<sup>164</sup> przedstawiciele KMPT odebrali negatywne sygnały dotyczące wyżywienia – jego jakości oraz wielkości porcji<sup>165</sup>.

---

<sup>159</sup> MOW Mszana Dolna, MOW Lidzbark Warmiński, PID Katowice.

<sup>160</sup> MOW Nr 3 Warszawa.

<sup>161</sup> MOW Mszana Dolna.

<sup>162</sup> MOW Mszana Dolna.

<sup>163</sup> MOW Lidzbark Warmiński.

<sup>164</sup> MOW Oława, MOW Lidzbark Warmiński.

<sup>165</sup> MOW Oława, MOW Lidzbark Warmiński.

☑ *Złe warunki bytowe, trwające dłuższy czas, wywołujące poczucie niższości, strachu i poniżenia, nie są bowiem elementem zgodnego z prawem stosowania środka wychowawczego. Złe warunki bytowe nie są wyrazem traktowania humanitarnego, szanującego wrodzoną godność ludzką i uwzględniającego potrzeby nieletnich.*

## **Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami**

Większość z wizytowanych placówek nie była dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Jednakże dostosowanie niektórych z nich byłoby bardzo utrudnione i wymagałoby gruntownej przebudowy budynku, dlatego też zgodnie z zaleceniami KMPT należy dołożyć jedynie starań, aby do tych placówek nie skierowano nieletniego którego niepełnosprawność uniemożliwiłaby mu samodzielne funkcjonowanie w placówce.

- ▶ Sejm RP: Podkreślenia wymaga, iż osobom z niepełnosprawnościami należy stworzyć warunki do pełnego udziału w środowisku wolnym od barier architektonicznych. Należy podkreślić również, iż prawa osób z niepełnosprawnościami chronione są zarówno na płaszczyźnie krajowej, jak i międzynarodowej (Karta Praw Osób Niepełnosprawnych<sup>166</sup>).

<sup>166</sup> Karta Praw Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Sejm RP w dniu 1 sierpnia 1997 r., Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r.

# POMIESZCZENIA DLA OSÓB ZATRZYMANYCH (PDOZ)

*KMPT w 2017 r. zwizytował **5 pomieszczeń** dla osób zatrzymanych*

W 2017 r. KMPT przeprowadził wizytacje 5 pomieszczeń dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia w jednostkach organizacyjnych Policji<sup>167</sup>.

## Problemy systemowe

Wizytacje przeprowadzone w 2017 r. wykazały, iż większość problemów systemowych przedstawionych w raporcie z 2016 r. wciąż pozostaje aktualna. nierozwiązane bowiem zostały następujące problemy:

- braku badania lekarskiego każdej osoby zatrzymanej
- przerzucania na Policję obowiązku opieki nad osobami nietrzeźwymi
- badań osób z zaburzeniami psychicznymi przez lekarzy innych specjalizacji aniżeli psychiatria
- braku należytej obsady w PdOZ

---

<sup>167</sup> PdOZ w Malborku KMP.570.5.2017, PdOZ w Częstochowie KMP.570.6.2017, PdOZ w Grójcu KMP.570.8.2017, PdOZ w Płocku KMP.570.8.2017, PdOZ w Sokołowie Podlaskim KMP.570.8.2017.

- ▶ Trybunał Konstytucyjny o kontroli osobistej: Brak ustalenia w ustawach pojęć „przeszukanie osoby” i „kontrola osobista” narusza konstytucyjne prawa i wolności człowieka. Konstytucję naruszają także rozporządzenia (w tym rozporządzenie w sprawie PdOZ), które praktycznie samodzielnie i całościowo uregulowały kwestię kontroli osobistej<sup>168</sup>

Trybunał Konstytucyjny, aby umożliwić prawodawcy dostosowanie stanu prawnego do wymogów konstytucyjnych, odroczył termin utraty mocy niekonstytucyjnych przepisów na maksymalny okres, przewidziany w art. 190 ust. 3 Konstytucji, tj. 18 miesięcy – w odniesieniu do ustaw i 12 miesięcy – do rozporządzeń. Postęp prac w zakresie wprowadzania przedmiotowych zmian w obowiązujących regulacjach prawnych pozostaje nadal w zainteresowaniu KMPT.

## **Dobre praktyki – podaj dalej!**

Pracownicy KMPT zwracali uwagę na kwestie pozytywnie wyróżniające PdOZ. Na warcie uwagi zasługują:

### **Stała obsada etatowa Izby w Płocku i w Częstochowie**

Służba nie jest dla funkcjonariuszy Policji dodatkowym zadaniem, wykonywanym od czasu do czasu, obok innych obowiązków. Policjanci nie są odrywani od innego rodzaju pracy, z której są rozliczani. Stanowi to w ocenie KMPT dobry grunt dla pełnego zaangażowania w pracę w PdOZ i chęci podnoszenia kwalifikacji przez funkcjonariuszy placówki w obszarze jej dotyczącym, a te kwestie niewątpliwie mogą mieć dobry wpływ na odpowiednie traktowanie osób zatrzymanych i doprowadzonych do wytrzeźwienia.

<sup>168</sup> Zob. Orzeczenie TK z 14 grudnia 2017 r., sygn. K 17/14, z wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich Sygn. sprawy II.519.344.2014.

## **Wyznaczanie na dyżur w PdOZ w Częstochowie jednocześnie 2-3 funkcjonariuszy**

Rozwiązanie to wpływa na podniesienie poziomu bezpieczeństwa osób zatrzymanych.

### **Podstawowe informacje opracowane w formie książkowej w każdym pokoju dla osób zatrzymanych w PdOZ w Sokołowie Podlaskim**

Składają się na nie: Regulamin pobytu osób w PdOZ wraz danymi teleadresowymi instytucji stojących na straży praw człowieka; listą adwokatów i radców prawnych mających siedzibę zawodową na obszarze właściwości Sądu Rejonowego w Sokołowie Podlaskim, uprawnionych do obrony w postępowaniu karnym, deklarujących gotowość udzielenia oskarżonym pomocy prawnej z urzędu; pouczeniem o uprawnieniach zatrzymanego w postępowaniu karnym; pouczeniem o uprawnieniach zatrzymanego na podstawie europejskiego nakazu zatrzymania; pouczeniem o uprawnieniach zatrzymanego na podstawie art. 15 ust. 1 pkt 2; art. 15 ust. 1 pkt 3 i art. 15a ustawy o Policji; pouczeniem osoby doprowadzonej w celu wytrzeźwienia.

- ▶ Jest bezwzględnie konieczne, aby osoby zatrzymane przez policję zostały w sposób wyraźny poinformowane o swoich prawach bezwzględnie oraz w języku, który rozumieją (CPT)<sup>169</sup>.

## **W PdoZ w Malborku utrzymano pomieszczenie do wizyt lekarskich**

Dzięki czemu badania osób zatrzymanych realizowane są z poszanowaniem prawa do prywatności i zachowania tajemnicy lekarskiej.

### **Obszary wymagające poprawy**

#### **Traktowanie**

*Osoba zatrzymana zmuszona była do przemieszczenia się po jednostce z opuszczonymi do kolan spodniami i odsłoniętymi miejscami intymnymi.*

Taką sytuację pokazała analiza monitoringu w PdOZ w Grójcu. Zdarzenie to należy uznać za poniżające traktowanie. Należy mieć na uwadze, że takie traktowanie może wywołać u osoby zatrzymanej poczucie poniżenia oraz wstydu. Ponadto, godzi w konstytucyjnie chronioną godność osobistą.

W Sokołowie Podlaskim sprawdzenie osób zatrzymanych odbywa się w monitorowanym pokoju przeznaczonym do przeprowadzania i dokumentowania czynności służbowych z udziałem osoby zatrzymanej. Dlatego do pokoju mogą wejść osoby trzecie. Monitorowanie zatrzymanych podczas kontroli osobistej stanowi daleko idącą ingerencję w sferę prywatności.

---

<sup>169</sup> Zob.: Dwunasty Raport Generalny CPT, [CPT/Inf (2002)15].



☑ **KMPT dostrzega problem systemowy braku regulacji ustawowych czy wytycznych, jaki może być zakres tzw. szczegółowego sprawdzenia osoby.**

☑ **KMPT do czasu uzupełnień ustawowych zaleca sprawdzenia osób osadzanych w PdOZ zgodnie z obowiązującymi przepisami, czyli niepołączone z rozbieraniem zatrzymanych do naga.**

*Boso do PdOZ!*

*Mężczyzna zatrzymany w domu do PdOZ został doprowadzony bez butów. Na miejscu dostał zastępcze obuwie w postaci kłapek, ale nie wiedział, czy do domu ma także wracać boso. Buty dowiózł mu jednak członek rodziny - czekały na niego w depozycie.*

KMPT zaleca konieczność zwrócenia uwagi funkcjonariuszom, aby dokonując zatrzymania w domach, pozwalali osobom pozbawionym wolności na włożenie lub zabranie ze sobą butów.

## **Personel**

Podstawowym szkoleniem, które przechodzą Funkcjonariusze Policji jest szkolenie z zakresu pełnienia służby w PdOZ.

- ▶ Głównym czynnikiem w procesie rekrutacji służb porządku publicznego powinny być predyspozycje w zakresie komunikacji interpersonalnej. Należy kłaść szczególny nacisk na rozwijanie umiejętności w tym zakresie, opartych na poszanowaniu godności człowieka. To pozwoli funkcjonariuszowi na rozładowanie sytuacji, które mogłyby przekształcić się w przemoc, a także – bardziej ogólnie – na zmniejszenie napięć i podniesienie jakości życia – zarówno w policji, jak i ośrodkach pozbawienia wolności – z korzyścią dla wszystkich<sup>170</sup> (CPT)

**KMPT: Zakres szkoleń powinien być poszerzony o komunikację interpersonalną, pracę z osobami trudnymi, umiejętności radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu.**

## Prawo do informacji

### Obcokrajowcy w PdOZ

*Zdarzają się przypadki zatrzymań obywateli Ukrainy, gdzie w dokumentach nie ma informacji, czy znali oni język polski i w jakim języku zostali poinformowani o regulaminie PdOZ, ani czy w czynnościach brał udział tłumacz.*

<sup>170</sup> Zob.: Drugi Raport Generalny CPT,[CPT/Inf (92) 3].

Wątpliwości KMPT biorą się stąd, że osoby te dostawały pouczenia o uprawnieniach zatrzymanego w postępowaniu karnym w języku ukraińskim. Dlatego wątpliwości budzi zaznaczenie rubryki o samodzielnym zapoznaniu się z protokołem bez adnotacji wskazującej na posługiwanie się językiem polskim przez osoby zatrzymane.

**✓ KMPT zaleca, by w protokołach zatrzymania cudzoziemców umieszczać informację, czy zatrzymani posługiwali się językiem polskim, w jakim języku nastąpiło pouczenie o regulaminie PdOZ oraz czy w czynnościach uczestniczył tłumacz.**

**✓ Jeśli obcokrajowiec nie posługuje się językiem polskim lub są obawy, że nie zna go dostatecznie, KMPT zaleca, by przy czynnościach związanych z przyjęciem do PdOZ był obecny tłumacz. Należy też zadbać, by podpisywane przez cudzoziemców oświadczenia były tłumaczone na język dla nich zrozumiały.**

## **Powiadamianie o zatrzymaniu**

O zatrzymaniu lub o zmianie miejsca zatrzymania funkcjonariusze Policji informują, na żądanie zatrzymanego, wskazane przez niego osoby trzecie.

- ▶ **Niezwłocznie po zatrzymaniu oraz po każdym przeniesieniu do innego miejsca aresztowania lub uwięzienia, osoba aresztowana lub uwięziona będzie mogła powiadomić, bądź też domagać się od właściwego organu powiadomienia członków jej rodziny lub innych osób według swojego wyboru (Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ)<sup>171</sup>**

<sup>171</sup> Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie zatrzymania lub uwięzienia - Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ.

✓ **KMPT: W pierwszej kolejności należałoby rozważyć możliwość, by zatrzymani sami zawiadamiali o miejscu pobytu, a tylko w sytuacjach szczególnych prawo do powiadamiania realizować za pośrednictwem funkcjonariuszy Policji.**

## Prawo do obrony

Obsługa PdOZ nie zapewnia bezzwłocznego i bezpośredniego kontaktu z adwokatem lub z radcą prawnym.

- ▶ Umożliwienie osobom zatrzymanym przez policję dostępu do adwokata jest podstawowym zabezpieczeniem przed złym traktowaniem. Ma zniechęcający wpływ na tych, którzy są skłonni do złego traktowania zatrzymanych osób. Ponadto prawnik jest w znakomitej pozycji, by podejmować odpowiednie działania jeśli złe traktowanie faktycznie ma miejsce (CPT)<sup>172</sup>

Z relacji funkcjonariuszy pełniących służbę w trakcie wizytacji PdOZ w Częstochowie wynikało, że placówka ta nie jest pomieszczeniem, w którym taki kontakt mógłby nastąpić, i wszelkie prośby w tej sprawie są przekierowywane do komisariatu lub komendy dokonującej zatrzymania. Z rozmowy z Komendantem Miejskim Policji w Częstochowie, przeprowadzonej w tej sprawie wynikało, że procedura ta jest mu znana.

Wobec przyjętej przez kadrę PdOZ niewłaściwej praktyki, należy również zauważyć, że art. 245 § 1 k.p.k. nie precyzuje iż za kontakt z adwokatem lub radcą prawnym odpowiada konkretna jednostka zatrzymująca i wskazuje po prostu, że *Zatrzymanemu na jego żądanie należy niezwłocznie umożliwić nawiązanie w dostępnej formie kontaktu z adwokatem lub radcą prawnym (...).*

<sup>172</sup> Zob.: Dwudziesty Pierwszy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2011) 28].

Część wizytowanych pomieszczeń nie dysponowała listą adwokatów i radców prawnych udostępnianą osobom, które chciałyby skorzystać z prawa do obrony. Brakowało w nich również wykazu instytucji stojących na straży praw człowieka (m.in. Rzecznika Praw Obywatelskich z bezpłatną infolinią 800 676 676).

**☑ KMPT przypomina, że prawo dostępu do obrońcy jest jednym z trzech podstawowych praw przysługujących zatrzymanym, stanowiącym gwarancję ochrony przed torturami.**

## Prawo od ochrony zdrowia

▶ Badania lekarskie osób przebywających w areszcie policyjnym powinny być przeprowadzane poza zasięgiem słuchu, a najlepiej także poza zasięgiem wzroku funkcjonariuszy policji. Wyniki każdego badania, oświadczenia złożone przez zatrzymanego i wnioski lekarskie powinny być oficjalnie zapisane przez lekarza i udostępnione zatrzymanemu oraz jego adwokatowi (CPT)<sup>173</sup>.

W części wizytowanych placówek badania lekarskie i wywiad lekarski przed przyjęciem odbywa się w obecności funkcjonariuszy Policji. Identyczna sytuacja ma miejsce w czasie badania wykonywanego po wezwaniu Pogotowia Ratunkowego do placówki. Przedstawiciele KMPT podkreślają, że taka praktyka nie tylko narusza prawo do intymności i prywatności osoby zatrzymanej, lecz również tajemnicę lekarską.

Obecność funkcjonariusza wypłynąć również może na rzetelność przeprowadzonych badań. Zatrzymany nie ma bowiem możliwości swobodnej rozmowy z lekarzem, co może skutkować nieprzekazaniem

<sup>173</sup> Zob.: Drugi Raport Generalny CPT, [CPT/Inf (92) 3].

lekarzowi przez zatrzymanego wszystkich istotnych dla wywiadu lekarskiego informacji (np. zatajenia wstydlivej z punktu widzenia zatrzymanego informacji lub opowiedzenia o tym, że padł ofiarą przemocy).

**☑ KMPT: Obecność policjantów w czasie badań lekarskich osłabia mechanizm ochronny przed torturami**

Zatrzymana kobieta poinformowała wizytujących, iż badający ją lekarz nie dokonał oglądu jej ciała pod kątem posiadanych obrażeń. Przedstawiciele KMPT uznają za niezbędne odnotowywanie przez lekarzy badających osoby zatrzymane wszelkich obrażeń na ciele. Lekarze często są pierwszymi osobami poza funkcjonariuszami, z którymi mają kontakt osoby zatrzymane. Z tej przyczyny ciąży na nich ogromny obowiązek. Przede wszystkim muszą ustalić, czy stan zdrowia danej osoby pozwala na izolację. Personel medyczny powinien mieć także świadomość, że może ustalić i prawidłowo udokumentować obrażenia osoby zatrzymanej. Ofiary przemocy często nie są skłonne do ujawnienia swoich przeżyć, dlatego też bardzo ważna jest specjalistyczna wiedza personelu, który nimi się zajmuje.

- ▶ Europejski Trybunał Praw Człowieka kilkakrotnie wskazywał, że osoby pozbawione wolności są zdane na Państwo, a władze mają obowiązek je chronić. Konsekwentnie, jeśli osoba zostanie aresztowana będąc w dobrym stanie zdrowia w momencie aresztowania i zostanie zwolniona w stanie gorszym, jest rzeczą Państwa wyjaśnienie, skąd wzięły się jej dolegliwości<sup>174</sup>

<sup>174</sup> Zob. wyrok w sprawie Dzieciak przeciwko Polsce z dnia 9.12.2008 r., skarga nr 77766/01.

## Warunki bytowe

W Częstochowie wszystkie pomieszczenia nosiły ślady wieloletniego wyeksploatowania, były tam nienaprawiane zniszczenia, a większość mebli i urządzenia sanitarne w łazienkach były od dawna wysłużone. W szczególnie złym stanie były sanitariaty - panował w nich fetor. Do dyspozycji zatrzymanych i doprowadzonych pozostawały m.in. zdewastowane ubikacje kucane typu tureckiego, których wygląd był odstręczający, podobnie jak podłoga w prysznicach. Ich fatalny stan użytkowy w praktyce uniemożliwiał korzystanie z nich oraz skuteczną ich dezynfekcję.

Monitorowanie pokoi dla zatrzymanych niejednokrotnie wymaga stosowania oświetlenia w porze nocnej. Taka sytuacja z pewnością utrudnia odpoczynek. Należy pamiętać, iż ponieważ policjanci pełniący służbę w PdOZ mają obowiązek sprawdzać stan osób umieszczonych w pokojach także w porze nocnej, potrzebne jest zamontowanie oświetlenia o takim natężeniu, które będzie umożliwiało wypełnienie zadań służbowych, a zatrzymanym odpoczynek (lub też wymianę monitoringu na taki, który będzie działał w nocy bez konieczności stosowania dodatkowego oświetlenia).

## Dostosowanie PdOZ do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

PdOZ w Płocku został wyznaczony przez Komendę Wojewódzką Policji w Radomiu do osadzania osób z niepełnosprawnościami. Wizytowana jednostka posiadała sanitariat dostosowany do potrzeb takich osób.

# DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ

## Wprowadzenie

- **7** domów wizytowanych przez KMPT w 2017 r.<sup>175</sup>
- **141** domów wizytowanych było w latach 2009 – 2016

Wyniki monitoringu tych placówek przedstawione zostały w raporcie tematycznym „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej”<sup>176</sup>, wydany w 2017 r. Ma on charakter poradnika zarówno dla prowadzących domy pomocy społecznej, pracującej w nich kadry, mieszkańcom oraz bliskim osób, które już zamieszkują lub które będą zamieszkiwać w takich domach.

Ujawnienie w poszczególnych placówkach nieprawidłowości oraz zasygnalizowane obszary problemowe mają skłaniać do dyskusji o niezbędny zmianach zabezpieczających mieszkańców przed sytuacjami grożących niewłaściwym traktowaniem.

## Sukces

## Zmiana Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Z dniem 1 stycznia 2018 roku weszła w życie nowelizacja Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (dalej u.o.z.p). Zmiany dotyczą przede wszystkim zwiększenia uprawnień osób kierowanych bez ich zgody do

<sup>175</sup> DPS w Jordanowie KMP.575.1.2017, DPS w Międzyrzeczu KMP.575.2.2017, DPS „Cichy Zakątek” w Końskich (rewizytacja) KMP.575.12.2014, DPS w Starachowicach (ul. Józefa Bema 26) KMP.574.17.2017, DPS „Jedlina” w Mieni KMP.575.3.2017, DPS w Radzyminie (ul. Konstytucji 3-go Maja 7) KMP.575.4.2017, DPS „Tęczowy Dom” w Ełku (rewizytacja) KMP.575.10.2014.

<sup>176</sup> <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/raport-kmpt-prawa-mieszkancow-domow-pomocy-spoecznej>



domów pomocy społecznej, poprzez zapewnienie ochrony ich praw procesowych.

Bez wątpienia przełomową sprawą, która dotyczyła osoby ubezwłasnowolnionej, a której rozpatrzeniem zajmował się Europejski Trybunał Praw Człowieka była sprawa p. Kędziora umieszczonego w DPS na wniosek brata-opiekuna prawnego. Pan Kędzior alarmował sądy, że nie musi wcale przebywać w DPS. Bezskutecznie, gdyż zgodnie z polskim prawem tylko opiekun osoby ubezwłasnowolnionej mógł wystąpić w takiej sprawie do sądu. Pan Kędzior nie poddawał się i w 2012 r. doprowadził do tego, że jego sprawą zajął się Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu (gdzie reprezentował go prawnik Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, Adam Bodnar).

ETPCz orzekł na korzyść pana Kędziora i przyznał mu 10 tysięcy euro odszkodowania od państwa polskiego. Trybunał uznał, że Polska naruszyła przepis art. 5 ust. 1 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego) wobec osoby chorującej psychicznie, która – decyzją jej opiekuna prawnego – została umieszczona w domu pomocy społecznej wbrew własnej woli.

W 2016 r. z wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich sprawą zajął się także polski Trybunał Konstytucyjny i także on orzekł, że przepisy nie dające możliwości odwołania się do sądu i wszczęcia procedury sprawdzającej, czy pobyt w DPS jest zasadny, są sprzeczne z Konstytucją. TK wskazał, że możliwość udzielenia przez sąd zezwolenia opiekunowi na umieszczenie w DPS osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej z zupełnym pominięciem jej woli (przy założeniu, że osoba ta zachowała zdolność komunikowania swoich potrzeb i decyzji) stanowi przykład ustawowego odpodmiotowienia oraz narusza jej godność. Ponadto przyjęcie osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej do DPS ingeruje w jej wolność osobistą – zmiana miejsca zamieszkania oraz konieczność podporządkowania się regulaminowi pobytu w domu pomocy społecznej narusza konstytucyjne gwarancje wolności osobistej.

Zgodnie z przepisami, które obowiązywały do końca grudnia 2017 r., sąd nie musiał nawet wysłuchać osoby ubezwłasnowolnionej. Osoba taka w czasie gdy przebywała w DPS nie mogła wnioskować o weryfikację, czy nadal jest to zasadne. Nawet, jeśli jej stan zdrowia się poprawił, albo znalazła się osoba, która chciała ją wspierać w funkcjonowaniu w środowisku lokalnym.

## **Dnia 1 stycznia 2018 r. sytuacja osób ubezwłasnowolnionych zmieniła się diametralnie!**

Osoba przyjęta do DPS, w tym także ubezwłasnowolniona, może wystąpić do sądu opiekuńczego o zmianę orzeczenia o przyjęciu do DPS (art. 41 u.o.z.p). Również osoba, która nie wyraża zgody na dalsze przebywanie w DPS, może wystąpić do sądu opiekuńczego z wnioskiem o zniesienie przebywania w nim.

Do ustawy wpisano też obowiązek wysłuchania przez sąd osoby ubezwłasnowolnionej, która ma być przyjęta do szpitala psychiatrycznego lub DPS.

Ponadto w celu zapewnienia dodatkowej i pełnej ochrony prawnej osób z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną osobie przyjętej do DPS lub szpitala psychiatrycznego bez jej zgody sąd „ustanawia” (a nie - jak dotychczas „może ustanowić”) adwokata lub radcę prawnego z urzędu, nawet bez wniesienia wniosku.

W przypadku przyjęcia do DPS bez zgody osoby przyjmowanej, a za zgodą przedstawiciela ustawowego, wymagane jest orzeczenie sądu opiekuńczego. Okresowe badania stanu zdrowia psychicznego takich osób przeprowadza się będzie co najmniej raz na 6 miesięcy.

## Problemy systemowe

Problemy natury systemowej zidentyfikowane na przestrzeni lat nie doczekały się w dalszym ciągu należytego zrozumienia ze strony osób odpowiedzialnych za stanowienie prawa w Polsce<sup>177</sup>.

### **Problem z pełnieniem funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych przez pracowników DPS**

Pracownik i opiekun ubezwłasnowolnionego w jednej osobie to niezbyt dobre rozwiązanie, bo rodzi problemy związane z łączeniem obu ról (brak należytej bezstronności w dbaniu o interesy podopiecznego wynikający z podległości służbowej względem dyrektora domu).

### **Problem monitoringu wizyjnego**

Bezpieczeństwo i prawo do prywatności to obszary które zawsze będą wchodzić ze sobą w kolizję. Tylko mądre i wyważone ustawodawstwo jest w stanie pogodzić obie wartości. Tego niestety brakuje w odniesieniu do domów pomocy społecznej.

### **Problem nadużywania alkoholu przez część mieszkańców i brak domów dla mieszkańców z problemem alkoholowym**

#### ***Nawet 10% mieszkańców DPS może mieć problem alkoholowy***

Problem z pewnością nie może być uznany za zjawisko o charakterze marginalnym. Z ustaleń KMPT wynika bowiem, że w większości domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku lub przewlekłe somatycznie chorych przebywają pensjonariusze z problemem

<sup>177</sup> W dniu 30.01.2018 r. Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie ochrony praw mieszkańców domów pomocy, prosząc o zajęcie stanowiska w sprawie istniejących problemów systemowych związanych z funkcjonowaniem domów pomocy społecznej; KMP.575.7.2016.

alkoholowym. w niektórych z wizytowanych placówek odsetek takich osób sięgał nawet około 10% ogółu mieszkańców. W dalszym jednak ciągu możliwość skierowania mieszkańców uzależnionych od alkoholu do domów, w których wezmą udział w procesie terapeutycznym jest ograniczona liczbą takich placówek.

Nowelizacją z dnia 11 maja 2013 r. do art. 56 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej dodano pkt 7, powołujący taki typ domu, a w art. 59 ust. 6 i 7 określono tryb kierowania i maksymalny czas pobytu w nim<sup>178</sup>. Jednakże przepisy wykonawcze precyzujące podstawowe kwestie związane z funkcjonowaniem domów dla osób uzależnionych od alkoholu przyjęto dopiero w styczniu 2017 r.<sup>179</sup>. W związku z powyższym na terenie kraju funkcjonował jedynie jeden podmiot tego typu - Dom Pomocy Społecznej w Krakowie przy ulicy Rozrywki 1. W Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie z kolei, w ramach domu dla osób przewlekłe psychicznie chorych, utworzono pododdział dla osób uzależnionych od alkoholu. To ciągle niewystarczająca liczba!

---

<sup>178</sup> tekst jedn.: Dz. U z 2017 r., poz. 1769.

<sup>179</sup> Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 stycznia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej, Dz. U. z 2017 r., poz. 224. Zgodnie z rozporządzeniem.in. indywidualny plan wsparcia powinien być sporządzony w terminie nieprzekraczającym dwóch miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do dps (§ 1 ust. 1), koordynacja działań wynikających z ipw zajmuje się specjalista psychoterapii uzależnień lub instruktor terapii uzależnień lub osoba przeszkolona w tym zakresie (§ 1 ust. 2), mieszkańcom domów dla osób uzależnionych należy zapewnić kontakt z psychiatrą, specjalistą psychoterapii uzależnień, instruktorem terapii uzależnień lub osoba przeszkoloną w zakresie oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych wobec osób uzależnionych od alkoholu (§ 1 ust. 4), dom powinien posiadać wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w wymiarze nie mniejszym niż 0,5 na jednego mieszkańca domu (§ 1 ust. 4), dom ma zapewniać mieszkańcom dostęp do indywidualnych oraz grupowych zajęć terapeutycznych, treningu funkcji poznawczych, w tym treningu pamięci, treningu umiejętności społecznych służących utrzymywaniu abstynencji lub ograniczanie spożywania alkoholu, działań motywujących, mających na celu utrzymanie abstynencji lub ograniczanie spożywania alkoholu (§ 1 ust. 3).

## Problem zasad kontaktów mieszkańców ze światem zewnętrznym

✓ **KMPT podkreśla, że domy pomocy społecznej powinny traktować wszystkich mieszkańców bez względu na podstawy ich umieszczenia oraz fakt ubezwłasnowolnienia na równi, jeśli chodzi o możliwość wychodzenia poza teren takich placówek.**

Tylko względy natury psychofizycznej rozpoznane przez lekarza mogą stanowić podstawę do odmowy samodzielnego opuszczania domu przez mieszkańca. Na personelu DPS ciąży wówczas obowiązek organizacji wyjść dla takiego mieszkańca pod opieką.

Wolność osobista jest jednym z aspektów wolności w rozumieniu art. 31 Konstytucji w związku z czym jej ograniczenie może nastąpić wyłącznie na drodze ustawowej, przy jednoczesnym wystąpieniu przesłanek materialnych oraz wskazaniu maksymalnych granic dla wprowadzenia ograniczeń (nakaz poszanowania zasady proporcjonalności oraz zakaz naruszania istoty praw i wolności). Wszystkie wymienione przesłanki muszą być spełnione łącznie, aby możliwe było wprowadzenie ograniczenia praw i wolności jednostki. Wykluczenie tych ogólnych zasad uznać należy za nieuzasadnione zubożenie konstytucyjnej ochrony praw jednostki

## Problem współpracy DPS z psychologiem

Jednym z podstawowych filarów należytej opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej jest zapewnienie im stałego i nieskrępowanego dostępu do psychologa. Tylko psycholog, który jest zatrudniony w placówce, stwarza realną możliwość realizacji takiego dostępu.

Problem sygnalizowany jest od roku 2013. Pomimo tego, rokrocznie Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej odpowiada Rzecznikowi

Praw Obywatelskich, iż domy pomocy społecznej nie muszą zatrudniać w swoich strukturach psychologa ani psychiatry, a częstotliwość kontaktów nie została uregulowana, gdyż zależy ona od indywidualnych potrzeb mieszkańców.

☑ **KMPT: Pytanie, jakie należy sobie postawić w kontekście stanowiska Ministerstwa, dotyczy jakości opieki psychologicznej sprawowanej ad hoc.**

## **Problem niedostatecznej kontroli sprawowanej w domach pomocy społecznej przez sędziów rodzinnych**

Zgodnie z art. 43 ust. 1 u.o.z.p obowiązek sądowej kontroli legalności przyjęcia i przebywania w domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, a także przestrzegania ich praw oraz warunków panujących w placówce, dotyczy wyłącznie domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób psychicznie chorych lub upośledzonych umysłowo.

Pensjonariusze z zaburzeniami psychicznymi mogą przebywać również w innych typach domów np. w domach dla osób przewlekle somatycznie chorych. Zdarza się zatem, że dany dom pomocy społecznej nie jest w ogóle kontrolowany przez sąd mimo, iż przebywają w nim osoby chore psychicznie. Takie rozwiązanie stawia część mieszkańców domów pomocy społecznej w gorszej pozycji. Pozwala na nieweryfikowane oraz nieokreślone czasowo pozbawienie wolności, pomija konieczność zagwarantowania wolności osobistej każdemu człowiekowi i możliwość domagania się w bezpośrednim kontakcie z sędzią wizytatorem, weryfikacji ich sytuacji w tym zakresie.

✓ **KMPT: Trzeba zmienić przepisy**

## **Problem pomieszczeń do stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji**

Regulacja zawarta w art 18 e ust. 1 u.o.z.p wskazuje, że przymus bezpośredni w postaci izolacji stosuje się w pomieszczeniu, które z jednej strony urządzone jest w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi, ale jednocześnie w sposób odpowiadający pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

✓ **KMPT: Izolacja, której czas trwania ograniczony jest przepisami prawa nie wymaga pomieszczenia, którego wyposażenie ma być podobne do wyposażenia pokoju mieszkalnego.**

## **Nieprawidłowości ujawnione w trakcie monitoringu domów pomocy społecznej w 2017 r.**

### **Traktowanie**

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur wyrazili swoje zastrzeżenia wobec przypadków stosowania konfiskaty i zniszczenia alkoholu posiadanego przez mieszkańców<sup>180</sup>, kontroli rzeczy mieszkańców<sup>181</sup>, stosowania kary w postaci okresowego zakazu opuszczenia domu dla mieszkańców nadużywających alkoholu<sup>182</sup>.

<sup>180</sup> DPS w Jordanowie, DPS w Radzyminie.

<sup>181</sup> DPS w Radzyminie.

<sup>182</sup> DPS w Radzyminie.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur pragnie podkreślić w tym miejscu, że :

1. Mieszkaniec domu pomocy społecznej zachowuje swoje prawa, które posiada jako obywatel
2. Kontrola jego rzeczy prywatnych może być czyniona tylko za jego zgodą i w jego obecności
3. Alkohol mieszkańca stanowi jego własność a jego konfiskata czyniona przez nieuprawnione osoby stanowi naruszenie art. 47 Konstytucji
4. W sytuacji zagrożenia bezpieczeństwu własnemu albo osób postronnych przez mieszkańca znajdującego się w stanie nietrzeźwości, placówki powinny korzystać z pomocy organów ochrony porządku takich jak Policja czy Straż Miejska
5. Żaden z obowiązujących przepisów prawa, które regulują funkcjonowanie domów pomocy społecznej nie zezwala na stosowanie kar wobec mieszkańców tych placówek

Wśród innych nieprawidłowości KMPT ujawnił też przypadki podawania leków podstępem<sup>183</sup> jak również angażowanie mieszkańców do pomocy przy kąpielach innych współmieszkańców<sup>184</sup>.

---

<sup>183</sup> DPS w Radzyminie.

<sup>184</sup> DPS „Jedlina” w Mieni.



**✓ KMPT: Do zabiegów higienicznych uprawniony jest tylko personel domów pomocy społecznej. Obecność innych osób (mieszkańców) przy tego rodzaju czynnościach stanowi naruszenie prawa do prywatności.**

**✓ KMPT: Podawanie leków podstępem powoduje umacnianie w mieszkańcu oporu przez ich przyjmowaniem. Pensjonariusz, jest przekonany że wzburzenie przeszło samo. Takie działania naruszają w sposób oczywisty zaufanie mieszkańca wobec personelu.**

Przedstawiciele KMPT analizując raporty sporządzone w domach pomocy społecznej przez opiekunki i pielęgniarki, weryfikują je pod kątem reakcji personelu w sytuacjach zagrożeń bezpieczeństwa mieszkańców. Nie zawsze jednak, pomimo zawierania w tych dokumentach informacji świadczących o sytuacjach kryzysowych takich jak agresja czy zły stan zdrowia mieszkańca, odnotowywana jest reakcja personelu wobec tego typu sytuacji. W związku z tym ustalenie sposobu działania pracowników domu w takich sytuacjach jest utrudnione a niekiedy wręcz niemożliwe.

## **Stosowanie przymusu bezpośredniego**

Przymus bezpośredni to czynność najgłębiej ingerująca w wolność jednostki. Tylko dobrze wykwalifikowany personel jest w stanie go zastosować bez wyrządzania dodatkowych dolegliwości osobie mu poddawanej. Użycie takich form oddziaływania wobec mieszkańców DPS jest w stałym zainteresowaniu KMPT, bo ingeruje bezpośrednio w wolność mieszkańca.

**Przykłady nieprawidłowości w stosowaniu przymusu bezpośredniego z 2017 r.:** brak odnotowywania, że mieszkańcom było podawany lek pod przymusem i było on unieruchamiany za pomocą kaftana bezpieczeństwa<sup>185</sup>.

*W trakcie rewizycji DPS w Ełku analiza monitoringu z izolatki pokazała, że personel pielęgniarski nie zna zasad stosowania przymusu, korzysta z pomocy innego mieszkańca przy unieruchamianiu oraz nie kontroluje stanu mieszkańca unieruchomionego.*

## Ochrona zdrowia mieszkańców domów pomocy społecznej

*W DPS w Radzyminie nie było sprzętu ratującego życie (zestawy przeciwstrząsowe i resuscytatory).*

*W DPS w Końskich wizytujący spotkali mieszkańca, który od 5 lat nie był konsultowany psychiatrycznie. Dostawał lekarstwa, które lekarz przepisywał bez weryfikacji stanu zdrowia pacjenta.*

**☑ KMPT: Wieloletni brak konsultacji psychiatrycznej stanowi realne zagrożenie dla bezpieczeństwa mieszkańca. Podawanie tych samych leków bez weryfikacji, uniemożliwia ponadto określenie ich skuteczności.**

## Prawo do informacji

Tylko w DPS w Radzyminie wizytujący stwierdzili, że w ogólnodostępnym miejscu nie ma informacji teledadresowych instytucji, z których pomocy mogą skorzystać mieszkańcy, których prawa są naruszane.

<sup>185</sup> DPS „Jedlina” w Mieni.

## Warunki bytowe i dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Wizytujący stwierdzili, że DPS w Radzyminie, Jordanowie oraz w Mieni były tylko częściowo dostosowane do potrzeb mieszkańców z niepełnosprawnościami. Ponadto, w Jordanowie KMPT zalecił zmianę lokalizacji instalacji przyzywowych, z których w trakcie wizytacji nie mogli korzystać mieszkańcy leżący.

### Dobre praktyki – podaj dalej!

**DPS „Tęczowy Dom” w Ełku - „Tęczowa Farma św. Józefa”.** Jest to oddzielny dom położony we wsi Jeziorowskie, 15 km od Ełku, dla chłopców starszych, wykazujących się pełną zdolnością do samoobsługi. Dom ma farmę, gdzie praca pozwala na usamodzielnianie się mieszkańców. W dniu wizytacji na farmie przebywało czterech chłopców. Docelowo będą tam zwierzęta hodowlane, m.in. alpaki, którymi będą opiekować się podopieczni domu. Niezaprzeczalny walor inwestycji stanowi także jej lokalizacja. Znajduje się ona w otoczeniu lasu, w niewielkiej odległości od rzeki.

## Komunikacja alternatywna, paszporty komunikacyjne

Dzięki wypracowanej w placówce praktyce, możliwa jest komunikacja z mieszkańcami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim.

**DPS w Radzyminie** - Stosowanie testów sprawności umysłowej (Hodgkinsona) i samoobsługi (Barthel) w celu doboru właściwej oferty opiekuńczo-terapeutycznej dla mieszkańców.

**DPS w Międzyrzeczu - bogate zaplecze terapeutyczne:** pracownia plastyczno-pedagogiczna, muzyczna z punktem bibliotecznym i zapleczem kuchennym, komputerowa, kinezyterapii. w domu funkcjonują ponadto **Warsztaty Terapii Zajęciowej (WTZ), w skład których**

**wchodzą następujące pracownie:** stolarska, ceramiczna, florystyczna i dekoracji wnętrz, kulinarna i gospodarstwa domowego, umiejętności społecznych i zawodowych oraz psychologiczna.

**DPS Jedlina w Mieni - rozbudowana baza do terapii zajęciowej:** sala sportowa (wyposażona w atlas do ćwiczeń, drabinki, wioślarz, rowery stacjonarne, stół do tenisa stołowego), pracownia muzyczna (sali widowiskowa), pracownia komputerowa, sala doświadczania świata, pracownia techniczna, stajnia (hipoterapia i ergoterapia). **Zatrudnienie odpłatne mieszkańców - 10 mieszkańców wykonywało odpłatną pracę** (każdy z nich na 1/2 etatu) w Mińskim Zakładzie Aktywności Zawodowej.

# PLACÓWKI CAŁODOBOWEJ OPIEKI

## Wprowadzenie

Placówki całodobowej opieki to kolejne po domach pomocy społecznej oraz zakładach opiekuńczo leczniczych miejsca przeznaczone dla osób w podeszłym wieku oraz z problemami zdrowotnymi. Stan psychofizyczny tej kategorii pacjentów powoduje większe ryzyko naruszenia ich praw.

Przepisy ustawy o pomocy społecznej regulują zarówno standardy działalności placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku (art. 67 - 69 ustawy), jak i procedury nadzoru i kontroli oraz postępowania w przypadku stwierdzenia prowadzenia działalności bez zezwolenia. Aby prowadzić działalność gospodarczą polegającą na całodobowej opiece trzeba spełnić konkretne warunki i uzyskać zgodę wojewody. Państwo zakłada bowiem, że opieka nad osobami niesamodzielnymi nie jest zwykłą, prostą działalnością gospodarczą. Z drugiej zaś strony, zezwalając osobom fizycznym na prowadzenie tego typu usług, ustawodawca przyznaje niejako brak możliwości podźwignięcia takich usług jedynie przez sektor państwowy i konieczność oddania części tej aktywności usługodawcom prywatnym.

***W 2017 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację 15 placówek całodobowej opieki<sup>186</sup>***

<sup>186</sup> „Dom nad Świdrem” w Otwocku KMP.573.3.2017, Dom Opieki „Sielanka” w Palmirach KMP.573.7.2017, Dom Opieki „Spokojna Przystań” w Baniosze KMP.573.4.2017, Dom Opieki Nad Osobami Starszymi „Zielony Zakątek” w Ząbkach KMP.573.1.2017, Centrum Opiekuńczo-Rehabilitacyjne „Alter Domus” w Otwocku KMP.573.9.2017, Dom Opieki „Ostoya Homes” w Starych Babcicach KMP.573.2.2017, Dom Opieki „Nestoria” w Piasecznie KMP.573.5.2917, Dom Opieki „Nestor” w Wojszczycach k. Pomiechówka KMP.573.8.2017, Centrum Seniora „Angel Care” we Wrocławiu BPW.573.1.2017, Dom Opieki „Złota Jesień” w Gdańsku BPG.573.1.2017, Dom Spokojnej Starości „Filiżanka” w Gnojniku KMP.573.13.2017, Dom

## Problemy systemowe

### Legalność pobytu

W ocenie KMPT istotny z punktu widzenia praw osób będących mieszkańcami placówek całodobowej opieki jest postępowanie związane z ich umieszczeniem, w szczególności jeśli dotyczy osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wyłącającym możliwość rozeznania sytuacji, w której się znajdują oraz podejmowania decyzji. Osoby działające w imieniu pensjonariusza nie są zaś w żaden sposób legitymowane w świetle obowiązujących przepisów do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia pensjonariusza w placówce całodobowej opieki. W szczególności nie są przedstawicielami ustawowymi pensjonariusza, skoro nie jest on ubezwłasnowolniony i nie ustanowiono dla niego opiekuna. Pożądane byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. poprzez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażanej w trybie art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty<sup>187</sup> czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym – art. 22 i 23 u.o.z.p. Rozwiązania te obejmować powinny m. in. przyznanie członkom rodzin takich osób i innym osobom bliskim legitymacji do występowania do sądów w sprawie umieszczenia w placówce. Dzięki sądowej kontroli, wzmocnieniu w sposób istotny uległ by status osoby przyjmowanej do takich placówek, która obecnie pozostaje często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

---

Opieki „Florans” w Starych Babicach KMP.573.18.2017, Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet w Warszawie KMP.573.27.2017, DUOMED s.c w Markach KMP.573.36.2017, Dom Opieki „Józefina” w Józefowie k. Warszawy KMP.573.35.2017.

<sup>187</sup> tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 125.

## Stosowanie przymusu bezpośredniego w placówkach całodobowej opieki

W ocenie KMPT brakuje regulacji prawnej stosowania środków przymusu bezpośredniego w tego typu placówkach. W myśl obowiązujących przepisów, ich użycie poza szpitalem psychiatrycznym, jest dozwolone w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, domach pomocy społecznej lub w dowolnym miejscu przez uprawnione podmioty (Policja). Jeżeli środki przymusu bezpośredniego są stosowane w placówkach całodobowej opieki, to w ocenie KMPT stanowi to działanie nielegalne mogące wypełniać znamiona czynów zabronionych (naruszenie nietykalności cielesnej czy bezprawne pozbawienie wolności). Rzecznik zwrócił się do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej o uregulowanie stosowania środków przymusu bezpośredniego w placówkach całodobowej opieki<sup>188</sup>. Minister podzielił argumentację Rzecznika zapewniając, że w Ministerstwie trwają działania zmierzające do wprowadzenia na gruncie ustawy o pomocy społecznej możliwości zatrudniania w takich placówkach personelu medycznego, który byłby uprawniony do stosowania środków przymusu. Niestety pomimo zapowiedzi Ministra nie wprowadzono opisywanych przez niego zmian. Obecnie, placówki całodobowej opieki nie mogą stosować przymusu bezpośredniego względem swoich pensjonariuszy, lecz są zobowiązane do prowadzenia ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka.

---

<sup>188</sup> KMP.575.13.2016.

## Nieprawidłowości ujawnione w toku monitoringu placówek całodobowej opieki

### Traktowanie

W placówce „Florans” w Starych Babicach, uwagę wizytujących wzbudziła praktyka przywiązywania osób mających problem z utrzymaniem pozycji siedzącej do foteli za pomocą np. ręczników<sup>189</sup>.

Metoda ta stosowana jest tylko w celu zabezpieczenia danej osoby przed zsunięciem się z fotela. Podczas oglądu pokoi mieszkalnych wizytujący zwrócili uwagę, iż jeden z mieszkańców był przywiązany do fotela, w którym siedział, za pomocą prześcieradła z gumką. Z mężczyzną tym nie można było nawiązać logicznego kontaktu – wypowiadał jedynie niezrozumiałe zdania - jednak wskazywał on na prześcieradło i próbował ciągnąć za nie. Współmieszkaniec przekazał informację, iż mężczyzna ten jest codziennie sadzany w fotelu i przywiązany do niego w ten sposób, a zwolnienie następuje na czas spaceru (nie potrafił jednak wskazać ile razy dziennie i kiedy ostatnio) i załatwienia potrzeb fizjologicznych. W trakcie podsumowania właścicielka placówki wskazała, że mieszkaniec jest w ten sposób zabezpieczany, gdyż inaczej zsunąłby się z fotela i wyrządził sobie krzywdę. Dodała też, że w fotelu spędza czas do obiadu, a po nim jest kładziony do łóżka. Z wypowiedzi nie wynikało jednak, aby wobec mężczyzny były podejmowane próby zapewnienia jakiegoś alternatywnego sposobu postępowania niż przywiązywanie go do fotela w pokoju mieszkalnym na pół dnia i następnie kładzenie do łóżka na resztę doby. Rodzina mieszkańca nie zgłaszała także zastrzeżeń co do takiego sposobu postępowania.

Zdaniem KMPT długotrwałe zabezpieczanie mieszkańców bez umożliwienia im zmiany pozycji, czy otoczenia w którym przebywa-

<sup>189</sup> Z podobną sytuacją wizytujący spotkali się w placówce w Palmirach, w której mężczyzna poruszający się na wózku inwalidzkim przywiązany był do jego siedziska za pomocą materiałowego pasa.



ją jak również zmuszanie ich do pozostawania w łóżku przez większą część doby może prowadzić do nieludzkiego traktowania. Ponadto traktowanie mieszkańca polegające na ograniczeniu jego aktywności życiowej do siedzenia w fotelu z przerwami jedynie na posiłek lub załatwienie czynności fizjologicznych stanowi naruszenie art. 68 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej, zgodnie z którym sposób świadczenia usług powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce, a także prawa człowieka, w tym w szczególności prawo do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa.

**☑ KMPPT: W przypadku stosowania niestandardowych form opieki, w tym zabezpieczania mieszkańców o obniżonej sprawności fizycznej, stwarzających ryzyko niewłaściwego traktowania zasadnym byłoby opracowanie procedur szczegółowo regulujących sposób postępowania z takimi mieszkańcami. W procedurach należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkańcem, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą tj. lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańców o obniżonej sprawności fizycznej oraz z wykorzystaniem profesjonalnego sprzętu.**

Wizytując placówki całodobowej opieki, przedstawiciele KMPT ujawnili klauzule niedozwolone w tekstach umów zawieranych pomiędzy właścicielami placówek a klientami, które w sposób istotny pogarszały sytuację osób przyjmowanej do placówek.

W placówce w Piasecznie<sup>190</sup>, zakwestionowany przez wizytujących zapis przewidywał, że umowa z pacjentem może zostać rozwiązana w trybie natychmiastowym z powodu znacznego pogorszenia się stanu jego zdrowia, nieprzestrzegania regulaminu, jak również agresywnego zachowania. Innym niedozwolonym postanowieniem był zapis dopuszczający możliwość zatrzymania przez placówkę w przypadku śmierci pacjenta niewykorzystanych w związku z jego śmiercią opłat za jego pobyt w placówce.

- ▶ **Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów:** w niektórych przypadkach wystarczającym powodem do natychmiastowego rozwiązania umowy miało być pogorszenie stanu zdrowia i kondycji psychicznej podopiecznego. W ocenie Urzędu, postanowienia te godziły w dobre obyczaje, zwłaszcza, gdy pociągały za sobą konieczność niemalże jednoczesnego opuszczenia placówki przez osoby wymagające opieki.
- ▶ **Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów:** Usługodawca nie może odmówić konsumentowi lub jego spadkobiercom zwrotu zapłaty za niewykorzystane świadczenia. Ma prawo jedynie zatrzymać kwotę odzwierciedlającą wartość rzeczywiście wykonanej usługi<sup>191</sup>.

---

<sup>190</sup> Taki zapis znajdował się w umowach zawieranych przez placówkę „Ostoya Homes” w Starych Bubicach.

<sup>191</sup> Szerzej na temat klauzul niedozwolonych w raporcie UOKiK pt. *Badanie wzorców umownych stosowanych w placówkach świadczących usługi w zakresie zapewnienia opieki osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku*.

Wśród innych zidentyfikowanych przez KMPT nieprawidłowości w traktowaniu pacjentów wizytowanych placówek wskazać należy: dysponowanie ich wizerunkiem bez stosownej zgody<sup>192</sup>, zwracanie się do mieszkańców per Ty<sup>193</sup> oraz brak właściwego przechowywania środków mieszkańców do utrzymania higieny (maszynki do golenia oraz gąbki do mycia przechowywane było zbiorczo)<sup>194</sup>.

## Stosowanie przymusu bezpośredniego

Wizytując placówkę „Florans” w Starych Babicach, przedstawiciele KMPT otrzymali informację od właścicielki, że wobec mieszkańców, w sytuacji ich pobudzenia, stosowany jest przymus bezpośredni, w tym przytrzymanie do podania zastrzyku, czy też podanie leków (np. Haloperidol, Hydroxyzyna) ukrytych w ptasim mleczku lub jogurcie.

W ocenie wizytujących przekazana informacja wskazywała na stosowanie wobec mieszkańców przymusu bezpośredniego, o którym mowa w art. 3 pkt 6 u.o.z.p. Obowiązujące przepisy nie przyznają jednak placówkom zapewniającym całodobową opiekę uprawnień do stosowania przymusu bezpośredniego w stosunku do osób je zamieszkujących. Przepis artykułu 68a pkt 1 lit. d ustawy o pomocy społecznej zobowiązuje podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku do prowadzenia szczegółowej dokumentacji osób przebywających w placówce, zawierającej informacje dotyczące stanu zdrowia danej osoby, w szczególności ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka. Przepis wskazuje zatem jedynie na potrzebę ewidencjonowania przymusu bezpośredniego. Nie określa on przesłanek jego stosowania, dopuszczalnych form przymusu, środ-

<sup>192</sup> Piaseczno, Baniocha.

<sup>193</sup> „Florans” Stare Babice, Warszawa.

<sup>194</sup> Palmiry.

ków kontroli i przepisów o charakterze gwarancyjnym dla osób wobec których przymus bezpośredni jest stosowany. Należy zatem przyjąć, iż przepis obliguje do ewidencjonowania przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ale nie stosowanego przez pracowników placówki całodobowej opieki, a przez podmioty uprawnione np. interweniujących funkcjonariuszy Policji, czy też personel Pogotowia Ratunkowego.

Z kolei w placówce w Palmirach, wobec mężczyzny przyjętego po wypisie ze szpitala, w związku z jego znacznym pobudzeniem stosowane było unieruchomienie. Trwało ono do czasu przyjazdu karetki pogotowia, która zabrała mieszkańca do szpitala psychiatrycznego, w którym został umieszczony.

## **Prawo do ochrony zdrowia**

Najpoważniejszym naruszeniem stwierdzonym przez KMPT w obszarze traktowania pacjentów placówek całodobowej opieki było podawanie leków podstępem<sup>195</sup> oraz stosowanie leków psychotropowych bez konsultacji z lekarzem psychiatrą<sup>196</sup>.

W odniesieniu do podawania leków podstępem KMPT niejednokrotnie podkreślał, że takie działania mogą wyrządzić więcej szkód aniżeli mieć właściwy wpływ na przebieg leczenia. Osoba, która odmawia przyjmowania leków, a mimo tego otrzymuje je podstępem (np. rozpuszczone w napoju), nie ma świadomości że uzyskuje poprawę stanu swojego zdrowia właśnie dzięki lekarstwu. Jest zatem przekonana, że stan jej zdrowia nie zależy od przyjmowanych lekarstw, co umacnia ją w przekonaniu, że odmawianie ich przyjmowania pozostaje bez wpływu na jej zdrowie.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur uzyskał w 2017 r. opinię w tej sprawie sformułowaną przez prof. dr hab. Jacka Wciórkę z Instytutu

<sup>195</sup> Otwock, Palmiry, Piaseczno.

<sup>196</sup> „Florans” Stare Babice.

Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, podanie leku w takiej formie powinno być traktowane jako ostateczność. Rozkruszanie lekarstw nie daje bowiem nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwiobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości zapewniając właściwe działanie leku. Także Polskie Towarzystwo Psychiatryczne pismem z dnia 01.02.2017 r. poinformowało, że rozdrabnianie leków stanowić może działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować. Podawanie leków psychotropowych bez zlecenia lekarskiego mieszkańcom stanowi bezpośrednio naruszenie ich prawa do ochrony zdrowia oraz wolności w zakresie decydowania o przebiegu leczenia.

**✓ KMPT: Podawanie leków psychotropowych mieszkańcom bez zlecenia, trwające przez dłuższy czas oraz stosowanie leczenia podstępem bez wiedzy i ich zgody, może prowadzić do niehumanitarnego traktowania, a także narażenia zdrowia i życia mieszkańców traktowanych w ten sposób przez personel placówek.**

- ▶ Doraźne stosowanie leków wyłącznie na podstawie decyzji pielęgniarek, bez systematycznego nadzoru ze strony lekarza, stwarza ogromne ryzyko nadużyć, zwłaszcza w placówkach bez stałej obsady lekarskiej. Jak w przypadku każdej farmakoterapii, skutki doraźnego podawania leków powinny być monitorowane w rozsądnych odstępach czasowych. CPT podkreślił także, że doraźne podawanie leków nigdy nie może być stosowane jako metoda radzenia sobie z trudnymi zachowaniami mieszkańców, np. rozwiązywania konfliktów między nimi (CPT)<sup>197</sup>.

<sup>197</sup> Zob. CPT/Inf (2008)5, par. 171.

Analizując obszar ochrony zdrowia mieszkańców, KMPT każdorazowo weryfikuje dostępne w placówkach raporty pielęgniarskie, które odzwierciedlają opiekę medyczną sprawowaną nad mieszkańcami. W odniesieniu do raportów sporządzanych w placówce w Piasecznie, wizytujący zwrócili uwagę na niesystematyczność w ich prowadzeniu. Wartość takiej dokumentacji jest w ocenie KMPT nie do przecenienia. Są one bardzo istotnym źródłem wiedzy na temat opieki sprawowanej wobec mieszkańców, stanowiąc jednocześnie (np. w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia) łatwo dostępną informację, na temat konkretnych leków podawanych pacjentom.

Z kolei w Zakładzie dla chronicznie chorych kobiet w Warszawie, pomimo informacji odnotowywanych w raportach, wskazujących na występowanie przypadków agresji mieszkanek względem personelu, brak było wpisów obrazujących sposób postępowania personelu w takich sytuacjach.

## **Prawo do informacji**

We wszystkich zwizytowanych placówkach, wizytujący stwierdzili brak informacji teleadresowych organów stojących na straży praw człowieka które powinny być udostępnione mieszkańcom w ogólnodostępnych dla nich miejscach.

Wizytując placówkę „Angel Care” we Wrocławiu, przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na praktykę udzielania przez lekarzy informacji na temat stanu zdrowia pensjonariuszy członkom ich rodzin w ramach konsultacji, w których może brać udział także pensjonariusz (lecz nie musi). Krąg osób, którym przekazuje się informacje, nie jest nigdzie określony. Udzielenie takich informacji nie jest poprzedzone uzyskaniem od pensjonariusza-pacjenta zgody. Przedstawiciele KMPT zwracają uwagę, że taka praktyka może naruszać prawo pensjonariusza do decydowania o tym, komu udzielić informacji na temat jego stanu zdrowia. Zasadą, wynikającą z art. 31 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza

i lekarza dentystry, jest konieczność uzyskania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na udzielenie informacji medycznych innym osobom. Przekazywanie informacji bez wyraźnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego innym osobom, nawet osobom bliskim, jest więc niedopuszczalne. Dotyczy to również pacjentów ubezwłasnowolnionych. Co prawda, art. 31 ust. 6 ww. ustawy przewiduje możliwość udzielenia – także bez zgody pacjenta – informacji na temat stanu jego zdrowia „osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>198</sup>”, jeżeli pacjent jest „niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji”. Warto jednak podkreślić, że nie każdy pensjonariusz ubezwłasnowolniony jest automatycznie „niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji”. Także pacjenci ubezwłasnowolnieni, ale zdolni do zrozumienia informacji, powinni mieć zagwarantowaną możliwość decydowania o tym, komu mogą być przekazywane wiadomości na temat ich stanu zdrowia, które to wiadomości stanowią dane wrażliwe, dotyczące życia prywatnego pensjonariuszy. Wizytujący zwracają więc uwagę na konieczność dostosowania procedury udzielania informacji na temat stanu zdrowia pensjonariuszy innym osobom do wymogów ustawowych.

## **Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym**

Prawo do swobodnego poruszania się mieszkańców w obrębie i poza placówką respektowane było w placówkach<sup>199</sup>. W pozostałych do wychodzenia poza teren placówki, poza właściwym stanem psycho-fizycznym mieszkańca, niezbędna była wola jego bliskich.

<sup>198</sup> tekst jedn.: Dz. U z 2017 r., poz. 1318.

<sup>199</sup> Marki, „Dom nad Świdrem” Otwock, „Alter Domus” Otwock, Gnojnik, Stare Babice, Gdańsk, Wojszczyce.

✓ **KMPT: Prawo każdego człowieka do samodecydowania stanowi immanentną cechę istoty ludzkiej. Jedyne w instytucjach totalnych, których nadrzędny cel stanowi izolacja umieszczanych w nich osób od reszty społeczeństwa, może być ono ograniczone naturą takich placówek. W pozostałych miejscach detencji, w szczególności w takich jak domy pomocy społecznej, placówki całodobowej opieki, możliwość swobodnego ich opuszczania przez zamieszkujące je osoby powinna być regulacją, od której jedynym wyjątkiem mogą być sytuacje powodowane złym stanem psycho-fizycznym.**

## Warunki bytowe

Mieszkańcy wizytowanych placówek żyją w dobrych warunkach, które tak właśnie sami oceniają. Wizytujący zwrócili jednakże uwagę na nieprzyjemne zapachy w placówce w Palmirach, jak również na powierzchnie mieszkalne pokoi wieloosobowych, która była ok. 1,5 m<sup>2</sup> mniejsza niż powinna być (Ząbki).

Pomimo, że art. 68 ust. 4 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej stanowi wyraźnie, że budynek oraz jego otoczenie powinny być pozbawione barier architektonicznych, to jedynie placówki we Wrocławiu, Gdańsku oraz w Józefowie, spełniały te kryteria. Pozostałe dysponowały pewnymi udogodnieniami ułatwiającymi osobom z niepełnosprawnością codzienne życie.



# SZPITALY PSYCHIATRYCZNE

## Wprowadzenie

**• 15 szpitali i oddziałów psychiatrycznych wizytowanych w 2017 r.**

7 placówek wizytowanych tematyczne pod kątem dostępności opieki psychiatrycznej dla nieletnich<sup>200</sup>. Przedmiotem działań wizytujących w pozostałych 8 jednostkach<sup>201</sup> był stan przestrzegania praw osób dorosłych, które znalazły się w nich wbrew swojej woli, tj. przyjętych bez swojej zgody oraz osób, które zgodziły się na przyjęcie do placówki, ale podczas pobytu w niej, decyzję tę cofnęły.

**• 8 wizytowanych szpitali placówek i tylko 3 ekspertów lekarzy psychiatrii biorących udział w wizytacjach KMPT w charakterze ekspertów!**

KMPT zauważa rosnące z roku na rok problemy w pozyskiwaniu lekarzy do współpracy.

---

<sup>200</sup> Wyniki tych wizytacji zostaną przedstawione w specjalnym raporcie tematycznym KMPT.

<sup>201</sup> Oddział psychiatryczny Zakładu Opieki Psychiatrycznej „Salus” w Szczecinku KMP.574.1.2017, Oddział psychiatryczny Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psycho-traumatologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie KMP.574.13.2017, Oddział Psychiatryczny ZOZ sp. z o.o w Świętochłowicach BPK.574.1.2017, Oddział psychiatryczny Szpitala Miejskiego sp. z o.o w Sosnowcu KMP.574.14.2017, Oddział psychiatryczny Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu KMP.574.16.2017, Oddział psychiatryczny 7-go Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku KMP.574.15.2017, Oddział psychiatryczny Szpitala Ogólnego w Kolnie KMP.574.18.2017, Oddział psychiatryczny Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku BPG.574.2.2017.

## Problemy systemowe

### Niedofinansowanie oddziałów psychiatrycznych

Łatwy i szybki dostęp do pacjenta w stanie zagrożenia powinien być standardem. Tymczasem żadna ze zwizytowanych placówek nie gwarantowała dostępu do łóżek pacjentów z 3 stron!

O problemie niedofinansowania szpitalnego leczenia psychiatrycznego przez Narodowy Fundusz Zdrowia KMPT alarmuje poczynając od Raportu Rzecznika Praw Obywatelskich w 2012 r. Problem ten nie utracił na swojej aktualności również w 2017 r. Jego źródłem jest w ocenie KMPT, pomijanie przez NFZ w założeniach finansowych faktu, że poza leczeniem psychiatrycznym szpital musi zapewnić często kosztowniejsze leczenie somatyczne (którego potrzeba szczególnie w przypadku osób starszych jest duża), medykamenty (leki, insulinę dla diabetyków itd.), a także transport na potrzebne konsultacje.

Niestety wizytacje przeprowadzone w 2017 r. potwierdzają zaobserwowaną w latach ubiegłych zbyt małą liczbę miejsc w szpitalach psychiatrycznych. KMPT wciąż ujawnia przypadki umieszczania pacjentów na korytarzach oddziałów lub dostawiania w salach dodatkowych łóżek, co powoduje nadmierne zagęszczenie i uniemożliwia dostęp do łóżek z 3 stron. Informacje zgromadzone przez wizytujących wskazują, że jest to praktyka występująca w wielu szpitalach psychiatrycznych.

✓ **KMPT: Zakwaterowanie na korytarzach ogranicza w sposób oczywisty prawo do prywatności chorych. To samo odnosi się do zbyt dużej liczby pacjentów w pokojach. Negatywnie wpływa na proces leczenia, powodując napięcia między pacjentami.**

✓ **KMPT: W przypadku pacjentów, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający, hospitalizacja w takich warunkach może trwać wiele lat.**

- ▶ Stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje, w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom(...). Należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądane jest wyposażenie pomieszczeń w stoliki i szafki stojące obok łóżek; ponadto pacjentom powinno się pozwolić na przechowywanie określonych rzeczy osobistych (fotografie, książki, itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia pacjentom określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii u pacjenta (CPT)<sup>202</sup>.

## **Monitoring w szpitalach psychiatrycznych**

By stosowanie nadzoru wideo nad bezpieczeństwem pacjentów w szpitalach było legalne, musi być podstawa prawna do jego używania zawarta w ustawie!

Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się wystąpieniem generalnym do Ministra Zdrowia w sprawie potrzeby uregulowania zagadnienia monitoringu w szpitalach psychiatrycznych. Minister Zdrowia zgodził

<sup>202</sup> Zob. CPT /Inf/E (2002) 1 -Rev. 2011.

się z argumentacją przedstawioną przez RPO i zapowiedział wprowadzenie właściwych regulacji do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Niestety deklaracja ta nie została wciąż zrealizowana! Z odpowiedzi Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 22.05.2018 r. na Raport KMPT z działalności w 2016 r. wynika, że regulacja stosowania monitoringu wizyjnego w szpitalach stosowanego w celach inne niż monitorowanie stanu zdrowia pacjentów (np. monitoring stosowany w pomieszczeniach do izolacji) wykracza poza zakres kompetencji Ministra Zdrowia<sup>203</sup>.

Bez wątplenia pozytywnie należy ocenić zmianę ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw, w zakresie, w jakim przewiduje obowiązek instalacji monitoringu w pomieszczeniu przeznaczonym do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji. W dalszym jednak ciągu brakuje adekwatnej regulacji ustawowej odnoszącej się do pomieszczeń jednoosobowych, w których stosuje się przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia osoby z zaburzeniami psychicznymi, jak również w odcinkach obserwacyjnych i oddziałach szpitalnych dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia.

Poza argumentami przedstawionymi powyżej, związanymi z zasadami prawidłowej legislacji, kwestie monitorowania osób za pomocą urządzeń telewizji przemysłowej mają fundamentalne znaczenie z punktu widzenia praw człowieka. Szczególna troska o sytuację pacjentów szpitala psychiatrycznego związana jest również z wyższym niż w przypadku innych grup społecznych ryzykiem ich wykluczenia społecznego. Nie ulega wątpliwości, iż brak właściwej ochrony praw tych pacjentów, ich danych osobowych oraz wizerunku powoduje zagrożenie niewłaściwego wykorzystania tych informacji.

---

<sup>203</sup> Sygn. IK: 1265525.DL(2).

**✓ KMPT będzie w dalszym ciągu dążyć do wprowadzenia ustawowych podstaw do stosowania monitoringu wizyjnego w szpitalach psychiatrycznych.**

## **Brak regulacji dotyczących konwojowania poza placówkę osób wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający**

W postępowaniu z osobami chorymi psychicznie wszelkie procedury ich dotyczące powinny mieć jasne i nie budzące wątpliwości uregulowanie!

Brak określenia w przepisach kto, w jakich przypadkach, z jakimi środkami przymusu bezpośredniego oraz jakimi środkami transportu może konwojować osoby przebywające w szpitalach zamiast w więzieniach, stanowi zupełne minimum jeśli chodzi o bezpieczeństwo takich pacjentów!

**✓ KMPT od kilku lat apeluje o uregulowanie zasad konwojowania pacjentów przebywających w szpitalach i w oddziałach psychiatrycznych w ramach środka zabezpieczającego, poza teren tych placówek na konsultację lekarską, badanie lub zabieg.**

Obecnie obowiązek ten spada na administrację szpitali psychiatrycznych. KMPT zwrócił uwagę, że możliwa jest obecnie sytuacja, że pacjent szpitala psychiatrycznego będzie konwojowany środkami transportu publicznego, co budzi uzasadnione obawy o bezpieczeństwo innych pasażerów. W opinii Ministerstwa Zdrowia uzasadnione jest wprowadzenie do Kodeksu karnego wykonawczego przepisów dotyczących konwojowania osób, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający. W ocenie KMPT niezbędne wydaje się podję-

cie działań legislacyjnych poprzez wskazanie warunków wykonywania konwojów tj. w jakich przypadkach konwój może mieć miejsce, kto go powinien realizować, jaki powinien być skład osobowy konwojującego personelu, jaki powinien być to środek transportu, jakie powinny być zasady działania w celu zapobiegnięcia agresji czy też samowolnego oddalenia się pacjenta. Obecnie problem zorganizowania transportu i zapewnienia bezpieczeństwa w sytuacji konieczności zrealizowania ważnej konsultacji lekarskiej, badania czy zabiegu pacjenta poza szpitalem psychiatrycznym, spoczywa wyłącznie w gestii szpitali psychiatrycznych.

## Instalacja przyzywowa

Bezpieczeństwo pacjentów powinno być traktowane priorytetowo! Dlaczego zatem Ministerstwo Zdrowia nie widzi potrzeby wprowadzenia standardu wyposażenia salach chorych w instalację przyzywową?

W ocenie KMPT nie do przecenienia w tym zakresie jest sprawnie funkcjonująca i łatwo dostępna dla każdego z pacjentów instalacja przyzywowa. Umożliwia ona szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi pacjentów.

**☑ KMPT: Przyciski alarmowo-przyzywowe powinny być we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje łóżkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania przymusu bezpośredniego m.in. w postaci izolacji).**

Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma także szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych powinny mieć zapewnione różne formy pomocy osób, szeroko rozumianą dostęp-

ność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi oraz którym w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego, powinno się zapewnić racjonalne usprawnienia.

W tym kontekście uwagę zwraca stwierdzony brak instalacji alarmowo-przyzywowej również w niektórych wizytowanych oddziałach psychogeriatrycznych, gdzie część pacjentów to wyłącznie leżące osoby, które nie mogą wyjść z pokoju łóżkowego, by w nagłej sytuacji powiadomić personel.

► **Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stawiają na bezpieczeństwo przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>204</sup> nie stawia jednak wymogu, aby w oddziałach szpitala była zamontowana sygnalizacja alarmowo-przyzywowa, dostępna z pokoi pacjentów, łazienek czy innych pomieszczeń przez nich użytkowanych.

Dostrzegając brak w przepisach, Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Zdrowia o rozważenie wprowadzenia stosowanego wymogu. Pismem z dnia 29 czerwca 2017 r. Minister Zdrowia odpowiedział, że o opinię w tej sprawie został poproszony konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii oraz konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii i młodzieży. Zgodnie z nią (...) *pacjenci szpitalnych oddziałów psychiatrycznych są osobami sprawnymi fizycznie i poruszającymi się o własnych siłach. Tym samym umieszczanie ww. sygnalizacji, której naczelnym zadaniem jest umożliwienie zasygnalizowania potrzeby pomocy, w ww. oddziałach wydaje się niecelowe*<sup>205</sup>.

<sup>204</sup> Dz. U z 2012 r., poz. 739.

<sup>205</sup> Zob. KMP.574.4.2017.

## Nieprawidłowości ujawnione w trakcie monitoringu szpitali psychiatrycznych w 2017 r.

### Legalność pobytu

W dalszym ciągu zdarza się, że o przyjęciu do szpitala pacjentów wbrew ich woli decyduje jeden lekarz psychiatra, nawet jeśli w placówce obecny jest inny lekarz, który mógłby skonsultować taką decyzję (art. 23 ust. 2 u.o.z.p). Z takimi przypadkami, wizytujący spotkali się w 2017 r. w szpitalach w Kolnie, Słupsku, Szczecinku oraz Elblągu.

**☑ KMPT: Druga opinia lekarska stanowi dodatkowe zabezpieczenie pacjenta przed ewentualną pomyłką lekarską, a jej zasięganie powinno być standardem.**

Należy mieć bowiem na względzie, że przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody stanowi głęboką ingerencję w podstawowe wolności człowieka. W takim przypadku organy władzy publicznej powinny dołożyć wszelkich starań w zakresie zapobiegania ewentualnym pomyłkom w ocenie przesłanek uzasadniających pobyt.



- ▶ Osoby chore psychicznie i z niepełnosprawnością umysłową – z racji swojej wrażliwości – wymagają znacznej uwagi, tak aby uniknąć wszelkich działań – czy też nie dopuścić się zaniechania – na ich szkodę. Wynika z tego, że przymusowe umieszczenie w ośrodku psychiatrycznym powinno być zawsze związane z właściwymi gwarancjami.(...) W procedurze podejmowania decyzji o przymusowym umieszczeniu w ośrodku należy zapewnić gwarancje niezależności i bezstronności, a także obiektywne ekspertyzy lekarskie (CPT)<sup>206</sup>

## Traktowanie

*Tylko w jednej z wizytowanych placówek, przedstawiciele KMPT zauważyli, że personel skraca dystans w kontaktach z pacjentami poprzez zwracanie się do nich per ty<sup>207</sup>.*

*W innym szpitalu<sup>208</sup> osoby nowo przybyłe będące pod obserwacją ubrane były w ciągu dnia w piżamy.*

**☑ KMPT: Zobowiązanie chorych przez personel szpitala do noszenia przez całą dobę piżam, jest niewłaściwą praktyką, nie tylko ze względów higienicznych. Ubranie nie zapobiegnie ucieczce, czy targnięciu się na życie przez pacjenta, a jest postrzegane jako dodatkowa uciążliwość związana z jego pobytem w szpitalu.**

<sup>206</sup> § 51-52 Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf(98)12-part.

<sup>207</sup> Słupsk.

<sup>208</sup> Warszawa.

- ▶ Praktyka polegająca na stałym ubieraniu pacjentów w piżamy/koszule nocne nie sprzyja wzmocnieniu tożsamości osobistej i poczucia wartości u pacjentów, a indywidualizacja w zakresie garderoby powinna być częścią procesu terapeutycznego (CPT)<sup>209</sup>.

## Stosowanie przymusu bezpośredniego

Analiza stosowania w placówkach przymusu bezpośredniego wobec pacjentów pozwoliła na sformułowanie następujących nieprawidłowości:

- **Stosowanie tzw. przymusu na życzenie**<sup>210</sup> (pacjent, który czuje zbliżający się atak, prosi o unieruchomienie). Głównym problemem związanym ze spełnianiem takiej prośby jest utrwalanie w pacjencie przekonania, że tylko unieruchomienie jest w stanie rozładować jego napięcie. Co z radzeniem sobie z tego typu sytuacjami przez pacjentów po opuszczeniu szpitali?<sup>211</sup>
- **Stosowanie przymusu przez mniej niż 5 członków personelu**<sup>212</sup> 2 – 4 osób wykonujących unieruchomienie nie gwarantuje należytego zastosowania takiego środka i naraża osobę unieruchamianą na dodatkowe dolegliwości. Standard 5 osób stosujących unieruchomienie wskazany jest także w uzasadnieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania: efektywne i bezpieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego<sup>213</sup> (dalej rozporządzenie w sprawie przymusu bezpośredniego), tj. samo jego

<sup>209</sup> Zob. § 34 Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf(98)12-part.

<sup>210</sup> Gdańsk.

<sup>211</sup> Szerzej na ten temat w: Stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia na prośbę pacjenta na oddziałach psychiatrycznych, Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2016 r., str. 200.

<sup>212</sup> Warszawa, Gdańsk, Szczecinek, Kolno, Elbląg.

<sup>213</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 740.

wykonanie, wobec silnej i sprawnej fizycznie osoby wymaga udziału 5 osób.

- **Stosowanie przymusu w kooperacji funkcjonariuszami Policji**<sup>214</sup>  
Funkcjonariusze policji powinni być wykorzystywani jako pomoc dla personelu szpitali, tylko wtedy gdy liczebność personelu nie jest wystarczająca do należytego zastosowania przymusu bezpośredniego; CPT „placówki opieki psychiatrycznej powinny dysponować wystarczającą liczbą właściwie wyszkolonych pracowników do podejmowania interwencji, w sytuacji pobudzenia pacjentów”; „policjanci nie są przeszkoleni w zakresie postępowania z pacjentami psychiatrycznymi, a ich obecność i użycie siły może spowodować u pacjenta traumę. Takie interwencje są nieodpowiednie i przerażające zarówno dla pacjenta, jak i dla innych pacjentów, którzy je obserwują”<sup>215</sup>.
- **Brak opinii drugiego lekarza psychiatry po dwukrotnym przedłużeniu stosowania unieruchomienia**<sup>216</sup> § 4 ust. 5 rozporządzenia w sprawie przymusu bezpośredniego stanowi, że po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie stosowania tych środków przymusu bezpośredniego na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz uzyskaniu opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą.
- **Stosowanie pieluchomajtek dla unieruchamianych pacjentów**<sup>217</sup>  
Zgodnie z § 11 ust. pkt 2 rozporządzenia w sprawie przymusu bezpośredniego pielęgniarka zapewnia krótkotrwale częściowe albo całkowite uwolnienie osoby z zaburzeniami psychicznymi od unie-

<sup>214</sup> Elbląg, Sosnowiec, Kolno.

<sup>215</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Holandii, CPT/Inf (2017) 1, § 138.

<sup>216</sup> Elbląg, Kolno, Szczecinek.

<sup>217</sup> Kolno.

ruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny. Stosowanie pieluchomajtek zakłada w ocenie KMPT świadomą zgodę personelu na nierealizowanie dyspozycji wskazanego przepisu. Naraża to tym samym pacjenta na dodatkowe dolegliwości, których można byłoby uniknąć stosując przymus zgodnie ze wszystkimi jego gwarancjami.

- **Stosowanie przymusu w formie unieruchomienia w salach wieloosobowych, bez zastosowania parawanów gwarantujących intymność osobom mu poddawanych<sup>218</sup>.**
- **Brak archiwizowania nagrań z pomieszczenia do izolacji pacjentów<sup>219</sup>.**

## **Prawo do ochrony zdrowia i terapii**

W oddziale psychiatrycznym Szpitala Miejskiego w Sosnowcu nie odbywały się zajęcia terapeutyczne dla pacjentów z uwagi na brak terapeuty zajęciowego.

KMPT zwraca uwagę, że nieodzownym elementem szeroko pojętego leczenia psychiatrycznego są oddziaływania terapeutyczne. Ich brak stanowi istotne pogorszenie realizacji prawa do ochrony zdrowia w czasie hospitalizacji.

W dwóch innych szpitalach<sup>220</sup>, zajęcia terapeutyczne nie były organizowane w weekendy.

---

<sup>218</sup> Sosnowiec.

<sup>219</sup> Świętochłowice.

<sup>220</sup> Kolno, Gdańsk.

W godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych<sup>221</sup>.

## **Kontakt ze światem zewnętrznym**

Wśród nieprawidłowości związanych z dostępem do świata zewnętrznego pacjentów wizytowanych oddziałów psychiatrycznych, przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na brak wyjść na świeże powietrze w szpitalach w Sosnowcu i Świętochłowicach. W odniesieniu do oddziału psychiatrycznego szpitala w Kolnie, wizytujący wydali zalecenie zniesienia zakazu odwiedzin pacjentów przez dzieci poniżej 10 roku życia, jako nie znajdującego odzwierciedlenia w obowiązujących przepisach prawa. Przedstawiciele KMPT rozumieją, że tego zakazy wynikają z potrzeby ochrony dziecka, które (pomijając możliwość zagrożenia fizycznego) może być narażone na traumatyczne przeżycia obserwując zachowanie pacjentów pobudzonych.

**✓ KMPT: Taki cel można osiągnąć również przez zorganizowanie na terenie oddziału (lub w pobliżu) pomieszczenia do widzeń pacjentów z ich dziećmi. To właściwy kompromis pomiędzy zapewnieniem bezpieczeństwa dzieciom, a prawem pacjentów do utrzymywania więzi rodzinnych.**

<sup>221</sup> Dz. U z 2014 r., poz. 522.

## Warunki bytowe i dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

W dwóch placówkach przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na brak dostępu z trzech stron do łóżek pacjentów<sup>222</sup>. W celu podniesienia bezpieczeństwa osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych zalecano również zamontowanie zasłon okiennych w salach chorych<sup>223</sup> oraz ich wyposażanie w szafy ubraniowe<sup>224</sup>. Z uwagi na względy higieniczne, w odniesieniu do placówki w Kolnie, KMPT zalecił wymianę materacy na takie, które powleczone są łatwo zmywalnym i nieprzemakalnym materiałem.

Reprezentanci KMPT zwrócili także uwagę na konieczność zapewnienia intymności osobom korzystającym z toalety oraz z natrysków<sup>225</sup>. Z kolei w oddziale psychiatrycznym szpitala w Sosnowcu zalecili demontaż kamery znajdującej się w toalecie jednej z sal obserwacyjnych.

Ekspert, który wizytował tę placówkę wraz z przedstawicielami KMPT podkreślił, że obecność kamery niszczy wręcz intymność pacjentów!

Szczególną uwagę wizytujących zwróciły zewnętrzne kraty zamontowane w dwóch salach obserwacyjnych oddziału psychiatrycznego szpitala w Sosnowcu.

**✓ KMPT: Obecność krat w placówkach nie będących więzieniami, wpływa negatywnie na stan psychiczny pacjentów, zwiększa poczucie izolacji i zagrożenia!**

<sup>222</sup> Warszawa, Szczecinek.

<sup>223</sup> Elbląg.

<sup>224</sup> Elbląg, Sosnowiec.

<sup>225</sup> Warszawa.

Także CPT krytykuje wprowadzanie takich środków zabezpieczeń. Takie środki przyczyniają się w ocenie Komitetu do wytworzenia środowiska karnego<sup>226</sup>.

Placówki w Sosnowcu, Elblągu oraz w Szczecinku posiadały jedynie częściowe dostosowanie do potrzeb pacjentów z niepełnosprawnością.

## **Dobre praktyki – podaj dalej!**

### **Współpraca między Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku i Szkołą Policji w Słupsku**

Przedmiot współpracy stanowią szkolenia z zakresu oddziaływań psychologiczno-pedagogicznych istotnych z punktu widzenia Szkoły oraz CZP w Słupsku. Na mocy wskazanego porozumienia funkcjonariusze Policji przeprowadzili dla personelu szereg szkoleń wraz z ćwiczeniami z zakresu obezwładniania osób agresywnych przy pomocy siły fizycznej, unieruchomienia osoby przy pomocy pasów, podstaw samoobrony, stosowania środków przymusu bezpośredniego, przemocy w rodzinie oraz procedury niebieskiej karty. Z kolei Centrum zapewniło edukację funkcjonariuszy Policji na temat zasad postępowania z osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz podjęcie działań mających na celu opracowanie w tym przedmiocie praktycznego podręcznika dla wszystkich funkcjonariuszy Policji.

---

<sup>226</sup> Zob. § 53 Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf(98)12-part.

# Internet bezprzewodowy dla pacjentów Szpitala w Świętochłowicach i Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie

**Ochrona przed przemocą oraz wysoki standard hospitalizacji** w Oddziale psychiatrycznym Kliniki Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie polegające na:

- dokumentowaniu w formie fotograficznej śladów obrażeń pacjentów, przyjmowanych na oddział,
- posiadaniu świetnego zaplecza terapeutycznego - oddział dysponuje salami do prowadzenia terapii grupowej i indywidualnej, z wentylacją grawitacyjną i możliwością nagrywania sesji do celów dydaktycznych,
- możliwości korzystania przez pacjentów z siłowni, zlokalizowanej poza placówką (pacjentom udostępniane są karnety do siłowni ogólnodostępnej),
- dostępie pacjentów do ogrodu z ławeczkami i miejscem na urządzenie grilla oraz do bezprzewodowego internetu.



# ZAKŁADY OPIEKUŃCZO - LECZNICZE

## Wprowadzenie

Podobnie jak i w innych rodzajach miejsc detencji wizytowanych przez KMPT, w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych mogą być także umieszczane osoby ubezwłasnowolnione na podstawie postanowienia sądowego, stąd też decyzja o objęciu tych miejsc monitoringiem KMPT.

***Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził w 2017 r. wizytacje 11 zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych (dalej ZOL, ZPO, placówka, zakład)<sup>227</sup>.***

## Problemy systemowe

### Zasady przyjęć do zakładów opiekuńczo–leczniczych

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2012 r., poz. 731) stanowi, że każdorazowo wniosek o przyjęcie do ZOL powinien być podpisany przez osobę ubiegającą się o przyjęcie do placówki lub przez jej przedstawiciela ustawowego.

Problem ujawniony przez KMPT dotyczy braku regulacji prawnej przyjęć do ZOL pełnoletnich osób nieubezwłasnowolnionych, któ-

<sup>227</sup> ZOL Zgromadzenia Sióstr Św. Elżbiety we Wrocławiu KMP.573.10.2017, Niepubliczny ZOL Caritas Archidiecezji Gdańskiej KMP.573.12.2017, ZOL „Kaśmin” w Drożdżówce KMP.573.15.2017, ZOL w Makowie Mazowieckim KMP.573.14.2017, Pielęgniarski Dom Opieki „Złota Ostoja” w Palmirach KMP.573.19.2017, ZOL w Knyszynie KMP.573.23.2017, ZOL w Mońkach KMP.573.20.2017, Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Dom Opieki „Curatum” w Brwinowie KMP.573.24.2017, Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy w Słupsku KMP.571.8.2017, ZOL Ośrodka Rehabilitacyjno-Readaptacyjnego „Dom Ciepła” w Warszawie KMP.573.34.2017, ZOL dla Przewlekłe Chorych Zgromadzenia Sióstr Małych Misjonarek Miłosierdzia w Otwocku KMP.573.32.2017.

re w związku ze swoim stanem zdrowia nie są w stanie samodzielnie podpisać wniosku i nie posiadają jednocześnie przedstawicieli ustawowych, którzy mogliby ten obowiązek dopełnić. W ocenie pracowników KMPT wskazany problem ma charakter systemowy. Polega on na braku legitymacji procesowej osób z kręgu rodziny pacjenta nieubezważnionego i jednocześnie niezdolnego do wyrażenia woli z powodu schorzeń natury somatycznej, do wystąpienia do sądu z wnioskiem o umieszczenie ich bliskiego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Należy również podkreślić, że problem dotyczy tylko ZOL o charakterze ogólnym. W odniesieniu do takich placówek o profilu psychiatrycznym, umieszczenie osoby nieubezważnionego i niezdolnego do wyrażenia własnej woli z powodu choroby psychicznej następuje bowiem w oparciu o art. 21 w zw. z art. 3 pkt 1 i 2 u.o.z.p.

## **Dobre praktyki – podaj dalej!**

**ZOL Wrocław** – w placówce organizowane są praktyki pielęgniarek i fizjoterapeutów. W ciągu roku akademickiego, poza pracownikami etatowymi, pieczę nad pacjentami sprawują dodatkowo również stażyści – studenci. Do zakładu przyjmowani są pensjonariusze niesprawni, skierowani przez Urząd Miasta Wrocławia na 21-dniowy pobyt. Pacjent ma wtedy zapewnioną profesjonalną opiekę, dzięki czemu bliscy mają czas na odpoczynek. Jako jedyny z wizytowanych przez KMPT placówek, ZOL we Wrocławiu umożliwia odwiedziny pacjentów przez rodziny z dziećmi oraz ze zwierzętami.

**ZOL Knyszyn** - rotacja personelu zatrudnionego w Zakładzie i w Oddziale chorób wewnętrznych Szpitala, w obrębie którego funkcjonuje Zakład. Zastosowane rozwiązanie ma na celu ochronę personelu zatrudnianego w ZOL przed wypaleniem zawodowym, którym obarczony jest personel pracujący z osobami przewlekle chorymi.

**Placówki w Słupsku, Gdańsku i Warszawie** stawiają na rolę psychologa w procesie zdrowienia swoich pacjentów. Ostatnia z placówek zatrudnia aż 3 psychologów!

## Nieprawidłowości

### Legalność pobytu

Wizytujący zwrócili uwagę, że władze placówek w Palmirach i Brwinowie nie weryfikowały, czy opiekunowie pacjentów ubezwłasnowolnionych kierowanych do podległych im zakładów, posiadali stosowną zgodę sądu rodzinnego.

**☑ KMPT: Decyzje opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych przedsiębrane w ich interesie powinny podlegać sądowej weryfikacji w szczególności, jeśli dotyczą spraw tak żywotnych dla ich podopiecznych jak miejsce ich pobytu.**

### Traktowanie

Przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę, że personel trzech wizytowanych zakładów nie stosował formy grzecznościowej w kontaktach z pacjentami (Drożdżówka, Maków Mazowiecki, Brwinów).

W ZOL „Kaśmin” w Drożdżówce, zastrzeżenia wizytujących wzbudziła praktyka przywiązywania niektórych pacjentów do foteli, na których siedzieli, za pomocą materiałowych pasów.

Nie negując potrzeby zabezpieczania w taki sposób pacjentów którzy mają problem ze stabilizacją własnego ciała, KMPT przypomina, że wszelkie tego typu ograniczenia mogą być stosowane jedynie w niezbędnym zakresie (np. na czas obiadu, zajęć terapeutycznych). Pożądanym z punktu widzenia praw takich pacjentów byłoby w ocenie KMPT, by zlecenie takich form zabezpieczeń wydawał lekarz.

- ▶ **KMPT: Nadużycia w postaci pozostawiania pacjentów w opisanych zabezpieczeniach przez większą część dnia, w szczególności jeśli sami pacjenci sygnalizują potrzebę zaprzestania ich stosowania, mogą stanowić nieludzkie traktowanie.**

W Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Dom Opieki „Curatum” w Brwinowie, wizytujący zwrócili uwagę na monitoring gabinetu zabiegowego. Mając na uwadze intymny charakter badań medycznych jak również innych zabiegów odbywających się w tym pomieszczeniu, KMPT podkreślił, że obecność kamery stanowi naruszenie intymności pacjentów.

Wizytujący ujawnili także niedozwolone klauzule w umowach określających zasady pobytu pacjentów w placówkach. Jako przykład wskazać można zawarcie w umowach zastrzeżenia, że zakład może: odmówić pacjentowi lub jego spadkobiercom zwrotu zapłaty za niewykorzystane świadczenia; może w trybie pilnym wypisać pensjonariusza w przypadku zaostżenia objawów choroby psychicznej, agresji bądź innych zachowań zagrażających zdrowiu i życiu innych pensjonariuszy<sup>228</sup>. Innym zakwestionowanym przez pracowników KMPT zapisem w umowach o świadczenie usług jest prawo do natychmiastowego rozwiązania umowy w przypadku nie wniesienia opłaty w terminie oraz w pełnej wysokości, jak również z powodu agresywnego zachowania pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego<sup>229</sup>. Należy podkreślić, że wskazane przykłady zostały zakwestionowane także przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który w opracowaniu „Domy opieki – Badanie wzorców umownych stosowanych w placówkach świadczących usługi w zakresie zapewnienia opieki osobom

---

<sup>228</sup> Brwinów.

<sup>229</sup> Palmiry.

niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku”, uznał je za niedozwolone<sup>230</sup>.

## **Stosowanie przymusu bezpośredniego**

Przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na potrzebę przeprowadzenia szkolenia dla kadry ZOL w Słupsku ze stosowania przymusu bezpośredniego, z uwagi na uchybienia, które ujawnili w wybranej losowo dokumentacji obrazujących korzystanie z tego środka oddziaływania. Wśród nieprawidłowości znalazły się: brak podpisu lekarza decydującego o przedłużeniu stosowania unieruchomienia powyżej 4 godzin, brak wypełnionych kart obserwacji w niektórych z przanalizowanych przypadków.

Ponadto, podczas wizytacji ZOL we Wrocławiu, Mechanizm zwrócił uwagę na podpisywaną przez pacjenta lub jego opiekuna prawnego zgodę *in blanco* na zastosowanie przymusu bezpośredniego motywowanego procesem pielęgnacyjnym i terapeutycznym.

---

<sup>230</sup> Zob. [https://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news\\_id=12351](https://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12351).

- ▶ **KMPT:** Przymus bezpośredni powinien być stosowany jako środek ostateczny, mający przeciwdziałać zdarzeniom nagłym, nie może być warunkowany zgodą pacjenta czy jego opiekuna prawnego. Zastosowanie takiego środka musi zostać poprzedzone uprzedzeniem pacjenta o zamiarze jego wykorzystania. Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego można zastosować przymus bezpośredni, jeżeli pacjent dopuszcza się zamachu na życie lub zdrowie własne lub innej osoby, dopuszcza się zamachu przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu, w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu, albo poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Dalsza analiza ujawnionej praktyki wskazała, że pod pojęciem przymusu bezpośredniego rozumiane są w zakładzie wszystkie formy zabezpieczenia pacjenta np. przed wypadnięciem z łóżka, czy osunięciem się z krzesła na podłogę.

## **Prawo do ochrony zdrowia**

Podczas wizytacji Zakładu Pielęgnacyjno–Opiekuńczego w Palmirach, przedstawiciele KMPT odebrali sygnały od pacjentów dotyczące przymusowego podawania leków przez personel osobom, które odmawiają ich zażycia dobrowolnie.

- ▶ **KMPT:** Przymusowe podawanie leków w sytuacjach, które nie wynikają z potrzeby ratowania życia, stanowi bezpośredni zamach na wolność człowieka.

**Art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry:** *lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Powyższe dotyczy również stosowanej farmakoterapii.*

**Art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** stanowi, że *pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielanie mu określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody.*

**Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych (przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ dnia 13 grudnia 2006 r.; Dz. U. z 2012 r., poz. 1169)** zobowiązuje z kolei państwa-strony do zapewnienia, że osoby wykonujące zawody medyczne będą udzielały świadczeń medycznych osobom niepełnosprawnym na podstawie swobodnie przez nie wyrażonej i świadomej zgody.

Z kolei, w placówce w Brwinowie, niektórym z pacjentów podawano leki na podstawie oświadczeń rodziny, bez weryfikacji konieczności ich stosowania przez lekarza. W tym zakładzie wizytujący ujawnili ponadto praktykę podawania leków psychotropowych bez stosownego zlecenia lekarskiego.

### **Fragmety raportów pielęgniarskich**

*(Pacjentka) bardzo niespokojna. Nie zmrużyła oczu przez całą noc, pomimo podania jednej tabletki Stilnoxu, 25 mg Ketrelu i 25 mg Hydroxyzyny rozłożonych w czasie. Krzyczała głośno, zdjęła materac, pościel, zrzuciła na podłogę. Budziła innych pacjentów.*

*Chora osłabiona. Ma trudności z chodzeniem. Do obserwacji. Gdyby stan się utrzymywał pozostawić w łóżku. Po przyjęciu dyżuru chora niespokojna. Chciała wychodzić z łóżka. Uderzała w barierkę. Głośno krzyczała. Podano 20 kropli Haloperidolu.*

**☑ KMPT: Ujawnione przypadki to przykłady rażącego łamania przepisów regulujących uprawnienia pielęgniarek, stanowiące jednocześnie naruszenia praw pacjentów, którym podawane były leki bez zezwolenia.**

**Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego<sup>231</sup> pielęgniarka jest uprawniona do podania określonych leków bez zlecenia lekarskiego. Wśród lekarstw, których mogą być podane pacjentowi przez pielęgniarki nie ma Haloperidolu, Stilnoxu czy też Ketrelu.**

- ▶ **KMPT: Podawanie pacjentom leków psychotropowych bez zlecenia, trwające przez dłuższy czas, może stanowić niehumanitarne traktowanie, a także zagraża życiu i zdrowiu pacjentów przyjmujących takie środki bez konsultacji lekarskich.**

<sup>231</sup> Dz. U. z 2017 r., poz. 497.



- ▶ Ekspertka KMPT: Pacjenci przyjmujący leki przeciwpsychotyczne winni być okresowo, czy w razie potrzeby systematycznie konsultowani, przez psychiatrę. Optymalnym rozwiązaniem jest realizacja takich konsultacji na terenie placówki, a nie w poradni zdrowia psychicznego, gdzie wizyta dla pacjenta w podeszłym wieku może być bardzo stresująca. Pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych wielokroć oprócz różnego stopnia braku sprawności, niskiej skali Barthel borykają się np. ze stanami depresyjnymi, kiedy stosowanie farmakoterapii (opartej na rozpoznaniu) i pomoc psychologa mogą spowodować poprawę stanu zdrowia psychicznego pacjenta. W stanach otępiennych, przy głębokich zaburzeniach pamięci zastosowanie odpowiedniego leczenia może przynieść ogromne efekty. Ocena stanu początkowego przez specjalistę jest też pomocna, jeśli w czasie pobytu zaczynają narastać zmiany w psychice. Lekarze interniści czy rodzinni, mimo swojego doświadczenia nie są w stanie ocenić wszystkich zmian w psychice.
  
- ▶ Doraźne stosowanie leków wyłącznie na podstawie decyzji pielęgniarek, bez systematycznego nadzoru ze strony lekarza, stwarza ogromne ryzyko nadużyć, zwłaszcza w placówkach bez stałej obsady lekarskiej. Jak w przypadku każdej farmakoterapii, skutki doraźnego podawania leków powinny być monitorowane w rozsądnych odstępach czasowych. (...) doraźne podawanie leków nigdy nie może być stosowane jako metoda radzenia sobie z trudnymi zachowaniami mieszkańców, np. rozwiązywania konfliktów między nimi (CPT)<sup>232</sup>.

---

<sup>232</sup> CPT/Inf (2008)5, par. 171.

Wśród innych zastrzeżeń dotyczących ochrony zdrowia pacjentów wizytowanych placówek znalazły się: brak stałej współpracy z psychologiem<sup>233</sup> oraz brak terapii zajęciowej dla pacjentów<sup>234</sup>.

## **Prawo do informacji**

Powszechnym zastrzeżeniem formułowanym przez pracowników KMPT w odniesieniu do realizacji przez pacjentów wizytowanych placówek prawa do informacji był ujawniony aż w 5 placówkach brak informacji dostępnych dla pacjentów, dotyczących organów stojących na straży praw człowieka<sup>235</sup>.

Innym mankamentem dostrzeżonym przez wizytujących było przekazywanie informacji na temat praw obowiązujących w placówce nie pacjentom, lecz ich rodzinom<sup>236</sup>.

## **Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym**

KMPT przywiązuje dużą wagę do realizacji przez osoby przebywające w miejscach detencji praw do kontaktów ze światem zewnętrznym. W jednej z wizytowanych placówek, o jednej z form takiego kontaktu nie decydował pacjent, lecz jego bliscy<sup>237</sup>.

---

<sup>233</sup> Palmiry.

<sup>234</sup> Brwinów.

<sup>235</sup> Palmiry, Drożdżówka, Otwock, Maków Mazowiecki, Rembertów.

<sup>236</sup> Drożdżówka.

<sup>237</sup> Brwinów.

**✓ KMPT: Możliwość swobodnych wyjść powinna być uzależniona od stanu psychofizycznego pacjenta, który powinien być na tyle dobry, żeby osoba mogła samodzielnie opuścić placówkę oraz do niej wrócić. Wszelkie ograniczenia w korzystaniu z tego prawa mogą być zatem podyktowane jedynie złym stanem zdrowia powodującym, że pacjent po opuszczeniu placówki znalazłby się w sytuacji zagrażającej jego życiu lub zdrowiu. Tak poważne ograniczenie wolności osobistej nie może być uzależnione wyłącznie od woli rodziny, lecz wymaga konsultacji lekarskiej.**

Wizytując ZOL w Drożdżówce, przedstawiciele KMPT zwrócili z kolei uwagę na brak wyjść grupowych organizowanych dla mniej sprawnych mieszkańców. Bez wątplenia możliwość zmiany otoczenia poprzez wyjście na świeże powietrze wpływa korzystanie na proces zdrowienia pacjenta poprawiając jego samopoczucie.

Innym zaleceniem sformułowanym w obszarze prawa pacjentów do kontaktów ze światem zewnętrznym, było zalecenie stworzenia odrębnego pomieszczenia do realizacji odwiedzin pacjentów przez dzieci poniżej. 10 r.ż. Analiza obowiązującego w placówce regulaminu wykazała bowiem, że dzieci takie, mają zakaz odwiedzin pacjentów przebywających w ZOL<sup>238</sup>.

## **Warunki bytowe**

Proces rekonwalescencji pacjentów wizytowanych placówek przebiegł w różnych warunkach socjalno-bytowych. Nie zawsze były one w ocenie samych pacjentów sprzyjające temu procesowi. Wśród uwag krytycznych przekazanych władzom placówek w raportach powizytacyjnych znalazły się:

<sup>238</sup> Maków Mazowiecki.

- znaczne zagęszczenie sal chorych<sup>239</sup>,
- brak instalacji przyzywowej dostępnej dla pacjentów<sup>240</sup>,
- brak gabinetu rehabilitacji<sup>241</sup>,
- brak dostosowania pomieszczeń do potrzeb osób z niepełno-  
sprawnościami<sup>242</sup>,
- niezagospodarowany teren wokół placówki<sup>243</sup>,
- dostęp do lodówki pacjentów możliwy tylko za pośrednictwem  
personelu<sup>244</sup>.

---

<sup>239</sup> Maków Mazowiecki, Mońki.

<sup>240</sup> Knyszyn, Gdańsk, Drożdżówka.

<sup>241</sup> Maków Mazowiecki.

<sup>242</sup> Brwinów, Palmiry, Knyszyn, Drożdżówka, Maków Mazowiecki, Mońki, Słupsk.

<sup>243</sup> Brwinów, Mońki.

<sup>244</sup> Brwinów.

# OŚRODKI STRZEŻONE DLA CUDZOZIEMCÓW

## **• 2 ośrodki i 1 areszt dla cudzoziemców**

W 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur wizytował dwa ośrodki dla cudzoziemców: Strzeżony Ośrodek dla Cudzoziemców w Krośnie Odrzańskim<sup>245</sup> oraz Ośrodek Strzeżony wraz z Aresztem dla Cudzoziemców w Przemyślu<sup>246</sup>. w wizytacjach uczestniczyli eksperci zewnętrzni KMPT z zakresu psychologii, jak i psychiatrii.

Przedstawiciele Mechanizmu mieli problemy w realizowaniu powierzonego im mandatu, bowiem powołując się na względy bezpieczeństwa, odmówiono im możliwości przeprowadzania rozmów grupowych z cudzoziemcami w pokojach mieszkalnych. Kwestia ta była przedmiotem wyjaśnień pisemnych z Komendantem Głównym Straży Granicznej.

## **Sukces**

Uległa zmianie decyzja Komendanta Głównego Straży Granicznej regulująca świadczenie usług psychologicznych w Straży Granicznej.

► **Straż Graniczna: Badanie psychologiczne w ośrodku możliwe jest także na wniosek cudzoziemca z udziałem tłumacza**

Do dnia 6 października 2017 r. nie przewidywała ona badania psychologicznego na wniosek samego zainteresowanego, co zakwestionowaliśmy w ubiegłorocznym raporcie. Zgodnie z nową decyzją<sup>247</sup>

<sup>245</sup> KMP.572.1.2017.

<sup>246</sup> KMP.572.3.2017.

<sup>247</sup> Decyzja Nr 182 Komendanta Głównego Straży Granicznej z dnia 6 października 2017 r. w sprawie świadczenia usług psychologicznych w Straży Granicznej (Dz. Urz. KGSG z dnia 6 października 2017 r.).

psycholog ośrodka świadczy usługi psychologiczne po uzyskaniu od kierownika strzeżonego ośrodka, lekarza **lub cudzoziemca umieszczonego w tym ośrodku informacji o wystąpieniu sytuacji trudnej**. Ponadto, usługa psychologiczna musi być świadczona w języku zrozumiałym przez cudzoziemca z udziałem tłumacza lub osoby biegle władającej danym językiem.

Przyjęte rozwiązania czynią zadość oczekiwaniom KMPT wyrażonym w Raporcie z działalności w 2016 r.<sup>248</sup>.

## Problemy systemowe

### Brak skutecznej identyfikacji ofiar tortur

W Polsce wciąż nie funkcjonuje skuteczny system identyfikacji cudzoziemców będących ofiarami tortur i przemocy.

- ▶ Art. 400 Ustawy o cudzoziemcach: Postanowienia o umieszczeniu cudzoziemca w strzeżonym ośrodku lub o zastosowaniu wobec niego aresztu dla cudzoziemców nie wydaje się, jeżeli: 1. mogłoby to spowodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia cudzoziemca, 2. stan psychofizyczny cudzoziemca może uzasadniać domniemanie, że cudzoziemiec był poddany przemocy

**KMPT: Wedle przepisów osoby te nie powinny być w ogóle umieszczane w strzeżonych ośrodkach lub, jeśli już w nim są, należy je bezzwłocznie zwolnić.**

<sup>248</sup> Zob.: Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2016, str. 157.

Tymczasem w wizytowanych miejscach przebywały osoby, których zachowanie w wysokim stopniu uprawdopodobniało, że są one ofiarami tortur lub które jako ofiary tortur wprost zidentyfikowano:

*„Moje życie nie ma sensu, nie mam przyszłości, zabrano mi wszystko, myśli, rozum. Ale mam prawo do własnego ciała, mogę z nim zrobić co zechcę, nie możecie mi tego zabrać. Nie chcę żyć”*

- Czeczen - podczas badania zgłaszał tortury i nieludzkie traktowanie w kraju pochodzenia, mówił też o przemocach wojennej, w wyniku której doznał urazów klatki piersiowej, ma też przestrzeloną nogę. To, co mówił, zgadzało się z jego stanem psychofizycznym. Miał blizny po ranie postrzałowej nogi oraz dokumentację medyczną potwierdzającą niepełnosprawność, historię leczenia psychiatrycznego w Niemczech i liczne opisy objawów świadczących o pogarszaniu się stanu zdrowia pod wpływem detencji.
- Czeczenka, żona tego mężczyzny, często płakała, widać było jej obniżony nastrój, zgłaszała też dolegliwości somatyczne, powtarzała, że „nie jest w stanie wytrzymać”, ujawniała poczucie zagrożenia.
- Inny Czeczen zgłaszał, że ma zaburzenia snu, intruzywne wspomnienia, że był torturowany w kraju pochodzenia, gdzie złamano mu palce lewej dłoni. Na ciele miał widoczne blizny, nie prostował palca dłoni lewej. Jego stan psychofizyczny był adekwatny do zgłaszanej przemocy.
- Kobieta (Czeczenka) z 18-miesięcznym dzieckiem – zgłosiła, że była torturowana w kraju pochodzenia (szczegóły i charakter tortur ze względu na tabu kulturowe znajdują się w dokumentacji wewnętrznej KMPT). Stan psychofizyczny pacjentki adekwatny był do doświadczeń ciężkiej przemocy i tortur. Zaobserwowane symptomy wskazywały na rozwój PTSD i depresji. Stan kobiety pogarszał się w detencji.

- Czeczen zgłaszał, że doświadczył przemocy w kraju pochodzenia, w tym: porwania, przemocy i tortur psychicznych (grożono mu, że zostanie zabity on i jego rodzina). Stan psychofizyczny: problemy ze snem, koszmary, nadpobudliwość, rozdrażnienie, powracające intruzywne myśli. Stan ten wskazywał na to, że cudzoziemiec był domniemaną ofiarą przemocy, w tym tortur i nieludzkiego traktowania, które relacjonował.
- Syryjczyk (zgodnie z oświadczeniem) – umieszczony w areszcie w wyniku próby samobójczej w Ośrodku. w czasie pobytu w areszcie popadł w skrajnie ostry stan – kryzys samobójczy, związany z przedłużającą się detencją. Stan pacjenta wymagał natychmiastowej interwencji i umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym ze względu na bezpośrednią możliwość zagrożenia życia. Ekspertki KMPT przeprowadziły interwencję kryzysową nakierowaną na stabilizację cudzoziemca, w związku z powyższym nie było wskazane prowadzenie wywiadu w kierunku doświadczeń traumatycznych z okresu poprzedzającego detencję. Stan psychofizyczny cudzoziemca wskazywał na wysokie prawdopodobieństwo występowania doświadczeń traumatycznych w tym wcześniejszej przemocy.

KMPT alarmuje, że samo umieszczenie w areszcie w związku z podjęciem próby samobójczej jest w przypadku osoby w tak ostrym stanie psychicznym, nieludzkim traktowaniem!

**☑ KMPT: Wszystkie te osoby zostały umieszczone w strzeżonych ośrodkach, mimo okoliczności stanowiących bezwzględne przeciwwskazanie detencji. To, co się im przytrafiło w Polsce, jest konsekwencją braku skutecznego systemu wczesnej identyfikacji ofiar tortur.**



Do 30 listopada 2017 r. żadna ze zidentyfikowanych przez KMPT osób jako domniemanych ofiar przemocy lub osób, których zdrowie psychiczne jest zagrożone, nie została zwolniona.

Co prawda, w ośrodkach dla cudzoziemców funkcjonuje wewnętrzny algorytm Straży Granicznej „Zasady postępowania Straży Granicznej z cudzoziemcami wymagającymi szczególnego traktowania”, jednakże w naszej opinii jest on sprzeczny z przepisami polskiego prawa oraz standardami Protokołu Stambulskiego i innych wypracowanych standardów międzynarodowych. Algorytm ten bowiem nie dopuszcza „niezwłocznego zwolnienia” osadzonych cudzoziemców, którzy są domniemanymi ofiarami przemocy, z reżimu ośrodka strzeżonego, a dostępne leczenie i terapia na terenie ośrodków wobec zidentyfikowanych ofiar tortur ma jedynie charakter pogłębiający urazy psychiczne cudzoziemców w detencji.

Wątpliwości w zakresie funkcjonowania „Zasad postępowania Straży Granicznej z cudzoziemcami wymagającymi szczególnego traktowania” Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił w wystąpieniu generalnym Komendantowi Głównemu Straży Granicznej<sup>249</sup>.

## Detencja małoletnich

Wciąż aktualny pozostaje problem detencji dzieci. W Ośrodku w Przemysłu razem z matką pozbawione wolności było, 18-miesięczne dziecko.

**✓ KMPT: Należy odstąpić od umieszczania dzieci w strzeżonych ośrodkach, a do czasu wprowadzenia takiego zakazu w ustawie umieszczać je w ośrodkach jedynie w ostateczności.**

<sup>249</sup> KMP.572.4.2016.

Rozpatrując wniosek o umieszczenie cudzoziemca w ośrodku strzeżonym sąd powinien ocenić możliwość orzeczenia alternatywnych wobec detencji środków zabezpieczających. Wynika to z art. 401 ust. 5 ustawy o cudzoziemcach<sup>250</sup> oraz art. 88b ust. 2 ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej<sup>251</sup>, a alternatywne środki zabezpieczające wymienione są odpowiednio w art. 398 ust. 3 pierwszej z ww. ustaw i art. 88 ust. 1 drugiej ustawy.

Tymczasem analiza wybranych postanowień znajdujących się w aktach osobowych cudzoziemców ujawniła, że niektóre sądy w wydanych postanowieniach w ogóle nie odnosiły się do opisanej powyżej kwestii.

Oceny możliwości zastosowania środków alternatywnych do detencji brakowało np. w postanowieniach Sądu Rejonowego w Słubicach. Jak ustalono, sąd ten orzekł o zastosowaniu detencji wobec dziesięciorga cudzoziemców przebywających w Ośrodku w Krośnie Odrzańskim. Sprawy te, a także sama praktyka orzecznicza ww. sądu, są badane w osobnym postępowaniu wyjaśniającym w Biurze RPO.

Warto wskazać w tym miejscu na pierwszy wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wydany w dniu 10 kwietnia 2018 r., który dotyczył bezpośrednio kwestii umieszczania dzieci w ośrodkach dla cudzoziemców<sup>252</sup>. Trybunał uznał, że umieszczając dzieci w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców Polska złamała art. 8 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, czyli prawo do życia rodzinnego. Podejmując decyzję o umieszczeniu rodziny w strzeżonym ośrodku nie wzięto pod uwagę dobra trójki dzieci – a do tego zobowiązuje Polskę m.in. Konwencja Praw Dziecka ONZ i Karta Praw Podstawowych UE.

<sup>250</sup> tekst jedn.: Dz.U. z 2017 r., poz. 2206.

<sup>251</sup> tekst jedn.: Dz.U. z 2018 r., poz. 51.

<sup>252</sup> Sprawa Bistieva przeciwko Polsce, Wyrok z dnia 10.04.2018 r., Skarga nr 75157/14.

Zdaniem Trybunału fakt, że dzieci są umieszczane w ośrodku strzeżonym razem z rodzicami nie stanowi zapewnienia najlepszego interesu dziecka. Polskie władze powinny były rozważyć zastosowanie tzw. środków wolnościowych, czyli alternatyw wobec detencji. Trybunał podkreślił, że detencja powinna być ostatecznością.

## Obszary wymagające poprawy

### Warunki bytowe

We wszystkich ośrodkach w oknach pomieszczeń znajdują się kraty. Z uwagi na fakt, że placówki są bardzo dobrze strzeżone i monitorowane oraz z uwagi na brak możliwości samowolnego opuszczenia, należało zrezygnować z krat w oknach.

Należy bowiem pamiętać, że mamy do czynienia nie z więźniami, ale z osadzonymi cudzoziemcami, którzy nie popełnili żadnego przestępstwa.

- ▶ Tego rodzaju ośrodki powinny zapewniać zakwaterowanie w odpowiednio wyposażonych i czystych pomieszczeniach, dostarczając wystarczającej przestrzeni życiowej przebywającym tam osobom. Poza tym należy zadbać o właściwe zaprojektowanie i urządzenie pomieszczeń, tak by w największym stopniu unikać skojarzenia ze środowiskiem więziennym (CPT)<sup>253</sup>.

Cudzoziemcy przebywający w Areszcie w Przemyślu nie powinni być poddawani stałemu monitoringowi.

System ten jest nieproporcjonalny do zagrożenia ze strony cudzoziemców i nawet w systemie penitencjarnym stosowany jest jedynie wobec więźniów szczególnie niebezpiecznych.

---

<sup>253</sup> Fragment Siódmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (97) 10] dot. Pozbawienia wolności cudzoziemców – nielegalnych imigrantów.

Dodatkowo w celach aresztu nie zorganizowano sanitariatów. Cudzoziemcy w nich przebywający za każdym razem muszą prosić strażnika o umożliwienie skorzystania z toalety. W związku z tym niektórzy oddawali mocz do plastikowych butelek.

KMPT, zgodnie ze standardami CPT, uznaje takie warunki za niehumanitarne. Stały dostęp do toalety nawet przy kilkudniowych pobytach to zasadnicze komponenty środowiska życia człowieka w XXI wieku.

## **Kontakt ze światem zewnętrznym**

Nie wszystkie urządzenia do kontaktu ze światem były sprawne. To poważne utrudnienie

Cudzoziemcy do dyspozycji mają wielofunkcyjne urządzenie służące do skanowania dokumentów, kopiowania, wysyłania e-maili. Tymczasem w Krośnie Odrzańskim było one zepsute. Faksy natomiast wysyłane są za pośrednictwem personelu, któremu cudzoziemcy przekazują dokumenty, które chcą przefaksować. Takie rozwiązanie budzi wątpliwości pod kątem poufności przekazywanych informacji w przypadku, gdy cudzoziemiec przesyła faksem dokumenty do prawnika.

Niektóre strony, w tym portale społecznościowe i niektóre serwisy poczty internetowej, zostały zablokowane, co w odczuciu samych cudzoziemców, stanowi nadmierną uciążliwość i pozbawia ich możliwości komunikowania się choćby z członkami rodziny w krajach pochodzenia. Decyzja o blokadzie stron internetowych nastąpiła zgodnie z poleceniem Komendanta Głównego Straży Granicznej z dnia 27.01.2017 r. dotyczącym możliwości zagrożeń dla bezpieczeństwa państwa oraz ochrony porządku publicznego za pośrednictwem sieci internetu. Warto przy tym odnotować, że przebywający w sali komputerowej cudzoziemcy znajdują się pod stałym nadzorem funkcjonariusza SG, który dodatkowo, w prowadzonej w tym celu ewidencji, odnotowuje dane osób korzystających z poszczególnych komputerów i dokładny czas ich użytkowania.

- ▶ Cudzoziemcy powinni mieć zapewniony dostęp do komputerów z możliwością korzystania ze Skype oraz VoIP<sup>254</sup>, jak i podstawowym dostępem do internetu (CPT)<sup>255</sup>.

## Środki przymusu bezpośredniego

### *Do lekarza cudzoziemcy prowadzeni są w kajdankach*

Doprowadzenie do lekarza (odległość pomiędzy Ośrodkiem w Krośnie Odrzańskim a miejscem udzielania świadczeń nie przekracza kilkuset metrów) realizowane jest zwykle w formie konwoju, z użyciem kajdanek.

- ▶ Stosowanie środków przymusu powinno być rozpatrywane indywidualnie i w oparciu o zasadę proporcjonalności (CPT)<sup>256</sup>.

## Funkcjonariusze zawsze mają przy sobie paralizatory

Wizytujący ustalili, że co do zasady funkcjonariusze Ośrodka i Aresztu w Przemyślu noszą przypięte do pasów służbowych urządzenia typu TASER. Praktyka noszenia w widocznym miejscu broni, pałek i kajdanek przez pracowników miejsc detencji cudzoziemców niejednokrotnie negowana była przez CPT.

<sup>254</sup> Z ang. Voice over Internet Protocol. Technika umożliwiająca przesyłanie głosu za pomocą łączy internetowych, popularnie nazywana *telefonią internetową*.

<sup>255</sup> Zob.: par.133, Raport CPT z wizyty w Byłej Jugosłowiańskiej Republice Macedonii w 2014 r., CPT/Inf (2016) 8; par 82, raport CPT z wizyty w Danii w 2014 r., CPT/Inf (2014) 25 oraz pkt 5 Factsheet: Immigration detention (March 2017), CPT/Inf(2017)3.

<sup>256</sup> Zob.: pkt 7: Factsheet: Immigration detention (March 2017), CPT/Inf(2017)3.

- ▶ Tego typu sprzęty nie powinny stanowić standardowego wyposażenia personelu mającego bezpośredni kontakt z cudzoziemcem, gdyż wpływają one negatywnie na atmosferę w miejscu detencji i powodują zagrożenie (CPT)<sup>257</sup>.

☑ **KMPT: Paralizatory powinny być przechowywane w niedostępnym dla postronnych miejscu i pobierane wyłącznie w przypadku konieczności ich użycia, przez osoby upoważnione. Noszenie broni, pałek, taserów w widocznym miejscu w ośrodkach dla cudzoziemców, może być postrzegane jako oznaka słabości i świadczyć o braku zdolności funkcjonariuszy do kontrolowania sytuacji.**

## Nieprawidłowo przeprowadzona interwencja w sytuacji kryzysowej

W SOdC w Krośnie Odrzańskim cudzoziemiec prowadzący protest głodowy podjął próbę samobójczą. Mężczyzna odmawiający przyjmowania posiłków przebywał w separacie medycznej. Kiedy rozmawiali z nim funkcjonariusze Straży Granicznej, człowiek ten podjął próbę samobójczą, usiłując założyć sobie na szyję pętlę ze sznura do regulacji wertykali. Strażnicy graniczni zastosowali więc wobec niego środki przymusu bezpośredniego – siłę fizyczną. Cudzoziemiec został następnie przeniesiony do pomieszczenia izolacyjnego, a Straż Graniczna wystąpiła do sądu z wnioskiem o zmianę formy detencji z ośrodka strzeżonego na areszt dla cudzoziemców. Postanowienie sądu uwzględniające wspomniany wniosek, wydane zostało na drugi dzień. w tym samym dniu cudzoziemiec został przeniesiony do Aresztu w Przemyślu.

<sup>257</sup> Zob. np. pkt 6: Factsheet: Immigration detention (March 2017), CPT/Inf(2017)3.

Ekspertka KMPT zapoznała się z nagraniami monitoringu zdarzenia. Na nagraniu nie było zarejestrowanych treści rozmów, ale widać było sytuację, która poprzedzała autodestruktywne zachowanie cudzoziemca. Analiza wykazała, iż w podjętej bezpośrednio przed próbą samobójczą interwencji nie uczestniczył ani psycholog ani pracownik służby zdrowia. Interwencją kierował bezpośrednio kierownik SOdC. Cudzoziemiec był sam na sam z tłumaczem z języka arabskiego, który na prośbę kierownika kierującego interwencją, miał porozmawiać z osadzonym. Po wymianie zdań z tłumaczem osadzony rzucił się na sznur od wertykali i chciał się na nim powiesić. Zapobiegli temu pracownicy SG.

- ▶ Osoby po zdarzeniach traumatycznych często cierpią na depresję, PTSD, ostre reakcje na stres, zaburzenia lękowe, zaburzenia dysocjacyjne i ich symptomy mogą być kwalifikowane jako złe zachowanie, wynikające z niepodporządkowania się regulaminowi ośrodka.
- ▶ Nadmierne pobudzenie, a nawet zachowania agresywne, jak i symptomy depresyjne (na przykład wstrzymywanie się od posiłków) są powszechnymi symptomami np. PTSD, czy depresji będącymi najczęstszymi zaburzeniami wśród ofiar tortur i przemocy. Zachowań tych nie można karać aresztem lub izolacją.
- ▶ Należy je traktować jako objaw, który może wskazywać na konieczność identyfikacji w celu udostępnienia właściwej pomocy i leczenia.

W ocenie ekspertki KMPT, interwencja była przeprowadzona nieprawidłowo. Przede wszystkim w zespole kryzysowym nie znalazł się lekarz ani psycholog. W jego skład bowiem wchodził: naczelnik ośrodka,

opiekun socjalny oraz tłumacz - pracownik cywilny Komendy Nadodrzańskiego Oddziału SG. Co więcej, mężczyzna, który podjął próbę samobójczą, nie był konsultowany przez psychologa nawet po tym zdarzeniu. Nie był też badany przez lekarza psychiatrę w celu oceny jego stanu.

## Opieka psychologa

W wizytowanych ośrodkach psycholog zewnętrzny dyżuruje przez cztery godziny w tygodniu. Dostępność do opieki psychologicznej wydaje się zatem daleko nieadekwatna do potrzeb.

Psychologowie ośrodkowi nie byli nadto przeszkoleni ze specyfiki pracy z ofiarami tortur i identyfikacji ofiar tortur opartej na zastosowaniu Protokołu Stambulskiego. Jeżeli psycholog miałaby nawet takie przeszkolenia i wiedzę, to badanie pierwszorazowe przy założeniu dobrej znajomości języka osoby badanej zazwyczaj zajmuje około dwóch godzin, a za pośrednictwem tłumacza zająć może 3 godziny.

**☑ KMPT: Obecność psychologa przez 4 godziny w tygodniu nie zapewnia wczesnej identyfikacji ofiar tortur, przemocy lub nie-ludzkiego traktowania**

Kwestia udziału przeszkolonego tłumacza w badaniach psychologicznych i medycznych jest bardzo istotna. Brak tłumacza lub udział w badaniach osoby, która łączy inne funkcje (na przykład jest jednocześnie funkcjonariuszem w SOdC) z założenia jest nieetyczne i wpływa negatywnie na jakość badania. Przyjmując średnio i bardzo optymistycznie 2–3 godziny na indywidualną konsultację w celu wczesnej identyfikacji osadzanych osób pod kątem domniemania przebytej przemocy, a także choćby wstępnej diagnostyki występujących zaburzeń psychicznych, to statystycznie na dostęp do takiej procedury



w przypadku pełnego zaludnienia Ośrodka w Krośnie Odrzańskim (56 osób) należało by czekać od 7 do 10 miesięcy, zaś w Przemyślu (103 miejsca) – powyżej 10 miesięcy. Przy czym statystyka ta jest znacznie zaniżona, gdyż nie zakłada rotacji osadzonych ani też innych czynności przewidzianych w zakresie umowy z psychologiem zewnętrznym, takich jak choćby uczestniczenie w przesłuchaniach statutowych.

# IZBY WYTRZEŻWIENÍ

## Wstęp

### • 3 wizytacje w 2017 r.

W 2017 roku Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytacje w trzech izbach wytrzeźwień: Stołecznym Ośrodku dla Osób Nietrzeźwych w Warszawie<sup>258</sup>, Ambulatorium dla Nietrzeźwych w Olsztynie<sup>259</sup> oraz w punkcie Opieki nad Osobami Nietrzeźwymi w Tarnowie<sup>260</sup>.

## Dobre praktyki – podaj dalej!

W Stołecznym Ośrodku dla Osób Nietrzeźwych oraz w Ambulatorium dla Nietrzeźwych w Olsztynie, nagranie każdego przypadku zastosowania środka przymusu bezpośredniego jest analizowane przez wyznaczonego pracownika, sporządzającego raport z jego przebiegu. Raport ten otrzymuje następnie dyrektor placówki.

**KMPT: Dzięki takiemu rozwiązaniu dyrektor sprawuje stały i systematyczny nadzór nad stosowaniem środków przymusu bezpośredniego. Pozwala to na szybkie reagowanie w sytuacji wszelkich stwierdzonych nieprawidłowości.**

W Ambulatorium dla Nietrzeźwych w Olsztynie, w przypadku nieletnich doprowadzonych do wytrzeźwienia zapewniano badanie przez lekarza pediatrę w szpitalu wojewódzkim. Nikt bowiem z personelu medycznego ambulatorium nie posiada specjalizacji pediatrycznej.

<sup>258</sup> KMP.574.9.2017.

<sup>259</sup> KMP.574.12.2017.

<sup>260</sup> BPK.574.2.2017.

**✓ KMPT: Taka praktyka pozwala na profesjonalną ocenę stanu zdrowia nieletniego przed jego umieszczeniem go w Izbie.**

Personel Stołecznego Ośrodka dla Osób Nietrzeźwych brał udział w latach 2016-2017 w szeregu szkoleń z zakresu m.in.: udzielania pierwszej pomocy medycznej, profilaktyki uzależnień, podejmowania negocjacji. Dyrektor Ośrodka planował też zapewnienie pracownikom superwizji.

**✓ KMPT: Należy podkreślić, że kwalifikacje personelu w sposób bezpośredni przekładają się na sposób traktowania osób umieszczanych celem wytrzeźwienia, dlatego tak ważne jest podnoszenie kompetencji poprzez szkolenia. Superwizje dodatkowo chronią personel przed wypaleniem zawodowym.**

## **Obszary wymagające poprawy**

### **Opieka medyczna**

Wizytujący zwrócili uwagę, iż podczas realizowanego w Izbie w Olsztynie przyjęcia osoby nietrzeźwej, badanie lekarskie ograniczyło się wyłącznie do pytania, czy pacjent chce być zbadany. Pytanie to lekarz dyżurujący zadał w pomieszczeniu do przyjęć, w obecności funkcjonariuszy Policji. Nietrzeźwy odmówił badania. Następnie, analiza kart pacjentów wykazała, iż większość nietrzeźwych przyjmowanych przez rzezonego lekarza, który pełnił dyżur podczas trwania wizytacji odmawia badania. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przypomina, iż z uwagi na bezpieczeństwo osób nietrzeźwych wszyscy obligatoryjnie powinni być zbadani przez lekarza. Powyższy obowiązek wynika także z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego. Nadto obecność

funkcjonariuszy Policji wpływać może na odmowę poddania się badaniu lekarskiemu przez nietrzeźwego.

☑ **KMPT: Badanie w pokoju lekarskim, a nie w pomieszczeniu do przyjęć, może mieć znaczenie przy wyrażeniu zgody pacjenta na dokonanie czynności przez lekarza. Badanie jako czynność ingerująca w sposób oczywisty w intymność pacjenta, powinno być przeprowadzane w przeznaczonych do tego pomieszczeniach.**

Po przyjęciu nietrzeźwego do Izby w Tarnowie personel wypełnia kartę, w której zaznacza znakiem „X” stwierdzone u niego obrażenia, dodając jedynie lakoniczny ich opis (np. „**otarcie na czole i nodze**”). W ocenie przedstawicieli KMPT powyższa forma dokumentowania obrażeń jest niewystarczająca. Celem badania jest bowiem nie tylko ustalenie stanu zdrowia danej osoby, ale również ujawnienie i odpowiednie udokumentowanie wszelkich śladów mogących świadczyć o poddaniu jej przemocy. Brak udokumentowania może prowadzić do sytuacji, że osobie pozbawionej wolności bardzo trudno będzie udowodnić fakt niewłaściwego traktowania ze strony funkcjonariuszy lub personelu miejsc detencji. Przedstawiciele personelu medycznego, jako osoby dysponujące specjalistyczną wiedzą oraz w wielu wypadkach mające bezpośredni kontakt z potencjalną ofiarą przemocy, powinni wykazać zatem szczególną rzetelność w zakresie dokumentowania występujących u pacjentów dolegliwości i śladów na ciele. Badanie medyczne służące ujawnieniu ewentualnych śladów tortur powinno spełniać dwa podstawowe kryteria – być przeprowadzone w najkrótszym możliwym czasie po zaistnieniu zdarzenia i z uwzględnieniem zasad dotyczących skutecznego dokumentowania tortur. Czas przeprowadzenia badania jest niezwykle ważny z uwagi na wy-

móg możliwie dokładnego określenia czasu powstałych obrażeń lub zgłaszanych dolegliwości. Z kolei podstawowe narzędzie dostarczające informacji i wskazówek jak identyfikować i dokumentować przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania stanowi Protokół Stambulski – Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania<sup>261</sup>. W dokumencie tym znajdują się skierowane do lekarzy i psychologów informacje pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była torturowana, oraz wskazówki, jak należy zgłaszać takie przypadki sądom lub organom śledczym. Pomimo iż Protokół Stambulski nie ma charakteru wiążącego, prawo międzynarodowe zobowiązuje rządy do badania i dokumentowania przypadków tortur i innych form znęcania się, a także karania osób za nie odpowiedzialnych, w sposób wszechstronny, efektywny, bezwzględny i obiektywny. Aby jednak takie ściganie było możliwe, nieodzowne jest udokumentowanie występowania obrażeń przez personel medyczny mający kontakt z osobą pozbawioną wolności.

**☑ *KMPT: Kompleksowa dokumentacja medyczna jest jedną z najbardziej fundamentalnych kwestii dotyczących ochrony przed torturami***

Analiza karty ewidencyjnej jednego z pacjentów Izby w Olsztynie, nasunęła wątpliwości wizytujących odnośnie decyzji lekarza dyżurującego o zwolnieniu osoby doprowadzonej. Na zaświadczeniu lekarskim wydanym przez lekarza psychiatrę Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie, widniała adnotacja: „**pacjentka dowieziona przez pogotowie ratunkowe w asyście policji z wywiadem,**

<sup>261</sup> Zob. Raport SPT z wizyty w Peru, 9 sierpnia 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport z wizyty SPT na Ukrainie, 16 marca 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 46-48; Raport SPT z wizyty w Brazylii, 5 lipca 2012 r., CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

**że w dniu dzisiejszym w związku z sytuacją konfliktową dokonała samookaleczeń przedramienia lewego. Po zaopatrzeniu rany uciekła ze szpitala i była poszukiwana...". Po wytrzeźwieniu konieczna ponowna ocena stanu zdrowia psychicznego w tutejszej izbie przyjęć".**

Tymczasem w karcie ewidencyjnej, przy zwolnieniu, znajduje się adnotacja lekarza-felczera: „**nie zgłasza myśli samobójczych. Obecny stan psychiczny zdrowia dobry. Nie zagraża zdrowiu i życiu swemu i osobom ją otaczającym**". Zdaniem KMPT, w związku z adnotacją lekarza specjalisty o konieczność ponownej konsultacji, felczer Izby winien był zapewnić jej realizację.

**☑ KMPT: Należy zaznaczyć, że personel Izby Wytrzeźwień nie ma przeszkolenia w zakresie opieki nad pacjentami cierpiącymi na zaburzenia natury psychicznej. Samo skierowanie do Izby osoby z problemami natury psychicznej, można uznać za niewłaściwe. w opisanej sytuacji, powinno zostać spełnione zalecenie lekarza specjalisty poprzez przewiezienie pacjentki na konsultację psychiatryczną.**

W rozdziale III karty pobytu pacjenta należy podać przyczynę zastosowania przymusu, opis reakcji podczas stosowania i po zaprzestaniu, godzinę zastosowania i zakończenia. Nie ma jednak szczegółowych rubryk dotyczących monitorowania. Możliwym jest, iż z tego powodu zarówno lekarz, jak i personel nie są w pełni świadomi konieczności kontroli stanu zdrowia, o której mowa w § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz.U. z 2014 r., poz. 1850). W ocenie KMPT wszystkie przypadki stosowania środków przymusu bezpośredniego powinny być rzetelnie dokumentowane w karcie pacjenta. Dobrym rozwiązaniem jest prowa-

dzenie kart obserwacji pacjenta unieruchomionego i kontroli jego stanu co 15 minut, okresowe zwalnianie z unieruchomienia oraz zapisywanie danych dotyczących stanu pacjenta. Zmiany na skórze pacjenta, ich lokalizacja, ślady obrażeń, zasinienia, rany etc. przedstawiane były w formie opisowej.

**☑ KMPT: Zdaniem Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur znacznym ułatwieniem jest oznaczanie tych zmian na odpowiednim dokumencie zawierającym schemat ciała.**

- ▶ Wyniki badań lekarskich, przeprowadzonych w przypadkach bardzo poważnych obrażeń, powinny być umieszczane na specjalnych formularzach przeznaczonych do tego celu i zawierać „mapę” ciała przeznaczoną do zaznaczenia miejsc poważnych obrażeń, która będzie przechowywana w dokumentacji medycznej osadzonego. Także zdjęcia, jeśli zostały zrobione, powinny zostać zamieszczone w dokumentacji medycznej osadzonego. Dodatkowo, w każdej jednostce (...) powinno prowadzić się specjalny rejestr urazów, w którym odnotowuje się wszystkie rodzaje obrażeń (CPT)<sup>262</sup>.

**☑ KMPT: W związku z powyższym przedstawiciele Mechanizmu stale zalecają poddawanie osób przyjmowanych do placówki szczegółowemu badaniu lekarskiemu, zmierzającemu do ujawnienia i udokumentowania ewentualnych obrażeń ciała zgodnie z zasadami zawartymi w Protokole Stambulskim.**

---

<sup>262</sup> § 78 raportu z wizyty w Polsce w 2013 r.

## Dostosowanie sanitariatów do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową

Stołeczny Ośrodek dla Osób Nietrzeźwych nie był dostosowany do potrzeb osób poruszających się na wózku inwalidzkim. Zważywszy, iż w Izbie może zostać umieszczona także osoba z niepełnosprawnościami zalecane jest dostosowanie przynajmniej jednej z toalet.

W odpowiedzi na raport powizytacyjny przedstawicieli KMPT dyrektor Izby poinformował, iż w grudniu 2017 r. dokonano prac remontowych części pomieszczeń placówki. Jak zapewniał dyrektor, czyni starania celem przystosowania łazienek, w miarę posiadanych środków w budżecie jednostki, do potrzeb osób z niepełnosprawnościami ruchowymi zgodnie z wytycznymi zawartymi w raporcie KMPT.

## Traktowanie przez personel

Podczas oglądu placówki w Olsztynie wizytujący zwrócili uwagę, iż personel zwracał się od pacjentów per „ty” – bez zachowania formy grzecznościowej.

**KMPT: Sposób zwracania się do pacjentów nie może prowadzić do podkreślenia dominacji personelu i zachowania tego typu powinny zostać jak najszybciej wyeliminowane.**

## Prawo do informacji

W ogólnodostępnych pomieszczeniach Punktu w Tarnowie nie umieszczono adresów instytucji stojących na straży praw człowieka, m.in. Rzecznika Praw Obywatelskich (z bezpłatną infolinią 800 676 676), właściwego sądu, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.





**CZEŚĆ III**  
**INNE DZIAŁANIA KMPT**



## Opiniowanie aktów prawnych<sup>263</sup>

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

W 2017 r. KMPT przedstawił uwagi do następujących projektów aktów prawnych:

- projekt rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zmieniającego rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej,
- projekt rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie publicznych placówek oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz placówek zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania,
- projekt Rady Europy w sprawie opracowania Reguł dotyczących zasad detencji migrantów.

---

<sup>263</sup> Wszystkie opinie umieszczone zostały na stronie internetowej KMPT, w zakładce *Opiniowanie aktów prawnych*

## Współpraca krajowa i międzynarodowa<sup>264</sup>

Ważną rolę w funkcjonowaniu i rozwoju Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur odgrywa uczestnictwo jego przedstawicieli w różnego rodzaju wydarzeniach o charakterze krajowym. Dzięki nim KMPT zaznacza swoją rolę jako organu stojącego na straży praw osób pozbawionych wolności, jak również zyskuje nowe doświadczenia płynące z kooperacji z innymi podmiotami działającymi w tym zakresie.

Wśród najważniejszych należy wymienić konferencję „Reprezentacja RP przed ETPC – ponad dwie dekady doświadczeń MSZ” zorganizowaną przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych w 20. rocznicę wydania przez Europejski Trybunał Praw Człowieka pierwszego wyroku w stosunku do Polski (Proszak przeciwko Polsce), spotkanie przedstawicieli dyrektorów MOW-ów, sędziów rodzinnych, akademików oraz KMPT z przedstawicielami delegatury NIK w Szczecinie w celu omówienia zagadnień związanych z funkcjonowaniem młodzieżowych ośrodków wychowawczych w Polsce, spotkanie z przedstawicielami CPT podczas wizytacji miejsc detencji w Polsce w celu przekazania stanu ochrony osób pozbawionych wolności przed niehumanitarnym i poniżającym traktowaniem i torturami czy posiedzenie senackiej Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji w sprawie petycji złożonej przez Helsińską Fundację Praw Człowieka w sprawie nowelizacji ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich.

Bardzo ważnym wydarzeniem był I Kongres Praw Obywatelskich zorganizowany przez Rzecznika Praw Obywatelskich. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zorganizował dwa panele poświęcone ochronie osób pozbawionych wolności przed poniżającym i niehumanitarnym traktowaniem oraz torturami. Pierwszy „Ofiary tortur w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców na terenie RP” poruszał kwestie zwią-

<sup>264</sup> Szerzej na temat aktywności KMP na arenie krajowej i międzynarodowej na stronie internetowej KMP w zakładkach: *Współpraca krajowa KMP* oraz *Współpraca międzynarodowa KMP*.

zane z identyfikacją ofiar tortur wśród cudzoziemców umieszczonych w strzeżonych ośrodkach i pomocą psychologiczną im udzielaną. Podczas drugiego panelu - „Czy można w Polsce całkowicie wyeliminować tortury?” – osoby biorące w nim udział dyskutowały o mechanizmach chroniących osoby najsłabsze przed torturami i ich skuteczności.

Współpraca międzynarodowa organizacji międzynarodowych i krajowych mechanizmów prewencji tortur jest ważnym elementem pracy prewencyjnej. Podczas tych właśnie spotkań są wypracowywane standardy dotyczące metodologii pracy KMPT i wydawanych rekomendacji. W związku z tym stanowi ona nieodzowną część pracy polskiego KMPT.

W czerwcu 2017 r. przedstawiciel KMPT wziął udział w konferencji zorganizowanej przez Europejską Akademię Prawa w Trewirze Improving Detention Conditions at EU Level. Best Practice, Legislation and the Follow-Up to the European Commission's Green Paper. Spotkanie zorganizowane zostało przy współudziale Rady Europy, Europejskiej Organizacji Służby Więziennej i Poprawczej (EuroPris), Rzecznika Praw Obywatelskich oraz niemieckiego mechanizmu prewencji tortur (German National Agency for the Prevention of Torture). Było to ostatnie z pięciu spotkań poświęconych zagadnieniu poprawy warunków pozbawienia wolności w Europie.

Na przełomie maja i czerwca 2017 r. przedstawiciel KMPT wziął udział w zorganizowanych przez Radę Europy konsultacjach dotyczących projektowanej kodyfikacji Europejskich reguł administracyjnej detencji migrantów. Konsultacje były prowadzone w trzech blokach tematycznych: praktycznej implementacji reguł i gwarancji ochronnych dla migrantów, administracyjnej detencji w miejscach innych niż strzeżone ośrodki i konieczności uniknięcia więziennych warunków pozbawienia wolności w strzeżonych ośrodkach, cudzoziemców o szczególnych potrzebach. w konsultacjach uczestniczyli przedstawiciele KMP m. in. z: Austrii, Niemiec, Francji, Chorwacji, Macedonii, Mołdawii, Koso-

wa, Czech, Słowenii, Estonii, Malty, Włoch, Portugalii, Hiszpanii, Anglii, Ukrainy, Kazachstanu, Kirgistanu, tworzących się KMP z Tunezji, Maroka oraz obserwatorzy z instytucji międzynarodowych (APT, CPT, UNHCR).

We wrześniu 2017 r. przedstawiciel KMPT wziął udział w charakterze prelegenta w międzynarodowej konferencji poświęconej sytuacji dzieci pozbawianych wolności w instytucjach wychowawczych i korekcyjnych. Spotkanie organizowane było w ramach przewodnictwa Republiki Czech w Komitecie Ministrów Rady Unii Europejskiej. Organizatorem konferencji było Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych Republiki Czeskiej.

W październiku 2017 r. przedstawiciel KMPT wziął udział w spotkaniu przedstawicieli krajowych mechanizmów prewencji, zorganizowanym przez Radę Europy oraz Agencję Praw Podstawowych Unii Europejskiej (FRA), w ramach programu „NPM Forum”. Zostało ono zorganizowane w związku z koniecznością implementacji przez państwa Europejskiego Nakazu Aresztowania, wyroków Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (sprawa Aranyosi i Caldaru) oraz innych decyzji ramowych dotyczących detencji. Komisja Europejska wezwała FRA do podjęcia prac związanych z monitorowaniem warunków pozbawienia wolności. W tym celu FRA zaproponowała stworzenie bazy danych zawierającej standardy zarówno międzynarodowe, jak i te tworzone przez KMP, dotyczące warunków pozbawienia wolności. Baza ta miała by służyć sędziom decydującym o przetransportowaniu skazanego do państwa jego pochodzenia.

## Działalność edukacyjna

### Debaty regionalne KMPT

W 2017 r. prowadzony był zainicjowany w 2016 r. cykl 16 debat regionalnych organizowanych w stolicach województw.

#### 2017 r. – 8 debat regionalnych

Spotkania adresowane były do przedstawicieli wszystkich typów miejsc pozbawienia wolności, przedstawicieli prokuratury, władzy sądowniczej, samorządu wojewódzkiego oraz uczelni wyższych. Debaty stanowiły platformę wymiany doświadczeń płynących ze współpracy władz miejsc detencji z KMPT w obszarze ochrony praw osób pozbawionych wolności. Ich celem było również przybliżenie problemów natury systemowej identyfikowanych w trakcie wizytacji prewencyjnych w miejscach detencji oraz podkreślenia roli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur jako partnera dla władz wizytowanych miejsc w tworzeniu kultury braku akceptacji dla tortur, okrutnego, niehumanitarnego, poniżającego traktowania albo karania. W roku 2017 odbyło się 8 debat regionalnych w: Wrocławiu, Szczecinie, Białymstoku, Rzeszowie, Opolu, Zielonej Górze, Krakowie i Bydgoszczy. W debatach w Krakowie i Bydgoszczy wzięła udział Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich – dr Hanna Machińska; na poprzednich spotkaniach regionalnych był obecny płk Krzysztof Olkowicz. Za przygotowanie i moderację każdej z debat odpowiadał zastępca Dyrektora KMPT - Przemysław Kazimirski. Poza stałą reprezentacją Krajowego Mechanizmu Prewencji podczas debat regionalnych w 2017 r. (zastępca RPO i zastępca Dyrektora KMPT), w 4 spotkaniach wzięła również udział Dyrektor KMPT – Justyna Róża Lewandowska. W pozostałych debatach Mechanizm uczestniczyli również pracownicy Mechanizmu – Klaudia Kamińska, Rafał Kulas i Marcin Kusy.



Podczas debaty we Wrocławiu, największe zainteresowanie ze strony zebranych, wzbudziły zagadnienia dotyczące pełnienia funkcji opiekunów prawnych ubezwłasnowolnionych mieszkańców domów pomocy społecznej przez pracowników tych placówek oraz braku przepisów umożliwiających sprawowanie faktycznej opieki nad dziećmi przez nieletnie matki przebywające w placówkach resocjalizacyjnych. Dzięki wystąpieniu przedstawicielki Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka – adw. Katarzyny Wiśniewskiej, podczas debaty omówione zostały w szczególności problemy związane z poszanowaniem praw osób nieletnich w detencji.

Debata szczecińska stanowiła okazję do zwrócenia uwagi przez jedną z dyrektorek młodzieżowego ośrodka wychowawczego na problem braku odpowiedniej oferty terapeutycznej dla dzieci trafiających do takich placówek, po doświadczeniach z używaniem substancji psychoaktywnych.

Dzięki wystąpieniu prof. Grażyny Barbary Szczygieł z Uniwersytetu w Białymstoku, ekspertki zajmującej się prawem karnym wykonawczym, uczestnicy dyskutowali nad realnymi możliwościami resocjalizacji więźniów. Z kolei przedstawiciel jednego ze domów pomocy społecznej zgłosił problem mieszkańców z wirusem HIV, którzy nie przestrzegają zasad bezpieczeństwa, narażając tym samym pozostałych mieszkańców na zakażenie tym wirusem.

Debata w Rzeszowie skoncentrowała się na problemie ofiar tortur w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców. O problemie tym mówiła Maria Książak, psycholożka, członkini Komisji Ekspertów KMP, która udziela pomocy uchodźcom. Doświadczenie zdobywała m.in. podczas konfliktu w Czeczenii i Inguszetii. Podkreśliła, że u osób które doświadczyły przemocy i uciekają ze swojego kraju przed przemocą, torturami, prześladowaniami, zamknięcie w ośrodkach może pogłębiać stan stresu pourazowego.

Z kolei podczas debaty opolskiej przedstawiciele domów pomocy społecznej zwracali uwagę na problemy w zatrudnianiu pielęgniarek w tych placówkach, związane z odmowami pokrywania wydatków przeznaczonych na wynagrodzenia dla pielęgniarek przez władze samorządowe. W związku z tym jedyną możliwością pozyskiwania takich osób do pracy w domach pomocy społecznej, jest ich zatrudnianie na etatach pielęgniarko – opiekunek.

Podczas debaty w Zielonej Górze wziął udział ekspert Mechanizmu dr Jerzy Foerster (geriatra), który w swoim wystąpieniu poruszył temat braku jednolitego modelu opieki medycznej w DPS, co jest szczególnie widoczne w mniejszych miejscowościach, gdzie brakuje pielęgniarek. Studentki pielęgniarstwa mając do wyboru starania o pracę w domu pomocy społecznej, zwykle decydują się na wyjazd za granicę, gdzie są przyjmowane do pracy bez żadnych przeszkód, a nawet są bezpośrednio zachęcane przez pracodawców zagranicznych do podjęcia zatrudnienia. Wskazywał też, że jednym z problemów w domach pomocy społecznej jest kwestia dawkowania leków. Zdarza się, że pacjenci przyjmują ich zbyt dużo (zjawisko polipragmazji). Czasami leki przyjmowane są zbyt długo np. antybiotyki, które dawkuje się przez 30 dni. Tymczasem, część leków można zastąpić innymi, ograniczając liczbę przyjmowanych tabletek. To dlatego tak ważne jest, by ktoś zwracał uwagę na to, jak wykonywane są zalecenia lekarskie.

Debata w Krakowie zdominowana została przez wypowiedzi przedstawicieli domów pomocy społecznej, zarówno te formułujące wątpliwości pod adresem KMPT odnośnie traktowania tych placówek jako miejsca pozbawienia wolności, jak i te, które akcentowały zasadność monitoringu prowadzonego przez Mechanizm w domach pomocy społecznej. Ekspertka Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur dr Marzena Ksel - Zastępczyni Przewodniczącego Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom (CPT), zaznajomiła uczestników debaty z celem i skutkami stosowania Protokołu Stambulskiego, jako narzędzia

dedykowanego personelowi medycznemu i przeznaczonego do identyfikacji ofiar tortur i innego okrutnego traktowania.

Ostatnia z debat, które miały miejsce w 2017 r., odbyła się w Bydgoszczy. Z ramienia Komisji Ekspertów KMPT wziął w niej udział prof. dr hab. Zbigniew Lasocik, który w latach 2007-2012 był członkiem Podkomitetu ds. Prewencji Tortur ONZ w Genewie (SPT). Prof. Lasocik jest ekspertem w zakresie nauk penitencjarnych, specjalistą w dziedzinie praw człowieka i prewencji tortur, a także pionierem badań problematyki handlu ludźmi. W trakcie swojego wystąpienia przybliżył gościom ideę prewencji tortur. Ekspert wskazywał, że przed Polską stoją wyzwania wynikające z OPCAT. Wśród nich wymienił m.in. dialog, skuteczną wymianę informacji pomiędzy poszczególnymi instytucjami. Prof. Lasocik mówił także o ogromnej roli mediów, które powinny budować kulturę braku tolerancji dla jakichkolwiek form tortur.

***Organizacja debat regionalnych stanowi wypełnienie edukacyjnej roli KMPT w zakresie przeciwdziałania torturom oraz innemu okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu czy karaniu.***

Do uczestnictwa w debatach zaproszeni zostali także przedstawiciele lokalnych mediów, z myślą o których przygotowano informacje zawierające wyniki wizytacji KMPT w miejscach detencji znajdujących się na terenie danego województwa w ciągu 2 lat poprzedzających spotkanie.

## **Oświadczenia KMPT jako forma budowania postawy nietolerancji dla tortur, okrutnego i poniżającego traktowania**

W 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rozpoczął posługiwanie się nowym narzędziem edukacyjnym jakim są oświadczenia KMPT. Jest to stanowisko KMPT dotyczące ważnych z punktu prewen-

cji tortur wydarzeń np. wydanie wyroku przez sąd krajowy czy ETPC, doniesienie medialne oraz wydanie aktów prawnego. w roku 2017 r. KMPT wydał dwa oświadczenia: w sprawie śmierci Igora Stachowika oraz bezzasadnego zatrzymania i osadzenia w PdOZ obywatelki Ukrainy.

Niestety ze względu na duże braki kadrowe KMPT przeprowadził tylko jedno szkolenie, które odbyło się w Ośrodku Szkolenia Policji w Sieradzu.

## **Finansowanie**

Wydatki na działalność KMPT pokrywane są z budżetu państwa otrzymywanego przez RPO. Zgodnie z rocznym sprawozdaniem z wykonania wydatków Budżetu Państwa oraz Budżetu Środków Europejskich w układzie zadaniowym w 2017 r. na realizację funkcji krajowego mechanizmu prewencji Biuro RPO wydatkowało środki w wysokości **2 340 015,73 zł.**

# WIZYTACJE KRAJOWEGO MECHANIZMU PREWENCJI W 2017 R. – TABELA WG JEDNOSTEK

<b>Zakłady Karne</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Malbork	20-21.06.2017
Herby Stare	27-28.06.2017
<b>Razem 2</b>	

<b>Areszty Śledcze</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Grójec ( <b>rewizytacja</b> )	30-31.01.2017
Wałbrzych ( <b>rewizytacja</b> )	07-08.06.2017
<b>Razem 2</b>	

<b>Oddział Zewnętrzny jednostki penitencjarnej</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
OZ Radom (AŚ Radom) <b>rewizytacja</b>	01-02.02.2017
<b>Razem 1</b>	

<b>Pomieszczenia dla osób zatrzymanych jednostek organizacyjnych Policji</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Malbork KPP	19.06.2017
Częstochowa KMP	26.06.2017
Grójec KPP	11.12.2017
Sokołów Podlaski KPP	12.12.2017
Płock KMP	13.12.2017
<b>Razem 5</b>	

<b>Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Trzciniec <b>opieka psychiatryczna nieletnich</b>	08-09.02.2017
Mszana Dolna ( <b>rewizytacja</b> )	04-05.04.2017
Lidzbark Warmiński	22-24.08.2017
Warszawa Nr 3 (ul. Patriotów 90)	05-06.09.2017
Oława	27-28.11.2017
<b>Razem 5</b>	

<b>Zakłady Poprawcze</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Świecie <b>opieka psychiatryczna nieletnich</b>	24-25.04.2017
Witkowo <b>opieka psychiatryczna nieletnich</b>	03-04.08.2017
Tarnów <b>opieka psychiatryczna nieletnich</b>	06-07.11.2017
<b>Razem 3</b>	

<b>Zakłady Poprawcze i Schroniska dla Nieletnich</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Racibórz ( <b>rewizytacja</b> )	21-22.03.2017
Sadowice <b>opieka psychiatryczna nieletnich</b>	05-06.06.2017
Konstantynów Łódzki	07-08.08.2017
<b>Razem 3</b>	

<b>Strzeżone Ośrodki dla Cudzoziemców</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Krosno Odrzańskie	18-19.09.2017
Przemyśl	24-26.10.2017
<b>Razem 2</b>	

<b>Izby Wyrzeźwień</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Warszawa	19-20.07.2017
Olsztyn - Ambulatorium dla Nietrzeźwych	21.08.2017
Tarnów - Punkt Opieki nad Osobami Nietrzeźwymi Tarnowskiego Towarzystwa Profilaktyki Społecznej	08-09.11.2017
<b>Razem 3</b>	

<b>Policyjne Izby Dziecka</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Katowice	20.03.2017
Wrocław	29-30.11.2017
<b>Razem 2</b>	

<b>Szpitalne Psychiatryczne/Oddziały Psychiatryczne</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Szczecinek Zakład Opieki Psychiatrycznej „Salus” (ul. Tadeusza Kościuszki 38C) - Oddział Psychiatryczny (Ogólny)	06-07.02.2017
Garwolin Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej (al. Legionów 11) <b>opieka psychiatryczna nieletnich</b>	20-21.02.2017
Józefów Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii (ul. 3 Maja 127) - Oddziały Psychiatryczne dla dzieci i młodzieży <b>opieka psychiatryczna nieletnich</b>	22-23.02.2017
<b>Świecie</b> Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych (ul. Sądowa 18) - Oddział Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży <b>opieka psychiatryczna nieletnich</b>	26-27.04.2017

<b>Szpitaly Psychiatryczne/Oddziały Psychiatryczne</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Starogard Gdański Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych (ul. Skarszewska 7) - Oddział Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu <b>opieka psychiatryczna nieletnich</b>	22-23.05.2017
Grudziądz Regionalny Szpital Specjalistyczny (ul. Rydygiera 15/17) - Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży <b>opieka psychiatryczna nieletnich</b>	24-25.05.2017
Międzyrzecz Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych (ul. Poznańska 109) - Całodobowy Oddział Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu <b>opieka psychiatryczna nieletnich</b>	10-11.07.2017
Toruń Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera (ul. Marii Curie-Skłodowskiej 27/29) - Oddział Kliniczny VI Psychiatrii Młodzieży <b>opieka psychiatryczna nieletnich</b>	01-02.08.2017
Warszawa Wojskowy Instytut Medyczny (ul. Szaserów 128) - Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii	07-08.09.2017
<b>Świętochłowice</b> Zakład Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. (ul. Chorzowska 38) - Oddział Psychiatryczny	11-12.09.2017
Sosnowiec Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o.o. (ul. Zegadłowicza 3) - Oddział Psychiatryczny	13-14.09.2017
Elbląg Szpital Miejski św. Jana Pawła II (ul. Komeńskiego 35) - Oddział Psychiatryczny ogólny	25-26.09.2017



<b>Szpital Psychiatryczne/Oddziały Psychiatryczne</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Gdańsk 7 Szpital Marynarki Wojennej (ul. Polanki 117) - Oddział Psychiatryczny ogólny	27-28.09.2017
Kolno Szpital Ogólny (ul. Wojska Polskiego 63) - Oddział Psychiatryczny ogólny	16.10.2017
Słupsk Centrum Zdrowia Psychicznego (ul. Obrońców Wybrzeża 4) - Oddział Psychiatryczny ogólny	13-14.11.2017
<b>Razem 15</b>	

<b>Domy Pomocy Społecznej</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Jordanowo (Jordanowo 3)	12-13.07.2017
Międzyrzecz (ul. Podbielskiego 2)	20-21.09.2017
Końskie „Cichy Zakątek” ( <b>rewizytacja</b> )	02-03.10.2017
Starachowice (ul. Bema 26)	04-05.10.2017
Mienia „Jedlina”	09-10.10.2017
Radzymin (ul. Konstytucji 3 Maja 7)	11-12.10.2017
Elk „Tęczowy Dom” - ( <b>rewizytacja</b> )	17-19.10.2017
<b>Razem 7</b>	

<b>Placówki Całodobowej Opieki dla osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych lub w podeszłym wieku</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Otwock Dom Nad Świdrem	16-17.01.2017
Palmiry Dom Opieki „Sielanka”	18.01.2017
Baniocha Dom Opieki „Spokojna Przystań”	23.01.2017

<b>Placówki Całodobowej Opieki dla osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych lub w podeszłym wieku</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Ząbki Dom Opieki Nad Osobami Starszymi „Zielony Zakątek”	25.01.2017
Otwock Centrum Opiekuńczo-Rehabilitacyjne Alter Domus	13.02.2017
Stare Babice Dom Opieki „Ostoya Homes”	15.02.2017
Piaseczno Dom Opieki Nestoria	27.02.2017
Wojszyce k/Pomiechówka Dom Opieki Nestor	28.02.2017
Wrocław Centrum Seniora Angel Care	08-09.03.2017
Gdańsk Dom Opieki Złota Jesień (ul. Hynka 12)	13-14.03.2017
Gnojnik Dom Spokojnej Starości „Filiżanka”	03.04.2017
Stare Babice Dom Opieki „Florans”	11.05.2017
Warszawa Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet (ul. Żywiczna 40)	09-10.08.2017
Marki DUOMED s.c.	04-05.12.2017
Józefów Dom Opieki „Józefina” (ul. Sikorskiego 123)	06-07.12.2017
<b>Razem 15</b>	

<b>Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze/Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze</b>	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>
Wrocław Zgromadzenia Sióstr św. Elżbiety (ul. św. Józefa 2/4)	06-07.03.2017
Gdańsk Niepubliczny ZOL Caritas Archidiecezji Gdańskiej (ul. Fromborska 24)	15-16.03.2017
Kaśmin k/Siennicy (ul. Drożdżówka 5 A)	10-11.04.2017
Maków Mazowiecki (ul. Witosa 2)	12.04.2017
Czosnów Pielęgniarski Dom Opieki „Złota Ostoja” (ul. Grupy Kampinos 19b)	09.05.2017
Knyszyn (ul. Grodzieńska 96)	15-16.05.2017
Mońki (ul. Niepodległości 9)	17-18.05.2017
Brwinów (ul. Kraszewskiego 20)	17-18.07.2017
Słupsk (ul. Lelewela 58)	15-16.11.2017
Warszawa „Dom Ciepła” (ul. Republikańska 19)	21-22.11.2017
Otwock (ul. Zamenhofska 22)	23-24.11.2017
<b>Razem 11</b>	

## Poczet Rzeczników



Ewa Łętowska  
1987–1992



Tadeusz Zieliński  
1992–1996



Adam Zieliński  
1996–2000



Andrzej Zoll  
2000–2006



Janusz Kochanowski  
2006–2010



Irena Lipowicz  
2010–2015



Adam Bodnar  
od 2015

15 lipca 1987 r.

Sejm uchwalił ustawę o Rzeczniku Praw Obywatelskich

1 stycznia 1988 r.

Rzecznik Praw Obywatelskich rozpoczął działalność

Rzecznik Praw Obywatelskich  
al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa

INFOLINIA OBYWATELSKA 800 676 676

[www.rpo.gov.pl](http://www.rpo.gov.pl)