

**Zapobieganie torturom
w instytucjach izolacyjnych
Europy Centralnej i Wschodniej**

Wybrane Zagadnienia

**Raport z działalności Programu
Grupa Polska**

**Pod redakcją
prof. dr hab. Andrzeja Rzeplińskiego
i mgr Krzysztofa Wilamowskiego**



HELSIŃSKA FUNDACJA PRAW CZŁOWIEKA

Warszawa 2006

Publikacja sfinansowana ze środków Komisji Europejskiej

Redakcja techniczna:

Maciej Nowicki

Krzysztof Wilamowski

© Copyright by Helsińska Fundacja Praw Człowieka

Wydanie I, nakład 500 egzemplarzy

ISBN 83-87300-75-6

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne.....	5
Rozdział I. Ogólny zarys projektu	7
Rozdział II. Wolność od tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania	14
Rozdział III. Monitoring instytucji	34
Zbigniew Lasocik , Postępowanie wobec więźniów w Zakładzie Karnym w Nysie.....	37
Maryla Nowicka, Tomasz Szafranski , Monitoring zakładów psychiatrii sądowej.....	45
Streszczenie raportu z monitoringu zakładów psychiatrii sądowej.....	126
Justyna Lewandowska, Krzysztof Wilamowski , Zapis lustracji Zakładu Karnego we Wronkach.....	131
Barbara Kawecka Stańdo, Andrzej Rzepliński, Krzysztof Wilamowski , Opinia prawna typu amicus curiae w sprawie warunków przebywania osób pozbawionych wolności w Zakładzie Karnym w Tarnowie Mościcach w świetle standardu orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w zakresie art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.....	138
Rozdział IV. Badanie akt i analiza rozwiązań systemowych	164
Zbigniew Lasocik , Badanie wzrostu populacji więziennej oraz statystyki i systemu rejestracji wypadków nadzwyczajnych w zakładach karnych i aresztach śledczych.....	168
Krzysztof Wilamowski, Marcin Wiśniewski , Analiza systemu rozpatrywania skarg osób przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych na czynności funkcyjno-nariuszy Służby Więziennej w oparciu o dane Centralnego Zarządu Służby Więziennej.....	172
Barbara Kawecka Stańdo , Badanie w sądach 100 kolejnych prawomocnie zakończonych spraw, jakie od 01.01.1997 roku wytoczyli więźniowie przeciwko Skarbowi Państwa na podstawie art. 417 kodeksu cywilnego.....	182

Krzysztof Wilamowski, Marcin Wiśniewski , Analiza systemu rozpatrywania skarg na czynności funkcjonariuszy Policji, a także ich odpowiedzialności dyscyplinarnej oraz karnej na podstawie danych Komendy Głównej Policji.....	190
Andrzej Kremplewski, Krzysztof Wilamowski , Analiza stu skarg na naruszenie art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, które wpłynęły do Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka od 01.01.2001 roku	200
Rozdział V. Działania interwencyjne	214
Aneks. Andrzej Rzepliński, Krzysztof Wilamowski , Opinia prawna typu <i>amicus curiae</i> w sprawie zasadności umorzenia przez Prokuraturę Rejonową w X postępowania w sprawie przekroczenia uprawnień i nieumyślne spowodowanie śmierci Z	226
Rozdział VI. Podsumowanie	242
Załączniki	250

Słowo wstępne

Przekazujemy w ręce Czytelników kolejną publikację w serii *Raporty, Ekspertyzy, Opinie*, poświęconą zapobieganiu torturom, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu w instytucjach izolacyjnych. Raport stanowi odzwierciedlenie części aktywności programu „Zapobieganie torturom w instytucjach izolacyjnych Europy Centralnej i Wschodniej”, prowadzonego w ramach współpracy pomiędzy Komitetami Helsińskimi z Bułgarii, Macedonii, Rosji, Serbii i Czarnogóry, Węgier i Polski.

Tym razem nie jest to jedynie zapis lustracji poszczególnych placówek. Przedstawiamy tutaj kompleksowy system działań, podejmowanych przez pracowników i współpracowników Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka w celu zarówno monitorowania sytuacji w zakresie gwarancji przestrzegania standardu art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, jak też zapobiegania ewentualnym naruszeniom.

Wolność od tortur stanowi jedno z najbardziej fundamentalnych praw człowieka. Jako jedno z niewielu, ma charakter absolutny, co oznacza, że w żadnej sytuacji Państwo nie może uchylić się od jego przestrzegania. Tym samym, funkcjonariusze publiczni nie mogą na przykład wykorzystywać tortur w trakcie przesłuchania, nawet jeżeli chodziłoby o uzyskanie informacji o planowanym zamachu terrorystycznym.

Jednakże dynamika zjawisk społecznych, wzrost przestępczości i – związana z nim – presja społeczna wywierana zwłaszcza przy pomocy mediów na funkcjonariuszach organów ścigania, w praktyce wielokrotnie prowadzi do nadużyć. Choć w ostatnich latach przed rozpoczęciem programu, nie notowaliśmy w Polsce przypadków najbardziej drastycznego łamania art. 3 Konwencji, a zatem przypadków tortur, to jednak sytuacje, które mogłyby zostać zakwalifikowane jako przypadki nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania zdarzały się niejednokrotnie. Co więcej, od 2000 roku obserwowaliśmy pogłębiającą się zapaść systemu więziennictwa, spowodowaną nie tylko znacznym wzrostem liczby osób pozbawionych wolności (przy braku zwiększania bazy miejscowej), ale również brakiem zwiększania liczby etatów funkcjonariuszy Służby Więziennej. W efekcie

przeludnienie więzień spowodowało pogorszenie się nie tylko warunków bytowych osób odbywających karę pozbawienia wolności, ale także warunków pracy funkcjonariuszy.

To tylko część problemów, które stały się powodem przeprowadzenia kompleksowych badań gwarancji proceduralnych przestrzegania zakazu tortur, niehumanicznego lub poniżającego traktowania albo karania.

W niniejszej publikacji prezentujemy swoiste kulisy pracy organizacji pozarządowej, zajmującej się ochroną praw człowieka. Poszczególne opinie prawne przedstawione w kolejnych rozdziałach, stanowiące integralną część naszych działań, są wzorcowymi dokumentami, wykorzystywanymi w codziennej praktyce. Faktem jest, iż *amicus curiae briefs* prezentowane w tej publikacji dotyczą zasadniczo jedynie gwarancji wypływającej z art. 3 Konwencji. Jednakże ta forma wystąpienia jest właściwa dla wszystkich rodzajów ewentualnych naruszeń i z powodzeniem jest wykorzystywana w obronie innych praw podstawowych. Z tego też względu, niniejszy raport skierowany jest nie tylko do praktyków i przedstawicieli szeroko pojętego systemu wymiaru sprawiedliwości, ale również do tych organizacji, które w mniejszym lub większym stopniu działają na rzecz ochrony praw człowieka.

Poszczególne części zostały przygotowane bądź to przez pracowników, bądź współpracowników Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka – praktyków i pracowników naukowych, od lat zajmujących się ochroną praw człowieka. Autorów kolejnych części cechowała duża samodzielność, zarówno jeśli chodzi o dobór metodologii, jak też o formę końcowego opracowania. Dzięki temu całość raportu stanowi wielopłaszczyznowy zbiór analiz, opinii i zapisów lustracji placówek, który – stanowiąc jedynie wycinek wszystkich działań przeprowadzonych w ramach projektu – pozwala jednak na sformułowanie ogólnych wniosków dotyczących standardu przestrzegania zakazu tortur, niehumanicznego lub poniżającego traktowania albo karania w naszym kraju.

Andrzej Rzepliński
Krzysztof Wilamowski

Rozdział I

Ogólny zarys projektu

1. Podstawowe informacje o programie.

Projekt „Zapobieganie torturom w instytucjach izolacyjnych Europy Centralnej i Wschodniej” realizowany był jednocześnie w sześciu krajach, przez sześć Komitetów Helsińskich. Koordynatorem projektu w skali międzynarodowej był Bułgarski Komitet Helsiński, który otrzymał grant od Komisji Europejskiej. Jego partnerami były Komitety Helsińskie z Federacji Rosyjskiej, Macedonii, Serbii i Czarnogóry, Węgier i Polski. Dodatkowo, w roli obserwatorów, w projekcie udział wzięły Międzynarodowa Federacja Helsińska (IHF) i Grecki Komitet Helsiński (GHM).

Dotacja Komisji Europejskiej, pozwoliła na sfinansowanie ponad 80% wszystkich wydatków.

Projekt realizowany był przez trzy lata (od kwietnia 2003 roku). Działania prowadzone przez każdy z Komitetów miały w zasadzie charakter lokalny, czyli obejmujący swoim zasięgiem terytorium jednego kraju. Poza spotkaniem inicjującym projekt, które odbyło się pod koniec czerwca 2003 roku w Sofii i ewaluacją zaplanowaną na przełom marca i kwietnia 2006 roku, wspólne przedsięwzięcia, w których brali udział wszyscy partnerzy, ograniczyły się do tzw. misji monitoringowych. Misje te obejmowały wizytację wybranych instytucji izolacyjnych w każdym z krajów przez reprezentantów wszystkich organizacji biorących udział w projekcie. Raport z wizytacji tych jednostek stanowi odrębną publikację, za którą odpowiedzialny jest Bułgarski Komitet Helsiński, jako koordynator projektu.

2. Główne cele i założenia.

Podstawowym założeniem projektu była ocena standardu przestrzegania zakazu tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, który statuje art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (dalej: EKPC). Efektem badań prowadzonych niezależnie w każdym z krajów partnerskich miało być również wypracowanie rekomendacji zmierzających do dostosowania praktyki obowiązującej w każdym z tych państw do wymogów płynących zwłaszcza z orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, który w swych wyrokach precyzuje rzeczywisty kształt zakazu tortur.

Działania podejmowane w ramach projektu przez Helsińską Fundację Praw Człowieka miały na celu – ujmując rzecz ogólnie – monitorowanie przestrzegania zakazu tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, zgodnie z treścią art. 3 EKPC i orzecznictwem Trybunału w Strasburgu. Projekt zakładał połączenie kilku rodzajów działań (szerzej opisanych w kolejnych rozdziałach raportu), które zapewniały kompleksowe potraktowanie problemu. Dzięki takiemu – pełnemu podejściu, możliwe stało się skonstruowanie ogólnych tez odnoszących się do sytuacji osób – ofiar naruszenia art. 3 EKPC, w tym zwłaszcza możliwości dochodzenia przez nie swoich praw. Wnioski płynące z badań poszczególnych problemów pozwalają na przedstawienie konkretnych rekomendacji zarówno w sferze praktyki stosowania prawa, jak i legislacji.

3. Grupy docelowe.

Projekt, także od strony podmiotowej, a zatem grup docelowych, zakładał kompleksowe ujęcie kwestii wolności od tortur. Poszczególne aktywności kierowane były zarówno do ofiar naruszeń (np. osób zwracających się do programu Działania Prawne w Interesie Publicznym, popularnie zwanego działem prawnym HFPC), potencjalnych sprawców (policjantów, funkcjonariuszy służby więziennej), jak również organów odpowiedzialnych za ściganie naruszeń (prokuratur, sądów) i organów tworzących prawo (np. Minister Sprawiedliwości). Tylko dzięki tak szerokiemu ujęciu beneficjentów projektu, można było mieć nadzieję, na skuteczność oddziaływań w zakresie tej wolności. Konkretnie sytuacje praktyczne, z jakimi zwracały się do HFPC domniemane ofiary naruszenia art. 3 EKPC, pozwoliły na wypracowanie pewnych standardowych procedur postępowania, zarówno w kontaktach z organami odpowiedzialnymi za powstanie tych naruszeń, jak też z instytucjami powołanymi do ich ścigania. Z kolei reakcje tych ostatnich, były podstawą do oceny skuteczności poszczególnych środków odwoławczych, w przypadkach, gdy dana osoba miała dający się uzasadnić zarzut, iż była traktowana w sposób niehumanitarny czy poniżający.

Stosownie do treści art. 3 EKPC, działaniami zostały objęte poszczególne grupy docelowe:

- osoby pozbawione wolności – w grupie tej znaleźli się skazani, tymczasowo aresztowani, ukarani (przebywający w zakładach karnych i aresztach śledczych); osoby przebywające w policyjnych pomieszczeniach dla osób zatrzymanych; pacjenci szpitali psychiatrycznych; wychowankowie ośrodków dla nieletnich;
- osoby czasowo pozbawione wolności – chodzi tu o osoby, które nie są pozbawione wolności poprzez umieszczenie w jednej z instytucji izolacyjnych wymienionych powyżej, jednakże – na skutek, na przykład, zatrzymania przez policję w celu doprowadzenia do komendy – czasowo

nie mają możliwości swobodnego poruszania się; w części przypadków, osoby te mogą znaleźć się w pierwszej grupie, ale nie jest to regułą;

- funkcjonariusze Policji;
- funkcjonariusze Służby Więziennej;
- personel placówek dla nieletnich;
- personel szpitali psychiatrycznych;
- prokuratorzy;
- sędziowie.

W sposób pośredni – rolę taką spełnia między innymi niniejszy raport – działania programu skierowane są również do przedstawicieli organizacji pozarządowych i prawników zajmujących się pomocą ofiarom naruszeń art. 3 EKPC. Doświadczenia programu pozwoliły bowiem na wypracowanie sprawdzonych w praktyce mechanizmów pomocy tym osobom, jak też wskazały na braki systemowe, które szczegółowo przedstawione zostaną w dalszych częściach raportu.

4. Metodologia.

Helsińska Fundacja Praw Człowieka prowadzi sprawy mające za przedmiot problematykę ochrony fundamentalnych praw człowieka w postępowaniach sądowych od samego początku swojego istnienia, to jest od stycznia 1990 roku. Wypracowała własną metodologię, ma doświadczony personel i ponad stu stałych współpracowników-wolontariuszy w całym kraju. Od początku swojego działania HFPC zajmuje się poradnictwem prawnym, litygacją, monitoringiem, edukacją, bierze udział w pracach legislacyjnych, współpracuje z wieloma organizacjami pozarządowymi i międzynarodowymi takimi jak Interights, Bułgarski Komitet Helsiński, PILI, Fundacja Batorego, Instytut Spraw Publicznych, Fundacja Wolności, Fundacja Uniwersyteckich Poradni Prawnych (FUPP), Polskie Stowarzyszenie Edukacji Prawnej (PSEP), Związek Biur Porad Obywatelskich (ZBPO).

W latach 2001-2003 HFPC prowadziła program Promowanie dostępu do wymiaru sprawiedliwości w Europie Centralnej i Wschodniej (Promoting Access to Justice in Central and Eastern Europe), wraz z Interights (Londyn), PILI (New York-Budapest) i Bułgarskim Komitetem Helsińskim (Sofia). Program zakończył się w 2003 roku. Działania zainicjowane programem są nadal kontynuowane.

HFPC stała się też forum wymiany poglądów dla przedstawicieli organizacji pozarządowych, organizując w swojej siedzibie między innymi spotkania na temat działań sektora pozarządowego w dziedzinie pomocy prawnej, poradnictwa prawnego i informacji prawnej.

W ramach programu Działania prawne w interesie publicznym i Programu Bezpłatnej Pomocy Prawnej dla Cudzoziemców i Uchodźców dwa niezależne zespoły prawne prowadzą poradnictwo prawne w zakresie praw człowieka.

Rocznie przyjmują one około 1200 klientów, rejestrują ponad 1000 nowych spraw, otrzymują ponad 700 listów i wysyłają ponad 1400 pism procesowych i odpowiedzi dla klientów. Dodatkowo prawnicy i wolontariusze uczestniczą w kilkudziesięciu procesach sądowych w charakterze obserwatorów.

W ramach Programu Spraw Precedensowych, opierającego się na litygacji strategicznej, Helsińska Fundacja Praw Człowieka rozpoczęła od października 2004 roku wszczynanie lub przystępowanie do strategicznie ważnych postępowań sądowych i administracyjnych. Poprzez swoje uczestnictwo w tych postępowaniach, Helsińska Fundacja Praw Człowieka dąży do uzyskania przełomowych wyroków, zmieniających praktykę lub przepisy prawne w konkretnych kwestiach prawnych budzących poważne wątpliwości z punktu widzenia ochrony praw człowieka.

Z uwagi na kompleksowy charakter programu większość z wyżej wskazanych metod została wykorzystana dla jego przeprowadzenia. Do najważniejszych należy zaliczyć:

- **monitoring instytucji** – wykorzystywany przy badaniu warunków bytowych w zakładach karnych, aresztach śledczych, pomieszczeniach dla osób zatrzymanych, szpitalach psychiatrycznych i instytucjach dla nieletnich;
- **poradnictwo indywidualne** – prowadzone w ramach działu prawnego Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka dla ofiar naruszenia art. 3 EKPC; poradnictwo to prowadzone było zarówno w formie bezpośrednich spotkań z klientami, jak i w formie korespondencyjnej;
- **badania akt i analiza rozwiązań systemowych** – jako środek do oceny skuteczności istniejących procedur zaskarżania przypadków naruszeń wolności od tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karnia, zwłaszcza w kontekście art. 13 EKPC;
- **obserwacja procesu sądowego** – wykorzystywana dla oceny rzetelności toczącego się postępowania;
- **sporządzanie opinii prawnych** – opinie przedstawiane były sądom, jako niezależny pogląd na rzetelność prowadzonego postępowania przygotowawczego prezentowany przez organizację pozarządową, mającą na celu ochronę podstawowych praw i wolności człowieka; celem opinii nie była natomiast merytoryczna ocena zgromadzonych w sprawie dowodów;
- **udział w charakterze przedstawiciela społecznego w procesie karnym** – udział organizacji pozarządowej jako „quasi-strony”, wykorzystywany był w szczególnych przypadkach, gdy – w naszej opinii – zachodziła konieczność włączenia się do postępowania dla ochrony praw ofiary naruszenia art. 3 EKPC (np. w sytuacji, w której naprzeciw niej występowali funkcjonariusze publiczni);

- opiniowanie projektów aktów prawnych i raportów do instytucji międzynarodowych – w przypadkach, gdy akty prawne i raporty dotyczyły gwarancji wolności od tortur¹.

5. Sytuacja w zakresie wolności od tortur w chwili rozpoczęcia programu.

Powodów, dla których HFPC uznała, że przeprowadzenie analizy funkcjonowania w praktyce zakazu tortur, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania jest konieczne, było kilka.

Po pierwsze, wzrost przestępczości, obserwowany co najmniej od 1990 do 2003 roku stworzył podatny grunt w społeczeństwie dla hasel polityków dotyczących zwiększenia uprawnień policjantów w kwestii używania broni palnej. Co więcej, presja społeczna poprawy wykrywalności przestępstw obciążała struktury policyjne. Wiele ze skarg, które HFPC otrzymywała w latach 2000-2003 dotyczyło brutalności policji, zwłaszcza w trakcie zatrzymania i przesłuchania.

Po drugie, znacznemu pogorszeniu uległy warunki w zakładach karnych i aresztach śledczych. W ostatnim dniu roku 2002 liczba osób przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych wyniosła 80.467². Warto przy tym zauważyć, że lawinowy wzrost stosowania kary pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania nastąpił od stycznia 1999 roku, kiedy to liczba osadzonych wynosiła około 54 tysięcy. Od kwietnia do końca grudnia 2002 nastąpiła chwilowa stabilizacja liczby osadzonych na poziomie 81-82 tysiące osób, z niewielkim spadkiem w grudniu 2002 roku. Jednak od początku roku 2003 liczba osób pozbawionych wolności zaczęła ponownie wzrastać. Jednocześnie wciąż na wysokim poziomie utrzymywała się liczba prawomocnych orzeczeń oczekujących na wykonanie. W dniu 31 grudnia 2002 było 30.908 takich orzeczeń, wydanych w stosunku do 27.582 osób.

Jeżeli chodzi o sytuację polskiego więziennictwa, to najlepszą ilustrację stanowił raport Centralnego Zarządu Służby Więziennej „Podstawowe problemy więziennictwa”. Jego pierwsze zdanie brzmi: „Polskie więzienia są przeludnione i niedofinansowane”³.

¹ Takim dokumentem są np. „Uwagi do projektu <<IV sprawozdania okresowego RP z realizacji postanowień Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur... za okres od 1 sierpnia 1998 r. do 30 czerwca 2004 roku>>” przekazane Ministerstwu Sprawiedliwości pod koniec sierpnia 2004 roku.

² Centralny Zarząd Służby Więziennej, *Podstawowe problemy więziennictwa*, Maj 2003, Warszawa, s. 17, www.czsw.gov.pl

³ *Podstawowe problemy...*, s. 1

Od 1999 roku populacja osób pozbawionych wolności wzrosła o 50 %. W tym samym czasie liczba etatów funkcjonariuszy Służby Więziennej wzrosła zaledwie o 1,3 %. Konsekwencją tej sytuacji była liczba nadgodzin wypracowanych przez funkcjonariuszy, która w maju 2003 roku przekroczyła 1,6 miliona. Ponadto, zwiększenie liczby osadzonych na jednym oddziale, bez odpowiedniego zwiększenia liczby etatów funkcjonariuszy powoduje, iż na jednego funkcjonariusza przypada obecnie więcej więźniów. To z kolei prowadzi do braku fizycznych możliwości zapewnienia wszystkim więźniom ich praw (np. prawa do skorzystania z telefonu).

Ogromnym problemem polskich jednostek penitencjarnych było zatem przełudnienie. W niektórych jednostkach liczba osadzonych przekraczała 150% normy. Było to problemem nie tylko w dużych miastach, gdzie dominowali tymczasowo aresztowani. Pamiętać trzeba również, że pojemność zakładów karnych obliczana jest w oparciu o normę 3 m² na osobę. Przy obliczaniu pojemności brana jest pod uwagę cała powierzchnia użytkowa danej jednostki (a więc włącznie np. ze świetlicami), a nie tylko powierzchnia samych cel. Faktyczna liczba miejsc w zakładach karnych była więc zaniżona.

Przeludnienie samo w sobie generować może – stosownie do ustalonej linii orzeczniczej Europejskiego Trybunału Praw Człowieka – naruszenie art. 3 EKPC, o ile osiągnie pewien minimalny poziom dolegliwości. Jednakże przełudnienie powiązane z niewystarczającą liczbą etatów funkcjonariuszy i pracowników służby więziennej powoduje nie tylko brak fizycznej możliwości zapewnienia wszystkim pozbawionym wolności korzystania z ich ustawowo gwarantowanych praw, ale również pogłębianie się stresu kadry, który w prostej linii odbijać się może na osadzonych. Wzrost poziomu napięcia pomiędzy osobami pozbawionymi wolności, a personelem penitencjarnym prowadzić musi do znacznego zwiększenia liczby tzw. wypadków nadzwyczajnych. Podobnie dzieje się, jeśli chodzi o agresję pomiędzy osadzonymi, skoro – tytułem przykładu – w celi, której metraż pozwala na zgodne z KKW umieszczenie w niej 5 osadzonych, przebywa 7 czy nawet 8 osób pozbawionych wolności. Najtrudniejsza sytuacja powstaje oczywiście w zakładach karnych typu zamkniętego i aresztach śledczych, gdzie osadzeni przebywają niemal przez 23 godziny na dobę w celi.

W tym stanie rzeczy monitoring warunków bytowych w instytucjach izolacyjnych, jak też motywowanie administracji rządowej do podjęcia działań systemowych zmierzających do likwidacji stanu permanentnego przełudnienia tych jednostek, był działaniem nie tylko potrzebnym, ale wręcz koniecznym.

Z monitoringów mających na celu ocenę przestrzegania praw i wolności człowieka w szpitalach psychiatrycznych, przeprowadzanych przez Helsińską

Fundację Praw Człowieka w latach poprzednich⁴, wynikało jednoznacznie, że zmniejsza się liczba personelu w tych instytucjach. Powoduje to oczywiście znaczące obniżenie standardu opieki medycznej w tych placówkach, co mogło mieć też bezpośredni wpływ na poziom traktowania pacjentów, w tym prowadzić do naruszania art. 3 EKPC.

Co więcej, od 2000 roku w Polsce wprowadzony został trójstopniowy reżim wykonywania środków zabezpieczających. Oprócz zakładów psychiatrycznych o podstawowym poziomie zabezpieczenia, powołane do życia zostały zakłady o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia i zakłady o maksymalnym stopniu zabezpieczenia (tzw. regionalne ośrodki psychiatrii sądowej). Z punktu widzenia absolutnego charakteru wolności od tortur, koniecznym było również sprawdzenie funkcjonowania w praktyce tego typu jednostek.

⁴ *Prawa człowieka w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej*, red. M. Nowicka, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, 1996, Warszawa; *Prawo do ochrony zdrowia. Raport z monitoringu*, M. Nowicka, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, 2002, Warszawa

Rozdział II

Wolność od tortur

Standard międzynarodowy i standard polski*

I

Jakiegokolwiek postępowanie funkcjonariusza publicznego lub osoby działającej na jego zlecenie lub za zgodą noszące cechy tortur oraz okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania i karania stanowi zamach na godność ludzką⁵. Stanowi więc zamach na samą istotę praw człowieka.

Wolność od tortur oraz okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania i karania jest wpisana do polskiego prawa konstytucyjnego (art. 40 Konstytucji z 2 kwietnia 1997 r.). Dodatkowo, od strony pozytywnej, polska ustawa zasadnicza gwarantuje każdej osobie pozbawionej wolności humanitarne traktowanie (art. 41 ust. 1). Wolność tę gwarantuje też w naszym kraju związaną się RP prawem międzynarodowym. Zakaz tortur oraz okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania i karania gwarantowany jest wieloma aktami prawa międzynarodowego, począwszy od art. 5 Powszechnej deklaracji praw człowieka ONZ z 10 grudnia 1948 r., poprzez art. 3 Europejskiej konwencji praw człowieka z 4 listopada 1950 r., art. 7 Paktu praw osobistych i politycznych ONZ z 16 grudnia 1966 r., Konwencję ONZ przeciwko torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu [KPT] z 10 grudnia 1984 r. oraz Europejskiej konwencji o zapobieganiu torturom oraz niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu z 26 listopada 1987 r., a skończywszy na Rzymskim Statucie Międzynarodowego Trybunału Karnego [MKK] z 17 lipca 1998 roku. Dodajmy jeszcze, że działaniem zbliżonym do tortur jest poddawanie jednostki ludzkiej eksperymentom naukowym, w tym medycznym bez dobrowolnie wyrażonej zgody (art. 39 Konstytucji). Przepis art. 8 MKK wprost zestawia te dwie kategorie. Zalicza on „tortury lub niehumanitarne traktowanie, w tym eksperymenty biologiczne” do zbrodni wojennych.

* Tekst jest autorskim artykułem prof. dr hab. Andrzeja Rzeplińskiego.

⁵ Zob. § 1 „Komentarza ogólnego” nr 20 Komitetu Praw Człowieka ONZ z 10 marca 1992 dotyczącego art. 7 Paktu praw osobistych i politycznych ONZ z 16 grudnia 1966 r.

Ochronie jednostki ludzkiej przed takimi zachowaniami poświęcona jest Europejska Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie z 4 kwietnia 1997 r.

Wolność od tortur jest wolnością absolutną. Oznacza to, że nie może być ograniczona ani tym bardziej zniesiona nawet w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa narodowego. Jest pięć zaledwie takich praw i wolności. Obok prawa do rzetelnego procesu, wolności od skazania za czyn który nie był zakazany przez prawo karne w czasie popełnienia, wolności sumienia oraz wolności przekonań. Z doświadczeń dwudziestowiecznych jasno wynika, że dopuszczenie w imię pragmatycznych celów ujawnienia przez przesłuchiwanego człowieka informacji mających naprowadzić policję na sprawców przygotowanego zamachu terrorystycznego jest złudne. Bardzo dobrze przekonują o tym traumatyczne doświadczenia polskie. Nie da się ukryć, że oprawcom z gestapo, NKGB czy UB udawało się torturami złamać wolę oporu wielu pojmanych patriotów. Pod ich wpływem ujawniali interesujące policję polityczną informacje dotyczące ich i/lub innych osób. Jednak znamy wiele przykładów osób, które aż do śmierci nie ugięły się. Niektórzy przeżyli, by dać świadectwo prawdzie. Symbolem takich osób jest Kazimierz Moczarski i jego kultowy pamiętnik *Rozmowy z katem*. Tortury są nie tylko dlatego ciężkim naruszeniem praw człowieka, że wyrządzają trudne do powetowania cierpienia ofierze takich praktyk. Tortury degradują cały aparat państwa i samo państwo. Ich dopuszczenie, ochrona ich sprawców pociągają za sobą specyficzny dobór ludzi do służb policyjnych oraz wymuszanie na prokuraturach i sądach respektowania takich praktyk. Państwo, które moralnie ma stać zawsze wyżej od kryminalistów, kryminalizuje się w ten sposób. Obniża to zaufanie ludzi do państwa, zwłaszcza w obliczu ujawnianych przez media przypadków sięgania po tortury. W erze szybkich i robionych z ukrycia aparatami telefonii komórkowej zdjęć i filmów, sprawcy takich czynów nie mogą—na szczęście—czuć się bezpieczni. Sięga po nich wymiar sprawiedliwości.

Jest powszechnie znanym zjawiskiem, że tortury oraz złe traktowanie pojawia się głównie w zachowaniach policjantów, w tym nie tylko w czasie przesłuchań i przetrzymywania w aresztach policyjnych. Operatorom telewizji a czasami sprawcom takich zachowań udało się nakręcić wiele scen wręcz katowania przez jednego lub kilku policjantów osób zatrzymywanych. Takie „obrazki” stawały się przyczyną czy raczej pretekstem do poważnych zaburzeń społecznych. Dość przywołać skutki sfilmowanej przez przypadkowego świadka sceny skatowania przez patrol policyjny zatrzymanego w pościgu Rodneya Kinga w Los Angeles w marcu 1991 r. i uniewinnienia winnych tego czynu policjantów przez sąd w maju 1992⁶. Takie zdarzenia były przyczyną zamieszek ulicznych we Francji (szczególnie w Strasburgu) czy w Anglii. W Polsce przykładem naruszenia zakazu

⁶ Jacek Kalabiński, Kalifornia w ogniu. Od czego się zaczęło. *Gazeta Wyborcza*, 02/05/1992, nr 103, s. 1; Jacek Kalabiński; Czy lato będzie gorące. *Gazeta Wyborcza*, 04/05/1992, nr 104, s. 8.

stosowania tortur lub złego traktowania przez policjantów zatrzymujących osobę było zabicie pałką policyjną 13-letniego Przemka Czaji w Słupsku w styczniu 1998 r.⁷ Wydaje się, że w takich przypadkach niektórymi policjantami kieruje silniej chęć wykorzystania pościgu i zatrzymania osoby jako pretekstu do próby legalizacji brutalności. Dlatego też organy międzynarodowe takie jak Komitet przeciwko torturom ONZ czy Komitet Zapobiegania Torturom Rady Europy wypracowały, w oparciu o przepisy (zwłaszcza przepisy KPT oraz przepisy Kodeksu ONZ z 1979 r. o postępowaniu funkcjonariuszy porządku prawnego⁸) oraz praktykę różnych państw zespół standardów mających chronić jednostkę przed policją, w której rękach może się ona znaleźć.

Należą do nich:

1. Zawiadomienie o zatrzymaniu: prawo zatrzymanego do poinformowania o tym fakcie wskazanej przez siebie osoby (członka rodziny, przyjaciela lub konsula);
2. Prawo zatrzymanego dostępu do pomocy adwokata;
3. Prawo zatrzymanego do żądania zbadania przez lekarza (w tym także wybranego przez siebie);
4. Dostęp do centralnych rejestrów wszystkich osób pozbawionych wolności oraz miejsc pozbawienia wolności;
5. Niedopuszczalność dowodu uzyskanego w wyniku tortur lub innych form przymusu;
6. Prawo zatrzymanego do szybkiego postawienia przed sądem.
7. Rejestrowanie dźwięku lub obrazu każdego przesłuchania policyjnego⁹;

Każdego funkcjonariusza policyjnych i więziennych służb mundurowych, każdego żołnierza oraz każdego polityka oraz każdego urzędnika władz publicznych obowiązują w myśl postanowień KPT, w każdej sytuacji następujące reguły zapobiegające stosowaniu tortur:

1. żadne okoliczności wyjątkowe nie mogą stanowić usprawiedliwienia stosowania tortur (art. 2 ust. 2);
2. polecenie zwierzchnika lub władzy państwowej nie może uzasadniać stosowania tortur (art. 2 ust. 3);

⁷ Krzysztof Nałęcz, Roman Daszczyński, Śmierć 13-latka, Słupsk wrze. *Gazeta Wyborcza*, 12/01/1998 nr 9, s. 1; Śmierć Przemka Czai: b. policjant ma pokryć koszty odszkodowania. *Gazeta Wyborcza*, 23/01/2006, nr 19, str. 7.

⁸ Zob. *Prawa człowieka a policja*. Wybór dokumentów Rady Europy i ONZ. Legionowo 1992 nakł. Centrum Szkolenia Policji.

⁹ Manfred Nowak, Human Rights. *Handbook for Parliamentarians*. Genewa 2005 OHCHR: s. 91-2.

3. tortury muszą być uznane za przestępstwo w rozumieniu prawa krajowego (art. 4);
4. każda osoba oskarżona o stosowanie tortur ma być postawiona przed sądem, niezależnie od jej obywatelstwa oraz od tego, gdzie – jak się przypuszcza – przestępstwo to zostało popełnione (art. 5, 6, 7);
5. programy szkoleniowe dla funkcjonariuszy porządku prawnego mają w pełni uwzględniać zakaz stosowania tortur (art. 10 ust. 1);
6. zakaz stosowania tortur ma zostać włączony do regulaminów i instrukcji określających zadania i obowiązki funkcjonariuszy państwowych odpowiedzialnych za nadzorowanie, przesłuchiwanie lub postępowanie z osobami poddanymi jakiegokolwiek formie zatrzymania, aresztowania lub pozbawienia wolności (art. 10 ust. 2);
7. zasady, instrukcje, metody i praktyki przesłuchiwania mają być systematycznie nadzorowane (art. 11);
8. przepisy dotyczące nadzoru i postępowania z osobami poddanymi wszelkim formom zatrzymania, aresztowania lub pozbawienia wolności mają być systematycznie analizowane (art. 11);
9. uzasadnione podejrzenia o stosowanie tortur mają podlegać szybkiemu i bezstronnemu dochodzeniu (art. 12);
10. (domniemane) ofiary tortur mają prawo do szybkiego i bezstronnego rozpatrzenia ich skarg i muszą być chronione przed wszelkimi formami złego traktowania lub zastraszania w związku z ich skargami (art. 13);
11. prawo krajowe musi zapewniać ofiarom tortur prawo do zadośćuczynienia oraz sprawiedliwego i odpowiedniego odszkodowania (art. 14);
12. informacja uzyskana od osoby w wyniku stosowania tortur nie może być wykorzystana jako dowód w postępowaniu sądowym (art. 15)¹⁰.

Tortury różnią się od „łagodniejszych”, stopniowalnych form postępowania godzącego w godność człowieka—okrutnego—niehumanitarnego—poniżającego—natężeniem intensywności zadawanego cierpienia fizycznego lub psychicznego. Postępowanie poniżające, to takie, którego celem jest zastraszenie ofiary i wzbudzenie u niej poczucia niższości. Karanie jest zaś poniżające, jeżeli osoba wobec której kara jest wykonywana, traktowana jest wyłącznie przedmiotowo. Takim karaniem zawsze będą kary cielesne, także najmniej bolesne, obojętnie czy wykonywane publicznie, czy nie.

¹⁰ Zob. Cees de Rover, *Służyć i chronić. Prawa człowieka i prawo humanitarne dla policji i organów bezpieczeństwa państwa*. Wstęp i red. naukowa Andrzej Rzepliński. Legionowo 2002 Centrum Szkolenia Policji: s. 364-365.

Nie każde cierpienie wywołane działaniem organów ścigania czy wymiaru sprawiedliwości jest torturą. Wspomniany art. 1 KPT stanowi w zdaniu 2, że pojęcie tortur „nie obejmuje bólu lub cierpienia wynikających jedynie ze zgodnych z prawem sankcji, nieodłącznie związanych z tymi sankcjami lub wywołanych przez nie przypadkowo”. Ów ból i cierpienie wynikające z sankcji nie mogą jednak przekraczać, tego co nieuniknione. Poważne przeludnienie i prymitywne warunki sanitarne aresztu policyjnego, aresztu śledczego lub każdego innego pomieszczenia, w których izolowane są osoby wbrew własnej woli stanowią niewątpliwie przekroczenie tej bariery. Dodatkowo należy brać pod uwagę poniżające oddziaływanie takich warunków w stosunku do osób, które nie zostały jeszcze skazane prawomocnym wyrokiem, a zatem które obejmuje ochrona płynąca z zasady domniemania niewinności w postępowaniu karnym¹¹.

Dla specjalistów nie ulega zatem wątpliwości że w wielu krajach „Wymiar sprawiedliwości nie unika działań mających na celu zastraszyć, dotknąć lub poniżyć człowieka i obrócić go w <rzecz>”, jak pisał ówczesny prezes Komitetu Zapobiegania Torturom Rady Europy¹². Znamienne to o tyle, że w tym czasie Komitet ten nie zajmował się wówczas jeszcze kontrolą sytuacji w Polsce, ani tym bardziej w Rosji, Ukrainie i innych państwach poradzieckich.

II

Polskie prawo karne nie penalizuje wprost zachowań funkcjonariuszy publicznych lub osób działających na lub z ich polecenia albo za wyraźną lub milczącą zgodą, a polegających na stosowaniu tortur lub postępowania noszącego cechy okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego. Zauważył to Komitet przeciwko Torturom ONZ, który odbierając 5 maja 2000 r. okresowe sprawozdanie naszego rządu z wykonania postanowień KPT¹³, uznał, jako sprawę budzącą zastrzeżenie, iż Kodeks karny z 1997 r. „nie wprowadził jakiegokolwiek zmiany penalizującej rozkazy przełożonych, które stanowią usprawiedliwienie dla tortur. Wciąż odpowiedzialność karna adresata rozkazu zależy od tego, czy był on świadomy jego bezprawności” (§ 88).

¹¹ Zob. § 102 wyroku z 15 lipca 2002 r. Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie *Kalasznikow przeciwko Rosji* (skarga nr 47095/99) oraz § 50-53 wyroku z 15 lutego 2002 r. tego Trybunału w sprawie *Iwańczuk przeciwko Polsce* (skarga nr 25196/94). Zob. też: Ewa Bienkowska, Andrzej Krempleski, *Zakaz tortur w prawie międzynarodowym*. [W:] Prawa człowieka a policja. Problemy teorii i praktyki. Andrzej Rzepliński (red.). Legionowo 1994 Centrum Szkolenia Policji, s. 209-250; Bożena Gronowska, *Wolność od tortur*. [W:] Prawa człowieka i ich ochrona. Toruń 2005 Wyd. „Dom Organizatora”, s. 251.

¹² Antonio Cassese, *Inhuman States: Imprisonment, Detention and Torture In Europe Today*. Cambridge 1996 Cambridge Polity Press: s. 47.

¹³ *Conclusions and recommendations of the Committee against Torture: Poland*. 05/05/2000. A/55/44. [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/A.55.44.paras.82-95.En?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/A.55.44.paras.82-95.En?OpenDocument).

W Polsce jeszcze niedawno na oznaczenie tortur w języku potocznym częściej używany był termin „katowanie”, zaś w śledztwach prowadzonych przez prokuratorów, także wobec podejrzanych o zbrodnie komunistyczne, jeszcze w ostatnich kilkunastu latach obecny jest wciąż eufemistyczny termin stosowany w okresie stalinowskiego terroru: „niedozwolone metody śledztwa”¹⁴ bądź „stosowanie niedozwolonych metod śledczych ze szczególnym okrucieństwem”¹⁵, bądź „niedozwolone metody przesłuchań”¹⁶. Język potoczny wyraźnie różnił się i wciąż różni się z językiem urzędowym prokuratorów. Zdarza się, że tego eufemizmu prokuratorzy używają wciąż dla opisanego zachowań współczesnych policjantów¹⁷.

Brak penalizacji stosowania tortur jest wyraźnie niezgodny z przepisem art. 2 ust. 1 Konwencji ONZ z 10 grudnia 1984 r. w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.

Surogatem tego przepisu ma być art. 231 Kodeksu karnego z 6 czerwca 1997 r., zgodnie z którym, jak czytamy w § 1: „Funkcjonariusz publiczny, który, przekraczając swoje uprawnienia lub nie dopełniając obowiązków, działa na szkodę interesu publicznego lub prywatnego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”. Dyspozycja tego przepisu obejmuje szeroką kategorię czynów, w tym także czysto urzędnicze nadużycia władzy, nie polegające na spowodowaniu szkody fizycznej lub psychicznej u petenta władzy, w tym czyny, którymi wyrządzenie takiej szkody nie jest możliwe—jak w przypadku szkody dla interesu publicznego. Przepis ten przyciąga niewielką uwagę komentatorów Kodeksu karnego. Niech przykładem będzie najnowszy komentarz Oktawii Górniok¹⁸.

Równie małą uwagę jak komentatorzy kodeksu karnego, do ścigania zachowań, które stanowią nadużycie władzy przez funkcjonariusza publicznego, w tym postępowania noszące cechy tortur oraz postępowania okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego, przywiązuje policja i prokuratura RP.

Co prawda, choć ogólna liczba przestępstw zarejestrowanych w statystyce policyjnej w Polsce maleje od 2003 r. (w zeszłym roku o 5,6%), to liczba śledztw

¹⁴ Zob. np. Waldemar Monkiewicz (prokurator z Okręgowej Komisji Badania Zbrodni przeciwko Narodowi Polskiemu - Instytutu Pamięci Narodowej w Białymstoku), „Zbrodnie na więźniach politycznych”. *Gazeta Wyborcza*, 29/06/1992 nr 151, s. 12; Piotr Lipiński, Byłem nieludzki. Proces Adama Humera i śledczych MBP. *Gazeta Wyborcza*, 06/06/1995 nr 130, s. 2; Podejrzany esbek. Bił w śledztwie. *Gazeta Wyborcza Kraków*, 28/04/2005 nr 98, s. 5.

¹⁵ Agnieszka Ciesielska, Marcin Boguszewski, Śledczy pod sąd. *Gazeta Wyborcza*, 28/12/1998 nr 302, s. 1.

¹⁶ Magda Ciepeliak, Nie widzieli, nie słyszeli. Trwa proces za represje po proteście w Radomiu w 1976 r. *Gazeta Wyborcza*, 16/10/2001 nr 242, s. 7.

¹⁷ Żale ośmiornicy. Prokuratorzy sprawdzają łódzkich kolegów. *Gazeta Wyborcza Opole*, 19/06/2002 nr 141, s. 1.

¹⁸ Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do artykułów 222-316. Andrzej Wąsek (red.). 2. wydanie. Warszawa 2005 Wydawnictwo C.H. Beck, s. 84-91.

z art. 231 Kodeksu karnego o nadużycie władzy cały czas rośnie: o ile w 1999 r. było 408 takich śledztw, o tyle w 2005 roku – 1790 śledztw¹⁹, wzrost o 439 %. Jednakże liczba funkcjonariuszy skazanych za wszystkie przestępstwa nadużycia władzy jest znacznie niższa (w 1999 roku – 57 osób, a w 2003 roku²⁰ - 96 osób). Zakładając, że jedno śledztwo może obejmować więcej niż jedną osobę, co dziesiąty domniemany sprawca objęty śledztwem zostaje skazany za nadużycie władzy. Liczby tej nie można precyzyjnie odnieść do liczby funkcjonariuszy publicznych. Nie wiadomo ilu ich jest. Tylko funkcjonariuszy różnych służb policyjnych (bezpieczeństwa, kryminalnej, prewencji, granicznej, celnej, skarbowej), służby więziennej, straży miejskich jest ponad 200.000. A musimy pamiętać, że za przestępstwo z art. 231 ścigany może być najwykleszy urzędnik, który dla osobistej korzyści majątkowej przydzielił sobie jakąś licencję czy umorzył sobie podatek. Z tego punktu widzenia tortury oraz okrutne, nieludzkie lub poniżające traktowanie i karanie w polskim prawie karnym materialnym to znikomy problem, a polskich funkcjonariuszy można stawiać na wzór całej Europy.

III

Ten godny pozazdroszczenia jasny obraz polskiej rzeczywistości poszanowania wolności każdego od tortur oraz okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania i karania ulegnie przyciemnieniu, kiedy zaczniemy badać inne – niż Kodeks karny – przepisy polskiego prawa.

Kodeks karny z 1997 r. nie zna przestępstwa polegającego na „działaniu, którym jakiegokolwiek osobie umyślnie zadaje się ostry ból lub cierpienie, fizyczne bądź psychiczne, w celu uzyskania od niej lub od osoby trzeciej informacji lub wyznania, w celu ukarania jej za czyn popełniony przez nią lub osobę trzecią albo o którego dokonanie jest ona podejrzana, a także w celu zastraszenia lub wywarcia nacisku na nią lub trzecią osobę albo w jakimkolwiek innym celu wynikającym z wszelkiej formy dyskryminacji, gdy taki ból lub cierpienie powodowane są przez funkcjonariusza państwowego lub inną osobę występującą w charakterze urzędowym lub z ich polecenia albo za wyraźną lub milczącą zgodą” (art. 1 Konwencji ONZ z 1984 r. w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania). Istnieje jeden przepis Kodeksu karnego, w którym pojawia się termin „tortury”.

Oto art. 123 tego Kodeksu w § 2. przewiduje, iż „Kto, naruszając prawo międzynarodowe, powoduje u osób wymienionych w § 1 ciężki uszczerbek na zdrowiu, poddaje te osoby torturom, okrutnemu lub nieludzkiemu traktowaniu,

¹⁹ Dane Komendy Głównej Policji: <http://www.kgp.gov.pl/>.

²⁰ Ostatni rok, za który dostępne są dane Ministerstwa Sprawiedliwości – zob. <http://www.ms.gov.pl/statystyki/2003-prawomocne.pdf>.

dokonuje na nich, nawet za ich zgodą, eksperymentów poznawczych, używa ich do ochraniań swoją obecnością określonego terenu lub obiektu przed działaniami zbrojnymi albo własnych oddziałów lub zatrzymuje jako zakładników, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 5 albo karze 25 lat pozbawienia wolności”. Z tego wynika bezpośrednio, że polski funkcjonariusz może być sprawcą tortur, okrutnego lub niehumanitarnego postępowania w razie konfliktu zbrojnego, najlepiej za granicą; nigdy zaś polski policjant w czasie pokoju w areszcie policyjnym, polski strażnik więzienny w czasie pokoju w polskim zakładzie karnym czy polski strażnik w zakładzie zamkniętym dla nieletnich przestępców.

Bliższy realiom życia jest Kodeks karny gdy w art. 3 nakazuje: „Kary oraz inne środki przewidziane w tym kodeksie stosuje się z uwzględnieniem zasad humanitaryzmu, w szczególności z poszanowaniem godności człowieka”. Nie wolno zatem karać niehumanitarnie.

Nakaz humanitarnego karania jest jednak niewielką pociechą, bo zanim dojdzie do skazania, sędziowie karni, nie mając najczęściej najmniejszego pojęcia o polskim systemie penitencjarnym rutynowo i ponad zdrowy rozsądek orzekają wielokrotnie w śledztwach na wniosek prokuratorów, a potem w trakcie prowadzonych przez siebie procesów sądowych o przedłużeniu tymczasowego aresztowania w ślamazarnie toczących się postępowaniach karnych. Kodeksowy nakaz humanitarnego karania uwiera narodowych konserwatystów rządzących Polską od jesieni 2005 r. jak kolec w bucie. Od początku 1998 r. wielokrotnie podejmowali oni próby nowelizacji Kodeksu karnego z 1997 roku. Jednym z głównych celów nowelizacji jest usunięcie jawnie pogardzanego przez nich przepisu art. 3. Jest to, według nich, jeden z kamieni milowych tzw. frontu obrony przestępców²¹. Nie można mieć złudzeń, przepis ten być może już w 2006 roku zniknie z rękono liberalnego Kodeksu karnego z 1997 r.

Zakaz tortur pojawia się w Kodeksie postępowania karnego z 6 lipca 1997 roku. Art. 604 § 1 pkt 6 tego Kodeksu zakazuje władzom polskim wydać oskarżonego jeżeli „zachodzi uzasadniona obawa, że w państwie żądającym wydania wobec osoby wydanej może zostać orzeczona lub wykonana kara śmierci”, zaś kolejny punkt tego przepisu, jeżeli „zachodzi uzasadniona obawa, że w państwie żądającym wydania osoba wydana może zostać poddana torturom.”. Oznacza to, *a contrario*, że można byłoby wydać kogoś państwu, w którym może on być w postępowaniu karnym potraktowany okrutnie albo skazany na karę śmierci. Należy przy tym zauważyć, że na gruncie Kpk z 1969 r. przepis określający przesłanki, które stanowiły podstawę do odmowy wydania oskarżonego państwu

²¹ Zob. przemówienie w Sejmie Jarosława Kaczyńskiego, prezesa partii Prawo i Sprawiedliwość z dnia 17 lutego 2006 r. <http://ks.sejm.gov.pl:8009/search97cgi/vtopic>.

obcemu, nie wymieniały tortur. Stąd też Sąd Najwyższy wydając 29 lipca 1997 r. (IIKKN 313/97) postanowienie w precedensowej *sprawie* małżeństwa *Mandugeqi i Jinge* (po stronie których występowała Helsińska Fundacja Praw Człowieka), nie chcąc wyrazić pozytywnej opinii co do wniosku władz Chińskiej Republiki Ludowej o wydanie tych dwóch osób, odwołał się wprost do treści art. 3 Europejskiej konwencji praw człowieka. W rozdziale 4 uzasadnienia tego postanowienia Sąd Najwyższy stwierdził, że „należy dojść do przekonania, że wydanie osoby ściganej w sytuacji istnienia prawdopodobieństwa poddania jej w kraju wzywającym torturom lub niehumanicznemu albo poniżającemu traktowaniu lub karaniu, w rozumieniu art. 3 KE, jest prawnie niedopuszczalne”. Dlatego też, mimo przyjęcia nowej kodyfikacji karnej, standard ochrony w procesie ekstradycyjnym jest w Polsce nadal niższy niż ten gwarantowany w Europejskiej konwencji praw człowieka. W razie wykazania w postępowaniu ekstradycyjnym, że osobie ściganej grozi w państwie obcym śledztwo z użyciem niehumanicznych lub poniżających metod, obrona wciąż może skutecznie żądać zakazu wydania na podstawie art. 3 Europejskiej konwencji praw człowieka²². Obowiązek stosowania przez sądy polskie tego przepisu w takiej sytuacji wzmacnia treść przepisu art. 19 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej z 11 października 2000 r., który stanowi, że: „Nikt nie może być usunięty z terytorium państwa, wydalony lub wydany w drodze ekstradycji do państwa, w którym istnieje poważne ryzyko, iż może być poddany karze śmierci, torturom lub innemu niehumanicznemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu”.

IV

Zgodności polskiego prawa z tą Konwencją broni, do pewnego stopnia, Kodeks karny wykonawczy [dalej: Kkw] z 6 czerwca 1997 r. Twórcy tego kodeksu wprowadzili do polskiego prawa karnego pojęcie tortur bez udziału – jak jest to w przypadku Kodeksu karnego. Oto w art. 4 Kkw czytamy: “§ 1. Kary, środki karne, zabezpieczające i zapobiegawcze wykonuje się w sposób humanitarny, z poszanowaniem godności ludzkiej skazanego. **Zakazuje się stosowania tortur lub niehumanicznego albo poniżającego traktowania i karania skazanego.** § 2. Skazany zachowuje prawa i wolności obywatelskie. Ich ograniczenie może wynikać jedynie z ustawy oraz z wydanego na jej podstawie prawomocnego orzeczenia.”.

Przepis ten możemy rozważać w płaszczyźnie naukowej, orzeczniczej oraz empirycznej.

²² Zob. też Komentarz ogólny nr 1 Komitetu przeciwko Torturom ONZ z 21 listopada 1997 r., <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf>

V

W tej pierwszej płaszczyźnie—naukowej—należy odnotować bardzo mało publikacji poświęconych przepisom prawa polskiego regulującym wolność od tortur na tle przepisów kodyfikacji prawa karnego uchwalonej w 1997 r. Nawet biorąc pod uwagę jedynie publikacje naukowe od upadku komunizmu w Polsce, to jest od 1989 r., znajdujemy 16 takich publikacji, które w tytule zawierają słowo „tortury”²³. Pięć z nich dotyczy prawa międzynarodowego. Najwięcej jest prac historycznych, bo siedem ma taki charakter. Tylko trzy z nich dotyczą prawa polskiego, w tym ani jedna powstała po 1997 r. – to jest po uchwaleniu konstytucji i przyjęciu nowej kodyfikacji karnej. Trzy z tych publikacji, to tłumaczenia autorów obcych. Tylko trzy z tych prac, to książki—wszystkie napisane przez historyków. Oczywiście publikacji naukowych, w których wolność od tortur oraz okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania i karania w polskim prawie, zwłaszcza we współczesnym prawie karnym wykonawczym, prawie policyjnym oraz prawie dotyczącym dzieci, wspomina się szerzej²⁴ lub na marginesie, jest więcej.

Na egzemplaż art. 4 Kkw „skazani” są autorzy kilku komentarzy do tego Kodeksu. Autorzy komentarzy do tego przepisu z reguły poprzestają niestety najczęściej na odwołaniu się i przytoczeniu treści przepisów prawa międzynarodowego. Nie powołują się na wyroki sądów polskich ani międzynarodowych oraz nie wyjaśniają możliwych znaczeń terminów użytych w Kodeksie²⁵. Niekiedy wyliczają rodzaje spraw, jakie podjął w swoich działaniach w ostatnich latach Rzecznik Praw Obywatelskich²⁶. Tylko w jednym komentarzu znajdujemy krótką wzmiankę o „Komentarzu ogólnym” nr 20 Komitetu Praw Człowieka ONZ²⁷ do art. 7 Paktu praw osobistych i politycznych.

VI

Płaszczyzna orzecznictwa sądów w Polsce. Nad wyraz ubogie jest orzecznictwo sądów polskich na tle art. 4 Kkw. Nie licząc wielu orzeczeń w procesach rehabilitacyjnych wydanych na podstawie Ustawy z 23 lutego 1991 r. o uznaniu

²³ Według danych *Polskiej Bibliografii Prawniczej*. Wydawnictwo ciągle Instytutu Nauk Prawnych PAN.

²⁴ Tu szczególnie należy wspomnieć wydaną przez Centralny Zarząd Służby Więziennej pracy uczestnika naszego Programu, Barbarę Stańdo-Kawecką (*Prawa osób pozbawionych wolności w świetle orzeczeń organów Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*. Wwa 1998 61 s.).

²⁵ Tak: Teodor Szymanowski, Zofia Świda, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz. Ustawy dodatkowe, akty wykonawcze*. Warszawa 1998 Wyd. Librata: s. 24-26.

²⁶ Tak: Stefan Lelental, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*. Warszawa 1999 Wyd. Beck: s. 52-61. Autor ten wspomina też krótko Europejskie Reguły Więzienne z 1987 r.

²⁷ Zob. Zbigniew Hołda, Kazimierz Postulski. *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*. Gdańsk 2005 Wyd. Arche: s. 58-71.

za nieważne orzeczeń wydanych wobec osób represjonowanych za działalność na rzecz niepodległego bytu Państwa Polskiego²⁸ oraz wspomnianego postanowienia w sprawie ekstradycyjnej *Mandugeqi i Jinge*, brak jest orzeczeń Sądu Najwyższego w sprawach współczesnych, dotyczących sytuacji zdarzających się w Polsce. Szerzej znane są jedynie dwa postanowienia sądów apelacyjnych. Oba one dotyczą dość pobocznych, co nie znaczy że nieważnych zagadnień. Oto Sąd Apelacyjny w Krakowie w postanowieniu z 27.06.2000 roku (II AKz 232/00) stwierdził, że „Nadmierne odwlekanie wykonania kary, sprzeczne z powinnością niezwłocznego wykonywania kar (art. 9 § 1 k.k.w.), jest sprzeczne z powinnością postępowania humanitarnego (art. 3 k.k. i art. 4 § 1 k.k.w.), bo sprawia, że tak traktowany skazany długo nie może się pozbyć ciężaru dawnego przestępstwa, a kara staje się nie środkiem poprawienia go, lecz abstrakcyjną dolegliwością, oderwaną od jego dawnych czynów.”. Ten sam Sąd w innym postanowieniu z 21 lutego 2001 (II AKz 24/01) uznał, że „Lekceważenie niepokoju osoby pozbawionej wolności o swe zdrowie - choćby obiektywnie nieuzasadnionego - może być przyjmowane jako traktowanie okrutne z art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.”. W tymże samym postanowieniu Sąd ten orzekł jednak, że „Ograniczenie prawa do ochrony zdrowia przez czas pozbawienia wolności w ramach postępowania karnego, a to wyłączenie swobody wyboru lekarza i poprzestanie na usługach więziennej służby zdrowia, nie jest sprzeczne z humanitaryzmem postępowania. Ograniczenie tego prawa jest nieznaczne, wynika z ustawy, a jest niezbędne, by zapewnić bezpieczeństwo mieszkańców (art. 5 Konstytucji). Stan ten nie narusza zakazu traktowania okrutnego z art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.”.

Tylko raz kwestią zakazu „tortur i niehumanitarnego traktowania” zajmował się Trybunał Konstytucyjny, który w sprawie o stwierdzenie, że pozbawienie przez prokuratora obywatela RP paszportu w sprawie karnej jest takim traktowaniem, uznał, że takie orzeczenie prokuratora nie stanowi tortur ani niehumanitarnego postępowania. Według Trybunału Konstytucyjnego „Niewątpliwie odmowa wydania paszportu, lub unieważnienia paszportu już wydanego, stanowi istotną dolegliwość dla obywatela, jednakże przy zaistnieniu okoliczności stanowiących ustawową podstawę ich wprowadzenia nie jest ingerencją przekraczającą konstytucyjnie dopuszczalny zakres władztwa państwowego. Stąd też, w żadnym wypadku nie ma miejsca naruszenie art. 40 konstytucji, stanowiące o zakazie niehumanitarnego traktowania.” (wyrok z 1 czerwca 1999 r., sygn. SK 20/98).

Znacznie bogatszym źródłem standardów minimalnych dla wytyczenia zachowań, polityk, czy praktyk władz publicznych w obszarze tego, co dozwolone a co już nie, stanowi w Polsce orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw

²⁸ Dz.U. 1991 Nr 34 poz. 149 z późn. zm.

Człowieka²⁹. Z Polski od kilku lat pochodzi najwięcej (po Rosji) skarg do Trybunału, naturalnie więc Polska znajduje się w czołowej grupie państw, co do których zapadają wyroki Trybunału (w 2003 roku RP była trzecia z kolei; w 2004 roku była druga, zaś w 2005 – szósta)³⁰. Do początku marca 2006 roku Trybunał wydał 431 orzeczeń dotyczących zarzutów naruszenia przepisu art. 3 EKPCz. Dziewięć z tych spraw dotyczy Polski. Niektóre z nich mają charakter precedensowy (jak *Kudła*, wyrok z 26 października 2000, skarga nr 30210/96, w którym zresztą Trybunał stwierdzając naruszenie innych przepisów Konwencji, nie stwierdził naruszenia art. 3, §§ 82-100) nie tylko dla prawa i praktyki polskiej ale i dla pozostałych państw członkowskich Rady Europy.

Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka ma charakter dynamiczny, także w odniesieniu do art. 3 Konwencji. Zauważa to sam Trybunał. Pierwszy precedensowy wyrok na podstawie art. 3 Trybunał wydał w sprawie *Irlandia przeciwko Wielkiej Brytanii* (9 lutego 1976 r., skarga nr 5310/71). Zdefiniował tam pojęcie tortur, przyjmując—na tle słynnych pięciu technik przesłuchań przez brytyjskich oficerów bezpieczeństwa osób podejrzanych o udział w działaniach terrorystycznej Irlandzkiej Armii Republikańskiej—że postępowanie funkcjonariuszy musi osiągnąć szczególną intensywność i być zadawane ze szczególnym okrucieństwem aby przekroczyć barierę postępowania okrutnego i osiągnąć poziom tortur. W tej sprawie Trybunał nie zdefiniował tych „technik” jako tortur, ale jako postępowanie okrutne³¹. Prawie ćwierć wieku później, w wyroku z 28 lipca 1999 r. w sprawie *Selmouni przeciwko Francji*³².

Ostatnie dwa dostępne mi wyroki Trybunału w sprawach na tle naruszenia wolności od tortur zapadły 9 marca 2006 r. w sprawie *Menezsewa przeciwko Rosji*

²⁹ Brak w tym obszarze orzeczeń Komitetu Praw Człowieka ONZ, ale skargi do tego organu są w Polsce bardzo mało popularne.

³⁰ Zob.: ETPCz w Strasburgu, *Survey of Activities*, 2003, 2004, 2005.

³¹ Zob. § 167-168 wyroku z 9 lutego 1976 r. w sprawie *Irlandia przeciwko Wielkiej Brytanii* (skarga nr 5310/71). Zob. *Europejski Trybunał Praw Człowieka*. Tom 2. *Prawo do życia i inne prawa*. Oprac. Marek Antoni Nowicki. Kraków 2002 Wyd. Zakamycze, s. 77-83.

³² Trybunał orzekł, że “Badając poprzednio sprawy w których dochodził do wniosku, iż analizowane traktowanie może być bez wątpienia uznane za tortury (zob. *Aksoy przeciwko Turcji*, wyrok z 18 grudnia 1996 r., § 64 oraz *Aydin przeciwko Turcji*, wyrok z 25 września 1997, §§83-84 i 86). Jednakże mając na względzie, że Konwencja jest <żywym instrumentem, który musi być interpretowany w świetle dzisiejszych warunków> (zob. m.in. wyroki w sprawach: *Tyrer przeciwko Wielkiej Brytanii* z 25 kwietnia 1978 r., § 31; *Soering przeciwko Wielkiej Brytanii* z 9 lipca 1989, § 102; *Loizidou przeciwko Turcji* z 23 marca 1995 r., § 71) Trybunał uważa, że niektóre czyny które w przeszłości były klasyfikowane jako <postępowanie nieludzkie lub poniżające> w przeciwstawieniu do <tortur> mogą być traktowane odmiennie w przyszłości. Trybunał bierze pod uwagę coraz wyższy poziom standardu wymagalnego w obszarze ochrony praw człowieka i podstawowych wolności, co pociąga za sobą nieuniknienie odpowiednio większą stanowczość w ocenianiu naruszeń podstawowych wartości społeczeństw demokratycznych”.

(skarga nr 59261/00) oraz 9 marca 2006 r. w sprawie Cenbauer przeciwko Chorwacji (skarga nr 73786/01). Obie są istotne także z polskiej perspektywy, dotyczą bowiem zastrzeżeń podnoszonych wobec Rzeczypospolitej Polskiej przez CAT oraz przez CPT. W rosyjskiej sprawie Meneszewa – dotyczącej wymuszania w czasie przesłuchania biciem przez milicjantów na wnioskodawczyni ujawnienia dowodów obciążających jej narzeczonego (§ 53-54) – Trybunał odwołał się do ważnego, ustalonego przez siebie standardu³³, zgodnie z którym w przypadku osób skarżących naruszenie przepisu art. 3 w okresie pozbawienia wolności, to po stronie pozwanego państwa leży ciężar wykazania, iż doznane urazy i cierpienia nie zostały spowodowane postępowaniem władz (§ 50). Trybunał przyjął, że celem postępowania milicjantów wobec Meneszewej „było wywołanie u niej strachu, udręczenia, poczucia niższości, które – wywołując z kolei upokorzenie i przekonanie o beznadziejności położenia – pozwoliłyby złamać jej opór fizyczny i psychiczny. W tym kontekście Trybunał ponownie potwierdza, że w odniesieniu do osób pozbawionych wolności, uciekanie się do użycia siły fizycznej które nie byłoby ściśle konieczne w związku z zachowaniem się takiej osoby, obraża ludzką godność i stanowi co do zasady pogwałcenie prawa określonego w art. 3” (§ 56). Podobnie jak w innych sprawach z tego zakresu, Trybunał wziął pod uwagę długość rzeczowego postępowania funkcjonariuszy, jego fizyczne i psychiczne skutki, oraz płeć, wiek i stan zdrowia ofiary. W tym przypadku była to 19-letnia kobieta przesłuchiwana kilka godzin przez kilku milicjantów wymuszających – biciem rękami, pałkami, biciem głową o ścianę oraz grożenie zgwałceniem i używaniem wulgarnych słów – ujawnienia dowodów przestępstwa (§§ 14, 58). Takie postępowanie było torturą (§ 59). W chorwackiej sprawie Cenbauer, chodziło o sprzeczne z przepisem art. 3 Konwencji przeludnienie cel mieszkalnych w zamkniętym Zakładzie Karnym w Lepoglavie i warunki tam panujące. Cele oddziału, na terenie którego osadzony był przez 27 miesięcy Cenbauer, były małe i przeludnione (trzech osadzonych na 5,5 do 6,5 m², w tej celi na jednego skazanego przypadało 2,8m²), nie było w nich urządzeń sanitarnych ani wody bieżącej; panował tam brud, nie było ogrzewania, ściany były brudne, wilgotne i pokryte pleśnią. Pościel nie była zmieniana od dawna. Środki higieniczne były wydawane raz na cztery-pięć miesięcy; jedzenie było ubogie, bez warzyw i mięsa. Strażnicy byli anonimowi (§§ 17-21, 46, 50). Na tle okoliczności tej sprawy Trybunał przypomniał³⁴, że traktowanie więźnia

³³ Zob. wyrok sprawie *Ribitsch przeciwko Austrii*, wyrok z 4 grudnia 1995, § 34. Zob. też: Andrzej Rzepliński, Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu z dnia 4 grudnia 1995 r. (Seria A, 42/1994/289/591). Sprawa *Ribitsch i inni przeciwko Austrii*. *Prokuratura i Prawo* 1996 cz. 1 nr 12 s. 135-153, cz. 2 1997 nr s. 143-150.

³⁴ Za ustalonym już standardem w wyrokach w sprawach: *Kudła przeciwko Polsce*, §§ 93-94, 99-100); *Peers przeciwko Grecji* z 21 kwietnia 2001 r., §§ 67-68 (skarga nr 28524/95), oraz w sprawie *Valašinas przeciwko Litwie* z 24 października 2001 r., § 108 (skarga nr 44558/98).

może być „poniżające” także wówczas, gdy nie leży to w bezpośrednim zamiarze personelu więziennego, o ile przekroczyło ono wobec konkretnej osoby pewien próg natężenia. Wówczas wymierzone jest ono w godność ludzką więźnia (§§ 43-44). Trybunał odrzucił argument rządu chorwackiego, że władze mogą izolować więźniów niepracujących w gorszych warunkach (§49). Trybunał orzekł że Cenbauer był ofiarą poniżającego postępowania władz więziennych (§§52-53).

VII

W plaszczyźnie empirycznej kwestią zapobiegania torturom oraz okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowaniu i karania zajmują się w każdym wolnym społeczeństwie, także w Polsce, różne podmioty. Aktywne są przede wszystkim same ofiary pogwałceń tej wolności. Stanowią one nieodzowne źródło informacji dla organizacji pozarządowych, dla Rzecznika Praw Obywatelskich, dla prasy, a niekiedy również dla prokuratury. Pewną aktywność muszą również wykazywać władze państwowe, zwłaszcza minister sprawiedliwości-prokurator generalny, minister zdrowia, minister edukacji oraz minister opieki społecznej z racji okresowych sprawozdań (co cztery lub co pięć lat), jakie Polska obowiązana jest przedłożyć sześciu komitetom ONZ, w tym zwłaszcza, w badanym kontekście, Komitetowi Praw Człowieka oraz Komitetowi przeciwko Torturom.

Nie jest przedmiotem tego artykułu analizowanie praktyki polskiej. Przedstawiają to inne opracowania niniejszego tomu. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że warunki „oferowane” przez polski system penitencjarny osobom tymczasowo aresztowanym, skazanym oraz ukaranym powszechnie osiągnęły stan który jest nie tylko poniżający, a w dużej części przypadków – nieludzki. Stan degradacji polskiego więziennictwa postępuje od 2000 r.

W 2000 roku nie przybyło nowych miejsc w więzieniach w Polsce. Dnia 1 stycznia tego roku było 63216 miejsc, ostatniego dnia tego roku było już 67646 miejsc. Jak to możliwe? Dokonał tego nowy (od czerwca 2000 r.) minister sprawiedliwości, Lech Kaczyński. Cudownego pomnożenia miejsc więziennictwo polskie doświadczyło zwłaszcza w grudniu tego roku, kiedy liczba statystycznych miejsc wzrosła z 65606 do owych 67646. Powstały więc wirtualne cztery wielkie więzienia, po 500 miejsc każdy. Nie został jednakże oddany tego miesiąca żaden, nawet najmniejszy nowy obiekt więzienny.

1 września 1997 r. wszedł w życie nowy, zdaniem narodowych konserwatywistów, skrajnie liberalny Kodeks karny. Kiedy od 1999 r. sędziowie zaczęli go powszechnie stosować do nowych spraw, szybko okazało się, nie dla jego przeciwników, że liberalny jest on z nadania zwolenników drastycznego obostrzenia systemu karnego. Od początku 2000 roku, jeszcze gdy ministrem sprawiedliwości była Hanna Suchocka z liberalnej Unii Wolności, po raz pierwszy w wolnej Polsce liczba więźniów zaczęła rosnąć w tempie nawet 1731 miesięcznie (w sumie

z 56765 w dniu 31 grudnia 1999 do 62096 skazanych i tymczasowo aresztowanych 30 czerwca oraz 70544 osób pozbawionych wolności 31 grudnia następnego roku.

W końcu lutego 2006 roku w polskich zakładach karnych i aresztach śledczych znajdowało się 85934 osób pozbawionych wolności³⁵.

O skutkach narastającego przeludnienia informuje prasa. W dniu 24 lutego 2006 r., kiedy to polska Służba Więzienna obchodziła po raz pierwszy swoje święto, ukazało się szereg artykułów na ten temat. O rzeczywistości polskich więzień mówili dziennikarzom podobnie i skazani i funkcjonariusze. „Andrzej ma na sumieniu drobne przestępstwa i kilka miesięcy spędzonych za kratkami. – To był prawdziwy koszmar i szkoła brutalnego życia – opowiada o więziennym epizodzie. W czteroosobowej celi w areszcie siedziało nas siedmiu. W takich warunkach nie można było nawet usłyszeć własnych myśli, nie mówiąc już o przygotowaniu posiłku. By jeden mógł zaparzyć herbatę, reszta karnie musiała siedzieć na pryczach. Za ubikację służył kąt celi oddzielony wyłącznie kawałkiem szmaty. Z pobytu w areszcie Andrzej wyniósł liczne, sińce i zszarpane nerwy – pamiątki po nieustannej walce o miejsce i starciach z innymi więźniami. Podkreśla, że za kratami stał się bardzo nerwowy i agresywny. – Nie wyobrażam sobie przebywania dłużej w takich warunkach. Chyba bym zwariował.”, mówił dziennikarzowi jeden z nich. Wychowawca z Zakładu Karnego w Wadowicach (którego oficjalna pojemność opiewa na 309 łóżek, izoluje 429 aresztantów i skazanych) tak zaś widzi skutki przeludnienia: „Bywa, że nie dla wszystkich wystarcza łóżek. Wtedy w celach dodatkowo rozkłada się materace. Izolacja zawsze jest karą dolegliwą. Sytuacja osadzonego, który musi spać na materacu i w tych, i tak ciężkich, warunkach nie posiada nawet minimum prywatnej przestrzeni, staje się dramatyczna”³⁶. Dla 37 tysięcy oczekujących na wykonanie kary pozbawienia wolności tym bardziej nie ma miejsc.

Szef więziennictwa oznajmił tymczasem, z okazji święta Służby Więziennej, że dysponuje on jeszcze nawet dziewięcioma tysiącami „wolnych” miejsc³⁷. Ta informacja w pełni dyspozycyjnego wobec oczekiwań ministra i niezdolnego do wyobrażenia sobie skutków tego mijania się z prawdą szefa więziennictwa o wziętej z sufitu wolnej powierzchni dotarła bez wątplenia do prokuratorów i sędziów. Szybko zatem uzupełnią oni „marnującą się” przestrzeń.

Rzecz jednak w tym, że więziennictwo polskie dysponuje powierzchnią normatywną godną najmniejszego standardu państw członkowskich Unii Europejskiej

³⁵ Informacja o wykonywaniu kary pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania za luty 2006. Ministerstwo Sprawiedliwości. Centralny zarząd Zakładów Karnych.

³⁶ Bogdan Wasztyl, Skazani na wolność. *Dziennik Polski*, 24.02.2006, nr 47, s. 21, 23.

³⁷ Bogdan Wróblewski, Ziobro: dużo miejsca w więzieniach. *Gazeta Wyborcza*, 28/02/2006, nr 50, s. 6.

nie przekraczającą 50000 miejsc. Jeżeli odliczymy powierzchnię zajmowaną przez tzw. kącik sanitarny, są takie cele „mieszkalne”, w których na jednego osadzonego przypada 1,5m². Jeżeli świetlice i pomieszczenia sportowe zostały zamienione na pomieszczenia mieszkalne, to w tak przepełnionych celach ludzie przebywają 23 godziny dziennie (nie licząc godzinnego spaceru). Takie zagęszczenie jest szczególnie dokuczliwe w aresztach śledczych, w których przebywają osoby chronione zasadą domniemania niewinności. Stwierdził to zresztą Komitet Zapobiegania Torturom Rady Europy w swoim najnowszym, trzecim raporcie opublikowanym 2 marca 2006, stanowiącym podsumowanie wizytacji z 2004 r. Przeludnienie jest w podsumowaniu tego raportu najważniejszym problemem polskich więzień (§ 148)³⁸. Członkowie Komitetu stwierdzili m.in., że w niektórych celach Aresztu Śledczego w Krakowie na jednego człowieka przypadało 1,7m² powierzchni mieszkalnej (§ 154). Komitet czuje się wręcz bezbronny wobec endemicznego przeludnienia polskich jednostek penitencjarnych, bowiem w zaleceniach ogranicza się do lakonicznego stwierdzenia, że „CPT wzywa władze polskie do zdwojenia wysiłków dla zwalczenia przeludnienia oraz, w tym kontekście, do wdrożenia standardów wypracowanych w ramach Rady Europy. Potrzebna jest również polityka karna orzekania i zwalniania z więzienia, która zapewni, że pozbawienie wolności stanie się rzeczywiście środkiem ostatecznym tej polityki” (§ 148). Z własnych doświadczeń wiem, że tego typu konkluzje międzynarodowych organów kontrolnych zarezerwowane są w raportach dotyczących przypadków beznadziejnych; państw naruszających prawa człowieka w sposób systemowy i bez wyraźnej woli zmiany takiej polityki.

Kiedy współtworzyłem w latach 1990-1995 projekt kodeksu karnego wykonawczego, uchwalony ostatecznie 6 czerwca 1997 r., bardzo zabiegałem o przepis, który wymuszałby system wczesnego ostrzegania przed niezgodnym z prawem przeludnieniem jednostek penitencjarnych. Ostatecznie w rozdziale „Przepisy końcowe i przejściowe” Kkw znalazł się następujący przepis: „Art. 248. § 1. W szczególnie uzasadnionych wypadkach dyrektor zakładu karnego lub aresztu śledczego może umieścić osadzonych, na czas określony, w warunkach, w których powierzchnia w celi na jedną osobę wynosi mniej niż 3 m². O takim umieszczeniu należy bezzwłocznie powiadomić sędziego penitencjarnego.” Nie udało mi się przekonać posłów, że logiczną konsekwencją takiego zawiadomienia powinien być naznaczony przez sędziego penitencjarnego program naprawy (odpowiednio do postępowania upadłościowego). W razie niemożności uzyskania stanu zgodnego z art. 4 Kkw sędzia mógłby orzec zamknięcie, z odpowiednim

³⁸ <http://www.cpt.coe.int/documents/pol/2006-11-inf-eng.htm>. Z kolei bicie zostało uznane za najpoważniejszy problem polskiej policji w odniesieniu do postępowania z osobami zatrzymanymi (§ 139).

wyprzedzeniem, fragment lub cały zakład karny lub areszt śledczy który permanentnie narusza zakaz wykonywania kar w sposób okrutny lub niehumanitarny.

Zamiast tego do art. 248 został dodany § 2³⁹, który stanowi swoisty paragraf 22 polskiego więziennictwa. Dzięki trzem kolejnym wersjom wydanych na tej podstawie rozporządzeń Ministra Sprawiedliwości „w sprawie trybu postępowania właściwych organów w wypadku, gdy liczba osadzonych w zakładach karnych lub aresztach śledczych przekroczy w skali kraju ogólną pojemność tych zakładów”⁴⁰ te powiadomienia sędziego penitencjarnego nie mają żadnego znaczenia merytorycznego. Literalne brzmienie przepisu art. 248 § 2 (w wersji z 1997 r.) oraz identyczny z nim tytuł rozporządzenia sugeruje, że osoba pozbawiona wolności jest izolowana nie w konkretnej celi, ani nie w konkretnej jednostce penitencjarnej, ale w całym kraju, we wszystkich 156 istniejących zakładach karnych lub aresztach śledczych. Sytuację ratował nieco jeszcze § 2 pierwszego z tej serii rozporządzeń „w sprawie trybu postępowania właściwych organów w wypadku, gdy liczba osadzonych w zakładach karnych lub aresztach śledczych przekroczy w skali kraju ogólną pojemność tych zakładów”, z 1999 roku, którego §§ 1 i 2 nakazywały Dyrektorowi Generalnemu Służby Więziennej, w terminie 7 dni, przedstawienie Ministrowi Sprawiedliwości, prezesom sądów apelacyjnych i wojskowych sądów okręgowych, prokuratorom apelacyjnym i wojskowym prokuratorom okręgowym oraz dyrektorom jednostek organizacyjnych Służby Więziennej informację o tym, że liczba osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych przekracza w skali kraju ogólną pojemność tych zakładów. W kolejnych wersjach tego rozporządzenia (z 2000 oraz 2003 roku) adresatem informacji szefa więziennictwa jest już tylko minister sprawiedliwości. Informacja szefa więziennictwa kierowana jest więc do polityka w dużej mierze odpowiedzialnego za przeludnienie więzień. Równie dobrze informacje te mogłyby być zatem kierowane pocztą na Berdyczów. Te przepisy pozwalają zupełnie ignorować treść art. 110 § 2, która każdemu więźniowi gwarantuje minimum 3 m² powierzchni w celi mieszkalnej. Nie dziwne

³⁹ Minister Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, tryb postępowania właściwych organów w wypadku, gdy liczba osadzonych w zakładach karnych lub aresztach śledczych przekroczy w skali kraju ogólną pojemność tych zakładów, uwzględniając w szczególności tryb postępowania Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, dyrektorów okręgowych oraz dyrektorów zakładów karnych i aresztów śledczych w zakresie zawiadamiania o przekroczonej pojemności odpowiednio w skali kraju, obszaru działania okręgowego inspektoratu oraz zakładu karnego i aresztu śledczego, tryb postępowania dyrektorów zakładów karnych i aresztów śledczych w zakresie organizowania dodatkowych miejsc zakwaterowania, a także tryb postępowania organów prokuratury i sądownictwa w wypadku przeludnienia zakładów karnych i aresztów śledczych ponad ustaloną pojemność w skali kraju.

⁴⁰ Pierwsze zostało wydane 29 czerwca 1999 (Dz.U. Nr 61 poz. 669) i zastąpione kolejnym, z 26 października 2000 r. (Dz.U. Nr 97 poz. 1060), a to wreszcie ostatnim, o identycznym tytule, z 26 sierpnia 2003 r. (Dz.U. Nr 152 poz. 1497).

więc, że 13 grudnia 2005 r. Rzecznik Praw Obywatelskich zaskarżył to rozporządzenie do Trybunału Konstytucyjnego, jako niezgodne z art. 41 ust. 4 i art. 40 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP oraz z art. 3 Europejskiej konwencji praw człowieka. Rzecznik zatytułował swój wniosek w tej kwestii adekwatnie do rzeczywistości: „W sprawie przeludnienia zakładów karnych i aresztów śledczych”⁴¹. W uzasadnieniu tego wniosku czytamy m.in., że zaskarżone rozporządzenie „nie służy realizacji celu, jaki przyjął ustawodawca dla jego wydania w art. 248 Kkw. Ustalone w rozporządzeniu zadania dla poszczególnych organów nie tylko nie tworzą odpowiednich warunków do przywrócenia stanu, o którym mowa w zdaniu pierwszym § 2 w art. 110 Kkw, ale w istocie, jak wykazuje kilkuletnia praktyka jego stosowania, budują odrębny reżim prawny, który sankcjonuje chroniczne przeludnienie zakładów karnych i aresztów śledczych.”. Dalej Rzecznik przedstawia m.in. analizę kierowanych do niego skarg osób pozbawionych wolności, z których wynika, że w wyniku długotrwałego umieszczenia ich w nadmiernie zaludnionej celi mieszkalnej czują się poniżone lub traktowane nieludzko.

Jak zauważył CPT w 1997 r. *Siódmym Sprawozdaniu Ogólnym* [CPT/Inf (97) 10] „Przeludniony zakład karny oznacza stłoczone i niehigieniczne pomieszczenia; nieustanny brak prywatności (nawet w czasie wykonywania tak podstawowych czynności jak korzystanie z zaplecza sanitarnego); ograniczenie programów zajęciowych poza celami, z uwagi na brak wystarczającego personelu i środków; przeciążony system opieki zdrowotnej; zwiększone napięcie i wynikająca z niego przemoc między osadzonymi, a także osadzonymi i personelem. To tylko niektóre przykłady. W więcej niż jednym przypadku Komitet doszedł do wniosku, że niekorzystne efekty przeludnienia skutkują nieludzkimi i poniżającymi warunkami pozbawienia wolności.”⁴².

IX

Najpoważniejszym problemem w poszanowaniu wolności każdej jednostki ludzkiej od tortur oraz okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowaniu i karania nie są przypadkowe incydenty w komisariatach policji, szpitalach psychiatrycznych, domach poprawczych, aresztach śledczych, zakładach karnych czy koszarach. Prawdziwym problemem jest—obrońca praw człowieka musi powiedzieć—prawdziwym skandalem jest—gdy w którejś z tych kategorii instytucji, gdy w którymś z resortów, zwłaszcza tzw. siłowych, zaczyna się uprawianie czy choćby tolerowanie polityki ignorowania tej wolności. Prawdziwym problemem jest bezkarność. Zawsze oznacza to pogardę dla godności

⁴¹ RPO/515967/05/VII. Sygn. sprawy w Trybunale Konstytucyjnym – U 9/05.

⁴² <http://www.cpt.coe.int/lang/pol/pol-standards.doc>.

osoby ludzkiej. Bezkarność jest wyzwaniem dla ochrony praw człowieka we wszystkich państwach, także tych cywilizowanych, także tych o ugruntowanej od pokoleń demokracji i rządach prawa. Dla większości cywilizowanych państw nie jest sztuką doprowadzenie do odpowiedzialności za masowe, zbrodnicze pogwałcenie wolności od tortur przez funkcjonariuszy obalonych reżimów totalitarnych czy autorytarnych. Polska ma w tej mierze własne osiągnięcia i standard, który stał się wzorcem polityki dla niektórych innych państw. Podstawą tych osiągnięć polskich jest ustawowe zapewnienie ścigania zbrodni nazistowskich i komunistycznych przez odrębny pion prokuratury⁴³. Powtarzam jednak – nie sztuka postawić przed sądem przynajmniej część państwowych przestępców działających w ramach wrogiego prawom i wolnościom człowieka systemu prawnego i politycznego. Sztuką jest prowadzić politykę braku jakiegokolwiek pobłażliwości dla incydentów naruszania wolności od tortur w demokratycznym państwie prawnym. Wprowadzenie skutecznych mechanizmów wykluczających bezkarność poszczególnych funkcjonariuszy państwa dopuszczających się bezpośrednio lub w wyniku wydawanych poleceń bądź rozkazów czynów zakazanych w art. 5 Powszechnej deklaracji praw człowieka ONZ – jest prawdziwym wyzwaniem. Zwraca na to uwagę CPT, który w 14. *Sprawozdaniu Ogólnym* za okres od 1 sierpnia 2003 do 31 lipca 2004 r. [CPT/Inf (2004) 28] w rozdziale poświęconym wyłącznie kwestii „Zwalczania bezkarności” stwierdził m.in. (§§ 27-28), że „w wielu państwach wizytowanych przez CPT tortury i maltretowanie (*ill-treatment*) przy okazji wykonywania obowiązków służbowych, wymuszanie zeznań, nadużycia władzy itp. Stanowią odrębne przestępstwa ścigane *ex officio*. CPT przyjmuje z zadowoleniem istnienie tego typu przepisów prawa. Niestety, CPT dostrzega, że niektórych państwach, prokuratorzy mają daleko posuniętą władzę dyskrecjonalną przy decydowaniu o wszczęciu śledztw gdy sprawy dotyczą nadużyć wobec osób pozbawionych wolności. W opinii Komitetu prokuratorzy, nawet przy braku formalnej skargi, powinni być prawnie zobowiązani do wszczęcia śledztwa w każdym przypadku powzięcia wiarygodnej informacji, z jakiegokolwiek źródła, że osoba pozbawiona wolności była maltretowana. W związku z tym egzekwowanie odpowiedzialności prawnej domniemanych sprawców zwiększa formalny obowiązek przełożonych (komendantów policji, dyrektorów więzień, itp.) do składania zawiadomień prokuratury o takich czynach. Istnienie odpowiedniego obowiązku prawnego nie jest samo przez się wystarczające samo przez się, o ile brak będzie właściwych działań w przypadku zaistnienia maltretowania. Właściwą uwagę takim przypadkom muszą poświęcać właściwe władze.”⁴⁴

⁴³ Ustawa o Instytucie Pamięci Narodowej – Komisji Ścigania zbrodni przeciwko Narodowi Polskiemu z 18 grudnia 1998 r. (Dz.U. Nr 155 poz. 1016 z późn. zm.).

Po raz pierwszy po 1989 roku władze Rzeczypospolitej Polskiej nie tylko, że prowadzą politykę naruszania jednej z podstawowych wolności człowieka — wolności od tortur, okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karania w stosunku do osób pozbawionych wolności w skrajnie przeludnionych i w większości wyeksploatowanych aresztach śledczych i zakładach karnych, ale Minister Sprawiedliwości i Prokurator Generalny jest wręcz dumny, że nasz kraj ignoruje w tej mierze swoje zobowiązania międzynarodowe⁴⁵.

⁴⁴ <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-14.htm>.

⁴⁵ „Co tydzień przybywa za kratami od 200 do nawet 600 osób. Cele są przeludnione. ... A standardy UE? – cisnęli żurnaliści. – Standardy przyjdą z czasem. Polskie domy pomocy społecznej też nie odpowiadają unijnym standardom – powiedział Ziobro.”. Bogdan Wróblewski, Ziobro: dużo miejsca w więzieniach, *Gazeta Wyborcza*, 28/02/2006, nr 50, str. 6.

Rozdział III

Monitoring instytucji

1. Pojęcie monitoringu.

Monitoring odgrywa szczególną rolę w działalności każdej organizacji pozarządowej, zajmującej się ochroną praw i wolności człowieka. Pozwala na praktyczną weryfikację hipotetycznych tez dotyczących pewnego fragmentu rzeczywistości, stawianych w oparciu o szereg informacji docierających do organizacji z różnych źródeł. Do najważniejszych źródeł w tej kategorii zaliczyć można doniesienia prasowe, raporty lub informacje organów państwa lub innych organizacji pozarządowych, czy – wreszcie – skargi i informacje dochodzące od indywidualnych osób, będących klientami tej organizacji.

Zgodnie z akceptowaną w praktyce HFPC definicją, monitoring oznacza zaplanowane, usystematyzowane i prowadzone według z góry założonego schematu badanie konkretnego wycinka rzeczywistości społecznej, zmierzające (samoistnie lub wspólnie z innymi działaniami) do zmiany tej rzeczywistości, bez używania przemocy⁴⁶. Monitoringiem sensu *stricte* nie jest zatem śledzenie, na przykład, doniesień prasowych dotyczących konkretnego zjawiska. Informacje docierające z mediów mogą być jedynie impulsem do rozpoczęcia konkretnych działań obserwacyjnych, czy badawczych. Są one jedynie pewnymi sygnałami, które dopiero w ramach tych działań mogą zostać sprawdzone i zweryfikowane. Monitoring zakłada bowiem dotarcie do istoty danego zjawiska, a nie formułowanie opinii i wniosków, jedynie na podstawie niesprawdzonych w procesie obserwacji ocen dziennikarzy, klientów, czy innych badaczy.

Wszystkie wymienione w dalszej części tego rozdziału działania wpisują się w przedstawioną powyżej koncepcję monitoringu.

2. Monitoring instytucji jako szczególna forma monitoringu.

Badanie funkcjonowania instytucji, a zatem placówek obejmujących zarówno źródła osobowe, jak i obserwację warunków technicznych, zakłada wykorzystywanie większości technik, jakie w ogóle są dostępne przy prowadzeniu tego rodzaju

⁴⁶ *Monitoring Praw Człowieka*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, 2004, Warszawa, s. 13

aktywności, jaką jest monitoring. Konieczna jest zatem nie tylko obserwacja infrastruktury budynków, czy warunków sanitarnych i porównanie ich z obowiązującym standardem, gwarantowanym w prawie krajowym i międzynarodowym, ale również prowadzenie wywiadów zarówno z personelem, jak i pensjonariuszami tej placówki (więźniami, pacjentami, zatrzymanymi itp.). Co więcej, ważnym źródłem informacji, są również dokumenty zgromadzone w takiej placówce, a dotyczące stosowania określonych prawem procedur, przewidzianych na przykład na wypadek buntu, wystąpienia choroby zakaźnej, czy innych zjawisk, które w prostej linii przekładać się mogą na zagwarantowanie przestrzegania zakazu tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania.

Dla zbadania skutków takich zjawisk jak przeludnienie jednostek penitencjarnych, monitoring instytucji jest w zasadzie jedyną dostępną metodą, gwarantującą uzyskanie wiarygodnych informacji. Informacje płynące z mediów, a nawet od organów takich jak Centralny Zarząd Służby Więziennej, dotyczące kilkunastoprocentowego przeludnienia w skali kraju, nie oddają w pełni sytuacji. Znajomość liczb jest wprawdzie istotna, ale nie ma żadnego wpływu na ocenę rzeczywistej sytuacji osób pozbawionych wolności.

3. Rodzaje wykorzystanego monitoringu instytucji.

Z uwagi na cel programu, monitoring każdej z instytucji ograniczać się miał – co do zasady – do oceny standardu przestrzegania zakazu tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania, albo karania. Jednakże w trakcie 3 lat prowadzenia projektu okazało się, że pierwotnie założone badania konkretnych placówek, jedynie w części będą odpowiedzią na dynamikę zjawisk społecznych, bezpośrednio wpływających na funkcjonowanie tej wolności w praktyce. Na przykład fakt przeludnienia jednostek penitencjarnych i pogarszających się w związku z tym warunków bytowych osób pozbawionych wolności, wymusił nagłe interwencje, zmierzające do zmiany tego stanu rzeczy. Rozdźwięk pomiędzy warunkami panującymi w jednym z zakładów psychiatrycznych o maksymalnym stopniu zabezpieczenia (regionalnym ośrodku psychiatrii sądowej) a oddziałem o wzmocnionym zabezpieczeniu, wymusił sprawdzenie czy jest to różnica systemowa, czy też wynika ona z unikalnych okoliczności i sposobu zarządzania danymi placówkami.

W związku z koniecznością nie tylko wypełnienia zobowiązań przyjętych w projekcie, ale również adekwatnego reagowania, wykorzystane zostały trzy rodzaje monitoringu instytucji. Dla potrzeb klasyfikacyjnych można je określić następująco:

- **Monitoring celowy** – ten typ monitoringu wynika bezpośrednio z charakteru projektu i dotyczy obserwacji przestrzegania zakazu tortur, niehumanitarnego i poniżającego postępowania albo karania. Monitoring taki stwarza po pierwsze

możliwość oceny przestrzegania wskazanego zakazu w danej konkretnej placówce. Po drugie, z uwagi na jednolitość pewnych procedur, które stosowane są we wszystkich jednostkach penitencjarnych, pozwala na ocenę obowiązującego w tej materii prawa. Takim monitoringiem został objęty m.in. Zakład Karny w Nysie.

- **Monitoring systemowy** – monitoring pewnego typu placówek, mający na celu ocenę rozwiązań prawnych, ustanawiających określony podział placówek według danego kryterium (na przykład stopnia zabezpieczenia). Obserwacja funkcjonowania takiego systemu w praktyce pozwala ocenić jego skuteczność i celowość, jak również poziom gwarantowania poszanowania praw i wolności człowieka na poszczególnych jego szczeblach. Taki charakter miał monitoring zakładów psychiatrycznych o maksymalnym i wzmocnionym stopniu zabezpieczenia: Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie, Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala w Gorzowie Wielkopolskim (oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu dla mężczyzn i oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu dla kobiet), Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim i Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim (oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu).
- **Monitoring problemowy** – ten rodzaj monitoringu jest inicjowany konkretnymi skargami bądź doniesieniami od osób przebywających w instytucjach izolacyjnych, albo ich krewnych czy reprezentantów prawnych. Jest zatem reakcją na konkretne zjawisko społeczne, pojawiające się w danym miejscu. Taki monitoring obejmuje wówczas swoim zasięgiem jedynie daną placówkę. Natomiast wnioski sformułowane na jego podstawie mogą mieć charakter bardziej ogólny i mogą służyć jako element oceny danego zjawiska w skali makro (tak na przykład wygląda sytuacja odnośnie przeludnienia). Monitoring problemowy nie jest jednak doraźną wizytą interwencyjną podejmowaną w celu natychmiastowego zaprzestania naruszeń. Ma na celu – podobnie jak pozostałe typy monitoringu – weryfikację skarg i doniesień poprzez przede wszystkim obserwację, swobodną rozmowę z autorami skarg i z personelem placówki. Podobnie jak inne typy monitoringu kończy się również sporządzeniem raportu, bądź opinii opisującymi **fakty** zaobserwowane w trakcie lustracji i ich zgodność lub niezgodność z obowiązującym prawem. Taki charakter miały wizytacje podjęte na podstawie skarg osób pozbawionych wolności w Zakładzie Karnym we Wronkach i w Zakładzie Karnym w Tarnowie Mościcach. W tym ostatnim przypadku wynikiem monitoringu była opinia prawna skierowana do Sądu Okręgowego w Tarnowie dotycząca warunków bytowych w tej jednostce w świetle standardu art. 3 EKPC, ustalonego poprzez analizę orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

W dalszej części kolejno przedstawione zostaną zapisy wskazanych lustracji.

Zbigniew Lasocik

Postępowanie wobec więźniów w Zakładzie Karnym w Nysie

1. Informacje wstępne.

Badanie przestrzegania art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka w ZK Nysa przeprowadziłem na przełomie lat 2004/2005. Zakład wizytowałem dwukrotnie, pierwsza wizyta miała miejsce w grudniu 2004 roku, druga w czerwcu 2005 roku. Łącznie w ZK Nysa spędziłem 4 dni.

Badaniami objąłem okres 5 lat: 2000 – 2004.

Przeprowadzenie badań było możliwe dzięki daleko idącej pomocy Dyrektora Okręgowego Służby Więziennej w Opolu oraz kierownictwa Zakładu Karnego w Nysie.

2. Cel badania.

Celem badania było ustalenie w jakim zakresie w zakładzie karnym w Nysie przestrzegane są międzynarodowe standardy postępowania z więźniami, ze szczególnym uwzględnieniem zakazu tortur.

a. Zakres badania.

Aby uzyskać informacje na temat tego, w jaki sposób traktowani są więźniowie w ZK Nysa należało dotrzeć do różnorodnych źródeł informacji. Najważniejsze z nich to:

- roczna analiza ładu i dyscypliny;
- dokumentacja dotycząca stosowania środków przymusu bezpośredniego;
- skargi więźniów;
- dokumentacja medyczna (w takim zakresie, w jakim jest to możliwe);
- opis i analiza wypadków nadzwyczajnych ;
- dokumentacja postępowań dyscyplinarnych prowadzonych przeciwko funkcjonariuszom;
- zawiadomienia o przestępstwie;
- postępowania sądowe prowadzone przeciwko zakładowi karnemu;
- sprawozdania sędziego penitencjarnego;
- wywiady ze skazanymi.

b. Przebieg badania.

Dzięki pomocy administracji zakładu karnego, tak w zakresie logistyki jak i informacji, badania przebiegły sprawnie. Otrzymałem do wglądu wszelkie dokumenty, które były niezbędne, a które nie były objęte tajemnicą medyczną, służbową lub państwową. Zapoznałem się z funkcjonowaniem zakładu, miałem okazję rozmawiać z kierownictwem jednostki, szefami działów, funkcjonariuszami oraz skazanymi.

c. Podstawowe informacje dotyczące ZK Nysa.

Zakład karny w Nysie powstał w 1945 roku. W maju tego roku Departament Więziennictwa i Obozów Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego z delegaturą w Katowicach wydał rozporządzenie o utworzeniu więzienia karno-śledczego w Nysie. W tym celu został zaadaptowany dawny obiekt klasztorny, usytuowany przy ulicy Królowej Jadwigi, który do roku 1933 pełnił funkcję więzienia, a w czasie wojny mieścił obóz dla radzieckich jeńców wojennych.

Pierwsza grupa więźniów została przetransportowana do Nysy w lipcu 1945 roku, w liczbie około 250 osób. W roku 1959 władze miejskie w porozumieniu z dowództwem Śląskiego Okręgu Wojskowego i jednostką wojskową w Nysie przekazały do dyspozycji więziennictwa dwa bloki mieszkalne koszar wojskowych przy ulicy Kościuszki. W ten sposób uzupełniony został kompleks obecnego zakładu karnego. Po zakończeniu prac remontowych, pod koniec 1960 roku, na terenie nowej jednostki przebywało około 900 skazanych, zatrudnionych głównie poza terenem, przy pracach budowlanych na terenie miasta. W roku 1960 na terenie zakładu powstała szkoła zawodowa dla skazanych.

W 1965 roku oddano do użytku kolejny pawilon, który mógł pomieścić 250 osób (aktualnie jest to budynek administracji ZK). Od tego czasu liczba skazanych zwiększyła się do 1200 osób. Wcześniej, w 1964 roku nastąpiła likwidacja przestarzałego budynku więzienia przy ulicy Królowej Jadwigi.

Tym samym, utworzony został jednolity Zakład Karny dla młodocianych w Nysie, przy ulicy Kościuszki. W kolejnych latach trwały przebudowy i modernizacje zakładu, tak aby przystosować go do potrzeb szkoły i praktycznej nauki zawodu.

Przez lata więzienie w Nysie było „wzorcowym” zakładem karnym dla młodocianych („prison ecole”). Mniej więcej od przełomu lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych datuje się zła sława tej jednostki. W czasach, kiedy jednym z naczelnych zadań Służby Więziennej było zwalczanie podkultury więziennej, w ZK Nysa odbywało się to rękami więźniów. W więzieniu powstała silna grupa osadzonych, która w zamian za korzyści otrzymywane od administracji, „rozgrypsowywała” nowoprzybyłych. Jeszcze pod koniec lat osiemdziesiątych i na początku lat dziewięćdziesiątych, przewiezienie do ZK Nysa było traktowane

jako szczególny środek represji. Na tym tle dochodziło do niepokoju i konfliktów w zakładzie, ale także znane są przypadki zbiorowych samouszkodzeń i protestów, przed przewiezieniem do Nysy, lub zaraz po. Wydaje się, że obecnie, po złej sławie więzienia pozostał tylko mit, jednak jest on nadal obecny w świadomości skazanych.

Obecnie ZK Nysa jest więzieniem typu zamkniętego dla odbywających karę po raz pierwszy.

W ramach ZK w Nysie funkcjonują następujące oddziały:

- ♦ typu zamkniętego dla odbywających karę po raz pierwszy (P1/z, P1/p);
- ♦ typu zamkniętego dla młodocianych (M1/p);
- ♦ typu półotwartego dla odbywających karę po raz pierwszy (P2/z, P2/p);
- ♦ typu półotwartego dla młodocianych (M2/p).

Nominalna pojemność więzienia ustalona w roku 2004, wynosiła 582 miejsca. Średnia populacja więzienia w badanym okresie wynosiła około 630 osób, co daje średnie przeludnienie na poziomie 110 %.

Najwyższe zaludnienie więzienia w analizowanym okresie odnotowane zostało w lipcu 2003 roku i wynosiło 733 osoby pozbawione wolności, co dawało przeludnienie na poziomie 130 %, ale w stosunku do ówczesnie określonej pojemności (zmniejszonej przez remont).

d. Uwagi ogólne.

W oparciu o przeprowadzone badania, szczegółową analizę dostarczonych materiałów, rozmowy ze skazanymi oraz z funkcjonariuszami SW można powiedzieć, że w ZK Nysa nie występują przypadki stosowania tortur lub niewłaściwego postępowania funkcjonariuszy wobec skazanych. Oczywiście, biorąc pod uwagę specyfikę instytucji, trzeba mieć świadomość, że wykrycie poważnych nieprawidłowości w takim badaniu, jakie przeprowadziłem, jest niezwykle trudne. Przypadki drobnych nieporozumień, naruszeń prawa czy niewłaściwego postępowania wobec więźniów, są niejako wpisane w kulturę organizacji i niemal nieuchwytnie dla obserwatora. Wydaje się jednak, że w odniesieniu do ZK Nysa, w oparciu o posiadane przeze mnie informacje, można zaryzykować twierdzenie, że atmosfera w zakładzie karnym w Nysie jest dobra i nie sprzyja drastycznym przejawom zależności więźniów od pracowników więzienia (znęcanie się, pobicia, tortury).

e. Przypadki niewłaściwego postępowania funkcjonariuszy SW wobec skazanych.

Na podstawie dostępnej dokumentacji oraz rozmów ze skazanymi ustaliłem, że takie przypadki zdarzały się stosunkowo rzadko.

Jednym ze źródeł wiedzy na ten temat są skargi. Badane przeze mnie skargi najczęściej dotyczyły jakości opieki medycznej oraz niewłaściwego postępowania funkcjonariuszy. Wszystkie tego typu skargi zostały uznane za bezzasadne. Taka sytuacja musi budzić zdecydowane wątpliwości, tym bardziej, że w analizach stanu ładu administracja przyznaje, że wzrost liczby skarg jest spowodowany wzrostem zaludnienia. Skoro jednak tak, to można się spodziewać, że trudna sytuacja socjalna przekłada się na negatywne zachowania obydwu społeczności. Tym samym, można by oczekiwać, iż – choćby w minimalnym stopniu – skargi więźniów dotyczące służby zdrowia i relacji skazani-personel, powinny znaleźć uzasadnienie.

Jednak z oficjalnej analizy skarg wynika, że spośród 123 skarg złożonych w badanym okresie za w pełni zasadne zostały uznane 4. Jedna w sprawie zasad gromadzenia oszczędności w PKO, druga w sprawie niewłaściwego naliczenia strat spowodowanych przez więźnia, trzecia w sprawie niedoważonej konserwy mięsnej i czwarta w sprawie niewłaściwego skierowania do pracy. W kilku przypadkach stanowisko administracji było niejednoznaczne.

Skargi więźniów na postępowanie funkcjonariuszy najczęściej dotyczą sytuacji, które można określić jako wzajemne złośliwości. Oto typowa sytuacja: oddziałowy zwrócił się do skazanego K.K. „synku”, na co skazany zareagował nerwowo i wulgarnie. Dyrektor uznał, że oddziałowy popełnił błąd, ale mimo to skierował sprawę skazanego do prokuratora.

Inna sytuacja tego typu: skazany P.K. nie otrzymał obiadu na czas. Oddziałowy musiał poświęcić sporo czasu, aby zapewnić więźniowi posiłek, był z tego powodu wściekły, był złośliwy i dokuczał skazanemu.

W kilku przypadkach źródłem konfliktu było, zdaniem więźniów, niewłaściwe postępowanie nauczycieli np. usuwanie uczniów z sali, czy niestosowne zwracanie uwagi.

Czasem, zdaniem skazanych, postępowanie administracji przybiera formę znęcania się psychicznego: skazany D.S. twierdził w skardze, że znęcanie takie polegało na tym, że ciągle otrzymywał wnioski o ukaranie.

W innej sytuacji wychowawca i oddziałowy „straszyli” skazanego D. Ż., że po złożeniu przez niego skargi, będzie miał kłopoty, będzie karany i zostanie zdegradowany.

W dwóch przypadkach osobami składającymi skargę były osoby bliskie więźniów, które skarżyły się na postępowanie funkcjonariuszy wobec tychże lub wobec siebie. W jednym przypadku matka opisywała wulgarnie sformułowania, które funkcjonariusz SW kierował wobec niej.

Skazany o niemieckobrzmiącym nazwisku skarżył się, że oddziałowy był wulgarny wobec niego, przy różnych okazjach, nawiązywał do jego niemieckiego pochodzenia, straszył go wnioskami o ukaranie. Znamienna, ale i zdumiewająca jest w tej sprawie reakcja administracji więziennej. Uzasadniając odrzucenie skargi Dyrektor Okręgowy SW pisze bowiem: „Pańska wiarygodność jest nieprzekonująca (!) wobec nagannych zachowań reprezentowanych w relacjach z innymi osobami, np. incydent w szkole odnotowany w dniu 11 marca br.”. Takie stanowisko musi oznaczać, że więzień jako przestępca, zatem osoba, która kiedyś „zachowała się negatywnie”, z definicji nie ma racji. W świetle takiej tezy zrozumiały staje się fakt, że żadna poważna skarga więźnia nie została uznana za zasadną.

W przypadku dwóch skarg reakcja administracji zasługuje na uwagę. W jednym przypadku skazany skarżył się, że w celi, w której przebywa jest bardzo ciasno i że przeludnienie przekracza tam trzykrotnie normę. W odpowiedzi dyrektor ZK napisał: „był Pan osadzony w celi XX gdzie wystąpiło przekroczenie o dwie normy, a nie – jak Pan twierdzi – o trzy” (skarga B.K.).

W drugim przypadku sprawa wydaje się być poważniejsza. Skazany Z.Ż., planujący skargę do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasbourgu, zwrócił się do administracji ZK o potwierdzenie danych dotyczących przeludnienia. Ponieważ nie otrzymał potwierdzenia, złożył skargę. W reakcji dyrektor ZK napisał, że odmowa potwierdzenia danych była słuszna, bowiem zgodnie z art. 35 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka skarga jest dopuszczalna tylko wtedy, kiedy skarżący wykorzystał krajową drogę odwoławczą, co w tym przypadku nie miało miejsca. W rozmowie ze mną, dyrektor przyznał, że zrobił to świadomie, bowiem obawiał się, że gdyby potwierdzenie danych dotyczących przeludnienia doprowadziło do negatywnego dla Polski rozstrzygnięcia Trybunału, odpowiedzialność mogłaby spaść na niego.

Źródłem wiedzy na temat relacji skazani-personel może być także dokumentacja dotycząca postępowań dyscyplinarnych dotyczących funkcjonariuszy SW. W badanym okresie takich postępowań było 9. W żadnym z przypadków, podstawą do wszczęcia postępowania nie było postępowanie funkcjonariusza wobec skazanych. Wobec faktu, że wszystkie poważne skargi więźniów zostały uznane za bezzasadne, taka sytuacja nie może dziwić.

Przypadków złego traktowania więźniów nie odnalazłem, także w dostępnej dokumentacji medycznej.

f. Legalne stosowanie środków przymusu bezpośredniego.

W badanym okresie środki takie były stosowane 19 razy. Najczęściej przyczyną zastosowania środków przymusu było zachowanie określane przez administrację jako „rażące nieposłuszeństwo”. Zdecydowanie rzadziej były to przypadki agresji wobec funkcjonariuszy oraz autoagresji. W jednym przypadku,

w którym jako uzasadnienie podano „zagrożenie dla życia i zdrowia funkcjonariusza SW”, nie odnalazłem zawiadomienia o popełnieniu takiego właśnie przestępstwa przez skazanego.

Najczęściej stosowanym środkiem było użycie siły fizycznej, chociaż w większości przypadków było ono połączone z umieszczeniem więźnia w celi zabezpieczającej. W badanym okresie, wobec 5 skazanych, funkcjonariusze użyli kajdanek, dwukrotnie pasa obezwładniającego, raz chemicznych środków obezwładniających oraz w jednym przypadku kasku ochronnego.

We wszystkich przypadkach zastosowanie środków przymusu bezpośredniego zostało uznane za zasadne i – zdaniem dyrektora – przeprowadzone zgodnie z przepisami. Podobne opinie sformułowali w tej sprawie wizytujący więzienie sędziowie. Żaden ze skazanych, wobec którego zastosowano takie środki, nie złożył stosownej skargi.

Po przeanalizowaniu wszystkich protokółów dotyczących zastosowania środków przymusu bezpośredniego doszedłem do wniosku, że poważne zastrzeżenia budzi kwestia medycznej kontroli tej procedury. Głównym problemem jest czas, w jakim lekarz zapoznaje się ze stanem zdrowia osoby, wobec której środki zostały zastosowane. Przepisy wymagają, aby nastąpiło to w trakcie stosowania środka (o ile jest to możliwe) i powinno się odbyć „bez zbędnej zwłoki”⁴⁷.

O ile chodzi o tę pierwszą sytuację, to w badanych przeze mnie sprawach często było tak, że stosowanie środka przymusu bezpośredniego trwało krótko, zatem zapewnienie kontroli medycznej w trakcie stosowania środka, było z oczywistych powodów niemożliwe. Natomiast można mieć wątpliwości, czy kontrola medyczna „*post factum*” nastąpiła bez zbędnej zwłoki. Oto dwa takie przypadki. Skazany D.N.: w czasie od 8.50 do 9.15 stosowano wobec niego siłę fizyczną i kajdanki. Przez lekarza został zbadany o 13.05. Przypadek skazanego P.B.: środki przymusu zostały zastosowane o 8.55, a o 9.10 zaprzestano ich stosowania. Lekarz zbadał skazanego o 12.55.

Zasadniczo inna sytuacja jest wtedy, kiedy stosowanie środków przymusu bezpośredniego trwa dłużej, a interwencja lekarza nie następuje bezzwłocznie. Trudno uznać, że kontrola medyczna nastąpiła bez uzasadnionej zwłoki w przypadku skazanego P.S., który został umieszczony w celi zabezpieczającej o 8.30, a lekarz badał go po raz pierwszy tego samego dnia o 13.00. Wydaje się, że oczekiwanie na lekarza cztery i pół godziny w ciągu dnia, to czas dość długi.

⁴⁷ Reguluje to § 4 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 listopada 1996 roku w sprawie szczegółowych warunków stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz użycia broni palnej lub psa służbowego przez funkcjonariuszy Służby Więziennej oraz sposobu postępowania w tym zakresie (Dz.U. 96. 136. 637).

Podobnie, w sprawie skazanego M.W.: siła fizyczna, kajdany i cela zabezpieczająca zostały zastosowane wobec niego o 19.50. Stosowanie środków zakończyło się następnego dnia o 15.20, natomiast lekarz badał go o godz. 15. 30.

Chyba jeszcze bardziej jaskrawo kwestia to wygląda w przypadku więźnia M. Ż., który o godz. 15.05 został umieszczony w celi zabezpieczającej w związku z próbą samobójczą. W godzinę i 45 minut później rozmawiał z nim psycholog, który uznał, że nie ma przeciwwskazań dla dalszego stosowania środka. Lekarz zbadał skazanego następnego dnia o 7.30.

3. Wizytacje zakładu karnego.

W badanym okresie Zakład Karny w Nysie był wizytowany dwukrotnie. We wrześniu 2000 roku (2 dni) oraz w czerwcu 2003 roku. W pierwszym przypadku wizytację przeprowadził sędzia wizytator ds. penitencjarnych, SSO Jan Duda. Druga wizyta została przeprowadzona przez SSO w Opolu Alicję Suchińską-Piwko.

Wnioski z obydwu wizytacji są pozytywne. Wizytujący nie natrafili na przypadki nieprawidłowego stosunku funkcjonariuszy do skazanych, a wszystkie przypadki użycia środków przymusu uznali za uzasadnione i zgodne z prawem. Sędziowie nie dopatrzyli się żadnych nieprawidłowości w funkcjonowaniu zakładu. Zdaniem wizytujących, krytykowana powszechnie opieka medyczna „nie budzi uwag krytycznych”. Mimo przeludnienia, sędziowie pozytywnie ocenili warunki bytowe. Nie formułowali także uwag wobec sposobu załatwiania skarg.

Na marginesie odnotowuję fakt, że sprawozdanie sporządzone przez sędziego penitencjarnego jest zdecydowanie bardziej powierzchowne i ubogie niż sprawozdanie sędziego z wydziału karnego.

4. Rozmowy ze skazanymi.

Więzienie w Nysie jest bodaj pierwszym w mojej karierze, w którym miałem tak poważny kłopot ze znalezieniem rozmówców. Więźniowie niechętnie nawiązywali kontakt, niechętnie odpowiadali na pytania, zbywali mnie ogólnikami.

W świetle informacji uzyskanych od skazanych wyłania się obraz więzienia, które funkcjonuje prawidłowo. Wydaje się, że sława więzienia jest już kwestią historii. Więźniowie są traktowani dobrze, warunki bytowe – w porównaniu z innymi zakładami – są znośne, wyżywienie nie budzi poważniejszych zastrzeżeń, skazani dość intensywnie mogą korzystać z boiska do piłki nożnej i boisk do siatkówki. W podkulturze uczestniczy kilkanaście procent więźniów, a przypadki znęcania się są na tle podkulturowym są bardzo rzadkie. Pewnym problemem są bójki, które zdarzają się co jakiś czas, ale zdaniem więźniów jest to nieodłączny element folkloru więziennego. To wszystko sprawia, że w więzieniu w Nysie nie

ma atmosfery silnego napięcia, a pobyt tu może być traktowany jako rodzaj nagrody. Administracja, mając świadomość tego stanu rzeczy, prowadzi politykę usuwania wszystkich, którzy naruszają to *status quo*. Wszyscy, którzy powodują konflikty, doprowadzają do interwencji sił porządkowych, nadmiernie aktywnie włączają się w drugie życie, czy skarżą się – są przenoszeni do innych jednostek.

O tym, że rzeczywiście istnieje taka praktyka wydaje się przemawiać fakt, że z listy potencjalnych rozmówców (liczącej 11 nazwisk), którą sporządziłem czytając protokoły zastosowania środków przymusu bezpośredniego czy skargi, w czasie mojej drugiej wizyty nie było nikogo.

5. Podsumowanie.

Zidentyfikowanie przypadków tortur, czy niewłaściwego traktowania więźniów w takim badaniu, jakie przeprowadziłem w ZK Nysa jest niezwykle trudne, o ile w ogóle możliwe. Personel instytucji może na wiele sposobów eliminować dowody nieprawidłowego postępowania funkcjonariuszy wobec więźniów, oczywiście pod warunkiem, że przypadki naruszenia prawa mają charakter incydentalny –kiedy takie sytuacje są wyjątkiem, a nie regułą. W tym zakresie warto odwołać się do doświadczeń Studenckiego Ruchu Penitencjarnego z lat osiemdziesiątych. Wtedy, kiedy w więzieniach polskich dochodziło do licznych przypadków brutalności SW, pobić, a nawet tortur, nawet mało doświadczeni studenci nie mieli problemu ze zgromadzeniem dowodów potwierdzających takie zdarzenia. Wtedy, kiedy naruszanie prawa było niejako wpisane w funkcjonowanie instytucji, zdiagnozowanie takiej sytuacji było stosunkowo proste. Sami więźniowie byli skłonni mówić o tym otwarcie. W tej chwili sytuacja uległa zasadniczej zmianie. Więziennictwo jest instytucją działającą w ramach rygorów demokratycznego państwa prawnego i jest poddane ścisłej kontroli społecznej, dlatego przypadki nieprawidłowości są zdecydowanie rzadsze. I o ile są znacznie bardziej „zakamuflowane”. Właśnie dlatego, że tak jest, bardzo trudno je zidentyfikować oraz potwierdzić wiarygodnymi dowodami. Zapewne nie można także wykluczać sytuacji, że są instytucje, w których takie zdarzenia nie mają miejsca. Choć to wątpliwe.

Maryla Nowicka
Tomasz Szafrąński

Monitoring zakładów psychiatrii sądowej

Wprowadzenie

Niniejszy raport dotyczy respektowania praw człowieka w specyficznych instytucjach izolacyjnych, jakimi są zakłady psychiatryczne przeznaczone do wykonywania środków zabezpieczających. Badania przeprowadzono w ramach programu *Zapobieganie torturom w instytucjach izolacyjnych w krajach Europy Środkowej i Wschodniej*.

Praktyka Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) obejmuje m.in. wizytację i kontrolowanie miejsc przetrzymywania osób pozbawionych wolności: aresztów, więzień, szpitali psychiatrycznych itp. Polska przystąpiła do Europejskiej Konwencji o Zapobieganiu Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu 10 października 1994 r. (z mocą obowiązującą od 1 lutego 1995 r.). Przestrzeganie praw człowieka wobec osób z zaburzeniami psychicznymi jest powszechnie uważane za „papierek lakmусowy” stanu przestrzegania praw człowieka w danym państwie.

Osoby chore psychicznie, które popadły w konflikt z prawem karnym wymagają szczególnych gwarancji ochrony swoich praw i wolności z uwagi na potencjalną szeroką możliwość ich naruszeń. Wynika ona z ograniczeń związanych z sytuacją pozbawienia wolności i długoterminowym przebywaniem w instytucji izolacyjnej oraz z upośledzonej przez chorobę zdolności do skutecznych działań w zakresie obrony własnych praw i wolności. Dodatkowym czynnikiem ryzyka może być obecny w wielu społeczeństwach lęk przed osobami z zaburzeniami psychicznymi, towarzyszące mu stereotypy i przyzwolenie na gorsze traktowanie takich osób przez władze publiczne.

Funkcjonujący obecnie w Polsce system opieki psychiatrycznej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, które popełniły czyn zabroniony i wobec których orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym (dalej: detencja, internacja), zaczął funkcjonować sześć lat temu. Nowością było powołanie zakładów o różnym stopniu zabezpieczenia. Poprzednio osoby chore psychicznie, które popełniły czyny zabronione przez prawo karne, były umieszczane w szpitalach na „ogólnych” oddziałach psychiatrycznych. Dlatego też w naszych badaniach skoncentrowaliśmy się na nowopowstałych oddziałach psychiatrii sądowej.

Niestety środki finansowe i ograniczenia czasowe nie pozwoliły nam na przeprowadzenie badań na próbie reprezentatywnej. Z tego względu prezentowane w niniejszym raporcie dane nie pozwalają na uogólnienia i pełną diagnozę nowego systemu, ale – naszym zdaniem – stanowią wystarczającą podstawę do wskazania strukturalnych słabości istniejących rozwiązań i zagrożenia dla realizacji wybranych praw i wolności osób poddanych detencji.

Dane prezentowane w tym raporcie dotyczą:

1. Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu [dalej ROPS Gostynin].
2. Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim [dalej ROPS Starogard].
3. Oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu dla mężczyzn w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim.
4. Oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu dla kobiet w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim.
5. Oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu dla mężczyzn w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim.

W szpitalu w Gorzowie Wielkopolskim oraz w szpitalu w Starogardzie Gdańskim (Kocborowo), odwiedzaliśmy również oddziały, na których przebywali pacjenci poddani detencji z orzeczonym podstawowym stopniem zabezpieczenia. Oddziały te nie były przedmiotem szczegółowego monitoringu, a warunki wykonywania w nich detencji służyły nam jedynie jako materiał do porównań z oddziałami o wzmocnionym i maksymalnym stopniu zabezpieczenia. Dlatego dane dotyczące tych oddziałów nie znalazły się w obecnym raporcie.

Badania były realizowane w listopadzie i grudniu 2005 r. przez zespół pracowników i współpracowników Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka w składzie:

Agnieszka Kłosowska – psycholog

Maryla Nowicka – psycholog

Tomasz Szafrąński – lekarz psychiatra

Krzysztof Wilamowski – prawnik.

W toku badań zebrano dokumenty wewnętrzne badanych zakładów (statuty, regulaminy, protokoły z wizytacji sędziów penitencjarnych). Przeprowadzono 138 rozmów i wywiadów z pracownikami i pacjentami (w tym: z 4 dyrektorami, 12 lekarzami, 20 pielęgniarkami/pielęgniarkami, 6 sanitariuszami, 4 psychologami, 6 pracownikami socjalnymi, 2 terapeutami zajęciowymi, 13 pracownikami ochrony i 71 pacjentami).

Dziękujemy wszystkim pacjentom i pracownikom wizytowanych przez nas placówek, którzy poświęcili nam swój czas i uwagę, udzielając prezentowanych w raporcie informacji.

Zarys regulacji prawnych.

Polskie prawo karne wyłącza odpowiedzialność karną, jeżeli sprawca z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem (Kodeks karny – dalej: KK – art. 31 § 1). Jeżeli sprawca w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 KK popełnił czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości i zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że popełni taki czyn ponownie, sąd orzeka umieszczenie go w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym (art. 94 § 1 KK). Artykuł 93 KK mówi, że przed orzeczeniem środka zabezpieczającego „sąd wysłuchuje lekarzy psychiatrów oraz psychologa”.

Zgodnie z art. 94 § 2 KK czasu pobytu w zakładzie nie określa się z góry; sąd orzeka zwolnienie sprawcy, jeżeli jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne. Zarówno orzeczenie o niepoczytalności, jak i ocena ryzyka ponownego popełnienia czynu zabronionego wymagają opinii biegłych psychiatrów (Kodeks postępowania karnego – dalej: KPK. – art. 202 i 203).

Do wykonywania środków zabezpieczających zobowiązane są zamknięte zakłady psychiatryczne dysponujące warunkami:

- 1) podstawowego zabezpieczenia,
- 2) wzmocnionego zabezpieczenia,
- 3) maksymalnego zabezpieczenia (Kodeks karny wykonawczy – dalej: KKW; art. 200).

W celu zapewnienia właściwego miejsca wykonywania środków zabezpieczających minister właściwy do spraw zdrowia powołuje komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających (KKW – art. 201 § 1).

Wykonując orzeczenie o zastosowaniu środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie leczenia odwykowego, sąd, po zasięgnięciu opinii komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, określa rodzaj zakładu i przesyła odpis orzeczenia wraz z poleceniem doprowadzenia sprawcy właściwej stacji pogotowia ratunkowego, właściwej jednostce Policji lub właściwemu organowi wojskowemu, a odpis orzeczenia i polecenie przyjęcia – kierownikowi właściwego zakładu (art. 201 § 2 KKW).

Kierownik zakładu zamkniętego, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie rzadziej niż co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię o stanie zdrowia

sprawcy umieszczonego w tym zakładzie i o postępach w leczeniu lub terapii; opinię taką obowiązany jest przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia sprawcy uzna, że jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne (art. 203 § 1 KKW).

Sąd, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, a w wypadku otrzymania opinii, że dalsze pozostawanie sprawcy w zamkniętym zakładzie, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie jest konieczne, bezzwłocznie orzeka w przedmiocie dalszego stosowania tego środka. W razie potrzeby sąd zasięga opinii innych biegłych (art. 204 KKW).

Na podstawie art. 201 § 4 KKW Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (dalej: rozporządzenie z dnia 10 sierpnia 2004 r.).

Rozporządzenie to zawiera:

- 1) wykaz i pojemność zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających związanych z umieszczeniem sprawcy w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, w odniesieniu do zakładów dysponujących warunkami:
 - a. podstawowego zabezpieczenia – stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,
 - b. wzmocnionego zabezpieczenia – stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia,
 - c. maksymalnego zabezpieczenia – stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 2) wykaz i pojemność zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających związanych z umieszczeniem w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego - stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 3) wykaz i pojemność zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego dla kobiet, przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, związanych z umieszczeniem sprawcy w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub zakładzie leczenia odwykowego – stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia;
- 4) skład, tryb powoływania i zadania komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających;
- 5) regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających – stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia.

Zgodnie z omawianym rozporządzeniem wykonywanie środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych odbywa się :

- w warunkach podstawowego zabezpieczenia w 32 szpitalach, które łącznie dysponują 659 łózkami na ten cel,
- w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia w 12 szpitalach na 510 łózkach,
- w warunkach maksymalnego zabezpieczenia w 3 Regionalnych Ośrodkach Psychiatrii Sądowej na 209 łózkach.

ROPS-y przeznaczone są dla mężczyzn. Wobec kobiet stosuje się wykonywanie środka zabezpieczającego w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia. Kobiety, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, z terenu całego kraju kierowane są do oddziału w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim. Pojemność tego oddziału została określona na 35 łózek.

W czasie wykonywania środka zabezpieczającego możliwe jest przenoszenie pacjentów pomiędzy placówkami. Decyzję każdorazowo podejmuje sąd, na wniosek kierownika zakładu, w którym przebywa sprawca, samego zainteresowanego lub jego przedstawiciela ustawowego. Przed podjęciem postanowienia o przeniesieniu sąd może zasięgnąć opinii komisji psychiatrycznej ds. środków zabezpieczających.

Skład i tryb powoływania komisji psychiatrycznej ds. środków zabezpieczających określa § 6, a zadania § 7 omawianego rozporządzenia.

Zgodnie z tymi przepisami minister właściwy do spraw zdrowia powołuje 9-osobową komisję na okres 5 lat, do której zadań należy:

- 1) analiza dostępnej dokumentacji;
- 2) wydawanie opinii dla właściwych sądów lub innych uprawnionych instytucji w sprawie przyjmowania, wypisywania lub przenoszenia sprawców, wobec których orzeczono wykonywanie środka zabezpieczającego w zakładach psychiatrycznych i zakładach leczenia odwykowego;
- 3) wizytacja i ocena zakładów dysponujących warunkami podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, w których realizowany jest środek zabezpieczający.

Dalsze leczenie po sądowym uchyleniu detencji nie jest już regulowane przepisami kodeksów, lecz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (dalej: ustawa psychiatryczna). Nie można wykluczyć sytuacji przerwania przez pacjenta dalszego leczenia i ponowienia zachowań przestępczych.

Niektórzy komentatorzy⁴⁸ zwracają uwagę na brak w systemie opieki nad tymi osobami instytucjonalnego nadzoru i na istniejące w systemach prawnych wielu państw programy probacji. Probacja jest tutaj rozumiana nie tylko jako instytucjonalny nadzór nad osobami mogącymi stwarzać społeczne zagrożenie po zakończeniu detencji, ale także zapewnienie tym osobom odpowiedniego leczenia i wsparcia społecznego.

Niejako „zamiast” takiego rozwiązania Kodeks karny w art. 94 § 3 przewiduje możliwość „(...) zarządzenia przez sąd ponownego umieszczenia niepoczytalnego sprawcy przestępstwa w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez niego czynu zabronionego, związanego z jego chorobą psychiczną, w okresie do 5 lat od zwolnienia z zakładu”.

Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej (ROPS) są finansowane z budżetu państwa, w części pozostającej w dyspozycji Ministra Zdrowia. Prowadzą gospodarkę finansową zgodnie z przepisami regulującymi rachunkowość państwowych jednostek organizacyjnych. Pozostałe zakłady psychiatryczne realizujące środki zabezpieczające finansowane są na zasadach ogólnych, czyli poprzez kontraktowanie usług przez NFZ, z tą różnicą, że kontrakty nie limitują czasu leczenia osoby internowanej w szpitalu.

Warunki finansowe ROPS, a co za tym idzie warunki leczenia i pobytu w nich, są zdecydowanie lepsze niż w pozostałych zakładach psychiatrycznych realizujących środki zabezpieczające.

⁴⁸ Por. J. Heitzman: *Opieka nad osobami niepoczytalnymi*, Puls 2005, 7/8, s. 30 - 31)

Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu

Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej odwiedziliśmy w dniach 21 i 22 listopada 2005 roku. Dane zawarte w tym raporcie pochodzą z rozmów z: Dyrektorem Ośrodka, dr. n. med. Ryszardem Wardeńskim, który pełni tę funkcję od momentu powstania Ośrodka, tj. od 31 grudnia 1998 r., z przełożoną pielęgniarek, Barbarą Wardeńską, z pracownikami i pacjentami, a także z dokumentów placówki i obserwacji własnych. Informacje pochodzące od pracowników i pacjentów zostały zakodowane (litera + cyfra).

I. Ogólne informacje o placówce.

Ośrodek został utworzony zarządzeniem ministra zdrowia z dn. 31 grudnia 1998 r. Jest państwową jednostką budżetową. Celem działania Ośrodka jest wykonywanie środka zabezpieczającego orzeczonego przez sąd na podstawie art. 94 KK. w związku art. 31 KK., w warunkach maksymalnego zabezpieczenia. ROPS Gostynin swoim działaniem obejmuje aktualnie województwa: lubelskie, łódzkie, mazowieckie, podlaskie i świętokrzyskie. Budżet roczny Ośrodka wynosi 7mln zł, z czego 82% przeznaczony jest na pensje pracowników.

1. Warunki pobytu i leczenia.

ROPS zlokalizowany jest obok dużego szpitala psychiatrycznego. Jest to nowy, wybudowany w latach 90., jednopiętrowy budynek, ogrodzony siatką o wysokości 3 m, a następnie murem o wysokości 5,5 m. Na teren Ośrodka prowadzi jedno wejście, przez portiernię, są też 3 bramy wjazdowe sterowane elektronicznie.

Ośrodek przewidziano dla 64 pacjentów. W dniu badania przebywało w nim 51 chorych. Obiekt podzielony jest na 4 zespoły leczniczo – rehabilitacyjne (oddziały) i zwykle pacjenci przechodzą kolejno przez wszystkie. Są to jakby kolejne kroki w kierunku wolności.

Pacjenci mieszkają w pokojach 4-osobowych, estetycznie urządzonych, widnych, przestronnych. W oknach wiszą firanki, na ścianach obrazy (zdjęcie na następnej stronie). Nie ma krat w oknach, zamontowane są wzmocnione szyby. W każdym zespole znajduje się szeroki hol, pełniący funkcję świetlicy. Stoi w nim telewizor. W każdym zespole znajdują się również: stołówka, pokój lekarski, gabinet zabiegowy, dyżurka pielęgniarek, toaleta, łazienka z prysznicami i umywalkami oraz łazienka z wanną. W łazienkach zainstalowane są pralki automatyczne, przeznaczone do użytkowania przez pacjentów. Posiłki dostarcza zewnętrzna firma cateringowa. Pacjenci mogą się swobodnie poruszać na terenie oddziału. Sale chorych są otwarte. W ciągu dnia pacjenci wychodzą na półtrogodzinny spacer na terenie Ośrodka.



2. Warunki pobytu i leczenia w ocenie pacjentów.

2.1. Warunki bytowe.

Warunki bytowe, jakie zapewnia ROPS, pacjenci oceniają jako dobre. Żaden z nich nie zgłaszał żadnych zastrzeżeń. Pacjenci chwalą warunki, twierdząc, że jest bardzo czysto, jest miejsce na własne rzeczy, każdy ma do dyspozycji szafkę i szafę na swoje rzeczy, zamykane na klucz.

2.2. Higiena.

W opinii pacjentów sanitariaty są czyste, zadbane i niebudzące żadnych zastrzeżeń. Jak to określił jeden z pacjentów (A3): *Tu jest tak, że chce się myć, nie tak jak w szpitalach w jakich byłem, (...) tu się cały dzień sprząta, oni mają na tym punkcie fijoła*". Inny pacjent (A2) powiedział: *W łazienkach i toaletach jest super-czysto i ładnie. Tu jest inny problem, to pacjenci nie chcą się myć, trzeba ich zmuszać i pilnować*".

2.3. Wyżywienie.

Również jadalnie w opinii pacjentów są ładne i czyste. Żaden z pacjentów na nic się nie skarżył. Wyżywienie jest, jak to określają pacjenci, „znośne”. Niektórzy z rozmówców mówili, że jedzenia im nie wystarcza, więc dokupują sobie żywność w sklepiku. Pacjent A2 powiedział m. in.: *Ciągle dają to samo i mało. Dobrze, że można dokupić (...). Ja nie lubię tego ich jedzenia (...). Tu się dużo je, no bo niby co tu robić.*

2.4. Używki.

Personel uważnie pilnuje, aby nie było możliwości dostarczenia pacjentom alkoholu i narkotyków. Paczki przekazywane przez rodzinę są sprawdzane przez ochronę w obecności pacjenta i pielęgniarza. Parę razy zdarzyły się próby przemykania alkoholu (w napojach w kartoniku lub butelce), a także narkotyku (w cukrze). Był to jeden z powodów uruchomienia sklepiku. Teraz cukier i napoje są kupowane przez pacjentów na miejscu w ROPS.

W ROPS Gostynin obowiązuje całkowity zakaz palenia. Na terenie szpitala nie palą ani pacjenci, ani personel. Przez pierwszy miesiąc pacjenci otrzymują gumę Nicorette. W razie potrzeby przedłuża się nieco ten okres. Sporo pacjentów kupuje sobie gumę w sklepiku. Pacjenci skarżą się na zakaz palenia i większość z nich uważa możliwość palenia za główną różnicę pomiędzy ROPS a oddziałami o słabszym reżimie. Jeden z pacjentów (A5) powiedział nam w wywiadzie: *To, że nie można palić, to bezsensowne. Jak oni nas traktują. Ja paliłem całe życie i będę palić jak tylko wyjdę stąd (...) w więzieniu jest dużo lepiej, tam jarasz, kiedy chcesz (...) a co tu robić, patrzeć w telewizor, a tam w filmach ciągle ktoś pali – taki normalny świat*". Wielu pacjentów przed przybyciem do ROPS nie wie o obowiązującym tu całkowitym zakazie palenia. Pacjent (T3): *Byłem kompletnie zaskoczony tym, że nie można palić (...) gumy [Nicorette] dużo pomagały*".

3. Regulaminy.

W Ośrodku obowiązuje szereg uregulowań wewnętrznych:

- Regulamin Porządkowy – określa zasady pobytu: porządek dnia, odwiedziny, spacer, uprawnienia pacjentów i personelu. Regulamin ten wraz z Kartą Praw Pacjenta otrzymuje każdy przyjmowany pacjent, kwitując odbiór tych dokumentów;
- Regulamin Odwiedzin;
- Wewnętrzna Instrukcja Postępowania na Wypadek Buntu Pacjentów (określa postępowanie Biura Ochrony);
- Instrukcja Bezpieczeństwa Pożarowego;
- Zasady organizacji i funkcjonowania Biura Ochrony Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie – Zalesiu (określa szczegółowo zadania i uprawnienia pracowników ochrony).

4. Warunki zabezpieczenia.

ROPS w Gostyninie spełnia wymogi zawarte w rozporządzeniu z dnia 10 sierpnia 2004 r. (patrz tabela).

Warunki zabezpieczenia w ROPS Gostynin	
Podstawowe	
Zapewnienie stałego nadzoru nad sprawcami przebywającymi w zakładzie	Tak
Drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające sprawcom samowolne opuszczenie zakładu	Tak
Wzmocnione	
System telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek oraz korytarzy	Tak
Elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien	Tak
Możliwość wydzielenia od 10 do 20-lóżkowych pododdziałów	Tak (4 pododdziały 16-lóżkowe)
Bezpośredni dostęp do ogrodzonego terenu rekreacyjnego	Tak
Personel w liczbie co najmniej dwukrotnie większej niż pojemność zakładu	Tak
Maksymalne	
Personel wyposażony w system osobistych elektronicznych urządzeń alarmowych sygnalizujących zagrożenie	Tak
Otoczone oświetlonym, nadzorowanym za pośrednictwem telewizji wewnętrznej, gładkim murem o wys. co najmniej 5,5 m lub innymi zabezpieczeniami o porównywalnej skuteczności, uniemożliwiającymi samowolne oddalenie się sprawcy	Tak (5,5 m gładki mur)
Personel w liczbie co najmniej dwu i półkrotnie większej niż pojemność zakładu, w tym personel sprawujący ochronę nad sprawcami czynów zabronionych w liczbie nie mniejszej niż jedna trzecia pojemności zakładu	Tak 157 osób personelu (tj. > niż $64 \times 2,5 = 156$) w tym 30 pracowników ochrony (tj. > niż $64/3 = 21,33$)

Ważnym zadaniem Biura Ochrony (dalej: BO) jest bieżący monitoring w systemie telewizji wewnętrznej. Jak powiedział nam Kierownik BO, system kamer wewnętrznych (42 kamery) obsługuje pracownik pełniący służbę w dyżurce (monitorowni), a kamery monitorujące teren na zewnątrz ROPS obsługują strażnicy w pomieszczeniu przy bramie. Obraz z kamer jest nagrywany w systemie 24-godzinnym. Kasety przechowuje się przez 30 dni. Monitorowane są pomieszczenia wspólne (bez WC) i izolatki, w sypialniach pacjentów nie ma kamer.

Do podstawowych obowiązków BO należy:

- ochrona ośrodka przed wstępem osób nieuprawnionych;
- ochrona przed samouwolnieniem się pacjentów;
- monitorowanie zachowań pacjentów i personelu wewnątrz ośrodka;
- nadzorowanie i pomaganie w ruchu pacjentów wewnątrz ośrodka, a w tym:
 - doprowadzenie pacjentów z oddziałów do pracowni terapii zajęciowej i z powrotem,
 - doprowadzenie pacjentów na spacer,
 - dyskretne pilnowanie zachowań pacjentów podczas spacerów,
- czuwanie nad bezpieczeństwem osób odwiedzających w trakcie wizyt;
- kontrolowanie paczek dostarczanych pacjentom (paczka jest najpierw przepuszczana przez wykrywacz metali, a szczegółowa kontrola paczek odbywa się w oddziale, z udziałem pacjenta);
- transport pacjentów z ROPS do innych ośrodków w kraju, jak też dowożenie ich na wizyty lekarskie i badania specjalistyczne.

Na podstawie decyzji Dyrektora, transport pacjentów do innych ośrodków jest przeprowadzany w ramach ROPS. Takie rozwiązanie wynika ze zbyt długiego czasu oczekiwania na konwój policyjny. Czasami zachodzi potrzeba, aby strażnicy pozostali przy pacjencie w szpitalu ogólnym.

Jak powiedział Dyrektor, ochrona to tak naprawdę strażnicy – nie wchodzi na sale pacjentów, są na portierni, izbie przyjęć, klatkach schodowych, przy monitorach i na oddziale terapii zajęciowej. Sposób funkcjonowania ochrony nie jest uregulowany dokładnie przepisami. Tak naprawdę są to strażnicy-stróże. Ponieważ są pracownikami służby zdrowia, nie mają żadnej broni. Chodzą w mundurach, bo to budzi respekt pacjentów i daje szansę, że strach przed ochroną ograniczy agresywne zachowania.

Przy przyjęciu do pracy pracownicy ochrony podpisują zobowiązanie dotyczące ochrony danych osobowych pacjentów, tak jak wszyscy pracownicy.

Cały personel ROPS posiada alarmy osobiste i zgodnie z regulaminem każdy musi mieć przy sobie naładowany, sprawny telefon komórkowy (M6). Alarmy osobiste nie są używane, bo nie ma takiej potrzeby, nikt z personelu nie przypominał sobie, by go używał.

II. Personel.

Ośrodek zatrudnia 157 pracowników. Jest wśród nich: 4 lekarzy, 36 pielęgniarek, 3 psychologów, 6 terapeutów zajęciowych i 4 pracowników socjalnych.

W nocy w ośrodku dyżuruje 1 lekarz oraz na każdym oddziale 1 pielęgniarka i 2 sanitariuszy.

Trudność sprawia skompletowanie stabilnej kadry psychologicznej. Aktualnie brakuje 1 psychologa, w tej grupie zawodowej występuje też największa rotacja.

Wśród personelu prowadzone są systematyczne szkolenia podnoszące kwalifikacje. Personel jest przeszkolony w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego. Jeżeli przerwa w pracy wynosi 4 lub więcej miesięcy, pracownik musi odbyć dodatkowe przeszkolenie.

Jak powiedział nam jeden z pracowników socjalnych (K3), w ROPS zatrudnionych jest 4 pracowników socjalnych, po jednym na każdym z oddziałów. Każdy ma swój pokój na oddziale, co znacznie ułatwia dostęp do nich pacjentów. Do podstawowych obowiązków pracownika socjalnego należą:

- opłata czynszu mieszkań pacjentów, jak też inne sprawy mieszkaniowe;
- załatwianie świadczeń ZUS i opieki społecznej;
- kwestie administracyjno-prawne (wyrabianie dokumentów, takich jak dowód osobisty, legitymacja ubezpieczeniowa itp.);
- obsługa indywidualnych kont depozytowych pacjentów;
- realizacja zakupów pacjentów, takich jak odzież czy sprzęt RTV; jeżeli pacjent jest niezadowolony z zakupów (np. koloru odzieży), pracownik zwraca daną rzecz i – stosownie do życzeń pacjenta – wymienia na inną;
- pomoc pacjentom w zakupach w sklepiku na terenie ROPS;
- niekiedy nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu z rodziną pacjenta;
- przy wypisie do innej jednostki (najczęstsze są wypisy z oddziału D) skompletowanie dokumentacji pacjenta (głównie dotyczącej świadczeń, adresu rodziny i bliskich itp.) tak, aby pracownik w kolejnej placówce miał już stosowne dokumenty i nie musiał zaczynać wszystkiego od nowa.

Generalnie pacjenci nie zgłaszali uwag krytycznych pod adresem personelu. Jeden z nich (M4) uważa, że „*jest ich aż za dużo*”. Inny pacjent (M3): „*Zawsze można z kimś porozmawiać, nie bywają agresywni, jesteście tu szanowani, nie tak jak gdzie indziej*”.

Pacjent A2 stwierdził: *Tu jest nieoficjalny układ – „na ty”. Upiorny jest ten ich reżim i porządek. Jak się tylko wstaje z łóżka, to trzeba składać koc w kostkę. Cały czas trzeba tylko robić porządek za sobą.* Pacjent A7: *Za wszystko co się robi źle, to zabierają punkty. Tu to jest podobnie jak w przedszkolu. Rysujemy, malujemy, wszystko kolorowe i jeszcze dostajemy punkty.* Pacjent A4: *Personel*

jest w porządku, (...) najlepsze są pielęgniarki. One mają dla nas czas. (...) Pielęgniarze są bardzo różni. Ciągłe nas obserwują, cały czas. Jeszcze się nie zdąży nic złego zrobić, a już cię uspakajają. Pacjent T3: Sanitariusze są dobrzy (...) może czasem naśmiewają się tutaj z takiego jednego. Pacjent A3: Nic złego nie mogę o nich powiedzieć. Są w porządku. Tu są lepsi niż w innych szpitalach.

III. Pacjenci.

W dniu badania w Ośrodku przebywało 51 pacjentów (maksymalna pojemność Ośrodka to 64 łóżka). Czas hospitalizacji wynosił: do pół roku – 2 osoby, 7 do 12 mies. – 23 osoby, 13 do 24 mies. – 15 osób, 25 do 36 mies. - 10 osób, powyżej 3 lat – 1 osoba.

W 2005 roku do Ośrodka przyjęto 27 osób. Najwięcej osób przebywało poprzednio w oddziałach psychiatrycznych przy Aresztach Śledczych – 11, zaś 6 osób przybyło z zakładów o wzmocnionym zabezpieczeniu. W tym samym czasie wypisano 25 osób, w tym 20 do zakładów o wzmocnionym zabezpieczeniu.

Ośrodek z zasady nie przyjmuje pacjentów bez prawomocnego postanowienia sądu o detencji. W historii ROPS zdarzyły się jednak 3 przypadki, w których sądy nakazały takie przyjęcie (postanowieniem z dn. 08.10.2001 r. Sąd Rejonowy w Sierpcu nałożył karę pieniężną w wysokości 600 zł na Dyrektora Ośrodka za odmowę przyjęcia osoby tymczasowo aresztowanej). ROPS nie przyjmuje też więcej osób niż norma – 64 łóżka.

Od początku istnienia ROPS „przeszły” przez niego 72 osoby. Pacjenci są najczęściej wypisywani do oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu, zgodnie z rejonizacją. W ubiegłym roku limity kontraktów z NFZ sprawiły, że niektóre oddziały o niższych poziomach zabezpieczenia przestały przyjmować pacjentów.

Pacjenci wypisani z ROPS-u czasem trafiają do niego powtórnie, tak zdarzyło się 4 – 5 osobom w ciągu 6 lat istnienia Ośrodka.

IV. Opieka medyczna.

Każdy oddział ma swojego lekarza, czyli opiekuje się on maksymalnie 16 pacjentami. W każdym jest też pielęgniarka koordynująca pracę 9-ciu pielęgniarek i 16 sanitariuszy. Nie ma żadnych trudności z zaopatrzeniem w leki podstawowe i wspomagające, wystarcza drobnego sprzętu medycznego (strzykawki jednorazowe, rękawiczki). Dobre warunki pracy potwierdzali lekarze i pielęgniarki (M1, M6, T5, T6).

Wzorcowy jest sposób prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów w ROPS. Ośrodek jest skomputeryzowany, częste i obszernie zapisy lekarskie w historii choroby, obserwacje pielęgniarskie, wpisy psychologa oraz opis aktywności pacjenta na terapii zajęciowej są w każdej chwili dostępne dla kadry medycznej. System ten bardzo ułatwia pracę personelu i podnosi jej jakość

Ośrodek ma szeroką ofertę terapeutyczną poza farmakoterapią: prowadzona jest psychoterapia indywidualna i grupowa, psychoedukacja, terapia zajęciowa, treningi rehabilitacyjne: trening umiejętności dnia codziennego, trening budżetowy, trening lekowy, ponadto zajęcia sportowe i rekreacyjne. Każdy pacjent ma indywidualny tygodniowy harmonogram zajęć (patrz: Załączniki 1A i 1B). Co tydzień odbywają się na oddziałach spotkania społeczności terapeutycznej. Biorą w nich udział wszyscy pracownicy, poza ochroną. Na spotkaniach tych omawia się ewentualne sytuacje konfliktowe oraz analizuje postępy poszczególnych pacjentów w treningu umiejętności dnia codziennego. Punktację za motywację i poziom funkcjonowania pacjenta prowadzą pielęgniarki (patrz: Załącznik 2).

W różnego typu zajęciach mogą, według opinii pacjentów, uczestniczyć wszyscy chętni. Pacjent A4: *Oni ciągle zmuszają, żeby coś zrobić. Ja to nie chcę, wolę leżeć.* Pacjent T3: *Aktywność, za każdą aktywność są punkty, jak się nie jest aktywnym, to się będzie dłużej (...) jak się przejdzie przez ROPS, to się można czegoś nauczyć.*

Jak powiedział jeden z psychologów (M3): *Mamy sukcesy, czasami bardzo szkoda, bo w podstawowym zabezpieczeniu marnują to, co osiągnęliśmy. Tam nie ma żadnej terapii. Pacjenci dużo piszą do nas – odpisujemy zawsze.*

W leczeniu farmakologicznym stosowane są różne leki przeciwpsychotyczne, zarówno klasyczne, jak i II generacji. Dąży się do stosowania monoterapii, unika się stosowania bardzo wysokich dawek neuroleptyków.

Najistotniejsze problemy związane z opieką medyczną wiążą się z sytuacją, gdy pacjent z powodu choroby somatycznej musi być przewieziony do szpitala ogólnego. Zarówno transport, jak i pobyt pacjenta w szpitalu ogólnym stwarzają niebezpieczeństwo ewentualnej ucieczki. Pacjent przebywający w szpitalu ogólnym jest pilnowany przez pracowników ochrony Ośrodka. Brakuje regulacji prawnej dotyczącej postępowania z internowanymi chorymi somatycznie.

Pacjent A2 twierdzi, że jest chory na cukrzycę, ma dostęp do lekarzy i leczenia, jakie jest mu potrzebne. Do tej pory nie miał problemów z dostępem do lekarzy albo lekarstw: *Jak się potrzebuje iść do lekarza, to można. Jak się zgłosi, to tego pilnują. Czekają na wizytę u specjalisty około tygodnia.*

Pacjenci mówili też, że lekarstwa są podawane bez problemów. Za żadne leki nie trzeba płacić. Pielęgniarki odpowiadają na pytania, jakie to leki. Jeśli trzeba zrobić zastrzyk, robią to w pokoju zabiegowym. Przy wszystkich zabiegach i przy podawaniu leków obok pielęgniarki obecny jest zawsze salowy.

4.1. Procedury o podwyższonym ryzyku.

W ROPS nie stosowano leczenia śpiączkami insulinowymi ani atropinowymi. Nie stosowano też leczenia elektrowstrząsami.

4.2. Eksperymenty medyczne.

W ROPS nie prowadzono badań ani eksperymentów medycznych, w szczególności badań oceniających skuteczność leków.

4.3. Przymus bezpośredni.

W ocenie personelu przymus bezpośredni stosowany jest rzadko. Konieczność stosowania przymusu bezpośredniego występuje najczęściej w przypadku pacjentów oddziału A, na który trafiają chorzy nowoprzyjęci do ROPS, w gorszym stanie psychicznym. Monitorowane sale do stosowania przymusu znajdują się na oddziałach A i C. Są to izolatki, ze specjalnym łóżkiem wyposażonym w pasy. Większość spośród 66 przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego w 2005 r. (42 przypadki) dotyczyła 2 pacjentów.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego w ROPS w Gostyninie (I -XI 2005 r.)	
Przytrzymanie	2
Przymusowe podanie leków	1
Unieruchomienie	58
Izolacja	5

Przymus bezpośredni w opinii pacjentów stosowny jest rzadko i w ich ocenie stosowanie go jest uzasadnione. W izolatce przebywają zazwyczaj ci sami pacjenci. Jak to określa pacjent A6: *Tacy, co często mają napady i wszystko niszczą, (...) roznieśliby cały oddział, albo kogoś zabili.* Pobyt w izolatce, według pacjentów, trwa od paru godzin do 2 - 3 dni. Nikt nie wspominał, aby ktoś przebywał w izolatce bardzo długo lub wręcz na stałe. Żaden z pacjentów nie przypominał sobie, aby kogoś trzymano w izolatce za karę lub „tak na wszelki wypadek”.

Przymus bezpośredni w formie unieruchomienia bywa stosowany zawsze na zlecenie lekarza, przede wszystkim w stosunku do 2 pacjentów na 9-ciu przebywających na oddziale A (M1). Na oddziale B nie było konieczności stosowania przymusu bezpośredniego „od wielu miesięcy” (T5), na oddziale C ostatni raz przymus zastosowano we wrześniu 2005 r. (M6). Jeśli już stosowany jest przymus, to w izolatce. Jak powiedział jeden z pacjentów (M3): *To jest prywatna sprawa, tylko sanitariusz pilnuje.* Inny pacjent (M4): *Zleca lekarz, siedzi sanitariusz, pielęgniarka stale wchodzi, to widać.* Pielęgniarka ma podgląd izolatki na monitorze w dyżurce pielęgniarek.

W badaniach objętych niniejszym raportem skontrolowano dokumentację dotyczącą stosowania przymusu bezpośredniego. Dokumentacja ta jest prowadzona wzorcowo. Poza kartą unieruchomienia zawiera dokładny opis okoliczności zasto-

sowania przymusu. Ponadto w historii choroby pacjenta znajdują się skale do oceny agresji. Skale te są wypełniane przez personel pielęgniarski, każdorazowo w przypadku jakichkolwiek zachowań agresywnych. Na tej podstawie można ocenić, że stosowanie przymusu bezpośredniego nie jest nadużywane – że jest on stosowany jedynie w uzasadnionych przypadkach.

V. Sytuacje trudne.

Zdaniem Kierownika BO jak do tej pory system monitoringowy nie przydał się jako narzędzie wykrywania przypadków agresji, gdyż liczba personelu pracującego w oddziałach pozwala na szybsze i bardziej adekwatne reagowanie w takich sytuacjach.

Pacjenci nie mogą zrobić sobie prawdziwej krzywdy, bo, zdaniem lekarza (M1), nie mają narzędzi: *Najbardziej „niebezpieczne” narzędzia, jakie mają, to długopis i kluczyk.* W historii Ośrodka zdarzyły się 3 próby samobójcze, ale żadnej dokonanej, były też nieudane próby ucieczki. Próby organizowania „drugiego życia” są zwalczane przez „rozparcelowanie” do innych zespołów.

Według pacjentów agresji na oddziałach jest mało. Podają różne uzasadnienia tego stanu rzeczy. Jedni twierdzą, że jest to spowodowane małą liczbą pacjentów, i tak np. pacjent A6 mówi: *Salę są niewielkie, więc jak nie chcesz, to nie musisz przebywać razem z tymi, co cię wkurzają (...) a los to my mamy podobny (...) czasami ktoś na kogoś wrzeszczy, ale zaraz zabierają punkty i omawia się to na społeczności.* Inny natomiast (A2) mówi: *Tu nie może być agresji, bo zanim krzykniesz albo podniesiesz rękę, to już są przy tobie, a ci salowi to tacy, co potrafią uspokoić.* Żaden z pacjentów, z którymi rozmawialiśmy, nie potrafił przypomnieć sobie i opisać trudnej sytuacji związanej z agresją pacjentów lub personelu. Jedynym podawanym przykładem były ataki agresji upośledzonego pacjenta z oddziału A (tego, który jest najczęstszym pacjentem w izolatce). Nie ma też według rozmówców tzw. drugiego życia.

VI. Prawa pacjentów internowanych.

6.1. Prawo do informacji.

Według harmonogramu zajęć każdy pacjent ma co tydzień godzinne spotkanie z lekarzem, podczas którego może uzyskać wszystkie interesujące go informacje. Pacjenci rzadko proszą o wgląd w historię choroby, czasem ktoś zwraca się o pokazanie mu opinii przygotowanej dla sądu.

Pacjenci, z którymi rozmawialiśmy, wiedzieli dlaczego przebywają w Ośrodku. Potrafili również określić, na co chorują.

Potrafili wymienić leki, które otrzymują lub mówili, że nie pamiętają nazwy, ale to nie jest tajemnica i jeśli o to zapytają, zawsze otrzymają odpowiedź

6.2. Prawo do kontaktu z osobami z zewnątrz.

Kontakt telefoniczny	Tak (odbieranie rozmów)
Korespondencja	Tak (bez ograniczeń)
Odwiedziny	Tak
Przepustki	Nie

6.3. Prawo do prywatności.

Z wypowiedzi pacjentów wynika, że nie ma w tym obszarze większych problemów. Na spotkaniach społeczności omawia się sprawy oddziału, ale nikt nikogo nie zmusza do opowiadania o sobie wbrew woli. Indywidualne spotkania z lekarzem i sesje terapii indywidualnej zapewniają poszanowanie prywatności. Personel jest dyskretny, „wszyscy już wiedzą, a oni jeszcze trzymają w tajemnicy” (M3).

Pewne ograniczenie prawa do prywatności stanowi możliwość prowadzenia rozmów telefonicznych tylko w obecności personelu (telefon w dyżurce). W przypadku telefonów z zewnątrz pacjenci są proszeni do dyżurki. Nie mogą posługiwać się telefonami komórkowymi. Ze względów technicznych poczta nie może zainstalować automatów telefonicznych na kartę. W praktyce zatem pacjenci nie mogą sami telefonować.

Według regulaminu personel obowiązuje bezwzględny zakaz czytania wychodzącej i przychodzącej korespondencji pacjentów. W obecności pacjenta sprawdza się, czy przychodząca do niego korespondencja nie zawiera niebezpiecznych przedmiotów. Potwierdzają to pacjenci: *Listy otwiera się przy pielęgniarce, że nic nie ma* (M4), *Nie ma problemów z wysyłaniem listów, tylko nie wysyłają poleconych* (T4).

Również stała obecność pracownika ochrony przy wizytach rodziny określana jest przez pacjentów jako brak prywatności. Odwiedziny odbywają się w sali widzeń, zlokalizowanej na portierni, w obecności strażników z Biura Ochrony ROPS. Przesyłki z zewnątrz oraz przedmioty wnoszone przez odwiedzających są kontrolowane pod kątem zawartości niebezpiecznych przedmiotów. W przypadku otrzymania żywności jest ona wstępnie sprawdzana przez strażników, a następnie pacjent dostarcza ją do Zespołu, gdzie jest ponownie sprawdzana w jego obecności. Po zakończeniu odwiedzin pacjent jest poddawany kontroli. *Widzenia są na portierni, trwają do 2 godzin, w obecności strażnika, mogą być nawet codziennie* (M3).

Pacjenci nie korzystają z przepustek, nawet w przypadkach losowych.

Jednym z zadań pracowników Biura Ochrony jest: „szczegółowa kontrola osobista nowoprzyjętego pacjenta, jego rzeczy oraz pacjenta, który miał odwiedzić, w celu udaremnienia wniesienia przez nich niebezpiecznych przedmiotów

na teren Zespołów Leczniczo-Rehabilitacyjnych” (Obowiązki Zmiany Diennej i Nocnej, § 4 punkt d. Regulaminu BO). Regulamin BO precyzuje, że każda interwencja pracownika ochrony wobec pacjenta musi odbywać się w obecności personelu działalności podstawowej” (§ 8 punkt e, § 9 punkt d). Regulamin Porządkowy w § 43 mówi jedynie o przeglądaniu rzeczy osobistych pacjenta przy przyjęciu do Ośrodka, które odbywa się w obecności pacjenta.

W organizacyjno-porządkowym regulaminie ramowym (rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r.) § 1 punkt 3 mówi, „że przy przyjęciu do zakładu (...) osoba (...) jest poddawana, przez personel tej samej płci, czynnościom kontrolnym na obecność przedmiotów, których posiadanie może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia tej osoby lub innych osób”, zaś § 4, że „personel zakładu ma prawo do kontroli rzeczy osobistych”.

Należy zaznaczyć, że art. 204b KKW dopuszcza wobec osób umieszczonych w zakładach psychiatrycznych o wzmocnionym i maksymalnym stopniu zabezpieczenia „kontrolowanie przedmiotów posiadanych przez sprawców oraz pomieszczeń, w których oni przebywają, przepisy art. 116 § 4 - 6 stosuje się odpowiednio”. Kontrola osobista przewidziana jest w art. 116 § 2 i 3, a zatem przepisy KKW. nie dopuszczają stosowania jej wobec chorych na detencji.

Upoważnienie pracowników ochrony nie będących fachowymi pracownikami medycznymi do prowadzenia kontroli osobistej przy braku podstaw prawnych do przeprowadzania takiej kontroli przy przyjęciu i w czasie pobytu pacjenta detencyjnego w szpitalu narusza prawo do prywatności, a sposób jej realizacji może powodować sytuacje, które wyczerpią znamiona poniżającego traktowania.

6.4. Prawo własności.

Każdy pacjent ma szafkę przyłóżkową i jednodrzwiową szafę na rzeczy osobiste. Są one zamykane przez pacjenta na klucz. Personel ma prawo okresowej kontroli szaf i szafek nocnych, która odbywa się w obecności właściciela (§ 39 Regulaminu porządkowego). Praktykę tą potwierdzają pacjenci: *Szafki kontroluje pielęgniarka i sanitariusz, przy pacjencie* (M3, M4, T3, T4). Przedmioty wartościowe, pieniądze i przedmioty uznane przez personel za niebezpieczne pacjentowi oddają do depozytu. Odzyskują je w dniu opuszczenia Ośrodka.

Renty, emerytury, zasiłki pacjentów przychodzą na konto Ośrodka. Pacjent może pobrać ze swego konta 70 zł tygodniowo na drobne zakupy (artykuły żywnościowe czy drogerijne) w sklepiku Pracowni Terapii Zajęciowej i Rekreacji. Według K5 ma to na celu ograniczenie obrotu gotówkowego na terenie ROPS, „ochronę” zasobów finansowych pacjentów, a także zapobieganie sytuacjom, w których jedni pacjenci są zmuszani przez innych do „stawiania”.

Większych zakupów (buty, odzież) pacjenci dokonują w uzgodnieniu i za pośrednictwem pracownika socjalnego.

Pacjenci są bardzo zadowoleni z opieki pracowników socjalnych. Na przykład, jak opisywał to jeden z pacjentów (A4): *Jak sobie chcę kupić podkoszulek albo kurtkę, to mówię pani socjalnej. Ona patrzy w sklepie i mi mówi, ile to może kosztować, jakie są do wyboru. I potem mi przynosi (...) jak mi by się nie podobało, to ona wymieni. Ostatnio kupiłem sobie bardzo ładną i ciepłą kurtkę.* Według personelu (T5, T6) kradzieże zdarzają się, ale bardzo sporadycznie. Nikt z pacjentów, z którymi rozmawialiśmy, nie skarżył się na to, żeby coś mu zginęło.

6.5. Wolność religii, opieka duszpasterska.

Co niedzielę, w sali gimnastycznej odprawiane są msze w obrządku rzymskokatolickim. Uczestniczy w nich średnio kilkunastu pacjentów. Po mszy świętej ksiądz odwiedza oddziały i rozmawia z chętnymi pacjentami. Ośrodek nie ma swojego kapelana, jest odwiedzany przez różnych księży z sąsiedniej parafii.

Żaden z pacjentów nie zgłaszał uwag do realizacji omawianego prawa

6.6. Prawa wyborcze.

Na terenie ROPS można było głosować. Według pacjentów nikt niczego nie narzucał ani do niczego nie zmuszał. Pacjent M4: *Głosowałem, bo chciałem, nikt mnie nie namawiał ani odmawiał.*

6.7. Zakaz dyskryminacji.

Pacjenci mówili, że wszyscy są na takich samych prawach. Wszyscy zgodnie twierdzili, że nie ma tu dyskryminacji. *Personel chroni słabszych (M4). Nikt nie jest gorzej traktowany, (...) no może czasem [sanitariusze] naśmiewają się tutaj z takiego jednego (T3, T2).*

6.8. Kontrola warunków leczenia oraz legalności umieszczenia i pobytu pacjentów.

Ośrodek jest co roku wizytowany przez sędziego penitencjarnego z Sądu Okręgowego w Płocku. Zakres przedmiotowy wizytacji obejmuje: warunki leczenia i pobytu, środki uniemożliwiające ucieczkę z zakładu, legalność umieszczenia i pobytu sprawców w zakładzie, przestrzeganie obowiązku zawiadamiania sądu o stanie zdrowia i postępach w leczeniu. Udostępnione nam protokoły z dwóch ostatnich wizytacji (lipiec 2004 r. i czerwiec 2005 r.) nie stwierdzają uchybień w pracy Ośrodka i wysoko ją oceniają. Zalecenia pokontrolne w 2004 roku dotyczyły konieczności zainstalowania elektronicznych urządzeń alarmowych sygnalizujących zagrożenie osobiste personelu. Protokół z 2005 roku nie zawiera żadnych zaleceń pokontrolnych.

Sąd rodzinny i nieletnich ani komisja psychiatryczna ds. środków zabezpieczających nigdy nie wizytowały ROPS-u.

Ośrodek co pół roku wysyła do sądu opinię o stanie zdrowia umieszczonego w nim sprawcy, postępach w leczeniu i konieczności (lub braku konieczności) dalszego przebywania w zakładzie psychiatrycznym. Opinia sporządzana jest przez zespół orzekający - 2 lekarzy i psychologa. Współpraca z sądami układa się różnie. Przeważnie w ciągu miesiąca zapada postanowienie sądu odnośnie dalszego stosowania środka zabezpieczającego wobec danej osoby. Jeśli w ciągu 2 – 3 miesięcy sąd nie reaguje, Dyrektor Ośrodka wyjaśnia przyczynę takiego stanu rzeczy telefonicznie. Czasem postanowienie już zapadło, a zainteresowany i szpital o tym nie wie, czasem sąd zawiadamia tylko pacjenta. Najtrudniejsza jest współpraca z sądami w Warszawie i w Łodzi. Pacjenci z zasady nie są zawiadamiani o terminie posiedzenia sądu w ich sprawie i nie uczestniczą w tych posiedzeniach.

6.9. Zakaz pracy przymusowej.

Pacjenci dobrowolnie mogą pracować zarobkowo 1 godzinę dziennie. Praca polega na pomaganiu w sprzątanii oddziału lub w lecie na podlewaniu ogrodu. Wynagradzani są godzinowo, aktualnie stawka wynosi 5,34 zł za godzinę. Stawka ta ustalana jest zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 20 października 1995 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć.

Według wypowiedzi pacjentów praca jest w pełni dobrowolna, nie ma żadnych form przymusu. Za pracę można zarobić w miesiącu 170 zł. Pacjenci twierdzą, że praca jest i jak ktoś chce, to może się zgłosić, ale chętnych nie jest tak dużo. *Pacjenci nie są zmuszani do pracy, pracują tylko chętni, można pracować 1 godzinę dziennie i zarobić 5,70 za godzinę (M4).*

6.10 Zakaz tortur i innego nieludzkiego traktowania lub karania.

W trakcie prowadzonego monitoringu w ROPS w Gostyninie-Zalesiu nie stwierdziliśmy przypadków nieludzkiego lub poniżającego traktowania.

Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim

Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej (ROPS) odwiedziliśmy w dniach 13 i 14 grudnia 2005 roku. Dane zawarte w tym raporcie pochodzą z rozmów z Dyrektorem Ośrodka, dr. nauk medycznych Leszkiem Ciszewskim, który pełni tę rolę od momentu powstania Ośrodka, Zastępcą dyrektora d/s lecznictwa, dr Ewą Sutulą, pracownikami i pacjentami, a także z dokumentów placówki i obserwacji własnych. Informacje pochodzące od pracowników i pacjentów zostały zakodowane (litera + cyfra).

I. Ogólne informacje o placówce.

Ośrodek został utworzony zarządzeniem ministra zdrowia. Obsługuje 6 województw: kujawsko-pomorskie, zachodnio-pomorskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie, lubuskie i wielkopolskie. ROPS finansowany jest z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia. Budżet roczny składa się z trzech części: płace, wydatki inwestycyjne, wydatki bieżące. 75 - 80% budżetu stanowią płace.

1. Warunki pobytu i leczenia.

ROPS mieści się na terenie starego XIX-wiecznego szpitala psychiatrycznego, w którego skład wchodzi także omawiany również w tym raporcie oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia (Oddział XXIV). Dwupiętrowy budynek został przystosowany do wymagań określonych w rozporządzeniu z dnia 10 sierpnia 2004 r. Jedyne odstępstwo to brak wymaganego rozporządzeniem 5-metrowego muru. Od frontu okratowane okna wychodzą na wewnętrzną szpitalną uliczkę, zaś pozostałe boki budynku otoczone są murem ceglany jak cały teren szpitala.

Na parterze mieszczą się: oddział izolacyjno-zabezpieczający, izba przyjęć, oddział leczniczo-rehabilitacyjny I, międzyoddziałowy zespół rehabilitacyjno-rekreacyjny. Na pierwszym piętrze znajdują się oddziały II i III (zamiennie używane są odpowiednio określenia literowe oddziałów: A, B, C i D).

Na każdym oddziale znajdują się 3 - 4-osobowe pokoje chorych, pokój lekarski, dyżurka pielęgniarek, gabinet zabiegowy, jadalnia, świetlica, sanitariaty dla pacjentów i dla personelu. Pomieszczenia są duże, widne, czyste, estetycznie urządzone.

Na oddziale A znajdują się ponadto 3 izolatki, każda ok. 17 m kw., z sanitariatem.



ROPS w Starogardzie Gdańskim. Główne wejście. fot KW.

W zespole rehabilitacyjnym jest duża sala gimnastyczna – 100 m. kw. – wyposażona w atlas, drabinki, stół pingpongowy, worek treningowy. Sala ta pełni również funkcję sali kinowej i kaplicy, odbywają się w niej także planowane imprezy dla pacjentów, np. koncerty, spotkania oplatkowe. Zespół dysponuje kilkoma mniejszymi salami do terapii zajęciowej. Drugie piętro zajmuje administracja zakładu, sala konferencyjna i pomieszczenia socjalne.

Budynek ma bezpośredni dostęp do ogrodzonego terenu rekreacyjnego, spacerować są możliwe rano i wieczorem, przy czym w lecie przewidziano jedno wyjście dodatkowe (K11).

2. Warunki leczenia i pobytu w ocenie pacjentów.

2.1. Warunki bytowe.

Pacjenci nie narzekali na warunki, w jakich przebywają. Według nich warunki są dobre, jest czysto i ciepło (K9). Ośrodek jest dobrze zorganizowany (M13).

2.2. Higiena.

Stan sanitariatów oceniany jest przez pacjentów jako dobry, nie zgłaszali oni żadnych skarg.

2.3. Wyżywienie.

Jedzenie dostarczane jest z kuchni głównej szpitala, norma wynosi 3500 kalorii. Ciepłe napoje na prośbę pacjenta przygotowują i podają pielęgniarki. Pacjenci różnie oceniali ilość i jakość jedzenia: *Porcje są wystarczające, czasem nawet zbyt duże (K9); Nie powinno być zasłonek w okienku, z którego wydawane jest jedzenie (K9, K11); Niekiedy brakuje chleba, a jak jest, to jest twarde i czerstwy (K11); Zawsze trzeba coś dokupić, monotonne jedzenie (M13); Zła jakość jedzenia (M15); Jedzenia jest w bród, problemem jest przejadanie się (M12); Najczęstsze skargi pacjentów? – to, że jedzenie jest mało urozmaicone (T14).*

2.4. Używki.

W ROPS obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów i spożywania alkoholu. Pytani pacjenci nie potrafili sobie przypomnieć przypadku złamania tego zakazu. Zakaz palenia papierosów jest dla pacjentów największą uciążliwością i większość z nich bardzo chciałaby zmienić miejsce wykonywania środka zabezpieczającego po to, aby móc palić (K9, K11).

2.5. Regulaminy.

ROPS w Starogardzie Gdańskim to jedyna spośród odwiedzanych przez nas placówek, w której nie pozwolono nam skopiować regulaminów wewnętrznych (udostępniono je do wglądu). Uzasadniając tę decyzję, Dyrektor powiedział nam, że jest to „dorobek Ośrodka”, „autorskie rozwiązania” i nie chce ich rozpowszechniać.

2.6. Warunki zabezpieczenia.

ROPS w Starogardzie Gdańskim w zasadzie spełnia wymogi zawarte w rozporządzeniu z dnia 10 sierpnia 2004 r. (patrz tabela).

Według zastępcy szefa Sekcji Ochrony monitorowane są pomieszczenia wspólne (bez WC), na oddziale I monitorowane są izolatki, sale chorych i gabinet lekarski. Na pozostałych oddziałach w sypialniach pacjentów nie ma kamer.

Sekcja Ochrony zatrudnia strażników. Są to *młodzi, wysportowani mężczyźni ze średnim wykształceniem* (z rozmowy z Dyrektorem). Sekcja ta zabezpiecza konwoje, sprawuje też opiekę nad pacjentem, jeśli przebywa on na oddziale somatycznym. Kontroluje paczki i korespondencję (nie czyta, tylko sprawdza zawartość), udziela pomocy personelowi w sytuacjach trudnych, monitoruje oddział. Nagrania z kamer są przechowywane przez 3 miesiące. Są też one wykorzystywane jako materiał dydaktyczny, do szkoleń personelu, dotyczących zapobiegania agresji i stosowania przymusu bezpośredniego. Pracownicy Sekcji Ochrony cyklicznie przechodzą szkolenia w zakresie bhp i samoobrony.

Ochrona posiada na wyposażeniu 2 tarcze policyjne. Mamy wątpliwości co do wyposażania pracowników służby zdrowia w tego typu narzędzia.

Warunki zabezpieczenia w ROPS Starogard Gdański	
Podstawowe	
Zapewnienie stałego nadzoru nad sprawcami przebywającymi w zakładzie	Tak
Drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające sprawcom samowolne opuszczenie zakładu	Tak
Wzmocnione	
System telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek oraz korytarzy	Tak
Elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien	Tak
Możliwość wydzielenia od 10 do 20-lóżkowych pododdziałów	Tak
Bezpośredni dostęp do ogrodzonego terenu rekreacyjnego	Tak
Personel w liczbie co najmniej dwukrotnie większej niż pojemność zakładu	Tak
Maksymalne	
Personel wyposażony w system osobistych elektronicznych urządzeń alarmowych sygnalizujących zagrożenie	Tak
Otoczone oświetlonym, nadzorowanym za pośrednictwem telewizji wewnętrznej, gładkim murem o wys. co najmniej 5,5 m lub innymi zabezpieczeniami o porównywalnej skuteczności, uniemożliwiającymi samowolne oddalenie się sprawcy	Nie ma 5,5-metrowego okalającego placówkę muru, natomiast obiekt z zewnątrz jest monitorowany, wyjście zabezpieczone podwójną „służą”, drzwi zabezpieczone elektronicznie
Personel w liczbie co najmniej dwu- i półkrotnie większej niż pojemność zakładu, w tym personel sprawujący ochronę nad sprawcami czynów zabronionych w liczbie nie mniejszej niż jedna trzecia pojemności zakładu	Tak – 180 osób personelu (tj. > niż $70 \times 2,5 = 175$), w tym 25 pracowników ochrony (tj. > niż $70/3 = 23,33$)

II. Personel.

Zgodnie z uzyskanymi danymi na dzień 13 grudnia 2005 r. Ośrodek zatrudniał 180 pracowników, co spełnia wymaganą rozporządzeniem normę.

Na 4 oddziałach pracuje 3 lekarzy psychiatrów, w tym Dyrektor, 4 lekarzy w trakcie specjalizacji, 2 psychologów, 9 terapeutów zajęciowych i 2 pedagogów, 38 pielęgniarek, 39 salowych, 1 sanitariusz i 1 pracownik socjalny.

W ośrodku w nocy dyżuruje 1 lekarz. Brakuje pielęgniarzy mężczyzn.

W historii Ośrodka 3 osoby z personelu zostały zwolnione – jedna za nadmierne spożywanie alkoholu, dwie za niewłaściwy stosunek do pacjentów.

Najwięcej potencjalnych zagrożeń stwarzają pacjenci z oddziału A (jest to oddział przyjmujący nowych pacjentów). Dlatego też wśród 18-osobowego personelu średniego pracują tu tylko 4 kobiety. Kobiety nie wchodzi do izolatek (M11).

W ROPS zatrudniony jest jeden pracownik socjalny, do pomocy ma zaopatrzeniowca, który odpowiada za wykonanie zleconych zakupów. Do podstawowych obowiązków pracownika socjalnego należą:

- załatwianie spraw mieszkaniowych pacjentów;
- kontakt z rodzinami pacjentów;
- załatwianie należnych świadczeń (ZUS, opieka społeczna);
- kwestie administracyjno-prawne (wyrabianie dokumentów, takich jak dowód osobisty, legitymacja ubezpieczeniowa itp.);
- obsługa indywidualnych kont depozytowych pacjentów;
- rozliczanie zakupów dokonywanych przez pacjentów w sklepiku na terenie ROPS i realizacja zakupów zleconych przez pacjentów, takich jak: odzież, sprzęt RTV itp.;
- obsługa korespondencji pacjentów;
- codzienne wizyty na oddziałach (w godzinach 13:00 - 15:00) – zbieranie informacji o problemach i sprawach pacjentów wymagających załatwienia.

Kontakt z lekarzami pacjenci oceniali jako normalny. *Są zupełnie w porządku (...) można porozmawiać, jak się o to poprosi (...) tylko nie chcą rozmawiać o tym, gdzie stąd pojedą (A25).* Pacjenci najwyżej spośród personelu oceniali pielęgniarki. Podkreślali, że mają z nimi dobry kontakt, a większość z pielęgniarek ma do nich stosunek pozytywny. Były natomiast zgłaszane uwagi dotyczące pracowników ochrony, np.: *Niektórzy ochroniarze mówią do mnie na ty; odsuń się, bo dostaniesz drzwiami w głowę – chodzi o to, żeby do mnie tak nie mówili (K11).*

III. Pacjenci.

W dniu naszej wizyty w Ośrodku przebywało 58 pacjentów (maksymalna pojemność przewidziana rozporządzeniem to 70 łóżek). Aktualnie wszyscy pacjenci to osoby poddane detencji. W ciągu roku bywa też kilka osób na obserwacji sądowo-psychiatrycznej. W ciągu 5 lat istnienia ROPS był tu także jeden pacjent aresztowany.

ROPS składa się z 4 oddziałów – A, B, C i D. Oddział A, nazywany ostrym, przyjmuje nowych pacjentów. Tu są diagnozowani, ustala się leczenie farmakologiczne i opracowuje plan zajęć terapeutycznych (weryfikowany co pół roku). Pacjenci z częstymi zachowaniami agresywnymi lub autoagresywnymi zatrzymywani są na tym oddziale, pozostali przechodzą na jeden z równorzędnych oddziałów – B, C lub D.

Jak powiedział nam pracownik socjalny, 51 pacjentów posiadało stałe lub okresowe źródła dochodu, zaś 7 nie posiadało żadnych dochodów i nie miało szans na ich uzyskanie.

Czas hospitalizacji wynosił: do 6 miesięcy – 11 osób, 7 – 12 miesięcy – 13 osób, 13 – 24 miesięcy – 15 osób, 25 – 36 miesięcy – 6 osób, powyżej 3 lat – 13 osób. Najdłużej hospitalizowana osoba przebywa w Ośrodku od 5 lat.

W 2005 roku (do połowy grudnia) ROPS przyjął 30 pacjentów, w tym 9 przebywało poprzednio w oddziałach psychiatrycznych przy aresztach śledczych, 5 w zakładach karnych, 6 w oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu i 6 w oddziałach o podstawowym zabezpieczeniu. Tylko 1 osoba nie posiadała opinii komisji psychiatrycznej. W tym samym czasie (2005 r.) również 30 osób zostało wypisanych, w tym 19 do zakładów o wzmocnionym zabezpieczeniu i 7 do zakładów o podstawowym zabezpieczeniu. Pozostałe osoby zostały wypisane do szpitali niepsychiatrycznych. Tylko 6 osób posiadało opinię komisji psychiatrycznej.

Jak powiedziała nam psycholog, dwóch pacjentów nie chce wyjść, jeden z nich grozi samobójstwem w razie wypisania, twierdzi, że musi odpokutować swoje czyny i zgodzi się przejść na oddział XXIV (o wzmocnionym zabezpieczeniu) *za 2 lata*. Na przykładzie tego pacjenta wskazywała na potrzebę utworzenia DPS-ów ze wzmocnioną ochroną, *takich DPS – ROPSów*.

IV. Opieka medyczna.

Każdy oddział ma swojego lekarza, który opiekuje się maksymalnie 20 pacjentami. Personel bardzo dobrze ocenia warunki pracy, zaopatrzenie w leki i sprzęt medyczny, nie ma problemów z dostępnością konsultacji lub badań specjalistycznych (M11, T14). W wywiadach pacjenci twierdzili, że mają dostęp do lekarzy innych specjalności, a jak są im potrzebne jakieś leki, to też nie ma z tym problemu.

Leczenie farmakologiczne jest prowadzone lekami przeciwpsychotycznymi pierwszej i drugiej generacji, stosowane dawki zazwyczaj mieszczą się w zakresie średnich dawek terapeutycznych.

Poza farmakoterapią ROPS oferuje wiele różnych form pracy terapeutycznej. Terapia opiera się na systemie przywilejów, które można utracić. Nie stosuje się kar. Przywileje to np. prawo korzystania ze „sklepiku”, kuchni, posiadania w sali własnego sprzętu RTV, prawo do odwiedzin w innych pododdziałach czy uczestniczenia w seansach filmowych. Pielęgniarka może zawiesić przysługujący komuś przywilej na okres do 7 dni. Odebrać przywilej może tylko zespół rehabilitacyjny. Dla pacjentów nagrody są bardzo ważne i pozytywnie je oceniają. Z wywiadów wynika, że rzeczywiście system nagród jest rozpowszechniony i konsekwentnie przestrzegany (dwóch pacjentów, z którymi rozmawialiśmy, miało przywilej ugotowania sobie czegoś w kuchence, a jeden po raz pierwszy w dzień naszej wizyty miał możliwość odwiedzenia znajomego na innym oddziale).

Dla każdego pacjenta na początku jego pobytu opracowuje się indywidualny program terapeutyczny weryfikowany co pół roku. Program dotyczy kilku „sfer”, np.: psychopatologia i leczenie biologiczne, uzależnienie, czyn zabroniony. Są w nim określone zadania i metody ich realizacji. W indywidualnych programach przewiduje się psychoterapię indywidualną, terapię uzależnień, trening sportowy, trening kulinarny. Zespół rehabilitacyjny okresowo ocenia postępy pacjenta w realizacji zadań i weryfikuje przyjęty program terapeutyczny (patrz: Załącznik 3A i 3B).

Dokumentacja pacjenta jest prowadzona starannie i dostępna w formie elektronicznej, personel medyczny ma więc łatwy i bieżący do niej dostęp.

Prowadzone są 3 rodzaje zajęć terapeutycznych: działa sekcja sportowa, terapii zajęciowej i 2 sekcje psychoterapii i resocjalizacji. Sekcja terapii zajęciowej zatrudnia 9 osób i pracuje codziennie w godz. 8.00 – 22.00, w soboty 8.00 – 15.00. Jak powiedział nam kierownik tej sekcji, prowadzone są zajęcia edukacyjne, zajęcia prowadzone przez pedagogów dotyczące „wiedzy o społeczeństwie”, zajęcia muzyczne, teatralne, komputerowe, gimnastyka, brydż, działa grupa modlitewna, pacjenci nagrywają kamerą „kronikę ROPS-u”, uprawiają ogródek (plony są wykorzystywane do treningu kulinarnego). Pacjenci produkują też wyroby ceramiczne, które przekazują na cele charytatywne. Pacjenci nie otrzymują nagród pieniężnych.

Zdaniem Dyrektora pacjenci mogliby mieć więcej okazji do sensownej pracy.

4.1. Procedury o podwyższonym ryzyku.

W ROPS nie stosowano leczenia śpiączkami insulinowymi ani atropinowymi. Nie stosowano też leczenia elektrowstrząsami.

4.2. Eksperymenty medyczne.

W ROPS nie prowadzono badań ani eksperymentów medycznych, w szczególności nie prowadzono badań oceniających skuteczność leków.

4.3. Przymus bezpośredni.

Konieczność stosowania przymusu dotyczy najczęściej pacjentów z oddziału A. W niektórych przypadkach pacjenci umieszczani są w izolatce, ale drzwi do izolatki pozostają otwarte. Pacjent znajduje się wówczas pod silniejszym nadzorem, ale jeśli jest w lepszym stanie, może spacerować po oddziale albo oglądać telewizję. Izolatka jest stale monitorowana. Personel ma więc możliwość stałego nadzoru. Pacjenci podkreślali, że kiedy ktoś jest w izolatce, personel się nim troskliwie opiekuje. *Ciągle tam pilnują i się opiekują* (A 25).

Zestawienie dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego przedstawiono w tabeli. Ogółem w 2005 r. do dnia 14 grudnia przymus bezpośredni stosowano 79 razy, w tym ponad 60 razy w stosunku do jednego z pacjentów oddziału A.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego w ROPS w Starogardzie Gdańskim				
Środki	I kwartał 2005	II kwartał 2005	III kwartał 2005	Razem
Przytrzymanie	1	2	–	3
Przymusowe podanie leków	–	–	–	–
Unieruchomienie	22	11	17	50
Izolacja	4	7	2	15

Zbadano losowo dokumentację dotyczącą 10 przypadków stosowania przymusu bezpośredniego. Dokumentacja ta zawierała prawidłowo wypełnione karty unieruchomienia, w historii choroby znajdował się dokładny opis okoliczności zastosowania przymusu.

V. Sytuacje trudne.

W historii ROPS nie było buntu ani dokonanych samobójstw. Nie było też w zasadzie ucieczek – jeden starszy pacjent z zawałem serca uciekł z oddziału kardiologicznego w 3. dobie po zawale, ale został zatrzymany. Zdarzają się akty agresji czynnej (kilka do kilkunastu rocznie), poszkodowanymi są częściej inni pacjenci. Poważniejszych uszkodzeń ciała nie było. Sporadycznie zdarzają się samookaleczenia – tzw. „połyki”.

W przeszłości zdarzyło się przemykanie amfetaminy (przyszła w paczce z cukrem). Obecnie nie wolno w paczkach podawać produktów sypkich. Pacjenci mogą je kupować w sklepie objazdowym działającym w Ośrodku raz w tygodniu.

Każdy przypadek agresji jest analizowany z zapisu kamery.

W opinii ochrony przypadki agresji pomiędzy pacjentami są częste, a przypadki agresji wobec personelu zdarzają się. Z reguły takie incydenty są załatwiane w oddziałach przez sanitariuszy i nie wymagają interwencji ochrony.

Według pacjentów agresja zdarza się dość często, ale w większości są to przejawy agresji słownej. Szybko jednak jest ona opanowywana przez personel. Jeżeli dochodzi do zatargów, interwenują sanitariusze.

„Drugie życie” na oddziałach jest tłumione. W opinii pacjentów zawsze się znajdzie ktoś, kto chciałby ustawić innych, ale nie jest to takie proste, jak w więzieniu. Jak to w wywiadzie powiedział jeden z pacjentów (A26): *Jak tu przyszedłem, to było dwóch grypsujących. Ale tu nic nie można ustalić. To są psychicznie chorzy ludzie, a poza tym personel cały czas nam patrzy na ręce (...) pilnują. W więzieniu to pokazywali się tylko czasami (...) to nie miejsce na grypsersę (...) przeszedłem na solówkę.*

Na większości oddziałów panuje bardzo wysoka dyscyplina, a sposób, w jaki jest egzekwowana, w dużym stopniu zależy od oddziałowego.

Najbardziej dyscyplinujący pacjentów według naszych rozmówców jest system przywilejów odbieranych głównie za agresywne zachowania i nieprzestrzeganie dyscypliny.

Ośrodek posiada opracowane procedury postępowania na wypadek wystąpienia pożaru, buntu, ucieczki lub innych zagrożeń, uzgodnione z miejscową policją, strażą pożarną i pogotowiem ratunkowym (sprawozdanie z wizytacji szpitala przeprowadzonej w dniu 28 listopada 2005 r., przez sędziego penitencjarnego Sądu Okręgowego w Gdańsku, Ewę Bałtrukowicz).

VI. Prawa pacjentów internowanych.

6.1. Prawo do informacji.

Pacjenci, z którymi rozmawialiśmy, w większości wiedzieli, jaką postawiono im diagnozę oraz jakie leki dostają. *Pacjenci mają trening farmakologiczny, znają swoje rozpoznania, negocjują leki* (M11). Twierdzili, że kiedy pytają o swoją sytuację, leki czy rozpoznanie, lekarze udzielają im informacji bez problemów. Jeśli chodzi o dostęp do własnej dokumentacji medycznej, to jest możliwy, *ale raczej staramy się tłumaczyć, wyjaśniać, niż pokazywać* (T14).

Na każdym oddziale znajdował się telewizor i pacjenci mogli oglądać programy do godziny 22:00. Pacjenci uczestniczyli w czuwaniu i paleniu świeczek po śmierci Papieża, oglądali też w telewizji Jego pogrzeb. Takie wydarzenia

wymagają większej liczby personelu, ale nie limituje się liczby pacjentów, jeśli chcą brać w nich udział.

W ramach terapii zajęciowej zainteresowani pacjenci mają do dyspozycji 3 komputery, m.in. uczą się posługiwać Internetem. W ROPS działa „objazdowa biblioteczka” – z biblioteki publicznej Ośrodek wypożycza 50 książek, okresowo wymienianych. Jest też codzienna prasa.

6.2. Prawo do kontaktu z osobami z zewnątrz.

Kontakt telefoniczny	Tak (odbieranie rozmów)
Korespondencja	Tak (bez ograniczeń)
Odwiedziny	Tak
Przepustki	Nie

6.3. Prawo do prywatności.

Na każdym oddziale znajduje się aparat bezprzewodowy i pacjent może rozmawiać bez asysty personelu.

Zgodnie z regulaminem prowadzona jest kontrola paczek i listów przycho-dzących (M11). Listy można dostawać i pisać bez ograniczeń. Listy sprawdza się przy pacjencie, żeby skontrolować, czy nie ma przedmiotów schowanych w kopercie. Korespondencja pacjentów nie jest czytana przez personel. Korespondencja wysyłana przez pacjentów jest raz w tygodniu wyjmowana ze skrzynek umieszczonych na każdym z oddziałów, korespondencja do pacjentów przekazywana jest na bieżąco (K10).

Pacjentów można odwiedzać. Pokój odwiedzin znajduje się poza oddziałami. W trakcie wizyty pokój jest stale monitorowany, a przy wizycie obecny jest pracownik ochrony. Pacjenci nie skarżą się na obecność ochrony w trakcie wizyty. Sami podkreślają, że jest to konieczne.

O prywatnych sprawach pacjentów nie mówi się na forum ogólnym. Pacjenci mówili, że pod tym względem personel *jest w porządku* i każdy z pacjentów mówi pozostałym o sobie tyle, ile zechce.

„Przeszukania sal i innych miejsc pobytu pacjentów przeprowadza się w ustalonych grafikiem terminach, ze zmienną częstością, podczas nieobecności pacjentów.” (Regulamin pracy Sekcji Ochrony ROPS w Starogrodzie Gdańskim, § 5 punkt 13). Praktyczne działanie tego przepisu potwierdzili zarówno pacjenci, jak pracownicy. Najwięcej zastrzeżeń mają pacjenci do personelu za przeprowadzanie tzw. „kipiszu”. „Kipisz” robiony jest przynajmniej raz w tygodniu – z szafki wyjmowane są wszystkie rzeczy, wyrzucane na podłogę i przeglądane.

6.4. Prawo własności.

Posiadanie gotówki na terenie oddziałów jest zabronione. Pacjent może ze swojego konta dokonywać zakupów za pośrednictwem pracownika socjalnego lub osobiście, jeśli ma taki przywilej, w sklepie przyjazdowym. Transakcje na terenie placówki odbywają się bezgotówkowo, a rozliczeń ze sklepikiem z konta pacjenta dokonuje pracownik socjalny. Pacjent może przekazać swoje pieniądze komu chce, bezgotówkowo – przekazem pocztowym.

Kontrola paczek dostarczanych pacjentom dokonywana jest wstępnie przez pracownika ochrony przy użyciu wykrywacza metali, a szczegółowa kontrola paczek odbywa się w oddziale, z udziałem pacjenta.

Pacjenci mają szafki, gdzie mogą przechowywać swoje rzeczy. Szafki są regularnie kontrolowane, jak podkreśla personel – ze względu na bezpieczeństwo.

6.5. Wolność religii, opieka duszpasterska.

Msze święte w obrządku rzymskokatolickim odprawiane są w piątki, w sali gimnastycznej. Jednocześnie może w nich uczestniczyć 22 pacjentów.

Pacjenci mówili, że mają bardzo dobry kontakt z księdzem, podkreślali to, że często ich odwiedza, poświęca dużo czasu, chętnie rozmawia i ma dużo cierpliwości. Z rozmowy z personelem wynikało, że ksiądz rzeczywiście ma bardzo dobry kontakt z pacjentami. Kilku pacjentów podczas pobytu w ROPS zostało ochrzczonych.

Pacjenci nie czuli się do niczego przymuszani ani namawiani.

6.6. Prawa wyborcze.

Pacjenci mieli możliwość wzięcia udziału w wyborach, zarówno prezydenckich, jak i parlamentarnych. W wyborach prezydenckich obwodowa komisja wyborcza zorganizowana została na oddziale XXIV (o wzmocnionym zabezpieczeniu). Każdy pacjent, który chciał wziąć udział w głosowaniu, był indywidualnie dowożony (tę informację potwierdzili również sami pacjenci) – wymóg głosowania nie zezwalał na przenoszenie urny.

W wyborach parlamentarnych urna mogła być przenoszona i komisja z oddziału XXIV przysłała wraz z urną do ROPS na 2 – 3 godziny. Także ta informacja została potwierdzona przez pacjentów.

6.7 Zakaz dyskryminacji.

W trakcie wywiadów nie uzyskaliśmy informacji, które świadczyłyby o dyskryminowaniu kogokolwiek przez personel lub innych pacjentów.

6.8. Kontrola warunków leczenia oraz legalności umieszczenia i pobytu pacjentów.

Raz w miesiącu Dyrektor Ośrodka przyjmuje na każdym oddziale ustne skargi od pacjentów. Najczęściej dotyczą one spraw bytowych. Skargi te nie są ewidencjonowane.

Sąd penitencjarny wizytuje ROPS raz w roku, ostatnia kontrola była przeprowadzona w dniu 28 listopada 2005 r. przez sędziego penitencjarnego Sądu Okręgowego w Gdańsku, Ewę Bałtrukowicz. Sędzia stwierdziła, że w dniu wizytacji w Ośrodku przebywały 62 osoby, wobec których prawomocnie orzeczono środek zabezpieczający, wykonywany w warunkach maksymalnego zabezpieczenia. Nie było osób skierowanych na obserwacje sądowo-psychiatryczne. Zdaniem sędzi problemem jest to, że sądy, przesyłając prawomocne orzeczenia i nakazy przyjęcia osób internowanych, nie zawsze dołączają opinie sądowo-psychiatryczne jednorazowego badania, opinie opracowane po dokonanej obserwacji, wywiady środowiskowe. Wymusza to wszczynanie zbędnej korespondencji. Uwadze sądów uchodzi, że art. 11 KKW. ma także zastosowanie w sprawach wykonywania środków zabezpieczających. Po wizytacji nie wydano żadnych zaleceń pokontrolnych.

Sąd rodzinny nigdy nie wizytował ROPS-u. Ośrodek nie był też wizytowany przez komisję psychiatryczną ds. środków zabezpieczających.

6.9. Zakaz pracy przymusowej.

Jak powiedział nam Dyrektor Ośrodka, pacjenci nie otrzymują nagród pieniężnych za aktywny udział w warsztatach terapii zajęciowej. Dostają nagrody rzeczowe, takie jak kosmetyki czy owoce. Kierownik sekcji terapii zajęciowej podał, że pacjenci pracują na rzecz ROPS: malują okna i drzwi, naprawiają łóżka i pościel. Zajęcia takie są uwzględnione w indywidualnych programach terapeutycznych. W podziękowaniu za tą pracę organizowane są biesiady i grill na zakończenie sezonu.

Pacjenci nie podawali przykładów sytuacji, w których byliby zmuszani do pracy.

6.10. Zakaz tortur i innego niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania.

W trakcie prowadzonego monitoringu nie byliśmy świadkami przypadków niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania pacjentów.

Niektórzy z naszych rozmówców opisywali praktykę przeprowadzania kontroli osobistej: *Najgorsze jest to, że rozbierają nas do naga i wszędzie zaglądają.* Pacjenci, którzy byli przyprowadzani do nas na wywiady do pokoju odwiedzin, mówili, że przed przyjściem do nas też byli sprawdzani i rozbierani do naga.

Praktyka ta jest naszym zdaniem nielegalna. Stan prawny dotyczący prowadzenia kontroli osobistej pacjentów na detencji opisaliśmy wyżej (patrz punkt 6.3., ROPS Gostynin).

Jeden z pacjentów powiedział o praktyce polegającej na zbiorowej kontroli osobistej – pacjenci muszą się rozbierać do naga na stołówce, *personel z nas drwi*. Opisywane sytuacje, a zwłaszcza ta ostatnia, mogą wyczerpywać kryteria ponizającego traktowania.

***Uwaga:** Jest to jedyna placówka, w której nie pozwolono nam skopiować regulaminów wewnętrznych (udostępniono je do wglądu). Także jedynie w tym przypadku personel decydował, kto z pacjentów będzie z nami rozmawiał – osoby „chętne” były doprowadzane przez ochronę do pokoju widzeń. W innych placówkach mogliśmy swobodnie poruszać się po oddziałach i rozmawiać z pacjentami i personelem.*

Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu w Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim

Szpital odwiedziliśmy w dniach 14 – 16 grudnia 2005 r. Informacji na temat szpitala udzielali nam Dyrektor, dr Michał Rudnik oraz Zastępca Dyrektora ds. leczenia, dr Krzysztof Kołcz, który jest równocześnie ordynatorem oddziału XXIV, gdzie wykonywane są detencje w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia.

Ponadto dane zawarte w raporcie pochodzą z rozmów z pracownikami i pacjentami, z dokumentów placówki oraz z obserwacji własnych. Informacje pochodzące od pracowników i pacjentów zostały zakodowane (litera + cyfra).

I. Ogólne informacje o placówce.

Szpital przewidziany jest na 800 łóżek. Został wybudowany w XIX wieku, obecnie jest sukcesywnie odnawiany i remontowany. Świadczy szeroki wachlarz usług psychiatrycznych (oddziały ogólnopsychiatryczne, leczenia uzależnień, detoksykacji, psychiatryczny dla chorych somatycznie, psychiatryczny dla chorych na gruźlicę, psychogeriatryczny, dla młodzieży, jak również zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny, oddział dzienny).

Kontrakt z NFZ zabezpiecza 90 % przychodów szpitala, pozostałe to środki strukturalne (np. na zakup aparatu RTG), środki z PFRON (na zbudowanie podjazdów i windy). Samorząd przekazał ostatnią dotację w 1998 roku. Remonty wykonywane są ze środków własnych.

Za obserwacje sądowo-psychiatryczne płaci Ministerstwo Sprawiedliwości, a za osoby nieubezpieczone – Ministerstwo Zdrowia.

Zdaniem Dyrektora problemem jest to, że kontrakty z NFZ zawierane są tylko na 1 rok, a zasady kontraktowania świadczeń zmieniają się corocznie, co uniemożliwia długofalowe planowanie działań.

Dyrektor planuje utworzenie nowego oddziału dla obserwantów i tymczasowo aresztowanych oraz zwiększenie liczby miejsc na oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu. Zdaniem Dyrektora komisja psychiatryczna przedłuża procedurę przyjmowania, przenoszenia i zwalniania pacjentów detencyjnych i jego zdaniem zamiast jednej centralnej powinno być kilka komisji regionalnych

Na terenie szpitala mieści się opisany wyżej ROPS w Starogardzie Gdańskim.

1. Warunki pobytu i leczenia.

Oddział XXIV usytuowany jest w jednopiętrowym pawilonie. Zgodnie z rozporządzeniem z dnia 10 sierpnia 2004 r. przewidywana pojemność zakładu wynosi 50 łóżek. Zakład jest przeznaczony do wykonywania środków zabezpieczających dla województw: pomorskiego, kujawsko-pomorskiego, zachodniopomorskiego i warmińsko-mazurskiego.

Wchodzi się do niego przez portiernię, przy której mieści się monitorownia. Wszystkie okna są okratowane. Oddział składa się z 4 pododdziałów: A, B, C i D. Pododdział A – przyjęciowy – posiada 3 izolatki. Poza tym wszystkie oddziały wyglądają podobnie. Każdy ma jedną wielką sypialnię (20 – 25 łóżek – na zdjęciu), pokój dziennego pobytu, pełniący również funkcję jadalni, łazienkę dla pacjentów. Na dole gabinet zabiegowy, gabinet lekarski i gabinet psychologa są oddzielone od pododdziałów A i B kratą. Na parterze znajduje się sala gimnastyczna, do której przejście jest możliwe przez oddział A. Na piętrze mieści się pracownia terapii zajęciowej. Warunki pobytu pacjentów są trudne: łóżka stoją blisko siebie, oddzielone nocnymi szafkami, szafki nie są zamykane. W pokojach dziennego pobytu stoją krzesła i stoły. Pacjenci siedzą lub chodzą po tej sali i po korytarzu, jest ponuro i nieestetycznie.



Sala pacjentów na oddziale XXIV. fot KW.

2. Warunki pobytu i leczenia w ocenie pacjentów.

2.1. Warunki bytowe.

Warunki na oddziale są bardzo trudne. Pacjenci skarżą się na ciasnotę i to, że całe dnie muszą spędzać razem. Jak to określił jeden z pacjentów *Tego, co tu jest, to nawet trochę nie można udomowić* (A27).

Nie ma najmniejszej szansy na nawet chwilowe przebywanie samemu albo w „mniejszym towarzystwie.” Niektórzy z pacjentów narzekali, że jak w ciągu dnia chcą się położyć, to nawet jeżeli personel się zgodzi, to i tak trudno wytrzymać leżąc bo wszyscy chodzą, rozmawiają.

2.2. Higiena.

Podobne uwagi mają pacjenci w stosunku do sanitariatów. Jak to określają, *jest „byle jak”*.

2.3. Wyżywienie.

Jedzenie dostarczane jest z centralnej kuchni szpitalnej, a podgrzewane i porcjowane na oddziale. Pacjenci jedzą w tzw. salach dziennych, czyli tam, gdzie w ciągu dnia przebywają. Nie zgłaszają skarg na te warunki: *Zjeść to można wszędzie, ale żeby tylko było co, a tu jedzenie jest paskudne i jest go mało* (A30).

2.4. Używki.

Papierosy można palić w wydzielonej palarni. Pacjenci kupują sobie papierosy sami (ci, którzy mogą wychodzić na teren szpitala) lub proszą o ich kupno pracownika socjalnego. Z kupowaniem papierosów nie ma żadnych problemów. Palarnia znajduje się obok tzw. sali dziennej i niektórzy z pacjentów spędzają tam dużo czasu, traktując to jako jedyną rozrywkę. Papierosy przechowywane i wydzielane są przez salowych. Jak to w wywiadzie powiedział jeden z pacjentów (A24), *Musimy prosić o kupione za swoje pieniądze papierosy. Nie wszyscy są tacy, ale niektórzy to, jak się poprosi o papierosa, to traktują człowieka jak psa i rzucają papierosy na ziemię. Ale z nimi to lepiej nie zaczynać (...) jak im się coś nie podoba, to lutują. Oni to się tylko boją przełożonego, a on jest bardzo w porządku. Żaden z pacjentów nie pamiętał przypadku wniesienia na oddział alkoholu albo narkotyków. Nie wiem, co by wtedy zrobili, bo ciągle nam grożą, że jak znajdą wodę, to nas odeślą na ROPS, a tam to i palić nie wolno* (A27).

3. Regulaminy.

Oddział sądowo-psychiatryczny posiada własny regulamin porządkowy określający:

- prawa i obowiązki pacjentów
- nagrody i przywileje
- kontakty telefoniczne i korespondencyjne
- odwiedziny
- spacerów.

4. Warunki zabezpieczenia.

Z powodu niedostatecznej liczby personelu oddział nie spełnia wymogów dotyczących zabezpieczenia zawartych w rozporządzeniu z dnia 10 sierpnia 2004 r. (patrz tabela).

Warunki zabezpieczenia w Oddziale psychiatrii sądowej (XXIV) w Starogardzie Gdańskim	
Podstawowe	
Zapewnienie stałego nadzoru nad sprawcami przebywającymi w zakładzie	Tak
Drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające sprawcom samowolne opuszczenie zakładu	Tak
Wzmocnione	
System telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek oraz korytarzy	Tak, ale obraz z kamer nie jest na bieżąco obserwowany
Elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien	Tak
Możliwość wydzielenia od 10- do 20-łóżkowych pododdziałów	Tak
Bezpośredni dostęp do ogrodzonego terenu rekreacyjnego	Tak
Personel w liczbie co najmniej dwukrotnie większej niż pojemność zakładu	Nie
Maksymalne	
Personel wyposażony w system osobistych elektronicznych urządzeń alarmowych sygnalizujących zagrożenie	Tak
Otoczone oświetlonym, nadzorowanym za pośrednictwem telewizji wewnętrznej, gładkim murem o wys. co najmniej 5,5 m lub innymi zabezpieczeniami o porównywalnej skuteczności, uniemożliwiającymi samowolne oddalenie się sprawcy	Nie
Personel w liczbie co najmniej dwu- i półkrotnie większej niż pojemność zakładu, w tym personel sprawujący ochronę nad sprawcami czynów zabronionych w liczbie nie mniejszej niż jedna trzecia pojemności zakładu	Nie

Oddział zatrudnia 44 pracowników przy pojemności planowanej 50 miejsc i rzeczywistej liczbie 97 pacjentów w dniu naszej wizyty. Rozporządzenie ministra zdrowia w tej sprawie wymaga, by liczba personelu była dwukrotnie większa od pojemności zakładu. Oddział jest monitorowany, ale z braku personelu zapisy z kamer nie są na bieżąco obserwowane i służą jedynie do odtworzenia zdarzeń, które już miały miejsce. Monitorowane są drzwi wejściowe, okna, izolatki, pomieszczenia wspólne oraz sale pacjentów.

Oddział posiada opracowane specjalne procedury postępowania na wypadek wystąpienia pożaru, buntu, ucieczki lub innych zagrożeń, uzgodnione z miejscową Policją, Strażą Pożarną i Pogotowiem Ratunkowym.

II. Personel.

W całym szpitalu brakuje lekarzy, psychologów, terapeutów, pracowników socjalnych. Pielęgniarki odchodzą do innych szpitali, gdzie mogą otrzymać wyższe pensje.

Dyżur w całym szpitalu pełni 3 lekarzy. Grafik pracy personelu jest przygotowywany tak, aby na oddział przypadał 1 mężczyzna na dyżurze i 1 sanitariusz na Izbie Przyjęć.

W monitorowanym przez nas oddziale psychiatrii sądowej (XXIV) pracuje 2 lekarzy, z których jeden – dr Krzysztof Kołcz – pełni równoległe funkcję ordynatora tego oddziału i Zastępcy dyrektora szpitala ds. leczenia. Ponadto oddział zatrudnia 16 pielęgniarek/pielęgniarzy, psychologa, asystenta ds. resocjalizacji i terapeutkę zajęciową, 18 salowych, 3 sanitariuszy. Nie ma pracowników ochrony. Pracownicy mają alarmy osobiste.

Oddział nie ma swojego pracownika socjalnego. Opieka socjalna nad pacjentami całego szpitala sprawowana jest przez 3 pracowników (K14) zatem średnio na oddział przypada 0,17 pracownika socjalnego. Podstawowe obowiązki pracownika socjalnego to:

- załatwianie spraw finansowych pacjenta (świadczenia z ZUS, opieki społecznej itp.);
- kwestie administracyjno-prawne (wyrobienie dokumentów, takich jak dowód osobisty, legitymacja ubezpieczeniowa itp.);
- poszukiwanie dla pacjentów miejsc w domu pomocy społecznej, zakładzie opiekuńczo-leczniczym czy schronisku dla bezdomnych;
- sporządzanie niektórych pism procesowych dla pacjentów (a niekiedy także ich rodzin, np. w kwestii ubezwłasnowolnienia);
- sporządzanie skarg na czynności kuratora lub opiekuna prawnego;
- przeprowadzanie wywiadów środowiskowych w rejonie Starogardu Gdańskiego;

- obsługa indywidualnych kont depozytowych pacjentów;
- wizytowanie oddziałów, jeżeli personel oddziału zgłasza, że pacjent ma jakiś problem, a z różnych przyczyn nie może sam zgłosić się do pracownika socjalnego.

W wywiadach pacjenci tego oddziału z jednej strony podkreślali dobrą pracę oddziałowego i niektórych pielęgniarek i pielęgniarzy, z drugiej powtarzały się skargi na innych członków personelu.

W opinii pacjentów brakuje dbałości i uwagi ze strony niektórych członków personelu medycznego. Jak twierdzą, trudno jest kogoś zmusić do kontaktu i wysłuchania. Nikt nie chce z nimi rozmawiać.

Wiele skarg dotyczyło trudności w kontaktach z ordynatorem oddziału. Jeden z pacjentów (A30), powiedział *Tu praktycznie nie ma lekarza, bo on to nawet nie rozmawia z ludźmi. Jak już się bardzo upierasz, to czasami wychodzi na korytarz i przy wszystkich o coś pyta. Ja chciałem porozmawiać o tym, że mnie oskarżył taki jeden o molestowanie seksualne, a ja jestem heteroseksualny (...), ale doktor się mnie na korytarzu zapytał, czy jestem homoseksualistą (...) i nie udało mi się z nim porozmawiać.*

Tu jest źle, bo ja np. nie mam lekarza. Kołcz to nie lekarz tylko Dyrektor. On nigdy nikogo nie bada i nie zaprosi do gabinetu. Nawet jak mówisz, że się źle czujesz i potrzebna ci pomoc, to go nie zmusisz. Siedzi za kratami i czasami to przez kraty porozmawia (...) O wszystkim decydują pielęgniarze. Oni są w porządku i się starają (A27);

Z lekarzem nie ma kontaktu, bo on jest za kratami, a wyjść się nie da. Zresztą i taka rozmowa przez kratę nie ma sensu, bo lekarz i tak nikogo nie słucha (A25).

III. Pacjenci.

Oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu jest przepelniony. Rozporządzenie z dnia 10 sierpnia 2004 r. przewiduje 50 miejsc, aktualnie na oddziale przebywało 97 pacjentów. Pacjenci mają różny status prawny – obok pacjentów poddanych detencji są osoby na obserwacji sądowo-psychiatrycznej, jak również więźniowie na leczeniu.

Pacjenci wypisywani są najczęściej na podstawowy stopień zabezpieczenia w rejonie swojego miejsca zamieszkania. Problemem jest brak oddziału o podstawowym zabezpieczeniu w województwie zachodniopomorskim. Pacjenci z tego regionu zostają na jednym z oddziałów w szpitalu w Starogardzie Gdańskim, sytuacja ta ogranicza możliwości odwiedzania ich przez rodziny.

Czas pobytu pacjentów wynosił: do 6 miesięcy – 37 osób, od 7 do 12 miesięcy – 16 osób, od 13 do 24 miesięcy – 11 osób, od 25 do 36 miesięcy – 14 osób,

powyżej 3 lat – 19 osób. W tej ostatniej grupie jest jedna osoba przebywająca w szpitalu od 1970 r., czyli od 25 lat.

W 2005 roku (do połowy grudnia) na oddział przyjęto 160 osób, w tym 7 osób posiadało opinię komisji psychiatrycznej ds. środków zabezpieczających, 104 osoby przybyły z zakładów karnych, 27 osób skierowano z domu, 22 osoby przebywały poprzednio w zakładach o podstawowym stopniu zabezpieczenia, a 7 osób w ROPS.

W tym samym czasie wypisano z oddziału 143 pacjentów: 62 – do aresztów śledczych, 34 do zakładów o podstawowym zabezpieczeniu, 33 osoby do domu, 4 osoby przeszły do ROPS, 7 do szpitali specjalistycznych i 3 do DPS.

IV. Opieka medyczna.

Na oddziale pracuje 2 lekarzy, którzy sprawują opiekę nad 97 pacjentami. Zdaniem personelu nie ma problemu z uzyskaniem konsultacji specjalistów. Na miejscu są neurolog i internista. Możliwe są różne badania diagnostyczne, w tym RTG, EEG, tomografia komputerowa, USG. Część z nich – bezpośrednio w szpitalu. Nie ma problemu z dostępem do leków.

Poza leczeniem farmakologicznym oferta terapeutyczna obejmuje terapię zajęciową, psychoedukację, psychoterapię indywidualną i grupową oraz zajęcia sportowe.

Lekarz, psycholog, asystent do spraw resocjalizacji, terapeuta zajęciowy i oddziałowy tworzą zespół terapeutyczny.

System terapeutyczny oddziału opiera się na nagrodach i przywilejach. Reguluje to załącznik nr 1 do regulaminu. Nagrody następują po sobie w kolejności. Są to:

- pochwała postawy i zachowania;
- pochwała w obecności innych pacjentów;
- przeniesienie na salę o niższej kontroli;
- udział w terapii zajęciowej;
- wyjście poza teren oddziału wraz z terapeutą;
- wyjście poza teren oddziału bez dozoru;
- przepustki do domu;
- praca zarobkowa.

Problemem jest brak programu leczenia dla skierowanych na internację chorych uzależnionych od środków psychoaktywnych. Podobna sytuacja będzie dotyczyła osób z pedofilią.

Pacjenci skarżyli się na trudny dostęp do lekarza na oddziale: *„Kilka” lat tu siedzę i nie widziałem p. Kołcza na obchodzie, zastępuje go dr X, ale się nie nadaje – wie tylko od pielęgniarzy cokolwiek o pacjencie (K13); Jak byłem chory*

i miałem gorączkę, to się lekarza nie doprosiłem. Pielęgniarka mi przyniosła coś na grype (...) nawet nie wiem co (...) oni to się tak bardzo nami nie przejmują (A28).

Według pacjentów leki są podawane pod przymusem, w czasie ich wydawania personel zamyka łazienki, a leki są rozpuszczone i wszystko trzeba wypić przy pielęgniarce.

4.1. Procedury o podwyższonym ryzyku.

W oddziale nie stosowano leczenia śpiączkami insulinowymi ani atropinowymi. Nie stosowano też leczenia elektrowstrząsami.

4.2. Eksperymenty medyczne.

W oddziale nie prowadzono badań ani eksperymentów medycznych, w szczególności nie prowadzono badań oceniających skuteczność leków.

4.3. Przymus bezpośredni.

Zestawienie dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego w oddziale XXIV, przedstawiono w tabeli. Przymus bezpośredni jest stosowany w izolatkach, do unieruchomienia stosuje się pasy i tzw. "derę" (na zdjęciu).



Izolatki znajdują się za ogólnymi salami w oddziale A i aby się do nich dostać, trzeba przejść przez salę, w której mieszkają wszyscy pacjenci. Rozmówcy mówili nam, że zazwyczaj izolatki są zajęte. Jak twierdzą, czasami niektórzy pacjenci przebywają tam bardzo długo. W ich opinii personel wchodzi do izolatek bardzo rzadko, a właściwie tylko po to, żeby podać jedzenie. *Karmienie jest najgorsze, bo to jest takie karmienie, jak psa. Otwierają drzwi i stawiają talerz na podłodze. A nawet łyżki nie dają tylko trzeba zupę pić (A27).*

Zastosowanie przymusu bezpośredniego w Szpitalu w Starogardzie Gdańskim Oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu dla mężczyzn (XXIV)			
Zastosowane środki	I kwartał 2005	II kwartał 2005	III kwartał 2005
Przytrzymanie	–	–	–
Przymusowe podanie leków	–	–	–
Unieruchomienie	19	18	29
Izolacja	–	5	9

Zbadaliśmy losowo dokumentację dotyczącą 10 przypadków stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów poddanych detencji. Dokumentacja ta zawierała prawidłowo wypełnione karty unieruchomienia, każdorazowo w historii choroby znajdował się opis okoliczności zastosowania przymusu.

V. Sytuacje trudne.

Z oddziału nie ma ucieczek, oddalenia zdarzają się sporadycznie (1 – 2 rocznie) – pacjenci nie wracają z wyjść poza oddział. W tych sytuacjach powiadamia się Izbę Przyjęć szpitala, policję oraz sąd.

Sporadycznie pacjenci podejmują próby samobójcze lub samookaleczenia, tzw. „połyki”.

Personel relacjonuje, że w sytuacjach, w których dochodzi do agresji czynnej między pacjentami, interweniują pielęgniarze. Są tak przeszkoleni, że jeśli ktoś ma odnieść obrażenia, to na pewno obsługa, a nie pacjent. *Chłopcy chętnie się podłożą, bo wypadek w pracy wiąże się ze znacznym odszkodowaniem, a pensje są marne. Ostatnio jeden z pielęgniarzy miał złamaną rękę i wszyscy mu zazdrościli (M4).*

Zdarza się, że pielęgniarze z oddziału XXIV pomagają w stosowaniu przymusu bezpośredniego na innych oddziałach szpitala. Procedura jest taka, że pielęgniarka z innego oddziału w sytuacji trudnej dzwoni do lekarza dyżurnego na Izbie Przyjęć, a on może podjąć decyzję dotyczącą interwencji. Agresywny pacjent jest albo unieruchamiany na swoim oddziale, albo wyjątkowo może zostać zabrany na oddział XXIV. Sporadycznie lekarze dyżurni Izby Przyjęć decydują również o przyjęciu pacjentów na podstawie ustawy psychiatrycznej (artykuł 23 i 24) na oddział XXIV. W 2005 r. przyjętych było 14 takich pacjentów. Decyzja taka jest podejmowana w stosunku do bardzo agresywnych chorych. Zwykle po kilku dniach zostają oni przeniesieni na inny oddział szpitala.

Pacjenci mówią, że na oddziale jest dużo agresji, ponieważ całymi dniami przebywają razem na małej powierzchni. Oprócz palenia papierosów nie ma w opinii pacjentów żadnej rozrywki. Wielu pacjentów, z którymi rozmawialiśmy, twierdziło, że nie bierze udziału w żadnych zajęciach. Opisuując swój dzień, wskazywali tylko na spanie, leżenie, palenie papierosów. Z ich wypowiedzi wywnioskować można agresję pomiędzy pacjentami, pomiędzy pacjentami a personelem, a także pomiędzy personelem. Pacjenci niechętnie odpowiadali na dotyczące tych kwestii pytania, mówiąc tylko, że tu jest źle i chcieliby być na oddziale XXIII lub XIX. Jeden z pacjentów (A33), tak opisywał swój pobyt na oddziale XXIV „...na oddziale nawet mogą człowieka zabić, pacjenci ciągle biją się między sobą, są super-agresywni. Oni biją, a jak się poskarżysz salowemu, to on Ci mówi – a Ty sam to nie umiesz przy... i dalej palą papierosy. Mnie to kiedyś bili i kopali, jak już leżałem. Tam to jest piekło, a głównie wieczorem.

VI. Prawa pacjentów internowanych.

6.1. Prawo do informacji.

Według personelu pacjenci są informowani o rozpoznaniu i leczeniu i mają dostęp do swojej dokumentacji medycznej. Jeden z pacjentów powiedział nam: *Nic nie informują o lekach, nawet jak zmieniają, czy dolożą (...) ordynator jest wicedyrektorem – rzadki gość, nigdy nie był na obchodzie* (M3). Inny pacjent na sugestię, by skonsultował się z lekarzem w sprawie swojej sytuacji prawnej, odpowiedział: *Jak? Przecież dr Kołcz nie dyżuruje* (M2).

Pacjenci nie wiedzą, do jakich informacji mają prawo. Większość z nich nie jest zorientowana w swojej sytuacji prawnej. Niektórzy znają swoje diagnozy. Większość twierdzi, że nie wie, jakie dostaje leki. *Kiedyś pytałem ale oni mówią, że i tak się na tym nie znam (...) a po co ci to, chyba lepiej wiemy co ci dawać* (A29).

Najbardziej natomiast skarżą się na to, że nikt ich nie informuje, jakie opinie wystawia o nich lekarz prowadzący i gdzie te opinie są wysyłane (wiedzą tylko, że *ktos coś na ich temat gdzieś przekazuje*). Bardzo ich to niepokoi, bo, jak twierdzą, od tego przecież zależy, ile jeszcze pozostaną w szpitalu i gdzie pojadą dalej. Jeden z pacjentów stwierdził: *Nie wiem, co tam o mnie wypisują, nawet tego, co chcę za mną dalej robić (...) a niby dlaczego lekarz pisze mi opinie, jeżeli ani razu ze mną nie rozmawiał (...) a jestem tu już drugi rok* (A31).

6.2. Prawo do kontaktu z osobami z zewnątrz.

Kontakt telefoniczny	Tak (w dyżurce)
Korespondencja	Tak (bez ograniczeń)
Odwiedziny	Tak
Przepustki	Tak (różna praktyka sądów)

Zgodnie z Regulaminem odwiedziny odbywają się codziennie, w godz. 9.00–12.00 i 14.30–16.30 i dla pacjentów internowanych mogą trwać do 2 godzin. Po zakończeniu odwiedzin pacjent poddawany jest kontroli. W praktyce nie ma problemu z ograniczaniem odwiedzin, trudnością jest raczej to, że rodziny rzadko interesują się pacjentami i odwiedzają ich sporadycznie.

Pacjenci mogą korzystać z telefonu w dyżurce, nie mogą natomiast posiadać aparatów komórkowych. Regulamin stanowi, iż pacjenci mogą korzystać z telefonu za zgodą pielęgniarza prowadzącego oddział i rozmowy odbywają się zawsze w obecności pracownika.

Regulamin zabrania cenzurowania korespondencji pacjentów detencyjnych.

Pacjenci oczywiście bardzo cenią sobie możliwość uzyskania prawa wychodzenia poza teren oddziału. Ponieważ zarówno ROPS, jak i Oddział XXIV znajdują się na terenie tego samego szpitala w Starogardzie Gdańskim, spotykaliśmy pacjentów, którzy przebywali w obu tych zakładach. Twierdzili oni, że wolą być na oddziale XXIV, gdzie są dużo gorsze warunki bytowe, ale „można palić i są przepustki” (pacjenci zarówno wyjścia poza oddział, jak i wyjazdy do domu nazywają przepustkami).

6.3. Prawo do prywatności.

Warunki fizyczne szpitala nie pozwalają praktycznie na żadną prywatność. Nie pozwala na nią mieszkanie przez wiele miesięcy czy lat w 24-osobowej sali i spędzanie czasu w ciągu dnia w jednym pomieszczeniu pobytu dziennego.

Artykuł 18 Regulaminu mówi, że „ze względów bezpieczeństwa personel ma prawo dokonywać kontroli rzeczy osobistych pacjenta bez jego obecności w trakcie całego pobytu w oddziale. Z tych samych względów kontroli podlegają również pomieszczenia, w których przebywa pacjent.” W praktyce kontrola rzeczy osobistych pacjenta odbywa się rzadko, najczęściej w obecności chorego, a powodem jej podejmowania jest zwykle sytuacja, w której jeden z pacjentów oskarża innego o kradzież (M19).

Zgodnie z Regulaminem pacjenci mogą korzystać z telefonu za zgodą pielęgniarza prowadzącego oddział i rozmowy odbywają się zawsze w obecności pracownika. „W trakcie prowadzenia przez pacjenta rozmowy telefonicznej, pracownik ma prawo przerwać połączenie w przypadku:

- konieczności użycia aparatu w celach służbowych.
- stwierdzenia przez pracownika, że rozmowa prowadzona jest w sposób niekulturalny.
- w innych uzasadnionych przypadkach.

Pracownik zawsze informuje pacjenta o przyczynie przerwania rozmowy.”

Pacjenci wymieniali obecność personelu przy rozmowach jako uciążliwość pobytu na tym oddziale (M18).

Pacjenci nie skarżyli się na to, aby personel omawiał publicznie ich problemy. Skargi dotyczyły jedynie rozmów z lekarzem odbywających się na korytarzu.

6.4. Prawo własności.

Swoje rzeczy pacjenci mogą posiadać tylko w ograniczonych ilościach. Większość pacjentów nie zgłaszała tu jednak problemu, gdyż ma mało albo nie ma wcale swoich rzeczy. Pacjenci mogą trzymać rzeczy w szafkach przy łóżku. Szafki nie są zamykane. Zdarzają się kradzieże.

Personel może dokonywać kontroli szafek. *Tam do szafek to zagląda każdy, kto chce. Ja nie wiem, czego oni tam szukają* (A30). Przytoczony wyżej 18 punkt Regulaminu w praktyce nie funkcjonuje.

Pieniądze pacjentów wpływają na konto depozytowe szpitala. Pacjent może dysponować swoimi pieniędzmi „w kwocie zatwierdzonej przez ordynatora”. Żaden z pacjentów nie mówił, aby miał jakieś problemy z dysponowaniem pieniędzmi. Dokumentacja wpływów i wydatków pacjenta jest prowadzona skrupulatnie i udostępniana pacjentom do wglądu.

Pacjenci nie przekazują darowizn na rzecz szpitala.

6.5. Wolność religii, opieka duszpasterska.

Ksiądz czasami przychodzi na oddział. Realizacja prawa do korzystania z usługi religijnej nie sprawia pacjentom problemu. Nie potrafili jednak nic więcej na ten temat powiedzieć.

6.6. Prawa wyborcze.

Podobnie jak w ROPS, pacjenci mieli możliwość wzięcia udziału w wyborach zarówno prezydenckich, jak i parlamentarnych. Obwodowa komisja wyborcza została zorganizowana na oddziale – każdy chętny pacjent mógł wziąć udział w wyborach.

6.7. Zakaz dyskryminacji.

W wypowiedziach pacjentów nie pojawiły się informacje, które świadczyłyby o dyskryminacji. Jedynie niektórzy z nich mówili, że na oddziale mają gorzej ci, których nie lubią salowi. Głównie dotyczy to tych pacjentów, którzy nie podporządkowują się poleceniom salowych, albo – jak to określali – *zadarli z personelem*

6.8. Kontrola warunków leczenia oraz legalności umieszczenia i pobytu pacjentów.

Skargi pacjentów kierowane są do Dyrektora Szpitala, do rzecznika NFZ, do rzecznika praw pacjenta w Ministerstwie Zdrowia i dotyczą głównie decyzji o przyjęciu lub odmowie wypisania z oddziału. Nie ma ewidencji wnoszonych skarg.

Szpital jest wizytowany co pół roku przez sędziego rodzinnego. Sędzia penitencjarny wizytuje oddziały, na których przebywają pacjenci umieszczeni postanowieniem sądu na obserwacji sądowo-psychiatrycznej, na detencji, więźniowie na leczeniu, pacjenci skierowani do leczenia na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości.

Ostatnie protokoły z wizytacji sądów nie zawierają żadnych zaleceń pokontrolnych (sprawozdania z wizytacji Szpitala, ze stycznia oraz z grudnia 2005 r., przeprowadzonej przez sędziego penitencjarnego Sądu Okręgowego w Gdańsku – Ewę Bałtrukowicz).

Występuje problem z kuratorami – brakuje chętnych do tej roli, zdarza się, że kuratorem pacjenta jest pracownik szpitala. Sporadycznie szpital występuje do sądu o zmianę opiekuna prawnego, jeśli ten nie spełnia swojej roli.

6.9. Zakaz pracy przymusowej.

Najwyższym w hierarchii przywilejów pacjenta jest zgodnie z regulaminem praca zarobkowa. Polega to na tym, że pacjent po zakwalifikowaniu go przez lekarza dostaje dokument „Zakwalifikowanie chorego do terapii zajęciowej”. Dokument ten zawiera dane personalne, rozpoznanie lekarskie, liczbę hospitalizacji, oraz określenie, gdzie pacjent może być zatrudniony – w gospodarstwie rolnym, w gospodarstwie ogrodniczym, warsztacie gospodarczym lub drużynie gospodarczej (patrz: Załącznik 4). Praca ta jest wynagradzana według stawki godzinowej, która w 2005 roku wynosi 0,57, 0,65 lub 1.21 zł za godzinę. Pacjenci pracują po 5 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu.

Jeden z pacjentów przebywający na internacji pracuje w drużynie gospodarczej i jego praca polega na rozładowywaniu dostaw do szpitala – jak nam powiedział: *W kółko węgiel, koks, ziemniaki* – zarabia miesięcznie 110 – 120 zł. Pacjent jest dumny z tego, że „wychodzi do pracy”, nie był do niej zmuszany.

Łączne w ten sposób zatrudnianych jest w szpitalu ok. 40 osób, w tym aktualnie 2 pacjentów z oddziału XXIV. Około 75% zatrudnionych pacjentów pochodzi z oddziału V, gdzie prowadzone jest leczenie psychoz alkoholowych i ostrych zespołów abstynencyjnych.

6.10. Zakaz tortur i innego nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.

W trakcie prowadzonego monitoringu w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu dla mężczyzn nie byliśmy świadkami nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania pacjentów.

Jednakże, podobnie jak w przypadku wizytowanych przez nas oddziałów w Gorzowie Wielkopolskim, pobyt pacjentów w oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu jest długoterminowy i niepokój budzi dominacja farmakoterapii oraz brak pełnej, rozbudowanej oferty terapeutycznej, obejmującej rehabilitację i resocjalizację. Sytuacja, w której brakuje kompleksowych oddziaływań leczniczych, terapeutycznych i resocjalizacyjnych ponad miarę wydłuża okres pozbawienia wolności i wobec niektórych pacjentów nosi naszym zdaniem cechy nieludzkiego traktowania. Ograniczenia finansowania, w tym dotyczące liczby i struktury zawodowej personelu, nie mogą uzasadniać zaniechania realizacji celów, dla których detencja została orzeczona. Nie można tolerować sytuacji, w której liczba i kwalifikacje personelu są niewystarczające do wykonywania przewidzianych dla placówki zadań.

W wypowiedziach pacjentów pojawiały się skargi na upokarzające traktowanie, groźby i agresję ze strony personelu, bądź brak reakcji na przejawy agresji między pacjentami: *Musimy prosić o kupione za swoje pieniądze papierosy. Nie wszyscy są tacy, ale niektórzy to jak się poprosi o papierosa, to traktują człowieka jak psa i rzucają papierosy na ziemię. Ale z nimi to lepiej nie zaczynać (...) jak im się coś nie podoba, to lutoją*” (A24). *Nie wiem, co by wtedy zrobili, bo ciągle nam grożą, że jak znajdą wódkę, to nas odeślą na ROPS, a tam to i palić nie wolno* (A27). *Tam to nawet mogą człowieka zabić, pacjenci ciągle biją się między sobą. są super-agresywni. Oni biją, a jak się poskarżysz salowemu, to on Ci mówi – a Ty sam to nie umiesz przy... i dalej palą papierosy. Mnie to kiedyś bili i kopali, jak już leżałem. Tam to jest piekło, a głównie wieczorem* (A33).

Jednym z czynników wyzwalających agresję jest przeludnienie oddziału. Tym bardziej wątpliwości budzi przyjmowanie na ten sam oddział do leczenia z jednej strony więźniów, z drugiej zaś pacjentów hospitalizowanych bez zgody na podstawie art. 23 lub 24 ustawy psychiatrycznej, tudzież przenoszenie z innych oddziałów na oddział XXIV chorych agresywnych celem zabezpieczenia.

Obowiązkiem placówki jest zapewnienie bezpieczeństwa przebywającym w niej pacjentom i zapobieganie wszelkim przejawom poniżającego traktowania ze strony personelu. Sytuacja związana z prawie dwukrotnym przeludnieniem oddziału, w którym przebywa ponad 90 pacjentów wobec przewidywanej w rozporządzeniu pojemności 50 osób, wymaga pilnego rozwiązania.

Poprawy wymagają materialne warunki pobytu chorych: zmniejszenie liczby łóżek na salach chorych, renowacja oddziałów, w tym remont łazienek i sanitariatów.

Oddział Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla kobiet i Oddział Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla mężczyzn w Gorzowie Wielkopolskim

Oddziały psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla kobiet i dla mężczyzn w Zespole Szpitalnym przy ul. Walczaka 42 w Gorzowie Wielkopolskim odwiedziliśmy w dniach 23 i 24 listopada 2005 roku. Dane zawarte w tym raporcie pochodzą z rozmów z Dyrektorem Szpitala, Leszkiem Wakuliczem, Lekarzem Naczelnym Zespołu przy ul. Walczaka, dr. Franciszkiem Zmyślonym, z pracownikami i pacjentami, a także z dokumentów placówki i obserwacji własnych. Informacje od pracowników i pacjentów zostały zakodowane (litera + cyfra).

I. Ogólne informacje o placówce.

Oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu dla kobiet i mężczyzn mieści się w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim. Jest to szpital wielospecjalistyczny obejmujący trzy Zespoły Szpitalne, usytuowane w różnych częściach miasta. Szpital zatrudnia 2200 pracowników i prowadzi 45 oddziałów. Sytuacja finansowa szpitala jest trudna. Szpital jest zadłużony, ale przyjęty plan restrukturyzacji pozwala na stopniowe zmniejszanie zadłużenia. Zakupy leków dla całego szpitala odbywają się w drodze przetargu. Poszczególne oddziały są budżetowane w skali miesiąca.

Interesujący nas Zespół Szpitalny przy ul. Walczaka 42 prowadzi 4 oddziały ogólnopsychiatryczne (po dwa dla kobiet i mężczyzn), oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie, oddział detoksykacji, oddział dzienny, 2 oddziały neurologiczne: dla dorosłych i dla dzieci, oddział chorób płuc oraz oddziały psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla mężczyzn i dla kobiet. Ponadto w Zespole Szpitalnym przy ul. Walczaka usytuowane są 2 Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze, Poradnia Neuropsychiatryczna, Wojewódzka Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc oraz zakłady diagnostyczne. Lekarzem naczelnym tego Zespołu jest dr Franciszek Zmyślony, który udzielił nam kolejnych informacji i udostępnił interesującą nas dokumentację.

Co do sytuacji oddziałów psychiatrii sądowej, problemem – zdaniem Dyrektora – jest to, że Oddział Lubuski NFZ na rok 2005 podpisał kontrakt na 45 osobo-dni, podczas gdy rozporządzenie z dnia 10 sierpnia 2004 r. przewiduje 50 łóżek dla mężczyzn i 35 łóżek dla kobiet. Lubuski oddział NFZ nie chce płacić za osoby spoza województwa. W związku z niedostatecznym poziomem finansowania w oddziałach są niewykorzystane miejsca, a 48 osób oczekuje na wykonanie detencji. Jak powiedział Dyrektor: *są ciągle rozróby z sądami, żeby przyjąć pacjenta.*

Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla mężczyzn (IXA) funkcjonuje od 2000 roku. Jest to oddział, którego obszar działania obejmuje województwa: lubuskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie.

Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla kobiet (IX B) uruchomiono w 2004 r. Jest on równocześnie zakładem psychiatrycznym i zakładem leczenia odwykowego. Przyjmuje kobiety, wobec których orzeczono środek zabezpieczający, z terenu całego kraju. W tym miejscu warto przypomnieć, że dla kobiet nie przewiduje się zakładów o maksymalnym zabezpieczeniu (ROPS).

Dr Zmyślony także podkreślał duży nacisk ze strony sądów na przyjmowanie pacjentów detencyjnych. Szpital odmawia i kieruje sąd do Ministerstwa Zdrowia. Były też interwencje w Sejmowej i Senackiej Komisji Zdrowia. Zdaniem lekarza naczelnego inne oddziały o podwyższonym zabezpieczeniu mają podobne problemy.

1. Warunki pobytu i leczenia.

Szpital Psychiatryczny w Gorzowie Wielkopolskim został wzniesiony w 1883 roku. Oddziały psychiatrii sądowej mieszczą się w jednopiętrowym budynku, do którego wchodzi się przez portiernię. Budynek został przystosowany do potrzeb wynikających z rozporządzenia ministra zdrowia w tej sprawie.

Na parterze zlokalizowano oddział dla mężczyzn, na piętrze oddział dla kobiet. Wejście na oddziały jest kontrolowane przez strażnika, który obsługuje monitorownię oraz otwiera i zamyka drzwi wejściowe. Pokoje chorych, są trzy, cztery lub pięciosobowe, przy łóżkach znajdują się szafki, a prócz tego na korytarzu szafa ubraniowa. Pokoje i sanitariaty są czyste i schludne. Na drzwiach łazienki umieszczono informację o dniach i godzinach kąpieli. Jest wydzielona palarnia. Sale chorych są oddzielone kratą od pokoju lekarskiego i pokoju pielęgniarek z jednej strony, z drugiej zaś od jadalni, gabinetu zabiegowego i pokoju psychologa. Ta druga kratka w ciągu dnia pozostaje otwarta.

Pacjenci mogą korzystać ze spacerów. Za budynkiem znajduje się wydzielony teren spacerowy, ogrodzony murem. Pacjenci mówili, że: *Spacerów nie ma, bo nie ma terapeutki zajęciowej (M10). Latem wychodzimy na spacer, zimą nie (M9). Jak jest ciepło, to można spacerować nawet pół dnia, w zimie, jak się chce, niektórzy nie mają odzieży (M7)*. Na oddziale IXA wywieszona jest informacja, że „spacery pacjentów odbywać się będą w godzinach od 13:00 do 14:30 w ogrodzie przy oddziale, w obecności 2 osób z personelu (...) zakaz wyprowadzania pacjentów równocześnie z pacjentkami z oddziału IXB”. Według relacji personelu spacery odbywają się *raz lub dwa razy dziennie, chyba, że pogoda...* W czasie naszej wizyty z uwagi na trwający remont izby przyjęć i jej tymczasowe umieszczenie w budynku, w którym znajdują się oddziały psychiatrii sądowej, spacery pacjentów nie odbywały się w ogrodzie, lecz tylko w wybetonowanym, monitorowanym kamerą, spacerniaku, zabezpieczonym siatką i drutem kolczastym.

2. Warunki pobytu i leczenia w ocenie pacjentów.

2.1. Warunki bytowe.

Pacjentki i pacjenci najczęściej określali warunki bytowe jako normalne, nie narzekali na wielkość sal i wyposażenie: zdaniem pacjentki z oddziału kobiecego *Warunki pobytu są dobre, nie można powiedzieć, że jest coś złe (...) zauważyłam, że człowiek co na wolności był dziadem, to się [tutaj] robi wielkim panem i wielkie wymagania ma, jest czysto, pościel zmieniają co dwa tygodnie (...) można parzyć kawę i herbatę między 6:30 a 22:00 (T7). Warunki to tu można wytrzymać. Chociaż w więzieniu to jest lepiej. Swobodniej i lepsze są warunki (...) tu jest kilku innych i nic tu więcej nie ma w tej celi (A10).*

2.2. Higiena.

Pacjenci nie narzekali na warunki w sanitariatach. Oceniali je jako wystarczające. Łazienkę uważali za dostępną. Warunki w sanitariatach w opinii pacjentek są znośne i jak ktoś chce, to spokojnie może się umyć i zadbać o siebie. Według jednej z pacjentek (M9) można z niej korzystać poza wyznaczonymi godzinami: *Można poprosić, to otworzą.* Pacjentki mają mydło, szampon, proszek do prania. Kupują je sobie same za własne pieniądze. Jeżeli ktoś zupełnie nie ma możliwości zakupu na własny koszt, to wtedy szpital mu to zapewnia. Większość kobiet sama zaopatruje się w środki czystości.

Raz w tygodniu kąpiel jest przymusowa i wtedy kąpane są nawet te pacjentki, które nie mają na to ochoty. W czasie naszej wizyty słyszeliśmy, jak pielęgniarka z oddziału kobiecego prosiła, aby „dać paru pacjentów” do pomocy przy kąpieli. Pracownicy ochrony także mówili, że pomagają w doprowadzeniu do łazienki i kąpieli niechętnych pacjentek.

2.3. Wyżywienie.

Jadalnia równocześnie pełni funkcję świetlicy, sali dziennego pobytu i miejsca odwiedzin. Jadalnia była oceniana przez pacjentów jako zapewniająca normalne warunki. Jeden z pacjentów powiedział: *Przecież oni nas gonią, żebyśmy tu szorowali i sprząkali, no to mamy czysto (A12).* Skarżą się natomiast na niewystarczające ilości jedzenia i na to, że jedzenie jest zimne i niesmaczne: *Na szczęście można sobie coś zamówić w mieście. Ja to sobie zamówiłem ostatnio pizzę z miasta.*

W jadalni jest wydzielone miejsce, gdzie można sobie zrobić herbatę albo kawę. Herbatę i kawę pacjenci kupują sobie sami, nie ma w tym zakresie ograniczeń, tylko – jak to określają pacjenci – *czepiają się, jeżeli ktoś robi sobie kawę późno wieczorem.*

Warunki w jadalni według pacjentek są normalne, tylko *trochę jest zimno.*

2.4. Używki.

Na oddziale obowiązuje zakaz spożywania alkoholu. Żaden z pacjentów nie potrafił sobie przypomnieć przypadku wniesienia na oddział alkoholu i picia na jego terenie. Nie potrafili również nic powiedzieć o przypadku dostarczenia na oddział lub zażywania narkotyków. Na terenie oddziału znajduje się wydzielona palarnia, która mieści się za toaletami. Jest to małe, ciasne pomieszczenie przez całą dobę monitorowane. Dostęp do palarni jest całkowicie swobodny, również w nocy. Jak to wynika z rozmów z ochroną, są tacy pacjenci, którzy w palarni przesiadują całymi godzinami – również w nocy. Jeden z ochroniarzy powiedział: *Jak zauważamy, że ktoś śpi tam, albo siedzi w nocy parę godzin, to zawiadamiamy personel na oddziale* (K8). Pacjenci kupują sobie papierosy, zamawiając je u personelu. Nie ma żadnych ograniczeń w paleniu.

Również na oddziale kobiecym obowiązuje całkowity zakaz używek, oprócz papierosów. Żadna z pacjentek nie pamiętała incydentu wniesienia na oddział alkoholu albo dostarczenia narkotyków. Na oddziale jest palarnia, z której korzysta większość pacjentek, papierosy kupują sobie przy pomocy personelu. *W palarni to jest prawdziwa świetlica. Tam można sobie spokojnie pogadać* (A15).

Odwiedzający są sprawdzani, żeby w czasie wizyty nie byli pijani i żeby nie próbowali wносить na oddział alkoholu.

3. Regulaminy.

Pacjenci mogą zapoznać się z wywieszonym na oddziale jego regulaminem. Regulamin został opracowany przez ordynatora na podstawie „regulaminu ramowego” (rozporządzenie z dnia 10 sierpnia 2004 r.). Nie istnieje formalna procedura skargi. Zdaniem lekarza najczęstsze skargi pacjentów dotyczą *tego, że tu są*. Ponadto istnieje regulamin dla odwiedzających oraz dokument „Obowiązki pacjenta”.

4. Warunki zabezpieczenia.

Oddziały psychiatrii sądowej o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia nie spełniają wymogów zawartych w rozporządzeniu z dnia 10 sierpnia 2004 r. (patrz tabela).

Przede wszystkim nie jest spełniony wymóg dotyczący liczby personelu, która powinna dwukrotnie przewyższać pojemność zakładu. Docelowa pojemność zakładu to 50 miejsc na oddziale dla mężczyzn i 35 na oddziale dla kobiet, aktualnie hospitalizowanych jest o połowę mniej osób. Z tego też względu nie ma podziału na pododdziały o mniejszej pojemności.

Warunki zabezpieczenia w OPS o wzmocnionym zabezpieczeniu w Gorzowie Wlkp.	
Podstawowe	
Zapewnienie stałego nadzoru nad sprawcami przebywającymi w zakładzie	Tak
Drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające sprawcom samowolne opuszczenie zakładu	Tak
Wzmocnione	
System telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek oraz korytarzy	Tak
Elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien	Tak
Możliwość wydzielenia od 10- do 20-lózkowych pododdziałów	Docelowo tak, ale obecnie bez pododdziałów i – zarówno na oddziale męskim jak i żeńskim – nieco powyżej 20 osób na oddziale
Bezpośredni dostęp do ogrodzonego terenu rekreacyjnego	Tak, ale w chwili wizytacji ograniczony dostęp z powodu prac remontowych
Personel w liczbie co najmniej dwukrotnie większej niż pojemność zakładu	Nie, stosunek liczby personelu do pacjentów zbliżony do 1:1
Maksymalne	
Personel wyposażony w system osobistych elektronicznych urządzeń alarmowych sygnalizujących zagrożenie	Tak
Otoczone oświetlonym, nadzorowanym za pośrednictwem telewizji wewnętrznej, gładkim murem o wys. co najmniej 5,5 m lub innymi zabezpieczeniami o porównywalnej skuteczności, uniemożliwiającymi samowolne oddalenie się sprawcy	Nie
Personel w liczbie co najmniej dwu i półkrotnie większej niż pojemność zakładu w tym personel sprawujący ochronę nad sprawcami czynów zabronionych w liczbie nie mniejszej niż jedna trzecia pojemności zakładu	Nie

Oddział jest chroniony przez wynajętą przez Szpital firmę ochroniarską: IMPEL SECURITY POLSKA Sp. z o.o. W § 2 odpowiedniej umowy zleceniobiorca zobowiązuje się do ochrony obiektu, poprzez między innymi (§ 5) „niezwłoczny przyjazd załogi interwencyjnej na każde wezwanie osoby upoważnionej przez zleceniodawcę w celu zaprowadzenia ładu i spokoju na terenie ochranianego obiektu” oraz (§ 7) „interwencję na oddziale IX A wyłącznie na zlecenie lekarza w obecności jego lub pielęgniarki z Izby Przyjęć”. § 3 tej umowy brzmi: „zleceniobiorca zapewnia

zleceńodawcę, że czynności określone w § 2 (ochrona obiektu) wykonywane będą przez przeszkolonych i licencjonowanych pracowników zleceniobiorcy zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa”.

Ochroniarze musieli spełniać wymogi kwalifikacyjne przewidziane przez firmę IMPEL. Do pracy w szpitalu kierował ich pracodawca, bez dodatkowych rozmów kwalifikacyjnych z personelem szpitala. Firma IMPEL zapewniała szkolenia z zakresu bh.p. Pracownicy twierdzili również, że odbyli szkolenie „z zakresu prawa karnego”.

System kamer wewnętrznych i zewnętrznych obsługiwany jest przez pracownika pełniącego służbę w dyżurce (monitorowni). Obraz z kamer nie jest nagrywany. Pracownik w dyżurce miał do dyspozycji kajdanki i pałkę służbową. Nie udało nam się dowiedzieć, czy i – ewentualnie – kiedy były używane. Pracownicy ochrony mają listę pacjentów z ich podziałem na sale, jak też zapis ruchu chorych.

II. Personel.

Oddziały psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu – IX A i IX B – mają jednego ordynatora – jest nim lek. med. Jan Bartoszewicz (nie mogliśmy z nim rozmawiać, ponieważ w czasie naszej wizyty przebywał na urlopie). Ponadto oba oddziały zatrudniają podobną liczbę kadry: na oddziale męskim pracują: 1 lekarz, 13 pielęgniarek, 1 psycholog, 8 salowych i 1 sekretarka medyczna. Na oddziale kobiecym: 1 lekarz, 12 pielęgniarek, 1 terapeutka zajęciowa, 7 salowych.

W Zespole Szpitalnym przy ul. Walczaka zatrudniony jest 1 pracownik socjalny. Jak nam powiedział (K3), do jego kompetencji należy załatwianie spraw związanych z uzyskaniem przez pacjentów świadczeń socjalnych (renty, emerytury, zasiłki) oraz ich spraw mieszkaniowych.

Pracownik odpowiedzialny za konta depozytowe zajmuje się obsługą indywidualnych kont depozytowych pacjentów (wyodrębnionych jedynie w dokumentacji szpitala – wszystkie pieniądze spływają na jedno konto). Ponadto pracownik ten odpowiedzialny jest za opłacanie czynszu za mieszkania pacjentów, jak też – ewentualnie – przekazywanie pieniędzy rodzinie.

Na oddziale w nocy bywa 1 pielęgniarka i 1 salowa, w trudnej sytuacji mogą wezwać ochronę, a ochroniarz może wezwać policję lub sanitariuszy (M8), dyżur lekarski w nocy pełni jeden z lekarzy dyżurnych całego zespołu szpitalnego przy ul. Walczaka.

Według dr. Zmyślonego to głównie czynniki finansowe sprawiają, że nie ma odpowiedniej liczby kadry. Jego zdaniem przede wszystkim należy zatrudnić dodatkowych lekarzy i terapeutów zajęciowych. Jeśli chodzi o już zatrudniony personel, to jest on dosyć stały (nie ma dużych fluktuacji zatrudnienia). Obsada sanitariuszy została zapewniona kosztem innych oddziałów szpitala, przy

zatrudnianiu obowiązywała zasada dobrowolności, jednocześnie proponowano maksymalne możliwe stawki wynagrodzenia.

W ocenie jednego z członków personelu: *z jednej strony jest zbyt mało personelu, ale norma jest wygórowana, jak byśmy jej przestrzegali to by personel zadeptał pacjentów* (M8). Jak zaobserwowaliśmy, bywało, że przez ponad 45 minut w części oddziału, na której znajdują się pacjenci, nie ma nikogo z personelu, pacjenci są sami, zaś personel przebywa w swoich pomieszczeniach. Po zakończeniu rozmów z pacjentami pomagali nam oni w poszukiwaniu kogoś z personelu, żeby nas wypuścił z oddziału.

W czasie rozmów z nami pacjenci mówili, że wizyty lekarskie na oddziałach są krótkie. *Zazwyczaj doktor przychodzi, staje w drzwiach sali i pyta: czy wszystko w porządku? - nie czeka co my powiemy (...) a potem to już jest za kratą* (A15); *Z lekarzem to nie ma możliwości porozmawiać. Oni nigdy nie mają czasu (...) a jak przyjdą to i tak nas nie słuchają* (A8); *Wizyta trwa 5 minut (...) doktor lata i pyta „co słyhać”, ale i tak nikt mu nie opowiada* (A17); *Lekarz to do nas nie przychodzi (...), on siedzi cały czas za kratami razem z pielęgniarkami* (A18).

Różnie oceniano pielęgniarki: *Niektóre pielęgniarki są w porządku a niektóre to koszmar (...) ale my mamy spokój, bo oni prawie cały dzień siedzą za kratą* (A-9), *oni nas nie lubią* (A 11); *Z personelem to my nie mamy dużego kontaktu. (...) pielęgniarki roznoszą lekarstwa, trochę pokrzyczą, a potem znowu siedzą za kratą* (A15); *Pielęgniarki są 2 i zawsze za kratami (...) jak się coś chce, to się je woła* (A16).

III. Pacjenci.

Według dr. Zmyślonego, 90 % pacjentów w oddziałach o wzmożonym zabezpieczeniu to osoby chorujące na schizofrenię, które popełniły zabójstwa. Zdarzają się próby umieszczania w oddziale pacjentów już zdiagnozowanych, ale przed wydaniem postanowienia o zastosowaniu środka zabezpieczającego przez sąd – szpital nie przyjmuje takich osób.

Na oddziałach prowadzone są także obserwacje sądowo-psychiatryczne, w ubiegłych latach takich pacjentów bywało więcej – 10 – 12 rocznie, obecnie 2 – 3 osoby na rok.

W dniu 23 listopada 2005 r. na oddziale męskim przebywało 26 pacjentów. Wszyscy pacjenci zostali przyjęci na podstawie postanowienia sądu.

Czas pobytu: do pół roku – 12 osób, 7 do 12 mies. – 3 osoby, 13 do 24 mies. – 5 osób, 25 do 36 mies. – 3 osoby, powyżej 3 lat – 5 osób, najdłużej hospitalizowana osoba przebywa 5 lat i 7 miesięcy.

W okresie od 1 stycznia do 21 grudnia 2005 r. na oddział przyjęto 25 osób, 14 z nich posiadało opinię komisji psychiatrycznej. 10 osób przebywało poprzednio w zakładach o maksymalnym zabezpieczeniu, a 9 osób w domach (pozostałe

osoby: zakład karny – 1, areszt śledczy – 1, zakład o podstawowym zabezpieczeniu – 2, szpital ogólny – 1). W tym samym czasie wypisano 19 chorych, żaden z nich nie był opiniowany przez komisję psychiatryczną. 12 osób zostało wypisanych do domu, 2 – do ROPS, 3 – do zakładu o podstawowym zabezpieczeniu, jedna osoba zmarła, 1 została wypisana do szpitala ogólnego).

Na oddziale kobiecym w dniu 18 stycznia 2006 r. przebywały 23 pacjentki (w czasie badań 22). Czas pobytu: do pół roku – 7 osób, 7 do 12 mies. – 10 osób, 13 do 24 mies. – 6 osób, najdłużej hospitalizowana osoba przebywa 1 rok i 2 miesiące.

W okresie od 1 stycznia do 21 grudnia 2005 r. na oddział przyjęto 18 osób, 10 z nich posiadało opinię komisji psychiatrycznej. 9 osób przebywało poprzednio w zakładach o podstawowym zabezpieczeniu, 3 w zakładzie karnym, 1 w areszcie śledczym, 3 chore były przyjęte z domu i 2 ze szpitala ogólnego.

W tym samym czasie 7 pacjentek zostało wypisanych, żadna z nich nie posiadała opinii komisji psychiatrycznej. 3 osoby zostały zwolnione do domu, 2 przeniesiono do oddziału odwykowego, 2 do szpitala ogólnego i 1 do zakładu psychiatrycznego o podstawowym zabezpieczeniu.

IV. Opieka medyczna.

Jeśli chodzi o pacjentów pozostających w dyspozycji sądów, zdaniem dyrekcji szpitala kontrakt z NFZ limitujący liczbę pacjentów jest zaniżony w stosunku do potrzeb i możliwości szpitala. Pracownicy oddziałów psychiatrii sądowej uważali, że: *Psychiatria sądowa powinna być finansowana z budżetu. U nas pieniądze trafiają do jednego worka, a dyrekcja nie jest zainteresowana rozwojem psychiatrii (M10, T12).*

Na oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu na 1 lekarza przypada 20 – 25 pacjentów. Dominującą formą leczenia jest farmakoterapia. Stosowane są zarówno leki pierwszej, jak i drugiej generacji, aczkolwiek dominują te pierwsze. U niektórych pacjentów stosuje się więcej niż jeden neuroleptyk. Lekarze twierdzili, że rzadko stosowane są bardzo wysokie dawki neuroleptyków. Z rozmowy z dr. Zmysłonym jak i lekarzami oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu wynikało, że nie ma poważniejszych problemów, jeśli chodzi o zaopatrzenie w leki, także leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji. Niektóre z tych leków szpital otrzymuje od firmy farmaceutycznej „za złotówkę”. Nie ma problemów z dostępnością badań specjalistycznych jak i lekarzy specjalistów (na miejscu bądź w szpitalu przy ul. Dekerta). Jeśli pacjent detencyjny musi być leczony somatycznie na innym oddziale, np. chirurgicznym, to jest pilnowany przez personel delegowany z oddziału sądowego lub ochronę.

Poza farmakoterapią na oddziałach o wzmożonym zabezpieczeniu prowadzi się niewiele usystematyzowanych oddziaływań psychoterapeutycznych lub

rehabilitacyjnych. *Brakuje pieniędzy na wszystko, brak sprzętu, pacjenci cierpią na bezczynność* (M8).

Od roku prowadzona jest terapia zajęciowa (M10), są to „rysunki, malunki, puzzle dla chętnych”. Według jednej z pacjentek terapeuta jest codziennie i *można coś z wetny wykonywać*. Inna twierdziła, że *terapeutka przychodzi, (...) nic nie robimy, bo przecież ona nic nie ma (...) to niby co mamy robić (...) rozmawiać?* (A15) Zdaniem kolejnej pacjentki *Terapeutka to pokazuje, jak się robi na szydelku albo drutach (...) szkoda, że jest tylko raz w tygodniu* (A20). Inna pacjentka powiedziała, że sala terapii zajęciowej otwarta jest codziennie od 8:00 do 15:00 – *Można szydełkować, robić na drutach*, poza tym w czwartki jest psycholog, któremu *problemy można powiedzieć* (pacjentka w czasie swojego ponad rocznego pobytu raz skorzystała z tej możliwości).

Raz w tygodniu odbywa się na oddziale zebranie społeczności, gdzie omawiane są konflikty między pacjentami oraz prowadzone są zajęcia psychoedukacyjne (M10).

Według pacjentów, z którymi rozmawialiśmy, czasami opieka medyczna jest trudna do wyegzekwowania. Na przykład do stomatologa trzeba się zapisać i bardzo długo czekać, bo według naszych rozmówców stomatolog może przyjąć tylko jednego pacjenta dziennie. Jeden z rozmówców twierdził, że jak się jest chorym, przeziębionym itp., to trzeba samemu sobie kupić lekarstwa. Ostatnio, kiedy był chory, to kupił sobie za swoje pieniądze syrop i Neoangin (A 14) .

Także pacjentki oceniały, że opieka medyczna jest „niewystarczająca” – skarżyły się głównie, że nie mają szansy na zbadanie przez ginekologa: *Jakie badania? Miałam krew i mocz, jak przyszłam, a potem to już lekarz mnie nie badał* (A16); *Jak jestem chora, to pielęgniarka daje mi jakieś lekarstwa* (A19); *Jak ktoś ma gorączkę albo mu brzuch wysiądzie, to coś tam daje pielęgniarka* (A18).

Na oddziale kobiecym jest pacjentka wymagająca opieki pielęgnacyjnej – trzeba ją myć, zmieniać jej pampersy. Często jest agresywna i nie pozwala nic przy sobie robić. Według opinii pacjentek, personel jej nie lubi, ale dba o to, żeby zmieniać jej pieluchy.

Z rozmów z pacjentami wynika, że mają mały kontakt emocjonalny z personelem. Bardzo rzadko pacjenci potrafili wskazać kogoś, kogo uważaliby za przyjaznego dla pacjentów. *Tylko z panią psycholog czasami można porozmawiać... jak ma czas* (A11); *Najgorsze jest to, że nie ma tu z kim pogadać, jak się ma problem. Nikt nie ma czasu (...) oni tylko mają czas na nas krzyczeć. W szpitalach, gdzie byłem wcześniej, to ciągle ktoś coś z nami robił, a tu to cały dzień leżymy albo chodzimy po korytarzu* (A10). Nasze obserwacje potwierdzają wypowiedzi pacjentów.

Chociaż oddział dla kobiet powinien również pełnić funkcję oddziału leczenia odwykowego, nie ma takiej oferty terapeutycznej i *nie przyjmuje narkomanek* (T11).

4.1. Procedury o podwyższonym ryzyku.

W oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu lekarz, z którym rozmawialiśmy, mówił o dwóch pacjentach leczonych elektrowstrząsami. Przed podjęciem leczenia uzyskiwano odrębną zgodę pacjenta. W szpitalu nie ma standardowego formularza pisemnej informacji, ani formularza świadomej zgody na leczenie EW. Aktualnie w oddziale przebywa pacjent, u którego rozważano leczenie EW, jednakże odstąpiono od tego z powodu braku zgody. W oddziałach nigdy nie stosowano leczenia śpiączkami insulinowymi lub atropinowymi.

4.2. Eksperymenty medyczne.

Z informacji od dr. Zmyślonego i innych lekarzy wynika, że w oddziałach psychiatrii sądowej nie prowadzono żadnych badań naukowych, w tym badań oceniających skuteczność leków. Badań takich nie prowadzono również w innych oddziałach psychiatrycznych szpitala.

4.4. Przymus bezpośredni.

Według lekarza naczelnego szpitala, dr. Zmyślonego, przymus bezpośredni w oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu stosowany jest rzadko, częściej taka konieczność występuje na oddziałach ogólnopsychiatrycznych, gdzie także agresja bywa poważniejsza – w tym roku została pobita jedna pielęgniarka, doznała urazu głowy i miała połamane żebra. Pasy stosuje się, gdy *pacjent stwarza zagrożenie dla innych chorych, a przede wszystkim dla personelu*. Decyzję o zastosowaniu przymusu podejmuje zawsze lekarz, a lekarz naczelny ją zatwierdza.

Otrzymaliśmy dane dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego za 3 kwartały 2005 roku:

Zastosowane środki	I kwartał 2005	II kwartał 2005	III kwartał 2005
Oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu dla mężczyzn			
Przytrzymanie	–	–	–
Przymusowe podanie leków	–	–	–
Unieruchomienie	1	–	–
Izolacja	–	–	–
Oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu dla kobiet			
Przytrzymanie	–	–	–
Przymusowe podanie leków	–	–	–
Unieruchomienie	7	10	5
Izolacja	–	–	–

Z relacji lekarzy oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu wynikało, że przymus bezpośredni stosowany jest bardzo rzadko (*My preferujemy kaftan farmakologiczny*) – na oddziale męskim w ciągu trzech kwartałów 2005 roku unieruchomienie zastosowano jedynie raz, zaś na oddziale kobiecym 22 razy (w tym wypadku unieruchomienia dotyczyły tej samej pacjentki; powodami zastosowania unieruchomienia pasami bezpieczeństwa były: agresja w stosunku do personelu i pacjentów, autoagresja, niszczenie przedmiotów; Zastosowanie przymusu zostało właściwie opisane w kartach zastosowania przymusu bezpośredniego, nie wszystkie jednak przypadki unieruchomienia były również odnotowane w historii choroby).

Z rozmów z pacjentkami z oddziału wynikało także, że jest jedna chora, która bywa *wiązana w pasy*. Pacjentki zgodnie twierdzą, że nie ma innego wyjścia: *Jest taka jedna pacjentka (...) ona cały czas krzyczy i wszystkich bije (...) jej to nie lubią (...) pielęgniarki ją przywiązują na parę godzin i się uspakaja* (A19).

Jeśli zachodzi potrzeba, to – według pacjentów – stosuje się pasy i przywiązuje pacjentów do łóżka na salach.

Z informacji uzyskanych od pracowników i pacjentów: *Pielęgniarki nie zlecają przymusu, zawsze jest dyżur psychiatryczny* (M8). *Jeżeli już jest stosowany przymus, to na sali ogólnej* (M8); *Jedna pacjentka jest zapinana tak co drugi dzień, na 2 – 3 godziny, w sali. Inni pacjenci zachowują się, jakby nic się nie stało* (M9). *Pielęgniarki zapinają, lekarz później zdecyduje na obchodzie* (M9). *Przez 6 lat pamiętam 1 przypadek zapięcia w pasy, ale bez bicia, szarpania* (M7).

Poza przymusem bezpośrednim określonym w ustawie psychiatrycznej są sytuacje, w których pacjent jest fizycznie przymuszany do wykonania czynności higienicznych – w tym kontekście byliśmy w trakcie naszej wizyty świadkami następującego zdarzenia: pielęgniarka z oddziału kobiecego zeszła na oddział męski i poprosiła, aby *dać pacjentów żeby pomogli „zataszczyć” do łazienki „tą grubą”* [pacjentkę], *która nie chce się wykapać*. Pomimo odmowy personelu, w tym lekarza, pielęgniarka nadal nalegała: *Co nie można ?, no przecież zawsze nam pomagali*.

V. Sytuacje trudne.

Sędzia penitencjarny, wizytujący szpital, stwierdził że „na przestrzeni roku 2005 na terenie oddziałów psychiatrycznych w Szpitalu w Gorzowie Wlkp., gdzie przebywają osoby internowane, nie było wypadków nadzwyczajnych, tj. ucieczek, pobić, bójek lub prób samobójczych”.

Dr Zmyślony podał, że w ogóle w historii oddziałów psychiatrii sądowej (od 2000 r.) były dwa lub trzy przypadki samowolnego oddalenia się pacjentów. Jedna z sytuacji dotyczyła pacjentki, która oddaliła się z oddziału położniczego po urodzeniu dziecka.

Jedynie dokonane samobójstwo miało miejsce wkrótce po otwarciu oddziału męskiego w 2000 roku (pacjent powiesił się w łazience, gdzie nie było monitoringu).

Prawdopodobnie namówili go pod sądni, żeby w tym czasie zorganizować ucieczkę (M10).

Sporadycznie zdarzają się samookaleczenia (w 2005 roku pacjent oddziału męskiego dokonał samookaleczenia ostrzem z maszynki do golenia, zdaniem personelu nie była to próba samobójcza).

Według relacji personelu trzy lata temu *2 osoby na obserwacji sądowo-psychiatrycznej „poturbowały” sanitariusza* – i był to jedyny poważny atak na personel w historii istnienia oddziału.

Oddział ma system alarmowy, przez który można wezwać ochronę. Ochroniarz z kolei może wezwać policję lub sanitariuszy z Izby Przyjęć. Ten system alarmowy nie był używany od 3 lat, *wcześniej tak, jak byli obserwanci z aresztu (M8).*

Sytuacji trudnych według pacjentów nie ma dużo. Pacjenci są rzadko agresywni. *A jeśli ktoś kogoś nie lubi, to stara się go unikać.* Jak to określają pacjenci, tu się wszyscy znają i po co mają się kłócić.

Konflikty między pacjentami dotyczą podkradania żywności, wyłudzenia pieniędzy, papierosów. Agresja słowna, *jak to może być między organiczką a psychopatką.* Na oddziale męskim zdarzył się przypadek molestowania seksualnego (nie doszło do gwałtu) (M10). Konflikty pomiędzy pacjentami są łagodne lub rozwiązywane w drodze perswazji i spotkań z psychologiem. *Jak pacjentki się kłóciły, wyzywały się od k....., to pielęgniarka zwróciła uwagę (M9). Tu jest najlepiej, jest koleżeństwo, nie ma kradzieży. Personel czasem pokrzyczy, ale bez obrażania (M7).* Pacjent (K5) stwierdził, że tutaj nie dochodzi do jakichś znaczących przejawów agresji. Sporadycznie zdarzają się kłótnie pomiędzy pacjentami. Większość pacjentów trzyma się razem i wzajemnie sobie pomaga.

W opinii pracowników ochrony agresja pomiędzy pacjentami zdarza się rzadko. W takich sytuacjach najczęściej interweniuje personel pielęgniarski, a czasami „pomagają sami pacjenci”.

VI. Prawa pacjentów internowanych.

6.1.Prawo do informacji.

Według lekarzy oddziału pacjenci otrzymują podstawowe informacje dotyczące powodów przyjęcia na oddział, rozpoznania i prowadzonego leczenia. Pacjenci sporadycznie proszą o możliwość wglądu do własnej dokumentacji medycznej; mają taką możliwość w obecności lekarza.

Niektórzy pacjenci pytani o to, czy wiedzą na co chorują i jak są leczeni, odpowiadali twierdząco, inni mówili, że ich to nie interesuje: *Nie pytam, nie znam się na tym* (T9). Wielu twierdziło, że nie są informowani: *Wiem, na co choruję, z kart informacyjnych. Lekarz wyjaśnia, jakie leki zleca i dlaczego, pielęgniarki nie mówią, tylko odsyłają do lekarza* (M7); *O chorobie też nie chcę rozmawiać, (...) jak się pytam, co ze mną, to słyszę: nie bądź za ciekawa (...) jestem tu wiele miesięcy i nie wiem co biorę* (A17). „*Nic nie tłumaczą, dają leki i już* (M9). „*Podają nam wszystko rozpuszczone, żeby tylko wypić. Ja nie wiem, co dostaję, a jak zapytałem, to mi lekarz powiedział „leczenie to pozostaw nam”* (A13).

Wielu pacjentów stwierdziło, że problemem dla nich jest to, iż lekarz nie chce z nimi rozmawiać o tym, jaka jest ich sytuacja, jak długo tu będą, gdzie pójdą dalej. Jeden z nich powiedział: *Jak byłem w więzieniu, to wszystko było jasne (...) a tu jak człowiek wpadł, to już chyba na zawsze (...) i nic człowiek nie wie o sobie* (A11).

Również najwięcej zastrzeżeń pacjentek budzi to, że – jak twierdzą – nikt z nimi nie rozmawia na temat ich pobytu w placówce – ile może potrwać, od czego zależy jego długość, gdzie mogą być przeniesione: *Jak przyjdzie czas, to ci powiemy* (A18).

Na oddziałach znajdują się odbiorniki telewizyjne, pacjenci mogą posiadać własne odbiorniki radiowe. Oddziały nie prenumerują gazet. Na oddziale męskim jest niewielka (60 – 80 książek) biblioteczka.

6.2. Prawo do kontaktu z osobami z zewnątrz.

Kontakt telefoniczny	Tak (zarówno odbieranie, jak i wykonywanie rozmów)
Korespondencja	Tak (bez ograniczeń)
Odwiedziny	Tak
Przepustki	Nie

Na obu oddziałach są telefony wrzutowe do użytku pacjentów. Osoby przebywające na obserwacji sądowo-psychiatrycznej nie mogą z nich korzystać. Telefony (automaty TPSA) znajdują się obok pomieszczeń personelu i są oddzielone kratą od części oddziału, na której przebywają pacjenci. Według jednej z pacjentek: *Można korzystać z telefonu bez problemu, na korytarzu jest telefon na kartę, można dzwonić bez ograniczeń* (M9). Jeden z pacjentów (K5) twierdził, że *od 19.00 do 20.00 można dzwonić. Kolejka stoi do telefonu. Telefon jest za kratą, więc wpuszczają nas pojedynczo* (A1). Byliśmy świadkami sytuacji, w której pacjent prosił o możliwość skorzystania z telefonu, a pielęgniarka stwierdziła, że teraz to niemożliwe i będzie mógł zadzwonić później. Naszym zdaniem w danym momencie nie było żadnej obiektywnej przyczyny uzasadniającej odmowę skorzystania z telefonu.

U osób przebywających na obserwacji sądowo-psychiatrycznej „z wolnej stopy” oraz pacjentów internowanych odwiedziny rodzin i znajomych są możliwe codziennie między 10:00 a 16:00. *Odwiedziny regulaminowo są dwa razy w tygodniu, ale pozwolą zawsze (M7); Odwiedziny mogą być codziennie, nie są limitowane (M8); Odwiedziny mogą być, kiedy się chce, tylko dzieci nie mogą (M9).* Odmawia się, jeżeli odwiedzający są pod wpływem alkoholu.

W trakcie naszej wizytacji przedstawiono nam obszerną korespondencję, dotyczącą możliwości udzielania przepustek osobom internowanym, prowadzoną przez ordynatora oddziału między innymi z Sądem Okręgowym, Ministerstwem Zdrowia, biurem RPO oraz psychiatrycznym nadzorem specjalistycznym. Zgodnie ze stanowiskiem sędziego penitencjarnego (sędzia Bajzert) obowiązujące przepisy nie dają takiej możliwości. W sprawozdaniu sędziego penitencjarnego z wizytacji w październiku 2005 r. znajduje się adnotacja, że lekarze uważają, iż w przepisach wykonawczych w zakresie internacji powinna istnieć możliwość udzielania osobom internowanym przepustek okresowych w celu utrzymania więzi z rodzinami i sprawdzenia zachowania w warunkach wolnościowych. Równocześnie sędzia nie stwierdził, by takie nieuprawnione udzielanie przepustek miało miejsce.

Regulamin w punkcie 4. mówi: „Pacjent ma prawo do codziennych spacerów w miejscu do tego wydzielonym, a w miarę postępu w leczeniu może mieć prawo do wyjść poza teren szpitala i na przepustkę.” Pracownik oddziału (M4) podawał, że u nich nie ma przepustek i oceniał to jako niekorzystne. Według informacji od personelu niektórzy pacjenci, *tacy, których dobrze znamy, i wiemy, że nie uciekną,* korzystają z możliwości wyjść *pod opieką personelu* na teren szpitala. Niektórzy pacjenci twierdzili, że mają możliwość samodzielnego wyjścia zarówno na teren szpitala jak i do pobliskiego centrum handlowego.

Pacjenci podawali również, że nie mogą uzyskać przepustki dla załatwienia ważnych spraw prywatnych (M3). Inny pacjent (M7) podawał, że: *Kiedyś były wyjścia, ale jeden uciekł i sędzia zabronił. Doktor czasem pozwala wyjść na 2 – 3 godziny na teren szpitala. Do Tesco nie wolno, ale koledzy czasem pojedą po cichu.* Inny pracownik (M8) w tej sprawie wyjaśniał: *Nie ma przepustek do domu, ale lekarz wypuszcza pod opieką rodziny do parku, do sklepu.*

Od kilku lat nie ma przepustek (M7).

6.3. Prawo do prywatności.

Według lekarza naczelnego korespondencja pacjentów nie jest cenzurowana.

Zdaniem pracowników i pacjentów jest: *Czytana jest na pewno ta korespondencja, która wychodzi (M10). Listy wysyłam, mamy dawać nie zaklejone, a przychodzące to pani doktor czyta, a potem nam da (M9).* Według innego pacjenta listy są otwierane i czytane (wszystkie oprócz tych z sądu i z prokuratury) (K5). Lekarz oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu dla kobiet stwierdziła, że przegląda

korespondencję wysyłaną przez pacjentki, które *są już przyzwyczajone i przed wysłaniem same przynoszą niezaklejone listy*. Niektóre pacjentki, z którymi rozmawiano, twierdziły, że nie wiedzą, czy ktoś czyta ich listy, czy nie, bo one *żadnych listów nie wysyłają*.

Paczki i listy przychodzące sprawdza się w obecności pacjenta. Listy wychodzące przyjmuje sekretariat (M8).

Personel deklarował, że stara się dbać o prywatność pacjentów.

Z uwagi na specyfikę oddziału, personel dokonuje kontroli rzeczy pacjentów. Regulamin stanowi, że taka kontrola powinna odbywać się zawsze w obecności pacjenta, poza tym nie ma żadnej sprecyzowanej procedury. *Kontrola szafek odbywa się w obecności pacjenta* (M9).

W regulaminie „Obowiązki pacjenta” w punkcie 6 znajduje się zapis: „pacjent ma obowiązek poddania się kontroli osobistej w przypadkach uzasadnionych względami porządku i bezpieczeństwa” (patrz: Załącznik 5). Jak już sygnalizowaliśmy to wcześniej (ROPS Gostynin, ROPS Starograd), praktyka kontroli osobistej wobec chorych poddanych detencji nie ma umocowania prawnego i może stwarzać niebezpieczeństwo naruszeń prawa do prywatności.

Według pacjentów zdarza się, że pielęgniarki mówią o ich prywatnych sprawach przy innych pacjentach. Jak to mówią pacjentki, nie ma możliwości zapewnienia prywatności w takich warunkach. *Tu się wszystko dzieje tak, że inni o tym wiedzą* (A18).

Obserwacja sal chorych, w tym sal dla kobiet, oraz gabinetów zabiegowych przez pracowników ochrony, którzy nie są pracownikami służby zdrowia (a więc nie wiąże ich tajemnica zawodowa), narusza prawo do prywatności.

6.4. Prawo własności.

Z rozmów z personelem wynika, że pacjenci mają możliwość przechowywania swoich osobistych przedmiotów w szafkach. Nie są one zamykane. Większość pacjentów ma swoje pieniądze (emerytury, renty). Pieniądze pacjentów znajdują się na koncie depozytowym, pacjenci robią tak zwaną „wypiskę” - lekarz wyraża zgodę na pobranie określonej kwoty (patrz: Załącznik 6).

Jak powiedział nam pracownik socjalny szpitala (K7), pracownik odpowiedzialny za konta depozytowe zajmuje się obsługą indywidualnych kont depozytowych pacjentów (wyodrębnionych jedynie w dokumentacji szpitala – wszystkie pieniądze spływają na jedno konto). Ponadto pracownik ten odpowiedzialny jest za opłacanie czynszu za mieszkania pacjentów. Każdy pacjent ma indywidualnie prowadzone rachunek przychodów i rozchodów. Okresowo (raz w miesiącu) sporządzane jest zbiorcze zestawienie przychodów i rozchodów pacjentów przebywających na danym oddziale, z rozbiciem na poszczególnych pacjentów .

Istnieją dwie formy przekazywania pieniędzy pacjentom:

- do rąk własnych;
- oddziałowemu do przekazania pacjentowi lub zrobienia mu zakupów. Po każdej takiej wypłacie oddziałowy rozlicza się z pracownikiem zajmującym się depozytem, zwracając ewentualną niewydatkowaną kwotę, rachunki potwierdzające zakupy i oświadczenie pacjenta, że otrzymał zakupione towary.

Według dr. Zmyślonego nie było przypadków, aby pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej przekazywali darowizny na rzecz szpitala.

Pacjenci mają prawo mieć swoje rzeczy. W trakcie naszej wizyty jeden z pacjentów miał na przykład na sali toster do robienia grzanek.

6.5. Wolność religii, opieka duszpasterska.

Na terenie Zespołu Szpitalnego znajduje się kaplica rzymskokatolicka. Pacjenci sądowi nie mogą z niej korzystać. Ksiądz nie bywa regularnie na oddziałach psychiatrii sądowej, odwiedza chorych „na życzenie” oraz w okresach świątecznych. Personel, z którym rozmawialiśmy, nie pamiętał, aby zdarzali się pacjenci innych wyznań, którzy prosiliby o spotkanie z kapłanem lub możliwość praktykowania swojej religii. Pacjenci mówili, że: *Jak ktoś chce się wypowiadać, to zaprasza księdza przez telefon (M8). Nam do kaplicy nie wolno, czasem ksiądz przychodzi (M9). Ksiądz przychodzi na telefon, do kaplicy nam nie wolno chodzić. Jestem wykluczonym Świadkiem Jehowy, oni mogą do mnie przychodzić.*

Pacjentki nie zgłaszały żadnych problemów w tym zakresie. Mówiły, że w czasie świąt na oddział przychodzi ksiądz i że *czasami też może przyjść, jeżeli bardzo się o to poprosi.*

6.6. Prawa wyborcze.

Na terenie oddziału można było brać udział w wyborach parlamentarnych i prezydenckich. Pacjenci opowiadali nam jak i na kogo głosowali. Jak twierdziły pacjentki: *Kto chciał, to głosował, bo warunki do tego były.* Jedna z nich stwierdziła: *Nie brałam udziału w wyborach, bo nie było mnie na liście (M9)* – pacjentka nie jest ubezwłasnowolniona, przebywa w oddziale od roku.

6.7. Zakaz dyskryminacji.

Osoby z personelu w rozmowach z nami twierdziły, że nie ma osób, które byłyby traktowane gorzej przez personel lub innych pacjentów. Według pacjentów: *Nikt nie ma gorzej ani lepiej, dla wszystkich jest tu tak samo beznadziejnie (A12). Nie lubią tych, co robią kłopoty. Jak nic od nich nie chcesz, to nawet możesz mieć spokój (A19).*

W trakcie rozmów z pacjentami jeden z nich poinformował, że w ramach „terapii”, nie wolno mu się kłaść do łóżka w ciągu dnia i jego łóżko zamykane

jest w łazience. *Jak mi to zrobią, to muszę cały dzień chodzić po korytarzu, albo się sobie kładę w stolówce (A12).* Rzeczywiście następnego dnia stwierdziliśmy, że w łazience oddziału męskiego jest zamknięte łóżko (na zdjęciu).



Łóżko w przedsionku łazienki na oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu dla mężczyzn. fot. K.W.

Równocześnie łóżko blokowało wstęp do łazienki i uniemożliwiało korzystanie z niej. W tym czasie wielu innych pacjentów oddziału mogło swobodnie korzystać na salach ze swoich łóżek.

6.8. Kontrola warunków leczenia oraz legalności umieszczenia i pobytu pacjentów.

Sędzia penitencjarny Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim, Zdzisław Bajzert, wizytował ostatnio oddziały psychiatryczne Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim – w dniach 4 – 5 października 2005 r. Badając w trakcie wizytacji legalność przyjęcia i pobytu internowanych w szpitalu, sędzia stwierdził, że ”każdy przypadek przyjęcia pacjenta znajduje potwierdzenie w dostarczonym przez sąd postanowieniu o dostarczeniu i nakazie przyjęcia. Zakończenie internacji i zwolnienie z dalszego

stosowania środka zabezpieczającego osób internowanych odbywa się na podstawie postanowienia sądu orzekającego uchylenie internacji, opatrzonego klauzulą prawomocności i wykonalności, do którego załączony jest nakaz zwolnienia”. Sędzia wizytujący nie wydał żadnych zaleceń pokontrolnych.

Co do współpracy z sądami, to na ogół układu się ona poprawnie.

Z rozmów z pacjentami wynikało, że nie wiedzieli, do czego mają prawo i jak wygląda ich sytuacja prawna, od kiedy trafili na oddział.

Co pół roku zespół – lekarz i psycholog – przygotowuje dla sądu opinię o stanie zdrowia i postępach w leczeniu każdego internowanego pacjenta.

Sąd opiera się na opinii biegłych. Sąd wzywa biegłych, a nie wzywa internowanych. Niektóre sądy zawiadamiają pacjentów o terminie posiedzenia w ich sprawie. Adwokaci z urzędu nie ingerują w przebieg posiedzenia (M4) 5. października była komisja, nie przenieśli mnie na otwarty. Nie byłam na sprawie, bardzo bym chciała być, ale tu jest zabezpieczenie, my nie możemy. Inne, nie widziałam, żeby jeździły (M9). Pacjentka pokazała nam zawiadomienie z sądu o terminie posiedzenia w jej sprawie z adnotacją: „Stawiennictwo nieobowiązkowe i niekonieczne”. *Nigdy nie rozmawiałem z sędzią. Jestem 3. raz internowany, w sumie 12 lat z półroczną przerwą. Nikogo z oddziału nie wożą na rozprawę, tylko 2 razy jak sędzia się zwrócił (M7).*

6.9. Zakaz pracy przymusowej.

Według personelu, pacjenci nie są zmuszani do pracy i nie pracują na rzecz szpitala lub personelu. Pacjenci, z którymi rozmawialiśmy, nie wskazywali sytuacji, w których byliby zmuszani do pracy. Pacjenci na oddziale sprzątają razem z salowymi. Jeśli ktoś nie chce, może odmówić. Jak to ujęli pacjenci: *Trochę pokrzyczą, ale nie zmuszają.* Niektórzy pacjenci lubią pracę na oddziale i sami się zgłaszają. Pacjenci pomagają też przy sprzątanii ich sal. Pacjentki, z którymi prowadzono wywiady, nie pracowały, ani też nie wiedziały nic na temat pracy na terenie szpitala. One w ramach prac na oddziale pomagają w sprzątanii jadalni, łazienek i swoich pokoi. Sprzątały razem z pracownikami szpitala. *Pacjenci nie pracują na rzecz szpitala, nie ma nawet żadnych dyżurów (M8). Jest terapia zajęciowa, 2 godziny dziennie, można wyszywać, poczytać gazetkę (...) pacjenci nie są zmuszani do żadnej pracy (M9). Nie ma nic na przymus, na zebraniu społeczności ustala się dyżury, kto wyciera stoły, kto sprząta łazienkę (M7).*

6.10 Zakaz tortur i innego nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.

W trakcie prowadzonego monitoringu w oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu dla kobiet i mężczyzn w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim nie byliśmy świadkami nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania pacjentów.

Jednakże, uwzględniając fakt, że pobyt pacjentek i pacjentów w oddziałach psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu jest często wieloletni lub wręcz „bezterminowy” (najdłużej przebywający pacjent przebywa na detencji od 25 lat), niepokój budzi brak pełnej, kompleksowej oferty terapeutycznej, obejmującej rehabilitację i resocjalizację, a nie ograniczonej jedynie do farmakoterapii. Sytuacja ta nosi naszym zdaniem cechy niehumanitarnego traktowania.

Ograniczenia finansowania w tym dotyczące liczby i struktury zawodowej personelu nie mogą uzasadniać zaniechania realizacji celów, dla których detencja została orzeczona.

Ponadto, udział pracowników firmy ochroniarskiej, niebędących wykwalifikowanymi pracownikami służby zdrowia w stosowaniu bezpośredniego przymusu fizycznego stwarza niebezpieczeństwo poniżającego i niehumanitarnego traktowania. Pracownicy ochrony mają na wyposażeniu kajdanki i pałkę policyjną. Nie wiemy, czy były one używane, ale sam fakt posiadania ich na terenie oddziału wskazuje, że mogą być używane lub stosuje się groźby ich użycia.

Prawa człowieka a system wykonywania środków zabezpieczających

Niniejsza część zawiera opis i analizę problemów, które dostrzegliśmy w trakcie przeprowadzonych przez nas badań.

1. Procedury sądowe dotyczące orzekania i przedłużania środków zabezpieczających.

Kodeks postępowania karnego w art. 354 mówi, że „W wypadku wniosku prokuratora o umorzenie postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy i o zastosowanie środków zabezpieczających stosuje się odpowiednio przepisy niniejszego rozdziału z następującymi zmianami:

- 1) nie stosuje się przepisów o oskarżycielu posiłkowym, a powództwo cywilne jest niedopuszczalne,
- 2) wniosek kieruje się na rozprawę, chyba że w świetle materiałów postępowania przygotowawczego popełnienie czynu zabronionego przez podejrzanego i jego niepoczytalność w chwili czynu nie budzą wątpliwości, a prezes sądu uzna za celowe rozpoznanie sprawy na posiedzeniu z udziałem prokuratora, obrońcy i podejrzanego; podejrzany nie bierze udziału w posiedzeniu, jeżeli z opinii biegłych wynika, że byłoby to niewskazane [podkreślenie MN, TS], chyba że sąd uzna jego udział za konieczny; pokrzywdzony ma prawo wziąć udział w posiedzeniu,
- 3) w razie umorzenia postępowania stosuje się art. 322 § 2 i 3.

Kodeks karny wykonawczy w art. 201 § 1 stanowi, że: „W celu zapewnienia właściwego miejsca wykonywania środków zabezpieczających, o których mowa w art. 200 § 1 i 2, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających.” Paragraf 2. tego przepisu zaś: „Wykonując orzeczenie o zastosowaniu środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie leczenia odwykowego, sąd, po zasięgnięciu opinii komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających [podkreślenie MN, TS], określa rodzaj zakładu, o którym mowa w art. 200 § 2 lub 3, i przesyła odpis orzeczenia wraz z poleceniem doprowadzenia sprawcy właściwej stacji pogotowia ratunkowego, właściwej jednostce Policji lub właściwemu organowi wojskowemu, a odpis orzeczenia i polecenie przyjęcia – kierownikowi właściwego zakładu”

Art. 204 KKW stanowi, że sąd nie rzadziej niż co 6 miesięcy, a w wypadku uzyskania opinii, że dalsze pozostawanie sprawcy w zamkniętym zakładzie, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie jest konieczne, bezzwłocznie orzeka w przedmiocie dalszego stosowania tego środka. W razie potrzeby sąd zasięga opinii innych biegłych.

Rozporządzenie z dnia 10 sierpnia 2004 r. powołujące komisję psychiatryczną w § 7 stanowi, że do jej zadań należy między innymi wydawanie opinii dla właściwych sądów w sprawie przyjmowania, wypisywania lub przenoszenia [podkreślenie MN, TS] sprawców, wobec których orzeczono wykonywanie środka zabezpieczającego. To samo rozporządzenie w § 23 punkt 1 mówi: „W celu zapewnienia prawidłowego przenoszenia sprawców do innego zakładu wykonującego środek zabezpieczający sąd może zasięgnąć opinii komisji”.

Nasze wątpliwości budzi zapis art. 354 KPK, mówiący że sprawca nie bierze udziału w posiedzeniu sądu, jeśli sąd przychylił się do opinii biegłych, iż byłoby to „niewskazane”. Nie kwestionujemy faktu, że stan psychiczny sprawcy może niejednokrotnie uniemożliwiać mu uczestnictwo w posiedzeniach sądu. Jednakże, biorąc pod uwagę, że postanowienie sądu o zastosowaniu środka zabezpieczającego poprzez umieszczenie sprawcy w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym często oznacza wieloletnie, a nawet dożywotnie pozbawienie wolności, wydaje się, iż omawiany przepis może być nadużywany i stanowić istotne ograniczenie prawa do rzetelnego procesu sądowego.

Jak stwierdzono w komentarzu do KPK⁴⁹, : „Jeśli sprawa kierowana jest na posiedzenie (...) sąd może uznać udział podejrzanego na forum rozpoznania wniosku za konieczny, co w praktyce powinno być regułą, zaś rezygnacja z jego udziału rzeczywistym wyjątkiem”.

Kwestia uczestnictwa w posiedzeniach sądu nie ogranicza się do posiedzeń, na których zapada postanowienie co do zastosowania środka zabezpieczającego. Równie istotna jest kwestia uczestnictwa pacjentów w posiedzeniach dotyczących dalszego stosowania wobec nich tego środka.

W naszych badaniach spotykaliśmy się ze skargami pacjentów na pozbawienie ich możliwości uczestnictwa w posiedzeniach sądu. Pacjenci dostają z sądów zawiadomienie o terminie posiedzenia z adnotacją „Obecność nieobowiązkowa i niekonieczna”. Spośród 70 pacjentów, z którymi rozmawialiśmy w 4 szpitalach, żaden nie był dowożony na kolejne posiedzenia sądu w sprawie przedłużenia detencji i żaden nigdy nie słyszał, by inni pacjenci uczestniczyli w takich posiedzeniach. Jednocześnie w naszej ocenie 2/3 z naszych rozmówców było w rzeczowym kontakcie, rozumiało swoją aktualną sytuację i prawdopodobne jest, że

⁴⁹ Kodeks postępowania karnego. Komentarz., red. Piotr Hofmański, wyd. CH Beck, Warszawa 1999, s. 287 – 288

ich aktualny stan psychiczny nie stanowiłby przeszkody w udziale w posiedzeniach sądu.

Procedura odnosząca się do orzekania o zastosowaniu środków zabezpieczających oraz orzekania w przedmiocie dalszego stosowania tych środków nacechowana jest fakultatywnością. Brakuje utrwalonych przesłanek decydowania w tych sprawach. Procedura jest nierzetelna i nie gwarantuje należyście poszanowania wolności.

Analiza tendencji występujących w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego pozwala domniemywać, że przepisy te mogłyby być uznane za niekonstytucyjne z powodu nierzetelności ukształtowanej procedury i przez to niezgodności z art. 2 Konstytucji RP.

Nierzetelność omawianej procedury ujawnia się wyraźnie na tle ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która w przypadku osób leczonych przymusowo przewidyuje standard ochrony praw znacznie wyższy niż analizowane przepisy KKW.

Osoba chora psychicznie przyjęta do szpitala wbrew swej woli:

- musi być wysłuchana przez sędziego wizytującego szpital najpóźniej w ciągu 5 dni od momentu przyjęcia (art. 45 ust. 2);
- z mocy prawa jest uczestnikiem postępowania sądowego, a nawet może być doprowadzona na rozprawę (art. 46 ust.1 i 1a);
- przed wydaniem postanowienia o przymusowym leczeniu sąd jest obowiązany uzyskać opinię jednego lub kilku psychiatrów, ale biegłym nie może być lekarz, który uczestniczył w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala lub odmowie wypisu (art. 46 ust. 2).

Pomimo że KKW wyraźnie wymaga, by sąd zasięgnął opinii komisji psychiatrycznej ds. środków zabezpieczających w przedmiocie rodzaju zakładu, w którym ma być wykonywana internacja, wiele osób przyjętych w 2005 roku do badanych przez nas zakładów nie posiadało takiej opinii. Na przykład w ROPS w Gostyninie 22% przyjętych nie miało opinii komisji, zaś w Oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu dla kobiet w Gorzowie Wlkp. – 44%. Nie można wykluczyć, że komisja opiniowała te osoby, ale sąd w dokumentacji przesyłanej do zakładu wykonującego środek zabezpieczający jej nie zamieszczał.

Przepisy stanowią, że sąd obligatoryjnie musi zasięgnąć opinii komisji tylko w sprawie umieszczenia niepoczytalnego sprawcy czynu zabronionego w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym. Dalsza kontrola sądu dotycząca przenoszenia lub wypisywania tych chorych ze szpitali psychiatrycznych może odbywać się bez udziału komisji, na podstawie opinii lekarzy z zakładów, w których przebywają internowani.

2. Opiniowanie.

Kodeks karny wykonawczy stanowi:

Art. 203 § 1. Kierownik zakładu zamkniętego, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie rzadziej niż co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię o stanie zdrowia sprawcy umieszczonego w tym zakładzie i o postępach w leczeniu lub terapii; opinię taką obowiązany jest przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia sprawcy uzna, że jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne.

§ 2. Sąd może w każdym czasie żądać opinii o stanie zdrowia i stosowanym leczeniu lub terapii oraz ich wyników wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie, o którym mowa w § 1.

Art. 204. Sąd, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, a w wypadku uzyskania opinii, że dalsze pozostawanie sprawcy w zamkniętym zakładzie, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie jest konieczne, bezzwłocznie orzeka w przedmiocie dalszego stosowania tego środka. W razie potrzeby sąd zasięga opinii innych biegłych.

Zgodnie z cytowanymi postanowieniami KKW opinię o stanie zdrowia sprawcy – pacjenta piszą biegli, którzy jednocześnie są lekarzami leczącymi. Sytuacja ta rodzi szereg wątpliwości. Z jednej strony lekarz leczący najlepiej zna pacjenta i potrafi ocenić jego stan, z drugiej zaś wydawanie opinii może wpływać na jakość relacji terapeutycznej, a jednocześnie lekarz sam ocenia efektywność swojej pracy.

Praktyka ta oznacza również sytuację, w której ten sam lekarz wnioskuje o pozostawieniu pacjenta w swojej placówce i jest lekarzem leczącym.

Po raz kolejny mamy do czynienia z sytuacją, w której przepisy Kodeksu karnego wykonawczego i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego różnie regulują podobną kwestię: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (art. 46 ust. 2) stanowi, że: „przed wydaniem postanowienia o przymusowym leczeniu sąd jest obowiązany uzyskać opinię jednego lub kilku psychiatrów, ale biegłym nie może być lekarz, który uczestniczył w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala lub odmowie wypisu [podkreślenie MN, TS]”.

Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że osoby chore psychicznie, które nie chcą się leczyć i osoby chore, które popełniły czyby zabronione przez prawo karne, mogą w sposób uzasadniony być różnie traktowane przez ustawodawcę, ale naszym zdaniem to te drugie wymagają mocniejszych gwarancji ochrony ich praw.

Pewnym rozwiązaniem tej trudności jest funkcjonowanie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (art. 201 KKW i wydane na jego podstawie rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r.). Jednym z zadań komisji jest wydawanie opinii dla właściwych sądów lub innych uprawnionych

instytucji w sprawie przyjmowania, wypisywania lub przenoszenia sprawców, wobec których orzeczono wykonywanie środka zabezpieczającego. Problem polega na tym, że komisja wydaje swoje opinie na podstawie przesłanej jej przez sąd dokumentacji, nie badając osoby opiniowanej. Być może taka procedura usprawnia pracę komisji, ale budzi wątpliwości w świetle art. 11 ustawy psychiatrycznej, który wymaga, by świadectwo o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, orzeczenie, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo zakładu opieki zdrowotnej lekarz wydał wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. A zatem standard ochrony przewidziany przez ustawę psychiatryczną nie jest stosowany wobec niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych przez prawo karne.

3. Program terapeutyczny.

Kodeks karny wykonawczy jasno określa cel wykonywania środków zabezpieczających wobec niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych. W art. 202 stanowi on, że „Sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym, a także resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza zakładem.”

Realizacja tak określonego celu wymaga budowania i realizowania indywidualnych programów terapeutycznych, edukacyjnych i resocjalizacyjnych. Programy takie powinny być konsekwentnie realizowane w kolejnych zakładach o coraz niższym stopniu zabezpieczenia, na których przebywa pacjent.

Profesor Stanisław Dąbrowski w pracy „Rozwój koncepcji regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej (ROPS)⁵⁰”, pisał: „Każdy pacjent ROPS uczestniczy w intensywnym programie rehabilitacyjnym, co po krótszym lub dłuższym czasie prowadzi do poprawy zachowania i przeniesienia go do zakładu o wzmocnionym zabezpieczeniu. Brak jest dokładnych informacji o programach leczniczo-rehabilitacyjnych tych zakładów. Niektóre sygnały (...) mogłyby świadczyć, że w postępowaniu rehabilitacyjnym zakładów o wzmocnionym zabezpieczeniu przeważa farmakoterapia, która w znikomym stopniu może przyczynić się do utrzymania doświadczeń nabytych w ROPS. A zatem w dążeniu do utrzymania i wzmocnienia umiejętności wyniesionych z jednego ogniwa całego systemu przeznaczonego do wykonywania środków zabezpieczających należy opracować kompleksowy program rehabilitacyjny dla wszystkich zakładów uwzględniający współpracę, wymianę informacji i ciągłość postępowania.”

Choć mała próba badawcza nie pozwala na uogólnianie naszych obserwacji, to jednak w pełni podzielamy obawy wyrażone w artykule prof. Dąbrowskiego.

⁵⁰ Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005, 14, 3, s. 239-242

W badanych przez nas placówkach obserwowaliśmy przepaść dzielącą ofertę terapeutyczną ROPS i zakładów o wzmocnionym zabezpieczeniu. Dla przykładu: w ROPS pracownik socjalny opiekujący się 16 pacjentami ćwiczy z nimi konkretne umiejętności przydatne na wolności (jak napisać pismo do urzędu, jak posługiwać się telefonem komórkowym czy pocztą elektroniczną); terapeuta zajęciowy dokonuje diagnozy deficytów pacjenta, a później pracuje z nim nad rozwojem możliwości i zainteresowań; pielęgniarka uczy, jak dbać o higienę osobistą i obsługiwać pralkę. W wizytowanych przez nas oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu dominuje farmakoterapia, a oferta terapeutyczna jest co najmniej skromna. Dla przykładu: 1 pracownik socjalny ma pod opieką kilkuset chorych i jest w stanie zadbać o to, by pacjenci otrzymywali należne im świadczenia z ZUS czy opieki społecznej. Terapia zajęciowa w najlepszym przypadku polega na prostych pracach ręcznych, a w skrajnym na pomocy w rozładowywaniu zaopatrzenia dla szpitala. Kontynuacja programów terapeutycznych nie jest również możliwa z tego względu, że takie kompleksowe programy terapeutyczne nie zostały jak dotąd zbudowane, każdy oddział opracowuje własny program według własnej wiedzy i umiejętności, a ponadto dokumentacja „idąca za pacjentem” nie zawiera wielu przydatnych dla takiego celu informacji.

Opisany wyżej stan rzeczy uwarunkowany jest – jak sądzimy – sposobem finansowania jednostek służby zdrowia wykonujących środki zabezpieczające. Głównym jednak, strukturalnym powodem jest niejasny podział kompetencji i odpowiedzialności pomiędzy resortem zdrowia a resortem sprawiedliwości. Problem ten został omówiony w artykule profesora Gierowskiego i jego współpracowników⁵¹. Autorzy stwierdzili: „Resort zdrowia nie jest zainteresowany tym, by zajmować się zaburzonymi przestępcami, a zwłaszcza ich zabezpieczać. Z kolei resort sprawiedliwości domaga się od resortu zdrowia nie tylko – co jest oczywiste – leczenia, ale i zabezpieczenia. Sytuacja jest więc klarowna, powszechnie rozumiana, żadna jednak ze stron nie chce czuć się odpowiedzialna za całość, nie chce też planować i ponosić związanych z tym kosztów.”

Niestety podane wyżej stwierdzenie sprzed 10 lat jest nadal w pełni aktualne. Wydaje się, że wymagania dotyczące zabezpieczenia społeczeństwa przed chorymi psychicznie sprawcami czynów karalnych, reprezentowane przez resort sprawiedliwości i standardy leczenia, reprezentowane przez resort zdrowia, nie dają się pogodzić i stanowią przestrzeń dla naruszeń praw człowieka.

3.1 Przepustki.

Ważnym problemem jest uregulowanie kwestii przepustek. Lekarze twierdzą, że sprawdzenie efektów leczenia i procesu resocjalizacji jest możliwe jedynie wtedy, gdy można zobaczyć, jak pacjent radzi sobie w pozaszpitalnym środowisku społecznym.

⁵¹ Psychiatria Polska 1995, 29, 6, s. 731-742

Więżniowie mogą korzystać z przepustek zgodnie z art. 141a KKW. Pacjenci szpitala psychiatrycznego zgodnie z art. 14 ustawy psychiatrycznej mogą okresowo przebywać poza szpitalem. Kodeks karny wykonawczy nie przewiduje przepustek dla osób internowanych w szpitalach psychiatrycznych.

Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii z dnia 25 maja 2004 r. w sprawie udzielania przepustek na okresowe przebywanie pacjentów szpitala psychiatrycznego poza szpitalem⁵² brzmią następująco: „Osobie przebywającej w szpitalu psychiatrycznym w celu realizacji środka zabezpieczającego lub przebywającej w szpitalu psychiatrycznym na obserwacji sądowo-psychiatrycznej, przepustkę można wydać tylko za zgodą właściwego sądu”.

Pacjenci detencyjni nawet w sytuacjach losowych (takich jak pogrzeb osoby bliskiej, posiedzenie sądu w sprawie opieki nad małoletnim) w praktyce nie mają możliwości otrzymania przepustki.

Zróżnicowanie uprawnień więźniów, pacjentów psychiatrycznych i pacjentów na detencji wydaje się nie być dostatecznie mocno uzasadnione. A zatem niezrozumiała jest dla nas sytuacja, w której Kodeks karny wykonawczy nie przewiduje przepustek dla osób przebywających w zakładach psychiatrycznych, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający orzeczony na podstawie art. 94 § 1 w związku z art. 31 KK.

3. Zakaz tortur i innego nieludzkiego traktowania lub karania.

Artykuł 3 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (dalej: EKPC) mówi, że nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu. Instrumentem uzupełniającym EKPC jest Europejska Konwencja o Zapobieganiu Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu. Konwencja ta powołała Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej: CPT), który może wizytować i kontrolować miejsca przetrzymywania osób pozbawionych wolności – w tym szpitale psychiatryczne. Artykuł 5 punkt 1 e EKPC dopuszcza (w trybie ustalonym przez prawo) pozbawienie wolności osoby umysłowo chorej. Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka uznaje za niezgodne z prawem pozbawienie wolności takiej osoby wykonywane w innym miejscu niż szpital, klinika lub podobny zakład (por. *Ashingdane przeciwko Wielkiej Brytanii* wyr. z 1985 r., *Aerts przeciwko Belgii*, wyr. z 1998 r.).

W swojej praktyce CPT zwraca uwagę na różny poziom aktualnych i potencjalnych naruszeń art. 3 EKPC – nie każde złe traktowanie może być uznane za nieludzkie lub poniżające traktowanie albo karanie. Ocena będzie zależała między innymi od okresu oraz skutków fizycznych i psychicznych złego traktowania.

⁵² Postępy Psychiatrii i Neurologii 2004, 13, 3, s. 289 – 290

Praktyka orzecznicza Europejskiego Trybunału Praw Człowieka pokazuje, że za tortury lub nieludzkie traktowanie poza narażeniem na agresję mogą zostać uznane niehumanitarne warunki przetrzymywania w aresztach i więzieniach oraz brak zapewnienia w nich właściwej opieki medycznej.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi, które są sprawcami czynów zabronionych przez prawo karne, wobec których orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym wymagają szczególnych gwarancji ochrony ich praw i wolności. Gwarancje te powinien zapewnić stworzony dla tych osób system opieki sądowo-psychiatrycznej.

W trakcie prowadzonego przez nas monitoringu w żadnej z badanych placówek nie byliśmy naoczniymi świadkami naruszeń artykułu 3 Europejskiej Konwencji.

Jednakże na podstawie naszych badań możemy wskazać kilka faktów, które mogą wyczerpywać cechy poniżającego lub nieludzkiego traktowania:

- przedłużenie okresu pozbawienia wolności poprzez brak kompleksowego zindywidualizowanego systemu terapeutycznego;
- brak dostatecznego zabezpieczenia pacjentów przed agresją innych chorych;
- agresywne i poniżające zachowania personelu wobec pacjentów.

Celem stosowania środka zabezpieczającego nie jest izolacja sprawcy, lecz poprawa jego stanu zdrowia w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza zakładem. Implikuje to konieczność istnienia kompleksowych, zindywidualizowanych systemów terapeutycznych. Jak wskazujemy w kilku miejscach tego raportu, takie systemy funkcjonują w wizytowanych przez nas ośrodkach ROPS. W zakładach o wzmocnionym zabezpieczeniu takich kompleksowych systemów praktycznie nie ma, co może wydłużać czas leczenia, a tym samym okres pozbawienia wolności. Przetrzymywanie chorych sprawców czynów zabronionych dłużej niż jest to niezbędne dla poprawy ich stanu zdrowia nosi naszym zdaniem cechy nieludzkiego traktowania.

Jego podstawowa przyczyna wydaje się leżeć w niejednorodnej strukturze finansowania oddziałów o maksymalnym i wzmocnionym stopniu zabezpieczenia, co odbija się na liczebności, jakości i strukturze personelu.

Warunki w oddziałach psychiatrii sądowej o wzmocnionym i maksymalnym zabezpieczeniu mają minimalizować zagrożenie dla pacjentów i personelu. Problem nie dotyczy jednak tylko agresywnych zachowań pacjentów. W oddziale psychiatrii sądowej w Starogardzie Gdańskim napotkaliśmy najwięcej danych sygnalizujących groźby i agresję ze strony personelu, ale także przypadki braku reakcji personelu na przejawy agresji między pacjentami. Sytuacja ta świadczyć może, że placówka w niewystarczający sposób zapewnia bezpieczeństwo

przebywającym w niej pacjentom i nie zapobiega wszelkim przejawom poniżającego traktowania ze strony personelu. Poza przeludnieniem oddziału i niedostateczną liczbą personelu, dodatkowymi czynnikami, które mogą zwiększać poziom agresji na oddziale są: przyjmowanie na oddział aresztowanych, hospitalizowanych bez zgody pacjentów na podstawie art. 23 lub 24 ustawy psychiatrycznej i więźniów na leczeniu oraz przenoszenie na oddział XXIV chorych agresywnych z innych oddziałów celem zabezpieczenia. Ta ostatnia praktyka jest podyktowana tym, że oddziały ogólnopsychiatryczne praktycznie nie mają wśród średniego personelu mężczyzn.

Ponadto w wizytowanych placówkach spotkaliśmy się z relacjami pacjentów opisujących poniżające traktowanie przez personel – w ROPS Starogard Gdański dotyczyło to praktyki przeprowadzania publicznej kontroli osobistej, w Oddziale Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu w Starogardzie odnoszenia się niektórych członków personelu do pacjentów (groźby i agresja czynna, rzuca nie na podłogę papierosów wydzielanych przez sanitariuszy). Fakty te naszym zdaniem noszą znamiona poniżającego traktowania.

4. Prawo do prywatności.

Pobyt w instytucji izolacyjnej jest związany z ograniczeniem prawa do prywatności. Uzasadnione ograniczenia tego prawa bywają trudne do odróżnienia od faktycznych naruszeń.

W trakcie monitoringu natrafiliśmy na praktyki naruszające to prawo, którymi były:

- kontrola korespondencji;
- brak możliwości swobodnych, odbywających się bez obecności osób trzecich kontaktów telefonicznych;
- kontaktowanie się lekarza z pacjentem z zasady w obecności osób trzecich;
- przeprowadzanie kontroli osobistych pacjentów;
- przeprowadzanie kontroli rzeczy osobistych bez obecności ich właściciela.

W oddziale w Gorzowie personel czytał korespondencję pacjentów, wychodzącą i przychodzącą (z wyjątkiem korespondencji urzędowej).

W ROPS w Gostyninie oraz w oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu w Starogardzie Gdańskim brak było wydzielonych aparatów telefonicznych dla pacjentów. Rozmowy odbywają się tam w dyżurce w obecności personelu. W Gorzowie były wydzielone telefony, ale dostęp do nich był w Regulaminie i w praktyce w nadmierny i nieuzasadniony sposób ograniczony.

W oddziale psychiatrii sądowej szpitala w Starogardzie powtarzały się relacje pacjentów, że lekarz rozmawia z pacjentami: na sali chorych, na korytarzu, albo „przez kratę” – nie zaprasza do gabinetu.

W ROPS w Starogardzie zgodnie z Regulaminem pracy Sekcji Ochrony przeszukania sali i kontrola szafek odbywa się podczas nieobecności pacjentów. Praktyka ta nie jest bezprawna (ani KKW ani regulamin porządkowy będący załącznikiem do rozporządzenia z dnia 10 sierpnia 2004 r. nie mówi nic na temat obecności właściciela przy przeszukaniu jego rzeczy). Jednakże w drugim wizytowanym przez nas ROPS – w Gostyninie, Regulamin porządkowy nakazuje, aby podobne kontrole odbywały się w obecności właściciela.

Wydaje się, że przyjęta w ROPS Starogard praktyka może w niektórych przypadkach naruszać prawo do prywatności, zaś wyrzucanie rzeczy osobistych na podłogę może być odbierane przez pacjentów jako poniżające.

Ponadto postanowienie regulaminu w Oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu w Gorzowie Wielkopolskim w części „Obowiązki Pacjenta” stwierdza: „pacjent ma obowiązek poddania się kontroli osobistej w przypadkach uzasadnionych względami porządku i bezpieczeństwa”. W regulaminie Biura Ochrony w ROPS Gostynin jest mowa o szczegółowej kontroli osobistej. W ROPS w Starogardzie pacjenci mówili nam o stosowaniu kontroli osobistych, również przeprowadzanych zbiorowo: *Najgorsze jest to, że rozbierają nas do naga i „wszędzie zaglądają”*, pacjenci muszą się rozbierać do naga w stołówce.

Praktyka poddawania chorych kontroli osobistej nie znajduje umocowania w przepisach prawa – art. 204b KKW dopuszcza „kontrolowanie przedmiotów posiadanych przez sprawców oraz pomieszczeń, w których oni przebywają, przepisy art. 116 § 4 - 6 stosuje się odpowiednio”.

W szpitalu w Gorzowie prawo do prywatności było naszym zdaniem naruszane przez pracowników (funkcjonariuszy) ochrony. Pracownicy firmy IMPEL, nie będący pracownikami służby zdrowia, obsługują system telewizji wewnętrznej, w której obserwują sale chorych, zarówno na oddziale męskim, jak i kobiecym. Pracownicy tej firmy znali dane osobowe pacjentów, rozpoznania lekarskie i popełnione przez pacjentów czyny karalne. Chętnie dzielili się tą wiedzą w rozmowach z nami.

Ochrona sprawowana jest przez zewnętrzną firmę ochroniarską, z którą szpital zawarł umowę. Umowa zawarta przez szpital nie zawiera wyraźnie wyodrębnionej klauzuli o ochronie wrażliwych danych osobowych pacjentów. Firma zobowiązuje się jedynie, że zlecone jej czynności ”wykonywane będą przez przeszkolonych i licencjonowanych pracowników zleceniobiorcy zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa”.

5. Prawo do informacji.

Konwencja o ochronie praw człowieka i godności osoby ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny (tzw. Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, Oviedo, 4 kwietnia 1997 r.) w artykule 10 stwierdza, że każdy ma prawo do poszanowania jego życia prywatnego w odniesieniu do informacji dotyczących jego zdrowia i każdy ma prawo zapoznania się z wszelkimi informacjami zebranymi o jego zdrowiu.

W prawie polskim prawo do informacji o rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, wynikach leczenia oraz rokowaniu wynika z art. 31 ustawy o zawodzie lekarza oraz art. 19 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Boratyńska i Konieczniak⁵³ stwierdzają, że prawo do informacji wynika:

- z samego szacunku dla osoby i moralnego prawa każdego, aby wiedzieć, co się dzieje z jego ciałem;
- z uwagi na konieczność udzielania świadomej zgody, a więc zgody „poinformowanej”;
- z uwagi na fakt, że informacja w pewnym zakresie w ogóle warunkuje fizyczną możliwość leczenia;
- z uwagi na fakt, że powszechna praktyka informowania utrudni działalność lekarzy nierzetelnych.

Przepisy ustawy psychiatrycznej wyraźnie pokazują intencję ustawodawcy, zgodnie z którą postępowanie bez zgody nie zawiesza prawa pacjenta do informacji (por. przepisy art. 23 nakazujące poinformowanie i wyjaśnienie przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody, art. 33 nakazujący zapoznanie pacjenta leczonego bez zgody z planowanym postępowaniem leczniczym).

W obydwu odwiedzanych przez nas ROPS pacjenci, z którymi rozmawialiśmy, na ogół wiedzieli dlaczego w nich przebywają, znali rozpoznania, nazwy przyjmowanych leków i ich działanie. Uczestniczyli w treningach lekowych, mogli negocjować leki.

W oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu pacjenci często nie mieli dostępu do takich informacji. Mówili, że lekarze nie chcą odpowiadać na pytania dotyczące stanu zdrowia i stosowanej farmakoterapii. Najbardziej dolegliwy dla pacjentów był brak informacji dotyczący tego, jak długo będą w szpitalu, co dalej się z nimi stanie, jaka jest treść okresowych opinii lekarskich dla sądów.

Zdajemy sobie sprawę z niedostatecznej ilości personelu lekarskiego, psychologów i terapeutów zatrudnionych w oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu, ale sytuacja ta w żadnej mierze nie może uzasadniać ograniczania prawa do informacji.

⁵³ „Prawa pacjenta”, Difin, Warszawa 2001

6. Brak ROPS dla kobiet - dyskryminacja ze względu na płeć?

Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 10 sierpnia 2004 r. zdecydował, że dla kobiet nie przewiduje się zakładów o maksymalnym zabezpieczeniu (tzw. ROPS). Kobiety, wobec których prawomocnie orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, umieszczane są w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu w Gorzowie Wielkopolskim lub w oddziałach o podstawowym zabezpieczeniu, zgodnie z rejonizacją. Nie wiemy, co motywowało ustawodawcę do przyjęcia takiego rozwiązania. Prawdopodobnie uznano, że kobiety są „mniej groźne” i popełniają czyny o mniejszej szkodliwości społecznej. Prawdopodobnie nie przewidziano również skutków nieproporcjonalnego finansowania zakładów o różnym stopniu zabezpieczenia. Skutkiem tego rozwiązania w odniesieniu do kobiet umieszczonych w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu w Gorzowie Wielkopolskim jest dużo gorszy niż w ROPS dostęp do opieki medycznej (jeden lekarz-asystent na 35 pacjentek, podczas gdy w ROPS 1 lekarz opiekuje się maksymalnie 16 pacjentami), znacznie szczuplejsza oferta w zakresie psychoterapii, terapii zajęciowej, resocjalizacji i usług socjalnych.

Sądzimy, że – paradoksalnie – przyjęte rozwiązanie nosi cechy dyskryminacji ze względu na płeć, a tym samym narusza art. 32 Konstytucji RP (zakaz dyskryminacji) oraz jej art. 68 (Równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej).

7. Możliwości zakładów psychiatrii sądowej a potrzeby wymiaru sprawiedliwości.

Według danych uzyskanych z Ministerstwa Sprawiedliwości, na dzień 15 lipca 2005 r. w zakładach psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających przebywało 1368 osób. Łączna liczba miejsc w tych zakładach wynosi 1378. Jednocześnie, w tym czasie na wykonanie środka zabezpieczającego oczekiwały 144 osoby. Średnio rocznie sądy wydają około 70 orzeczeń w sprawie stosowania środków zabezpieczających (w roku 2003 środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym zastosowano wobec 71 osób dorosłych, natomiast w roku 2004 prawomocnie orzeczono 69 tego rodzaju środków). W naszych badaniach ok. 20% chorych poddanych detencji przebywało w danym zakładzie ponad 3 lata. Dane te wskazują na pilną potrzebę podjęcia działań pozwalających na zbilansowanie potrzeb wymiaru sprawiedliwości i pojemności zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających.

Wśród oczekujących 16 osób powinno być umieszczonych w ROPS, 55 osób oczekiwało na miejsce w zakładzie o wzmocnionym zabezpieczeniu i 73 osoby w zakładzie o podstawowym zabezpieczeniu.

W ROPS liczba miejsc wolnych i osób oczekujących bilansuje się. W zakładach o wzmocnionym zabezpieczeniu (12 zakładów w skali kraju), wolnych było 69 miejsc, a oczekiwało 55 osób. Globalnie były więc miejsca dla wszystkich

oczekujących. Problemem jest tutaj rejonizacja zakładów. Oczywiście optymalna jest sytuacja, gdy środek zabezpieczający wykonuje się jak najbliżej miejsca zamieszkania sprawcy-pacjenta.

W 5 zakładach o wzmocnionym zabezpieczeniu przebywa więcej osób niż przewidywana rozporządzeniem pojemność – największe przekroczenia limitów występują w rejonie działania Sądów Okręgowych w Krakowie, Gorzowie Wielkopolskim, Gdańsku i Lublinie. Równocześnie w dolnośląskich szpitalach – w Lubiążu jest 17 wolnych miejsc, a w Bolesławcu – 12.

W rozmowach z dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala w Gorzowie Wlkp. i Lekarzem Naczelnym Zespołu przy ul. Walczaka wielokrotnie podkreślano, że kontrakt z właściwym oddziałem NFZ jest znacznie niższy niż pojemność zakładu określona w rozporządzeniu z dnia 10 sierpnia 2004 r. Ich zdaniem inne oddziały o wzmocnionym zabezpieczeniu mają podobne trudności. Ponieważ rejony działania oddziałów NFZ nie pokrywają się z rejonami działania szpitali prowadzących oddziały o wzmocnionym zabezpieczeniu, występuje problem płacenia za „nie swoich pacjentów”.

Nie wiemy, czy rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. określające zakłady opieki zdrowotnej przeznaczone do wykonywania środków zabezpieczających i ich pojemność obliguje NFZ do zapewnienia finansowania tych zadań, czy nie. Sądzimy, że skoro Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia dokonuje podziału środków na swoje oddziały, to problem ten mógłby być rozwiązany w drodze porozumienia pomiędzy Ministrem Zdrowia a NFZ.

W zakładach o podstawowym zabezpieczeniu (32 zakłady w skali kraju) w połowie lipca 2005 r. przebywało 75 osób ponad pojemność tych zakładów i 73 osoby oczekiwały na miejsce internacji. Tu, podobnie jak w zakładach o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia, potrzeby wymiaru sprawiedliwości nie są skorelowane z możliwościami służby zdrowia. W czternastu zakładach tej grupy przebywa więcej osób internowanych niż przewidziany rozporządzeniem z dnia 10 sierpnia 2004 r. limit, przekroczenie o 10 lub więcej osób występuje w szpitalach: w Radecznicy i Suchowoli w woj. lubelskim, w Gnieźnie w województwie wielkopolskim i w Starogardzie Gdańskim w województwie pomorskim, gdzie na 20 zalimitowanych miejscach przebywa 74 pacjentów. Równocześnie w 9 szpitalach przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach podstawowych jest łącznie 77 wolnych łóżek.

Nie wiemy, gdzie przebywają osoby oczekujące na wykonanie środka zabezpieczającego. Według danych pochodzących z Centralnego Zarządu Służby Więziennej na dzień 1 lipca 2005 r. w zakładach karnych i aresztach śledczych przebywało 9 osób oczekujących na wykonanie środka zabezpieczającego na podstawie art. 94 § 1 KK. Najdłużej spośród tych osób oczekuje na wykonanie środka zabezpieczającego skazany O.A., przebywający w Zakładzie Karnym we Wronkach. Prawomocne orzeczenie w jego sprawie zapadło 2 grudnia 2003 r.

Osoby chore psychicznie pozbawione wolności powinny mieć zapewnioną odpowiednią specjalistyczną opiekę medyczną – ustalenie tego, czy ją mają, wymaga przeprowadzenia oddzielnych badań.

W zakładach, w których prowadziliśmy badania w 2005 roku, przyjęto 260 pacjentów, a wypisano 224, co oznacza, że stan pacjentów w tych placówkach nieznacznie się zwiększył.

Finansowanie wykonywania środków zabezpieczających przez różne podmioty (ROPS-y finansuje budżet państwa, a pozostałe poziomy zabezpieczenia NFZ) skutkuje znacznymi różnicami w warunkach pobytu i leczenia pacjentów.

Reasumując stwierdzić można, iż wydaje się, że potrzeby wymiaru sprawiedliwości nie są skorelowane z możliwościami systemu opieki zdrowotnej. Należy się spodziewać, że w bliskiej perspektywie czasowej zakłady psychiatryczne przeznaczone do wykonywania środków zabezpieczających nie będą w stanie przyjąć wszystkich osób, wobec których orzeczono środek zabezpieczający. Sytuacja ta może prowadzić do naruszeń prawa do opieki medycznej tych chorych i prawa do bezpieczeństwa osobistego innych osób.

Jak poinformował nas pan Wojciech Kłosiński, Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia, aktualnie prowadzone są prace nad nowym systemem opieki psychiatrycznej. Projekt przewiduje między innymi zwiększenie liczby miejsc na tzw. psychiatrii sądowej i zabezpieczenie lepszych warunków leczenia i pobytu pacjentów w szpitalach. Projekt w najbliższym czasie będzie przekazany do konsultacji społecznych.

8. Uwagi końcowe.

Autorzy raportu zdają sobie sprawę z niereprezentatywności badanej próby.

W gruncie rzeczy przeprowadzony monitoring można traktować jako pilotaż, który pozwolił na wstępną identyfikację najważniejszych obszarów wymagających pogłębionych badań.

Prezentowany raport jest jednak pierwszą znaną nam próbą oceny funkcjonowania systemu opieki psychiatrycznej nad niepoczytalnymi sprawcami czynów zabronionych w Polsce, przeprowadzoną z punktu widzenia przestrzegania praw człowieka. System ten wprowadzony 6 lat temu znajduje się cały czas w trakcie organizacji. Jesteśmy przekonani, że każda zmiana systemowa wymaga bieżącego monitoringu skutków, jakie wywołuje, co umożliwia poszukiwanie coraz lepszych rozwiązań i korygowanie błędów ze względu na założony cel.

Dalsze działania powinny się skoncentrować na opracowaniu metodologii pogłębionych badań nad zidentyfikowanymi obszarami potencjalnych naruszeń praw człowieka i zrealizowaniu ich na próbie reprezentatywnej w Polsce, obejmującej zakłady o różnym stopniu zabezpieczenia (w tym także nieobjęte obecnym monitoringiem zakłady wykonujące środek zabezpieczający na podstawowym stopniu zabezpieczenia).

STRESZCZENIE

Raportu z monitoringu zakładów psychiatrii sądowej

Niniejszy raport dotyczy respektowania praw człowieka w specyficznych instytucjach izolacyjnych, jakimi są zakłady psychiatryczne przeznaczone do wykonywania środków zabezpieczających (internacji, detencji) wobec niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych przez prawo karne. Polskie prawo wyłącza odpowiedzialność karną, jeżeli sprawca z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem. Czas pobytu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym nie jest z góry określony. Kierownik zakładu zamkniętego, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie rzadziej niż co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię o stanie zdrowia sprawcy umieszczonego w tym zakładzie i o postępach w leczeniu. W przedmiocie dalszego zastosowania środka zabezpieczającego orzeka sąd.

Aktualnie w Polsce wykonywanie środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych odbywa się :

- w warunkach podstawowego zabezpieczenia – w 32 szpitalach, które łącznie dysponują 659 łózkami na ten cel,
- w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia – w 12 szpitalach na 510 łózkach,
- w warunkach maksymalnego zabezpieczenia – w 3 Regionalnych Ośrodkach Psychiatrii Sądowej (ROPS) na 209 łózkach.

ROPS-y przeznaczone są jedynie dla mężczyzn. Wobec kobiet stosuje się wykonywanie środka zabezpieczającego w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia. Kobiety, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia z terenu całego kraju kierowane są do oddziału w Gorzowie Wielkopolskim.

ROPS są finansowane z budżetu państwa, w części pozostającej w dyspozycji Ministra Zdrowia. Pozostałe zakłady psychiatryczne realizujące środki zabezpieczające finansowane są na zasadach ogólnych, czyli poprzez kontraktowanie usług przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Warunki finansowe ROPS, a co za tym idzie warunki leczenia i pobytu w nich, są zdecydowanie lepsze niż w pozostałych zakładach psychiatrycznych realizujących środki zabezpieczające.

Dane prezentowane w tym raporcie dotyczą:

1. Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu;
2. Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim;
3. Oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu dla mężczyzn w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim;
4. Oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu dla kobiet w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim;
5. Oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu dla mężczyzn w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim.

Badania były realizowane w listopadzie i grudniu 2005 r. przez zespół pracowników i współpracowników Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

Wnioski.

Wymagania dotyczące zabezpieczenia społeczeństwa przed chorymi psychicznie sprawcami czynów karalnych, reprezentowane przez resort sprawiedliwości i standardy leczenia, reprezentowane przez resort zdrowia, są trudne do pogodzenia, co stanowi przestrzeń dla naruszeń praw człowieka.

W naszych badaniach ujawniliśmy następujące problemy:

Procedury sądowe dotyczące orzekania i przedłużania środków zabezpieczających.

Stan psychiczny sprawcy niejednokrotnie może uniemożliwiać mu uczestnictwo w posiedzeniach sądu. Decyzje o uczestnictwie sprawcy w posiedzeniu podejmuje sąd na podstawie opinii biegłych. Jednakże biorąc pod uwagę fakt, że orzeczenie o zastosowaniu środka zabezpieczającego jest często równoznaczne z wieloletnim, a nawet dożywotnim pozbawieniem wolności wydaje się, że przepisy Kodeksu postępowania karnego mogą stanowić ograniczenie prawa do rzetelnego procesu.

Spośród 71 pacjentów, z którymi rozmawialiśmy w 4 szpitalach, żaden nie był dowożony na kolejne posiedzenia sądu w sprawie przedłużenia detencji i żaden nigdy nie słyszał, by inni pacjenci uczestniczyli w takich posiedzeniach. Jednocześnie w naszej ocenie 2/3 z naszych rozmówców było w rzeczowym kontakcie, rozumiało swoją aktualną sytuację i prawdopodobne jest, że ich aktualny stan psychiczny nie stanowiłby przeszkody w udziale w posiedzeniach sądu.

Procedura odnosząca się do orzekania o zastosowaniu środków zabezpieczających oraz orzekania w przedmiocie dalszego stosowania tego środka nacechowana jest fakultatywnością. Brak jest utrwalonych przesłanek decydowania w tych sprawach. Procedura jest nierzetelna i nie zapewnia gwarancji poszanowania wolności.

Analiza tendencji występujących w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego pozwala domniemywać, że przepisy te miałyby szanse być uznane za niekonstytucyjne z powodu nierzetelności ukształtowanej procedury i zatem niezgodności z art. 2 Konstytucji RP.

Opiniowanie w sprawie umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym i przedłużania wykonywania środków zabezpieczających.

Jeśli sąd orzeknie niepoczytalność sprawcy i umieszczenie go w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, musi zasięgnąć opinii komisji psychiatrycznej w sprawie rodzaju zakładu psychiatrycznego. Komisja wydaje swoje opinie na podstawie przesłanej jej przez sąd dokumentacji, nie badając osoby opiniowanej. Procedura budzi wątpliwości w świetle art. 11 polskiej ustawy psychiatrycznej, który wymaga, by świadectwo o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, orzeczenie, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo zakładu opieki zdrowotnej lekarz wydał wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby.

Opinię o stanie zdrowia sprawcy – pacjenta piszą biegli, którzy jednocześnie są lekarzami leczącymi. Sytuacja ta rodzi szereg wątpliwości. Z jednej strony lekarz leczący najlepiej zna pacjenta i potrafi ocenić jego stan, z drugiej jednak wydawanie opinii może wpływać na jakość relacji terapeutycznej, a jednocześnie lekarz sam ocenia efektywność swojej pracy.

Program terapeutyczny.

Kodeks karny wykonawczy jasno określa cel wykonywania środków zabezpieczających wobec niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych. Stanowi on, że: „Sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym, a także resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza zakładem [podkreślenie MN, TS]”.

Realizacja tak określonego celu wymaga budowania i realizowania indywidualnych programów terapeutycznych, edukacyjnych i resocjalizacyjnych.

W badanych przez nas placówkach obserwowaliśmy radykalne różnice w ofercie terapeutycznej ROPS i zakładów o wzmocnionym zabezpieczeniu. W tych drugich dominowała farmakoterapia, zaś oferta terapeutyczna i rehabilitacyjna była bardzo ograniczona.

Ponadto pacjenci, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający, pozbawieni są możliwości korzystania z przepustek – chociaż możliwość taką mają zarówno więźniowie, jak i pacjenci leczeni w szpitalach psychiatrycznych. Zdaniem lekarzy sprawdzenie efektów leczenia i procesu resocjalizacji jest możliwe jedynie wtedy, gdy można zobaczyć jak pacjent radzi sobie w pozaszpitalnym środowisku społecznym.

Zakaz tortur i innego nieludzkiego traktowania lub karania.

W trakcie prowadzonego przez nas monitoringu w żadnej z wizytowanych placówek nie byliśmy naocznymi świadkami naruszeń artykułu 3 Europejskiej Konwencji.

Jednakże możemy wskazać kilka faktów, które mogą wyczerpywać cechy poniżającego lub nieludzkiego traktowania. Są to:

- przedłużenie okresu pozbawienia wolności poprzez brak kompleksowego zindywidualizowanego systemu terapeutycznego;
- brak dostatecznego zabezpieczenia pacjentów przed agresją innych chorych;
- przypadki agresywnego i poniżającego zachowania personelu wobec pacjentów.

Prawo do prywatności.

Pobyt w instytucji izolacyjnej jest związany z ograniczeniem prawa do prywatności. Uzasadnione ograniczenia tego prawa bywają trudne do odróżnienia od faktycznych naruszeń.

W trakcie monitoringu natrafiłszy na praktyki naruszające to prawo, którymi były:

- kontrola korespondencji;
- brak możliwości swobodnych, odbywających się bez obecności osób trzecich, kontaktów telefonicznych;
- kontaktowanie się lekarza z pacjentem z zasady w obecności osób trzecich;
- przeprowadzanie kontroli osobistych pacjentów;
- przeprowadzanie kontroli rzeczy osobistych bez obecności ich właściciela.

Prawo do informacji.

W obydwu odwiedzanych przez nas ROPS pacjenci, z którymi rozmawialiśmy, na ogół wiedzieli dlaczego w nich przebywają, znali rozpoznania, nazwy przyjmowanych leków i ich działanie. Uczestniczyli w treningach lekowych, mogli negocjować leki.

W oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu pacjenci często nie mieli dostępu do takich informacji. Mówili, że lekarze nie chcą odpowiadać na pytania dotyczące ich stanu zdrowia i stosowanej farmakoterapii. Najbardziej dolegliwy dla pacjentów był brak informacji dotyczący tego, jak długo będą w szpitalu, co dalej się z nimi stanie, jaka jest treść okresowych opinii lekarskich dla sądów.

Brak ROPS dla kobiet – dyskryminacja ze względu na płeć?

Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 10 sierpnia 2004 r. zdecydował, że dla kobiet nie przewiduje się zakładów o maksymalnym zabezpieczeniu (tzw. ROPS). Kobiety, wobec których prawomocnie orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, umieszczane są w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu w Gorzowie Wielkopolskim lub w oddziałach o podstawowym zabezpieczeniu zgodnie z rejonizacją. Nie wiemy, co motywowało ustawodawcę do przyjęcia takiego rozwiązania. Prawdopodobnie uznano, że kobiety są „mniej groźne” i popełniają czyny o mniejszej szkodliwości społecznej.

Skutkiem tego rozwiązania w odniesieniu do kobiet umieszczonych w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu w Gorzowie Wielkopolskim jest dużo gorszy niż w ROPS dostęp do opieki medycznej, znacznie szczuplejsza oferta w zakresie psychoterapii, terapii zajęciowej, resocjalizacji i usług socjalnych.

Sądzymy, że – paradoksalnie – przyjęte rozwiązanie nosi cechy dyskryminacji ze względu na płeć, a tym samym narusza art. 32 Konstytucji RP (Zakaz dyskryminacji) oraz jej art. 68 (Równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej).

Możliwości zakładów psychiatrii sądowej a potrzeby wymiaru sprawiedliwości.

Uzyskane przez nas dane wskazują na pilną potrzebę podjęcia działań pozwalających na zbilansowanie potrzeb wymiaru sprawiedliwości i pojemności zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających.

Finansowanie wykonywania środków zabezpieczających przez różne podmioty (ROPSy finansuje budżet państwa, a pozostałe poziomy zabezpieczenia NFZ) skutkuje znacznymi różnicami w warunkach pobytu i leczenia pacjentów.

Należy się spodziewać, że w bliskiej perspektywie czasowej zakłady psychiatryczne przeznaczone do wykonywania środków zabezpieczających nie będą w stanie przyjąć wszystkich osób, wobec których orzeczony zostanie środek zabezpieczający. Sytuacja ta może prowadzić z jednej strony do naruszeń prawa do opieki medycznej tych chorych, z drugiej zaś stwarzać zagrożenia dla bezpieczeństwa osobistego innych osób.

Justyna Lewandowska
Krzysztof Wilamowski

Zapis lustracji Zakładu Karnego we Wronkach

1. Wprowadzenie.

Do Komitetu Helsińskiego, na przełomie lipca i sierpnia 2003 roku, wpłynęło 11 skarg skazanych, odbywających karę pozbawienia wolności w Zakładzie Karnym we Wronkach. W głównej mierze skargi te dotyczyły warunków odbywania tej kary w ZK Wronki, a w szczególności:

- przeludnienia cel;
- braku dostępu świeżego powietrza, z uwagi na niemożność otworzenia okien, spowodowaną zbyt dużą liczbą łóżek w celi;
- złego oświetlenia cel;
- złego umiejscowienia i jedynie częściowego zabudowania kąpoków sanitarnych w celach;
- nie wystarczającej ilości środków czystości (w stosunku do zwiększonej liczby skazanych w celach);
- zbyt krótkiego czasu dostępu do wody w celach (4 godziny na dobę);
- zbyt małych i mało kalorycznych porcji żywieniowych;
- gorszych warunków widzeń spowodowanych przeludnieniem;
- kontroli rozmów telefonicznych;
- utrudnionego dostępu do aparatu samoinkasującego spowodowanego przeludnieniem;
- złego zaopatrzenia w leki więziennej służby zdrowia.

Dodatkowo jedna skarga dotyczyła wyłącznie niewłaściwego leczenia przez więzienną służbę zdrowia.

W celu zweryfikowania zasadności skarg, do Zakładu Karnego we Wronkach udaliśmy się w dniu 17 września 2003 roku.

2. Uwagi ogólne. Charakterystyka jednostki.

Obiekt więzienny we Wronkach zbudowany został w latach dziewięćdziesiątych XIX wieku, z przeznaczeniem na dom karny dla skazanych na dłuższą karę pozbawienia wolności oraz osadzonych pozostających do dyspozycji Sądu Prowincji Poznańskiej.

Obecnie Zakład Karny we Wronkach funkcjonuje jako zakład typu zamkniętego, przeznaczony dla recydywistów penitencjarnych. W zakładzie znajduje się ponadto oddział dla osób tymczasowo aresztowanych, a także oddział przeznaczony dla skazanych odbywających karę w zakładzie karnym typu półotwartego. W zakładzie funkcjonuje dział terapeutyczny, gdzie karę odbywają skazani z nie-psychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeni umysłowo, a także uzależnieni od alkoholu lub innych środków odurzających lub substancji psychotropowych – wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej i lekarskiej. Przy zakładzie funkcjonuje Zespół Szkół, w którym aktualnie odbywa się nauczanie w zakresie szkoły zasadniczej zawodowej oraz średniej technicznej. Skazani znajdują zatrudnienie odpłatne w przedsiębiorstwie przywieziennym PPM Pomet (branża metalowa) oraz przy pracach administracyjno – gospodarczych na rzecz jednostki. Skazani pracują także nieodpłatnie na rzecz lokalnego samorządu.

3. Rozmowa z Dyrektorem.

Wizytę w ZK Wronki rozpoczęliśmy od rozmowy z Zastępcą Dyrektora ZK, ppłk mgr Zenonem Wiczyńskim. W trakcie tej rozmowy uzyskaliśmy ogólne informacje na temat sytuacji w Zakładzie.

Zakład Karny we Wronkach był przewidziany na przyjęcie 1400 skazanych. Obecnie przebywa w nim około 1800 więźniów i tymczasowo aresztowanych. W związku z tym do cel 4 i 5 osobowych zostały dostawione łóżka w ten sposób, że w chwili obecnej w celach przebywa po 7 skazanych.

Zakład Karny we Wronkach jest w pełni skanalizowany. Zgodnie z informacjami uzyskanymi od Zastępcy Dyrektora, do każdego oddziału jest doprowadzona zimna i ciepła woda. Możliwość korzystania z wody jest ograniczona do czterech godzin na dobę dla każdego oddziału, jednak zdaniem Dyrekcji, czas ten w zupełności wystarcza do utrzymania czystości w celach. Obecnie system kanalizacyjny jest w trakcie modernizacji.

Zdaniem Zastępcy Dyrektora ZK oświetlenie w celach jest dostosowane do potrzeb skazanych. Jedyne na oddziale szkolnym zwiększony jest czas palenia się światła. W pozostałych oddziałach, z uwagi na znikomy odsetek skazanych czytających, nie ma konieczności wydłużania czasu oświetlenia cel.

Zdaniem władz ZK, mimo dostawienia dodatkowych łóżek, w każdej celi istnieje możliwość szerokiego otwierania okien. Więźniowie wolą jednak wyjmować okna z zawiasów twierdząc, iż jest to lepszy sposób wietrzenia cel. Sytuacji nie zmienia również fakt, że za takie zachowanie stosowane są kary dyscyplinarne.

Konieczność kontroli rozmów telefonicznych Z-ca Dyrektora tłumaczył faktem, iż znane są przypadki kierowania przez skazanych działalnością przestępczą

z terenu Zakładu Karnego. To z kolei, w połączeniu z przeludnieniem Zakładu, pociąga za sobą utrudnienia w dostępie do automatu samoinkasującego. Funkcjonariusz Służby Więziennej, odpowiedzialny za kontrolę rozmów telefonicznych, ma „pod opieką” kilkuset więźniów (każdy z nich musi być oddzielnie doprowadzony do automatu przez jednego funkcjonariusza, natomiast drugi funkcjonariusz musi cały czas kontrolować przebieg prowadzonej przez skazanego rozmowy). Na ograniczenie możliwości korzystania z telefonu zasadniczy wpływ ma brak dodatkowych etatów w SW. Wzrost bowiem liczby skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w danym zakładzie nie pociąga za sobą wzrostu liczby funkcjonariuszy.

Więzienna służba zdrowia – w opinii Zastępcy Dyrektora – funkcjonuje prawidłowo. Każdy skazany, w razie potrzeby, ma możliwość skorzystania z opieki więziennego ambulatorium, znajdującego się na każdym oddziale. W przypadkach wymagających konsultacji specjalistycznych, większość z nich można przeprowadzić na terenie ZK (kilkoro specjalistów zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy). W szczególnych wypadkach, skazani są dowożeni do konkretnych ośrodków specjalistycznych. Czas oczekiwania na badania lub zabiegi wynika z ogólnej kondycji służby zdrowia.

Zaopatrzenie więziennej służby zdrowia w leki stanowi odzwierciedlenie możliwości finansowych Zakładu. W miarę możliwości kupowane są leki tańsze (w przeważającej liczbie leki polskie, stanowiące odpowiedniki leków zagranicznych). W razie konieczności zakupu leków specjalistycznych, istnieje możliwość ich zamówienia (zamówienia te są realizowane w przeciągu 2-3 dni). Administracja ZK nie zezwala rodzinom na dostarczanie leków skazanym (w obawie przed wprowadzaniem na teren ZK niepożądanych substancji). Rodziny mogą natomiast przekazać pieniądze władzom ZK z przeznaczeniem na zakup wskazanego leku.

Zastępca Dyrektora zwrócił także uwagę na pojawiający się w Zakładzie Karnym problem narkotyków. Jako potencjalne źródła przedostawania się tych środków do wnętrza Zakładu, wskazał osoby odwiedzające, jak też więźniów pracujących w środowisku zewnętrznym. Więźniowie podejrzewani o zażywanie środków odurzających są poddawani badaniom na ich obecność w moczu. Zgodnie z informacjami Zastępcy Dyrektora, w przypadku wyniku, który nie pozwala ani jednoznacznie stwierdzić, ani też wykluczyć, iż dana osoba zażyła środki odurzające (np. wynik 50%/50%), decydujące znaczenie o wyciągnięciu konsekwencji (*de facto* uznaniu winnym) ma opinia władz ZK.

4. Zapis lustracji.

Po wstępnej rozmowie, Zastępca Dyrektora oprowadził nas po części terenu Zakładu. Mieliśmy okazję zobaczyć między innymi kantinę, bibliotekę na oddziale ogólnym, świetlicę, radiowęzeł, siłownię na oddziale terapeutycznym (jedyną w tym ZK), ambulatorium, pokoje wychowawców, cele izolacyjne, dwie cele pięcioosobowe (aktualnie siedmioosobowe), jedną celę dwuosobową, a także nieużywane obecnie cele jednoosobowe. Oprowadzenie miało miejsce w trakcie pory obiadowej, mieliśmy więc możliwość zobaczyć posiłki jakie spożywają skazani.

W Zakładzie Karnym we Wronkach przewidziane są cztery rodzaje diet, w tym dla diabetyków i dieta jarska.

Kantyna – dobrze zaopatrzona, ceny odpowiadały cenom na zewnątrz z tym, że produkty najczęściej kupowane (kawa, herbata) były sprzedawane poniżej cen rynkowych; papierosy sprzedawane były po cenach sugerowanych przez producentów.

Biblioteka – księgozbiór składa się głównie z literatury fachowej, przeznaczonej głównie dla pracowników więzienia z tym, że dostęp do niego mają również skazani; zaopatrzona w podręczniki i kasety (wraz z walkmanami) do nauki języków obcych.

Świetlica – wyposażona w stół do tenisa stołowego, stoliki i krzesła, a także odbiornik TV.

Radiowęzeł – za jego pomocą nadawane są audycje przygotowywane i prowadzone przez wychowawców (o tematyce resocjalizacyjnej), a także audycje przygotowywane przez samych skazanych. Tematykę tych ostatnich można ogólnie określić jako popularno-naukową.

Siłownia – wyposażona w dwa mocno wyeksploatowane przyrządy do ćwiczeń, a także hantle. Mieści się ona na niskim parterze oddziału terapeutycznego, w pomieszczeniu o powierzchni około 6 m. kw.

Ambulatorium – składa się z dwóch pomieszczeń. Dostępne są w nim leki niezbędne w nagłych przypadkach (tabletki przeciwbólowe i przeciwzapalne, bandaże itp.)

Cela izolacyjna (ok. 3x1,5 m. kw.) – znajdowały się w niej: łóżko, taboret i stolik. Cela posiadała małe okienko umieszczone na wysokości około 2 metrów od podłogi.

Cela pięcioosobowa – znajdowały się w niej: 3 łóżka piętrowe (sześć miejsc), jedno łóżko parterowe, umywalka, zabudowany ściankami działowymi w pełnej wysokości kącik sanitarny, siedem taboretów, stolik. Okna na wysokości ok. 2 metrów od podłogi. Nie dawały się otworzyć na całą szerokość, z uwagi na ustawienie piętrowych łóżek.

Cela dwuosobowa – znajdowały się w niej: dwa łóżka parterowe, dwa taborety, stolik, w pełni zabudowany kąciek sanitarny, umywalka.

Ogólnie Zakład Karny utrzymany jest w czystości. Obecnie prowadzony jest w nim remont bramy głównej, a także dziedzińca.

Na terenie ZK Wronki prowadzi się zajęcia szkolne na poziomie technikum zawodowego i szkoły zawodowej o kierunku ślusarskim. Zakład zapewnia też możliwość odbycia praktyk zawodowych w Przedsiębiorstwie Przemysłu Metalowego „POMET-2”, które znajduje się w bezpośrednim sąsiedztwie ZK.

5. Rozmowy z osobami pozbawionymi wolności.

Podczas wizyty w Zakładzie udało nam się odbyć rozmowy z 8 skazanymi, którzy zwrócili się do Komitetu Helsińskiego z prośbą o pomoc⁵⁴.

T. R. – skazany zwrócił się do KH w związku z błędną diagnozą lekarską i niewłaściwym leczeniem jego schorzenia (rak złośliwy penisa) przez więzienną służbę zdrowia w Zakładach Karnych w Łodzi i Wronkach oraz odmową udzielenia mu przerwy w karze w celu umożliwienia skutecznego leczenia. Podczas rozmowy z nami skazany wyraził zgodę na poddanie się stosownemu zabiegowi „pod konwojem” (nie domagał się wyłącznie przerwy).

R. Z. – jego skarga dotyczyła m.in. nie udzielenia przepustki losowej na pogrzeb matki. Ponadto uskarżał się na warunki panujące w ZK we Wronkach, a mianowicie na: niemożność otworzenia okien, przeludnienie celi, reglamentacje wody (według skazanego woda jest faktycznie dostępna przez godzinę w ciągu doby), niewystarczającą ilość środków czystości, brak dostępu do aktów prawnych, niemożność posiadania radia w celi, a także na działanie więziennego lekarza internisty. Skarżył się również na odmowne załatwienie wniosków o przetransportowanie bliżej domu (do ZK w Rawiczu lub Stargardzie Szczecińskim).

B. K. – skarżył się na to, że chciałby mieć godzinę spaceru więcej ze względu na rehabilitację po przebytych zawale. Ponadto lekarz internista zalecił odstawienie leków na serce, które skazany przyjmował, a jednocześnie nie przepisał nowych. Skarżył się też na dużą wilgoć w celach.

L. K. – skazany przekazał nam dokumenty sprawy dotyczącej defraudacji środków z funduszu więźniów (tzw. żelaznej kasy). Ponadto skarżył się na ogólne warunki socjalno-bytowe, a w szczególności na wspólne zamieszkiwanie w celach skazanych uczących się z nie uczącymi się.

L. P. – skazany podniósł w rozmowie z nami kwestię kontrolowania rozmów telefonicznych, jak i samego dostępu do automatu samoinkasującego. Skazany skarżył się także na to, iż osoby, które chcą brać udział w zajęciach szkolnych,

⁵⁴ Nie zostali doprowadzeni na rozmowę: P. R., A. P., R. K. i P. G. Przyczyną nie doprowadzenia, podaną przez administrację była ich czasowa nieobecność w ZK Wronki.

muszą zgodzić się na odbywanie kary w systemie programowym, gwarantującym (formalnie) pewne przywileje. W opinii skazanego, w praktyce żadne przywileje nie są przyznawane. Ponadto skazany skarżył się na brak siłowni na oddziale szkolnym, jak również na ruinę obiektów sportowych i na znikomą ilość zajęć sportowych. Podobnie jak L. K., także i ten skazany skarżył się na mieszanie w celach skazanych uczęszczających do szkoły z tymi, którzy do szkoły nie chodzą.

A. A. – skazany skarżył się na kwestię dostosowania czasu, w którym możliwe jest korzystanie z wody do czasu pracy więźniów i czasu zakończenia zajęć szkolnych. Ponadto skazany skarżył się na fatalny stan białizny pościelowej oraz ubrań więziennych.

P. C. – skazany skarżył się na mieszanie skazanych uczących się z nie uczącymi się, opiekę stomatologiczną (trzytygodniowy okres oczekiwania na wizytę), a także na prowokacyjne zachowanie funkcjonariuszy SW.

W. J. – skarżył się na to, iż mieszka w celi, w której przebywa obecnie 7 więźniów, a kącik sanitarny jest zabudowany tylko do wysokości 120 cm od podłogi. W związku z tym skazani sami „podwyższyli” zabudowę kąpika, zrobionym przez siebie parawanem, który następnie został zniszczony przez funkcjonariuszy SW. Skazany podnosił również kwestię dostępu do telefonu, a także braku siłowni na oddziale szkolnym.

6. Podsumowanie.

Po rozmowach ze skazanymi udaliśmy się na ponowną rozmowę z Z-cą Dyrektora. W trakcie tej rozmowy podzieliliśmy się z władzami ZK naszymi spostrzeżeniami i uwagami opartymi o relacje więźniów, oczywiście zachowując anonimowość naszych rozmówców. Zastępca Dyrektora obiecał nam, iż w najbliższej przyszłości zajmie się sprawą mieszania więźniów uczących się z nie uczącymi się. Jednocześnie tłumaczył zaistniałą sytuację skierowaniem do odbycia kary w tutejszej jednostce, skazanych po raz pierwszy odbywających karę pozbawienia wolności, podczas gdy ZK Wronki przystosowany jest dla recydywistów. Zastępca Dyrektora stwierdził ponadto, że sprawdzi kwestie rozkładu godzin włączania wody w poszczególnych oddziałach, a zwłaszcza w oddziale szkolnym. Obiecano nam także bardziej wnikliwą analizę skarg dotyczących leczenia. Ponadto ma zostać sprawdzone, czy nie wymaga uzupełnienia ilość piłek do gier zespołowych na poszczególnych oddziałach.

7. Wnioski własne.

Kwestie związane z reglamentowaniem dostępu do wody nie są łatwe do oceny. Z jednej strony niektórzy więźniowie twierdzą, iż woda faktycznie jest dostępna przez godzinę w ciągu doby, mimo że grafik przewiduje 4 godziny w ciągu doby. Zgodnie jednak z informacjami uzyskanymi od Zastępcy Dyrektora,

więźniowie z niższych pięter puszczały wodę non stop, bez uzasadnionego powodu. W efekcie powodowało to sytuację, w której więźniowie z górnych pięter nie mieli wody wcale. Informacje te nie są możliwe do zweryfikowania w warunkach wizytowania Zakładu. Gdyby jednak informacje te okazały się prawdziwe, brak dostępu do wody – zwłaszcza w porze letniej – połączony z ogólnym stanem przeludnienia, mógłby stanowić naruszenie art. 3 EKPC, przynajmniej w części dotyczącej poniżającego traktowania.

Przeludnienie ZK we Wronkach nie może obecnie budzić wątpliwości. Polepszenie tej sytuacji nie leży jednak w gestii władz ZK, ani centralnych władz Służby Więziennej. Jest to wynik polityki kryminalnej Państwa, prowadzonej od kilku lat, zmierzającej do szerszego stosowania kar izolacyjnych. Mimo tej trudnej sytuacji administracja ZK podejmuje działania zmierzające z jednej strony do utrzymania dyscypliny, z drugiej zaś stara się zaspokajać chociażby minimalne potrzeby socjalno-bytowe skazanych (Z-ca Dyrektora przyznał, iż władze robią wszystko, aby nie przerobić świetlic na cele mieszkalne).

Powyższy problem przeludnienia pociąga za sobą problemy związane, na przykład z możliwością otwierania okien, liczbą i czasem rozmów telefonicznych (przypadających na jednego skazanego), jakością i długością widzeń. Zwiększenie liczby więźniów będących pod opieką jednego wychowawcy, ogranicza też w dużej mierze możliwość osobistego (indywidualnych rozmów) z nim kontaktu.

Kwestie związane z oczekiwaniem na przeprowadzenie specjalistycznych badań są w dużej mierze wyolbrzymione przez skazanych, bowiem okres oczekiwania na przeprowadzenie badań w publicznych zakładach opieki zdrowotnej na wolności jest zbliżony, a niejednokrotnie dłuższy. Natomiast opóźnienia w dowiedzeniu na wyznaczone badania lub kontrole wynikające z braku funduszy na konwoje, obciążają nie tyle Zakład Karny, co stan finansów publicznych.

Skargi skazanych na złe zaopatrzenie więziennej służby zdrowia w leki wynikają z niezrozumienia polityki administracji ZK (podyktowanej możliwościami finansowymi), polegającej na kupowaniu tańszych, polskich – tak samo skutecznych – odpowiedników leków zagranicznych, częstokroć reklamowanych. Skazani często odczytują takie działania jako złośliwe postępowanie władz ZK.

Problemy związane ze złym stanem odzieży i bielizny pościelowej, jak również nie pełnego zabudowania kąpoków sanitarnych w niektórych celach, wynikają z niewystarczających środków budżetowych będących w dyspozycji władz Zakładu Karnego we Wronkach. Jednakże kwestia nie zabudowania kąpoków sanitarnych, nie stanowi – jak się wydaje – samoistnego naruszenia art. 3 EKPC. Niewątpliwie natomiast w sposób oczywisty narusza prawo do prywatności, którego osoby pozbawione wolności, nie są przecież pozbawione w związku z samym faktem odbywania kary izolacyjnej.

OPINIA PRAWNA TYPU AMICUS CURIAE

w sprawie warunków przebywania osób pozbawionych wolności w Zakładzie Karnym w Tarnowie Mościcach w świetle standardu orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w zakresie art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności

Uwagi wstępne.

1. Amicus Curiae - „opinia przyjaciela sądu”, to znana w praktyce sądów zagranicznych i w kilkudziesięciu sprawach także w Polsce, forma wyrażania przez organizacje pozarządowe opinii prawnej w postępowaniach sądowych, w przypadkach, gdy – w związku z celami działalności danej organizacji – zachodzi taka potrzeba.
2. Helsińska Fundacja Praw Człowieka jest organizacją pozarządową, dążącą między innymi do umocnienia rządów prawa oraz pozycji i niezawisłości sądów w Polsce.
3. Jeżeli zabieramy więc głos w niniejszej sprawie, to jest to wyłącznie podyktowane potrzebą ochrony fundamentalnej wolności człowieka – wolności od tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.
4. Do Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka zwrócili się skazani odbywający karę pozbawienia wolności w Zakładzie Karnym w Tarnowie-Mościcach z prośbą o obserwowanie procesów cywilnych, które rozpoczęły się w Sądzie Okręgowym w Tarnowie na skutek pozwów złożonych przez nich przeciwko Skarbowi Państwa za naruszenie ich prawa do godnego odbywania kary pozbawienia wolności, w związku z przeludnieniem jednostki penitencjarnej. W związku z powyższym przedstawiciele Fundacji udali się w dniu 21 kwietnia 2005 roku z wizytą do wskazanej jednostki penitencjarnej⁵⁵. Po opracowaniu materiałów uzyskanych w trakcie lustracji, Helsińska Fundacja Praw Człowieka sporządziła analizę orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w zakresie art. 3 Konwencji Rady Europy z 1950 roku o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.

⁵⁵ Wizytacja objęła 4 oddziały (I, II, III, IV) oraz dziedziniec, a także pomieszczenia wspólne, takie jak ambulatorium i centrum kulturalno-oświatowe.

I. Zakład Karny w Tarnowie Mościcach – ogólne informacje.

- I.1. Zakład Karny powstał w 1963 roku jako Ośrodek Pracy Więźniów jako zaplecze siły roboczej dla Zakładów Azotowych. Formalnie Ośrodek stanowił Oddział Zewnętrzny Zakładu Karnego w Tarnowie. Od początku istnienia Zakład Karny w Tarnowie – Mościcach miał charakter jednostki półotwartej. Przeznaczony był dla pierwszy raz karanych, później zaczęli przebywać w nim recydywiści i ów profil utrzymał się do dziś. Na początku przebywało w nim tylko 70 skazanych zakwaterowanych w jednym budynku. Wkrótce liczba ta podwoiła się i stale rosła. Skazani zamieszkiwali już w trzech parterowych blokach, a w oknach nie było jeszcze krat. 1 lipca 1969 roku jednostka usamodzielniała się, przejmując zarządzanie od Zakładu Karnego w Tarnowie.
- I.2. Aktualnie Zakład Karny Tarnów – Mościce to jednostka typu półotwartego z jednym oddziałem otwartym, przeznaczona dla recydywistów penitencjarnych - mężczyzn. Jego pojemność w dniu 21 kwietnia 2005 roku wynosiła 369 miejsc.
- I.3. W dniu 21 kwietnia 2005 roku w jednostce przebywały 454 osoby pozbawione wolności, co stanowiło zaludnienie w wysokości ponad 123 %.

II. Zapis lustracji.

- II.1. Zakład Karny podzielony jest na cztery oddziały: jeden typu otwartego i trzy typu półotwartego.

II.1.1. ODDZIAŁ I.

Oddział typu otwartego. Znajduje się w parterowym pawilonie. W dniu wizytacji przebywało w nim 140 skazanych przy normatywnej pojemności 111 miejsc. Oddział składa się z 20 cel mieszkalnych (największa przeznaczona jest dla 10 osób, a najmniejsza dla 6). Cele mieszkalne są otwarte przez całą dobę. Nie są one wyposażone w kąpiki sanitarne – skazani przez całą dobę korzystają z umywalk i ustępów znajdujących się w oddzielnym pomieszczeniu. W godzinach od 8 do 12 oraz od 15 do 18 skazani mogą wychodzić z pawilonu, w którym znajduje się oddział i poruszać się po dziedzińcu zakładu karnego, obejmującym m.in. boiska do piłki nożnej i siatkowej oraz centrum kulturalno-oświatowe. Skazani mogą korzystać z aparatów telefonicznych dostępnych na terenie zakładu. Wszyscy skazani przebywający na tym oddziale odbywają karę w systemie programowanego oddziaływania.

II.1.2. ODDZIAŁ II.

Oddział typu półotwartego. Usytuowany jest, podobnie jak oddział I, w parterowym pawilonie. W dniu wizytacji przebywało w nim 172 skazanych przy normatywnej pojemności wynoszącej 124. Po adaptacji cel i innych pomieszczeń na oddziale mogą przebywać maksymalnie 174 osoby. Cele mieszkalne są otwarte przez całą dobę. Wszyscy skazani na tym oddziale odbywają karę w systemie programowanego oddziaływania. W celach nie ma kąpeków sanitarnych, a skazani korzystają z ustępów i umywalk znajdujących się w wydzielonym pomieszczeniu. Umywalnia składa się z 8 umywalk, 5 pisuarów i 7 kabin ustępowych. Poza celami mieszkalnymi i umywalnią na oddziale znajduje się sala telewizyjna mogąca pomieścić ok. 20 osób, kącik kuchenny z maszynką do gotowania. W sali telewizyjnej widoczne były zacieki na suficie.

Z rozmowy przeprowadzonej ze skazanym odbywającym karę na oddziale II wynika, że problemem jest dostęp do ustępów i umywalk, szczególnie utrudniony w porze porannej. Na oddziale przebywa zwykle ok. 150 osób, które mają do dyspozycji 7 zabudowanych kabin ustępowych i 8 umywalk, przy czym nie zawsze wszystkie te umywalki i ustępy są sprawne. Zdaniem skazanego w porze porannej musi on niekiedy czekać w kolejce nawet 5 minut, aby skorzystać z ubikacji. Skazany skarżył się także na ciasnotę w swojej 6-osobowej celi, w której brakuje miejsca przy stole, a w związku z tym niektórzy skazani muszą spożywać posiłki, siedząc na łózkach. Pościel według skazanego jest czysta i zmieniana regularnie co 2 tygodnie. W naszej opinii, biorąc zwłaszcza pod uwagę możliwość kąpieli tylko raz w tygodniu, czas ten jest zbyt długi, przede wszystkim w porze letniej. Niewystarczający jest natomiast – w opinii skazanego – przydział mydła, ponieważ otrzymywaną raz w miesiącu kostkę mydła on sam zużywa znacznie szybciej. Odzież i bieliznę pierze sam w umywalni i robi to ręcznie, ponieważ jego zdaniem korzystanie z pralki wirnikowej, stojącej w umywalni, jest niebezpieczne z uwagi na zalaną wodą posadzkę.

II.1.3. ODDZIAŁ III.

Oddział typu półotwartego. Usytuowany jest, podobnie jak oddział I i II, w parterowym pawilonie. W dniu wizytacji przebywało w nim 88 osób, przy pojemności normatywnej równej 74. Cele na tym oddziale są otwarte w porze dziennej, a zamknięte w porze nocnej (od 19.30 do 7.10). W każdej celi znajduje się kącik sanitarny z ustępem i umywalką, oddzielony ściankami (w pełnej wysokości, od podłogi do sufitu) od reszty celi. Spośród skazanych odbywających karę na tym oddziale 10 odbywają ją w systemie programowanego oddziaływania, a pozostali w systemie zwykłym. Z rozmów przeprowadzonych z personelem zakładu wynika, że spora część skazanych na tym oddziale to osoby zaangażowane w podkulturę więzienną, tzw. „grypsujący”, którzy odmawiają zgody na

system programowanego oddziaływania, ponieważ przestrzegają zakazu współpracy z administracją.

W celi nr 18 widoczne były wyraźne i rozległe zacieki na suficie. Podobne zacieki widoczne były także w świetlicy znajdującej się na tym oddziale. Skargi formułowane przez skazanych w trakcie wizytacji tego oddziału koncentrowały się z jednej strony na warunkach bytowych, tj. przeciekających sufitach i wilgoci w celach; z drugiej zaś strony na zakazie palenia w celach przy jednoczesnym zamknięciu cel w późnych godzinach wieczornych i nocą. Niektórzy skazani zamknięcie cel w nocy uważali za formę szykanowania ich za to, że nie wyrazili zgody na odbywanie kary w systemie programowanego oddziaływania, który z zasady jest systemem dobrowolnym.

II.1.4. ODDZIAŁ IV.

Oddział typu półotwartego. Usytuowany w budynku jednopiętrowym. W jego skład wchodzi 23 cele mieszkalne, w których w dniu wizytacji przebywało 51 skazanych. Największe cele na tym oddziale to cele 6-osobowe. W jednej z nich – celi nr 31 o powierzchni 15, 76 m. kw. – w dniu wizytacji przebywało 6 osób. Cele są otwarte w porze dziennej i zamknięte w porze nocnej (od 19.30 do 7.10). W celach znajdują się kąpiki sanitarne wydzielone ściankami od reszty celi. Skazani odbywający karę na tym oddziale w porze dziennej mają możliwość swobodnego poruszania się po budynku, w którym mieści się oddział, a także po niewielkim terenie przylegającym do budynku i odgrodzonym od reszty zakładu siatką drucianą. Ponadto od poniedziałku do piątku pomiędzy godziną 12 i 13 skazani mogą poruszać się po wyznaczonym terenie zakładu, obejmującym m.in. centrum kulturalno-oświatowe. W tym samym czasie skazani odbywający karę na innych oddziałach pozostają na terenie swoich oddziałów i nie mają możliwości kontaktu ze skazanymi z oddziału IV. Z rozmowy przeprowadzonej z oddziałowym i wychowawcą oddziału IV wynika, że ograniczenie możliwości poruszania się poza oddziałem spowodowane jest tym, iż na oddziale IV odbywają karę skazani, którzy należą do osób szczególnie chronionych m.in. przed atakami współwięźniów.

II.2. Poza budynkami mieszczącymi cele mieszkalne w zakładzie znajdują się ambulatorium, centrum kulturalno-oświatowe i sala widowisk.

II.2.1. AMBULATORIUM.

Gruntowny remont został zakończony w początkach 2005. Obejmuje m.in. 2 izby chorych (w jednej stoi znajduje się 5 łóżek, a w drugiej – 2). Obydwie wyposażone są w przylegające do nich łazienki z ustępem, umywalką i prysznicem. Łazienki wyłożone są nowymi kafelkami. Obie izby chorych są przestronne, jasne i czyste. Zastrzeżeń nie budziła również czystość pościeli znajdującej się

na łózkach. W czasie wizytacji 2-osobowa izba chorych była wolna, natomiast w 5-osobowej przebywał 1 skazany. Oprócz izb chorych w pawilonie medycznym znajdują się: izolatka, 2 gabinety lekarskie i gabinet stomatologiczny. Gabinety są dobrze wyposażone w sprzęt medyczny, a zdaniem personelu medycznego są również bardzo dobrze zaopatrzone w leki. W zakładzie karnym na pełnym etacie zatrudniony jest lekarz internista, a ponadto na części etatów: psychiatra, okulista, neurolog i 2 stomatologów. Średni personel medyczny liczy 3 osoby. Od poniedziałku do piątku osoby należące do średniego personelu medycznego pełnią dyżury do godz. 19, w soboty pełniony jest dyżur 6-godzinny, zaś w niedziele – 2-godzinny.

II.2.2. SALA WIDZEŃ.

Znajduje się w niej 25 ponumerowanych stolików, a także kilka stolików bez numerów. Obok sali widzeń jest mała salka, wyposażona w stolik i 2 fotele, w której odbywają się widzenia bez dozoru w oddzielnym pomieszczeniu. Widzenia odbywają się w soboty i niedziele. W czasie, kiedy odbywają się widzenia, czynna jest również kantyna.

II.2.3. CENTRUM KULTURALNO-OŚWIATOWE.

Znajdują się w nim m.in.: biblioteka, czytelnia, modelarnia i sala sportowa. Sala sportowa wyposażona jest dość skromnie: oprócz drabinek i materacy znajdują się w niej 2 ławeczki do ćwiczeń. W kolejnych pomieszczeniach centrum kulturalno-oświatowego znajduje się stół pingpongowy oraz sale koła turystycznego, koła muzycznego i redakcji gazetki. Gazetka zakładowa redagowana przez skazanych ukazuje się raz w miesiącu w nakładzie 10-20 egzemplarzy. Ogólnie pomieszczenia tego centrum są czyste, suche i jasne. Skazani mogą z nich korzystać w godzinach, kiedy oddziały, na których odbywają karę, są otwarte. Część skazanych ma możliwość uczestniczenia w zorganizowanych grupach w zajęciach sportowych i kulturalno-oświatowych poza terenem zakładu karnego, takich jak mecze piłki nożnej czy zawody żużlowe. Niektórzy korzystają także z indywidualnych zezwoleń na opuszczenie zakładu karnego w celu uczestniczenia w terapii odwykowej.

II. 3. 1. DZIEDZINIEC.

Na dziedzińcu jednostki znajdują się również boiska do piłki nożnej i siatkowej.

III. Analiza orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w zakresie możliwości naruszenia art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności poprzez warunki w jakich odbywana jest kara pozbawienia wolności.

III. 1. Dorobek orzecznictwa Europejskiej Komisji Praw Człowieka.

Do Komisji wniesiono bardzo wiele skarg dotyczących domniemanego pogwałcenia art. 3 Konwencji w stosunku do osób pozbawionych wolności. Generalnie w orzecznictwie organów Konwencji dostrzegane jest założenie, że zgodna z prawem detencja sama w sobie niesie za sobą pewną dolegliwość i z tego powodu skłonne są tolerować pewne kroki podejmowane w stosunku do więźniów i aresztantów, podczas gdy analogiczne kroki podjęte w stosunku do ludzi wolnych byłyby uznane za sprzeczne z art. 3 Konwencji.

Mimo wielu skarg więźniów na naruszenie art. 3 Konwencji, jej organy nie ustaliły katalogu naruszeń. Orzecznictwo Komisji odegrało jednak ważną rolę w wypracowaniu standardów w zakresie warunków przymusowego przetrzymywania osób.

W dwóch orzeczeniach Komisja zajmowała się skargami więzionych terrorystów niemieckich (raport z dnia 30.05.1975 r., *Baader, Meins, Grundmann*⁵⁵ oraz *Ensslin, Baader, Raspe*⁵⁶, raport z dnia 08.07.1978 r.) na warunki więzienne. Po dokładnym zbadaniu warunków panujących w więzieniu Stammheim w Stuttgarcie Komisja nie stwierdziła naruszenia art. 3 Konwencji, aczkolwiek więźniowie byli izolowani od innych więźniów, ograniczane było ich prawo do korespondencji i otrzymywania prasy. Komisja zajmowała się także warunkami, w jakich przebywali terroryści niemieccy w więzieniach szwajcarskich, także nie stwierdzając naruszenia Konwencji (raport z 09.07.1981 r., *Kröcher i Mueller*⁵⁷).

Przedmiotem badań były też angielskie reguły więzienne, według których wolno było więźniów i aresztantów izolować w taki sposób, iż nie mogli brać udziału w normalnym życiu więziennym. Komisja uznała wprawdzie za niezadowalający fakt, iż więzień przez 9 miesięcy nie miał kontaktu z innymi więźniami, biorąc jednocześnie pod uwagę okoliczność, że przysługiwało mu jednak prawo do odwiedzin (raporty nie publikowane z 27.03.1979 r. i 03.07.1979 r.⁵⁸ oraz raport z 06.12.1979 r.⁵⁹). Komisja uznawała zatem pełną izolację więźnia od innych więźniów za zgodną z art. 3 Konwencji, o ile była ona absolutnie

⁵⁶ Skarga nr 6166/73

⁵⁷ Skarga nr 7572/76

⁵⁸ Skarga nr 8463/78

⁵⁹ Skargi nr odpowiednio: 8241/78 i 8074/77

⁶⁰ Skarga nr 7630/76

niezbędna, jeżeli więzień miał możliwość uzyskiwania informacji z zewnątrz i możliwość kontaktu ludźmi (raport z 27.03.1979 r., *Mahler*⁶¹; tak też w orzeczeniu Komisji z 16.12.1981 r., w której to sprawie Komisja ustaliła, że więzień nie miał kontaktu z innymi ludźmi przez 475 dni, ale dysponował pokojem porównywalnym z pokojem w domu studenckim, posiadał radio, telewizor, mógł otrzymywać książki z biblioteki więziennej, spacerował przez godzinę dziennie oraz miał możliwość korespondowania z krewnymi oraz z instytucjami). Pod tym względem najbardziej problematyczna była sprawa „*mise au secret*” któremu poddawani byli aresztanci w niektórych kantonach szwajcarskich. Aresztant nie miał nawet prawa do odwiedzin, z obrońcą włącznie. Mógł jedynie skorzystać z odwiedzin lekarza i duchownego. Komisja nie dopatrzyła się jednak w tej sprawie naruszenia art. 3 Konwencji. Nie bez znaczenia był fakt, że taki areszt nie mógł trwać dłużej niż miesiąc (raport z 12.07.1978, *Bonzi przeciwko Szwajcarii*⁶²).

W innych rozpatrywanych przez Komisję sprawach skarżący kwestionowali:

- wielkość celi (raport z 14.02.1966⁶³) – Komisja uznała, że umieszczenie 4 osób w celi o pow. 8 m² nie narusza art. 3 Konwencji;
- niewłaściwe warunki sanitarne (raport z 21.07.1972 r.⁶⁴),
- niewygodne łóżka (raport z 19.07.1971 r.⁶⁵)
- nadmierną ilość much w celi (raport z 02.06.1967 r.⁶⁶),
- ograniczony czas poruszania się po podwórzu więziennym (jw.),
- złe pożywienie (raport z 16.12.1966 r.⁶⁷) – dawkę 1000 kalorii Komisja uznała za wystarczającą.

W opinii Komisji w wypadku niebezpieczeństwa dla zdrowia więzień musi mieć zapewnioną opiekę lekarską. Zapewniona musi być także możliwość hospitalizacji (orzeczenie z 06.05.1978 r., *Kotälla*⁶⁸).

Natomiast zdaniem Komisji użycie przemocy w razie przywracania porządku w więzieniach nie stanowi samo przez się naruszenia art. 3 Konwencji (raport z 13.12.1966 r., *Kornmann*⁶⁹). Stanowisko Komisji w sprawach dotyczących

⁶¹ Skarga nr 6073/73

⁶² Skarga nr 7854/77

⁶³ Skarga nr 2747/65

⁶⁴ Skarga nr 4771/71

⁶⁵ Skarga nr 4623/70

⁶⁶ Skarga nr 2465/65

⁶⁷ Skarga nr 2413/65

⁶⁸ Skarga nr 7994/77

⁶⁹ Skarga nr 2686/65

postępowania funkcjonariuszy więziennych w tego rodzaju sytuacjach wydawało się nadto liberalne. W jednym z orzeczeń nie Komisja nie dopatrzyła się naruszenia art. 3 Konwencji, chociaż przeciwko więźniowi użyto psa, który pogryzł go dotkliwie i wielokrotnie, pomimo, iż – jak ustalono – nie było w to w danej sytuacji niezbędne (orzeczenie z 03.02.1971 r.⁷⁰).

Kary dyscyplinarne stosowane wobec więźniów – zdaniem Komisji – nie mogły być okrutne, nieludzkie ani poniżające. W tej kwestii stanowisko Komisji ulegało stopniowej ewolucji. Jeszcze w 1959 r. Komisja uznała, że stosowane w więzieniach twarde łóża i redukcja pożywienia nie narusza art. 3 Konwencji (orzeczenie z 07.07.1959 r.⁷¹). Później jednak Komisja wywiodła, że redukcja przydziałów żywności nie należy do nowoczesnego standardu w zakresie kar dyscyplinarnych (orzeczenie z 11.07.1977 r.⁷²).

Nie była nieludzkim taktowaniem – zdaniem Komisji – odmowa konsultacji z określonym lekarzem specjalistą medycznym w sytuacji, gdy pomoc lekarska może być zapewniona osobie uwięzionej w inny sposób (orzeczenie z 1977 r., *X i Y przeciwko Szwajcarii*⁷³). W sprawie *Bennechoux przeciwko Szwajcarii* (orzeczenie z 1979⁷⁴) Komisja stanęła na stanowisku, że długi okres aresztowania osoby w podeszłym wieku i w złym stanie zdrowia może zostać, w pewnych okolicznościach, uznany za naruszenie art. 3. Nie zachodzi to jednak w przypadku, gdy aresztowany otrzymuje odpowiednią opiekę lekarską.

III.2. Pojęcie „tortur”, „traktowania nieludzkiego” i „traktowania poniżającego”

Artykuł 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (dalej: Konwencji Europejskiej albo Konwencji) stanowi, że nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu. Zawarty w tym artykule zakaz tortur oraz nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania ma charakter absolutny. Inaczej niż w przypadku większości przepisów materialnych Konwencji, w odniesieniu do zakazu tortur oraz nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania Konwencja nie przewiduje żadnych wyjątków. Zgodnie z art.15 ust. 2 Konwencji, Państwo-strona nie może uchylić się od zobowiązań wynikających z art. 3 nawet w przypadku wojny lub innego niebezpieczeństwa publicznego zagrażającego życiu narodu.

⁷⁰ Skarga nr 4220/69

⁷¹ Skarga nr 462/59

⁷² Skarga nr 7408/76

⁷³ Skargi nr odpowiednio: 7289/75 i 7349/76

⁷⁴ Skarga nr 8224/78

III.2.1 Europejski Trybunał Praw Człowieka (dalej: Trybunał) w swoich wyrokach konsekwentnie podkreśla absolutny charakter zakazu zawartego w art. 3 Konwencji i wskazuje na to, że stanowi on jedną z fundamentalnych wartości demokratycznego społeczeństwa (por. np. wyrok z 18 stycznia 1978 r. w sprawie *Irlandia przeciwko Wielkiej Brytanii*⁷⁵, wyrok z 16 marca 2004 r. w sprawie *Kmetty przeciwko Węgrom*⁷⁶). W sprawie *Tomasi przeciwko Francji*⁷⁷ (wyrok z 27 sierpnia 1992 r.) Trybunał stwierdził, że potrzeby śledztwa i trudności w walce z przestępczością nie mogą wpływać na ograniczenie nietykalności cielesnej podejrzanego nawet wtedy, gdy chodzi o przestępczość terrorystyczną. Podobnie w sprawie *Chahal przeciwko Wielkiej Brytanii*⁷⁸ (wyrok z 15 listopada 1996 r.) Trybunał zaznaczył, że jest świadomy trudności, na jakie napotykają obecnie państwa, chcąc chronić społeczeństwo przed przemocą ze strony terrorystów. Jednak nawet w takich wypadkach Konwencja zakazuje w sposób absolutny tortur oraz niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania.

III.2.2. Artykuł 3 Konwencji Europejskiej zakazuje tortur oraz niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, ale nie definiuje tych terminów. W prawie międzynarodowym pojęcie „tortury” zdefiniowane zostało w innej konwencji, a mianowicie w art. 1 Konwencji przeciwko torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 1984 r. Termin „tortury” w rozumieniu konwencji ONZ oznacza wszelkie czyny, poprzez które dotkliwy ból lub cierpienie, fizyczne lub psychiczne, zadawane są umyślnie osobie w takich celach, jak uzyskanie od niej lub od osoby trzeciej informacji lub wyznania, ukaranie jej za czyn, który ona sama lub osoba trzecia popełniła lub o którego popełnienie jest podejrzana, zastraszenie lub wywarcie nacisku na tę osobę lub na osobę trzecią, albo w jakimkolwiek innym celu wynikającym z wszelkiej formy dyskryminacji, gdy taki ból lub cierpienie zadawane są przez funkcjonariusza państwowego lub inną osobę występującą w charakterze urzędowym albo z ich polecenia, za ich wyraźną lub milczącą zgodą.

III.2.3. Konwencja ONZ została jednak uchwalona ponad trzydzieści lat po wejściu w życie Europejskiej Konwencji Praw Człowieka Europejskiej. Na wiele lat przed przyjęciem Konwencji ONZ przeciwko torturom organy strasburskie, tj. Europejska Komisja Praw Człowieka i Europejski Trybunał Praw Człowieka, w toku rozpoznawania skarg dotyczących naruszenia art. 3 Konwencji Europejskiej wypracowały zasady rozgraniczenia pojęć „tortury”, „traktowanie niehumanitarne”

⁷⁵ Skarga nr 5310/71

⁷⁶ Skarga nr 57967/00

⁷⁷ Skarga nr 12850/87

⁷⁸ Skarga nr 22414/93

i „traktowanie poniżające”. Zgodnie z utrwaloną linią orzecznictwa Trybunału podstawowa różnica pomiędzy „torturami” oraz „traktowaniem nieludzkim lub poniżającym” dotyczy stopnia intensywności zadawanego cierpienia. Autorzy Konwencji, używając w art. 3 trzech różnych terminów, zdaniem Trybunału chcieli w ten sposób zaznaczyć, że tortury są szczególną formą umyślnego nieludzkiego traktowania, powodującego bardzo poważne i okrutne cierpienia (por. np. wyrok z 18 stycznia 1978 r. w sprawie *Irlandia przeciwko Wielkiej Brytanii*, wyrok z 18 grudnia 1996 r. w sprawie *Aksoy przeciwko Turcji*⁷⁹). W sprawie *Selmouni przeciwko Francji*⁸⁰ (wyrok z 7 lipca 1999 r.) przy dokonywaniu oceny, czy akty przemocy fizycznej i psychicznej, jakiej funkcjonariusze policji dopuścili się wobec skarżącego, stanowiły tortury w rozumieniu art. 3 Konwencji Europejskiej, Trybunał odwołał się do definicji tortur, zawartej we wspomnianej wcześniej Konwencji ONZ przeciwko torturom.

III.2.4 Za traktowanie nieludzkie Europejski Trybunał Praw Człowieka uznaje złe traktowanie, które m.in. było zamierzone, stosowane nieprzerwanie przez dłuższy czas i spowodowało u ofiary obrażenia ciała albo intensywne cierpienia fizyczne lub psychiczne (por. np. wyrok Trybunału z 26 października 2000 r. w sprawie *Kudła przeciwko Polsce*⁸¹). Zarówno „tortury”, które w opinii Trybunału stanowią szczególną formę nieludzkiego traktowania, wyróżniającą się bardzo dotkliwym i okrutnym cierpieniem ofiary, jak i „traktowanie nieludzkie” w świetle orzecznictwa Trybunału mają miejsce wtedy, gdy złe traktowanie ofiary jest działaniem zamierzonym.

III.2.5. Jeśli chodzi o „traktowanie poniżające”, to Trybunał definiował je zwykle jako traktowanie zmierzające do wzbudzenia u ofiary poczucia strachu, przerażenia i bezwartościowości, zdolne ją poniżyć i zdeprecjonować. Przy dokonywaniu oceny, czy konkretna forma złego traktowania była traktowaniem poniżającym w rozumieniu Konwencji Europejskiej Trybunał zwracał uwagę na to, czy jego celem było poniżenie i zdeprecjonowanie ofiary, a także, czy jego konsekwencje miały ujemny wpływ na osobowość ofiary w sposób sprzeczny z art. 3 Konwencji (por. np. wyrok z 15 lutego 2002 r. w sprawie *Iwańczuk przeciwko Polsce*⁸²). W serii wydanych w ostatnich latach wyroków dotyczących warunków uwięzienia Trybunał uznaje jednak, że w odniesieniu do traktowania poniżającego brak zamiaru poniżenia i zdeprecjonowania ofiary nie wyklucza przyjęcia naruszenia art. 3 Konwencji.

⁷⁹ Skarga nr 21987/93

⁸⁰ Skarga nr 25803/94

⁸¹ Skarga nr 30210/96

⁸² Skarga nr 25196/94

III. 3. Minimalny poziom dolegliwości złego traktowania.

W każdym wypadku stwierdzenie naruszenia art. 3 Konwencji Europejskiej w opinii Trybunału uzależnione jest od tego, czy złe traktowanie jednostki osiągnęło pewien minimalny poziom dolegliwości. W sprawie *Irlandia przeciwko Wielkiej Brytanii* Trybunał uznał, że ustalenie tego poziomu jest ze swej istoty względne i w konkretnej sprawie zależy od takich okoliczności, jak czas trwania złego traktowania, jego skutki fizyczne i psychiczne, a w niektórych wypadkach również od płci, wieku i stanu zdrowia ofiary. Takie stanowisko Trybunał konsekwentnie podtrzymywał w późniejszych wyrokach, w których rozstrzygał problem, czy w konkretnej sprawie stopień dolegliwości wynikającej z niewłaściwego traktowania osiągnął poziom pozwalający na przyjęcie, że doszło do złamania zakazu tortur oraz nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.

III.3.1. I tak np. w wyroku z 26 października 2000 r. w sprawie *Kudła przeciwko Polsce* Trybunał przypomniał, że złe traktowanie uznaje za nieludzkie, kiedy było ono m.in. zamierzone, stosowane przez dłuższy czas bez przerwy i spowodowało obrażenia ciała albo dotkliwie cierpienia fizyczne lub psychiczne ofiary. Złe traktowanie jest traktowaniem poniżającym, jeżeli zmierzało do wzbudzenia u ofiary poczucia strachu, przerażenia i bezwartościowości, zdolne ją poniżyć i zdeprecjonować. Przy dokonywaniu oceny, czy konkretna forma traktowania była poniżająca, Trybunał bierze pod uwagę, czy jego celem było poniżenie i zdeprecjonowanie ofiary, a także czy konsekwencje tego traktowania miały ujemny wpływ na osobowość ofiary w sposób sprzeczny z art. 3 Konwencji. Brak takiego zamiaru nie wyklucza przyjęcia naruszenia art. 3 Konwencji, jednak dla stwierdzenia takiego naruszenia cierpienie i upokorzenie ofiary w każdym wypadku musi wyjść poza to, co stanowi nieodłączny element cierpienia i upokorzenia, związany z daną formą zgodnego z prawem traktowania lub karania.

III.3.2. Środki pozbawiające wolności zdaniem Trybunału często zawierają taki nieodłączny element cierpienia i upokorzenia. Nie oznacza to jednak, że każde pozbawienie wolności, np. w razie tymczasowego aresztowania podejrzanego, samo w sobie stanowi naruszenie art. 3 Konwencji. Artykuł ten nie może być interpretowany jako przepis, który nakłada na państwo generalny obowiązek zwolnienia więźnia ze względów zdrowotnych albo umieszczenia go w otwartej służbie zdrowia, aby umożliwić mu szczególny rodzaj leczenia. Obowiązkiem państwa w odniesieniu do osoby pozbawionej wolności jest jednak zapewnienie warunków uwięzienia zgodnych z wymogami poszanowania godności ludzkiej, a także zapewnienie, aby sposób wykonywania zastosowanego środka nie narażał jej na udrękę i uciążliwości przekraczające stopień dolegliwości nieodłącznie związany z pozbawieniem wolności oraz by przy uwzględnieniu praktycznych wymogów uwięzienia zdrowie i samopoczucie tej osoby były odpowiednio chronione, m.in. przez objęcie jej odpowiednią opieką lekarską.

III.4. Traktowanie poniżające na skutek złych warunków bytowych w więzieniu.

III.4.1. Sprawa *Dougoz przeciwko Grecji*⁸³ (wyrok z 13 lutego 2001 r.).

W skardze wniesionej do organów strasburskich w 1998 r. skarżący, będący obywatelem syryjskim, podnosił m.in., że warunki uwięzienia w okresie, gdy oczekiwał w Grecji na wydalenie go z tego kraju, stanowiły traktowanie nieludzkie i poniżające w rozumieniu art. 3 Konwencji Europejskiej. Cella w areszcie w Drapetsonie, w którym początkowo go umieszczono, była przeludniona i brudna, a uwięzione w niej osoby nie miały łóżek, materacy, prześcieradeł ani koców. W celi nie było świeżego powietrza ani naturalnego światła, brak było odpowiednich urządzeń sanitarnych, a przez długie okresy nie było także ciepłej wody. Jedynym miejscem, po którym uwięzieni mogli spacerować, był korytarz prowadzący do toalet. Skarżący zarzucał także greckim władzom, że w czasie pobytu w areszcie pozbawiony był możliwości udziału w zajęciach kulturalnych i innego rodzaju pożytecznej aktywności. Z powodu przepełnienia celi nie mógł nawet czytać książek. Jedzenie było nieodpowiednie, ponieważ uwięzieni otrzymywali tylko „przechodni” talerz z żywnością dwa razy dziennie, przy czym rzadko lub w ogóle nie otrzymywali niektórych produktów, takich jak owoce, warzywa, ser i mleko. Władze więzienne nie zapewniły im dostępu do lekarza i do apteki. Odwiedziny były możliwe tylko dla krewnych, w wyniku czego uwięzieni cudzoziemcy w ogóle nie korzystali z odwiedzin. Skarżący nie mógł zwrócić się do organów pomocy społecznej ani do prokuratora, a ponadto przypadki niewłaściwego traktowania uwięzionych przez personel nie należały do rzadkości. Po przeniesieniu go do aresztu w Komendzie Głównej Policji w Atenach przetrzymywany był w podobnych warunkach, jakkolwiek było tam naturalne światło, świeże powietrze i ciepła woda.

III.4.1.1. Z zarzutami Dougoza nie zgadzał się Rząd Grecji, który twierdził, że ciepła woda w areszcie dostępna była przez całą dobę, wyżywienie więźniów było wystarczające i wysokiej jakości, w celi było wystarczające dużo naturalnego światła, a skarżący mógł swobodnie poruszać się po szerokim korytarzu w określonych porach dnia. Pomieszczenia aresztu były codziennie sprzątane przez personel i regularnie dezynfekowane, a więźniowie mieli zapewnioną opiekę medyczną. Zdaniem Rządu warunki uwięzienia Dougoza nie stanowiły naruszenia art. 3 Konwencji Europejskiej, ponieważ nie osiągnęły takiego poziomu dolegliwości, który by pozwalał na przyjęcie naruszenia tego przepisu. Ponadto w ocenie Rządu 17-miesięczny okres uwięzienia skarżącego spowodowany był przez niego samego w związku z podejmowanymi przez niego próbami wstrzymania wydalenia go z Grecji.

⁸³ Skarga nr 40907/98

III.4.1.2. Rozpatrując skargę Dougoza, Europejski Trybunał Praw Człowieka odwołał się do sprawozdania z wizytacji przeprowadzonej w 1993 r. w Grecji przez Europejski Komitet ds. zapobiegania torturom oraz niehumanitarnemu i poniżającemu traktowaniu albo karaniu (sprawozdania Komitetu z późniejszych wizytacji przeprowadzonych w Grecji w latach 1997 i 1999 w czasie rozpoznawania przez Trybunał sprawy Dougoza nie były jeszcze opublikowane). Sprawozdanie z wizytacji w r. 1993 zawierało m.in. szereg ustaleń i zaleceń dotyczących aresztu przy Komendzie Głównej Policji w Atenach, w którym w nieco późniejszym okresie przebywał także Dougoz. Jak zauważył Trybunał, generalnie ustalenia Europejskiego Komitetu ds. zapobiegania torturom były w dużym stopniu zgodne z zarzutami podniesionymi przez skarżącego. Trybunał zauważył także, że Rząd nie zaprzeczył zarzutom skarżącego dotyczącym przeludnienia cel oraz braku łóżek i pościeli.

III.4.1.3. W wyroku wydanym w tej sprawie Trybunał odwołał się do stanowiska zajętego przez Europejską Komisję Praw Człowieka w „Sprawie Greckiej” z 1969 r.⁸⁴, zgodnie z którym warunki uwięzienia mogą w pewnych wypadkach stanowić traktowanie niehumanitarne lub poniżające. „Przy ocenie warunków uwięzienia należy uwzględniać ich skumulowane efekty oraz specyficzne zarzuty skarżącego” (*When assessing conditions of detention, account has to be taken of the cumulative effects of these conditions, as well as of specific allegations made by the applicant*) [par. 46 wyroku w sprawie *Dougoz przeciwko Grecji*]. Na podstawie zgromadzonych materiałów Trybunał uznał, że w tej sprawie ogólne warunki uwięzienia skarżącego w aresztach policyjnych w Drapetsonie i w Atenach, a w szczególności poważne przeludnienie cel oraz brak sprzętów do spania, w połączeniu z nadzwyczaj długim okresem przebywania w takich celach, stanowiły naruszenie art. 3 Konwencji w postaci traktowania poniżającego.

III.4.2. Sprawa *Peers przeciwko Grecji*⁸⁵ (wyrok z 5 kwietnia 2001 r.).

Niecałe 2 miesiące później Trybunał dopatrywał się naruszenia art. 3 Konwencji Europejskiej na skutek warunków uwięzienia, które osiągnęły poziom traktowania poniżającego, w kolejnej sprawie przeciwko Grecji, tj. w sprawie *Peers przeciwko Grecji*. Tym razem skarżącym był obywatel brytyjski, aresztowany w 1994 r. na lotnisku w Atenach pod zarzutem popełnienia przestępstw narkotykowych. Został on pozbawiony wolności najpierw w areszcie przy Komendzie Głównej Policji w Atenach, a następnie w więzieniu w Koridallós. W jego ocenie warunki uwięzienia w Koridallós stanowiły traktowanie niehumanitarne i poniżające.

⁸⁴ Skargi nr 3321/67, 3322/67, 3323/67, 3344/67; Raport Europejskiej Komisji Praw Człowieka z 5 listopada 1969, Zeszyt 12)

⁸⁵ Skarga nr 28524/95

III.4.2.1. Peers twierdził m.in., że został on umieszczony w wysokiej i bardzo małej celi razem z innym więźniem. W tej celi było tylko jedno okno dachowe, które było zamknięte i tak brudne, że nie przepuszczało dziennego światła. Ubikacja typu azjatyckiego (otwór w podłodze) nie była oddzielona od reszty celi. Na całym oddziale składającym się z 9 cel był tylko 1 prysznic. W sierpniu, kiedy skarżący został tam umieszczony, było bardzo gorąco. W ciągu dnia drzwi celi były otwarte, jednak w nocy były one zamknięte, a ponieważ w celi nie było wentylacji, było bardzo gorąco. Po przeniesieniu go na inny oddział w tym samym więzieniu został umieszczony w celi, która także była przepełniona. W zimie było w niej bardzo zimno, natomiast w lecie panował upał nie do zniesienia, tak że czasami udawało mu się zasnąć dopiero o 3 czy 4 nad ranem. Wśród innych zarzutów wysuniętych przez Peersa znalazły się zarzuty dotyczące braku prześcieradła, poduszki, mydła i papieru toaletowego, podawania jedzenia w niehigienicznych warunkach oraz braku możliwości skontaktowania się z personelem, który nie mówił po angielsku.

III.4.2.2. Rząd Grecji w postępowaniu przed organami strasburskimi zaprzeczł części zarzutów skarżącego i twierdził, że traktowanie Peersa w więzieniu nie osiągnęło tego minimum dolegliwości, który pozwoliłby na stwierdzenie naruszenia art. 3 Konwencji. Podkreślał przy tym, że warunki uwięzienia Peersa w żadnym wypadku nie wynikały z braku poszanowania dla niego jako osoby. Wprost przeciwnie, władze więzienne próbowały polepszyć jego sytuację, pozwalając mu np. na dodatkowe rozmowy telefoniczne. Zdaniem Rządu nie było żadnych dowodów na to, że warunki uwięzienia były dla Peersa powodem cierpienia fizycznego lub psychicznego.

III.4.2.3. Trybunał przy ocenie warunków uwięzienia Peersa wziął pod uwagę m.in. ustalenia dokonane przez delegację Europejskiej Komisji Praw Człowieka, która odwiedziła więzienie w Koridallos i wysłuchała skarżącego oraz trzech świadków. W szczególności Trybunał uwzględnił ustalenia Komisji dotyczące wielkości celi, w której przebywał Peers, jej oświetlenia i wentylacji. Ponadto Trybunał odwołał się do ustaleń Europejskiego Komitetu ds. zapobiegania torturom, który w 1994 r. opublikował sprawozdanie z wizytacji przeprowadzonej rok wcześniej m.in. w więzieniu w Koridallos. Ustalenia delegacji Europejskiej Komisji Praw Człowieka dotyczące wentylacji celi nie odpowiadały w pełni ustaleniom Komitetu ds. zapobiegania torturom, ale wizyta Komitetu miała miejsce w marcu, natomiast delegacja Komisji odwiedziła więzienie w czerwcu, a więc w nieco innych warunkach klimatycznych. Ostatecznie Trybunał stwierdził, że Peers przez co najmniej dwa miesiące musiał spędzać znaczną część doby w celi bez wentylacji i bez okna w okresie, kiedy było nieznośnie gorąco. Musiał on dzielić niewielką celę przeznaczoną dla jednej osoby z innym więźniem, co powodowało, że w czasie, gdy drzwi celi były zamknięte, z braku

miejsca był przykuty do swojego łóżka. Trybunał zwrócił również uwagę na brak wydzielenia ubikacji od reszty celi w sytuacji, gdy był w niej umieszczony drugi więzień. W efekcie Peers musiał korzystać w celi z ubikacji w obecności innego więźnia i był obecny, gdy z ubikacji korzystał współwięziony.

III.4.2.4. Trybunał w badanej sprawie nie dopatrzył się zamiaru poniżenia ani zdeprecjonowania skarżącego przez władze więzienne. Stwierdził jednak, że jakkolwiek kwestia, czy celem traktowania jednostki było jej poniżenie lub zdeprecjonowanie jest czynnikiem brany pod uwagę przy ustaleniu ewentualnego naruszenia art. 3 Konwencji, to brak takiego celu nie wyklucza przyjęcia złamania zawartego w tym przepisie zakazu. W sprawie Peersa właściwe władze nie podjęły stosownych kroków, aby poprawić niedające się zaakceptować warunki uwięzienia skarżącego. Trybunał nie podzielił stanowiska Rządu Grecji, że takie warunki nie wpłynęły na skarżącego w sposób stanowiący naruszenie art. 3. W ocenie Trybunału warunki uwięzienia Peersa naruszały poczucie jego godności ludzkiej i wywoływały w nim uczucie udręczenia i niższości, mogące go poniżyć i zdeprecjonować oraz złamać jego odporność fizyczną i psychiczną. W sumie warunki uwięzienia skarżącego osiągnęły poziom traktowania poniżającego w rozumieniu art. 3 Konwencji.

III.4.3. Sprawa *Kałasznikow przeciwko Rosji*⁸⁶ (wyrok z dnia 15.07.2002 r.).

Stanowisko wypracowane w sprawach *Dougoz przeciwko Grecji* i *Peers przeciwko Grecji* Trybunał podtrzymał w sprawie *Kałasznikow przeciwko Rosji* (wyrok Trybunału z 15 lipca 2002 r.). W tej sprawie skarżącym był obywatel rosyjski pozbawiony wolności w latach 1995-1999 w areszcie śledczym w Magadan. W październiku 1999 r. po wydaniu wyroku skazującego został on przeniesiony do zakładu karnego, a po kilku miesiącach trafił ponownie tego samego do aresztu śledczego, skąd zwolniono go w lipcu 2000 r. W skardze wniesionej do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka Kałasznikow zarzucił rosyjskim władzom m.in. naruszenie art. 3 Konwencji Europejskiej w związku z warunkami, w jakich był uwięziony.

III.4.3.1. Kałasznikow twierdził, że podczas pierwszego pobytu w areszcie śledczym przebywał w celi o powierzchni 17 m², w której było 8 prycz. Liczba uwięzionych w tej celi niemal przez cały czas zbliżała się do 24, chociaż czasami spadała do 18. Na jedną pryczę z reguły przypadało 3 uwięzionych, dlatego spali oni na zmiany. Spanie było utrudnione z tego względu, że w celi przez cały czas włączony był telewizor i paliło się światło, a w ciągu dnia panowała wrzawa. Miska klozetowa umieszczona w kącie celi nie zapewniała żadnej prywatności,

⁸⁶ Skarga nr 47095/99

ponieważ osoba korzystająca z ubikacji była widoczna dla współwięzionych i personelu obserwującego celę przez wizjer w drzwiach. Więźniowie spożywali posiłki w celi przy stole, znajdującym się w odległości 1 m od ubikacji. Ponadto w celi nie było żadnej wentylacji. W lecie było tam bardzo gorąco, a w zimie bardzo zimno. Skarżący nigdy nie dostał odpowiedniej pościeli, talerza ani sztućców. Od administracji otrzymał jedynie materac i cienki koc, a talerze i sztućce musiał pożyczać od współwięźniów, którzy z kolei dostali je od krewnych. Cella aresztu była pełna karaluchów i mrówek, ale administracja nie podejmowała żadnych wysiłków, aby je zlikwidować; jedynym środkiem sanitarnym było dostarczanie więźniom płynu dezynfekującego do ubikacji.

III.4.3.2. Skarżący twierdził ponadto, że w areszcie nabawił się wielu chorób skóry i infekcji grzybiczych, stracił paznokcie u nóg i niektóre paznokcie u rąk. Sześciokrotnie w jego celi umieszczono więźniów chorych na choroby zakaźne, tj. gruźlicę lub kiłę. Poza celą mógł przebywać jedynie przez godzinę w ciągu dnia, a z ciepłego prysznic korzystał zwykle dwa razy w miesiącu. Po ponownym przetransportowaniu go do tego samego aresztu warunki uwięzienia w zasadzie nie uległy zmianie. Jego zdaniem warunki uwięzienia w areszcie śledczym w Magadanie przy uwzględnieniu czasu, jaki spędził w tym areszcie, stanowiły naruszenie art. 3 Konwencji, ponieważ miały ujemny wpływ na jego zdrowie fizyczne oraz były powodem cierpienia i poniżenia.

III.4.3.3. W świetle stanowiska Rządu Federacji Rosyjskiej warunki uwięzienia Kałasznikowa odbiegały od jego opisu. Według przedstawicieli Rządu cella wyposażona była w kącik sanitarny, obejmujący miskę klozetową i umywalkę. Miska klozetowa usytuowana była w kącie celi i oddzielona od części mieszkalnej zasłoną zapewniającą prywatność o wysokości 1,1 m. Cella miała okna umożliwiające dostęp świeżego powietrza i dziennego światła. Telewizor w celi należał do skarżącego, który mógł kontrolować sposób korzystania z niego. Skarżący miał oddzielną pryczę, pościel, przybory kuchenne i dostęp do opieki medycznej. Rząd nie kwestionował jednak, że w związku z ogólnym przeludnieniem w areszcie śledczym, każda prycza w celi używana była na zmiany przez 2 lub 3 więźniów. Przyznawał także, że w tej samej celi co Kałasznikow przebywali czasowo więźniowie chorzy na kiłę lub gruźlicę. Skarżący zdaniem Rządu był jednak systematycznie badany przez personel medyczny. W razie wykrycia u niego choroby był natychmiast leczony. W trakcie pobytu w areszcie udzielano mu pomocy dermatologicznej, terapeutycznej i stomatologicznej. W celu zapobiegania chorobom zakaźnym budynek aresztu był dezynfekowany, ale władze przyznawały, że insekty stanowiły tam problem.

III.4.3.4. W ocenie Rządu warunki uwięzienia Kałasznikowa nie stanowiły tortur ani traktowania nieludzkiego lub poniżającego. Nie były one gorsze niż te, w jakich znajdowała się większość osób aresztowanych w Rosji, gdzie przeludnienie

było ogólnym problemem aresztów śledczych. Władze aresztu nie działały z zamiarem spowodowania fizycznych cierpień skarżącego ani wyrządzenia mu szkody na zdrowiu. Administracja podejmowała wszelkie dostępne środki, aby aresztowanym dotkniętym różnymi chorobami zapewnić odpowiednie leczenie i zapobiec zarażeniu innych uwięzionych. Z powodu sytuacji ekonomicznej warunki aresztowania w Rosji nie spełniały wymagań stawianych instytucjom penitencjarnym w innych krajach, ale Rząd Federacji Rosyjskiej podejmował wszelkie możliwe kroki, by poprawić sytuację osób pozbawionych wolności.

III.4.3.5. W wyroku wydanym w sprawie Kałasznikowa Trybunał odwołał się do wcześniejszego orzecznictwa i przypomniał m.in., że przy ocenie warunków uwięzienia uwzględnia on skumulowany efekt tych warunków, a także specyficzne zarzuty podniesione przez skarżącego. W tej sprawie Trybunał zauważył, że dane przytoczone przez obie strony, tj. przez skarżącego i Rząd, wskazują na to, że w różnym czasie na jednego więźnia przypadało od 0,9 do 1,9 m² powierzchni celi. W opinii Trybunału oznacza to, że cela była poważnie i nieustannie przeludniona. Co więcej, z powodu poważnego przeludnienia osoby uwięzione w tej celi musiały spać na zmiany. Warunki snu pogarszało palące się przez cały czas światło, a także ogólna wrzawa i hałas spowodowany dużą liczbą więźniów. Wynikająca z tego deprywacja potrzeby snu w ocenie Trybunału musiała stanowić poważne obciążenie fizyczne i psychiczne dla skarżącego.

III.4.3.6. Trybunał zwrócił także uwagę na brak odpowiedniej wentylacji w celi skarżącego, w której przebywała znaczna liczba więźniów mogących palić tytoń. Skarżący miał możliwość zajęć poza celą przez godzinę lub dwie w ciągu dnia, pozostały czas musiał jednak spędzać w dusznej celi, opanowanej przez insekty. Dodatkowym aspektem niehigienicznych warunków była ubicacja. Zasłona o wysokości 1,1 m oddzielała miskę klozetową od umywalki, ale nie od części mieszkalnej celi. Przedstawiona przez Rząd fotografia celi ukazywała celę brudną i odrapaną oraz kącik sanitarny niezapewniający prywatności. Trybunał nie kwestionował, że Kałasznikow był leczony z powodu chorób skórnych i infekcji grzybiczych, których nabawił się w areszcie, jednak ich nawroty w opinii Trybunału sugerowały, że bardzo złe warunki sanitarne ułatwiające rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych pozostawały tam bez zmian. Trybunał podkreślił także, że skarżący wielokrotnie był uwięziony z osobami cierpiącymi na kiłę i gruźlicę, chociaż Rząd argumentował, że podejmowano środki zapobiegające zarażeniu.

III.4.3.7. Trybunał z zadowoleniem zauważył, że w okresie poprzedzającym rozpoznanie sprawy Kałasznikowa w Strasburgu w tej części aresztu śledczego w Magadanie, w której mieściła się cela skarżącego, wprowadzono wiele zmian na lepsze, niemniej jednak w ocenie Trybunału skarżący w czasie swojego pobytu w tym areszcie musiał znosić warunki nie do zaakceptowania. Warunki te nie

wynikały z zamierzonych działań administracji więziennej, ponieważ Trybunał nie dopatrywał się żadnych przesłanek wskazujących na zamiar poniżenia lub zdeprecjonowania skarżącego przez personel. Po raz kolejny Trybunał stwierdził jednak, że jakkolwiek kwestia, czy celem traktowania było poniżenie lub zdeprecjonowanie ofiary, jest czynnikiem brany pod uwagę przy rozpatrywaniu skarg dotyczących art. 3 Konwencji Europejskiej, to brak takiego zamiaru nie wyklucza uznania, że doszło do naruszenia tego artykułu. Warunki uwięzienia, w których Kałasznikow przebywał przez blisko 5 lat, musiały zdaniem Trybunału spowodować u niego znaczne cierpienia psychiczne, naruszyć jego godność osobistą i wzbudzić w nim poczucie poniżenia i zdeprecjonowania, dlatego też stanowiły pogwałcenie zakazu traktowania poniżającego w rozumieniu art. 3 Konwencji.

III.4.4. Sprawa *Kehayov przeciwko Bułgarii*⁸⁷ (wyrok z dnia 18 kwietnia 2005 r.).

Skargę do Trybunału wniósł obywatel bułgarski, który od grudnia 1997 r. do czerwca 1998 r. był uwięziony w areszcie Okręgowego Urzędu Śledczego w Płowdiw. Cella, w której przebywał razem z 3 innymi osobami, miała powierzchnię 10,5 m². Więźniowie spali na materacach na podłodze, ponieważ nie było tam łóżek. Koce zdaniem skarżącego nie były regularnie prane. W celi nie było dziennego światła, była tam natomiast wentylacja. Sztuczne oświetlenie było bardzo słabe. W zimie temperatura w celi według skarżącego nie przekraczała 10-12 stopni Celsjusza. Więźniowie mogli wyjść poza celę dwa razy dziennie, o godz. 6.30 i 18.30, aby się umyć i skorzystać z ubikacji. Przez pozostałą część doby do załatwiania potrzeb fizjologicznych służył im kubek pozostawiony w celi, dezynfekowany chemicznie raz w tygodniu. Poza tym opuszczali celę jedynie w związku z widzeniami, przesłuchaniem lub rozprawą w sądzie i nie mieli możliwości spaceru. Skarżący podnosił także, że jedzenie było złej jakości, a więźniowie ze względów bezpieczeństwa nie dostali widelców ani noży. Przedstawiciele Rządu Bułgarii kwestionowali niektóre z podniesionych przez Kehayova zarzutów twierząc np., że w celach było centralne ogrzewanie i normalna temperatura. Zdaniem Rządu skarga Kehayova na naruszenie art. 3 Konwencji Europejskiej była bezzasadna.

III.4.4.1. Przy rozpatrywaniu tej sprawy Trybunał wziął pod uwagę m.in. sprawozdania Europejskiego Komitetu ds. zapobiegania torturom, który odwiedził Bułgarię w latach 1995, 1999 i 2003. Z ustaleń Komitetu po wizycie w r. 1995 wynikało, że warunki uwięzienia w większości aresztów śledczych były bardzo złe. Cele były przepelnione, więźniowie spali na materacach rozłożonych na podestach na podłodze, koce i poduszki były brudne, w celach nie było

⁸⁷ Skarga nr 41035/98

naturalnego światła, oświetlenie sztuczne było zbyt słabe do czytania, w złym stanie był także system wentylacji cel. Więźniowie mogli umyć się pod prysznicem raz w tygodniu, a dwa razy dziennie przez kilka minut mogli używać umywalki i ubikacji poza celą; w innym czasie potrzeby fizjologiczne załatwiali do kubła stojącego w celi. Spacer trwał zwykle od 10 do 15 minut, a często nie odbywał się w ogóle. Komitet zwracał także uwagę na niewystarczającą ilość i złą jakość jedzenia. Więźniowie musieli jeść z misek bez sztućców; nie mieli nawet łyżek. W większości miejsc wizytowanych w r. 1999 Komitet nie dopatrył się zmian na lepsze, a w niektórych zauważył nawet pogorszenie warunków uwięzienia. W areszcie śledczym w Płowdiw więźniowie nadal musieli jeść rękami, nie mając sztućców. W cztery lata później niektóre cele w tym areszcie były odnowionei zapewniały lepsze warunki bytowe, ale większość cel pozostała w stanie niezmienionym.

III.4.4.2. Trybunał podkreślił w wyroku, że cierpienie i poniżenie skarżącego uzasadnia stwierdzenie naruszenia art. 3 Konwencji Europejskiej wtedy, jeżeli wykracza ono poza nieunikniony element cierpienia i poniżenia nieodłącznie związany z daną formą zgodnego z prawem traktowania lub karania (*The suffering and humiliation involved must go beyond that inevitable element of suffering or humiliation connected with a given form of legitimate treatment or punishment*; par. 64). Środki pozbawiające jednostkę wolności często zawierają taki nieunikniony element cierpienia i poniżenia, ale to nie oznacza, że aresztowanie samo w sobie może stanowić naruszenie art. 3 Konwencji. Przepisy tego artykułu nakładają jednak na państwo-stronę obowiązek zapewnienia osobom pozbawionym wolności warunków odpowiadających wymogom poszanowania ich godności ludzkiej, a ponadto obowiązek zapewnienia, że sposób i metody wykonywania zastosowanego środka nie spowodują udręki i uciążliwości przekraczających stopień dolegliwości nieodłącznie związany z pozbawieniem wolności. Obowiązkiem państwa jest także zapewnienie, by przy uwzględnieniu praktycznych wymogów uwięzienia zdrowie i samopoczucie osoby pozbawionej wolności było odpowiednio chronione.

III.4.4.3. Podobnie jak w sprawach *Dougoz przeciwko Grecji* i *Katasznikow przeciwko Rosji*, również w sprawie *Kehayova* Trybunał stwierdził, że przy ocenie warunków uwięzienia należy uwzględniać skumulowane efekty tych warunków oraz czas trwania uwięzienia. Tym razem Trybunał zaznaczył także, że z punktu widzenia zakazu tortur, traktowania nieludzkiego i poniżającego oprócz warunków bytowych w więzieniu istotny jest reżim uwięzienia. Przy ocenie, czy w konkretnym wypadku restrykcyjny reżim uwięzienia osiągnął poziom traktowania sprzecznego z art. 3 Konwencji, należy wziąć pod uwagę szczególne okoliczności danej sprawy, surowość zastosowanego reżimu, jego cele i czas trwania oraz jego skutki dla osoby uwięzionej.

III.4.4.4. Zdaniem Trybunału sprawozdania Europejskiego Komitetu ds. zapobiegania torturom z wizytacji w Bułgarii, a w szczególności sprawozdania z wizytacji przeprowadzonych w latach 1995 i 1999, w których Komitet określił warunki w wielu bułgarskich aresztach śledczych jako nieludzkie i poniżające, dostarczyły wiarygodnych podstaw do oceny warunków uwięzienia skarżącego. W świetle ustaleń dokonanych przez Trybunał Kehayov był pozbawiony wolności w celi o pow. 10,5 m² zajmowanej przez czterech więźniów. Z uwagi na brak zajęć poza celą, spędzał w celi bez okien i źle oświetlonej słabą żarówką praktycznie całą dobę z wyjątkiem krótkiego wyjścia do pomieszczenia sanitarnego dwa razy w ciągu dnia. Takie warunki w opinii Trybunału musiały mieć szkodliwy wpływ na jego zdrowie i musiały powodować intensywne cierpienia.

III.4.4.5. W tej sprawie obok warunków materialnych Trybunał wziął pod uwagę także reżim uwięzienia. Nie podzielił przekonania skarżącego, że warunki jego uwięzienia miały na celu poniżenie go i zdeprecjonowanie, ale stwierdził, że pewne aspekty surowego reżimu uwięzienia mogą być uznane za poniżające. W szczególności reżim, w którym osoby pozbawione wolności zmuszone są do załatwiania potrzeb fizjologicznych do kubła w obecności innych współwięźniów, nie znajduje w ocenie Trybunału usprawiedliwienia z wyjątkiem specyficznych przypadków, w których pozwolenie na wyjście z celi do ubikacji spowodowałoby konkretne i poważne zagrożenie bezpieczeństwa. Rząd Bułgarii nie wskazał jednak na żadne poważne zagrożenie bezpieczeństwa dla uzasadnienia surowego reżimu uwięzienia Kehayova. Z tego samego powodu Trybunał uznał za nieuzasadnione pozbawienie skarżącego możliwości spacerów i udziału w zajęciach poza celą przez okres blisko pół roku.

III.4.4.6. Ostatecznie Trybunał podkreślił, że nie pomija trudności finansowych państwa podniesionych przez przedstawicieli Rządu, ale realizacja szeregu zaleceń Europejskiego Komitetu ds. zapobiegania torturom zmierzających do poprawy sytuacji uwięzionych nie wymagała nakładów finansowych, a mimo to nie została przeprowadzona. Z uwagi na skumulowane efekty nieuzasadnionego surowego reżimu stosowanego wobec skarżącego, warunki materialne w jego celi i spędzany w niej czas, uciążliwość uwięzienia dla Kehayova wykroczyła poza poziom nieodłącznie związany z pozbawieniem wolności i spowodowała cierpienia o natężeniu przesądzającym o stwierdzeniu naruszenia art. 3 Konwencji.

III.4.5. Sprawa *Mayzit przeciwko Rosji*⁸⁸ (wyrok z 20 stycznia 2005 r.).

Skarżący został tymczasowo aresztowany w lipcu 2000 r. i spędził w areszcie w Kaliningradzie (*Remand Centre IŻ-39/1*) ok. 9 miesięcy, z dwumiesięczną przerwą w okresie od 7 marca do 16 maja 2001. W skardze skierowanej do Trybunału podnosił, że warunki uwięzienia w areszcie stanowiły naruszenie art. 3 Konwencji. W szczególności Mayzit wskazywał na przeludnienie cel i złe warunki sanitarne, które miały ujemny wpływ na stan jego zdrowia oraz powodowały cierpienie i poniżenie. Kolejne cele, w których przebywał, były jego zdaniem brudne, a ponadto były w nich karaluchy, pchły i wszy. Cele były tak przepełnione, że na jednego więźnia przypadało ok. 1 m² powierzchni. Więźniowie zmuszeni byli do spania na zmiany. Okna cel zasłonięte stalowymi blendami przepuszczały niewiele światła. Skarżący mógł się umyć raz na dziesięć dni.

III.4.5.1. W świetle dokumentów przedstawionych przez Rząd skarżący w czasie pobytu w areszcie przebywał w sześciu różnych celach, scharakteryzowanych przez władze więzienne jako: cela nr 67, pow. 21 m², 10 łóżek; cela nr 97, pow. 7,8 m², 6 łóżek; cela nr 135, pow. 25,1 m², 10 łóżek; cele nr 4/16, 4/8 i 4/21, każda o pow. 13,8 m² z 8 łózkami. W opinii Rządu Federacji Rosyjskiej warunki sanitarne w każdej z tych cel były zadowalające i regularnie monitorowane. Skarżący mógł codziennie odbywać co najmniej godzinny spacer. Po przyjęciu do aresztu był on badany przez lekarzy, którzy ocenili jego stan zdrowia jako zadowalający. W czasie pobytu w areszcie nie zwracał się o udzielenie mu pomocy lekarskiej i cieszył się dobrym zdrowiem. Personel aresztu nie działał w zamiarze przysporzenia skarżącemu cierpienia fizycznych lub psychicznych, poniżenia jego godności ludzkiej czy zdeprecjonowania go.

III.4.5.2. Trybunał ustalił, że skarżący spędził w sumie ponad 9 miesięcy w areszcie w celach, które zgodnie z informacjami dostarczonymi przez Rząd były przeznaczone dla 6 do 10 osób i zapewniały od 1,3 do 2,5 m² powierzchni na 1 uwięzionego. Dla Trybunału było kwestią dyskusyjną, czy takie warunki mogły być traktowane jako zgodne z akceptowalnymi standardami; Trybunał przypomniał, że w świetle zaleceń Europejskiego Komitetu ds. zapobiegania torturom pożądany standard to 7 m² na uwięzionego. Zgodnie z informacjami skarżącego faktyczne zaludnienie cel było 2 – 3 razy wyższe niż ich oficjalna pojemność i dlatego musiał dzielić łóżko z jedną lub dwiema osobami. Rząd nie kwestionował tych informacji ani nie dostarczył dowodów przeciwnych. Trybunał nie uznał za niezbędne ustalenie dokładnej liczby uwięzionych w celach, w których przebywał skarżący. W świetle zgromadzonych materiałów mógł przyjąć, że w każdym czasie na 1 uwięzionego przypadało mniej niż 2 m². Cele były zatem

⁸⁸ Skarga nr 63378/00

nieustannie przepełnione, co samo w sobie może stanowić problem z punktu widzenia art. 3 Konwencji. Warunki sanitarne, na które skarżył się Mayzit, w ocenie Rządu były satysfakcjonujące, ale Rząd nie przedstawił żadnych szczegółowych danych w tym zakresie ani nie dostarczył żadnych dowodów. Nie wchodząc w szczegóły Trybunał stwierdził, że skarżący poza jedno- lub dwugodzinnym spacerem pozostałą część doby spędzał zamknięty w celi na bardzo ograniczonej przestrzeni.

III.4.5.3. W rozpatrywanej sprawie Trybunał nie dopatrywał się zamiaru poniżenia czy zdeprecjonowania skarżącego. Uznał jednak, że warunki uwięzienia, które skarżący znosił przez ponad 9 miesięcy, musiały naruszyć jego godność i wywołać w nim poczucie poniżenia i zdeprecjonowania. W tym stanie rzeczy Trybunał stwierdził, że warunki uwięzienia skarżącego, w szczególności przedłużone cele i czas pobytu w nich, osiągnęły poziom traktowania poniżającego. Należałoby dodać, że z uwagi na absolutny charakter zakazu wynikającego z art. 3 Konwencji Trybunał przyznał skarżącemu stosowne zadośćuczynienie, chociaż nie zgłosił on w przewidzianym terminie żadnych roszczeń w tym zakresie.

III.5. Brak minimalnego poziomu dolegliwości; sprawa *Valasinas przeciwko Litwie*⁸⁹ (wyrok z 24 października 2001 r.).

Minimalnego poziomu dolegliwości pozwalającego przyjąć naruszenie art. 3 Konwencji z powodu warunków uwięzienia Trybunał nie dopatrywał się w sprawie *Valasinas przeciwko Litwie*. Valasinas, obywatel litewski odbywający 9-letnią karę pozbawienia wolności, w skardze skierowanej do organów strasburskich twierdził m.in., że warunki, w jakich przebywał w więzieniu w okresie od kwietnia 1998 r. do kwietnia 2000 r., stanowiły traktowanie niehumanitarne i poniżające w rozumieniu art. 3 Konwencji Europejskiej. W maju 2000 r. więzienie, w którym odbywał karę Valasinas, odwiedziła delegacja Trybunału. Składając zeznania przed delegatem Trybunału, Valasinas wskazywał m.in. na: przedłużone cele, brak odpowiedniego dostępu naturalnego światła i świeżego powietrza, złe warunki sanitarne, brak ścianek oddzielających od siebie poszczególne ubikacje typu azjatyckiego w toalecie, zimne oraz niesmaczne i niehigienicznie przygotowywane posiłki, odmowę zgody na posiadanie prywatnej pościeli, utrudnienia w dostępie do lekarza, brak leków i środków przeciwbólowych, brak pracy, nauki, kształcenia zawodowego i innych pożytecznych zajęć. Ponadto Valasinas zarzucał władzom więziennym, że część personelu więziennego miała niskie kwalifikacje oraz kompleks niższości i wykorzystywała swoje uprawnienia w sposób poniżający dla uwięzionych, a administracja tolerowała ciągłe spożywanie alkoholu przez funkcjonariuszy w godzinach służby.

⁸⁹ Skarga nr 44558/98

III.5.1. Rząd Litwy kwestionował zarzuty Valasinasa, wskazując na to, że wielkość celi, warunki sanitarne, wyżywienie i opieka medyczna były zgodne z wymaganiami art. 3 Konwencji Europejskiej. Rząd podkreślał także, że skazani mieli dostęp do bezpłatnych gazet, możliwość wypożyczania książek w więziennej bibliotece oraz uczestniczenia w organizowanych dla nich imprezach kulturalnych i sportowych; w r. 1998 były to m.in. liczne zawody sportowe, 4 spektakle teatralne, 14 koncertów, 2 wystawy artystyczne, 80 filmów kinowych, 200 filmów video.

III.5.2. Dyrektor więzienia w wyjaśnieniach złożonych przed delegatem Trybunału potwierdził, że do 1999 r., tj. do czasu remontu, poszczególne otwory w ubikacji nie były oddzielone żadną przesłoną. W czasie odbywania kary przez skarżącego w tym więzieniu na 1 skazanego przypadało w poszczególnych oddziałach od 2,7 do 3,2 m² powierzchni celi. Było to zgodne z obowiązującym wówczas Kodeksem Więziennym, który przewidywał co najmniej 2m² powierzchni celi na 1 skazanego, ale specjalne normy sanitarne ustalone przez Ministra Zdrowia w 1999 r. wymagały co najmniej 3 m². Każdy więzień mógł korzystać z prysznicy raz w tygodniu. Dyrektor przyznał, że stołówka, w której wydawano posiłki na 5 zmian, przewidziana dla 500 więźniów, bywała przepełniona, jednak nie zdarzało się, by więzień nie otrzymał posiłku z powodu przepełnienia. On sam nigdy nie spotkał się ze skargą więźnia na nieotrzymanie posiłku z powodu przepełnienia w stołówce. Nie spotkał się także ze skargami na jakość przygotowywanych posiłków. Nie wpłynęły do niego skargi od Valasinasa dotyczące braku dostępu do pomocy medycznej w więzieniu ani skargi na posiłki niezgodne z normami sanitarnymi czy brak specjalnej diety.

III.5.3. Na mocy dekretu rządowego z 1995 r. każdy więzień powinien być zaopatrzone w papier toaletowy, ale trudności budżetowe więziennictwa nie zawsze pozwalały na realizację tego dekretu. Papier toaletowy dostępny był natomiast w więziennym sklepie i mógł być dostarczony przez krewnych, podobnie jak pasta do zębów i szczoteczka. Jeśli chodzi o zatrudnienie, to zgodnie z wyjaśnieniami dyrektora więzienia fabryka drewna dawała możliwość zatrudnienia nielicznej grupy więźniów. Niektórzy więźniowie zatrudnieni byli przy pracach usługowych na rzecz więzienia, tj. w kantynie lub pralni.

III.5.4. W oparciu o sprawozdanie przedstawione przez delegację, Trybunał bardzo starannie przeanalizował warunki uwięzienia Valasinasa. Odwołując się do swoich wcześniejszych orzeczeń, m.in. do wyroku w sprawie *Kudła przeciwko Polsce*, Trybunał przypomniał, że niewłaściwe traktowanie musi osiągnąć pewien minimalny poziom dolegliwości, aby stanowiło naruszenie art. 3 Konwencji. Trybunał po raz kolejny podkreślił także, że naruszenie art. 3 Konwencji ma miejsce wtedy, gdy cierpienie i poniżenie skarżącego wykracza poza element cierpienia i poniżenia nieodłącznie związany z daną formą zgodnym z prawem

traktowania albo karania. W ocenie Trybunału warunki uwięzienia Valasinasa w Pravienskies generalnie nie były tak ponure, jak on sam twierdził, i nie osiągnęły minimalnego poziomu dolegliwości, pozwalającego na stwierdzenie naruszenia art. 3 Konwencji.

III.5.5. Zgodnie z ustaleniami Trybunału, powierzchnia celi przypadająca na 1 uwięzionego na oddziale rozdzielczym wynosiła ok. 5 m², natomiast powierzchnia celi mieszkalnej na dwóch innych oddziałach, na których umieszczono skarżącego po przeniesieniu go z oddziału rozdzielczego, była mniejsza i wynosiła odpowiednio 2,7 oraz 3,2 m². Cele skarżącego były odpowiednio oświetlone i miały odpowiedni dostęp świeżego powietrza. Chociaż poszczególne otwory w ubikacjach zostały oddzielone ściankami dopiero w 1999 r., to jednak skarżący nie był zmuszony do załatwiania potrzeb fizjologicznych na oczach współwięźniów, ponieważ wchodzili oni do ubikacji pojedynczo. W sumie warunki uwięzienia skarżącego w ocenie Trybunału były znacznie lepsze niż te, w jakich przebywał Peers w sprawie przeciwko Grecji. Czasowy brak ścianek oddzielających poszczególne ubikacje i czasowy brak papieru toaletowego nie uzasadniały zdaniem Trybunału stwierdzenia naruszenia art. 3 Konwencji. Podobnie ograniczenie dostępu do pryszniców do jednego razu w tygodniu nie pozbawiło skarżącego możliwości utrzymania czystości ciała w stopniu naruszającym art. 3 Konwencji.

III.5.6. W świetle ustaleń Trybunału nie znalazły potwierdzenia zarzuty skarżącego dotyczące pozbawienia niektórych więźniów posiłków z powodu przepełnienia stołówki ani zarzuty dotyczące złej jakości i niehigienicznych warunków przygotowywania jedzenia. Za nieuzasadniony Trybunał uznał zarzut zmuszania uwięzionych do pozostawania w pozycji stojącej przez cały dzień w okresie od sierpnia do listopada 1998 r., ponieważ więźniowie mogli w tym czasie usiąść na łóżku albo na krześle, spacerować na podwórku lub usiąść tam na ławkach. Opieka medyczna zdaniem Trybunału nie była dotknięta brakiem sprzętów, lekarstw czy personelu. W dokumentacji medycznej brak było dowodów na to, że skarżący zwracał się o pomoc lekarską w związku z chorobą serca, kłopotami z żołądkiem wymagającymi stosowania diety czy pilną potrzebą operacji kolana. Jeśli chodzi o możliwość udziału w użytecznych zajęciach, to Trybunał zauważył, że generalnie brak pracy i kształcenia powoduje w więzieniu atmosferę nudy. Skarżący, podobnie jak inni więźniowie, miał jednak możliwość uczestniczenia w imprezach sportowych i kulturalnych organizowanych przez administrację, czytania gazet i książek, oglądania telewizji i zajęć ruchowych na podwórku. Sam skarżący przyznał, że miał także możliwość utrzymywania kontaktów ze światem zewnętrznym przez korzystanie z odwiedzin. W tym stanie rzeczy Trybunał nie dopatrywał się naruszenia art. 3 Konwencji na skutek warunków uwięzienia z uwagi na brak minimalnego poziomu dolegliwości pozwalającego na stwierdzenie złamania zakazu przewidzianego w tym przepisie.

IV. Wnioski

1. Mając na względzie bardzo ogólnie sformułowane skargi osób odbywających kary pozbawienia wolności w zakładzie karnym w Tarnowie–Mościcach, jak też wskazany powyżej standard orzeczniczy Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w zakresie art. 3 Konwencji, w opinii Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, warunki odbywania tej kary we wskazanej jednostce penitencjarnej w zaskarżonym okresie nie stanowiły poniżającego traktowania. Powodów takiej opinii jest kilka. Przede wszystkim sam fakt przeludnienia, w wymiarze jaki miał miejsce w tej jednostce, nie może stanowić samoistnej przesłanki uznania, że doszło do naruszenia art. 3. Warunki w danej jednostce penitencjarnej muszą bowiem osiągnąć pewien minimalny stopień dolegliwości, zdefiniowany przez Trybunał m.in. w sprawie *Valasinas przeciwko Litwie*. Ponadto w niniejszej sprawie decydujące znaczenie ma fakt, że Zakład Karny w Tarnowie – Mościcach ma charakter zakładu półotwartego i otwartego. To powoduje, że skazani nie są zmuszeni do pozostawania w celi przez niemal pełną dobę (odejmując godzinny spacer, jak to ma miejsce w polskich jednostkach o charakterze zamkniętym). Ten złagodzony rygor odbywania kary pozbawienia wolności powoduje niemal automatycznie zmniejszenie wskazanego poziomu dolegliwości.

Niewątpliwie stan techniczny budynków (w tym cel mieszkalnych i pomieszczeń administracyjnych) pozostawia wiele do życzenia (chodzi zwłaszcza o fatalny stan dachów). Dla uznania tego czynnika za decydujący o poniżającym traktowaniu, należałoby wykazać, bezpośredni związek pomiędzy złym stanem budynków a pogorszeniem się stanu zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności. Istotne znaczenie ma tu również fakt, że przeciekające dachy stanowią element obiektywny w budynkach jednostki penitencjarnej: występują zarówno w celach mieszkalnych, jak i w pomieszczeniach administracji zakładu (np. pokój wychowawcy na oddziale I).

2. Powyższe nie stanowi jednak przeszkody dla ewentualnego uznania przez Sąd, iż doszło do naruszenia przepisów krajowych, w tym zwłaszcza przepisów kodeksu karnego wykonawczego, odnoszących się do warunków odbywania kary, w tym zwłaszcza art. 110 § 2 k.k.w. w zw. z art. 4 k.k.w. W dalszej kolejności – w przypadku uznania zasadności roszczeń w konkretnym przypadku – niewykluczone może być przyznanie przez sąd stosownego odszkodowania lub zadośćuczynienia, zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego, po spełnieniu określonych w tej ustawie przesłanek.

3. Na marginesie pragniemy jedynie zwrócić uwagę Sądu na odpowiedź na jeden z pozwów przeciwko Skarbowi Państwa (pозew złożony przez p. Stanisława Kołodzieja i Stanisława Wójcika), sygnowaną przez pełnomocnika Skarbu Państwa – Zakładu Karnego w Tarnowie – Mościcach radcę prawnego Krzysztofa

Śmierciaka (Rep. 024/S-5/05). Nie oceniając zasadności *petitum* tego pisma, co równałoby się z ingerencją w kompetencje Sądu, musimy stwierdzić, iż **niektóre z argumentów przytoczonych w uzasadnieniu uznajemy za skandaliczne**. Pełnomocnik stwierdza bowiem, iż „powodowie uskarżając się na warunki w jakich przebywają zdają się zapominać, iż nie przebywają na wczasach, lecz odbywają **karę pozbawienia wolności**. Kara ta polega również na tym, iż skazany nie ma swobody ustalania warunków swego pobytu i o ile są one zgodne z obowiązującymi przepisami to musi się temu podporządkować”. W dalszej części pełnomocnik wskazuje na przepis art. 110 § 2 k.k.w. i art. 248 k.k.w., twierdząc, że w tym ostatnim przepisie ustawodawca zezwala na przeludnienie pod pewnymi warunkami, „w szczególności nakazując powiadamianie sędziego penitencjarnego”. Należy z całą stanowczością stwierdzić, że powyższa konstatacja pełnomocnika Skarbu Państwa stanowi zaprzeczenie prawa do skargi, które jest nie tylko jednym z podstawowych praw osoby pozbawionej wolności (art. 102 pkt 10 k.k.w.), ale również fundamentalnym prawem człowieka. Co więcej, zadziwiające jest, że pełnomocnik nie dostrzega, że art. 248 k.k.w. rzeczywiście sankcjonuje dopuszczalność przeludnienia, jednakże zupełnie inaczej akcentuje procedurę. Przepis ten stanowi bowiem, iż umieszczenie skazanych w warunkach, w których powierzchnia przypadająca na jedną osobę wynosi mniej niż 3 m² jest dopuszczalne **na czas określony**. I ten wymóg proceduralny jest zatem najważniejszy dla legalności działań dyrektora danej jednostki.

W związku z powyższym wskazane byłoby aby – dla wyjaśnienia wszelkich okoliczności prawnych sprawy – Sąd zażądał od Dyrektora Zakładu Karnego w Tarnowie-Mościcach przedstawienia wszystkich decyzji dotyczących powodów, na podstawie których zostali oni umieszczeni w celach, w których powierzchnia na jedną osobę wynosi (wynosiła) mniej niż 3 m². W związku zaś z faktem, iż są to decyzje administracyjne, w rozumieniu kodeksu postępowania administracyjnego, muszą one spełniać przede wszystkim warunki wskazane w przepisach tegoż kodeksu.

Opinię prawną przygotowali: dr Barbara Kawecka Stańdo i mgr Krzysztof Wilamowski.

Opinię zweryfikował i zatwierdził
prof. Andrzej Rzepliński

Rozdział IV

Badanie akt i analiza rozwiązań systemowych

1. Przedmiot badań.

Wszelkie ujawnione przypadki domniemanych tortur, niehumanitarnego lub poniżającego postępowania albo karania, bez względu na miejsce ich zaistnienia, osobę sprawcy i ofiarę, powinny mieć swoje odzwierciedlenie w dokumentach. Ścisłej rzecz ujmując, chodzi o akta prowadzonych w tych sprawach postępowań prawnych. Mogą być to zarówno postępowania dyscyplinarne, prowadzone w ramach jakiejś określonej formacji władzy publicznej (policji, służby więziennej itp.) lub postępowania karne prowadzone w ramach organów ścigania. Ponadto, w tej grupie znajdują się również postępowania gwarantujące możliwość dochodzenia odszkodowania bądź to od konkretnego sprawcy, bądź od konkretnego organu, na zlecenie którego sprawca działa. Poziom skuteczności i rzetelności tych postępowań ma podstawowe znaczenie dla oceny standardu gwarancji ochronnych wolności zdefiniowanej w art. 3 EKPC. Stąd badanie akt stanowić musi drugi filar formułowania ogólnych wniosków dotyczących omawianego zagadnienia.

Przypadki tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania nie muszą powstawać jedynie w praktyce stosowania prawa. Możliwe są również sytuacje, kiedy już konkretne akty lub decyzje ustawodawcy sankcjonują działania mające godzić w to jedno z najbardziej fundamentalnych praw każdego człowieka.

Europejski Trybunał Praw Człowieka uznał, iż „pięć technik” śledczych stosowanych przez brytyjską policję wobec osób podejrzewanych o członkostwo w Irlandzkiej Armii Republikańskiej, a co za tym idzie – działalność terrorystyczną, stanowiło niehumanitarnie postępowanie⁹⁰. Techniki te obejmowały trzymanie zatrzymanych jedynie o chleb i wodzie, dręczenie hałasem, długotrwałe pozbawianie snu, pilnowanie, aby przez kilka lub kilkanaście godzin zatrzymani stali w pozycji twarzą do ściany i zakładanie im na głowy szczelnych nakryć. Mimo iż ani nakaz, ani zezwolenie na używanie tych technik, nie znalazły się w żadnym

⁹⁰ *Irlandia przeciwko Wielkiej Brytanii*, wyr. z dnia 18.01.1978, skarga nr 5310/71, par. 167

dokumencie rangi ustawowej czy aktach niższego rzędu, to jednak można z całą pewnością stwierdzić, że działania te były usankcjonowane przez rząd brytyjski. Po pierwsze, ustne instrukcje stosowania tych środków zostały przekazane przez angielski wywiad członkom policji w Ulsterze na specjalnym seminarium, zorganizowanym w kwietniu 1971 roku⁹¹. Po drugie, pierwsze publiczne doniesienia o przypadkach zastosowania powyższych technik, spowodowały powołanie specjalnej komisji śledczej, która miała zbadać ich zgodność z prawem. Raport tej komisji uznany został przez opinię publiczną za skandaliczny. Członkowie organu śledczego stwierdzili bowiem, że „pięć technik” stanowiło zaledwie złe traktowanie fizyczne, a nie brutalność. W związku z niezadowoleniem zarówno mediów, jak i opinii publicznej, rząd powołał kolejną komisję, której celem było – według oświadczenia rządowego – stwierdzenie „czy, a jeśli tak, to w jakim stopniu, procedury dopuszczone obecnie przy przesłuchaniach osób podejrzewanych o terroryzm i procedury przetrzymywania tych osób w celu ich przesłuchania, wymagają zmiany”⁹². Skoro zatem procedury te zostały „dopuszczone”, to oznacza to ni mniej, ni więcej, iż zostały zaakceptowane przez władze, a nie stanowiły wymysł poszczególnych praktyków, czyli w tym wypadku policjantów.

Tym samym ocena konkretnych postanowień prawa materialnego, a zwłaszcza proceduralnego ma również znaczenie dla standardu ochrony przed torturami, nieludzkim czy poniżającym postępowaniem albo karaniem.

W tym kontekście trzeba zwrócić uwagę na fakt, iż poza pewnymi procedurami, takimi jak techniki śledcze, naruszenie wolności od tortur może stanowić również sama niemożność skutecznego zaskarżenia pewnych praktyk czy decyzji władzy bądź uzyskania od niej żądanych informacji (np. o losach krewnych). W takich sytuacjach zakaz tortur łączy się bardzo często z prawem do skutecznego środka odwoławczego gwarantowanym przez art. 13 EKPC.

W sprawie *Kurt przeciwko Turcji*⁹³ Trybunał uznał, że nie udzielenie przez prokuraturę informacji o losach syna zatrzymanego przez żandarmów, Koceri Kurt, stanowiło traktowanie nieludzkie i zarazem poniżające. Ważną tezę płynącą z tego orzeczenia jest odpowiedzialność państwa za osobę zatrzymaną. O ile Trybunał nie uznaje – co wynika z innych orzeczeń⁹⁴ – iż krewny ofiary zawsze jest ofiarą naruszenia art. 3, to jednak w wypadku lekceważącej postawy władz państwowych i bliskich więzów rodzinnych z zatrzymanym, uznanie naruszenia wolności od nieludzkiego postępowania jest niemal regułą.

⁹¹ *Irlandia przeciwko...*, par. 97

⁹² *Irlandia przeciwko...*, par. 100

⁹³ Wyrok z dn. 25.05.1998 roku, skarga nr 24276/94

⁹⁴ *Cakici przeciwko Turcji*, wyr. z dn. 08.07.1999 roku, skarga nr 23657/94, par. 98; *Cypr przeciwko Grecji*, wyr. z dn. 10.05.2001 roku, skarga nr 25781/94, par. 156

Jeśli zaś chodzi o funkcję ochronną zakazu tortur na gruncie proceduralnym, to w sprawie *Assenov i inni przeciwko Bułgarii*, Trybunał uznał, iż przepis art. 3 – w połączeniu z ogólnym obowiązkiem państwa, na podstawie art. 1 Konwencji, zapewnienia każdej osobie podlegającej jego jurysdykcji praw i wolności określonych w Konwencji, wymaga w sposób dorozumiany przeprowadzenia skutecznego, urzędowego śledztwa. Obowiązek ten musi umożliwić – stosownie do treści art. 2 Konwencji – zidentyfikowanie i ukaranie sprawców. W przeciwnym razie, ogólny zakaz tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania i karania, niezależnie od jego fundamentalnego znaczenia, byłby w praktyce nieskuteczny, a funkcjonariusze państwa mogliby całkowicie bezkarnie łamać prawa osób pozostających pod ich kontrolą⁹⁵.

Takie podejście wymusza niejako konieczność zapewnienia skarżącemu skutecznego środka odwoławczego, o którym mowa w art. 13 Konwencji (chodzi więc o środek zapewniający możliwość praktycznego dochodzenia swoich praw; nie oznacza to jedynie środka zaskarżenia decyzji negatywnej). Temu z kolei Trybunał dał wyraz jeszcze wcześniej, w orzeczeniu w sprawie *Aksoy przeciwko Turcji*⁹⁶. Trybunał uznał, że ze względu na fundamentalne znaczenie wolności od nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania oraz szczególnie słabą pozycję ofiar naruszeń prawa przez funkcjonariuszy państwowych, państwo członkowskie Rady Europy ma w każdej takiej sprawie obowiązek przeprowadzenia szczegółowego i skutecznego śledztwa. Jeśli jednostka ma dający się uzasadnić zarzut, iż była traktowana w sposób nieludzki lub poniżający przez funkcjonariuszy państwa, pojęcie „skutecznych środków odwoławczych” obejmuje, szczegółowe i skuteczne śledztwo, umożliwiające identyfikację sprawców i ukaranie winnych, z zapewnieniem skutecznego udziału w nim samego pokrzywdzonego.

2. Cele poszczególnych badań.

Zgodnie z opisanym wcześniej standardem badania akt przedstawione w dalszej części niniejszego rozdziału zmierzały do oceny skuteczności procedur zaskarżania naruszeń wolności od tortur, a także dochodzenia odszkodowania w związku z wyrządzeniem szkody przez funkcjonariuszy publicznych.

Specyficzną kategorię badań stanowiła analiza skarg, które wpłynęły do działu prawnego Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, a dotyczyły domniemanego naruszenia art. 3 EKPC. Badania, stanowiące swoistą auto-ocenę, miały na celu wykrycie najczęstszych problemów związanych z tą kategorią spraw, jak też usprawnienie systemu pomocy ofiarom i informacji prawnej, funkcjonującej w ramach programu Działania Prawne w Interesie Publicznym.

⁹⁵ Wyrok z dn. orzeczenie z dnia 28.10.1998 roku, skarga nr 24760/94, par. 102

⁹⁶ Wyrok z dnia 18.12.1996 roku, skarga nr 21987/93, par. 98

W dalszej części kolejno przedstawione zostaną:

- Badanie wzrostu populacji więziennej oraz statystyki i systemu rejestracji wypadków nadzwyczajnych w zakładach karnych i aresztach śledczych – badanie to stanowi punkt wyjścia dla oceny sytuacji panującej aktualnie w polskim więziennictwie, zwłaszcza w kontekście przeludnienia.
- Analiza systemu rozpatrywania skarg osób przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych na czynności funkcjonariuszy Służby Więziennej w oparciu o dane Centralnego Zarządu Służby Więziennej – zastosowana tu analiza rozwiązania systemowego, ugruntowanego w ustawodawstwie, pozwala na zdefiniowanie podstawowych jego niedoskonałości, jak też ocenę skuteczności tego środka w kontekście art. 13 EKPC (i jego ścisłego związku z zakazem tortur).
- Badanie w sądach 100 kolejnych prawomocnie zakończonych spraw, jakie od 01.01.1997 roku wytoczyli więźniowie przeciwko Skarbowi Państwa na podstawie art. 417 kodeksu cywilnego – badanie praktycznej skuteczności dochodzenia prawa do odszkodowania za niezgodne z prawem działania funkcjonariuszy państwowych, stanowiącego odzwierciedlenie realnych gwarancji możliwości uzyskania finansowej rekompensaty za naruszenie przez władzę zakazu tortur, niehumanitarnego lub poniżającego postępowania albo karania.
- Analiza systemu rozpatrywania skarg na czynności funkcjonariuszy Policji, a także ich odpowiedzialności dyscyplinarnej oraz karnej na podstawie danych Komendy Głównej Policji – policjanci to druga, obok funkcjonariuszy służby więziennej, grupa, której działania mogą w największym stopniu naruszać konstytucyjny zakaz tortur, niehumanitarnego lub poniżającego postępowania albo karania.
- Analiza stu skarg na naruszenie art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, które wpłynęły do Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka od 01.01.2001 roku.

Zbigniew Lasocik

Badanie wzrostu populacji więziennej oraz statystyki i systemu rejestracji wypadków nadzwyczajnych w zakładach karnych i aresztach śledczych

Na początku zwróciłem się do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z prośbą o udostępnienie stosownych materiałów. Po uzyskaniu zgody Dyrektora, skontaktowałem się z pracownikami CZSW, którzy dostarczyli niezbędne dane.

W pierwszej transzy były to przede wszystkim dokumenty, które stanowiły podsumowanie stanu ładu i bezpieczeństwa w jednostkach penitencjarnych w różnych okresach. Najczęściej były to okresy roczne, czasem półroczne lub 3-miesięczne. Dokumenty te nosiły różne nazwy (Analiza stanu ładu..., Ocena stanu ładu i bezpieczeństwa..., Informacja nt. stanu ładu...) jednak wszystkie zawierały kluczowe dane dotyczące ładu, bezpieczeństwa i naruszeń porządku w więzieniach. Dla potrzeb projektu zostały przeanalizowane dane za lata 1993–2002.

Uzyskany materiał okazał się być stosunkowo skromny. Wszystkie opracowania, które zostały poddane analizie zawierały informacje na temat wypadków nadzwyczajnych, takich jak: ucieczki, wystąpienia zbiorowe, akty terrorystyczne, napaści na funkcjonariuszy, użycie broni, pożary, przejawy agresji pomiędzy więźniami, podkultura więzienna, próby samobójcze i zgony. **Jednak żadne z nich nie zawierały informacji o przypadkach nieprawidłowego zachowania się funkcjonariuszy Służby Więziennej wobec więźniów. Analizując otrzymane materiały odnosi się wrażenie, że jedynym źródłem problemów w funkcjonowaniu więzień, są więźniowie. Tak, jakby nie istniały przypadki agresji, czasem uzasadnionej czasem nieuzasadnionej, ze strony funkcjonariuszy.** W niektórych z opracowań odnotowane zostały przypadki przestępstw popełnionych przez funkcjonariuszy SW. Najczęściej były to przestępstwa drogowe lub wypadki przyjęcia korzyści majątkowej.

We wszystkich dostępnych opracowaniach analizowane były wypadki nadzwyczajne, jednak nie we wszystkich opisane były przypadki użycia przymusu bezpośredniego. Tam gdzie były, opis miał charakter albo analizy zbiorczej, albo bardziej szczegółowej, z rozbiciem na okręgowe inspektoraty lub więzienia. W każdym razie na podstawie niepełnych informacji można przyjąć, że liczba takich interwencji Służby Więziennej waha się od 1500 do 2000 rocznie. Znając realia więzienne można było przypuszczać, że niektóre z tych zdarzeń, były przypadkami nadużycia siły wobec więźniów, jednak w świetle zgromadzonego materiału taka teza się nie potwierdziła. Żaden z opisanych przypadków, nie został zdefiniowany jako przypadek naruszenia prawa przez funkcjonariuszy SW.

O ile pojawiały się jakieś uwagi krytyczne wobec funkcjonariuszy, to tylko z tego tytułu, że niewłaściwie prowadzona była dokumentacja zastosowania środków przymusu bezpośredniego.

W dwóch przypadkach analizy ładu i porządku zawierały opisy zdarzeń, kiedy to w trakcie stosowania środków przymusu bezpośredniego nastąpił zgon więźnia. W obydwu przypadkach prokuratura podjęła stosowne kroki procesowe.

Niejako na marginesie rozważań warto odnotować, że sprawa szczególnie niebezpiecznych przejawów agresji wobec więźniów powinna stanowić przedmiot zainteresowania CZSW, skoro zarządzenie Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z 4 czerwca 2001 roku w sprawie informowania o wypadkach nadzwyczajnych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej⁹⁷, nakłada na dyrektora jednostki obowiązek niezwłocznego meldowania dyrektorowi okręgowemu (a ten następnie melduje Dyrektorowi Generalnemu SW) o szczególnych przypadkach nadzwyczajnych, wśród których wymienione zostały „śmierć człowieka lub ciężkie uszkodzenie ciała na skutek działania funkcjonariuszy, pracownika lub innej osoby” (§ 3, pkt 8). Może to oznaczać, że takie przypadki się zdarzają.

Ponieważ ustalenia poczynione w oparciu o dostarczone materiały były nad wyraz skromne, sięgnięto do innych dokumentów wytworzonych w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej, a dotyczących interesujących nas przypadków naruszania art. 3 EKPC. Te dokumenty to: analizy stosowania środków przymusu bezpośredniego, informacje na temat ucieczek więźniów, analizy przypadków napaści na funkcjonariuszy SW, czy opracowania dotyczące więźniów wywodzących się z przestępczości zorganizowanej.

Również badania tych materiałów nie przyniosły oczekiwanych rezultatów – w dokumentacji oficjalnej prowadzonej przez CZSW nie można odnaleźć danych na temat drastycznych przypadków znęcania się nad więźniami lub stosowania niedozwolonych środków przymusu bezpośredniego. Oczywiście może to świadczyć o tym, że takich przypadków nie ma, jednak doświadczenie życiowe podpowiada, że taki stan w więziennictwie obsługującym 80.000 więźniów siłami 22.000 funkcjonariuszy jest po prostu nierealny.

Ostatnim źródłem informacji, które zostało wykorzystane były dane dotyczące postępowań dyscyplinarnych wobec funkcjonariuszy SW. W tym celu zwróciliśmy się do CZSW z prośbą o udostępnienie stosownych kadrowych opracowań zbiorczych, za lata 1998-2002. Uzyskane informacje dotyczyły spraw pracowniczych SW, wykonania etatów, składu poszczególnych korpusów, wykształcenia kadry, a także odpowiedzialności dyscyplinarnej funkcjonariuszy. Jeden z punktów tej ostatniej kategorii dotyczy naruszeń dyscypliny polegających na „niepraw. [nieprawidłowym – ZL] stosunku do osadzonego”. Z informacji zawartych

⁹⁷ Od pewnego czasu i z niezrozumiałych powodów, administracja penitencjarna utożsamia Służbę Więzienną z więziennictwem i jednostki penitencjarne z jednostkami SW.

w uzyskanych dokumentach wynika, że w badanym pięcioleciu odnotowanych zostało 12 takich przypadków. W latach 1998 i 1999 po 2, w latach 2000 i 2002 po 4, oraz żadnego w roku 2001. Należy jednak zauważyć, że CZSW nie posiada informacji szczegółowych o wymienionych wydarzeniach, np. o podłożu zdarzenia, jego charakterze, przebiegu czy skutkach. Sądząc po zastosowanych sankcjach można powiedzieć, że były to przekroczenia dyscypliny o relatywnie niskim stopniu „społecznego niebezpieczeństwa”, bowiem najczęściej stosowanymi karami były nagana i upomnienie.

Szczególnym przypadkiem naruszenia dyscypliny w więzieniu są oczywiście **zgony więźniów spowodowane działaniem funkcjonariuszy SW**.

W ostatnim okresie głośny był przypadek śmierci Krzysztofa P., tymczasowo aresztowanego w AŚ w Inowrocławiu. Z informacji oficjalnych wynika, że 17 października 1999 roku, na tle przeszukania w celi doszło do konfliktu pomiędzy więźniem i funkcjonariuszami SW. W wyniku eskalacji tego konfliktu, ok. 15.00 funkcjonariusze założyli więźniowi kajdanki, a potem ciągnęli go po korytarzu i schodach do tzw. celi zabezpieczającej, gdzie następnie skatowali go. Założyli mu na głowę kask ochronny i kaftan bezpieczeństwa. W wyniku takiego potraktowania więzień zmarł. Lekarz zjawił się dopiero po śmierci więźnia, choć bez jego zgody więzień nie powinien być umieszczony w celi zabezpieczającej. O 19.30 dowódca zmiany, która objęła służbę o 19.00 podjął decyzję o zdjęciu kasku i kaftana. W krótkim czasie potem dowódca zmiany stwierdził, że więzień ma słabe tętno. Lekarze pogotowia ratunkowego nie byli w stanie go uratować. W trzy lata później Sąd Okręgowy w Bydgoszczy skazał trzech funkcjonariuszy na karę 2 lat pozbawienia wolności, jednocześnie warunkowo zawieszając jej wykonanie na okres 5 lat, za to, że nie dopełnili obowiązków i przekroczyli uprawnienia doprowadzając do nieumyślnego spowodowania śmierci Krzysztofa P (art. 231 § 1 + 155 KK). Na taką samą karę sąd skazał także dowódcę zmiany (art. 231 § 1), który niemal natychmiast przeszedł na emeryturę. W wyroku z czerwca 2003 roku Sąd Apelacyjny w Gdańsku utrzymał wyrok w mocy.

Po upływie kilku miesięcy trzech skazani funkcjonariusze złożyli pisemne oświadczenie, że stali się kozłami ofiarnymi zмовy milczenia wśród osób rzeczywiście winnych śmierci więźnia. Stwierdzili także, że Krzysztof P. był przez dłuższy czas katowany przez kilku funkcjonariuszy, w tym np. bity młotkiem w pięty (powstaje poważny problem, czy takie działanie można uznać za torturę?). Poinformowali również o innych nieprawidłowych praktykach w AŚ w Inowrocławiu. Ani ponowne postępowanie wyjaśniające podjęte przez Dyrektora Okręgowego SW w Bydgoszczy, ani ponowne badanie sprawy przez Prokuraturę Rejonową w Inowrocławiu nie wniosły nic nowego do sprawy. Na skutek zażalenia funkcjonariuszy sprawa jest ponownie badana, tym razem przez Prokuraturę Okręgową i można mieć nadzieję, że zostanie ostatecznie wyjaśniona. Być może

ujawnione zostaną także inne, nieznane przypadki naruszenia prawa przez funkcjonariuszy SW w AŚ w Inowrocławiu.

O tym, że w więzieniach zdarzają się przypadki pobicia więźniów, często brutalnego, a nawet śmiertelnego (o czym świadczy opisana wyżej sytuacja), nie trzeba nikogo przekonywać, ale nic nie wskazuje na to, aby były to przypadki, w których mamy do czynienia z naruszeniem zakazu tortur. O ile takie przypadki miałyby miejsce, do ich zidentyfikowania bardzo trudno dojść drogą analizy dokumentów oficjalnych wytworzonych w ramach systemu penitencjarnego.

Na zakończenie warto odnotować, że w niektórych okręgach więziennych wśród funkcjonariuszy SW rośnie poczucie zagrożenia (np. Warszawa, Poznań, Wrocław), a są również takie, w których to poczucie maleje (np. Katowice, Olsztyn).

Krzysztof Wilamowski
Marcin Wiśniewski

Analiza systemu rozpatrywania skarg osób przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych na czynności funkcjonariuszy Służby Więziennej w oparciu o dane Centralnego Zarządu Służby Więziennej

Badanie to w założeniu miało obejmować okres od 1995 do 2000 roku. Jednakże zespół zdecydował się zmienić nieco zakres badania i objąć nim lata 1999-2004. Zostało to podyktowane przede wszystkim chęcią przedstawienia jak najbardziej aktualnego stanu i przedmiotu skarg osadzonych. Ponadto, od 2000 roku nastąpił gwałtowny wzrost liczby osadzonych w polskich jednostkach penitencjarnych, co – jak wynika m.in. z doświadczeń Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka – spowodowało również zwiększenie się liczby problemów, a co za tym idzie, także skarg na funkcjonowanie tych jednostek.

W tym stanie rzeczy uznaliśmy, że przeprowadzenie badań w okresie od 1995 do 1998 roku mogłoby mieć znaczenie jedynie historyczne. Natomiast informacje uzyskane na podstawie badania skarg z lat 2001-2004 będą miały fundamentalne znaczenie dla oceny aktualnej sytuacji i, w konsekwencji, będą warunkować działania HFPC podejmowane w celu jej zmiany (w tym zmiany ustawodawstwa).

1. Liczba skarg.

Za punkt odniesienia (wskaźnik bazowy) przyjęliśmy rok 2000, a więc rok w którym nastąpił gwałtowny wzrost liczby osadzonych w polskich jednostkach penitencjarnych. W dniu 31 grudnia 1999 roku w aresztach śledczych i zakładach karnych przebywało 56.765 osób⁹⁸. Natomiast dokładnie rok później, 31 grudnia 2000 roku, stan osobowy w jednostkach penitencjarnych wyniósł 70.544 osób pozbawionych wolności. Stąd też rok 2000 był przełomowym, jeśli chodzi o sytuację w więziennictwie.

Poniższa tabela obrazuje liczbę skarg składanych przez osoby pozbawione wolności w latach 1999-2004. Druga i trzecia kolumna zawierają prezentację

⁹⁸ Liczba ta obejmuje skazanych, tymczasowo aresztowanych i ukaranych. W dalszej części – w braku innej klasyfikacji – ogólne liczby osadzonych będą odnosiły się również do tych trzech kategorii.

oficjalnych danych Centralnego Zarządu Służby Więziennej, odnośnie odpowiednio: liczby wszystkich skarg osadzonych i liczby osadzonych, w dniu 31 grudnia każdego roku objętego badaniem. W czwartej kolumnie przedstawiona została liczba skarg przypadająca na stu osadzonych. Natomiast piąta, ostatnia kolumna zawiera wskaźnik wzrostu liczby skarg przypadających na stu osadzonych w odniesieniu do roku 2000, czyli roku bazowego.

Tabela 1.

Liczba skarg przypadających na stu osadzonych w latach 1999-2004. Dynamika wzrostu

Rok	Liczba skarg osadzonych	Liczba osadzonych na dzień 31.12.	Liczba skarg na 100 osadzonych	Wskaźnik wzrostu liczby skarg (na 100 osadzonych)
1999	9.284	56.765	16,5	110
2000	10.701	70.544	15	100 (wskaźnik bazowy)
2001	12.340	79.634	15,5	103,3
2002	12.887	80.467	16	106,6
2003	13.673	79.281	17	113,3
2004	13.981	80.356	17,5	116,6

Jak widać liczba skarg osób osadzonych stopniowo zwiększa się. Nie chodzi tylko o wzrost w związku z rzeczywistym zwiększeniem liczby osób pozbawionych wolności. Rośnie również liczba skarg, przypadająca na stu osadzonych, co przekłada się na wzrost wskaźnika bazowego (piąta kolumna tabeli).

Powodów takiej sytuacji jest co najmniej kilka. Podstawowym powodem jest przede wszystkim pogorszenie ogólnych warunków funkcjonowania jednostek penitencjarnych. Wynika to z faktu, że wraz ze zwiększeniem liczby osób pozbawionych wolności, nie doszło do adekwatnego zwiększenia liczby etatów funkcjonariuszy Służby Więziennej, jak też zwiększenia liczby jednostek penitencjarnych. Brak nowych etatów powoduje, że w niektórych jednostkach na jednego funkcjonariusza przypada stu osadzonych, za których funkcjonariusz przynajmniej teoretycznie jest odpowiedzialny. W zakładach typu zamkniętego nie ma więc możliwości na pełną realizację wszystkich uprawnień przysługujących skazanym.

Przykładem zarzutu pojawiającego się w wielu skargach osadzonych jest utrudniony dostęp do telefonu⁹⁹. Doprowadzanie do automatu, obecność przy osadzonym w trakcie całej rozmowy i w końcu odprowadzenie go do celi, stanowią wymogi proceduralne, mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa na terenie jednostki penitencjarnej. Czas potrzebny na wypełnienie tych wszystkich wymogów formalnych powoduje jednak, iż nie wszyscy osadzeni, którzy chcą i mogą skorzystać z telefonu, zdążą to uczynić w czasie, w którym regulamin wewnętrzny zezwala na korzystanie z telefonu.

Problem z bazą miejscową, czyli zwiększeniem liczby miejsc w jednostkach penitencjarnych był rozwiązywany przez dyrektorów tych placówek w sposób niemalże szablonowy w całym kraju. Podstawowym działaniem było zwiększanie liczby miejsc w celach poprzez dostawianie dodatkowych łóżek lub materacy. Kiedy te działania okazały się niewystarczające, w wielu jednostkach rozpoczęło się adaptowanie pomieszczeń użyteczności wspólnej (takich jak świetlice, siłownie, kaplice) na cele mieszkalne. Dzięki temu dyrektorzy, choć w trudnych warunkach, mogli wywiązać się z obowiązku przyjęcia każdej osoby skazanej, która zgłosi się do odbycia kary pozbawienia wolności, z ważnym wezwaniem do stawienia się w jednostce penitencjarnej. Stało się to oczywiście kosztem realizacji uprawnień przez osoby pozbawione wolności i spowodowało dalsze pogorszenie się warunków bytowych w zakładach karnych i aresztach śledczych. W październiku 2004 roku zastępca Dyrektora Generalnego CZSW, w trakcie rozpatrzenia okresowego sprawozdania z wykonania przez RP postanowień Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, zapewniał Komitet Praw Człowieka Organizacji Narodów Zjednoczonych, że więziennictwo wycofuje się z tej praktyki, przywracając pomieszczenia użyteczności wspólnej do pierwotnego ich przeznaczenia. Jednakże jak wynika z monitoringów prowadzonych przez HFPC, jak też rozmów z osobami osadzonymi i przedstawicielami

⁹⁹ W 2003 r. nastąpiła istotna zmiana w polskim prawie. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 sierpnia 1998 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności zostało uchylone przez Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 sierpnia 2003 r. (Dz.U. z 1998 r., Nr 111, poz. 699) w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego pozbawienia wolności (Dz.U. z 2003 r., Nr 152, poz. 1493). W uchylonym rozporządzeniu, § 35 ust. 1 wyraźnie stanowił, że skazany ma prawo korzystać, na własny koszt, z aparatu telefonicznego. W aktualnie obowiązującym rozporządzeniu nie ma takiego przepisu, jednak § 14 ust. 2 pkt 16 stanowi, że dyrektor zakładu karnego określa w porządku wewnętrznym godziny, czas trwania i miejsce korzystania z samoinkasujących aparatów telefonicznych. Z treści rozporządzenia, jak również kodeksu karnego wykonawczego wynika uprawnienie skazanego do korzystania z aparatu telefonicznego. Nie zostało jednak tak wyraźnie określone, jak w nieobowiązującym rozporządzeniu. Tymczasowo aresztowanym, z uwagi na postępowanie przygotowawcze, w którym uczestniczą, nie przysługuje prawo do korzystania z aparatów telefonicznych.

administracji konkretnych jednostek, praktyka ta nie uległa zmianie. Nie ma zresztą realnych możliwości zmiany tej praktyki, bowiem liczba osadzonych utrzymuje się wciąż na wysokim poziomie (patrz Tabela 1), a w ostatnich latach baza miejscowa nie została zwiększona w istotny sposób, poprzez wybudowanie nowych jednostek penitencjarnych.

Kolejne powody wzrostu liczby skarg generowane są w dużej mierze przez dwa czynniki wymienione powyżej. Duża liczba skarg dotyczy na przykład funkcjonowania służby medycznej w zakładach karnych¹⁰⁰. Osadzeni najczęściej skarżą się po prostu na brak lub niewłaściwą opiekę medyczną.

Wzrost liczby skarg ma niewątpliwie swoje źródło również w większym dostępie do informacji w jednostkach penitencjarnych. Adresy zarówno Rzecznika Praw Obywatelskich, jak i HFPC są wywieszane na tablicach informacyjnych wszystkich placówek izolacyjnych podległych CZSW¹⁰¹. Te dwie instytucje (jak też kilka innych – podobnie jak HFPC – pozarządowych organizacji, jak np. Klinika Prawa na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego) udzielają wielu informacji osobom pozbawionym wolności, w zakresie ich uprawnień, w tym zwłaszcza samej realizacji, czyli szczegółowych procedur.

2. Charakter skarg.

Od mniej więcej połowy 2003 roku obserwujemy w Polsce nową kategorię skarg osadzonych. Skargi te dotyczą nieludzkich warunków odbywania kary pozbawienia wolności, spowodowanych przeludnieniem jednostek penitencjarnych. Trudno dziwić się takiej sytuacji, skoro warunki w polskich więzieniach i aresztach śledczych ulegają dalszemu pogorszeniu. W dniu 30 listopada 2005 roku w więzieniach i aresztach przebywało 84.020 osób pozbawionych wolności (tylko w listopadzie przybyło 1.066 więźniów). W stosunku do liczby z końca

¹⁰⁰ Uprawnienie do świadczeń zdrowotnych zostało określone w art. 102 pkt 1 kodeksu karnego wykonawczego i art. 115 § 1, który stanowi, że „skazanemu zapewnia się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne”. Zasady, zakres i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności określa Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 października 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. z 2003 r., Nr 204, poz. 1985). Udzielanie świadczeń zdrowotnych poza zakładem karnym reguluje Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu współdziałania zakładów opieki zdrowotnej ze służbą zdrowia w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności (Dz. U. 2003 r., Nr 171, poz. 1665).

¹⁰¹ Niestety zdarza się, iż informacje teled adresowe są aktualizowane ze znacznym opóźnieniem. Przykładem jest tu AŚ w Piotrkowie Trybunalskim, gdzie jeszcze w czerwcu 2004 roku, na tablicy informacyjnej, można było znaleźć adres poprzedniej siedziby HFPC, mimo iż informacje o zmianie zostały przesłane do wszystkich jednostek kilka miesięcy wcześniej.

listopada roku ubiegłego liczba osadzonych wzrosła o 3.311 osób. Więzienia w Polsce dysponują oficjalnie liczbą 68.729 miejsc. Faktycznie, gdyby policzyć liczbę zlikwidowanych świetlic, niewielkich pomieszczeń do uprawiania sportu, a nawet kaplic przeznaczonych na sale sypialne dla więźniów – liczba miejsc, licząc ustawowe minimum 3 m. kwadratowych¹⁰², wynosi nieco ponad 50 tysięcy.

Praktyka „legalizowania” umieszczania więźniów w celach, w których na jednego przypada często 1,5 m. kwadratowego powierzchni, została usankcjonowana poprzez rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości już w 2000 roku¹⁰³. Rozporządzenie to stanowi, iż w przypadku odnotowania stanu przeludnienia (a więc sytuacji permanentnej w Polsce od około 5 lat), dyrektor okręgowy Służby Więziennej i dyrektor danego zakładu jest obowiązany, każdy zgodnie z własnymi kompetencjami, podjąć działania zmierzające do przekształcenia pomieszczeń nie wliczanych do pojemności zakładu (jak np. świetlice) na cele mieszkalne (§ 2 ust. 1 rozporządzenia). Zgodnie z treścią § 2 ust. 4 rozporządzenia „w wypadku wykorzystania miejsc zakwaterowania w dodatkowych celach mieszkalnych osadzonych można umieścić w warunkach, w których powierzchnia celi na jedną osobę wynosi mniej niż 3 m²” (!). W połowie grudnia 2005 roku Rzecznik Praw Obywatelskich zaskarżył przepisy obecnie obowiązującego rozporządzenia do Trybunału Konstytucyjnego. Rzecznik podniósł, iż wskazany przepis sankcjonuje stan sprzeczny z prawem. Uznał, że wymienione rozporządzenie jest niezgodne z art. 41 ust. 4 i art. 40 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP oraz z art. 3 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności¹⁰⁴.

¹⁰² Minimum powierzchni mieszkalnej dla jednego więźnia stanowi jedno z najniższych w Europie. W Belgii więźniowi przysługuje 9 m², Bośni i Hercegowinie - 4 m², Cyprze - 9,5 m², Czechach - 3,5 m², Danii - 6-7 m², Grecji - 10 m², Hiszpanii - 6 m², Holandii - 10 m², Irlandii - 6-10 m², Niemczech - 7 m², Portugalii - 7 m², Turcji - 8-9 m², Szkocji - 6-8 m². (por. J. Jasiński, Problem przeludnienia zakładów karnych, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1997, Nr 15, s. 22-25). Dodatkowo Komitet ds. Zapobiegania Torturom i Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu lub Karaniu (CPT) po przeprowadzonych w latach: 1996, 2000 i 2004 wizytacjach polskich zakładów karnych i aresztów śledczych stale zaleca, aby standard powierzchni celi mieszkalnej na jednego więźnia wynosił co najmniej 4 m², gdyż istniejący – 3 m² – nie zapewnia zadowalającej powierzchni do życia (por. Sprawozdania CPT z wizyt w 1996 r. i 2000 r. opublikowane w Przeglądzie Więziennictwa Polskiego, Nr 24/25 z 1999 r., s. 121 i Nr 36 z 2002 r., s. 148).

¹⁰³ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 października 2000 r. w sprawie zasad i trybu postępowania właściwych organów w wypadku, gdy liczba osadzonych w zakładach karnych lub aresztach śledczych przekroczy w skali kraju ogólną pojemność tych zakładów, Dz. U. z 2000 r., Nr 97, poz. 1060; uchylone przez: Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 sierpnia 2003 r. w sprawie trybu postępowania właściwych organów w wypadku, gdy liczba osadzonych w zakładach karnych lub aresztach śledczych przekroczy w skali kraju ogólną pojemność tych zakładów, Dz. U. z 2003, Nr 152, poz. 1497.

¹⁰⁴ Wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich do Trybunału Konstytucyjnego, RPO/515967/05/VII.

Pojedyncze skargi dotyczące przeludnienia zdarzały się już wcześniej jednakże ich nasilenie i swoista strukturyzacja daje się zaobserwować od połowy 2003 roku. Charakterystyczne jest dążenie przez osoby pozbawione wolności do uzyskania odszkodowania za odbywanie kary pozbawienia wolności w warunkach przeludnionych jednostek. W tym celu osadzeni masowo rozpoczęli występowanie z pozwami cywilnymi przeciwko Skarbowi Państwa. Przykładem może być tu sytuacja dotycząca Zakładu Karnego w Tarnowie-Mościcach – do dnia 30 kwietnia 2005 roku, do Sądu Okręgowego w Tarnowie wpłynęło 49 pozwów osób osadzonych w tej jednostce, o odszkodowanie za odbywanie kary w niehumanitarnych warunkach.

Sygnalem dla takich działań było przede wszystkim orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu. W kilku sprawach¹⁰⁵ Trybunał uznał bowiem, iż odbywanie kary w warunkach przeludnienia (przy spełnieniu określonego poziomu dolegliwości) stanowi niehumanitarne traktowanie, w rozumieniu art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. Wyroki te, jak też możliwość zaskarżenia istniejącego przeludnienia, były propagowane przez organizacje pozarządowe, w tym HFPC, jako jeden ze środków – w wypadku uznania przez ETPC naruszenia art. 3 Konwencji – zmuszenia Państwa do podjęcia wysiłków zmierzających do poprawy warunków w instytucjach izolacyjnych.

3. System weryfikacji skarg.

System badania skarg dotyczących przekroczenia uprawnień przez funkcjonariuszy Służby Więziennej jest daleki od wzorcowego, który miałby w pełni gwarantować niezależność i bezstronność postępowania. System opiera się na wewnętrznych strukturach tej formacji, co znacznie obniża ocenę obiektywizmu prowadzonych postępowań wyjaśniających. Osoba pozbawiona wolności nie ma żadnego wpływu na tryb, w jakim skarga będzie rozpatrzona. Jeśli chodzi o skargi do organów Służby Więziennej – nie ma też wpływu na podmiot rozpatrujący skargę. Niezależnie bowiem od tego, czy skargę skieruje do Centralnego Zarządu Służby Więziennej, czy do okręgowego inspektoratu służby więziennej, skarga i tak zostanie – co do zasady – przekazana do rozpatrzenia (ustosunkowania się do zarzutów) administracji konkretnej jednostki penitencjarnej, której dotyczą zarzuty. Wnioski wynikające z takiego wewnętrznego postępowania wyjaśniającego, stanowią najczęściej podstawę odpowiedzi udzielonej skarżącemu i – co za tym idzie – oceny zasadności jego zarzutów.

Podstawę prawną dla prowadzenia postępowań wyjaśniających w ramach Służby Więziennej daje art. 249 § 3 pkt 3 Kodeksu Karnego Wykonawczego. Na podstawie tego przepisu zostało wydane Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości

¹⁰⁵ M.in.: *Kehayov przeciwko Bułgarii* (skarga nr 41035/98), wyr. z dnia 18.01.2005; *Dougoz przeciwko Grecji* (skarga nr 40907/98), wyr. z dnia 6 marca 2001 roku.

z dnia 13 sierpnia 2003 roku w sprawie sposobów załatwiania wniosków, skarg i prośb osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych¹⁰⁶. Jak stanowi § 2 tego rozporządzenia, „Prośby i wnioski dotyczące działalności jednostek organizacyjnych Służby Więziennej, zwanych dalej «jednostkami organizacyjnymi», załatwiają kierownicy tych jednostek w ramach swoich zadań”. Innymi słowy oznacza to, że kierownik jednostki, której dotyczą zarzuty, jest właściwy do rozpatrzenia skargi. Podobnie wygląda sytuacja z rozpatrywaniem skarg na działania konkretnego funkcjonariusza (§§ 3). W obydwu przypadkach rozporządzenie przewiduje kilka wyjątków. Mają one jednak charakter zupełnej konieczności logicznej – nie sposób bowiem uznać za dopuszczalne, aby kierownik jednostki rozpatrywał skargę na samego siebie (§ 4), bądź aby skargę taką rozpatrywał jego podwładny.

Mimo tego, że przepisy rozporządzenia przewidują zasadniczo rozpatrywanie skarg przez jednostkę nadrzędną wobec tej, której dotyczą zarzuty (§ 3 ust. 1 pkt 1-4), to jednak możliwe jest przekazanie skargi do załatwienia tej jednostce (§ 3 ust. 2), jak wskazaliśmy powyżej. W takim przypadku jednostka organizacyjna zostaje zobowiązana do udzielenia informacji o sposobie załatwienia skargi jednostce nadrzędnej. Oczywiście, na podstawie ogólnych kompetencji nadzorczych, jednostka wyższego stopnia ma prawo weryfikacji decyzji jednostki załatwiającej sprawę. W praktyce jednak taka sytuacja należy do rzadkości.

Natomiast w szczególnie uzasadnionych przypadkach skarga powinna być rozpoznana na miejscu zdarzenia przez przedstawicieli jednostki nadrzędnej nad tą, której skarga dotyczy (§ 8 ust. 6). Zgodnie z informacjami uzyskanymi w CZSW, te szczególnie uzasadnione przypadki stanowią przypadki skarg na naruszenie nietykalności cielesnej, pobicie, znęcanie się, niezgodne z prawem użycie środków przymusu bezpośredniego. Pamiętać jednak należy, że także w tym przypadku, przedstawiciele jednostki rozpatrującej, a więc nadrzędnej nad tą, której skarga dotyczy, bazują na oświadczeniach i dokumentach sporządzonych w ramach jednostki, w ramach której miało miejsce domniemane zdarzenie, co budzi uzasadnione wątpliwości o możliwość dojścia do prawdy materialnej.

Już na podstawie samej analizy prawa regulującego tryb tego postępowania można stwierdzić, iż system ten nie gwarantuje bezstronności. W związku z tym nie może dziwić fakt, iż liczba skarg rokrocznie uznawanych za zasadne jest niewielka. Niewątpliwym jest fakt, że wiele osób pozbawionych wolności ma postawę roszczeniową i pisanie przez nie skarg stanowi swoisty sposób na spędzanie czasu. Jednakże tak niewielka liczba skarg uznanych za zasadne (tabela 2) budzi poważne wątpliwości, biorąc zwłaszcza pod uwagę fakt, iż Centralny Zarząd Służby Więziennej przyznaje, że polskie więzienia są przeludnione

¹⁰⁶ Dz.U. 2003, Nr 151, poz. 1467.

i niedofinansowane¹⁰⁷. To z kolei musi, i przekłada się na pogorszenie warunków w instytucjach podległych CZSW, jak też na ograniczenie możliwości realizacji uprawnień gwarantowanych osobom pozbawionym wolności zarówno przez prawo krajowe, jak i międzynarodowe.

Tabela 2. Liczba skarg rozpatrzonych i uznanych za zasadne

Rok	Liczba skarg	Liczba skarg rozpatrzonych	Liczba skarg uznanych za zasadne
2001	12.340	b.d.	b.d.
2002	12.887	12.880	238
2003	13.673	13.611	324
2004	13.981	13.987	308

4. Odpowiedzialność dyscyplinarna funkcjonariuszy SW.

Skargi składane przez osoby pozbawione wolności powodują – przy uznaniu ich zasadności – odpowiedzialność dyscyplinarną konkretnych funkcjonariuszy służby więziennej.

Tabela 3. Konsekwencje służbowe i środki dyscyplinarne wymierzone funkcjonariuszom SW w latach 2002-2004

Rok	Liczba funkcjonariuszy i pracowników	Ogółem konsekwencji służbowych i środków dyscyplinarnych	W tym:		
			Kara dyscyplinarna	Cofnięcie lub obniżenie dodatku służbowego	Nie przyznanie okresowej nagrody pieniężnej
2002	164	171	2	3	b.d.
2003	223	233	7	19	13
2004	190	190	9	4	11

¹⁰⁷ Podstawowe problemy więziennictwa, Centralny Zarząd Służby Więziennej, Warszawa, 2003, s. 3; Podstawowe problemy więziennictwa, Centralny Zarząd Służby Więziennej, Warszawa, 2004, s. 3.

Jak widać kary dyscyplinarne i finansowe są stosowane wyjątkowo rzadko. W pozostałych przypadkach zostały podjęte „stosowne” środki służbowe (jak np. rozmowa instruktazowa), z których, jak można sądzić, niewiele wynikało.

Najbardziej dolegliwym środkiem dyscyplinarnym jest jednak kara wydalenia ze służby. W 2004 roku, a więc ostatnim roku objętym badaniem, liczba przypadków, w których funkcjonariuszom Służby Więziennej zostały wymierzone kary dyscyplinarne lub zostały wyciągnięte konsekwencje służbowe sięgnęła 190. Kara dyscyplinarna wydalenia ze służby została wykorzystana czterokrotnie. W jednym przypadku wydalenie ze służby zostało spowodowane przekroczeniem pod wpływem alkoholu. W pozostałych przypadkach – zgodnie ze statystyką CZSW – kara ta została wymierzona z uwagi na „inne” naruszenia.

Warto zaznaczyć na marginesie, iż niekiedy wynik postępowania dyscyplinarnego jest uzależniony od wyniku toczącego się równolegle postępowania prokuratorskiego. Wówczas można mówić, iż w przypadkach, gdy postępowanie prokuratury nie daje podstaw do wniesienia aktu oskarżenia, wewnętrzne postępowanie wyjaśniające organów Służby Więziennej praktycznie nie jest prowadzone.

5. Wnioski.

Smutny wniosek jaki potwierdzają niniejsze badania to fakt, iż nie istnieje w pełni niezależny system badania skarg na działania funkcjonariuszy Służby Więziennej. Skarżący nie ma wpływu na podmiot, który będzie rozpatrywał jego skargę, a podmiotem tym – najczęściej – jest jednostka, na działania której skarżący wnosi zarzuty.

Istnieje niewątpliwie potrzeba zmiany tej sytuacji i zwiększenia faktycznego zaangażowania organów centralnych i regionalnych (okręgowych inspektoratów służby więziennej) w rozpatrywanie skarg. Europejskie standardy niezawisłości i rzetelności postępowania, w tym przede wszystkim wypracowane przez Europejski Trybunał Praw Człowieka, nakazują zapewnienie rzeczywistego obiektywizmu postępowań.

Być może należałoby rozważyć powołanie specjalnej jednostki w ramach CZSW, a więc na szczeblu centralnym, której zadaniem byłoby rozpatrywanie skarg osób pozbawionych i prowadzenie postępowań dyscyplinarnych wobec funkcjonariuszy SW. Taka jednostka skargowo-dyscyplinarna musiałaby jednak uzyskać znaczny stopień niezależności. Innym rozwiązaniem może być wprowadzenie dwuinstancyjnego postępowania wyjaśniającego w przypadku złożenia skargi przez osadzonego. W takim jednak przypadku istnieje obawa o sformalizowanie postępowania wyjaśniającego.

Nie ulega wątpliwości, że system kontroli skarg, jak również same skargi, powinny podlegać wyjątkowo drobiazgowej analizie, tymczasem w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z 2003 roku brakuje dwóch istotnych, z tego

punktu widzenia, przepisów. Po pierwsze, § 12 pkt 1-3 Rozporządzenia z 1999 roku określał organy sprawujące kontrolę załatwiania wniosków, skarg i próśb. W tym kontekście należy też dodać, że Rozporządzenie z 2003 roku w ogóle nie posługuje się pojęciem „kontrola”. Po drugie, § 13 Rozporządzenia z 1999 roku stanowił, że „Dyrektor Generalny Służby Więziennej, na podstawie danych uzyskanych z okręgowych inspektoratów Służby Więziennej, przedkłada corocznie Ministrowi Sprawiedliwości, w trybie i na zasadach określonych odrębnymi przepisami, analizę przyczyn skarg, ich zasadności i sposobu załatwiania wraz z informacją o działaniach podejmowanych w celu likwidacji przyczyn skarg.”

Rozporządzenie z 2003 roku znacznie ograniczyło możliwości skorygowania systemu skarg, jak również likwidacji ich przyczyn. Nie zmieni tego § 4, który wprawdzie wprowadza zasadę *nemo iudex in causa sua* do postępowania przy rozpatrywaniu skargi, ale z uwagi na pozostawienie rozpatrywania skargi w ramach tej samej jednostki, wydaje się przepisem niewiele zmieniającym sytuację skarżącego.

Problemy finansowo-organizacyjne polskiego więziennictwa wpływają na sytuację osadzonych i stanowią istotną przyczynę skarg. Większym problemem są jednak przepisy tworzące stan prawny, który z jednej strony legalizuje krytyczne warunki pozbawienia wolności, a z drugiej strony prowadzi do lawinowego składania skarg, nie gwarantując rzetelności ich rozpatrywania.

Barbara Kawecka Stańdo

Badanie w sądach 100 kolejnych prawomocnie zakończonych spraw, jakie od 01.01.1997 roku wytoczyli więźniowie przeciwko Skarbowi Państwa na podstawie art. 417 kodeksu cywilnego

1. Status prawny osób pozbawionych wolności.

Obowiązujący Kodeks karny wykonawczy z 1997 r. szczegółowo reguluje prawa i obowiązki osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i aresztach śledczych. Generalnie prawa uwięzionych odnoszą się do pięciu dziedzin życia w zakładzie:

- a) warunków bytowych,
- b) kontaktów ze światem zewnętrznym, a zwłaszcza z rodziną i innymi osobami bliskimi,
- c) aktywności w czasie odbywania kary lub środka karnego,
- d) wolności religijnej,
- e) gwarancji służących praworządному wykonywaniu kary lub środka karnego¹⁰⁸.

Przepisy tego kodeksu przewidują jednocześnie szereg instrumentów prawnych, służących do ochrony osób pozbawionych wolności przed krzywdzącymi ich działaniami lub zaniechaniami organów wykonujących orzeczone kary i środki karne. Do takich instrumentów należy m.in. możliwość wniesienia przez osobę pozbawioną wolności skargi do sądu na decyzję organu wykonującego orzeczenie z powodu jej niezgodności z prawem oraz możliwość składania wniosków, skarg i próśb do właściwych organów, w tym także do organów międzynarodowych działających na podstawie ratyfikowanych przez Polskę umów dotyczących ochrony praw człowieka¹⁰⁹. Ponadto prawa osób pozbawionych wolności podlegają ochronie przewidzianej w Konstytucji. Zgodnie z art. 77 ust. 1 Konstytucji z 1997 r. każdy ma prawo do wynagrodzenia szkody, jaka została mu wyrządzona przez niezgodne z prawem działanie organu władzy publicznej.

¹⁰⁸ Szczegółowe omówienie praw osób pozbawionych wolności zawarte jest m.in. w: Hołda J., Hołda Z. 2004. Prawo karne wykonawcze. Zakamycze: Kantor Wydawniczy „Zakamycze”, s. 169-172; Paweł S. 2003. Prawo karne wykonawcze. Zakamycze: Kantor Wydawniczy „Zakamycze”, s. 245-250; Stańdo-Kawecka B. 2000. Prawne podstawy resocjalizacji. Zakamycze: Kantor Wydawniczy „Zakamycze”, s. 163-179; Szymanowski T., Świda Z. 1998. Kodeks karny wykonawczy. Komentarz. Warszawa: Wydawnictwo „Librata”, s. 235-241.

¹⁰⁹ Szerzej na ten temat piszą m.in.: Hołda i Hołda 2004, s. 113-114.

2. Aktualny model odpowiedzialności Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy państwowych.

Wejście w życie Konstytucji z 1997 r. spowodowało istotne zmiany w systemie odpowiedzialności Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy państwowych. Obowiązujący wówczas art. 417 § 1 Kodeksu cywilnego przewidywał, że Skarb Państwa ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez funkcjonariusza państwowego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności¹¹⁰. Zgodnie z utrwaloną linią orzecznictwa, ugruntowaną uchwałą Sądu Najwyższego z 15 lutego 1971 r., jedną z koniecznych przesłanek odpowiedzialności Skarbu Państwa na podstawie art. 417 k.c. była wina funkcjonariusza.¹¹¹ Odpowiedzialność Skarbu Państwa na podstawie art. 417 k.c. uzależniona była zatem od spełnienia łącznie następujących przesłanek:

- 1) wyrządzenie szkody przez funkcjonariusza państwowego,
- 2) zawinione działanie lub zaniechanie tego funkcjonariusza,
- 3) normalny związek przyczynowy pomiędzy działaniem lub zaniechaniem funkcjonariusza a wyrządzoną szkodą,
- 4) wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej funkcjonariuszowi czynności¹¹².

Przepisem szczególnym w stosunku do art. 417 k.c. był art. 418 k.c.¹¹³, który regulował zasady odpowiedzialności Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez

¹¹⁰ Do uchwalonego w 1964 r. Kodeksu cywilnego włączono bez większych zmian jako art. 417-421 przepisy obowiązującej wcześniej Ustawy o odpowiedzialności Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy państwowych z 15 października 1956 r. (Dz. U. Nr 54, poz. 243).

¹¹¹ Por. uchwałę Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z 15 lutego 1971 r., zawierającą wytyczne wymiaru sprawiedliwości i praktyki sądowej w sprawie odpowiedzialności Skarbu Państwa oraz państwowych osób prawnych za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy państwowych (III CZP 33/70): „Podstawową przesłanką odpowiedzialności Skarbu Państwa oraz państwowych osób prawnych na zasadzie art. 417 § 1 k.c. jest bezprawność działania lub zaniechania funkcjonariusza państwowego oraz istnienie jego winy” (OSN 1971, nr 4, poz. 59).

¹¹² W praktyce przesłanka winy funkcjonariusza łagodzona była przez przyjęcie koncepcji tzw. winy anonimowej czy też organizacyjnej, jeżeli wskazanie bezpośredniego sprawcy szkody było niemożliwe. Szerzej na ten temat piszą m.in.: Bieniek G. (red.). 2001. Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze, s. 242; Pietrzykowski K. (red.). 2002. Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, s. 910.

¹¹³ Uchylony w 2001 r. art. 418 § 1 k.c. stanowił: Jeżeli szkoda została wyrządzona przez funkcjonariusza państwowego na skutek wydania orzeczenia lub zarządzenia, Skarb Państwa ponosi odpowiedzialność tylko wtedy, gdy przy wydaniu orzeczenia lub zarządzenia nastąpiło naruszenie prawa ścigane w trybie postępowania karnego lub dyscyplinarnego, a wina sprawcy szkody została stwierdzona wyrokiem karnym lub orzeczeniem dyscyplinarnym albo uznana przez organ przełożony nad sprawcą szkody.

funkcjonariuszy państwowych w przypadkach, gdy szkody te związane były z wydaniem orzeczenia lub zarządzenia. W porównaniu z art. 417 k.c. warunki odpowiedzialności Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy państwowych na skutek wydania orzeczenia lub zarządzenia były znacznie obostrzone, ponieważ odpowiedzialność ta uzależniona była dodatkowo:

- a) od stwierdzenia, że przy wydaniu orzeczenia lub zarządzenia nastąpiło naruszenie prawa ścigane w trybie postępowania karnego lub dyscyplinarnego,
- b) a ponadto od stwierdzenia winy sprawcy szkody w wyroku karnym lub dyscyplinarnym albo w drodze uznania winy sprawcy przez organ przełożony¹¹⁴.

Po uchwaleniu w 1997 r. nowej Konstytucji pojawił się problem, czy przepisy art. 417 i 418 k.c. są zgodne z art. 77 ust. 1 Konstytucji, ponieważ w świetle normy konstytucyjnej przesłanką odpowiedzialności za szkody jest „*niezgodne z prawem działanie organu władzy publicznej*”. Bez znaczenia jest natomiast, czy było ono subiektywnie zawinione. Na temat zgodności tych przepisów Kodeksu cywilnego z Konstytucją wypowiedział się Trybunał Konstytucyjny. W wyroku z dnia 4 grudnia 2001 r. (OTK 2001/8/256) Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że:

- a) art. 417 Kodeksu cywilnego, rozumiany w ten sposób, że Skarb Państwa ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie funkcjonariusza państwowego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, jest zgodny z art. 77 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej,
- b) art. 418 Kodeksu cywilnego jest niezgodny z art. 77 ust. 1 Konstytucji.

W uzasadnieniu wyroku Trybunał Konstytucyjny podkreślił, że podstawą odpowiedzialności według art. 77 ust. 1 Konstytucji jest wyłącznie działanie organu władzy publicznej „*niezgodne z prawem*”, bez względu na to, czy było ono zawinione. Znaczenie art. 77 ust. 1 Konstytucji, zdaniem Trybunału, polega na tym, że w odniesieniu do niezgodnych z prawem działań organów publicznych ustanawia on surowsze przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej w porównaniu z ogólnymi zasadami opartymi na przesłance winy. To odstępstwo od ogólnych reguł uzasadnione jest szczególną, służebną rolą organów władzy publicznej, które mają zapewnić ochronę wolności oraz praw człowieka i obywatela.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego wytworzył stan prawny, który „*z natury rzeczy mógł być traktowany tylko jako tymczasowy, gdyż całe zagadnienie objęte wspomnianą regulacją kodeksową wymagało nowego unormowania, zgodnego z Konstytucją i powszechnie wiążącą wykładnią TK*”.¹¹⁵ Nowe unormowanie

¹¹⁴ Por.: Pietrzykowski 2002, s. 921.

¹¹⁵ Radwański Z. 2004. Zmiany w KC dotyczące odpowiedzialności organów wykonujących władzę publiczną. Monitor Prawniczy, nr 21, s. 971.

kwestii odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy wykonywaniu władzy publicznej wprowadzone zostało Ustawą o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw z dnia 17 czerwca 2004 r., która weszła w życie 1 września tego samego roku.

Zgodnie z art. 417 k.c. w nowym brzmieniu, Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub inna osoba prawna wykonująca władzę publiczną z mocy prawa ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu tej władzy. Przewidziana w znowelizowanym art. 417 k.c. odpowiedzialność odszkodowawcza dotyczy szkody wyrządzonej we władczej sferze działalności państwa (imperium) i jest odpowiedzialnością niezależną od winy funkcjonariusza czy podwładnego. Przyjęta w tym przepisie konstrukcja odpowiedzialności podmiotów za szkody wyrządzone przez nie przy wykonywaniu władzy publicznej nie wymaga identyfikacji bezpośredniego sprawcy szkody ani ustalenia winy w sensie subiektywnym.¹¹⁶

3. Zakres przeprowadzonych badań empirycznych.

Badania dotyczące spraw z powództwa osób pozbawionych wolności przeciwko Skarbowi Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy państwowych przeprowadzono w okresie od czerwca 2003 r. do kwietnia 2004 r. w oparciu o:

- a) repertoria Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Krakowie,
- b) akta sądowe Sądu Okręgowego w Krakowie, Tarnowie i Nowym Sączu.

4. Wyniki badań przeprowadzonych na podstawie repertoriów Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Krakowie.

Dane statystyczne uzyskane w roku 2003 w Okręgowym Inspektoracie Służby Więziennej w Krakowie wskazują na to, że w latach 1997-2002 zostało wniesionych 59 spraw przez osoby pozbawione wolności w tym okręgu przeciwko Skarbowi Państwa o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy Służby Więziennej. Spośród tych 59 spraw 48 zostało zakończonych, natomiast w odniesieniu do 11 postępowanie sądowe toczyło się nadal. Zakończone sprawy sądowe były rozpoznawane głównie przez sądy okręgowe (37 spraw). Sądy rejonowe rozpoznały ok. 25 % (11) tego rodzaju powództw.

¹¹⁶ Szerzej na temat nowych zasad odpowiedzialności podmiotów za szkody wyrządzone przy wykonywaniu władzy publicznej oraz przesłanek odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną wydaniem albo nie-wydaniem aktu normatywnego, orzeczenia lub decyzji pisze m.in.: Radwański 2004, s. 971-978.

Powództwa wniesione przez osoby pozbawione wolności (*Tabela 1*) dotyczyły przede wszystkim naprawienia szkody powstałej na skutek:

- a) niewłaściwego leczenia podczas pobytu w areszcie śledczym lub w zakładzie karnym,
- b) zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby,
- c) złych warunków odbywania kary,
- d) wypadku w zakładzie karnym.

Tabela 1: Podstawa roszczenia o naprawienie szkody w sprawach wniesionych przez osoby pozbawione wolności w latach 1997-2002 według danych Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Krakowie.

Podstawa roszczenia o naprawienie szkody	Sprawy rozpoznane przez sądy okręgowe	Sprawy rozpoznane przez sądy rejonowe	Razem
Utrata zdrowia podczas pobytu w areszcie śledczym lub zakładzie karnym	34	5	39
<i>w tym na skutek:</i>			
<i>błędu w sztuce lekarskiej</i>	23	3	26
<i>zakażenia wirusem żółtaczk</i>	3	–	3
<i>zakażenia świerzbem</i>	1	–	1
<i>złych warunków pobytu w zakładzie</i>	1	–	1
<i>wypadku przy pracy</i>	1	–	1
<i>innego wypadku w zakładzie</i>	2	2	4
<i>brak danych</i>	3	–	3
Utrata rzeczy osobistych/ zagubienie rzeczy pozostawionych w depozycie	–	2	2
Naruszenie dóbr osobistych	2	1	3
Inne (np. brak zatrudnienia, wyłączenie prądu)	1	3	4
Razem	37	11	48

Wyniki postępowania w tych sprawach przedstawiono w *Tabeli 2*. Według danych Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Krakowie w ponad 75 % spraw (38) nastąpiło oddalenie powództwa. W 6 sprawach postępowanie umorzono albo odrzucono pozew. Zasadzenie odszkodowania miało miejsce w 4 wypadkach: w 2 sprawach, w związku z utratą przez powoda rzeczy osobistych w zakładzie lub zagubieniem rzeczy pozostawionych w depozycie oraz w 2 sprawach w związku z utratą zdrowia podczas pobytu w zakładzie karnym lub zarażeniem świerzmem.

Tabela 2: Wyniki postępowania w sprawach z powództwa osób pozbawionych wolności przeciwko Skarbowi Państwa w latach 1997-2002 według danych Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Krakowie.

Wynik postępowania	Sprawy wniesione do sądów okręgowych	Sprawy wniesione do sądów rejonowych	Razem
Umorzenie postępowania/ odrzućenie pozwu	3	3	6
Oddalenie powództwa	32	6	38
Zasadzenie odszkodowania	2	2	4
Razem	37	11	48

5. Wyniki badań akt sądowych Sądu Okręgowego w Krakowie, Tarnowie i Nowym Sączu.

W drugiej części przeprowadzonych badań poddano analizie akta sądowe spraw wniesionych do Sądu Okręgowego w Krakowie, Tarnowie i Nowym Sączu przez osoby pozbawione wolności przeciwko Skarbowi Państwa o naprawienie szkody wyrządzonej przez funkcjonariuszy państwowych. Na podstawie repertoriów sądowych ustalono, że spośród takich spraw wniesionych w latach 1997-2002 zakończonych zostały 42. Niemal wszystkie sprawy (38) skierowane były przeciwko Skarbowi Państwa w związku ze szkodami wyrządzonymi przez funkcjonariuszy więziennictwa, tj. zakładów karnych i aresztów śledczych. Tylko 2 z nich dotyczyły naprawienia szkody wyrządzonej przez funkcjonariuszy milicji/policji, a w 2 kolejnych chodziło o naprawienie szkody wyrządzonej przez pracowników zakładu poprawczego i schroniska dla nieletnich

Podstawą roszczenia o naprawienie szkody w 37 przypadkach była utrata zdrowia, przede wszystkim na skutek działania lub zaniechania funkcjonariuszy państwowych, polegającego na błędach w leczeniu (*Tabela 3*). Tylko w 5 sprawach żądanie naprawienia szkody wyrządzonej przez funkcjonariuszy oparte było na innych podstawach, takich jak np. naruszenie dóbr osobistych, zniesławienie czy opóźnienie w doręczeniu telegramu z zawiadomieniem o śmierci brata.

Tabela 3: Podstawa roszczenia o naprawienie szkody w sprawach wniesionych przez osoby pozbawione wolności w latach 1997-2002 do Sądu Okręgowego w Krakowie, Tarnowie i Nowym Sączu.

Podstawa roszczenia o naprawienie szkody	Sąd Okręgowy w Krakowie	Sąd Okręgowy w Tarnowie	Sąd Okręgowy w Nowym Sączu	Razem
Utrata zdrowia podczas pobytu w areszcie śledczym lub zakładzie karnym	14	20	3	37
w tym na skutek:				
błędu w sztuce lekarskiej	6	5	2	13
zakażenia wirusem żółtaczk	2	1	–	3
zachorowania na cukrzycę	2	–	–	2
złych warunków pobytu w zakładzie	–	4	–	4
wypadku przy pracy	–	3	–	3
pracy w warunkach szkodliwych	1	1	–	2
innego wypadku w zakładzie	–	3	–	3
pobicia przez funkcjonariuszy	1	1	–	2
odmowy zgody na leczenie w warunkach wolnościowych	2	–	–	2
zgwalcenia przez współwięźniów	–	–	1	1
pozbawienia kontaktów z rodziną	–	1	–	1
brak szczegółowej podstawy	–	1	–	1
Naruszenie dóbr osobistych	1	–	–	1
Inne	2	–	2	4
Razem	17	20	5	42

Jedynie w 17 spośród 42 spraw doszło do merytorycznego rozpoznania zarzutów przez sąd (*Tabela 4*). Dwanaście spraw zakończyło się zwrotem pozwu z powodu nie-uzupełnienia braków formalnych i/lub nie-uiszczenia opłat sądowych, a w 13 kolejnych sprawach nastąpiło umorzenie postępowania albo odrzucenie pozwu. W sprawach rozpoznanych co do meritum, w 15 przypadkach sąd oddalił powództwo, a w 2 – zasądził odszkodowanie. Zasądzenie odszkodowania miało miejsce w 1 sprawie dotyczącej utraty zdrowia na skutek pobicia małoletniego przez funkcjonariusza policji przy wykonywaniu czynności służbowych i w 1 sprawie dotyczącej wypadku podczas pobytu w zakładzie poprawczym.

Tabela 4: Sposób zakończenia spraw z powództwa osób pozbawionych wolności przeciwko Skarbowi Państwa wniesionych w latach 1997-2002 do Sądu Okręgowego w Krakowie, Tarnowie i Nowym Sączu.

Sposób zakończenia sprawy	Sąd Okręgowy w Krakowie	Sąd Okręgowy w Tarnowie	Sąd Okręgowy w Nowym Sączu	Razem
Zwrot pozwu	4	6	2	12
Umorzenie postępowania/ odrzucenie pozwu	4	8	1	13
Oddalenie powództwa	9	4	2	15
Zasądzenie odszkodowania	–	2	–	2
Razem	17	20	5	42

W świetle przedstawionych danych statystycznych zwraca uwagę wysoki odsetek spraw zakończonych zwrotem pozwu, odrzuceniem pozwu albo umorzeniem postępowania. Na podstawie analizy akt sądowych trudno jednak ocenić, czy to pozbawiony wolności powód stracił zainteresowanie wynikiem postępowania, czy też wystąpiły inne czynniki determinujące takie zakończenie sprawy, np. przeniesienie skazanego do zakładu karnego w innej miejscowości i związane z tym trudności w wymianie korespondencji z sądem. Analiza akt sądowych nie pozwala także na precyzyjne ustalenie podstaw oddalenia wniesionych powództw, ponieważ poza nielicznymi wypadkami sąd nie sporządzał uzasadnienia wyroku. W sprawach, w których sąd dopuszczał dowód z opinii biegłych, dla oddalenia powództwa nie bez znaczenia była zapewne wydana przez nich opinia, wskazująca np. na brak związku przyczynowego pomiędzy pobytem w zakładzie karnym a zachorowaniem na cukrzycę.

Krzysztof Wilamowski
Marcin Wiśniewski

Analiza systemu rozpatrywania skarg na czynności funkcjonariuszy Policji, a także ich odpowiedzialności dyscyplinarnej oraz karnej na podstawie danych Komendy Głównej Policji

Funkcjonariusze Policji posiadają w zasadzie najszersze – ze wszystkich przedstawicieli władzy państwowej – uprawnienia, które mogą w praktyce wpływać na przestrzeganie zakazu tortur, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania. Nie dziwi zatem fakt, iż skargi dotyczące ich działań, stanowią większość z ogólnej liczby skarg dotyczących domniemanego naruszenia art. 3 EKPC, które wpływają do Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

Celem tego badania była analiza systemu rozpatrywania skarg na czynności funkcjonariuszy Policji, jak też analiza danych statystycznych dotyczących postępowań dyscyplinarnych i postępowań karnych wszczętych wobec tych funkcjonariuszy w oparciu o zarzut popełnienia czynu, który stanowiłby naruszenie art. 3 EKPC.

1. Materiał badawczy.

Badaniami objęliśmy dane statystyczne z lat 2001 – 2004 uzyskane z Biura Rzecznika Komendanta Głównego Policji. Dane te dotyczyły zarówno liczby stwierdzonych przypadków naruszeń, jak też ogólnej liczby wszczętych postępowań dyscyplinarnych, postępowań karnych, jak również informacji o wynikach tych postępowań. Wśród najważniejszych źródeł należy wymienić:

- zestawienie wydarzeń nadzwyczajnych za okres od 01.01.2001 r. do 31.12.2001 r.;
- zestawienie wymierzonych kar dyscyplinarnych za okres od 01.01.2001 r. do 31.12.2001 r.;
- zakończone sprawy karne za okres od 01.01.2001 r. do 31.12.2001 r.;
- zestawienie wymierzonych kar dyscyplinarnych za okres od 01.01.2002 r. do 31.12.2002 r.;
- zakończone sprawy karne za okres od 01.01.2002 r. do 31.12.2002 r.;
- zestawienie wymierzonych kar dyscyplinarnych za okres od 01.01.2003 r. do 31.12.2003 r.;

- zakończone sprawy karne za okres od 01.01.2003 r. do 31.12.2003 r.;
- zestawienie popełnionych przewinień dyscyplinarnych oraz sposobu zakończenia postępowań dyscyplinarnych za okres od 1.01.2004 r. do 31.12.2004 r.;
- zestawienie spraw karnych przeciwko policjantom, o czyny wyczerpujące jednocześnie znamiona przewinień dyscyplinarnych za okres od 1.01.2004 r. do 31.12.2004 r.

2. Przedmiot analizy.

Głównym przedmiotem analizy była próba porównania liczby przypadków przekroczenia uprawnień przez policjantów, które mogą być zakwalifikowane jako naruszenie art. 3 EKPC, z liczbą wszczętych w tych sprawach postępowań karnych i dyscyplinarnych, zmierzających do ukarania sprawców. Wynik tego porównania pozwala na postawienie ogólnych tez w kwestii skuteczności obydwu dróg zaskarżania tych czynności.

Kolejną fazą była analiza rodzaju i charakteru kar wymierzanych funkcjonariuszom za wskazane przekroczenia (zarówno w postępowaniach dyscyplinarnych, jak i karnych), co pozwoliło na – przynajmniej szacunkową – ocenę „granic tolerancji” organów władzy publicznej dla naruszenia jednego z fundamentalnych praw człowieka.

3. Podstawowe założenia badawcze.

Zakaz tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, zdefiniowany w art. 3 EKPC, nie stanowi – w praktyce polskiej – samoistnej przesłanki odpowiedzialności karnej. W związku z tym na potrzeby niniejszych badań jako czyny **mogące stanowić** naruszenie tego zakazu będziemy traktować trzy rodzaje zachowań funkcjonariuszy, mieszczące się w ramach trzech typów przestępstw zdefiniowanych w Kodeksie Karnym¹¹⁷ (zwanym dalej w skrócie: KK).

Pierwszy typ to pobicie lub naruszenie godności pozostające w związku z wymuszaniem zeznań przez funkcjonariusza, stanowiące przestępstwo z art. 246 KK¹¹⁸. Drugi z rodzajów zachowań to fizyczne lub psychiczne znęcanie się nad osobą prawnie pozbawioną wolności, jak też dopuszczenie do tego przez funkcjonariusza bezpośrednio nadzorującego miejsce, w którym to zdarzenie zachodzi

¹¹⁷ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny, Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.

¹¹⁸ Art. 246 KK stanowi, iż „Funkcjonariusz publiczny lub ten, który działając na jego polecenie, w celu uzyskania określonych zeznań, wyjaśnień, informacji lub oświadczenia stosuje przemoc, groźbę bezprawną lub w inny sposób znęca się fizycznie lub psychicznie nad inną osobą, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10”.

(art. 247 KK)¹¹⁹. Obydwie sytuacje zasadniczo w każdym przypadku mają postać złamania zakazu określonego w art. 3 EKPC.

Trzeci typ zachowań jedynie po spełnieniu dodatkowych warunków, może być traktowany jako naruszenie omawianego zakazu. Chodzi mianowicie o przestępstwo zdefiniowane w art. 231 § 1 KK, a więc przestępstwo nadużycia uprawnień lub niedopełnienia obowiązków przez funkcjonariusza publicznego¹²⁰. Nie każde niedopełnienie obowiązków czy przekroczenie uprawnień może być traktowane jako przejaw nawet poniżającego traktowania. W związku natomiast z typologią danych będących przedmiotem analizy, w tej kategorii znalazły się czyny mające charakter naruszenia określonego dobra chronionego prawem, dokonane przez funkcjonariuszy w trakcie interwencji.

W dalszej części opracowania posługując się terminem naruszenia zakazu art. 3 EKPC, będziemy mieli na myśli wszystkie trzy typy przestępstw (łącznie) wskazane powyżej.

Poza zakresem naszego zainteresowania w ramach niniejszych badań znajdują się przestępstwa funkcjonariuszy mające charakter pospolity, takie jak np. rozbój, czyny lubieżne, gwałty. Są to bowiem przestępstwa, w których może wprawdzie zostać wykorzystane stanowisko służbowe, jednakże decydującym jest tutaj motyw działania sprawcy: w sprawach, w których dochodzi do złamania zakazu ustanowionego w art. 3 EKPC, musi być to chęć wywołania u ofiary co najmniej uczucia poniżenia, połączona z zamiarem zadania jej cierpień fizycznych lub psychicznych. Natomiast jeśli chodzi o przestępstwa pospolite, takie jak wskazane powyżej, pierwotnym celem sprawcy jest np. chęć zysku, czy chęć zaspokojenia popędu płciowego. Zadanie cierpień fizycznych, psychicznych i poniżenie ofiary ma – z punktu widzenia sprawcy – charakter wtórny.

4. Analiza stanu prawnego.

Skargi na działania funkcjonariuszy Policji mogą być w zasadzie rozpatrywane dwutorowo. Pierwszy rodzaj postępowania obejmuje postępowanie dyscyplinarne prowadzone w ramach struktur tej formacji. Druga droga zakłada złożenie przez pokrzywdzonego zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa we właściwej miejscowo (z punktu widzenia miejsca popełnienia domniemanego przestępstwa) prokuraturze rejonowej i zainicjowanie w ten sposób postępowania karnego.

¹¹⁹Art. 247 KK stanowi, iż „§1. Kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą prawnie pozbawioną wolności, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. §2. Jeżeli sprawca działa ze szczególnym okrucieństwem, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. §3. Funkcjonariusz publiczny, który wbrew obowiązkowi, dopuszcza do popełnienia czynu określonego w § 1 lub 2, podlega karze określonej w tych przepisach”.

¹²⁰Art. 231 § 1 KK stanowi, że „Funkcjonariusz publiczny, który, przekraczając swoje uprawnienia lub nie dopełniając obowiązków, działa na szkodę interesu publicznego lub prywatnego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

W kwestii postępowań dyscyplinarnych, z uwagi na brak szczegółowych regulacji w ustawie o Policji¹²¹ dotyczących specjalnego trybu rozpatrywania skarg w ramach tej formacji, odpowiednie zastosowanie mają przepisy Kodeksu Postępowania Administracyjnego¹²² i wydane na jego podstawie akty niższego rzędu. Właściwość kompetencyjna poszczególnych organów określona została natomiast w art. 5 – 6g ustawy o Policji. Zgodnie z tymi przepisami organami władnymi rozpatrywać skargi są: Komendant Główny Policji, komendanci wojewódzcy policji i komendanci powiatowi (miejscy) policji. Na terenie aglomeracji miasta stołecznego Warszawy funkcje komendanta wojewódzkiego i komendantów powiatowych (miejskich) sprawują odpowiednio: Komendant Stołeczny Policji i komendanci rejonowi policji¹²³.

Zgodnie z art. 232 § 1 KPA, „organ właściwy do rozpatrzenia skargi może ją przekazać do załatwienia organowi niższego stopnia, o ile skarga nie zawiera zarzutów dotyczących działalności tego organu”. Co więcej, jak stanowi § 2 tego przepisu, „skargę na pracownika można przekazać do załatwienia również jego przełożonemu służbowemu, z obowiązkiem zawiadomienia organu właściwego do rozpatrzenia skargi o sposobie jej załatwienia”. Oznacza to zatem, iż podobnie jak w przypadku systemu rozpatrywania skarg na funkcjonariuszy Służby Więziennej, skarga może być rozpatrzona przez bezpośredniego przełożonego funkcjonariusza, któremu skarżący zarzuca popełnienie naruszenia.

Podstawowym dokumentem szczegółowo określającym procedurę dotyczącą skarg w administracji publicznej jest natomiast, wydane na podstawie art. 226 KPA, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 roku w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków¹²⁴. Jak stanowi § 3 tego rozporządzenia, przyjmowanie i koordynację rozpatrywania skarg powierza się wyodrębnionej komórce lub imiennie wskazanemu pracownikowi, a w siedzibie jednostki umieszcza się, w widocznym miejscu, informację o komórce lub osobie odpowiedzialnej za rozpatrywanie skarg. Poza tym, rozporządzenie nie wnosi istotnych zmian – z punktu widzenia niniejszych badań – do trybu rozpatrywania skarg w administracji publicznej.

W kwestii natomiast postępowania karnego jedynie właściwe są przepisy kodeksu postępowania karnego. Fakt, iż domniemanym sprawcą jest w tym

¹²¹ Dz. U. z 1990, Nr 30, poz. 179 z późn. zm.

¹²² Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, Tekst jednolity: Dz. U. z 2000 r., Nr 98, poz. 1071 z późn. zm.

¹²³ Zgodnie z art. 6 ust. 3 ustawy o Policji, Komendantowi Stołecznemu podlega teren m.st. Warszawy, a także powiatów: grodzkiego, legionowskiego, mińskiego, nowodworskiego, otwockiego, piaseczyńskiego, pruszkowskiego, warszawskiego zachodniego i wołomińskiego.

¹²⁴ Dz. U. z 2002, Nr 5, Poz. 46.

wypadku funkcjonariusz Policji, w żaden sposób nie wpływa – przynajmniej na gruncie przepisów prawa – na inny tryb tych postępowań.

5. Liczba postępowań karnych prowadzonych wobec policjantów w latach 2001-2004 w związku z domniemanym naruszeniem art. 3 EKPC.

Z uwagi na konieczność oceny skuteczności postępowań karnych największa uwaga musi zostać poświęcona tym, które zostały już zakończone. Poniższa tabela przedstawia liczbę zakończonych w badanym okresie postępowań karnych toczących się przeciwko policjantom w oparciu o zarzut naruszenia zakazu art. 3 EKPC¹²⁵.

Tabela 1. Liczba zakończonych w badanym okresie postępowań karnych toczących się przeciwko policjantom w oparciu o zarzut naruszenia zakazu art. 3 EKPC.

Rok	Liczba zakończonych postępowań karnych	Liczba policjantów objętych postępowaniem karnym	Ogólna liczba zakończonych postępowań karnych przeciwko policjantom	Liczba policjantów objętych wszystkimi postępowaniami karnymi
2001	45	66	300	349
2002	36	49	296	341
2003	52	69	380	439
2004	40	42	280	b.d.

Jak widać liczba postępowań karnych prowadzonych w oparciu o zarzut naruszenia art. 3 EKPC, stanowiła w okresie sprawozdawczym pomiędzy 12 a 15 % wszystkich prowadzonych postępowań karnych przeciwko funkcjonariuszom Policji. Można zatem stwierdzić, iż jest to tendencja stała, i poziom wskaźnika tej kategorii postępowań karnych, sytuuje ją w czołówce spraw prowadzonych przeciwko funkcjonariuszom Policji. Należy jednak podkreślić, że tendencja ta wcale nie musi wynikać z brutalności policji i rzeczywistej liczby popełnianych przestępstw tego typu. Jak wskazują bowiem doświadczenia m.in. HFPC, skargi na – ogólnie rzecz ujmując – naruszenie art. 3 EKPC choć liczne, nie zawsze są zasadne. Niekiedy zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa w postaci pobicia przez funkcjonariuszy Policji (zwłaszcza przy wymuszaniu zeznań) stanowi linię

¹²⁵ W badanych dokumentach określony w zbiorczej kategorii „pobicia obywateli oraz naruszenie innych dóbr osobistych”.

obrony i środek do obalenia złożonych wyjaśnień. Z drugiej strony nie można zapominać, że trudności dowodowe w sprawach dotyczących naruszenia jakichkolwiek dóbr osobistych przez funkcjonariuszy Policji, powodują, iż omawiane sprawy, są jednymi z najbardziej kontrowersyjnych w praktyce¹²⁶.

Warto zauważyć, że w oparciu o dane uzyskane z KGP trudno wysnuć jakiś ogólny wniosek dotyczący stosunku wszczętych postępowań karnych przeciwko policjantom do liczby przypadków stwierdzonych naruszeń. Pewną wskazówkę daje analiza danych z roku 2001.

Tabela 2. Liczba wydarzeń nadzwyczajnych mogących stanowić naruszenie art. 3 EKPC w roku 2001 wraz z liczbą wszczętych w tych sprawach postępowań karnych¹²⁷.

Pobicie obywateli oraz naruszenie innych dóbr osobistych	Liczba wydarzeń pozostających w związku z wykonywaniem czynności służbowych	Liczba policjantów biorących udział w wydarzeniach	Wszczęte sprawy karne	Liczba policjantów objętych postępowaniem karnym
Przy wymuszaniu zeznań	12	26	7	11
W trakcie interwencji	52	87	38	61

Dane zawarte w tabeli nr 2 stanowią, że nie we wszystkich sytuacjach, w których stwierdzony został wypadek nadzwyczajny, wszczęte zostały postępowania karne. Trudno oceniać taką postawę organów ścigania jedynie w oparciu o dane statystyczne. Wydaje się jednak, iż skoro zostało stwierdzone zdarzenie o niecodziennym przecież charakterze (co potwierdza statystyka policyjna), to prokuratura winna wszcząć co najmniej postępowanie w sprawie i – ewentualnie, przy braku dowodów przestępstwa – następnie je umorzyć. Z analizowanych materiałów wynika natomiast, że w pięciu sprawach nie toczyło się żadne postępowanie prokuratorskie. Tego typu działanie mogłoby niewątpliwie narazić Polskę na odpowiedzialność przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka z uwagi na brak nie tylko rzetelnego, ale jakiegokolwiek śledztwa.

¹²⁶ Wiele ze skarg, które otrzymuje HFPC, dotyczących brutalności Policji, już po wstępnej analizie (wymianie pierwszej korespondencji ze skarżącym), kończy się niepodjęciem sprawy, z uwagi na to, że klient nie jest w stanie w sposób jasny sprecyzować okoliczności, w jakich miało dojść do pobicia, co należy traktować jako swoistą próbę manipulacji. Z drugiej jednak strony wielokrotnie, mimo iż klient dysponuje nawet zaświadczeniem medycznym, w którym lekarz stwierdza, że doznane obrażenia mogły powstać zgodnie z twierdzeniem skarżącego, w trakcie interwencji Policji, organy ścigania nie znajdują podstaw nawet do wszczęcia śledztwa.

¹²⁷ Zestawienie wydarzeń nadzwyczajnych za okres od 01.01.2001 r. do 31.12.2001 r.

6. „Granice tolerancji”. Wymiar kary

O ile analiza zasadności decyzji merytorycznych w oparciu o dane statystyczne jest praktycznie niemożliwa, o tyle ocena sposobu ukarania sprawcy, kiedy jego wina zostanie już stwierdzona, może rzucić światło na to, w jaki sposób sędziowie traktują naruszenie tak fundamentalnej wolności człowieka, jaką jest wolność od tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania.

Tabela 3. Wynik postępowania karnego w sprawach dotyczących „pobicia obywateli oraz naruszenia innych dóbr prawnych” w latach 2001-2004¹²⁸.

Rok	Policjanci objęci postępowaniem karnym						
	Uniewinnieni	Postępowanie umorzone	Warunkowe umorzenie	Grzywna samoistna	Ograniczenie wolności	Kara pozbawienia wolności	
						Z warunkowym zawieszeniem	Bez zawieszenia
2001	19	20	22	–	–	5	–
2002	9	17	12	–	–	11	–
2003	17	10	27	1	–	13	1
2004	20	6	7	–	–	8	1

Dominującą karą wymierzaną za przestępstwa wymienione w tej tabeli jest kara pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania. Zarówno grzywna, jak i kara pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia występują jedynie incydentalnie.

Co znamienne, dość często sądy orzekają warunkowe umorzenie postępowania. Warto zaznaczyć, iż jest to środek związany z poddaniem sprawcy próbie. Jego wymierzenie powoduje jedynie stosowną adnotację w Karcie Karnej danej osoby. Jest to zatem wyrok stwierdzający winę, który nie powoduje jednak uznania tej

¹²⁸ Tabela opracowana w oparciu o: zakończone sprawy karne za okres od 01.01.2001 r. do 31.12.2001 r.; zakończone sprawy karne za okres od 01.01.2002 r. do 31.12.2002 r.; zakończone sprawy karne za okres od 01.01.2003 r. do 31.12.2003 r.; zestawienie spraw karnych przeciwko policjantom, o czyny wyczerpujące jednocześnie znamiona przewinień dyscyplinarnych za okres od 1.01.2004 r. do 31.12.2004 r.

osoby za skazaną. Ma to swoje doniosłe konsekwencje praktyczne, albowiem osoba, wobec której postępowanie zostało warunkowo umorzone, nie jest uznawana za karaną.

Niewątpliwie trzeba zaznaczyć, iż przedstawiona tabela obrazuje jedynie postępowania toczące się przeciwko policjantom, a więc przeciwko osobom. Nie zawiera natomiast informacji na temat postępowań toczących się w sprawie, a więc bez konkretnych podejrzanych. Stąd faktyczna liczba postępowań w sprawach dotyczących naruszenia art. 3 EKPC umorzonych przez prokuratury jest prawdopodobnie znacznie większa.

Wskazane w Tabeli 3 przestępstwa funkcjonariuszy pociągały za sobą również ich odpowiedzialność dyscyplinarną. Najdotkliwszą karą dyscyplinarną, jaką mogli ponieść było wydalenie ze służby.

Tabela 4. Rozwiązanie stosunku służby w związku z toczącym się postępowaniem karnym.

Rok	Rozwiązanie stosunku służby		Policjanci objęci postępowaniem karnym				
	Kara wydalenia ze służby	Zwolnienie w innym trybie	Warunkowe umorzenie	Grzywna samoistna	Ograniczenie wolności	Kara pozbawienia wolności	
						Z warunkowym zawieszeniem	Bez zawieszenia
2001	–	5	22	–	–	5	–
2002	6	6	12	–	–	11	–
2003	1	13	27	1	–	13	1
2004	2	22	7	–	–	8	1

Jak widać kara wydalenia ze służby wcale nie jest regułą, nawet przy orzeczeniu kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania. Wskazane w drugiej kolumnie *zwolnienie w innym trybie* nie stanowi innego rodzaju środka dyscyplinarnego. W art. 41 ustawy o Policji wskazane zostały szczegółowe przyczyny obligatoryjne i fakultatywne zwolnienia policjanta ze służby, które obejmują wszystkie prawnie dozwolone możliwości rozwiązania tego stosunku¹²⁹.

¹²⁹ Należy pamiętać, że do służby policjantów nie mają zastosowania przepisy Kodeksu Pracy – każda forma rozwiązania stosunku służby ma postać zwolnienia.

7. Wnioski.

Dane otrzymane z Komendy Głównej Policji nie pozwalają na jednoznaczną klasyfikację przestępstw funkcjonariuszy w oparciu o przyjęte założenia badawcze. Wprawdzie w danych przedstawionych na stronie internetowej KGP¹³⁰ można znaleźć informacje dotyczące liczby wykrytych przestępstw z art. 231, art. 246 i art. 247 KK, to jednak – w oparciu o uzyskane statystyki – nie można w zasadzie wskazać wyników postępowań karnych w tych sprawach. Statystyki przekazane przez Zespół Prasowy Komendy Głównej Policji nie posługują się bowiem klasyfikacją postępowań karnych zgodną z typizacją przestępstw zamieszczoną w Kodeksie Karnym. Używany w nich konsekwentnie termin „pobicia obywateli oraz naruszenie innych dóbr osobistych” zawierać w sobie może zarówno przestępstwo z art. 231, 246, 247, jak też – bardziej pospolite – z art. 158 KK.

W oparciu o dokonaną analizę, można jednak postawić kilka ogólnych tez dotyczących postępowań karnych i dyscyplinarnych prowadzonych wobec funkcjonariuszy Policji w związku z zarzutem naruszenia zakazu tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania.

Po pierwsze, wewnątrzpolicyjny system rozpatrywania skarg – zgodnie z powołanymi wyżej przepisami, regulującymi tą kwestię wobec organów administracji publicznej – opiera się w zasadzie na załatwianiu tych skarg w ramach jednostek niższego rzędu. Często organami, które rozpatrują skargi są bezpośredni przełożeni funkcjonariuszy, których dotyczą zarzuty. Niewątpliwą zaletą takiego rozwiązania powinna być niemal natychmiastowość rozpoznania i załatwienia skargi. Z drugiej jednak strony, w odczuciu społecznym, skargi te są rozpatrywane w sposób nieobiektywny, skoro rozstrzygający w nich komendanci, znają domniemanych sprawców naruszenia. Nie jest to rzecz jasna dowodem braku obiektywizmu tych postępowań. Jednakże szczególnie słaba pozycja ofiar naruszenia art. 3 EKPC nakazuje, aby postępowania zmierzające do ukarania winnych, były prowadzone niezwykle skrupulatnie i w sposób zapewniający całkowitą bezstronność.

Po drugie, każdorazowy brak śledztwa w sytuacji, gdy ofiara ma dający się uzasadnić zarzut, iż była poddana torturom, traktowana albo karana w sposób niehumanitarny, czy poniżający, naraża Państwo-Stronę EKPC na odpowiedzialność przed Trybunałem w Strasburgu. Linia orzecznicza Trybunału jest w tej mierze ustalona od lat¹³¹. Niedopuszczalne są w świetle wyroków Trybunału sytuacje, w których wprawdzie stwierdzony zostaje przypadek, który może stanowić naruszenie art. 3 EKPC, ale organ ścigania nie podejmuje próby jego wyjaśnienia.

¹³⁰ www.kgp.gov.pl

¹³¹ Szerzej patrz pkt 1 niniejszej części.

Po trzecie, zastrzeżenia – z punktu widzenia praw ofiary i prewencji, zarówno generalnej, jak i indywidualnej – budzi stosowanie w tych sprawach instytucji warunkowego umorzenia postępowania. Wprawdzie bez analizy stanów faktycznych konkretnych spraw, trudno stwierdzić, jakie okoliczności łagodzące miały wpływ na takie właśnie decyzje sądów. Jednakże nie można zapominać, że wspomniana instytucja ma na celu poddanie sprawcy próbie i jest w zasadzie – poza samym wyrokiem stwierdzającym winę i okresem próby – nieinwazyjna dla niego. Z drugiej strony wolność od tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania stanowi jeden z fundamentów demokratycznego państwa prawnego i jest powszechnie akceptowanym standardem, którego naruszenie w większości krajów zachodnich, jest ścigane z całą surowością. Stąd wymiar kary w tego typu sprawach nie tylko wpływa na indywidualne poczucie sprawiedliwości konkretnej ofiary, ale przede wszystkim kształtuje świadomość prawną potencjalnych sprawców, jak też całego społeczeństwa. Nie musi dojść do pobicia obywatela, aby uznać, iż funkcjonariusz publiczny postąpił w sposób naganny i powinien w związku z tym ponieść surową karę. Każde bowiem, nawet najdrobniejsze, niezgodne z prawem wkroczenie przez funkcjonariusza w sferę dóbr osobistych człowieka, połączone z wykorzystaniem funkcji, czy stanowiska (co jest niemal regułą), jest wystarczającym powodem dla wymierzenia kary, a nie poddawania go próbie. To właśnie te mniej spektakularne przewinienia, nie dające się udowodnić np. poprzez obdukcje, mają największy wpływ na poczucie bezpieczeństwa osobistego w życiu codziennym. Poblężliwość sądów wobec funkcjonariuszy publicznych w tej materii może jedynie pogorszyć tę sytuację.

I wreszcie po czwarte, należy zwrócić uwagę na fakt, iż żadne z przestępstw wymienionych w Kodeksie Karnym nie wyczerpuje wszystkich znamion pojęcia „tortur”, określonego w Konwencji ONZ o zakazie stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania. Co więcej, cały dorobek orzecznictwa ETPC, precyzujący zakaz określony w art. 3 EKPC, wciąż nie znajduje zadowalającego oddźwięku w praktyce polskich organów ścigania i organów sądowych. Wnioski i uwagi przedstawione powyżej prawdopodobnie miałyby charakter jedynie malkontencki, gdyby praktyka w Polsce nadążała za orzecznictwem ETPC.

Andrzej Krempleski
Krzysztof Wilamowski

Analiza stu skarg na naruszenie art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, które wpłynęły do Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka od 01.01.2001 roku

W badaniu uwzględniono 100 skarg, dotyczących naruszenia art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, które jako ostatecznie wpłynęły do Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, po 1.01.2001 roku.

Poniższe tabele przedstawiają skargi według płci i sytuacji prawnej autora, a także charakteru i sprawcy domniemanego naruszenia.

Tabela 1. Liczba skarg według płci skarżącego.

	Liczba skarg
Mężczyźni	76
Kobiety	24

Tabela 2. Liczba skarg według sytuacji prawnej skarżącego.

		Liczba skarg	Łącznie
Osoby przebywające w instytucjach izolacyjnych	Skazani	10	56
	Tymczasowo aresztowani	36	
	Wychowankowie domów Poprawczych	–	
	Pacjenci szpitali psychiatrycznych	10	
Osoby przebywające na wolności		44	44

Zastanawiający jest brak skarg od wychowanków domów poprawczych, schronisk dla nieletnich i innych placówek dla nieletnich. Trudno przypuszczać, aby w tych placówkach nie dochodziło do konfliktowych sytuacji, jak też, aby panujące warunki zawsze satysfakcjonowały osoby tam przebywające. Nie ma jednak podstaw, aby postawić tezę, iż skargi te są „blokowane” przez administrację jednostek. Konieczne jest przeprowadzenie strukturalnego monitoringu tych instytucji, aby zbadać przyczyny takiego stanu rzeczy.

Tabela 3. Zarzuty według charakteru i sprawcy domniemanego naruszenia¹³².

Sprawcy naruszeń	Pobicia	Poniżające Traktowanie	Niewłaściwe leczenie lub jego brak	Inne	Łącznie
Funkcjonariusze Służby Więziennej	5	–	–	–	5
Administracja jednostki Penitencjarnej	–	–	–	1	1
Służby medyczne jednostki Penitencjarnej	–	–	5	–	5
Funkcjonariusze Policji	41	18	3	5	67
Administracja szpitala Psychiatrycznego	–	5	–	7	12
Współosadzeni	–	–	–	–	–
Służby medyczne w Warunkach wolnościowych	–	–	13	–	13
Łącznie	46	23	21	13	103

Dodatkowo, w przypadku sześciu skarg, wstępna analiza wykazała, że tematyka faktycznie w nich zawarta nie pozwala na uznanie, że dotyczą naruszenia art. 3 (choć z początkowego fragmentu listu wynikało, iż o takie naruszenie chodzi).

Wśród skarg na pobicie przez policjantów 3 zarzuty dotyczyły pobicia przez eskortujących policjantów, 5 pobicia w trakcie zatrzymania lub legitymowania,

¹³² Niektóre ze skarg zawierały zarzuty wobec kilku z wymienionych w tabeli grup, stąd liczba wszystkich zarzutów nie jest równa liczbie badanych skarg.

18 pobicia na komisariacie (po zatrzymaniu, na przykład w trakcie przesłuchania). Dodatkowo 6 zarzutów dotyczyły pobicia najpierw w trakcie zatrzymania, a potem w jednostce Policji. W pozostałych skargach skarżący nie sprecyzowali okoliczności pobicia.

Za poniżające traktowanie uznawaliśmy przypadki odnoszenia się do klienta w sposób obraźliwy, dyskryminowania go, np. ze względów etnicznych lub innego zachowania naruszającego godność osobową klienta.

Skarga dotycząca administracji jednostki penitencjarnej, opierała się na zarzucie umieszczenia w celi z palącymi niepalącego tymczasowo aresztowanego. Dodatkowo osadzeni, z którymi został umieszczony klient (żołnierz zawodowy), należeli do tzw. subkultury więziennej.

Zarzuty dotyczące służby zdrowia w warunkach wolnościowych brane były pod uwagę jedynie jeżeli – zdaniem autorów – skutki i charakter zaniedbań lekarzy powodował u domniemanych ofiar uczucie poniżenia i alienacji. W przypadku jednej ze skarg taki charakter miały działania lekarza-dentysty, który oszpecił swoją klientkę, dodatkowo powodując powikłania, w wyniku niewłaściwego wykonania zabiegu wszczęcia implantów. Co więcej, lekarz odmówił następnie pacjentce jakiegokolwiek dalszej pomocy.

1. Reakcja władz na skargę.

a) liczba wszczętych postępowań (karne, dyscyplinarne, inne) i ich wynik.

Faktyczna skuteczność złożenia skargi, jak też możliwość jej weryfikacji zależy w praktyce od procedury jej analizowania. Możliwe jest zatem wniesienie zawiadomienia o przestępstwie do prokuratury w przypadku cięższych naruszeń. W przypadku nadużyć popełnionych przez funkcjonariuszy publicznych, jak na przykład policjantów, czy funkcjonariuszy Służby Więziennej, skargę można złożyć do władz nadrzędnych wnioskując o wszczęcie postępowania wyjaśniającego, a w efekcie dyscyplinarnego. Wreszcie – najczęściej w przypadku stwierdzenia naruszeń poprzez jedną ze wskazanych dróg – można dochodzić odszkodowania (zadośćuczynienia) na drodze cywilnej. Poniżej przedstawione zostaną losy skarg ze względu na wszczęcie bądź odmowę wszczęcia postępowania, a także jego wynik.

Szpitala Psychiatryczne.

Wśród skarg dotyczących funkcjonowania szpitali psychiatrycznych zaledwie jeden zarzut dotyczył w istocie poniżającego traktowania pacjentów przez pielęgniarzy. W tej sprawie nie wszczęto jednak żadnego postępowania. Po skardze jednego z pacjentów na niehumanitarne traktowanie (m.in. straszenie burzą pacjenta, który panicznie bał się wyładowań atmosferycznych), Helsińska Fundacja

Praw Człowieka zwróciła się do Dyrektora tej jednostki z prośbą o opinię o pacjencie i o ustosunkowanie się do zarzutów. Z opinii lekarskiej załączonej do odpowiedzi Dyrektora wynikało, że pacjent cierpi na schizofrenię. Dodatkowo w opinii stwierdzono:

„pacjent okresowo wielomówny, we zmożonym napędzie, pretensjonalny co do leczenia, okresowo niepodporządkowany, nastawiony wielkościowo. Ponadto pacjent pisał liczne skargi do Dyrekcji Szpitala dotyczące leczenia i innych świadczeń wykonywanych przez personel Szpitala (...) Po uzyskaniu poprawy przeniesiony do Sali dowolnej. Uczestniczył w terapii zajęciowej, był podporządkowany, spokojny, w napędzie i nastroju wyrównanym, jednak w dalszym ciągu w nastawieniu pieniactwym, wolny czas spędzał pisząc skargi. Informował personel (...), że po wyjściu ze Szpitala podejmie stosowne działania w tym względzie.”

Z uwagi na praktyczną niemożliwość zweryfikowania zarzutów skarżącego, HFPC oczekiwała na jego ewentualny odzew po opuszczeniu przez niego szpitala (o tym fakcie poinformował nas Dyrektor). Jednakże mimo powiadomienia o wynikach odpowiedzi Dyrektora, klient nie nawiązał ponownie kontaktu.

Brak bądź niewłaściwe leczenie w warunkach wolnościowych.

Jedynie co do sześciu spraw wiadomo, że zostały rozstrzygnięte w postępowaniu przed właściwymi organami (list klienta zawierał stosowne informacje). W pozostałych sprawach niestety brakuje takich informacji. W 6 wskazanych przypadkach prowadzone były postępowania: w dwóch sprawach skarżący wnieśli pozwy cywilne o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, a w pozostałych czterech toczyły się postępowania karne. Jedno z nich zostało umorzono z uwagi na nie popełnienie przestępstwa, a drugie z uwagi na zarzut przedawnienia. W pozostałych dwóch – na dzień ostatniej informacji od klienta – postępowania były w toku. Dodatkowo w jednej ze spraw objętych postępowaniem przygotowawczym Prokuratury, wobec lekarza wszczęte zostało postępowanie wyjaśniające prowadzone przez Urząd Nadzoru nad Ubezpieczeniami Zdrowotnymi.

W pozostałych przypadkach skargi nie zawierały informacji o toczących się postępowaniach.

Skargi dotyczące funkcjonowania jednostek penitencjarnych (aresztów śledczych i zakładów karnych).

W jednej ze skarg dotyczących niewłaściwego leczenia (a właściwie jego braku) w areszcie śledczym, z informacji skarżącego wynikało, że złożył on pozew cywilny przeciwko jednostce. W trzech sprawach, w których zarzuty dotyczyły pobicia przez funkcjonariuszy Służby Więziennej skarżący złożyli

zawiadomienia o popełnieniu przestępstw. W dwóch z nich prokuratura odmówiła wszczęcia postępowania. W trzeciej (dotyczącej kilkukrotnego pobicia tymczasowo aresztowanego przez funkcjonariuszy i umieszczenia go w celi zabezpieczającej na okres 10 dni) prokuratura wprawdzie umorzyła postępowanie, ale na skutek zażalenia prokuratura nadrzędna zwróciła sprawę do ponownego rozpatrzenia. Sytuacja ta powtarzała się kilkukrotnie. W końcu na skutek kolejnego zażalenia sprawa została przekazana do prowadzenia prokuraturze w sąsiednim mieście. Jednakże nie spowodowało to przyspieszenia procedur, jak też zmiany oceny zebranych w sprawie dowodów – postępowanie zostało ponownie umorzone. W efekcie zażalenia sprawa trafiła do sądu (tym razem prokuratura nadrzędna nie przychyliła się do zażalenia). Sąd w końcu utrzymał w mocy postanowienie Prokuratury.

W dwóch z trzech wspomnianych spraw dotyczących pobić, prowadzone były także postępowania wyjaśniające, w sprawie zasadności użycia środków przymusu bezpośredniego przez funkcjonariuszy (celi zabezpieczającej i pałek służbowych). W obydwu przypadkach użycie wskazanych środków zostało uznane za uzasadnione przez właściwe okręgowe inspektoraty służby więziennej.

Skargi na działania Policji.

Wśród 67 skarg dotyczących działań Policji aż 41 dotyczyło pobić, a 18 poniżającego traktowania¹³³. W przypadku dwóch skarg chodziło o niedopełnienie obowiązków przez funkcjonariuszy, którego nie można zakwalifikować jako naruszenie art. 3 Konwencji. W tych dwóch sprawach nie prowadzono żadnego typu postępowania.

Z informacji posiadanych przez HFPC wynika, że w 2 sprawach dotyczących poniżającego traktowania nie wszczęto żadnych procedur. W dwóch kolejnych – na wniosek skarżących – w wyniku postępowań wyjaśniających prowadzonych w ramach struktur Policji, uznano działania policjantów za zgodne z prawem. W obydwu przypadkach chodziło o użycie środków przymusu w postaci groźenia przez policjanta bronią palną. W żadnej z tych sytuacji nie doszło do faktycznego użycia broni.

W jednej ze spraw Prokuratura prowadziła postępowanie przygotowawcze przeciwko policjantom.

HFPC nie posiada informacji co do ewentualnego wszczęcia postępowań w trzech kolejnych sprawach.

¹³³ Jeżeli skarga na pobicie dotyczyła także poniżającego traktowania, tu kwalifikowana była jako dotycząca pobicia.

Poniższa tabela przedstawia losy postępowań karnych w sprawach dotyczących skarg na pobicie przez funkcjonariuszy Policji. Niestety nie o wszystkich postępowaniach posiadamy informacje.

Tabela 4. Los postępowania karnego.

Prawomocnie umorzone	Postępowanie w toku	Brak danych o losach postępowania
19	12	36

Powodem umorzenia większości postępowań karnych było nie popełnienie przestępstwa lub brak danych dostatecznie uzasadniających jego popełnienie.

W przypadku trzech postępowań, na skutek zażaleń wniesionych przez pokrzywdzonych (nieuwzględnionych przez prokuratury nadrzędne) postanowienia o umorzeniu śledztw były uchylane przez sądy. Jednak w wyniku powtórnego rozpatrzenia sprawy przez prokuratora postępowania zostały ponownie umorzone. Mimo wniesienia zażaleń sądy podzieliły stanowisko prokuratur, utrzymując tym razem postanowienia w mocy.

Dodatkowo w przypadku dwóch skarg, w wyniku wniesienia których wszczęte zostały postępowania karne, prowadzone były także postępowania wyjaśniające. W ich wyniku zarzuty przedstawione w skargach nie potwierdziły się.

Wśród postępowań będących w toku były zarówno i takie, w których nie wydano jeszcze żadnej decyzji co do meritum sprawy, jak również i takie, w których sprawy były ponownie badane przez prokuraturę na skutek uchylecia przez sąd postanowienia o umorzeniu śledztwa.

Jedynie w jednym przypadku powodem umorzenia było „niewykrycie sprawców przestępstwa”. Sytuacja dotyczyła interwencji funkcjonariuszy z Biura Operacji Antyterrorystycznych Komendy Głównej Policji i pobicia zatrzymywanego. Wszyscy funkcjonariusze mieli na sobie kominiarki, zatem ofiara nie mogła ich zidentyfikować. Przesłuchani w tej sprawie funkcjonariusze zeznali, iż fakt pobicia (kopania leżącego zatrzymywanego) miał faktycznie miejsce, jednakże nie są w stanie stwierdzić, kto konkretnie tego dokonał, albowiem... wszyscy mieli na sobie kominiarki. W związku z tym Prokuratura umorzyła postępowanie z uwagi właśnie na „niewykrycie sprawców przestępstwa”. W związku z powyższym HFPC sugerowała klientowi złożenie skargi do Komendy Głównej Policji, jak również zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa przeciwko funkcjonariuszowi kierującemu akcją. Niestety klient nie odezwał się po odpowiedzi Fundacji.

Jedynie w jednej sprawie postępowanie wkroczyło w fazę postępowania sądowego – przeciwko 8 policjantom wniesiono akt oskarżenia (sprawa dotyczyła bestialskiego pobicia najpierw w trakcie zatrzymania, a następnie na komendzie Policji).

Równorzędnie z postępowaniem karnym w dwóch przypadkach toczyło się także wewnętrzne postępowanie wyjaśniające w ramach struktur Policji.

b) postępowania wszczęte przeciwko autorowi skargi.

Bardzo niepokojące zjawisko pojawia się w przypadku pobic przez policjantów. Zdarzały się bowiem sytuacje (wśród badanych spraw były 3 takie przypadki), w których gdy domniemany pokrzywdzony złoży doniesienie o popełnieniu przestępstwa przez funkcjonariuszy Policji lub też skargę podobnej treści wniesie do ich przełożonego, wręcz natychmiast staje się podejrzanym w sprawie o czynną napaść na funkcjonariuszy, na skutek złożenia zawiadomienia o przestępstwie przez tych funkcjonariuszy, których działania on zakwestionował. Nie byłoby w tym nic dziwnego, gdyby nie fakt, iż zawiadomienia o napaści na funkcjonariuszy wpływają później aniżeli zawiadomienia o pobiciu przez funkcjonariuszy. W jednej ze skarg czas pomiędzy złożeniem zawiadomienia przez skarżącego a złożeniem zawiadomienia przez funkcjonariuszy wyniósł ponad miesiąc.

Zwłaszcza w kontekście ostatniej okoliczności, powstaje przypuszczenie, że takie działania policjantów mają na celu zdyskredytowanie strony przeciwnej w oczach przede wszystkim sądu, ale także organów ścigania. Tezę taką dodatkowo uzasadnia fakt, że w wyniku postępowań karnych wytoczonych przeciwko klientom (a więc ofiarom domniemanej przemocy funkcjonariuszy) zapadają wyroki skazujące albo stwierdzające winę (warunkowe umorzenie postępowania), podczas gdy postępowania przeciwko policjantom są umarzane. Wśród badanych spraw sytuacja taka zdarzyła się dwukrotnie.

Brakuje natomiast informacji, aby w przypadku którejkolwiek ze skarg na funkcjonariuszy Policji, prowadzone było postępowanie cywilne (np. o odszkodowanie). Nie można jednak jednoznacznie stwierdzić, że takie postępowanie nie było prowadzone, albowiem nie ma pełnych danych dotyczących wyjaśnienia okoliczności konkretnej sytuacji.

c) wnioski.

Jak wynika z badań, dominują skargi dotyczące przekroczenia uprawnień przez funkcjonariuszy Policji, a zwłaszcza skargi na pobicia przez policjantów. Wśród tych ostatnich dominują skargi na pobicia w trakcie pobytu w jednostce Policji i skargi, w których zamieszczona jest jedynie ogólna informacja o fakcie pobicia. Część skarg zresztą nie poddaje się w zasadzie weryfikacji, skoro jedyne informacje czerpane są z listu klienta, a ewentualna prośba HFPC o nadesłanie na przykład wyników obdukcji lekarskiej pozostaje bez odzewu (będzie o tym mowa w pkt 2).

Dziwić musi łatwość z jaką prokuratura umarza postępowania w sprawach o przekroczenie uprawnień przez funkcjonariusza, zwłaszcza policji. Wśród 41 spraw dotyczących pobic, zaledwie w jednej wniesiono akt oskarżenia, a aż

19 zostało prawomocnie umorzonych. W trzech przypadkach powtórne przeprowadzenie śledztwa nakazał dopiero sąd. Nie można stwierdzić, że w każdej ze spraw doszło rzeczywiście do naruszeń. Trudno jednak z drugiej strony uznać, iż prawie wszyscy domniemani pokrzywdzeni konfabulowali.

Wypadki, w których HFPC nie ma informacji na temat tego, czy postępowanie zostało wszczęte czy nie, bądź też jak zostało zakończone są proste do wytłumaczenia. Jak wynika z praktyki, klienci dosyć często nie informują HFPC o tym, czy skorzystali z udzielonych porad (choć z badań wynika, że prawnicy HFPC prosili o informację na przykład w przypadku złożenia zawiadomienia o przestępstwie). Innymi słowy, po uzyskaniu konkretnej odpowiedzi (porady) klient najczęściej „zapomina” o Fundacji (niekiedy do czasu, aż znów będzie potrzebował pomocy). Szczegółowa analiza tego zagadnienia zostanie omówiona w pkt 2.

Zastanawiający jest brak skarg od wychowanków domów poprawczych, schronisk dla nieletnich itp. Trudno przypuszczać, aby w tych placówkach nie dochodziło do konfliktowych sytuacji, jak też, aby warunki tam panujące satysfakcjonowały osoby tam przebywające. Nie ma jednak podstaw, aby postawić tezę, iż skargi te są „blokowane” przez administrację jednostek. Konieczne jest przeprowadzenie monitoringu tych instytucji, aby zbadać przyczyny takiego stanu rzeczy.

Uznać trzeba, że systemy badania skarg dotyczących przekroczenia uprawnień przez funkcjonariuszy Policji i Służby Więziennej są dalekie od ideału. Obydwa opierają się o wewnętrzne struktury tych formacji, co znacznie obniża ocenę obiektywizmu takich postępowań. W kilku badanych sprawach wynik postępowania dyscyplinarnego był uzależniony od wyniku postępowania prokuratorskiego (w jednym przypadku *expressis verbis* wskazał na ten fakt Zastępca Komendanta Stołecznego Policji). Jeśli dodać do tego wspomnianą tendencję w prokuraturze, to ocena systemu zaskarżania nadużyć funkcjonariuszy omawianych formacji, będzie bardzo negatywna.

Ocena skuteczności procedur cywilnych (a więc dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia) musi być dokonywana w świetle ogólnej sytuacji sądownictwa w sprawach cywilnych, a więc zwłaszcza w kontekście przewlekłości tego rodzaju postępowań. Powszechnie obserwowana w ostatnich latach zapaść tej gałęzi sądownictwa, widoczna szczególnie w dużych ośrodkach miejskich, takich jak Warszawa, powoduje, że na dochodzenie odszkodowania na drodze cywilnej decydują się tylko nieliczni. Jeśli dodać do tego konieczność ponoszenia kosztów sądowych i surowe kryteria przyznawania pomocy prawnej z urzędu, to postępowania cywilne – jako środek poszukiwania satysfakcji prawnej – w niewielkim zakresie stanowi zadośćuczynienie wymogom art. 13 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.

2. Działania HFPC.

a) działania wnioskowane przez klienta.

W większości skarg klienci zwracali się „z prośbą o pomoc” lub „z prośbą o interwencję [albo zajęcie się sprawą]”. W kilkunastu przypadkach prosili jedynie o informacje jakie prawa im przysługują, i jakie procedury mogą wszcząć.

Działania podejmowane przez HFPC musiały odpowiadać – co do zasady – żądaniom klientów. Poniższa tabela przedstawia kategorie czynności podejmowanych przez HFPC.

Tabela 5. Działania podjęte przez HFPC¹³⁴.

Udzielenie informacji	64
Przesłanie wzoru pisma lub skargi	17
Wystąpienie do organu władzy publicznej	12
Wymiana korespondencji (analiza dokumentów)	21
Monitoring postępowania sądowego	8
Niepodjęcie sprawy po wstępnej analizie	12

Informacje udzielane klientom można w zasadzie podzielić na dwie kategorie. W pierwszej mieszczą się te, dotyczące wszczynania określonych procedur (karnych, cywilnych, wewnętrznych wyjaśniających, a także trybu składania skargi do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka). Na przykład w przypadku skarg na pobicie przez policjanta, jeżeli klient życzył sobie jedynie informacji co powinien zrobić, prawnik informował go o możliwości zawiadomienia prokuratury o popełnionym przestępstwie, jak też wniesienia skargi do właściwego organu Policji (najczęściej właściwego miejscowo komendanta). Łącznie z przesłaniem takich wskazówek, prosił klienta o poinformowanie, czy zdecydował się na złożenie skargi, a jeśli tak, to jak przebiega postępowanie. Takie działania podejmowane były generalnie z dwóch powodów. Po pierwsze Helsińska Fundacja Praw Człowieka nie ma kompetencji monitorowania postępowań prokuratury (nie ma prawa wglądu do akt, składania jakichkolwiek wniosków dowodowych itp.; nie może też występować w takich postępowaniach na prawach strony). Nie może więc sama badać przebiegu postępowania. Dopiero na etapie postępowania sądowego posiada pewne uprawnienia, które pozwalają na monitoring procesu,

¹³⁴ W części spraw kilka działań podejmowanych było jednocześnie.

a nawet czynny w nim udział. Po drugie, jedynie na podstawie skargi danego klienta Fundacja może podjąć jakieś działania (na przykład poinformować organ prowadzący postępowanie przygotowawcze, że interesuje ją wynik tegoż – co jako działanie nieformalne, może mieć pewien wpływ na działania prokuratur).

Niestety brak informacji klientów, co do dalszych losów postępowań bardzo utrudnia końcową ocenę skuteczności wskazanych środków zaskarżenia.

Informacje zakwalifikowane do drugiej kategorii dotyczyły w szczególności zakresu kompetencji Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, jak też wskazywania adresów instytucji zajmujących się ochroną praw człowieka. Klienci wielokrotnie prosili HFPC o szeroko rozumianą reprezentację w postępowaniach przed organami władzy (najczęściej chodziło o wyznaczenie adwokata)¹³⁵. Zdarzały się także przypadki, w których skarżący traktowali HFPC jako instancję odwoławczą od postanowień sądu lub prokuratury, albo też instytucję pośredniczącą w składaniu skarg do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. We wszystkich tych przypadkach należało więc wyjaśnić skarżącym charakter interwencji, jaką może podjąć HFPC i ewentualnie wskazać adres organu, który może podjąć działania požądane przez skarżących. Wśród instytucji, których adresy najczęściej były podawane klientom są Rzecznik Praw Obywatelskich i Komitet Rady Europy ds. Zapobiegania Torturom (CPT).

Wśród wzorów skarg przesyłanych klientom dominuje wzór skargi do ETPC. W jednym przypadku osobie tymczasowo aresztowanej prawnik przesłał wzór wniosku o ustanowienie adwokata z urzędu.

Wymiana korespondencji i analiza dokumentów w założeniu miały prowadzić do podjęcia sprawy przez HFPC. Najczęściej bowiem klienci początkowo przysyłali jedynie list z opisem (mniej lub bardziej dokładnym) faktu domniemanego naruszenia. W odpowiedzi HFPC zwracała się z prośbą o dostarczenie dokumentów. Niestety w wielu przypadkach takie prośby pozostawały bez odzewu. W tej kategorii znalazły się sprawy, które albo nie zostały podjęte z uwagi na brak odpowiedzi klienta, albo wciąż są w toku.

Wśród organów, do których najczęściej prawnicy kierowali wystąpienia znajdują się prokuratury. Pisma te dotyczyły zainteresowania się daną sprawą, jak również zawierały prośbę o poinformowanie o wynikach przeprowadzonego postępowania. Dość często zwracaliśmy się także do komendantów Policji, będących zwierzchnikami funkcjonariuszy, których dotyczyła skarga (z prośbą o ustosunkowanie

¹³⁵ HFPC nie zatrudnia adwokatów ani radców prawnych, którzy mogliby reprezentować klienta w sądzie. W postępowaniu występuje jedynie w roli obserwatora albo przedstawiciela społecznego. W tym ostatnim przypadku występuje na prawach „quasi-strony”. Tym samym może brać czynny udział w procesie (ograniczenia działań wynikają w zasadzie z charakteru w jakim HFPC występuje w procesie, to znaczy jako „obrońca interesu społecznego”, a co za tym idzie – interesu wymiaru sprawiedliwości).

się do zarzutów klienta). W dwóch sprawach dotyczących niewłaściwej opieki medycznej w Aresztach Śledczych HFPC zwróciła się do lekarza właściwego okręgowego inspektoratu służby więziennej, z prośbą o zbadanie zasadności skargi. W skargach pochodzących od osób przebywających w instytucjach izolacyjnych standardową w zasadzie procedurą było zwrócenie się do dyrektora danej placówki. W jednej ze skarg dotyczącej bestialskiego pobicia przez policjantów, HFPC poinformowała o swoim zainteresowaniu sprawą: Prokuratorę, Komendanta Głównego Policji i Komendanta Stołecznego Policji (w tych dwóch ostatnich przypadkach prosząc o wnikliwe rozpatrzenie sprawy). Do wiadomości (a więc poniekąd z prośbą o zainteresowanie się sprawą) pismo to otrzymali także: Przewodnicząca CPT, Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego, Rzecznik Praw Obywatelskich, Minister Sprawiedliwości, a także Prezes Naczelnej Rady Adwokackiej.

Trzeba przyznać, iż wśród badanych spraw nie zdarzył się przypadek, aby któryś z adresatów skargi (zapytania), taki jak prokuratura, dyrektor placówki czy komendant Policji, nie odpowiedział na pismo HFPC. Ma to szczególne znaczenie w przypadku odpowiedzi prokuratur informujących o końcowym wyniku śledztwa. Takie działanie uznać należy w zasadzie za reakcję nieformalną (i „dobrą wolę” organu), skoro prokuratura nie ma przecież obowiązku informowania HFPC o wynikach postępowania. Niestety w dużej mierze odpowiedzi są bardzo ogólne lub wręcz wymijające.

W kategorii monitoring procesu znalazły się sprawy, w których HFPC występuje w charakterze przedstawiciela społecznego, jak też te, na które deleguje swojego obserwatora. Monitoring ma na celu przede wszystkim dążenie do zapewnienia rzetelności prowadzenia postępowania przez sąd. Omawiana kategoria jest traktowana jako dodatkowe działanie HFPC (w zasadzie nie prowadzi się monitoringu procesu bez uprzedniego zapoznania się z dokumentacją).

Ostatnią kategorią są sprawy, które nie zostały podjęte przez HFPC już po wstępnej analizie (z reguły samego listu klienta). Przyczyny niepodjęcia sprawy sprowadzają się ogólnie rzecz biorąc do zbyt lakonicznego przedstawienia problemu, bądź też jaskrawo widocznej roszczeniowej postawy skarżącego.

b) sposób zakończenia sprawy (na dzień 01.01.2004 roku).

Jednoznaczne uznanie danej sprawy za zakończoną (wyjaśnioną) jest bardzo trudne z uwagi na fakt, że część ze spraw wpłynęła do HFPC w 2003 roku (jedna z ostatnich około 20.10.2003). Ponadto brak odpowiedzi od klienta nawet przez okres 3 miesięcy, nie oznacza wcale, że klient nie jest już zainteresowany w uzyskaniu pomocy od Fundacji.

W przypadku 41 skarg uznaliśmy, że skargi bądź zostały wyjaśnione bądź zakończone z uwagi na brak kontaktu z klientem. Sześć postępowań w sprawach wniesionych skarg jest dalej w toku (m.in. w dwóch prowadzony jest monitoring

procesu, w jednej najprawdopodobniej HFPC złoży wniosek o dopuszczenie do udziału w procesie w charakterze przedstawiciela społecznego). Co do pozostałych skarg nie można uznać ich za zakończone. Na dzień 01.01.2004 we wszystkich tych skargach HFPC udzieliła klientom odpowiedzi. Z ich charakteru wynika jednak, iż dalsze utrzymywanie kontaktu przez klienta nie jest wykluczone.

Dużym problemem jest też sama komunikacja z klientami. W przypadku osób przebywających w aresztach śledczych lub zakładach karnych zdarzają się sytuacje, że nie dociera do nich korespondencja HFPC. Najczęściej spowodowane jest to przetransportowaniem klienta do innej placówki. W takiej sytuacji dużo zależy od dobrej woli administracji jednostki. Można bowiem przesłać pismo – w ślad za przetransportowanym – a więc do jednostki, do której został przewieziony. Niejednokrotnie korespondencja jest jednak zwracana do HFPC z adnotacją kiedy i gdzie klient został przetransportowany. Ten ostatni sposób znacznie wydłuża czas uzyskania odpowiedzi przez klienta.

c) reakcja klienta.

Jak wspomnieliśmy wcześniej, większość klientów jest nastawiona raczej konsumpcyjnie – to znaczy po uzyskaniu żądanej pomocy, nie kontynuuje korespondencji. Co więcej, brak odpowiedzi klienta na pismo HFPC może być też niekiedy podstawą do domniemania o braku zasadności jego zarzutów. Na przykład bowiem – tak było w przypadku trzech skarg – klienci pozostający na wolności (a więc co do zasady korzystający ze swobody korespondencji) skarżyli się na pobicie lub niewłaściwe potraktowanie przez policjanta. W odpowiedzi HFPC udzieliła informacji, iż w kwestii pobicia mogą złożyć zawiadomienie do prokuratury o popełnieniu przestępstwa, jak również skargę do właściwego komendanta. Wszystkie trzy pisma HFPC pozostały bez odpowiedzi. Można więc przypuszczać – dodając do tego bardzo ogólny opis zajść – że zarzuty przedstawione w skargach nie były zgodne z faktycznie zaistniałymi sytuacjami.

Wśród analizowanych skarg nie zdarzył się przypadek, aby klient przysłał podziękowanie za udzieloną pomoc.

d) wnioski.

Możliwości działania HFPC są ograniczone charakterem tej organizacji (pozarządowa, „watch dog”). Szczególne braki odczuwane są w przypadkach skarg na pobicia przez funkcjonariuszy: kompetencje HFPC są zdecydowanie zbyt wąskie, jeżeli chodzi o możliwość monitorowania postępowania przygotowawczego prowadzonego przez prokuraturę. Zmiany w tym zakresie (a więc zmiana procedury karnej) wydają się być – jak na razie – niemożliwe z uwagi na hermetyczne wręcz zamknięcie tej części postępowania i poddanie jej władzy wyłącznie prokuratora.

Trudności podejmowania działań HFPC są spowodowane także przez samych klientów – nie sposób bowiem interweniować w sprawie, jeżeli klient nie jest w stanie przez kilka miesięcy dostać podstawowych dokumentów, w których posiadaniu jest albo których uzyskanie musi mu umożliwić organ prowadzący postępowanie.

HFPC nie ma w zasadzie możliwości „przymuszenia” organu do udzielenia odpowiedzi, albo do bardziej wnikliwego rozpatrzenia skargi klienta. Co gorsze, HFPC nie ma też żadnych możliwości weryfikacji odpowiedzi uzyskanej od organu władzy – uzyskanie odpowiedzi nie potwierdzającej zarzutów w zasadzie zamyka drogę dla dalszych działań.

Nie istnieje w pełni niezależny system badania skarg na działania funkcjonariuszy, zarówno Policji jak i Służby Więziennej. Skargi te rozpatrywane są w ramach wewnętrznych procedur, a w posiedzeniach organów orzekających, jak też w całym postępowaniu wyłączona jest jawność zewnętrzna. Ochrona dobrego imienia funkcjonariusza, któremu zarzucone zostaje popełnienie przewinienia dyscyplinarnego jest niewątpliwie dobrem nie do przecenienia. Jednakże taka interpretacja przepisów nie pozwala w zasadzie na udział w postępowaniu także niezależnym obserwatorom, takim jak np. organizacje pozarządowe. Jeżeli dodać do tego fakt, iż w niektórych sytuacjach wynik postępowania dyscyplinarnego jest uzależniany od wyników postępowania prokuratorskiego, to ocena tego trybu zaskarżania czynności funkcjonariuszy może być jedynie negatywna.

W kilku sprawach dotyczących pobicia przez Policję zostały zaangażowane media. Nagłośnienie tych spraw spowodowało, że zarówno odpowiednie władze policyjne, jak i prokuratury prowadzące postępowania bardzo wnikliwie podchodziły do analizowania materiału dowodowego. Trudno stwierdzić to ponad wszelką wątpliwość, ale ten fakt – jak też zaangażowanie HFPC – mógł mieć wpływ na wniesienie w jednej z takich spraw aktu oskarżenia przeciwko ośmiu policjantom.

Osobną kwestię stanowi możliwość prowadzenia w przyszłości badań opartych na dokumentach gromadzonych przez HFPC. Pozarządowy, a przez to pomocniczy charakter organizacji zakłada dobrowolność udzielania wszelkich informacji przez klienta. Oczywiście ich udzielenie warunkuje sposób i zakres udzielonego wsparcia. Ta konstatacja, choć brzmi trywialnie, nie zawsze przekłada się w praktyce na racjonalne zachowania osób zwracających się do HFPC o pomoc. Niekiedy sprawy bardzo interesujące z punktu widzenia ochrony praw człowieka, „umierają śmiercią naturalną”, gdyż klient – po uzyskaniu konkretnej porady czy informacji – nie przejawia dalszej chęci korespondowania z prawnikiem. W wielu przypadkach chodzi o sprawy, które mogłyby mieć charakter precedensowy dla danego typu naruszeń. Przy wykorzystaniu bowiem litygacji strategicznej można by nie tylko doprowadzić do orzeczenia korzystnego dla klienta, ale również do zmiany danej praktyki, czy przepisu prawa. HFPC nie

może jednak w żaden sposób wpływać na decyzje klientów w omawianym zakresie, z uwagi na dyspozytywność ich prawa do skargi.

Jeżeli jednak dokumenty i skargi wpływające do HFPC mają stanowić bazę do przyszłych badań poznawczych, konieczne wydaje się opracowanie ankiety (kwestionariusza), którą każdy klient musiałby wypełnić wnosząc swoją sprawę. W ankiecie takiej osoba zwracająca się do HFPC powinna przede wszystkim zamieścić informacje odnośnie rodzaju i charakteru sprawy, opisu zdarzenia, wykorzystanych środków odwoławczych, i – rzecz niezmiernie ważna – aktualnego stanu sprawy.

Po podjęciu sprawy w ankiecie umieszczane byłyby również informacje dotyczące podjętych przez HFPC działań, aż do zakończenia sprawy prawomocnym orzeczeniem lub innym faktem powodującym niemożność dalszego jej prowadzenia.

Natomiast samo uzupełnienie ankiety w początkowej fazie powinno być koniecznym warunkiem uzyskania przez klienta pomocy.

Rozdział V

Działania interwencyjne

Założeniem programu było nie tylko badanie zaistniałych już wypadków i wyciąganie z nich wniosków na przyszłość, ale również – a może nawet przede wszystkim – reagowanie na aktualnie występujące przypadki naruszania zakazu sformułowanego w art. 3 EKPC. Problemy społeczne, szczegółowo opisane w poprzednich rozdziałach, powodowały i będą powodować nadal, iż wolność zwłaszcza od dwóch „łżejszych” form naruszenia tego zakazu, a więc niehumanitarnego i poniżającego postępowania albo karania, może być coraz częściej naruszana. Wzrost przestępczości generuje z jednej strony przeludnienie w więzieniach i aresztach, z drugiej zaś zwiększa presję wywieraną na organach ścigania przez polityków i opinię publiczną, związaną z szybszym i bardziej efektywnym chwytem sprawców. W stanie takiego napięcia nie trudno o pomyłkę, czy nadużycie władzy. Co więcej, rzadko zdarzają się sytuacje tak oczywiste, jak sprawa pomyłki funkcjonariuszy Policji w Poznaniu, kiedy to użyli oni broni wobec dwóch nastolatków, omyłkowo biorąc ich za poszukiwanych przestępców. W znakomitej większości spraw, jakimi zajmowaliśmy się w związku z niniejszym programem, ocena zasadności skarg domniemanych ofiar nie była tak jednoznaczna. Niejednokrotnie przeciwko takiej domniemanej ofierze naruszenia art. 3 EKPC, wszczynane było postępowanie o czynną napaść na funkcjonariusza. Większość klientów, dopiero w HFPC dowiadywała się o możliwości i – z punktu widzenia dowodowego – konieczności wykonania obdukcji lekarskiej, jeżeli doszło do pobicia. Obawa przed występowaniem przeciwko funkcjonariuszom państwa stanowi powód, dla którego wiele z takich przypadków nie miało szans zostać wyjaśnionych w trakcie postępowania karnego. Opisana w poprzednim rozdziale tendencja w wielu prokuraturach znacząco wpływa na zwiększenie się tej liczby: słowo policjanta przeciwko słowu domniemanej ofiary – w większości zgłoszonych do HFPC spraw, w opinii organu ścigania, rację miał ten pierwszy. Jeśli dodać do tego nieznaną procedur zaskarżania i brak środków finansowych na wynajęcie adwokata, to będziemy mieli niemal pełny obraz rzeczywistości. *Ignorantia iuris nocet* – stwierdzą legaliści... *Summum ius, summa iniuria* – mógłby odeprzeć niejedyn z pokrzywdzonych.

W większości przypadków, ofiarami domniemanych naruszeń nie interesują się media: są to sprawy, w których na szczęście nikt nie ponosi śmierci; sprawy, w których nie padają strzały z broni palnej. Ale to właśnie w tych najmniej spektakularnych sprawach, dzieją się prawdziwe ludzkie tragedie.

1. Rodzaje działań.

Sposoby reagowania HFPC na skargi osób zwracających się o pomoc zależą przede wszystkim od charakteru konkretnej sprawy i wychodzą na przeciw żądaniom klientów. Niekiedy już z pierwszego listu wynika, iż klient potrzebuje jedynie pewnej informacji prawnej, dotyczącej danej procedury. Inni klienci z kolei, nie znając możliwości działania organizacji pozarządowej, liczą na reprezentowanie ich na identycznej zasadzie, jak czynią to adwokaci czy radcowie prawni.

W sprawach dotyczących domniemanego naruszenia art. 3 EKPC właściwe są w zasadzie wszelkie formy działania, jakimi zazwyczaj posługują się prawnicy w programie Działania Prawne w Interesie Publicznym, czyli dziale prawnym HFPC. Można podzielić je na dwie kategorie:

- działania interwencyjne;
- udział w pracach legislacyjnych.

Jeśli chodzi o drugą z wymienionych kategorii działań, prace legislacyjne obejmują zarówno opiniowanie konkretnych aktów ustawodawczych, jak też kierowanie uwag i opinii w kwestii niektórych raportów składanych przez Polskę do organizacji międzynarodowych. Przykład takiego działania, związany z gwarancjami wynikającymi z zakazu tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania zostanie zaprezentowany na zakończenie niniejszego rozdziału.

Natomiast działania interwencyjne stanowią trzon aktywności organizacji pozarządowej mającej na celu ochronę praw i wolności człowieka, zwłaszcza w kontekście postępowań przed organami władzy publicznej. Działania takie nie stanowią odrębnych bloków. W zasadzie warunkiem ich skuteczności, jest wykorzystywanie ich łącznie, niekiedy w konfiguracji wielostopniowej.

W omawianym programie najważniejsze znaczenie odegrały:

- uczestnictwo w postępowaniach sądowych :
 - w charakterze przedstawiciela społecznego (w postępowaniu karnym);
 - w roli obserwatora.
- sporządzanie opinii prawnych (kierowanych do sądu lub organu prowadzącego postępowanie przygotowawcze):
 - dotyczących postępowania w konkretnej sprawie;

- zawierających analizę rozwiązań systemowych, w kontekście gwarancji konstytucyjnych i standardów międzynarodowych, wynikających przede wszystkim z dokumentów Rady Europy¹³⁶ i Organizacji Narodów Zjednoczonych¹³⁷;
- incydentalna korespondencja z organami władzy publicznej¹³⁸ na gruncie konkretnej sprawy.

W kolejnych paragrafach tego rozdziału przedstawiony zostanie charakter poszczególnych działań i najistotniejsze, dla gwarancji wolności od tortur, przypadki spraw. Z uwagi na dobro osób zwracających się do HFPC o pomoc, wszelkie dane ich dotyczące, jak też dane domniemyanych sprawców naruszeń zostały zastąpione literowymi zamiennikami. Podobnie, jeśli chodzi o dane organów prowadzących postępowanie, dla uniknięcia jakiegokolwiek możliwości identyfikacji ofiar.

2. Uczestnictwo w procesie sądowym.

Jak wskazaliśmy powyżej uczestniczenie przez organizację pozarządową w procesie sądowym, w interesie klienta, przybiera w zasadzie dwie formy: udziału w charakterze przedstawiciela społecznego albo obserwacji tego postępowania.

a) przedstawiciel społeczny.

Udział w postępowaniu sądowym może zgłosić przedstawiciel każdej „organizacji społecznej, jeżeli zachodzi potrzeba ochrony interesu społecznego lub ważnego interesu indywidualnego, objętego zadaniami statutowymi tej organizacji, w szczególności ochrony wolności i praw człowieka” (art. 90 § 1 Kodeksu Postępowania Karnego; dalej KPK). Z brzmienia art. 90 § 1 KPK wynika, że przedstawiciel społeczny może działać tylko w tym postępowaniu, oczywiście za zgodą sądu. Jego udział w postępowaniu przygotowawczym jest niedopuszczalny. Wydaje się jednak, iż jeśli odpowiedni wniosek o dopuszczenie do udziału zostanie złożony wcześniej (tzn. przed rozpoczęciem postępowania sądowego), winien zostać dołączony do akt sprawy.¹³⁹ Sąd rozpoznałby go wówczas po wpłynięciu aktu oskarżenia (na rozprawie, bądź wyznaczając posiedzenie przed rozprawą w trybie art. 339 § 3 KPK). O trudnościach wynikających z takiego uregulowania będzie mowa w kolejnym paragrafie.

¹³⁶ Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z 4 listopada 1950 roku.

¹³⁷ Konwencja ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania z 10 grudnia 1984 roku, ratyfikowana przez Rzeczpospolitą Polskę 02.12.1989 roku (załącznik do Dz. U. z 1989, Nr 63, Poz. 378).

¹³⁸ Najczęściej pisma kierowane były do prokuratur, organów policji, dyrektorów jednostek penitencjarnych, a także sądów.

¹³⁹ A. Wierciński; Przedstawiciel społeczny w polskim procesie karnym, Poznań 1978, s. 66.

Nie budzi obecnie wątpliwości, iż zgłoszenie udziału przez organizację społeczną może nastąpić w sądzie pierwszej, jak i drugiej instancji, jak również w sądzie kasacyjnym¹⁴⁰.

Organizacja społeczna zgłasza swój udział w postępowaniu sądowym w formie pisemnego wniosku – uchwały statutowego organu tej organizacji. We wniosku tym organizacja wskazuje imiennie przedstawiciela, który będzie ją reprezentował. Przedstawiciel przedkłada zaś sądowi pisemne upoważnienie (art. 90 § 2). Nie można jednak wykluczyć sytuacji, gdzie zgłoszenie nastąpi w formie ustnej do protokołu, na mocy analogii do art. 116 KPK¹⁴¹.

Uprawnienie przedstawiciela społecznego do wzięcia udziału w rozprawie skutkuje dla sądu koniecznością zawiadomienia go o jej terminie. Podobnie należy postąpić w przypadku wyłączenia jawności (przedstawiciel społeczny jest osobą biorącą udział w postępowaniu w rozumieniu art. 361 § 1 KPK) – jeśli nie zachodzi obawa ujawnienia tajemnicy państwowej (art. 361 § 2 KPK).

Uprawnienie do występowania w charakterze przedstawiciela społecznego daje reprezentantowi organizacji szereg uprawnień. Praktyka sali sądowej wskazuje, że przedstawiciel ma prawo wypowiadania się nie tylko w fazie głosów stron, ale również do zadawania pytań osobom przesłuchiwanym. Ma również prawo do składania oświadczeń na piśmie (np. w formie opinii prawnych; art. 91 KPK). Nie ma natomiast uprawnień do składania wniosków dowodowych sensu *stricte*, jak też wnoszenia środków odwoławczych.

Regulacja prawna sytuuje przedstawiciela organizacji społecznej w procesie karnym w pozycji zupełnie niezależnej od stron i, przynajmniej w założeniu, jako uczestnika całkowicie bezstronnego. Jego zaangażowanie się w interesie którejś ze stron wynikać może jedynie z potrzeby „ochrony interesu społecznego lub ważnego interesu indywidualnego, objętego zadaniami statutowymi tej organizacji, w szczególności ochrony wolności i praw człowieka”. Nie należy mylić obrony praw z obroną samej jednostki. Zaangażowanie się przedstawiciela społecznego w proces karny wynika z potrzeby ochrony samego prawa, a nie – tytułem przykładu – ochrony oskarżonego przed uniknięciem odpowiedzialności karnej, czy też przeciwnie: przedstawienia go w jak najbardziej niekorzystnym świetle. Celem uczestniczenia w postępowaniu karnym w tym charakterze jest zatem wpływanie na przebieg tego procesu w sposób bezpośredni.

W każdym przypadku należy jednak pamiętać, że rola organizacji społecznej ogranicza się do ochrony pewnych gwarancji o charakterze uniwersalnym, a nie do reprezentacji partykularnych interesów którejś ze stron.

¹⁴⁰ Szerzej na ten temat: K. Wilamowski, Przedstawiciel społeczny w polskim postępowaniu karnym, Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych, Nr 10/2004, suplement 2, s. 10-11.

¹⁴¹ Patrz J. Bratoszewski, L. Gardocki, Z. Gostyński, S.M. Przyjemski, R.A. Stefański, S. Zabłocki; Kodeks postępowania karnego. Komentarz., Warszawa 1998, T. I., „ABC”, s.353, pkt 7

b) obserwacja procesu.

Zgoła inną rolę pełni obserwacja procesu sądowego. Delegowany przez organizację obserwator pełni wówczas jedynie rolę publiczności. Nie ma możliwości zabierania głosu, składania oświadczeń, ani innych działań wpływających na bieg postępowania. Jego zadaniem jest sporządzenie raportu z obserwowanej rozprawy, będącego – co do zasady – odzwierciedleniem jej przebiegu. Podstawową zasadą sporządzania tego raportu jest obiektywizm.

Raporty z obserwacji rozpraw sądowych są w praktyce wykorzystywane dla oceny rzetelności prowadzonego postępowania. Nie powinny odnosić się zasadniczo do oceny merytorycznej dowodów, poza przypadkami, kiedy ocena ta jest dokonywana wbrew przepisom procedury.

Jak zatem widać, udział w charakterze przedstawiciela społecznego daje znacznie większe pole manewru. Nie zawsze jednak wykorzystanie takiej formy działania jest uzasadnione okolicznościami sprawy. W praktyce często obserwacja poprzedza przyłączenie się do postępowania w charakterze przedstawiciela (obserwacja procesu prowadzona jest w sądzie pierwszej instancji, a przyłączenie następuje przed rozpoczęciem przewodu w sądzie odwoławczym).

Przykładem takiego działania jest sprawa X¹⁴², który zwrócił się do HFPC ze skargą na zatrzymanie i pobicie przez funkcjonariuszy policji. Oprócz samego pobicia funkcjonariusze mieli również znęcać się psychicznie nad X (między innymi wywożąc go do lasu sugerując, iż jest to jego „ostatnia podróż”).

Około miesiąca od złożenia przez niego stosownego zawiadomienia w prokuraturze rejonowej w A., wpłynęło tam zawiadomienie o popełnieniu przez X i towarzyszącego mu Y przestępstwa czynnej napaści na tych funkcjonariuszy w tym samym dniu, w którym to policjanci mieli go pobić.

Wkrótce do sądu rejonowego w A. wpłynął akt oskarżenia przeciwko X i Y, w którym zarzucono im, że to oni zaatakowali funkcjonariuszy. HFPC postanowiła delegować swojego obserwatora na rozprawę. Sąd rejonowy w A. przesłuchał 10 świadków, którzy potwierdzili wersję oskarżonych, iż agresorami w tym zdarzeniu byli policjanci. Jedynie dwaj funkcjonariusze Policji, występujący oczywiście w charakterze pokrzywdzonych, przedstawili odmienną wersję wydarzeń. Mimo iż X przedstawił w sądzie zarówno wynik badania lekarskiego, wykonanego nazajutrz po zdarzeniu, jak też zdjęcia obrażeń jakich doznał, sąd warunkowo umorzył postępowanie wobec obydwu oskarżonych. Zarówno adwokaci, jak i oskarżeni wnieśli apelacje. HFPC podjęła natomiast decyzję o przyłączeniu się do postępowania przed sądem okręgowym w B. Równocześnie ze złożeniem wniosku w trybie art. 90 § 1 KPK, złożyliśmy w sądzie *amicus curiae brief* – pismo przyjaciela sądu, stanowiące opinię prawną odnoszącą się do rzetelności postępowania w tej sprawie.

¹⁴² Sygnatura HFPC: OS 16914.

Sąd oddalił jednak apelacje oskarżonych w tej sprawie i wyrok stał się prawomocny.

W sprawie pobicia przez funkcjonariuszy Policji prowadzone było postępowanie przygotowawcze, które zostało umorzone przez prokuraturę rejonową w A. Na postanowienie o umorzeniu zażalenie złożył zarówno X, jak i jego pełnomocnik. Sąd Rejonowy w A. uchylił postanowienie prokuratora i zwrócił sprawę do ponownego rozpatrzenia postępowania. Co znamienne, sąd dopuścił do udziału w tym posiedzeniu – oczywiście w charakterze publiczności – obserwatora HFPC. W ustnych motywach rozstrzygnięcia, sąd stwierdził, iż zwierzęta są lepiej chronione przed brutalnym traktowaniem. Sąd zawarł także sugestię, aby Prokuratura rozważyła jednak możliwość wniesienia aktu oskarżenia. Po ponownym rozpatrzeniu sprawy prokuratura ponownie umorzyła postępowanie. Zażalenie wniesione przez pełnomocnika X nie zostało uwzględnione przez prokuraturę okręgową w B. Zażalenie to było następnie przedmiotem rozpatrzenia w sądzie rejonowym w A., już po wydaniu prawomocnego wyroku uznającego winę X i Y w sprawie napaści na funkcjonariuszy. Niewątpliwie miało to wpływ na fakt, że sąd nie przychylił się do zażalenia i – tym samym – sprawa została prawomocnie zakończona.

Nie sposób kwestionować prawomocnych wyroków sądów, wydawanych w imieniu Rzeczypospolitej, jednakże zadziwiająca jest łagodność z jaką sąd w sprawie napaści na policjantów – uznając przecież winę oskarżonych – potraktował sprawców napaści na funkcjonariuszy stojących na straży prawa i porządku, umarzając warunkowo postępowanie na okres jednego roku.

Niestety klient nie zdecydował się na złożenie skargi do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w żadnej ze spraw. Zwłaszcza w sprawie toczącej się przeciwko policjantom istniała realna szansa na uznanie przez Trybunał naruszenia prawa do skutecznego środka odwoławczego w związku z naruszeniem zakazu nieludzkiego postępowania¹⁴³, poprzez brak rzetelności prowadzenia tego postępowania.

3. Opinie prawne.

Jak wskazaliśmy wcześniej, organizacja pozarządowa nie ma w zasadzie możliwości brania udziału w postępowaniu, do czasu rozpoczęcia przewodu sądowego, a zatem do czasu, w którym sprawa staje się przedmiotem rozpatrzenia w sądzie. W sprawach dotyczących domniemanego naruszenia art. 3 EKPC, niemożność działania w postępowaniu przygotowawczym jest szczególnie dotkliwa. Sprawy dotyczące czynów popełnionych przez funkcjonariuszy Policji czy Służby Więziennej, kończą się z reguły na etapie postępowania prokurator-

¹⁴³ Pogląd taki wynika z ustalonej linii orzeczniczej ETPC: patrz: *Aksoy przeciwko Turcji*, par. 198; *Assenov i inni przeciwko Bułgarii*, par. 102.

skiego. Najczęściej organ pierwszej instancji (prokuratura rejonowa) umarza postępowanie w sprawie przekroczenia uprawnień z uwagi na nie-popełnienie przestępstwa lub z uwagi na brak wystarczających dowodów jego popełnienia. Jeżeli pokrzywdzony złoży w ogóle zażalenie, sprawa trafia do prokuratury nadzędnej, czyli okręgowej. Jeżeli ta uwzględni zażalenie, zwraca sprawę do ponownego rozpatrzenia. Jeśli nie, przekazuje akta sprawy do właściwego miejscowo sądu rejonowego. Nieuwzględnienie zażalenia przez sąd powoduje w praktyce wyczerpanie drogi prawnej w Polsce¹⁴⁴. Natomiast, jeżeli sąd uwzględni zażalenie, zwraca sprawę prokuraturze, która ją prowadziła i sprawa rozpoczyna się niemal od nowa. W przypadku jednak ponownego umorzenia i nie-przychylenia się do zażalenia przez prokuraturę nadzędną, pokrzywdzony ma prawo wniesienia subsydiarnego aktu oskarżenia, o którym mowa w art. 55 § 1 KPK (sprawa nie jest ponownie rozpatrywana przez sąd).

Jak zatem widać procedura w tych sprawach rzadko kiedy wkracza w etap postępowania sądowego. Postępowanie prowadzone po złożeniu zażalenia i przekazaniu akt sprawy sądowi przez prokuraturę, która nie przychyli się do zażalenia, nie czyni zadość wymogom określonym w art. 90-91 KPK, koniecznym do przyłączenia się w charakterze przedstawiciela społecznego. Zażalenie takie jest ponadto rozpatrywane przez sąd na posiedzeniu, które – co do zasady – jest jawne jedynie dla stron postępowania (jawność wewnętrzna).

Procedura karna nie przewiduje zatem możliwości udziału organizacji pozarządowej w tej fazie postępowania. Na szczęście, w praktyce, istnieją możliwości chociażby przedstawienia swojego stanowiska organowi prowadzącemu postępowanie lub orzekającemu w sprawie. Jedną z najpowszechniej stosowanych form, jest opinia prawna przedkładana sądowi. W opinii takiej zawarta jest analiza przeprowadzonego postępowania w kontekście zgodności z obowiązującymi przepisami prawa – zarówno o zasięgu lokalnym (krajowym), jak i międzynarodowym.

Opinia prawna nie zostaje, co do zasady, dołączona do akt. Nie ma z drugiej strony przeszkód prawnych, aby sąd, z urzędu, włączył ją do materiału dowodowego.

Analizując skutki składania takich opinii, trudno zakwalifikować je do spektakularnych sukcesów. Biorąc pod uwagę fakt, że opinie te z reguły są przeznaczone jedynie dla sądu orzekającego w sprawie i nie stanowią części składowej materiału dowodowego, trudno doszukiwać się odniesień do nich w uzasadnieniu postanowienia sądu czy prokuratora. Jednakże niekiedy w ustnych motywach rozstrzygnięcia, czy też w treści uzasadnienia orzeczenia, widoczne są odniesienia do wskazanych w opiniach tez.

¹⁴⁴ Kasacja od tego postanowienia nie przysługuje stronie (art. 519 KPK), a jedynie Rzecznikowi Praw Obywatelskich i Prokuratorowi Generalnemu (art. 521 KPK). Obydwa wskazane podmioty nie mają jednak żadnego obowiązku wniesienia kasacji, a nawet merytorycznego zbadania sprawy.

Niekiedy w praktyce można spotkać się z zarzutem, iż przesłanie opinii prawnej bądź wystąpienia do sądu, stanowi wywieranie presji na organ orzekający. W sposób oczywisty argument ten stanowi nieudolną próbę zdyskredytowania działań podejmowanych w interesie ochrony praw i wolności człowieka. Sędzia orzekający w sprawie korzysta z wielu gwarancji proceduralnych, chroniących go przed różnymi naciskami. Dość wspomnieć immunitet materialny i niezawisłość sędziowską. Organizacja pozarządowa natomiast w żaden sposób nie jest prawnie umocowana do wiążącego wpływania na żaden urząd, instytucję czy osobę prywatną. Natomiast podkreślanie znaczenia i dbałość o takie wartości jak godność osobowa człowieka, zakaz tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, czy inne podstawowe prawa i wolności, stanowi obowiązek i istotę działania HFPC. Co więcej, opinie przedkładane sądom, już w samej nazwie wyrażają swój pomocniczy charakter wobec działań sędziów. Typowym przykładem jest *amicus curiae brief* – pismo przyjaciela sądu. Przykład takiego pisma przedstawiony został w rozdziale trzecim, jako analiza rozwiązania systemowego. Jako aneks do niniejszego rozdziału przedstawiamy natomiast opinię przedłożoną sądowi w jednej ze spraw dotyczących domniemanego naruszenia art. 3 EKPC w związku z brakiem skutecznego urzędowego śledztwa w sprawie śmierci osoby najbliższej, która nastąpiła w trakcie interwencji policji.

4. Korespondencja z organami władzy publicznej.

Mimo iż, organizacja pozarządowa nie ma szczególnych możliwości prawnych żądania wyjaśnień od organów takich jak policja, służba więzienna, prokuratura czy sądy, w wielu sprawach – zwłaszcza dotyczących podejrzenia naruszenia art. 3 EKPC – prawnicy HFPC występują z prośbą o udzielenie informacji czy odniesienie się do zarzutów. Organy władzy nie uchylają się wcale od udzielania odpowiedzi, czy ewentualnego podjęcia konkretnych działań.

Pisma kierowane do wspomnianych organów, poza konkretną prośbą czy żądaniem, zawierają z reguły krótkie uzasadnienie. Podobnie, jak w przypadku opinii prawnych, jest nim przedstawienie standardu obowiązującego w tym zakresie w państwach Rady Europy. Ich celem jest nie tyle wytykanie konkretnych błędów, co poprawa standardu ochrony jednostki przed przypadkami tortur, niehumanitarnego czy poniżającego traktowania albo karania.

Bardzo często w pismach kierowanych do prokuratur i sądów, odnosiliśmy się do powoływanych wyżej orzeczeń Trybunału w Strasburgu dotyczących konieczności zapewnienia skutecznego i rzetelnego śledztwa w przypadku, kiedy jednostka ma dający się uzasadnić zarzut, iż była traktowana w sposób niehumanitarny lub poniżający. Zwracaliśmy uwagę, iż jest to ustalona linia orzecznicza ETPC, stanowiąca akceptowany w Europie poziom standardu ochrony tej

wolności. Natomiast niedostosowanie do niego poziomu prowadzenia śledztw, mających zmierzać do ukarania sprawców naruszeń, może narazić Polskę na odpowiedzialność odszkodowawczą wynikającą z orzeczeń ETPC w konkretnych sprawach.

X¹⁴⁵ został oskarżony o dokonanie rozboju. W tej sprawie zostało złożone (przez ojca oskarżonego) do Prokuratury Rejonowej w B. zawiadomienie o pobiciu jego syna przez funkcjonariuszy Policji w trakcie przesłuchania w Komendzie Rejonowej Policji w B. Postępowanie w sprawie pobicia zostało umorzone przez prokuraturę, mimo iż ślady pobicia były widoczne na ciele oskarżonego w trakcie posiedzenia o zastosowaniu tymczasowego aresztowania, na którym obecny był również prokurator z Prokuratury Rejonowej w B. Na takie postanowienie organu ścigania zażalenie wniósł ojciec oskarżonego. Prokuratura Rejonowa w B. odmówiła przyjęcia tego zażalenia, jako złożonego przez osobę nieuprawnioną. W konsekwencji X (wobec którego cały czas stosowany był areszt tymczasowy) złożył do prokuratury wnioski o przywrócenie terminu do złożenia zażalenia na postanowienie o umorzeniu postępowania. Wniosek ten został odrzucony przez prokuraturę w B. Wskutek m.in. interwencji Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka sprawa zażalenia na postanowienie o odmowie przywrócenia terminu do złożenia zażalenia na postanowienie o umorzeniu dochodzenia była rozpatrywana przez sąd. Niestety jednak, sąd nie przychylił się ani do wniosku oskarżonego, ani do stanowiska Fundacji i utrzymał w mocy postanowienie prokuratury.

X nie zdecydował się na wniesienie skargi do ETPC. Argumentował to obawą przed zemstą funkcjonariuszy policji, którzy go pobili.

Sprawa X ma charakter modelowy dla oceny rozbieżności pomiędzy standardem orzecznictwa ETPC, a rzeczywistością w Polsce. W tej sprawie – jak w wielu innych, którymi zajmowaliśmy się w ramach programu – nie można z całą pewnością stwierdzić, czy X mówił prawdę, czy też konfabulował. Brak materialnych dowodów, które mógłby przedstawić po kilkunastu miesiącach od rzekomego pobicia niewątpliwie dodatkowo utrudnia dokonanie takiej oceny. Jednakże, skoro w chwili posiedzenia w kwestii zastosowania tymczasowego aresztowania u X widoczne były ślady pobicia – a okoliczność tą potwierdził także jego pełnomocnik – to wydaje się, że prokurator obecny na tym posiedzeniu winien – z racji pełnionej funkcji – dociekać wyjaśnienia przyczyn i okoliczności powstania tych śladów. Tego wymaga od funkcjonariusza państwowego powołanego do ścigania przestępstw absolutny charakter wolności od tortur. Taki standard narzuca też orzecznictwo Trybunału w Strasburgu. Do tego stanu wciąż nam jednak daleko.

¹⁴⁵ Sygnatura HFPC: AŚ 18426.

5. Udział w pracach legislacyjnych.

Dla wewnętrznego standardu ochrony wolności od tortur istotne znaczenie ma – jak już wcześniej wskazywaliśmy – nie tylko praktyka, ale również ustawodawstwo, które już w swej istocie może naruszać zakaz określony w art. 3 EKPC. Proces ustawodawczy nie ogranicza się jednak jedynie do prac nad konkretnym projektem aktu prawnego. Na poczynania i kroki ustawodawcy wpływ mają rekomendacje i zalecenia różnych podmiotów prawa międzynarodowego, takich jak Organizacja Narodów Zjednoczonych, Unia Europejska i Rada Europy. W kwestii wolności od tortur największe znaczenie mają jednak rekomendacje i zalecenia wydawane przez dwa inne organy: Komitet Zapobiegania Torturom (CPT), działający w systemie europejskim i Komitet Przeciwko Torturom (CAT), działający w strukturach ONZ. Pierwszy z nich działa w oparciu o postanowienia Konwencji Przeciw Torturom¹⁴⁶ drugi – w oparciu o powoływaną już Konwencję ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Pierwszy posiada uprawnienie do okresowego i doraźnego wizytowania placówek izolacyjnych we wszystkich krajach, które poddały się jego jurysdykcji. Drugi natomiast przyjmuje okresowe sprawozdania z wykonania postanowień Konwencji ONZ.

W związku z wagą zaleceń i rekomendacji wydawanych przez te organy, organizacje pozarządowe zajmujące się między innymi ochroną praw jednostek do wolności od tortur, starają się jak najściślej z nimi współpracować i udzielać wszelkiej pomocy. Takie działania podejmowane były również przez HFPC w ramach niniejszego programu.

Pod koniec lipca 2004 roku Ministerstwo Sprawiedliwości przekazało HFPC do konsultacji projekt IV sprawozdania okresowego z wykonania postanowień Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania za okres 01.08.1998 do 30.06.2004 r. HFPC sporządziła uwagi dotyczące tego projektu i przekazała je Ministerstwu. Sprawozdanie ma zostać rozpatrzone na 37 sesji Komitetu, która powinna odbyć się w listopadzie 2006 roku¹⁴⁷. Zgodnie z utartą praktyką organizacji pozarządowych, HFPC rozważy przygotowanie tzw. *shadow report* (raport cienia), stanowiącego kontrraport o sytuacji dotyczącej przestrzegania zakazu tortur w Polsce.

¹⁴⁶ Przyjęta przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 01.02.1989 roku i ratyfikowana przez Polskę 10.10.1994 roku.

¹⁴⁷ <http://www.ohchr.org/english/bodies/cat/cats37.htm>

6. Inne przykłady działań.

Jak wskazaliśmy w poprzednich punktach możliwości działania organizacji pozarządowej – a przez to możliwości skutecznej pomocy prawnej ofiarom naruszeń – są ograniczone procedurą i możliwościami kadrowymi. Jednakże dzięki współpracy z różnymi podmiotami udaje się niekiedy udzielić pomocy znacznie wykraczającej poza normalne kompetencje.

Przykładem takiej sytuacji jest m.in. pomoc w znalezieniu adwokata, który – nieodpłatnie – sporządził subsydiarny akt oskarżenia dla pokrzywdzonego, który mimo swojej determinacji i przedstawianych dowodów nie zdołał przekonać prokuratury, iż stał się ofiarą pobicia przez funkcjonariuszy Policji. Dzięki pomocy adwokata, środek wskazany w art. 55 § 1 KPK miał wreszcie szansę zaistnieć w praktyce. Co więcej, wynik tej sprawy, która w dalszym ciągu jest w toku, może mieć fundamentalne znaczenie dla przyszłych postępowań tego typu.

Na marginesie należy dodać, iż niewątpliwie znaczącym utrudnieniem w dostępie do sądu jest sama konieczność sporządzenia subsydiarnego aktu oskarżenia przez adwokata. Ofiary naruszenia art. 3 EKPC nie należą do osób zamożnych, a kryteria przyznawania przez sąd pomocy prawnej z urzędu, jak też poziom świadczonych usług pozostawiają wiele do życzenia¹⁴⁸.

Mimo iż – co do zasady – HFPC nie sporządza skarg do ETPC, to w jednym przypadku w ramach niniejszego programu skarga została sporządzona w imieniu klienta. W skardze tej zarzucono naruszenie między innymi art. 13 EKPC w związku z art. 3 EKPC. Sprawa dotyczyła nierzetelnego śledztwa w sprawie śmiertelnego postrzelenia przez policjanta męża skarżącej, na jej oczach. Decyzja prokuratury o umorzeniu postępowania została utrzymana w mocy przez sąd. Prośba pełnomocnika skarżącej wniesiona do Rzecznika Praw Obywatelskich o wniesienie kasacji od postanowienia sądu, pozostała bez odpowiedzi. W uzasadnieniu domniemanego naruszenia art. 13 stwierdzono, iż „Skarżąca nie miała możliwości wniesienia samodzielnie jakiegokolwiek środka odwoławczego od postanowienia Sądu Rejonowego (...) utrzymującego w mocy postanowienie Prokuratury Rejonowej (...) o umorzeniu śledztwa w sprawie nieumyślnego spowodowania śmierci [męża – zmiana autorów]. Jednakże, aby wykorzystać wszelkie możliwe środki odwoławcze, skarżąca zwróciła się do Rzecznika Praw Obywatelskich, z prośbą o wniesienie kasacji w trybie art. 521 w związku z art. 524 § 2 kodeksu postępowania karnego (...). Do dnia sporządzenia skargi do Trybunału skarżąca nie otrzymała żadnej odpowiedzi od wskazanego organu, co należy traktować, jako nieskuteczność tego środka odwoławczego”.

¹⁴⁸ Szerzej na ten temat patrz L. Bojarski, Dostępność nieodpłatnej pomocy prawnej. Raport z monitoringu., Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa, 2003.

Znaczenie ewentualnego wyroku Trybunału uznającego naruszenie art. 13 w związku z art. 3 Konwencji, miałyby kapitalne znaczenie dla przyszłych postępowań dotyczących zwłaszcza przypadków, w których domniemanymi sprawcami są funkcjonariusze państwa. Zmusiłoby bowiem polskiego ustawodawcę do zmiany procedury karnej w duchu zapewnienia ofiarom skutecznego środka odwoławczego w przypadku nierzetelnych postępowań przygotowawczych. Zwiększyłoby to zatem gwarancje ochronne wolności od tortur i dało szansę na praktyczną bezstronność w rozpatrywaniu skarg na działania funkcjonariuszy państwa, mających charakter naruszenia art. 3 EKPC.

ANEKS

OPINIA PRAWNA TYPU

AMICUS CURIAE

w sprawie zasadności umorzenia przez Prokuraturę Rejonową w X postępowania w sprawie o przekroczenie uprawnień i nieumyślne spowodowanie śmierci Z¹⁴⁹ (sygn. akt prokuratury rejonowej)

Uwagi wstępne.

1. Amicus Curiae – „opinia przyjaciela sądu”, to znana w praktyce sądów zagranicznych i w kilkudziesięciu sprawach także w Polsce, forma wyrażania przez organizacje pozarządowe opinii prawnej w postępowaniach sądowych, w przypadkach, gdy – w związku z celami działalności danej organizacji – zachodzi taka potrzeba.
2. Helsińska Fundacja Praw Człowieka jest organizacją pozarządową, dążącą między innymi do umocnienia rządów prawa oraz pozycji i niezawisłości sądów w Polsce.
3. Jeżeli zabieramy więc głos w niniejszej sprawie, to jest to wyłącznie podyktowane potrzebą ochrony fundamentalnego prawa człowieka – prawa do rzetelnego procesu sądowego, w tym zwłaszcza prawa dostępu do takiego procesu.
4. Do Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka zwrócili się A i B z prośbą o interwencję w sprawie śledztwa dotyczącego przekroczenia uprawnień przez funkcjonariuszy Komendy Powiatowej Policji w Y, którego skutkiem była śmierć Z. Jak wynika z załączonej dokumentacji Prokuratura Rejonowa w X umorzyła w dniu dd-mm-rrrr roku śledztwo w sprawie przekroczenia uprawnień przez funkcjonariuszy KPP w Y i nieumyślnego spowodowania śmierci Z, tj. o czyn z art. 231 § 1 i art. 155 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. W terminie ustawowym zażalenie na to postanowienie złożył pełnomocnik pokrzywdzonej A. Rozpatrująca zażalenie Prokuratura Okręgowa w X nie przychyliła się do niego i wraz z pismem z dnia dd-mm-rrrr roku przekazała akta sprawy do Sądu Rejonowego w Y.

¹⁴⁹ Sygnatura HFPC: I 19100.

Analiza zasadności umorzenia postępowania.

5. Helsińska Fundacja Praw Człowieka popiera złożone w tej sprawie zażalenie pełnomocnika pokrzywdzonej i wnosi o zwrot akt sprawy Prokuraturze Rejonowej w X do uzupełnienia postępowania przygotowawczego, wraz z sugestią rozważenia możliwości wniesienia aktu oskarżenia przeciwko funkcjonariuszom Policji, tak aby Sąd mógł w trakcie niezawisłego i bezstronnego postępowania ocenić, czy przekroczyli oni swoje uprawnienia i czy doprowadzili, w sposób nieumyślny, do śmierci Z. Uzasadnienie naszego stanowiska przedstawiamy w kolejnych punktach.

Przekroczenie uprawnień i niedopełnienie obowiązków (art. 231 § 1 k.k.).

6. Prokuratura umorzyła postępowanie w oparciu o art. 17 § 1 pkt 2 KPK, a więc z uwagi na fakt, że czyn nie zawiera znamion czynu zabronionego. Dla weryfikacji zasadności decyzji organu ścigania niezbędna jest zatem ocena kluczowych znamion zarzucanych czynów w świetle czynności przeprowadzanych przez funkcjonariuszy Policji.
7. Niewątpliwie dla oceny, czy doszło do popełnienia przestępstwa z art. 231 § 1 k.k. należy ocenić, czy działanie bądź zaniechanie funkcjonariusza publicznego było zgodne z prawem, a więc legalne.
8. Na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego można stwierdzić, iż zarówno sama decyzja o podjęciu interwencji podjęta przez funkcjonariuszy, jak też jej początek miały swoje umocowanie w nakazie Sądu Rejonowego w Y, stanowiącym o przymusowym doprowadzeniu oskarżonego Z na badania psychiatryczne (sygn. akt sprawy karnej przeciwko Z). Tym samym działania te były legalne.
9. Jednakże sytuacja zmieniła się w chwili, kiedy policjanci wkroczyli do domu A, B i Z, rozpoczynając przeszukanie. W związku z treścią art. 75 § 2 i art. 247 § 1 KPK odpowiednie zastosowanie znajduje tu przepis art. 220 § 2 KPK, który stanowi, iż *Postanowienie sądu lub prokuratora należy okazać osobie, u której przeszukanie ma być przeprowadzone*. Nie budzi wątpliwości (w świetle zeznań zarówno A i B, jak i funkcjonariuszy Policji) fakt, iż postanowienie sądu nie zostało okazane Z. Jak przyjęła Prokuratura, nie doszło do okazania nakazu wskutek bezprawnego i agresywnego działania domowników. Taki wniosek nie znajduje jednak potwierdzenia w materiale dowodowym. Nawet bowiem przy przyjęciu wersji Prokuratury – względniejszej dla funkcjonariuszy – przedstawionej na s. 3 postanowienia, iż funkcjonariusze zostali wypchnięci z pomieszczenia przez A, B i Z, to w chwilę później Z miał już założone kajdanki, a więc funkcjonariuszom udało się opanować sytuację. Tym samym mieli możliwość okazania stosownego nakazu Z. Skoro zaś tego

nie uczynili, to wszelkie czynności, które podjęli po tym fakcie, utraciły walor legalności i stanowiły przestępstwo z art. 231 § 1 k.k. Co więcej, walor legalności utraciła sama interwencja, albowiem pokrzywdzeni w tym wypadku domownicy nie mieli świadomości, jaka jest przyczyna interwencji Policji. Nie może mieć tu znaczenia fakt, czy Z unikając – jako oskarżony – stawienictwa na wezwania sądu, zdawał sobie sprawę, że działa w sposób bezprawny. Uprawnienie do zapoznania się z nakazem sądu statuuje art. 220 § 2 KPK, a żaden inny przepis prawa nie wyłącza tego uprawnienia, nawet w sytuacjach, kiedy dana osoba dzięki innym okolicznościom jest świadoma tego, że przeszkudzenie, zatrzymanie czy doprowadzenie nastąpi.

10. Kontynuując rozważania z poprzedniego paragrafu należy stwierdzić jedynie na marginesie, że wersja przyjęta przez Prokuraturę przeczy doświadczeniu życiowemu. Gdyby bowiem domownicy tak agresywnie reagowali na interwencję funkcjonariuszy, że dopuściliby się agresji fizycznej, jeszcze przed poinformowaniem ich o celu wizyty funkcjonariuszy, niechybnie zostaliby oskarżeni o czynną napaść na funkcjonariuszy Policji, mającą na celu zmuszenie ich do odstąpienia od wykonania obowiązków służbowych¹⁵⁰. Na taką konkluzję wskazuje zarówno logika rozumowania, jak i powszechność podobnych postępowań karnych wszczynanych na skutek zawiadomień o przestępstwie składanych przez funkcjonariuszy. Bardziej zatem prawdopodobną wersją, jest wersja przedstawiona przez pokrzywdzoną A i B. Ten ostatni świadek zeznał, iż policjant krzyknął jedynie, „mamy nakaz”, lecz go nie okazał. Takie działanie stanowi, jak wskazaliśmy powyżej, naruszenie art. 231 § 1 k.k.
11. Okazanie nakazu w tej sytuacji miało znaczenie fundamentalne dla poszanowania jednego z podstawowych praw człowieka, a mianowicie prawa do prywatności, wyrażonego m.in. w art. 50 Konstytucji RP z 1997 roku i art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. Dom, mieszkanie człowieka jest bowiem tak intymnym miejscem, że każda, nawet najmniejsza ingerencja, musi mieć swoje silne i racjonalne podstawy. Nie wystarczy jednak, aby uzasadnienie istniało tylko w świadomości osób przeprowadzających interwencję, czy w sposób obiektywny było racjonalne. Informacja o powodach i podstawach prawnych musi zostać przedstawiona osobie, której ta ingerencja dotyczy w sposób wymagany przez prawo i nie budzący wątpliwości. W tym wypadku jedynym takim prawnie dopuszczalnym sposobem było okazanie nakazu, co zostało przez policjantów zaniechane. Co więcej, już sam fakt nie okazania nakazu, jest działaniem na szkodę interesu prywatnego, albowiem właśnie narusza jedno z fundamentalnych praw jednostki – prawo do prywatności.

¹⁵⁰ Jak wynika z ustaleń HFPC do dnia dzisiejszego funkcjonariusze nie złożyli stosownego zawiadomienia.

12. W kontekście wniosków przedstawionych w poprzednich paragrafach warto przytoczyć tezę orzeczenia Sądu Apelacyjnego w bardzo podobnej – na szczęście jedynie co do procedowania, a nie skutków – sprawie. W wyroku z dnia 05 września 2002 roku (sygn. akt II AKa 74/02)¹⁵¹ Sąd stwierdził, iż *Przekroczenie uprawnień przez funkcjonariusza publicznego (w sprawie, w której została złożona apelacja – z art. 115 § 13 pkt 7 k.k.) nie ogranicza się jedynie do nieprawidłowej realizacji funkcji funkcjonariusza publicznego (w tym wypadku funkcjonariusza Policji), lecz również, a właściwie tym bardziej polega na wyjściu poza uprawnienia, przy wykorzystaniu pełnienia swej funkcji. Przekroczenie uprawnień przez funkcjonariusza publicznego ma zatem dwie formy: 1) działania w ramach uprawnień, lecz niezgodnie z prawnymi warunkami danej czynności, lub 2) działania nie leżącego w ramach uprawnień, lecz pozostającego w związku z pełnioną przez niego funkcją i stanowiącego wykorzystanie wynikających z niej uprawnień. Z uwagi na to, że policjanci nie okazali zatrzymywanemu nakazu sądu (mimo iż – jak wskazaliśmy – mieli taką możliwość) – co spowodowało z kolei utratę atrybutu legalności ich interwencji – wydaje się, że w niniejszej sprawie mieliśmy do czynienia z sytuacją opisaną w pkt 2 cytowanego orzeczenia Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie. To, czy tak faktycznie było, może jednak rozstrzygnąć nie Prokuratura, a jedynie Sąd, jako organ bezstronny.*
13. Konkludując powyższe należy stwierdzić, że materiał dowodowy wskazuje, iż działania funkcjonariuszy wypełniły znamiona art. 231 § 1 k.k. w części dotyczącej przekroczenia uprawnień i niedopełnienia obowiązków. Ustalenie stopnia tego naruszenia, jak też tego, czy i ewentualnie w jakim zakresie pozostałe czynności policjantów stanowiły naruszenie art. 231 § 1 k.k. może być dokonane jedynie przez organ do tego powołany, a zatem Sąd. Na marginesie należy zaznaczyć, że niniejsza opinia ma na celu jedynie wskazanie właściwego – naszym zdaniem – sposobu oceny materiału dowodowego przez Prokuraturę, a więc organ, który nie ma najmniejszych kompetencji w orzekaniu o winie bądź niewinności danej osoby. Celem opinii nie jest natomiast merytoryczna ocena dowodów, gdyż stanowiłoby to ingerencję w kompetencje Sądu. Na tym etapie postępowania ograniczamy się jedynie do wskazania uchybień Prokuratury, które w efekcie pozbawiają pokrzywdzoną prawa do rzetelnego procesu sądowego.

Nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 k.k.).

14. Kolejnym czynem odnośnie którego toczyło się postępowanie w niniejszej sprawie jest nieumyślne spowodowanie śmierci człowieka, a więc przestępstwo zdefiniowane w art. 155 k.k. Fundamentalnym dla pociągnięcia do odpowiedzialności karnej na podstawie tego przepisu jest ustalenie związku

¹⁵¹ OSA z 2003 r., Nr 9, poz. 93

przyczynowego pomiędzy działaniem sprawcy a śmiercią danej osoby i – równorzędnie – stopnia i formy winy sprawcy.

15. Ocena tego czy zaistniał związek przyczynowy pomiędzy śmiercią Z a działaniem funkcjonariuszy dokonana przez Prokuraturę jest zupełnie oderwana od reguł logicznego i spójnego myślenia. Na s. 7 postanowienia Prokuratura powołuje się na opinię biegłych, w której stwierdzili oni, iż „(...) nie można w przedmiotowej sprawie stwierdzić, **czy i które** [podkr. HFPC] z czynności podjętych przez funkcjonariuszy stały się bezpośrednią przyczyną nagłego załamania się wydolności krążenia u” Z. Natomiast już w konkluzji kolejnego akapitu rozważań Prokuratura kategorycznie stwierdza, iż „w oparciu o opinię biegłych i zeznania świadków należy stwierdzić, iż **wyeliminowane** [podkr. HFPC] jest istnienie związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem się funkcjonariuszy a **przyczyną śmierci** [podkr. HFPC]” Z (s. 7 postanowienia). Prokuratura, rzecz jasna, nie wskazuje, które zeznania świadków wskazują na wyeliminowanie związku przyczynowego pomiędzy przyczyną śmierci Z, a zachowaniem się funkcjonariuszy, gdyż takie zeznania nie istnieją w materiale dowodowym! Żaden ze świadków nie mógł mieć bowiem pojęcia o **przyczynie śmierci**, a tym bardziej żaden ze świadków nie mógł wskazać czy taki związek przyczynowy miał miejsce, a jeśli tak, to która czynność lub zaniechanie funkcjonariuszy spowodowało zgon. Taką wiedzę mogą mieć jedynie biegli. A biegli – co wskazaliśmy powyżej, i na co wskazuje sama Prokuratura – uznali, że nie można stwierdzić, **czy i które** z czynności podjętych przez funkcjonariuszy stały się bezpośrednią przyczyną śmierci! Prokuratura jednak nie posiłkując się dodatkową opinią, w sposób zupełnie bezpodstawny, wyeliminowała związek przyczynowy pomiędzy działaniem policjantów, a śmiercią zatrzymanego, mimo iż opinia biegłych nie była tak kategoryczna. W powyższej sytuacji, kiedy opinia specjalistów nie wyeliminowała wątpliwości co do momentu śmierci, jak też w sposób kategoryczny nie rozstrzygnęła, jakie działanie lub zaniechanie stanowiło przyczynę zgonu, Prokuratura winna dążyć do wyjaśnienia tych okoliczności, poprzez zasięgnięcie dodatkowej opinii, nie wykluczając zwrócenia się do innych ekspertów z tej dziedziny.
16. Odnosząc się do wspomnianej **przyczyny śmierci** (podkreślonej w cytacie z uzasadnienia postanowienia Prokuratury), do której szerzej odnosimy się w kolejnych paragrafach, należy wskazać, że związek przyczynowy musi zaistnieć pomiędzy działaniem a następstwem, albo zaniechaniem a następstwem¹⁵². Szeroko rzecz ujmując działaniem w niniejszej sprawie była interwencja Policji, a następstwem śmierć Z. Z niewytłumaczalnych powodów Prokuratura skupiła

¹⁵² Odnośnie związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem a skutkiem istnieją rozbieżności w doktrynie prawa karnego. Praktyczne znaczenie tego zagadnienia jest jednak znikome. Szerzej na ten temat: L. Gardocki, Prawo karne, 5 wyd., C.H. Beck, 1999, Warszawa, s. 73.

się natomiast na poszukiwaniu związku pomiędzy działaniem policjantów, a przyczyną śmierci zatrzymanego. Słowo „przyczyna” oznacza coś co warunkuje i poprzedza nastąpienie określonego skutku! Samo w sobie może stanowić jedynie tzw. skutek pośredni, powodujący powstanie skutku końcowego (następstwa) albo ewentualne nastąpienie kolejnych skutków pośrednich. Skutkiem w odniesieniu, do którego musi być rozpatrywana przyczyna może być jedynie skutek końcowy (następstwo). A zatem zachowanie się policjantów może być rozpatrywane jedynie w związku ze śmiercią zatrzymanego, a nie jej przyczyną. Należy zatem odpowiedzieć na pytanie, czy policjanci mogli przewidzieć – biorąc pod uwagę konkretne okoliczności tej sytuacji (szerzej przedstawione w paragrafach 18-20 niniejszej opinii) – że ich działania spowodują takie pogorszenie się stanu zdrowia zatrzymanego, które w efekcie spowoduje jego śmierć. Nawet jeżeli – czysto teoretycznie – przyjąć, że taki związek nie zaistniał, to należy wówczas rozpatrzyć czy nie zaistniało przestępstwo z art. 160 § 1 k.k., albowiem w przypadku tego czynu funkcjonariuszom niewątpliwie można by przypisać co najmniej zamiar ewentualny narażenia na niebezpieczeństwo.

17. W naszej opinii jednak nie może ulegać wątpliwości, iż taki związek przyczynowy w niniejszej sprawie zaistniał. Wzburzenie emocjonalne Z wywołane interwencją Policji nie jest kwestionowane przez żadnego ze świadków. To czy zgon bezpośrednio spowodowało wzburzenie emocjonalne, zastosowanie środków przymusu bezpośredniego, czy inne działanie lub zaniechanie funkcjonariuszy może i powinno zostać ustalone w trakcie postępowania karnego. Nie można natomiast, jak to czyni Prokuratura, kwestionować faktów w postaci wystąpienia związku pomiędzy interwencją Policji a zgonem Z. Biorąc zaś pod uwagę, iż interwencja ta – z uwagi na nie-okazanie nakazu – utraciła walor legalności, to niewątpliwie działania podejmowane przez funkcjonariuszy należy poddać bardzo skrupulatnej i krytycznej ocenie.
18. Wątpliwości budzi również dokonana przez Prokuraturę ocena możliwości przypisania funkcjonariuszom winy nieumyślnej, wymaganej w treści art. 155 k.k. W naszej opinii chybionym jest pogląd Prokuratury, jakoby funkcjonariusze Policji nie mogli przewidzieć skutku w postaci śmierci zatrzymanego Z (s. 7 postanowienia Prokuratury Rejonowej). Takiemu stanowisku przeczy zgromadzony w sprawie materiał dowodowy. Przeciw konkluzji Prokuratury świadczą przede wszystkim zeznania pokrzywdzonej A, potwierdzone również przez zeznania samych funkcjonariuszy, a dotyczące faktu informowania przez nią interweniujących policjantów, że Z leczył się na serce. Już sama ta informacja, w połączeniu z podeszłym wiekiem zatrzymanego, jak i oznakami jego złego samopoczucia (omdlenia), musiała wzmocnić czujność policjantów. Funkcjonariusze, choćby z racji pełnionej służby, musieli zdawać sobie

również sprawę z faktu, że zatrzymanie osoby, która nie jest na nie przygotowana, ani tym bardziej z nim pogodzona, powoduje silne przeżycia emocjonalne. Należy pamiętać, że Z nie był groźnym przestępcą, który spodziewał się zatrzymania, ani tym bardziej recydywistą, „przyzwyczajonym” do wizyt Policji we własnym domu.

19. Te cztery wskazane okoliczności (choroba serca, podeszły wiek, omdlenie, silne przeżycie związane z zatrzymaniem) stanowiły jasny i zrozumiały dla funkcjonariuszy sygnał, że zatrzymywana osoba ma poważny problem ze zdrowiem, który może stanowić zagrożenie dla jej życia. Bardziej jasnym sygnałem dla funkcjonariuszy mógł być już jedynie zgon zatrzymywanego.
20. Potwierdzeniem tej tezy, jak również faktu, że policjanci dostrzegli konieczność sprawdzenia stanu zdrowia zatrzymywanego, jest wezwanie przez nich karetki pogotowia. Twierdzenia [nazwiska policjantów], jakoby uczynili to jedynie profilaktycznie, stanowią – w opinii HFPC – przyjętą przez nich linię obrony. Doświadczenie życiowe uczy zresztą, że funkcjonariusze Policji nie wzywają profilaktycznie karettek pogotowia do zatrzymywanych osób – czynią to jedynie wówczas, gdy zaistnieje niezbędna konieczność dla ratowania zdrowia lub życia tych osób¹⁵³. W związku z tym nad wyraz krytycznie należy odnieść się do uzasadnienia postanowienia Prokuratury Rejonowej, gdzie ten fragment zeznań funkcjonariuszy nie jest w ogóle komentowany (s. 4 postanowienia), co sugeruje, iż Prokuratura daje tym zeznaniom wiarę. Natomiast, jak wspomnieliśmy powyżej, doświadczenie życiowe i reguły logicznego rozumowania nakazują zakwestionować takie tłumaczenie.
21. Konkludując rozważania zawarte w para. 18-20 można stwierdzić, że wezwanie karetki przez funkcjonariuszy stanowi potwierdzenie ich świadomości złego stanu zdrowia zatrzymywanego Z. W konsekwencji tej świadomości (czterech obiektywnych okoliczności opisanych w para. 18-19) funkcjonariusze powinni byli przewidzieć, że może nastąpić jego zgon. To czy faktycznie przewidywali tą okoliczność, ale bezpodstawnie liczyli, że nie nastąpi (**lekkomyślność**), czy też nie przewidywali, choć powinni byli przewidywać (**niedbalstwo**), nie ma znaczenia, albowiem obydwa przypadki stanowią niezależne i rozłączne formy winy nieumyślnej.
22. Sytuacji nie zmienia fakt, że lekkomyślność i niedbalstwo, jako przypadki winy nieumyślnej, występowały samodzielnie w kodeksie karnym z 1969 roku, a obecnie obowiązujący kodeks karny wzbogacił je – bliżej nie sprecyzowanym

¹⁵³ Do tego obliguje ich również Ustawa z dnia 06 kwietnia 1990 roku o Policji (Dz. U. z 1990, Nr 30, poz. 179 z późn. zm.), która w art. 15 ust. 5 stanowi, iż „Osobę zatrzymaną należy niezwłocznie poddać – w razie uzasadnionej [podr. HFPC] potrzeby – badaniu lekarskiemu lub udzielić jej pierwszej pomocy medycznej”.

– określeniem „niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach”. Po pierwsze, art. 9 § 2 k.k. stanowi, iż *Czyn zabroniony popełniony jest nieumyślnie, jeżeli sprawca nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu **przewidywał albo mógł przewidzieć*** [podr. HFPC]. Wytłuszczony fragment statuuje zatem, *expressis verbis*, dwie formy winy nieumyślnej, znane poprzedniej ustawie – są to odpowiednio: lekkomyślność (*przewidywał*) i niedbalstwo (*mógł przewidzieć*). Nie ma zatem podstaw, do stwierdzenia, że obecnie obowiązująca ustawa nie rozróżnia dwóch wskazanych form winy nieumyślnej¹⁵⁴. Po drugie, aby ocenić przesłankę „niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach”, należy sięgnąć do uzasadnienia projektu Kodeksu Karnego z 1997 roku. W dokumencie tym autorzy projektu stwierdzili, iż „Reguły ostrożności są wypracowane w zależności od rodzaju ludzkiej aktywności odnośnie określonych dóbr prawnych i dotyczyć mogą kwalifikacji działającej osoby, użytego w działaniu narzędzia lub sposobu realizowania zamierzonej czynności. Reguły te są dostosowane do **warunków, w których czynność ma być podjęta** [podr. HFPC]¹⁵⁵”. Jak zostało to już ugruntowane w doktrynie i nauce prawa karnego¹⁵⁶, ustalenie czy doszło do naruszenia reguł ostrożności odbywa się w dwóch etapach. Pierwszy, opiera się na ustaleniu obiektywnego wzorca postępowania – takiego, jaki obowiązuje każdą osobę, która znajdzie się w podobnej sytuacji. Drugi etap – mający znacznie bardziej fundamentalne znaczenie w omawianej sprawie – dotyczy ustalenia, czy ten konkretny, domniemany sprawca, mógł przewidzieć albo przewidywał wystąpienie określonego skutku. Na gruncie niniejszej sprawy należy stwierdzić, po pierwsze, iż sytuacja w domu A, B i Z wymagała od funkcjonariuszy szczególnych reguł ostrożności przy stosowaniu środków przymusu bezpośredniego, skoro zdawali oni sobie sprawę z zaistnienia czterech obiektywnych okoliczności, opisanych powyżej w para. 18-20. Ponadto już sam fakt, iż byli funkcjonariuszami Policji obligował ich do tej szczególnej ostrożności, a więc dostosowania swojego zachowania do panujących warunków (zgodnie z treścią uzasadnienia do projektu kodeksu karnego z 1997 roku). W pierwszej kolejności, powinni oni zatem odstąpić od stosowania środków przymusu bezpośredniego (to czy faktycznie to uczynili budzi wątpliwości w świetle mało wiarygodnych – jak wskazujemy w niniejszej opinii – zeznań funkcjonariuszy, w zderzeniu z zeznaniami bezpośrednich świadków zajścia w osobach A i B). Następnie winni udzielić zatrzymanemu Z pierwszej pomocy medycznej (ewentualnie

¹⁵⁴ Tak też L. Gardocki, *Prawo...*, s. 80

¹⁵⁵ Projekt Kodeksu Karnego wraz z Uzasadnieniem (druki sejmowe nr 1274 i 1942)

¹⁵⁶ L. Gardocki, *Prawo...*, s. 81

pozwolić na udzielenie jej przez jego żonę). Pytania, czy policjanci byli przygotowani do udzielenia pierwszej pomocy medycznej i czy powinni byli wiedzieć, że ta pomoc winna być udzielona, miałyby charakter retoryczny. Nie ma znaczenia, iż w Rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 3 czerwca 2003 roku¹⁵⁷ w sprawie szczegółowych warunków odbywania szkoleń zawodowych w Policji¹⁵⁸ ustawodawca nie wskazał, że policjanci przechodzą szkolenia z zakresu pierwszej pomocy medycznej. W Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 17 września 1990 roku w sprawie określenia przypadków oraz warunków i sposobów użycia przez policjantów środków przymusu bezpośredniego¹⁵⁹, w § 16 ust. 1 ustawodawca stwierdził bowiem, iż *Jeżeli wskutek zastosowania środka przymusu bezpośredniego nastąpiło zranienie osoby, policjant jest obowiązany natychmiast udzielić tej osobie pierwszej pomocy* [podr. HFPC], *a w razie potrzeby – spowodować podjęcie wobec niej medycznych działań ratowniczych – w rozumieniu przepisów o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Z tego przepisu można jasno wyinterpretować, iż skoro policjant jest obowiązany udzielić pomocy medycznej, to musi znać zasady, warunki i sposób udzielania tej pomocy. Skoro zaś policjanci znają zasady, warunki i sposób udzielania pierwszej pomocy medycznej naturalnym, koniecznym i oczywistym jest, że znają również symptomy i stany, po których wystąpieniu, należy udzielić tej pomocy. W omawianej sprawie trudno wyobrazić sobie, aby wystąpiły bardziej jaskrawe symptomy konieczności udzielenia pierwszej pomocy medycznej.*

23. W tym miejscu – wracając również na marginesie do rozważań odnośnie przestępstwa z art. 231 § 1 k.k. – warto wspomnieć wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 09 lutego 2000 roku. Sąd stwierdził mianowicie, iż *Przypisanie funkcjonariuszowi odpowiedzialności za niedopełnienie obowiązków wymaga ustalenia wpieryw treści i źródła obowiązków funkcjonariusza, a następnie oceny, czy zarzucone zachowanie naruszyło któryś z tych nakazów. Nawet posiłkowe odwołanie się do wzorca „dobrego gospodarza”, rzetelnego urzędnika (...), wymaga wykazania, że funkcjonariusz publiczny nie podjął działań zapobiegających zagrożeniu dobra publicznego lub jednostkowego, choć wiedział* [podr. HFPC], *że zagrożenie istnieje*¹⁶⁰. Wytłuszczone sformułowanie sugeruje, iż funkcjonariusz musi być świadomy zagrożenia. Nie może jednak przecież ulegać wątpliwości, że ta

¹⁵⁷ Rozporządzenie z tej daty obowiązywało w dniu interwencji. Obecnie zostało zastąpione przez Rozporządzenie MSWiA z dnia 20 maja 2005 roku w sprawie szczegółowych warunków odbywania szkoleń zawodowych w Policji (Dz. U. z 2005 r., Nr 97, poz. 823)

¹⁵⁸ Dz. U. z 2003 r., Nr 133, poz. 1242

¹⁵⁹ Dz. U. z 1990 r., Nr 70, poz. 410 z późn. zm.

¹⁶⁰ KZS z 2000 r., Nr 4, poz. 40

świadomość obejmuje nie tylko zamiar bezpośredni czy ewentualny, ale również lekkomyślność i niedbalstwo. Na gruncie niniejszej sprawy należy stanowczo stwierdzić, że policjanci zaniechali udzielenia pomocy medycznej zatrzymanemu, mimo iż wiedzieli, albo powinni byli wiedzieć, że istnieje zagrożenie co najmniej dla jego zdrowia.

24. W związku z dotychczasowymi rozważaniami za zupełnie bezprzedmiotowy dla sprawy uznać należy wywód zamieszczony na s. 7 postanowienia Prokuratury Rejonowej w Płocku, a dotyczący przyczyny śmierci Z i konstatację, że funkcjonariusze nie byli w stanie przewidzieć tej przyczyny. Nikt bowiem nie wymaga od funkcjonariuszy wiedzy medycznej, a zwłaszcza głębokiej znajomości symptomatyki chorób. W omawianej, konkretnej sytuacji rolę funkcjonariuszy nie było też przewidzenie z jakiego powodu nastąpi śmierć zatrzymanego, jak sugeruje Prokuratura. Ich jedynym zadaniem było przewidzenie możliwości wystąpienia samego zgonu, właśnie w oderwaniu – a nie jak sugeruje organ ścigania, bez oderwania – od medycznej przyczyny tego faktu. Przy takiej wykładni art. 155 k.k., jakiej dokonała w zaskarżonym postanowieniu Prokuratura, przestępstwo to mogłoby być popełnione właściwie jedynie przez osoby posiadające wykształcenie medyczne. Trudno bowiem wymagać, aby przeciętny człowiek miał wiedzę pozwalającą na identyfikację przyczyny śmierci, dodatkowo jeszcze przed zaistnieniem zgonu. Prokuratura w swoim postanowieniu w sposób nieznaną nauce prawa karnego wyinterpretowała nową znamię przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci, a więc świadomość sprawcy przyczyny tej śmierci. Takie rozumowanie musi zostać zakwestionowane, gdyż w sposób oczywisty jest niedopuszczalne. Zakres nieumyślności, o jakiej mowa w art. 155 k.k., dotyczy wyłącznie możliwości lub powinności przewidzenia skutku w postaci śmierci przez osobę, która podejmuje dane działanie. Wbrew twierdzeniom Prokuratury materiał dowodowy wskazuje, że funkcjonariusze Policji w niniejszej sprawie mieli taką możliwość lub powinność. Oceny natomiast, czy faktycznie tak było może dokonać jedynie niezawisły i bezstronny Sąd.
25. Potwierdzenie przedstawionej w para. poprzednim tezy znaleźć można również w orzecznictwie. W wyroku z dnia 02 sierpnia 2001 roku (sygn. akt II KKN 63/99) Sąd Najwyższy stwierdził m.in., że *Nie każde naruszenie reguł ostrożności pozwala na przypisanie sprawcy tego naruszenia popełnienia czynu zabronionego. Możliwość przypisania sprawcy skutków czynu obejmuje jedynie normalne, a nie wykraczające poza możliwość przewidywania, następstwa* [podr. HFPC] *jego zachowania. I co równie ważne następstwa te muszą pozostawać w związku z zawinionym naruszeniem tych reguł ostrożności, które w konkretnym układzie sytuacyjnym* [podr. HFPC] *wywołało stan*

*niebezpieczeństwa dla określonego dobra prawnego*¹⁶¹. Jak jasno zatem wynika z orzeczenia SN, winę nieumyślną można przypisać, jeżeli sprawca miał możliwość przewidzenia następstwa swojego czynu, a nie pośredniego, konkretnego skutku o charakterze medycznym, który – następując w wyniku działania tegoż sprawcy – spowodował dopiero wystąpienie określonego rezultatu finalnego (następstwa). Sąd stwierdził, że sprawcy można przypisać jedynie normalne następstwa, a nie wykraczające poza możliwości przewidywania. Biorąc pod uwagę całą tezę tego orzeczenia, nie ulega przecież wątpliwości, że chodzi o normalne następstwa (a więc dające się przewidzieć) **w konkretnym układzie sytuacyjnym**. W niniejszej sprawie – jak już wcześniej to podnosiliśmy (para. 18-20) – istniały obiektywne okoliczności, które wręcz nakazywały policjantom zachowanie ostrożności szczególnej w postępowaniu z zatrzymywanym, bo jedynie taki rodzaj ostrożności odpowiadał wymaganiom zarówno wieku, stanu zdrowia, jak i stopnia zagrożenia, jaki w tym momencie stwarzał Z dla życia, zdrowia lub mienia funkcjonariuszy. Ta teza wynika z kolei z wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 28 lutego 2001 roku (sygn. akt II AKa 276/00). Sąd stwierdził bowiem, iż *Do przyjęcia odpowiedzialności z art. 155 k.k. dochodzi jedynie wtedy, gdy śmierć człowieka jest niezamierzonym następstwem działania sprawcy, w rozumieniu art. 9 § 2 k.k., polegającym na niezachowaniu przeciętnego obowiązku ostrożności w sytuacji, w której na podstawie normalnej zdolności przewidywania i ogólnego obowiązku dbałości o życie ludzkie lub przewidywania skutków własnych działań można wymagać od człowieka, aby nie dopuścił do nastąpienia przestępnego skutku* [podkr. HFPC]¹⁶². Jak zatem jasno widać wskazany przeciętny obowiązek ostrożności musi być oceniany w świetle dwóch aspektów:

- a) normalnej zdolności przewidywania;
- b) ogólnego obowiązku dbałości o życie ludzkie lub przewidywania własnych działań.

Nie ulega przy tym najmniejszej wątpliwości, że wskazana w pkt a, normalna zdolność przewidywania, uzależniona jest od konkretnych okoliczności sytuacyjnych, które mogą stanowić dodatkowe wskaźniki oceny danego przypadku, przez co warunkują właśnie przewidywanie przyszłości i skutków określonych zachowań. W omawianej sprawie funkcjonariusze Policji znając, obserwując i rozumiejąc cztery okoliczności opisane powyżej w para. 18-20, musieli dostosować swój przeciętny obowiązek ostrożności do zaistniałej sytuacji, podwyższając jego standard.

¹⁶¹ System Informacji Prawnej LEX („SIGMA”), 34/2005, poz. 51381

¹⁶² Prokuratura i Prawo, 2002, Nr 9, poz. 18

26. Konkludując dotychczasowe rozważania należy stwierdzić, że ocena materiału dowodowego dokonana przez Prokuraturę nie tylko daleko wykracza poza ramy oceny swobodnej, ale również stoi w sprzeczności z podstawowymi prawidłami logiki. Materiał dowodowy, choć w niewielkiej części niekompletny, daje podstawy do wniesienia aktu oskarżenia przeciwko funkcjonariuszom Policji. Umorzenie postępowania z uwagi na brak znamion czynu zabronionego stanowi natomiast rażące naruszenie procedury karnej. Jak wskazaliśmy powyżej oceny tego materiału dowodowego – w taki sposób, w jaki dokonała tego Prokuratura Rejonowa w X – może dokonać jedynie niezawisły i bezstronny Sąd.
27. W świetle powyższych ustaleń warto odnieść się do jeszcze jednej kwestii mającej być może fundamentalne znaczenie dla przyczyny zgonu Z. Chodzi mianowicie o racjonalne uzasadnienie decyzji o wyprowadzeniu (wyniesieniu) skutego kajdankami zatrzymywanego i umieszczeniu go w radiowozie, mimo iż w dalszym ciągu funkcjonariusze wciąż oczekiwali na przyjazd karetki. Z materiału dowodowego, a tym bardziej z postanowienia Prokuratury Rejonowej, nie można wywnioskować, co spowodowało policjantem wydającym polecenie wyprowadzenia czy też wywleczenia zatrzymywanego z domu. A w świetle zeznań lekarza pogotowia [nazwisko], cytowanych zarówno przez Prokuraturę, jak i pełnomocnika pokrzywdzonej, zgon Z nastąpił najprawdopodobniej kilkanaście minut przed przyjazdem pogotowia. Jeżeli fakt ten zostałby potwierdzony co najmniej do stopnia prawdopodobieństwa graniczącego z pewnością (co można i powinno się osiągnąć poprzez powołanie biegłych na tą okoliczność, czego zaniechała Prokuratura), miałyby to kapitalne znaczenie dla oceny stopnia zawinienia funkcjonariusza, który podjął decyzję o wyniesieniu zatrzymywanego do radiowozu. Można byłoby bowiem stwierdzić wówczas, że zgon nastąpił już w trakcie „transportowania” Z lub też zaraz po umieszczeniu go w radiowozie. Jak wskazaliśmy powyżej, uzasadnienia tej decyzji funkcjonariusz [nazwisko] nie przedstawił. Dziwi również fakt, że także w tym miejscu Prokuratura nie pochyliła się nad tak istotną luką w zeznaniach funkcjonariusza. Odpowiedź na pytanie co spowodowało – w opinii funkcjonariusza – konieczność odtransportowania chorego, omdlewającego mężczyzny w podeszłym wieku do radiowozu, kiedy dla funkcjonariuszy musiało być oczywistym, że jego stan zdrowia w tym konkretnym momencie nie jest dobry, ma w tej sprawie kapitalne znaczenie. Co więcej, policjanci w każdej chwili spodziewali się przyjazdu karetki. Czy [nazwisko policjanta] nie mógł poczekać z wydaniem tego polecenia do czasu zbadania zatrzymywanego przez lekarza pogotowia? Jeśli tak, to dlaczego? Gdyby funkcjonariusz udzielił jakiegokolwiek wyjaśnienia tej okoliczności, byłoby to być może względniejsze dla niego. Zupełny brak odniesienia się do tej kwestii może sugerować tylko jedno: funkcjonariusz w sposób dalece

nieostrożny i nierozważny zignorował obiektywne okoliczności towarzyszące całemu zdarzeniu, odnoszące się do stanu zdrowia zatrzymywanego. Dał się ponieść emocjom, jakie niewątpliwie towarzyszyły wszystkim uczestnikom tej sytuacji. Jego decyzja była całkowicie nieprzemyślana i impulsywna. Nie może to w żadnym jednak przypadku zwalniać go z odpowiedzialności, jeżeli wskutek postępowania karnego jego wina – rzecz jasna nieumyślna – zostanie udowodniona. Jako policjant, zwłaszcza dokonujący zatrzymania, ma bowiem obowiązek wzięcia na siebie odpowiedzialności za życie człowieka. Zakładając – czysto teoretycznie – że Z znalazłby się w identycznej sytuacji zdrowotnej w tym samym czasie, nawet gdyby nie interweniowała Policja, należy stwierdzić – ponad wszelką wątpliwość – że jego żona udzieliłaby mu pomocy medycznej, być może ratując życie. Wskutek działania funkcjonariuszy Policji nie miała niestety takiej możliwości.

28. Reasumując postanowienie Prokuratury jest nie tylko nieudolną próbą zniekształcenia materiału dowodowego, ale – co gorsze – stanowi w kilkunastu wskazanych powyżej przypadkach próbę ingerencji w kompetencje Sądu. Prokuratura dopuściła się swoistego przedsądu, pośrednio oceniając winę i niewinność osób, którym w rzeczywistości powinna postawić zarzuty. Tym samym, jak wskazaliśmy, ocena materiału dowodowego dokonana w niniejszej sprawie przez Prokuraturę Rejonową w X, a przez to całe śledztwo nie może uzyskać miana rzetelnego i skutecznego, w rozumieniu zamieszczonych poniżej przykładów orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

Pokrzywdzona A. Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

29. Nie sposób rozpatrywać umorzenia postępowania w niniejszej sprawie w oderwaniu od sytuacji w jakiej znalazła się pokrzywdzona A. Będąc żoną zatrzymywanego Z obserwowała proces śmierci swojego męża, spowodowany interwencją funkcjonariuszy we własnym domu. Nie można zapominać, że – jak wynika z zeznań świadków – najpierw poinformowała policjantów o tym, że Z leczył się na serce, a później poprosiła ich o możliwość udzielenia mężowi pomocy medycznej powołując się na fakt, iż jest pielęgniarką. Niestety funkcjonariusze nie pozwolili jej na to.
30. Na marginesie należy odnieść się do faktu, że Prokuratura po raz kolejny wykazała się nieumiejętnością logicznego rozumowania i brakiem doświadczenia życiowego dając wiarę funkcjonariuszowi [nazwisko], który stwierdził, iż nie kojarzy, aby A powiedziała, że udzieli pierwszej pomocy medycznej swojemu mężowi. Nawet gdyby funkcjonariusz nie usłyszał rzeczywiście, w dynamicznej i emocjonalnej sytuacji, wypowiedanej prośby pokrzywdzonej, to niewątpliwie ona by ją powtórzyła wielokrotnie. Nie można przecież

przyjąć, że stałaby beczynną (zwłaszcza mając stosowne przygotowanie medyczne), patrząc na to, że z jej mężem dzieje się coś złego i będąc świadomą jego problemów z sercem. Dodatkowym wsparciem tej tezy jest zachowanie pokrzywdzonej i jej syna, które miało na celu obronę Z przed zabranie go przez policjantów. Sugeruje to w sposób jasny i klarowny, że pokrzywdzonej los męża nie był obojętny. W związku z tym bezkrytyczne danie wiary zeznaniom funkcjonariusza przez Prokuraturę musi budzić sprzeciw, gdyż po raz kolejny organ ścigania zdaje się nie zauważać, iż jest to linia obrony przyjęta przez policjanta. Z zeznań pokrzywdzonej wynika natomiast jasno, że policjant nie pozwolił jej (i to w sposób brutalny – odpychając pokrzywdzoną) na udzielenie pomocy Z. W świetle logiki i doświadczenia życiowego właśnie tą wersję należałoby przyjąć jako odzwierciedlającą fakty, co czyniłoby zadość przepisowi art. 2 § 2 KPK.

31. Odmówienie przez funkcjonariuszy pokrzywdzonej prawa do udzielenia pomocy Z, zwłaszcza w kontekście więzów rodzinnych łączących pokrzywdzoną z zatrzymywaniem i jej przygotowania medycznego do udzielania pierwszej pomocy, musi być traktowane jako nieludzkie postępowanie wobec A, w rozumieniu art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. Taka kwalifikacja działania funkcjonariuszy wynika z orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu, który zaprezentował analogiczny pogląd w sprawie *Kurt przeciwko Turcji*¹⁶³. Stan faktyczny w tej sprawie dotyczył zatrzymania na oczach matki (skarżącej) syna i braku informacji o jego losie, jakich żądała od prokuratora (po wielu miesiącach okazało się, że syn nie żyje). Trybunał uznał, że p. Kurt została pokrzywdzona przez pasywność władz (brak działań prokuratury i zupełny brak informacji). Analogia z niniejszą sprawą jest dwojakiej natury. Po pierwsze, A już w chwili zatrzymywania męża stała się ofiarą co najmniej poniżającego postępowania, a to poprzez nie umożliwienie jej przez funkcjonariuszy udzielenia pierwszej pomocy medycznej mężowi. Jak wskazaliśmy powyżej, zeznania [nazwisko funkcjonariusza] w tym zakresie zupełnie nie mieszczą się w ramach logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego. Po drugie, śledztwo przeprowadzone w tej sprawie przez Prokuraturę Rejonową w X nie zasługuje na miano zupełnego, rzetelnego, ani tym bardziej skutecznego. Największym zarzutem nie jest tu niekompletność postępowania (braki mogłyby zostać uzupełnione nawet w postępowaniu sądowym), a naruszenie wszelkich reguł wnioskowania i ocena materiału dowodowego dokonana w sposób kontrfaktyczny. Tym samym Prokuratura – podobnie jak prokuratura turecka w sprawie śmierci syna p. Kurt – przyjęła postawę pasywną w ściganiu ewentualnych sprawców, „pozorując” jedynie dążenie do prawdy obiektywnej. Takie działanie

¹⁶³ Orzeczenie z dn. 25.5.1998 r., RJD 1998-III

organu ścigania w sprawie dotyczącej ewentualnego spowodowania śmierci osoby najbliższej przez funkcjonariuszy publicznych – w naszej opinii – niewątpliwie, skutkowałoby uznaniem A przez Trybunał w Strasburgu za ofiarę nieludzkiego postępowania w rozumieniu art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.

32. W związku z powyższym należy stwierdzić, iż A ma prawo do rzetelnego i skutecznego śledztwa w sprawie śmierci swojego męża, która to okoliczność jest przyczyną uznania jej za pokrzywdzoną i – w naszej opinii – ofiarę nieludzkiego traktowania. Na gruncie niniejszej sprawy przemawia za takim rozwiązaniem dbałość o rzetelne, pełne i kompleksowe rozpatrzenie skargi na działania funkcjonariuszy. Takie wymogi wynikają właśnie z orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka dotyczącego art. 3¹⁶⁴ Konwencji. W sprawie *Assenov przeciwko Bułgarii* (orzeczenie z dnia 28.10.1998 r.)¹⁶⁵, Trybunał uznał, iż przepis art. 3 – w połączeniu z ogólnym obowiązkiem państwa, na podstawie art. 1 Konwencji, zapewnienia każdej osobie podlegającej jego jurysdykcji praw i wolności określonych w Konwencji wymaga w sposób dorozumiany przeprowadzenia skutecznego, urzędowego śledztwa. Obowiązek ten musi umożliwić zidentyfikowanie i ukaranie sprawców. W przeciwnym razie, ogólny zakaz tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania i karnia, niezależnie od jego fundamentalnego znaczenia, byłby w praktyce nieskuteczny, a funkcjonariusze państwa mogliby całkowicie bezkarnie łamać prawa osób pozostających pod ich kontrolą.
33. Konsekwencją takiego podejścia jest konieczność zapewnienia skarżącemu skutecznego środka odwoławczego, o którym mowa w art. 13¹⁶⁶ Konwencji. To z kolei Trybunał podkreślił, w orzeczeniu z dnia 18.12.1996 roku, w sprawie *Aksoy przeciwko Turcji*¹⁶⁷. Trybunał uznał, że ze względu na fundamentalne znaczenie wolności od nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karnia oraz szczególnie słabą pozycję ofiar naruszeń prawa przez funkcjonariuszy państwowych, państwo członkowskie Rady Europy ma w każdej takiej sprawie obowiązek przeprowadzenia szczegółowego i skutecznego śledztwa. Jeśli jednostka ma dający się uzasadnić zarzut, iż była traktowana w sposób nieludzki lub poniżający przez funkcjonariuszy państwa, pojęcie „skutecznych środków

¹⁶⁴ Art. 3 stanowi, iż Nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu.

¹⁶⁵ Skarga nr 24760/94; RJD 1998-VIII

¹⁶⁶ Art. 13 stanowi, iż Każdy, czyje prawa i wolności zawarte w niniejszej Konwencji zostały naruszone, ma prawo do skutecznego środka odwoławczego do właściwego organu państwowego, także wówczas, gdy naruszenia dokonały osoby wykonujące swoje funkcje urzędowe.

¹⁶⁷ Skarga nr 21987/93

odwoławczych” obejmuje, szczegółowe i skuteczne śledztwo, umożliwiające identyfikację sprawców i ukaranie winnych, z zapewnieniem skutecznego udziału w nim samego pokrzywdzonego.

Wnioski końcowe.

34. W omawianej sprawie śledztwo przeprowadzone przez Prokuraturę Rejonową w X nie zmierzało do wykrycia i ukarania winnych. Nie było również tym samym ani skuteczne, ani rzetelne. Zgromadzony materiał dowodowy, choć wymaga uzupełnienia, mógłby w niejednym postępowaniu stanowić podstawę oskarżenia.
35. **W związku z powyższym prosimy Wysoki Sąd o wzięcie pod uwagę niniejszej opinii i zwrot akt sprawy do Prokuratury Rejonowej w X celem uzupełnienia materiałów postępowania wraz z sugestią dogłębnego rozważenia możliwości wniesienia aktów oskarżenia wobec osób, co do których istnieją wystarczające dane uzasadniające popełnienie przestępstw, i które swoimi działaniami wypełniły znamiona art. 231 § 1 i art. 155 k.k.**

Opinię przygotował
mgr Krzysztof Wilamowski

Opinię zweryfikował i zatwierdził
prof. Andrzej Rzepliński

Rozdział VI

Podsumowanie

Wyniki tak przeprowadzonego programu, z uwagi na kompleksowy charakter działań, należy traktować jako miarodajne dla ogólnej oceny stanu przestrzegania zakazu tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Należy jednak pamiętać, iż ocena ta może odnosić się przede wszystkim do procedur gwarantujących ochronę omawianej wolności. Praktyka działań funkcjonariuszy państwowych podlega ocenie jedynie w kontekście omawianych w tym raporcie incydentalnych przypadków, i – przynajmniej co do zasady – nie może podlegać uogólnianiu. W raporcie podnosiliśmy bowiem te konkretne sytuacje, w których działania funkcjonariuszy Policji, funkcjonariuszy Służby Więziennej, czy innych reprezentantów państwa, w jakimś stopniu naruszały lub mogły naruszać wolność od tortur. Nie były to natomiast działania stanowiące jakiegokolwiek przekrój statystyczny, czy wskaźnik do oceny praktyk stosowanych przez wszystkich funkcjonariuszy danej formacji.

W wyniku trzyletnich działań programu nie zostały ujawnione przypadki mające charakter tortur, w rozumieniu określonym w art. 3 EKPC, jak też w rozumieniu Konwencji ONZ o zakazie stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Umyślność działania, długotrwałość dolegliwości i powaga skutków takich naruszeń powodują, iż tortury sensu *stricto* należą w ogóle do bardzo rzadkiej kategorii przypadków w krajach kolokwialnie określanymi jako cywilizowane. Jednakże są też kraje aspirujące do członkostwa w strukturach europejskich (np. Turcja¹⁶⁸), w których w dalszym ciągu zdarzają się sytuacje zadawania przesłuchiwanym wymyślnych cierpień fizycznych i psychicznych, dla uzyskania określonych zeznań, czy po prostu przyznania się do winy.

Brak tego typu przypadków w naszym kraju jest niewątpliwie sytuacją, którą należy ocenić bardzo pozytywnie. Z drugiej jednak strony, rozpoczynając działania, nie spodziewaliśmy się odnotować tego najbardziej jaskrawego rodzaju łamania zakazu określonego w art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka. Standard przestrzegania podstawowych praw i wolności w Polsce, choć daleki wciąż od

¹⁶⁸ Country Reports on Human Rights Practices - 2004 - Released by the Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor February 28, 2005; źródło: U.S. State Department.

ideału, powoduje, iż tego typu postępowanie nie jest akceptowalne ani społecznie, ani – co bardziej istotne – w praktyce działania funkcjonariuszy państwowych.

Inaczej już wygląda jednak sytuacja odnośnie dwóch pozostałych rodzajów złamania zakazu z art. 3 EKPC, czyli niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania. Niektóre z przytoczonych wcześniej przykładów sytuacji mogłyby zostać zakwalifikowane do jednej z tych kategorii. Oczywiście, dopóki w kwestii każdego z tych przypadków nie wypowie się Europejski Trybunał Praw Człowieka, ta teza ma jedynie charakter przypuszczenia. Jednakże biorąc pod uwagę dotychczasową linię orzeczniczą Trybunału, można z dużą dozą pewności stwierdzić, że wskazane poniżej sytuacje zostałyby uznane za naruszenie art. 3 EKPC.

W instytucjach izolacyjnych największym problemem jest oczywiście przeludnienie. Samo w sobie generować może – stosownie do ustalonej linii orzeczniczej Europejskiego Trybunału Praw Człowieka – naruszenie art. 3 EKPC, o ile osiągnie pewien minimalny poziom dolegliwości. Warto zwrócić uwagę na najnowsze orzeczenia Trybunału, w których stwierdza on, iż przeludnienie cel na pewnym poziomie metrażu jest koniecznym, ale również wystarczającym warunkiem uznania naruszenia art. 3 EKPC, bez konieczności stwierdzania innych dolegliwości. W sprawie *Novoselov przeciwko Rosji*¹⁶⁹, Trybunał stanął na stanowisku, że konieczność stałego przebywania, jedzenia, załatwiania potrzeb fizjologicznych w celi, w której na jednego pozbawionego wolności przypadała powierzchnia około 1 m², stanowi wystarczający powód uznania, że doszło do naruszenia art. 3 EKPC. Trzeba podkreślić jedynie na marginesie, że we wcześniejszych wyrokach Trybunał uznawał, że dla uznania naruszenia zakazu niehumanitarnego postępowania, konieczne jest występowanie innych dolegliwości spowodowanych samym faktem przeludnienia (np. niemożność korzystania z przysługujących praw).

Jednakże przeludnienie powiązane z innymi „niedogodnościami” stanowi zawsze, ugruntowane w linii orzeczniczej Trybunału naruszenie zakazu niehumanitarnego postępowania, a zatem „średniej” formy ingerencji w wolność wyrażoną w art. 3 Konwencji. W polskim systemie penitencjarnym niewystarczająca liczba etatów funkcjonariuszy i pracowników służby więziennej powoduje nie tylko brak fizycznej możliwości zapewnienia wszystkim pozbawionym wolności korzystania z ich ustawowo gwarantowanych praw, ale również pogłębianie się stresu kadry, które w prostej linii odbijać się może na osadzonych. Wzrost poziomu napięcia pomiędzy osobami pozbawionymi wolności, a personelem penitencjarnym prowadzić musi do znacznego zwiększenia liczby tzw. wypadków nadzwyczajnych. Podobnie dzieje się, jeśli chodzi o agresję pomiędzy osadzonymi, skoro – tytułem przykładu – w celi, której metraż pozwala na zgodne z kodeksem karnym wykonawczym umieszczenie w niej 5 osadzonych, przebywa 7 czy nawet 8 osób pozbawionych wolności.

¹⁶⁹ Wyrok z dn. 02.06.2005 r., skarga nr 66460/01

Najtrudniejsza sytuacja powstaje oczywiście w zakładach karnych typu zamkniętego i aresztach śledczych, gdzie osadzeni przebywają niemal przez 23 godziny na dobę w celi. W związku z tym ograniczanie dostępu do bieżącej wody do czterech godzin na dobę w tego typu jednostkach, jak to miało miejsce w Zakładzie Karnym we Wronkach, stanowi – w naszej opinii – traktowanie co najmniej poniżające. W sytuacji zakładu o charakterze zamkniętym, gdzie część z osób pozbawionych wolności pracuje, niemożność skorzystania z bieżącej wody jest nadmiernym ograniczaniem przysługujących praw. Niewydolność finansowa instytucji państwowych nie może być w tej materii żadnym usprawiedliwieniem. Polityka oszczędności administracji jednostki nie może być prowadzona z uszczerbkiem dla praw osób pozbawionych wolności.

W kwestii traktowania osób pozbawionych przez reprezentantów władzy państwowej jest wciąż wiele do zrobienia. Naruszanie godności osób pozbawionych wolności przez funkcjonariuszy publicznych nie należy wcale do rzadkości¹⁷⁰. A trzeba pamiętać, iż osoba skazana prawomocnie na karę pozbawienia wolności i odbywająca karę, nie jest pozbawiona swojej godności osobowej, ani innych praw podstawowych, poza tymi, z których korzystanie nie jest możliwe poprzez sam fakt izolacji i sentencję konkretnego wyroku karnego. Nie może być tak, że – w zależności od możliwości finansowych danej jednostki, czy indywidualnego podejścia administracji – w różnych jednostkach będzie obowiązywał różny standard przestrzegania praw gwarantowanych tym osobom, nie tylko w aktach prawa międzynarodowego, ale przede wszystkim w ustawodawstwie krajowym, z Konstytucją RP na czele.

Oczywiście fakt przeludnienia jednostek penitencjarnych musi być oceniany w zależności od charakteru danej jednostki. Warunki odbywania kary pozbawienia wolności w Zakładzie Karnym w Tarnowie Mościcach w okresie objętym lustracją w ramach programu nie stanowiły poniżającego traktowania. Przede wszystkim sam fakt istniejącego tam przeludnienia, w jego ówczesnych rozmiarach, nie może stanowić samoistnej przesłanki uznania, że doszło do naruszenia art. 3 EKPC. Warunki w danej jednostce penitencjarnej musiałyby bowiem osiągnąć pewien minimalny stopień dolegliwości, zdefiniowany przez Trybunał m.in. w sprawie *Valasinas przeciwko Litwie*. Najważniejsze znaczenie ma jednak fakt, iż Zakład Karny w Tarnowie – Mościcach ma charakter zakładu półotwartego i otwartego. To powoduje, że skazani nie są zmuszeni do pozostawania w celi przez niemal pełną dobę (odejmując godzinny spacer, jak to ma miejsce w polskich jednostkach o charakterze zamkniętym). Ten złagodzony rygor odbywania kary pozbawienia wolności powoduje, niemal automatycznie, zmniejszenie wskazanego poziomu dolegliwości.

¹⁷⁰ Patrz Rozdział 3, Opinia prawna typu *amicus curiae* w sprawie warunków przebywania osób pozbawionych wolności w Zakładzie Karnym w Tarnowie Mościcach w świetle standardu orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w zakresie art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności *in fine*.

Niewątpliwie stan techniczny budynków (w tym cel mieszkalnych i pomieszczeń administracyjnych) pozostawiał wiele do życzenia (chodzi zwłaszcza o fatalny stan dachów). Dla uznania tego czynnika za decydujący o poniżającym traktowaniu, należałoby wykazać bezpośredni związek pomiędzy złym stanem budynków, a pogorszeniem się stanu zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności. Istotne znaczenie miał tu również fakt, że przeciekające dachy stanowią element obiektywny w budynkach tej jednostki penitencjarnej: występują one zarówno w celach mieszkalnych, jak i pomieszczeniach administracji zakładu (np. pokój wychowawcy na oddziale I). W związku z tym – w naszej opinii – warunki odbywania kary w tej jednostce nie stanowiły naruszenia art. 3 EKPC w świetle standardu orzeczniczego Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

Jak wskazaliśmy jednak w opinii, powyższa konstatacja nie stanowi przeszkody dla ewentualnego uznania przez sąd orzekający, iż doszło do naruszenia przepisów krajowych, w tym zwłaszcza przepisów kodeksu karnego wykonawczego, odnoszących się do warunków odbywania kary, w tym zwłaszcza art. 110 § 2 k.k.w. w zw. z art. 4 k.k.w. W dalszej kolejności – w przypadku uznania zasadności roszczeń w konkretnym przypadku – niewykluczone może być przyznanie przez sąd stosownego odszkodowania lub zadośćuczynienia, zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego, po spełnieniu określonych w tej ustawie przesłanek.

Co więcej, w kwestii przeludnienia niepokojąca praktyka może być zaobserwowana również na poziomie ustawodawstwa. Jak wskazaliśmy, praktyka „legalizowania” umieszczania więźniów w celach, w których na jednego przypada często 1,5 m kwadratowego powierzchni, została usankcjonowana poprzez rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości już w 2000 roku¹⁷¹. Rozporządzenie to stanowi, iż w przypadku odnotowania stanu przeludnienia (a więc sytuacji permanentnej w Polsce od około 5 lat), dyrektor okręgowego inspektoratu służby więziennej i dyrektor danego zakładu jest obowiązany, każdy zgodnie z własnymi kompetencjami, podjąć działania zmierzające do przekształcenia pomieszczeń nie wliczanych do pojemności zakładu na cele mieszkalne. W połowie grudnia 2005 Rzecznik Praw Obywatelskich zaskarżył przepisy obecnie obowiązującego rozporządzenia do Trybunału Konstytucyjnego. Rzecznik zarzucił, iż wskazany przepis sankcjonuje stan sprzeczny z prawem. Rzecznik zarzucił niezgodność tej regulacji z art. 40 i 41 Konstytucji RP (odpowiednio: zakaz tortur, niehumanitarnego, okrutnego lub poniżającego traktowania albo karania i prawo więźniów do humanitarnego traktowania).

¹⁷¹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 października 2000 r. w sprawie zasad i trybu postępowania właściwych organów w wypadku, gdy liczba osadzonych w zakładach karnych lub aresztach śledczych przekroczy w skali kraju ogólną pojemność tych zakładów, Dz. U. z 2000 r., Nr 97, poz. 1060; uchylone przez: Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 sierpnia 2003 r. w sprawie trybu postępowania właściwych organów w wypadku, gdy liczba osadzonych w zakładach karnych lub aresztach śledczych przekroczy w skali kraju ogólną pojemność tych zakładów, Dz. U. z 2003, Nr 152, poz. 1497.

Osobnym zagadnieniem jest możliwość dochodzenia swoich praw przez ofiary naruszenia art. 3 EKPC, a więc proceduralne gwarancje ochronne. Poddane analizie systemy rozpatrywania skarg na działania funkcjonariuszy służby więziennej i policji prowadzone w ramach wewnętrznych struktur tych formacji nie nastroją pozytywnie.

System badania skarg dotyczących przekroczenia uprawnień przez funkcjonariuszy Służby Więziennej jest daleki od wzorcowego, który miałby w pełni gwarantować niezależność i bezstronność postępowania. Opiera się on o wewnętrzne struktury tej formacji, co znacznie obniża ocenę obiektywizmu prowadzonych postępowań wyjaśniających. Osoba pozbawiona wolności nie ma żadnego wpływu na tryb w jakim skarga będzie rozpatrzona. Jeśli chodzi o skargi do organów Służby Więziennej – nie ma też wpływu na podmiot rozpatrujący skargę. Niezależnie bowiem od tego, czy skargę skieruje do Centralnego Zarządu Służby Więziennej, czy do okręgowego inspektoratu służby więziennej, skarga i tak zostanie – co do zasady – przekazana do rozpatrzenia (ustosunkowania się do zarzutów) administracji konkretnej jednostki penitencjarnej, której dotyczą te zarzuty. Wnioski wynikające z takiego wewnętrznego postępowania wyjaśniającego stanowią najczęściej podstawę odpowiedzi udzielonej skarżącemu i – co za tym idzie – oceny zasadności jego zarzutów. W szczególnie uzasadnionych przypadkach skarga powinna być rozpoznana na miejscu zdarzenia przez przedstawicieli jednostki nadrzędnej nad tą, której skarga dotyczy. Te szczególnie uzasadnione przypadki stanowią przypadki skarg na naruszenie nietykalności cielesnej, pobicie, znęcanie się, niezgodne z prawem użycie środków przymusu bezpośredniego. Pamiętać jednak należy, że także w tym przypadku, przedstawiciele jednostki rozpatrującej, a więc nadrzędnej nad tą, której skarga dotyczy, bazują na oświadczeniach i dokumentach sporządzonych w jednostce, w ramach której miało miejsce domniemane zdarzenie.

System rozpatrywania skarg na czynności funkcjonariuszy policji opiera się w zasadzie na załatwianiu tych skarg w ramach jednostek niższego rzędu, nawet jeżeli skargi te są kierowane do komend wojewódzkich, czy Komendy Głównej Policji (choć formalnie organy wyższego rzędu mają oczywiście prawną możliwość samodzielnego prowadzenia postępowania). Często organami, które rozpatrują skargi są bezpośredni przełożeni funkcjonariuszy, których dotyczą zarzuty. Niewątpliwą zaletą takiego rozwiązania powinna być niemal natychmiastowość rozpoznania i załatwienia skargi. Z drugiej jednak strony, w odczuciu społecznym, skargi te są rozpatrywane w sposób nieobiektywny, skoro rozstrzygający w nich komendanci, znają domniemanych sprawców naruszenia. Nie jest to rzecz jasna dowodem braku obiektywizmu tych postępowań. Może za to wpływać na obiektywizm i rzetelność wyjaśniania poszczególnych przypadków. Zgodnie natomiast z linią orzeczniczą ETPC, szczególnie słaba pozycja ofiar naruszenia art. 3 EKPC nakazuje, aby postępowania zmierzające do ukarania winnych, były prowadzone niezwykle skrupulatnie i w sposób zapewniający całkowitą bezstronność.

Uznać zatem trzeba, że systemy badania skarg dotyczących przekroczenia uprawnień przez funkcjonariuszy Policji i Służby Więziennej są dalekie od ideału. Obydwa opierają się o wewnętrzne struktury tych formacji, co znacznie obniża ocenę obiektywizmu takich postępowań.

Dodatkowym mankamentem jest skuteczność postępowań karnych prowadzonych w sprawach dotyczących naruszenia art. 3 EKPC, w tym zwłaszcza dotyczących domniemanych pobić przez funkcjonariuszy policji. Każdorazowy brak śledztwa w sytuacji, gdy ofiara ma dający się uzasadnić zarzut, iż była poddana torturom, traktowana albo karana w sposób niehumanitarny, czy poniżający, naraża Państwo-Stronę EKPC na odpowiedzialność przed Trybunałem w Strasburgu. Linia orzecznicza Trybunału jest w tej mierze ustalona od lat. Niedopuszczalne są w świetle wyroków Trybunału sytuacje, w których wprawdzie stwierdzony zostaje przypadek, który może stanowić naruszenie art. 3 EKPC, ale organ ścigania nie podejmuje próby jego wyjaśnienia.

Co więcej, sprawy dotyczące czynów popełnionych przez funkcjonariuszy Policji czy Służby Więziennej, kończą się z reguły na etapie postępowania prokuratorskiego. Najczęściej organ pierwszej instancji (prokuratura rejonowa) umarza postępowanie w sprawie przekroczenia uprawnień z uwagi na nie-popełnienie przestępstwa lub z uwagi na brak wystarczających dowodów jego popełnienia. Jeżeli pokrzywdzony złoży w ogóle zażalenie, sprawa trafia do prokuratury nadrzędnej, czyli okręgowej. Jeżeli ta uwzględni zażalenie, zwraca sprawę do ponownego rozpatrzenia. Jeśli nie, przekazuje akta sprawy do właściwego miejscowo sądu rejonowego. Nieuwzględnienie zażalenia przez sąd powoduje w praktyce wyczerpanie drogi prawnej w Polsce. Kasacja bowiem od tego postanowienia nie przysługuje stronie (art. 519 KPK), a jedynie Rzecznikowi Praw Obywatelskich i Prokuratorowi Generalnemu (art. 521 KPK). Obydwa wskazane podmioty nie mają jednak żadnego obowiązku wniesienia kasacji, a nawet merytorycznego zbadania sprawy.

Natomiast jeżeli sąd uwzględni zażalenie, zwraca sprawę prokuraturze, która ją prowadziła i sprawa rozpoczyna się niemal od nowa. W przypadku jednak ponownego umorzenia i nie-przychylenia się do zażalenia przez prokuraturę nadrzędną, pokrzywdzony ma prawo wniesienia subsydiarnego aktu oskarżenia, o którym mowa w art. 55 § 1 KPK.

Jak wskazaliśmy we wcześniejszych rozdziałach, szczególnie w sprawach dotyczących domniemanego naruszenia art. 3 EKPC, niemożność działania w postępowaniu przygotowawczym organizacji pozarządowej jest dotkliwa. Brak praktycznej możliwości pomocy ofiarom naruszeń, jak też niemożność stron przeprowadzenia kontradiktoryjnego postępowania sensu *stricto* przed sądem, powoduje, iż obecna regulacja karno-procesowa w materii ochrony i dochodzenia satysfakcji za doznaną krzywdę, nie spełnia gwarancji proceduralnych, wymaganych przez orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

Sytuacja ta z pewnością wymaga zmian. Trudno jednak rozstrzygać, czy zwykle zmiany proceduralne rozwiążą sytuację. Rozszerzenie na przykład możliwości składania przez strony kasacji, o wskazane postanowienia sądu utrzymujące w mocy postanowienia prokuratury o umorzeniu lub odmowie wszczęcia postępowania, nie mogłoby przecież dotyczyć jedynie spraw o naruszenie art. 3 EKPC, zwłaszcza że – jak wskazywaliśmy – żaden z przepisów prawa polskiego, *expressis verbis*, nie zawiera pełnej definicji tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania. Natomiast rozszerzenie możliwości wnoszenia kasacji na wszystkie tego typu przypadki spowodowałoby zalenie Sądu Najwyższego nadzwyczajnymi środkami odwoławczymi i z pewnością nie zwiększyło skrupulatności i dogłębności rozpatrywania spraw.

Być może zatem rozwiązaniem w tym zakresie byłaby zmiana praktyki, polegająca na usprawnieniu działania Ministra Sprawiedliwości – Prokuratora Generalnego i Rzecznika Praw Obywatelskich w omawianym zakresie. Skoro jedynie te dwa organy są władne wносить kasacje od tego rodzaju orzeczeń sądu, to od ich skutecznego i skrupulatnego działania zależy faktyczna skuteczność tego środka odwoławczego.

Być może zasadnym byłoby również wprowadzenie możliwości udziału organizacji pozarządowej w fazie postępowania przygotowawczego. Mógłby on polegać przynajmniej na formalnym dopuszczeniu do udziału (analogicznie jak w przypadku postanowienia sądu na podstawie przepisu art. 90 §1 KPK) przy zapoznawaniu się z aktami postępowania i złożeniu opinii prawnej odnośnie jego rzetelności. Opinia taka powinna mieć cel tożsamy z tym, jaki mają opinie składane w postępowaniu sądowym. Tym samym opinia taka miałaby charakter pomocniczy wobec organów państwa. Na gruncie praktycznym warto jednak podkreślić, że mimo braku formalnych przesłanek do przyjęcia opinii prawnej w przypadku wskazanego typu postępowań, sądy niejednokrotnie biorą pod uwagę stanowiska przedstawiane przez HFPC. Jest to niewątpliwie pozytywny przykład sytuacji, w której praktyka wyprzedza teorię.

Działania przeprowadzone w ramach programu pozwoliły na zdefiniowanie zebranych powyżej problemów praktycznych i proceduralnych. Choć sam projekt się zakończył, działania podejmowane do tej pory w jego ramach, muszą być kontynuowane. Utrzymanie pozytywnych zmian, jakie niewątpliwie udało się osiągnąć czy to w wyniku doraźnych wizytacji, czy w wyniku raportów, opinii i działań interwencyjnych, musi stać się priorytetem. Ponadto niewystępowanie w praktyce Polski ewidentnych i rażących przypadków złamania zakazu art. 3 EKPC, a zatem przypadków tortur, nie jest równoznaczne ze stanem idealnym. Praktyka nieludzkiego i poniżającego postępowania zwłaszcza w jednostkach penitencjarnych w kontekście przeludnienia, choć jest to stan od kilku lat permanentny, nie może być akceptowana. Podobnie brak skutecznych i obiektywnych postępowań wyjaśniających w sprawach dotyczących przekroczenia uprawnień

lub niedopełnienia obowiązków przez funkcjonariuszy policji. Niepokojąca jest również tendencja w prokuraturach, dotycząca umarzania bądź nie-wszczynania postępowań dotyczących przypadków mogących stanowić naruszenie art. 3 EKPC, a dokonanych przez funkcjonariuszy policji. Z tym z kolei nieodłącznie wiąże się brak w Kodeksie Karnym definicji przestępstwa tortur, zgodnej ze standardem międzynarodowym: Konwencją ONZ o zakazie stosowania tortur i Konwencją Rady Europy o ochronie praw człowieka. I wreszcie, warunkowe umarzanie postępowań karnych wobec funkcjonariuszy policji – sprawców pobić i naruszeń dóbr obywatelskich, co – w odczuciu społecznym – jest wyrazem bezkarności policjantów.

Zwłaszcza te zagadnienia muszą być w najbliższym czasie bacznie obserwowane. Poprawa sytuacji w tym zakresie ma szansę zbliżyć Polskę do standardu narzuconego przez orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Przede wszystkim zaś spowoduje zwiększenie gwarancji ochronnych przed zamachem na jedną z fundamentalnych wolności każdego człowieka.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1A

środa	nr 116	nr 117	nr 118	nr 119
spotkanie z psychologiem				12.00-13.00
spotkanie z asyst. socjalnym	9.00-10.00			
edukacja dotycząca zaburzeń psychicznych – lekarz	14.00-14.45			14.00-14.45
psychoterapia grupowa – psycholog		10.00-11.00	10.00-11.00	
zajęcia z oświaty zdrowotnej – pielęgniarka	16.00-17.00			
edukacja prawna i ras w miesiącu z prawnikiem		15.00-16.00	15.00-16.00	
czwartek	nr 116	nr 117	nr 118	nr 119
terapia zajęciowa	10.00-11.30	11.30-13.00	14.00-15.00	8.30-10.00
sport i rekreacja	8.30-10.00	10.00-11.30	11.30-13.00	14.00-15.30
spotkanie z lekarzem			9.00-10.00	
spotkanie z psychologiem	12.00-13.00			
spotkanie z asyst. socjalnym		9.00 – 10.00		
trening umiejętności dnia codziennego – piel. koordynująca			10.00-11.00	10.00-11.00
trening budżetowy asystent socj. /terapeuta zaj.	14.00-14.45	14.00-14.45		
zajęcia z oświaty zdrowotnej – pielęgniarka		16.00-17.00		
piątek	nr 116	nr 117	nr 118	nr 119
terapia zajęciowa	10.00-11.30	9.15-10.00	14.00-15.00	11.30-13.00
sport i rekreacja	14.00-15.30	11.30-13.00	10.00-11.30	9.15-10.00

Soboty, niedziele i święta			
Godz. zajęć			
9.00 – 10.00		spacer	WAZYSCY
16.00 – 17.00		Masa św.	tylko chetni

- ⊗ 8.00 – 8.30 – śniadanie
- ⊗ 13.00 – 14.00 – przerwa obiadowa
- ⊗ 17.30 – 18.00 – kolacja

Dodatkowe zajęcia w piątki w godz. 15.45 – 17.30 (podwieczorek)

Załącznik 1B

HARMONOGRAM ZAJĘĆ PACJENTÓW ZESPOŁU A

od 16 października do 30 kwietnia

poniedziałek	nr 116	nr 117	nr 118	nr 119
terapia zajęciowa	8.30-10.00	10.00-11.30	11.30-13.00	14.00-15.00
sport i rekreacja	14.00-15.30	8.30-10.00	10.00-11.30	11.30-13.00
spotkanie z lekarzem				9.00-10.00
spotkanie z psychologiem		12.00-13.00		
spotkanie z asyst. socjalnym			9.00-10.00	
edukacja dotycząca zaburzeń psychicznych – lekarz		14.00-14.45	14.00-14.45	
psychoterapia grupowa – psycholog	10.00-11.00			10.00-11.00
zajęcia z oświaty zdrowotnej – pielęgniarka			16.00-17.00	
edukacja prawna i ras w miesiącu z prawnikiem	15.00-16.00			15.00-16.00
wtorek	nr 116	nr 117	nr 118	nr 119
terapia zajęciowa	14.00-15.00	8.30-10.00	10.00-11.30	11.30-13.00
sport i rekreacja	11.30-13.00	14.00-15.30	8.30-10.00	10.00-11.30
spotkanie z lekarzem	9.00-10.00			
spotkanie z psychologiem			12.00-13.00	
spotkanie z asyst. socjalnym				9.00-10.00
trening umiejętności dnia codziennego – piel. koordynująca	10.00-11.00	10.00-11.00		
trening budżetowy asystent socj. /terapeuta zaj.			14.00-14.45	14.00-14.45
zajęcia z oświaty zdrowotnej – pielęgniarka				16.00-17.00
środa	nr 116	nr 117	nr 118	nr 119
terapia zajęciowa	11.30-13.00	14.00-15.00	8.30-10.00	10.00-11.30
sport i rekreacja	10.00-11.30	11.30-13.00	14.00-15.30	8.30-10.00
spotkanie z lekarzem		9.00-10.00		

Załącznik 2

TRENING UMIEJĘTNOŚCI DNIA CODZIENNEGO **b**

OCENA POZIOMU MOTYWACJI PACJENTA DO REALIZACJI
CZYNNOŚCI DNIA CODZIENNEGO W OKRESIE 17 – 23.11.05r.

46

Rodzaj czynności	czw.	pt.	sob.	niedz.	pon.	wt.	śr.
TOALETA PORANNA (mycie twarzy, rąk, zębów, golenie się, używanie kosmetyków)							
DBAŁOŚĆ O UBRANIE I WYGLĄD ZEWNĘTRZNY W CIĄGU DNIA (zapięte guziki, schludność, czystość odzieży, uczesanie)							
ŚCIELENIE TAPCZANU I DBANIE O JEGO CZYSTOŚĆ W CIĄGU DNIA (wkładanie złożonej pościeli, władanie koła do środka)							
DBAŁOŚĆ O CZYSTOŚĆ I PORZĄDEK W SWOJEJ SALI							
DBAŁOŚĆ O CZYSTOŚĆ I PORZĄDEK W SZAFIE UBRANIOWEJ – ocena 1 raz w tygodniu							
DBAŁOŚĆ O CZYSTOŚĆ I PORZĄDEK W SZAFCE PRZY TAPCZANIE I NA TABLICY							
DBAŁOŚĆ O PORZĄDEK I HIGIENĘ W WC W ZWIĄZKU Z REALIZOWANIEM POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH							
DBAŁOŚĆ O CZYSTOŚĆ I PORZĄDEK W POZOSTAŁYCH POMIESZCZENIACH ZESPOŁU							
DBAŁOŚĆ O HIGIENICZNE I ESTETYCZNE SPOŻYWANIE POSILKÓW							
TOALETA WIECZORNA (mycie twarzy, rąk, zębów, nóg, używanie kosmetyków)							
RĘCZNE PRANIE DROBNYCH RZECZY OSOBISTYCH							
KAPIEL (wg harmonogramu 1 raz w tygodniu) – ocena 1 raz w tygodniu							
RAZEM PUNKTÓW W CIĄGU 1 DNIA							
RAZEM PUNKTÓW W CIĄGU 1 TYGODNIA							
LICZBA MOŻLIWYCH PUNKTÓW DO UZYSKANIA W CIĄGU TYGODNIA				216			

Opis stosowanej skali ocen

Ocena 0 pkt. – pacjent nie podejmuje aktywności pomimo żądania ze strony personelu i w związku z tą sytuacją przejawia zachowania agresywne

Ocena 1 pkt. – pacjent podejmuje aktywność po zażądaniu ze strony personelu

Ocena 2 pkt. – pacjent podejmuje aktywność po zachęceniu lub przypomnieniu ze strony personelu

Ocena 3 pkt. – pacjent sam spontanicznie podejmuje określoną aktywność

Załącznik 3A

SFERA	ZADANIA	METODY	STOPIEN OSIĄGNIĘCIA CELU	Uwagi
Psychopatologia i leczenie biologiczne	Wzmę udział w II edycji treningu farmakologicznego.	Udział w treningu farmakologicznym (personel pielęgniarstwa).	Cel został osiągnięty.	
Uzależnienie	Będę pogłębiał wiedzę na temat mojego odurzania się rozpuszczalnikami i sposobu picia alkoholu i skutków działania tych substancji na mój organizm.	Udział w terapii uzależnień, rozmowy indywidualne z terapeutą.	Cel zrealizowany częściowo. Pacjent uczestniczył w indywidualnej terapii uzależnień. Częściowo poszerzył wiedzę z zakresu psychologicznych mechanizmów uzależnienia, negatywnych skutków używania substancji psychoaktywnych czy umiejętności potrzebnych do trzeźwego życia.	Terapia długoterminowa Wskazana dalsza kontynuacja terapii uzależnień ze względu na dość labilną motywację do utrzymywania abstynencji.
Zachowania zaburzone i inne dezadaptacyjne zachowania w oddziale.	Nauczę się innego niż groźenie agresją i autoagresją sposobu wyrażania negatywnych emocji. Przeanalizuję w jakich sytuacjach dokonywałem w przeszłości samookaleczeń. Nauczę się innych sposobów rozładowywania napięcia.	Rozmowy indywidualne (psychoterapia).	Cel nie został zrealizowany.	Pacjent zachowuje się w sposób agresywny (głównie agresja werbalna) i prawdopodobnie autoagresywny. Nie potrafi w inny sposób rozładowywać napięcia. Terapia

Załącznik 3B

Czyn zabroniony	Dowiem się jak społeczeństwo (sąd) ocenia czyny, które były mi zarzucane. Dowiem się, co czują ludzie, kiedy zostaną napadnięci i okradzeni.	Rozmowy indywidualne (psychoterapia).	Cel nie został zrealizowany.	długoterminowa Pacjent bagatelizuje popełniony czyn. Terapia długoterminowa
Inne zadania	Podtrzymam dotychczasową aktywność na zajęciach sportowych. Nauczę się przygotowywać kilka prostych potraw.	Zachęcanie do udziału (terapii sportowej). Trening kulinarny.	Cel zrealizowany. Zadanie będzie kontynuowane.	Pacjent systematycznie uczestniczy w zajęciach. Ewentualne nieobecności tłumaczone są przez pacjenta złym samopoczuciem (o tym nieoficjalnie)
24.11.2004r. Zapoznalem się z planem terapeutycznym.....				

Uwaga: Po trzech miesiącach od daty sporządzenia planu terapeutycznego zespół spotka się ponownie aby omówić postępy pacjenta w realizacji zadań zawartych w planie.

Z uwagi na poważne zaburzenia osobowości pacjenta realizacja większości zadań odbywać się będzie w ramach terapii długoterminowej.

Załącznik 4

Zakwalifikowanie chorego do terapii zajęciowej

Pacjent _____ wiek _____ oddział _____
imię i nazwisko
 przebywający w szpitalu po raz _____ ostatnio od dnia _____
 z rozpoznaniem _____

może być zatrudniony w ramach terapii zajęciowej w (gospodarstwie rolnym, gospodarstwie ogrodniczym, warzactwie gospodarstwie, drzemnie gospodarczej) przez _____ godz. dziennie na okres od dnia _____ 200 ____ r.
 do dnia _____ 200 ____ r.

Specjalną uwagę należy zwrócić na _____

Starogard Gd., dnia _____ 200 ____ r. Podpis lekarza kwalifikującego

Załącznik 5

OBOWIĄZKI PACJENTA

1. Pacjent zobowiązany jest do przestrzegania regulaminu oddziału, a w szczególności do stosowania się do przepisów bezpieczeństwa, p.poz i higieny.
2. Pacjent zobowiązany jest do przestrzegania zaleceń leczniczych, wydanych przez personel oddziału.
3. Pacjent jest odpowiedzialny za czystość w swoim najbliższym otoczeniu, w szczególności na sali chorych.
4. Pacjenci są zobowiązani do dbania o wyposażenie oddziału, sprzęt i inne przedmioty. Powinni starać się tak je używać, by nie uległy nadmiernemu zużyciu w krótkim okresie czasu.
5. Pacjent po przyjęciu do oddziału winien poddać się zabiegom sanitarno - higienicznym i zobowiązany jest do dbałości w zakresie przestrzegania higieny osobistej oraz schludnego wyglądu zewnętrznego.
6. Pacjent ma obowiązek poddania się kontroli osobistej w przypadkach uzasadnionych i względami porządku i bezpieczeństwa.
7. Za zniszczone przedmioty odpowiedzialność finansowa leży po stronie pacjenta.

Załącznik 6

Piecątka zakładu pracy

Gorzów Wlkp., dnia

Wniosek o wypłatę z depozytu pieniężnego

Do kasy

przy

Nazwisko i imię pacjenta

proszę o wypłatę kwoty

słownie złotych

Do odbioru w/w kwoty upoważniam

.....
wpisać imię i nazwisko upoważnionego pracownika zakładu pracy lub osoby z rodziny wskazanej przez pacjenta

.....
własnoręczny podpis pacjenta

.....
imię i nazwisko lekarza i jego stanowisko
służbowe

Załącznik 7

Niektóre przepisy obowiązujących aktów prawnych powoływane w tym raporcie

Stan prawny na dzień 1 lutego 2006

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej

Z dnia 2 kwietnia 1997

(Dz.U. 1997.78.483)

Art. 2

Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej.

Art.32

1. Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne.
2. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny.

Art.68

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Europejska Konwencja Praw Człowieka i Podstawowych Wolności

Z dnia 4 listopada 1950 r
(Dz.U.1993 nr 61 poz.2840)

Artykuł 3

Zakaz tortur

Nikt nie może być poddany torturom ani niehumanicznemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu.

Artykuł 5

Prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego

1. Każdy ma prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Nikt nie może być pozbawiony wolności, z wyjątkiem następujących przypadków i w trybie ustalonym przez prawo:
 - a) zgodnego z prawem pozbawienia wolności w wyniku skazania przez właściwy sąd;
 - b) zgodnego z prawem zatrzymania lub aresztowania z powodu niepodporządkowania się wydanemu zgodnie z prawem orzeczeniu sądu albo w celu zapewnienia wykonania obowiązku przewidzianego w ustawie;
 - c) zgodnego z prawem zatrzymania lub aresztowania w celu postawienia przed właściwym organem wobec uzasadnionego podejrzenia popełnienia czynu zagrożonego karą lub, jeżeli jest to konieczne, w celu zapobieżenia popełnienia takiego czynu lub uniemożliwienia ucieczki po jego dokonaniu;
 - d) pozbawienia nieletniego wolności na podstawie zgodnego z prawem orzeczenia wydanego w celu ustanowienia nadzoru wychowawczego lub zgodnego z prawem pozbawienia nieletniego wolności w celu postawienia go przed właściwym organem;
 - e) zgodnego z prawem pozbawienia wolności osoby w celu zapobieżenia szerzeniu przez nią choroby zakaźnej, osoby umyślowo chorej, alkoholika, narkomana lub włóczęgi;
 - f) zgodnego z prawem zatrzymania lub aresztowania osoby w celu zapobieżenia jej nielegalnemu wkroczeniu na terytorium państwa lub osoby, przeciwko której toczy się postępowanie o wydalenie lub ekstradycję.
2. Każdy, kto został zatrzymany, powinien zostać niezwłocznie i w języku dla niego zrozumiałym poinformowany o przyczynach zatrzymania i o stawianych mu zarzutach.

3. Każdy zatrzymany lub aresztowany zgodnie z postanowieniami ustępu 1 lit. c) niniejszego artykułu powinien zostać niezwłocznie postawiony przed sędzią lub innym urzędnikiem uprawnionym przez ustawę do wykonywania władzy sądowej i ma prawo być sądzony w rozsądnym terminie lub zwolniony na czas postępowania. Zwolnienie może zostać uzależnione od udzielenia gwarancji zapewniających stawienie się na rozprawę.
4. Każdy, kto został pozbawiony wolności przez zatrzymanie lub aresztowanie, ma prawo odwołania się do sądu celem bezzwłocznego ustalenia legalności pozbawienia wolności i zarządzenia zwolnienia, jeżeli pozbawienie wolności jest niezgodne z prawem.
5. Każdy, kto został pokrzywdzony przez niezgodne z treścią tego artykułu zatrzymanie lub aresztowanie, ma prawo do odszkodowania.

Artykuł 8

Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

1. Każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, mieszkania i korespondencji.
2. Niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa, z wyjątkiem przypadków przewidzianych prawem i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób.

Kodeks karny

USTAWA z dnia 6 czerwca 1997 r

(Dz.U. nr 88, poz.553 ze zm.)

Art. 31.

- § 1. Nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem.
- § 2. Jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary.
- § 3. Przepisów § 1 i 2 nie stosuje się, gdy sprawca wprawił się w stan nietrzeźwości lub odurzenia powodujący wyłączenie lub ograniczenie poczytalności, które przewidywał albo mógł przewidzieć.

Art. 93.

Sąd może orzec przewidziany w tym rozdziale środek zabezpieczający związany z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym tylko wtedy, gdy jest to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego związanego z jego chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego; przed orzeczeniem tego środka sąd wysłuchuje lekarzy psychiatrów oraz psychologa.

Art. 94.

- § 1. Jeżeli sprawca, w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1, popełnił czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości i zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że popełni taki czyn ponownie, sąd orzeka umieszczenie sprawcy w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym.
- § 2. Czasu pobytu w zakładzie nie określa się z góry; sąd orzeka zwolnienie sprawcy, jeżeli jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne.
- § 3. Sąd może zarządzić ponowne umieszczenie sprawcy określonego w § 1 w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, jeżeli przemawiają za tym okoliczności wymienione w § 1 lub w art. 93; zarządzenie nie może być wydane po upływie 5 lat od zwolnienia z zakładu.

Art. 95.

- § 1. Skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2, sąd może orzec umieszczenie sprawcy w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze lub rehabilitacyjne.

§ 2. Jeżeli wyniki leczenia lub rehabilitacji za tym przemawiają, sąd może sprawcę określonego w § 1, skazanego na karę nie przekraczającą 3 lat pozbawienia wolności, warunkowo zwolnić na zasadach określonych w art. 77-82, bez ograniczeń wynikających z art. 78 § 1 lub 2; dozór jest obowiązkowy.

Art. 95a.

§ 1. Skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo skierowane przeciwko wolności seksualnej, popełnione w związku z zakłóceniem jego czynności psychicznych o podłożu seksualnym, innym niż choroba psychiczna, sąd może orzec umieszczenie sprawcy, po odbyciu tej kary w zakładzie zamkniętym albo skierowanie go na leczenie ambulatoryjne.

§ 2. Potrzebę wykonywania orzeczonego środka, o którym mowa w § 1, sąd ustala w okresie do 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub przed wykonaniem kary.

§ 3. Przepisy art. 94 § 2 i 3 stosuje się odpowiednio.

Art. 96.

§ 1. Skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego, sąd może orzec umieszczenie sprawcy w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego, jeżeli zachodzi wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa związanego z tym uzależnieniem.

§ 2. Środka określonego w § 1 nie orzeka się, jeżeli sprawcę skazano na karę pozbawienia wolności przekraczającą 2 lata.

§ 3. Czasu pobytu w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego nie określa się z góry; nie może on trwać krócej niż 3 miesiące i dłużej niż 2 lata. O zwolnieniu z zakładu rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia, po zapoznaniu się z opinią prowadzącego leczenie.

§ 4. Na poczet kary sąd zalicza okres pobytu skazanego w zakładzie, o którym mowa w § 1.

Art. 97.

§ 1. W zależności od postępów leczenia sprawcy określonego w art. 96 § 1 sąd może go skierować, na okres próby od 6 miesięcy do lat 2, na leczenie ambulatoryjne lub rehabilitację w placówce leczniczo-rehabilitacyjnej, oddając go równocześnie pod dozór kuratora lub osoby godnej zaufania, stowarzyszenia, instytucji albo organizacji społecznej, do której działalności należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub pomoc skazanym.

- § 2. Sąd może zarządzić ponowne umieszczenie skazanego w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego albo w zakładzie karnym, jeżeli skazany w okresie próby uchyła się od poddania się leczeniu lub rehabilitacji albo popełnia przestępstwo lub rażąco narusza porządek prawny albo regulamin placówki leczniczo-rehabilitacyjnej.
- § 3. Jeżeli w okresie próby i w ciągu dalszych 6 miesięcy nie zarządzono ponownego umieszczenia skazanego w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego albo w zakładzie karnym, karę uważa się za odbytą z upływem okresu próby.

Art. 98.

Jeżeli wyniki leczenia, o których mowa w art. 96 § 3, za tym przemawiają, sąd warunkowo zwalnia skazanego z pozostałej do odbycia reszty kary na zasadach określonych w art. 77-82, bez ograniczeń wynikających z art. 78 § 1 lub 2; dozór jest obowiązkowy.

Art. 99.

- § 1. Jeżeli sprawca dopuścił się czynu zabronionego w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1, sąd może orzec tytułem środka zabezpieczającego obowiązek lub zakazy wymienione w art. 39 pkt 2-3, jeżeli jest to konieczne ze względu na ochronę porządku prawnego, oraz przepadek wymieniony w art. 39 pkt 4.
- § 2. Wymienione w § 1 obowiązek lub zakazy orzeka się bez określenia terminu; sąd uchyła obowiązek lub zakazy, jeżeli ustały przyczyny ich orzeczenia.

Art. 100.

Jeżeli społeczna szkodliwość czynu jest znikoma, a także w razie warunkowego umorzenia postępowania albo stwierdzenia, że zachodzi okoliczność wyłączająca ukaranie sprawcy czynu zabronionego, sąd może orzec przepadek wymieniony w art. 39 pkt 4.

Kodeks postępowania karnego

USTAWA z dnia 6 czerwca 1997 r

(Dz. U. nr 89, poz. 555 ze zm.)

Art. 202.

- § 1. W celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, powołuje co najmniej dwóch biegłych lekarzy psychiatrów.
- § 2. Na wniosek psychiatrów do udziału w wydaniu opinii powołuje się ponadto biegłego lub biegłych innych specjalności.
- § 3. Biegli nie mogą pozostawać ze sobą w związku małżeńskim ani w innym stosunku, który mógłby wywołać uzasadnioną wątpliwość co do ich samodzielności.
- § 4. Opinia psychiatrów powinna zawierać stwierdzenia dotyczące zarówno poczytalności oskarżonego w chwili popełnienia czynu, jak i jego aktualnego stanu zdrowia psychicznego oraz zdolności do udziału w postępowaniu, a w razie potrzeby co do okoliczności wymienionych w art. 93 Kodeksu karnego.

Art. 203.

- § 1. W razie zgłoszenia przez biegłych takiej konieczności, badanie psychiatryczne oskarżonego może być połączone z obserwacją w zakładzie leczniczym.
- § 2. Orzeka o tym sąd, określając miejsce obserwacji. W postępowaniu przygotowawczym sąd orzeka na wniosek prokuratora.
- § 3. Obserwacja w zakładzie leczniczym nie powinna trwać dłużej niż 6 tygodni; na wniosek zakładu sąd może przedłużyć ten termin na czas określony, niezbędny do zakończenia obserwacji. O zakończeniu obserwacji biegli niezwłocznie zawiadamiają sąd.
- § 4. Na postanowienia, o których mowa w § 2 i 3, przysługuje zażalenie.
- § 5. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji, w tym do wykonywania obserwacji osób pozbawionych wolności, oraz sposób finansowania obserwacji, a także warunki zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności, mając na uwadze potrzebę zapewnienia sprawnego toku postępowania.

Art. 354.

W wypadku wniosku prokuratora o umorzenie postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy i o zastosowanie środków zabezpieczających stosuje się odpowiednio przepisy niniejszego rozdziału z następującymi zmianami:

- 1) nie stosuje się przepisów o oskarżycielu posiłkowym, a powództwo cywilne jest niedopuszczalne,
- 2) ⁽²²⁸⁾ wniosek kieruje się na rozprawę, chyba że w świetle materiałów postępowania przygotowawczego popełnienie czynu zabronionego przez podejrzanego i jego niepoczytalność w chwili czynu nie budzą wątpliwości, a prezes sądu uzna za celowe rozpoznanie sprawy na posiedzeniu z udziałem prokuratora, obrońcy i podejrzanego; podejrzany nie bierze udziału w posiedzeniu, jeżeli z opinii biegłych wynika, że byłoby to niewskazane, chyba że sąd uzna jego udział za konieczny; pokrzywdzony ma prawo wziąć udział w posiedzeniu,
- 3) w razie umorzenia postępowania stosuje się art. 322 § 2 i 3.

Art. 355.

Rozprawa odbywa się jawnie. Ograniczenia jawności określa ustawa.

Art. 356.

§ 1. Na rozprawie oprócz osób biorących udział w postępowaniu mogą być obecne tylko osoby pełnoletnie, nie uzbrojone.

§ 2. Przewodniczący może zezwolić na obecność na rozprawie małoletnim oraz osobom obowiązanym do noszenia broni.

§ 3. Nie mogą być obecne na rozprawie osoby znajdujące się w stanie nie licującym z powagą sądu.

Art. 359.

Niejawna jest rozprawa, która dotyczy:

- 1) wniosku prokuratora o umorzenie postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy i zastosowanie środka zabezpieczającego,
- 2) sprawy o pomówienie lub znieważenie; na wniosek pokrzywdzonego rozprawa odbywa się jednak jawnie.

Art. 380.

Przepisy dotyczące oskarżonego stosuje się odpowiednio do osoby, której prokurator zarzuca popełnienie czynu zabronionego w stanie niepoczytalności i wnosi o umorzenie postępowania oraz o zastosowanie wobec niej środków zabezpieczających.

Kodeks karny wykonawczy

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997

(Dz.U.nr.90.poz. 557 ze zm.)

Art. 116.

- § 1. Skazany ma obowiązek przestrzegania przepisów określających zasady i tryb wykonywania kary, ustalonego w zakładzie karnym porządku oraz wykonywania poleceń przełożonych i innych osób uprawnionych, a w szczególności:
- 1) poprawnego zachowania się,
 - 2) przestrzegania higieny osobistej i czystości pomieszczeń, w których przebywa,
 - 2a) niezwłocznego zawiadomienia przełożonego o chorobie własnej oraz o zauważonych objawach chorobowych u innego skazanego,
 - 3) poddania się – niezależnie od obowiązków określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych, wenerycznych i gruźlicy, alkoholizmu i narkomanii – przewidzianym przepisami badaniom, leczeniu, zabiegom lekarskim, sanitarnym oraz rehabilitacji, a skazany, co do którego sędzia penitencjarny zarządził przeprowadzenie badań psychologicznych lub psychiatrycznych, dodatkowo – udzielania osobom prowadzącym badania informacji o stanie zdrowia, przebytych chorobach i urazach oraz warunkach, w jakich się wychowywał, oraz wykonywania zleconych przez psychiatrę lub psychologa czynności niezbędnych dla potrzeb badania,
 - 4) wykonywania pracy, jeżeli przepisy szczególne, także wynikające z prawa międzynarodowego, nie przewidują zwolnienia od tego obowiązku, oraz wykonywania prac porządkowych w obrębie zakładu karnego,
 - 5) dbałości o mienie zakładu karnego oraz instytucji lub podmiotu gospodarczego, w którym jest zatrudniony,
 - 6) poddania się czynnościom mającym na celu identyfikację osoby.
- § 2. W wypadkach uzasadnionych względami porządku lub bezpieczeństwa skazany podlega kontroli osobistej. Z tych samych względów kontroli podlegają również cele i inne pomieszczenia, w których skazany przebywa, znajdujące się w nich przedmioty, a także przedmioty jemu dostarczane lub przekazywane przez niego innej osobie. Kontrolę celi i innych pomieszczeń przeprowadza się podczas nieobecności skazanych.
- § 3. Kontrola osobista polega na oględzinach ciała oraz sprawdzeniu odzieży, bielizny i obuwia, a także przedmiotów posiadanych przez skazanego. Oględziny ciała oraz sprawdzenie odzieży i obuwia przeprowadza się w pomieszczeniu, podczas nieobecności osób postronnych oraz osób odmiennej płci i dokonywane są za pośrednictwem osoby tej samej płci.

- § 4. Kontrola może być przeprowadzona w każdym czasie. W razie konieczności dopuszczalne jest naruszenie plomb gwarancyjnych oraz uszkodzenie kontrolowanych przedmiotów w niezbędnym zakresie.
- § 5. Znalezione w czasie kontroli przedmioty, których skazany nie może posiadać, podlegają zatrzymaniu, zaś przedmioty, których właściciela ustalono, przekazuje się do depozytu albo przesyła się na koszt skazanego, do wskazanej przez niego osoby, instytucji lub organizacji. W uzasadnionym wypadku przedmioty te mogą być przesłane na koszt zakładu karnego. Przedmioty i notatki, których właściciela nie ustalono, podlegają zniszczeniu, pieniądze zaś oraz przedmioty wartościowe przekazuje się na rzecz Skarbu Państwa albo na pomoc postpenitencjarną.
- § 6. Decyzje w sprawach, o których mowa w § 4 i 5, podejmuje dyrektor zakładu karnego. Ze zniszczenia przedmiotów i notatek oraz przekazania pieniędzy i przedmiotów wartościowych sporządza się protokół.

orzeczenia sądów

Art. 141a.

- § 1. W wypadkach szczególnie ważnych dla skazanego można mu zezwolić na opuszczenie zakładu karnego, na czas nieprzekraczający 5 dni, w miarę potrzeby pod konwojem funkcjonariusza Służby Więziennej lub w asyście innej osoby godnej zaufania.
- § 2. W stosunku do osadzonych w zakładzie karnym typu zamkniętego zezwolenia, o którym mowa w § 1, udziela sędzia penitencjarny, a w wypadkach niecierpiących zwłoki - dyrektor zakładu karnego.
- § 3. Udzielenie zezwolenia, o którym mowa w § 1, tymczasowo aresztowanemu mającemu prawa i obowiązki skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności wymaga wydania zarządzenia o zgodzie przez organ, do którego dyspozycji tymczasowo aresztowany pozostaje.
- § 4. Przepis art. 139 § 8 stosuje się odpowiednio.

Art. 200.

- § 1. Środki zabezpieczające związane z umieszczeniem sprawcy w zakładzie zamkniętym, przewidziane w Kodeksie karnym, wykonuje się w zakładach psychiatrycznych i w zakładach leczenia odwykowego.
- § 2. Zakłady psychiatryczne, o których mowa w § 1, mogą być organizowane jako zakłady dysponujące warunkami:
- 1) podstawowego zabezpieczenia,
 - 2) wzmocnionego zabezpieczenia,
 - 3) maksymalnego zabezpieczenia.

§ 3. Zakłady leczenia odwykowego, o których mowa w § 1, mogą być organizowane jako zakłady dysponujące warunkami wzmocnionego zabezpieczenia.

§ 4. Zakłady, o których mowa w § 2 pkt 1 i 2, podlegają właściwej jednostce samorządu terytorialnego.

§ 5. Zakłady, o których mowa w § 2 pkt 3, podlegają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Art. 200a.

Do zamkniętego zakładu psychiatrycznego dysponującego warunkami maksymalnego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, jeżeli:

- 1) jego powtarzające się zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie przedmiotów znacznej wartości nie mogą być opanowane w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia,
- 2) nie jest możliwe zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się z zamkniętego zakładu psychiatrycznego dysponującego wzmocnionymi warunkami zabezpieczenia sprawcy, stwarzającego znaczne zagrożenie poza zakładem.

Art. 200b.

Do zamkniętego zakładu psychiatrycznego lub do zakładu leczenia odwykowego dysponującego warunkami wzmocnionego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, jeżeli:

- 1) jego zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie przedmiotów znacznej wartości nie mogą być opanowane w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie leczenia odwykowego, dysponującym warunkami podstawowego zabezpieczenia,
- 2) nie jest możliwe zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się z zamkniętego zakładu psychiatrycznego lub z zakładu leczenia odwykowego, dysponującego warunkami podstawowego zabezpieczenia sprawcy, stwarzającego zagrożenie poza zakładem.

Art. 200c.

Do zamkniętego zakładu psychiatrycznego lub do zakładu leczenia odwykowego dysponującego warunkami podstawowego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, który nie kwalifikuje się do zakładu psychiatrycznego lub do zakładu leczenia odwykowego, o których mowa w art. 200a oraz w art. 200b.

Art. 201.

§ 1. W celu zapewnienia właściwego miejsca wykonywania środków zabezpieczających, o których mowa w art. 200 § 1 i 2, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających.

- § 2. Wykonując orzeczenie o zastosowaniu środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie leczenia odwykowego, sąd, po zasięgnięciu opinii komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, określa rodzaj zakładu, o którym mowa w art. 200 § 2 lub 3, i przesyła odpis orzeczenia wraz z poleceniem doprowadzenia sprawcy właściwej stacji pogotowia ratunkowego, właściwej jednostce Policji lub właściwemu organowi wojskowemu, a odpis orzeczenia i polecenie przyjęcia - kierownikowi właściwego zakładu.
- § 3. Jeżeli sprawca przebywa w zakładzie karnym albo w areszcie śledczym, polecenie doprowadzenia sąd przesyła dyrektorowi tego zakładu lub aresztu, załączając odpis orzeczenia.
- § 4. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, określa, w drodze rozporządzenia, tryb powoływania i zadania komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, jej skład oraz wykaz zamkniętych zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, a także ich pojemność i warunki zabezpieczenia, z uwzględnieniem szczegółowych zasad kierowania do takich zakładów, postępowania ze sprawcami w nich umieszczonymi oraz regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających, mając na uwadze w szczególności poddanie sprawcy umieszczonego w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie leczenia odwykowego właściwemu leczeniu lub terapii, przeciwdziałanie zachowaniom sprawcy zagrażającym życiu i zdrowiu innych osób lub powodującym niszczenie przedmiotów znacznej wartości oraz zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się sprawcy stwarzającego zagrożenie poza zakładem.

akty wykonawcze

Art. 202. Sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym, a także resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza zakładem.

tezy z piśmiennictwa

Art. 203. § 1. Kierownik zakładu zamkniętego, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie rzadziej niż co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię o stanie zdrowia sprawcy umieszczonego w tym zakładzie i o postępach w leczeniu lub terapii; opinię taką obowiązany jest przesać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia sprawcy uzna, że jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne.

§ 2. Sąd może w każdym czasie żądać opinii o stanie zdrowia i stosowanym leczeniu lub terapii oraz ich wyników wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie, o którym mowa w § 1.

Art. 204.

Sąd, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, a w wypadku uzyskania opinii, że dalsze pozostawanie sprawcy w zamkniętym zakładzie, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie jest konieczne, bezzwłocznie orzeka w przedmiocie dalszego stosowania tego środka. W razie potrzeby sąd zasięga opinii innych biegłych.

Art. 204a.

Wobec sprawcy umieszczonego w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie leczenia odwykowego można stosować środki przymusu bezpośredniego na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego.

Art. 204b.

W zakładach, o których mowa w art. 200 § 2 pkt 2 i 3 oraz w § 3, dopuszcza się kontrolowanie przedmiotów posiadanych przez sprawców oraz pomieszczeń, w których oni przebywają. Przepisy art. 116 § 4-6 stosuje się odpowiednio.

Art. 204c.

Osobiste kontakty sprawcy przebywającego w zakładzie, o którym mowa w art. 200 § 2 pkt 2 lub 3 albo w § 3, z osobami odwiedzającymi mogą odbywać się tylko za zgodą kierowników tych zakładów. Można odmówić udzielenia takiej zgody, w szczególności gdy kontakty te powodują wzrost ryzyka zachowań niebezpiecznych.

Art. 205.

Do wykonania środków zabezpieczających, które polegają na zakazie zajmowania określonych stanowisk, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej, przepadku albo zakazie prowadzenia pojazdów, stosuje się art. 180-193 i art. 195.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

Z dnia 19 sierpnia 1994

(Dz. U. 1994 nr 111 poz.535 ze zm.)

Art. 11.

Świadczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, orzeczenie, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo zakładu opieki zdrowotnej - lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni

Art. 14.

Osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać zgodę ordynatora na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu i zdrowiu innych osób.

Art. 17.

W razie stwierdzenia, że przedstawiciel ustawowy osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umyślowo nie wykonuje należycie swoich obowiązków wobec tej osoby, kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby.

Art. 18.

1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:
 - 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, lub
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
 - 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
 - 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.
2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych oraz w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie

zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia, o którym mowa w ust. 4, o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, polega na przytrzymywaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 3 - na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku.
4. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.
5. W przypadkach określonych w ust. 1 pogotowie ratunkowe, policja oraz straż pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi pomocy na jego żądanie.
6. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:
 - 1) przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej - ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego zakładu, jeżeli jest lekarzem lub lekarz przez niego upoważniony,
 - 2) przez pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub innego lekarza - ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.
7. Sposób stosowania przymusu bezpośredniego określa, w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej.

Art. 19.

Przewidziane w innych ustawach badanie stanu psychicznego osoby, przeprowadzane na żądanie sądu, prokuratora lub innego uprawnionego organu, powinno się odbywać w publicznych zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W razie potrzeby badanie to może być przeprowadzone w innych zakładach opieki zdrowotnej, rodzinnych ośrodkach diagnostyczno-konsultacyjnych, a wyjątkowo także w miejscu zamieszkania osoby badanej.

Art. 23.

1. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.
2. O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa.

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach.
4. Przyjęcie do szpitala, o którym mowa w ust. 1, wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.
5. Czynności, o których mowa w ust. 2, 3 i 4, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

orzeczenia sądów
tezy z piśmiennictwa

Art. 24.

1. Osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody wymaganej w art. 22 do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości.
- 2.⁽²⁵⁾ Pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, nie może trwać dłużej niż 10 dni.
3. Do przyjęcia do szpitala, o którym mowa w ust. 1, stosuje się zasady i tryb postępowania określony w art. 23.

tezy z piśmiennictwa

Art. 34.

Wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody przymus bezpośredni można stosować, poza okolicznościami określonymi w art. 18, także wtedy, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych, o których mowa w art. 33. Przymus bezpośredni można także stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego.

Art. 45.

1. W sprawach określonych w art. 25, 29, 36 ust. 3 i art. 39 sąd opiekuńczy orzeka w składzie jednego sędziego po przeprowadzeniu rozprawy; rozprawa powinna się odbyć nie później niż w terminie 14 dni od dnia wpływu wniosku lub otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4.
- 1a.⁽³³⁾ W przypadkach uzasadnionych interesem osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, sąd zarządza przeprowadzenie rozprawy w szpitalu.
2. Sędzia wizytujący szpital wysłuchuje osobę przyjętą do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 23, 24 lub 28 nie później niż w terminie 48 godzin od

otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4. W razie stwierdzenia, że pobyt tej osoby w szpitalu psychiatrycznym jest oczywiście bezzasadny, sędzia zarządza natychmiastowe jej wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania.

tezy z piśmiennictwa

Art. 46.

1. W sprawach dotyczących przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego oraz wypisania jej z takiego szpitala uczestnikami postępowania z mocy prawa oprócz wnioskodawcy są: ta osoba oraz jej przedstawiciel ustawowy. W miarę potrzeby sąd zawiadamia o rozprawie małżonka osoby, której postępowanie dotyczy, oraz osobę sprawującą nad nią faktyczną opiekę; mogą oni wziąć udział w każdym stanie sprawy i wtedy stają się uczestnikami.
 - 1a. Osoba, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, może być doprowadzona na rozprawę sądową na mocy zarządzenia sądowego. W tym przypadku stosuje się odpowiednio art. 556 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego.
 2. Przed wydaniem postanowienia co do istoty sprawy, sąd jest obowiązany uzyskać opinię jednego lub kilku lekarzy psychiatrów. Bieglym nie może być osoba, która uczestniczyła w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala lub odmowie wypisania osoby chorej psychicznie ze szpitala psychiatrycznego.
 - 2a. W przypadku gdy osoba psychicznie chora, która ma być poddana badaniu przez biegłego, odmawia stawienia się w publicznym zakładzie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub w inny sposób uchyla się od tego badania, sąd może zarządzić doprowadzenie tej osoby do publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej przez Policję.
 - 2b. Zapewnienie realizacji postanowienia sądowego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby, o której mowa w art. 29 ust. 1, należy do marszałka województwa.
 3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do postępowania o przyjęciu do domu pomocy społecznej; do czasu przyjęcia osoby, o której mowa w art. 39, do domu pomocy społecznej organ do spraw pomocy społecznej powinien zapewnić jej niezbędną pomoc.
 4. Sąd zawiadamia prokuratora o potrzebie wzięcia udziału w postępowaniu, jeżeli uzna to za konieczne.

tezy z piśmiennictwa

Art. 46a.

Doprowadzenie przez Policję, o którym mowa w art. 46, następuje w obecności lekarza lub pielęgniarki publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 10 sierpnia 2004 r.

w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających

(Dz. U. nr 179, poz. 1854)

Na podstawie art. 201 § 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz i pojemność zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających związanych z umieszczeniem sprawcy w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, w odniesieniu do zakładów dysponujących warunkami:
 - a) podstawowego zabezpieczenia – stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,
 - b) wzmocnionego zabezpieczenia – stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia,
 - c) maksymalnego zabezpieczenia – stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 2) wykaz i pojemność zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających związanych z umieszczeniem w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego - stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 3) wykaz i pojemność zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego dla kobiet, przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, związanych z umieszczeniem sprawcy w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub zakładzie leczenia odwykowego - stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia;
- 4) skład, tryb powoływania i zadania komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających;
- 5) regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o:

- 1) zakładzie psychiatrycznym - należy przez to rozumieć także:
 - a) oddział psychiatryczny w szpitalu psychiatrycznym i szpitalu ogólnym,
 - b) klinikę państwowej uczelni medycznej lub innej państwowej uczelni, której podstawowe jednostki organizacyjne prowadzą działalność w dziedzinie nauk medycznych, lub zakładu opieki zdrowotnej jednostki badawczo-rozwojowej realizującej cele, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.³⁾),
 - c) regionalny ośrodek psychiatrii sądowej;
- 2) zakładzie leczenia odwykowego - należy przez to rozumieć także:
 - a) oddział odwykowy w ośrodku leczenia odwykowego,
 - b) oddział odwykowy w szpitalu psychiatrycznym.

§ 3. Zakłady psychiatryczne dysponujące warunkami podstawowego zabezpieczenia:

- 1) zapewniają stały nadzór nad sprawcami przebywającymi w zakładzie;
- 2) posiadają drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające sprawcom samowolne opuszczenie zakładu.

§ 4.

1. Zakłady psychiatryczne dysponujące warunkami wzmocnionego zabezpieczenia spełniają wymagania określone w § 3, a ponadto:
 - 1) są wyposażone w:
 - a) system telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek oraz korytarzy,
 - b) elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien;
 - 2) mają możliwość wydzielenia od 10-łóżkowych do 20-łóżkowych pododdziałów;
 - 3) mają bezpośredni dostęp do ogrodzonego terenu rekreacyjnego;
 - 4) zatrudniają personel w liczbie co najmniej dwukrotnie większej niż pojemność zakładu.
2. Zakłady leczenia odwykowego spełniają wymagania przewidziane dla zakładów psychiatrycznych dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia.

§ 5. Zakłady psychiatryczne dysponujące warunkami maksymalnego zabezpieczenia spełniają wymagania określone w § 3 i § 4 ust. 1, a ponadto:

- 1) dysponują systemem osobistych elektronicznych urządzeń alarmowych sygnalizujących zagrożenie, w które jest wyposażony personel;
- 2) są otoczone oświetlonym, nadzorowanym za pośrednictwem telewizji wewnętrznej, gładkim murem o wysokości co najmniej 5,5 metra lub dysponują innymi zabezpieczeniami o porównywalnej skuteczności, uniemożliwiającymi samowolne oddalenie się sprawcy;
- 3) zatrudniają personel w liczbie co najmniej dwu i półkrotnie większej niż pojemność zakładu, w tym personel sprawujący ochronę nad sprawcami czynów zabronionych w liczbie nie mniejszej niż jedna trzecia pojemności zakładu.

§ 6.

1. W skład komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, zwanej dalej „Komisją”, wchodzi przedstawiciele:
 - 1) ministra właściwego do spraw zdrowia – 2 osoby;
 - 2) Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie – 2 osoby;
 - 3) Sekcji Psychiatrii Sądowej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego – 1 osoba;
 - 4) Regionalnych Ośrodków Psychiatrii Sądowej - 3 osoby;
 - 5) szpitala psychiatrycznego, w którym wykonywany jest środek zabezpieczający, wskazanego przez Komisję Szpitalnictwa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego - 1 osoba.
2. Członków Komisji, w tym przewodniczącego, zastępcę przewodniczącego i sekretarza, powołuje na okres 5 lat minister właściwy do spraw zdrowia.

§ 7. Do zadań Komisji należy:

- 1) analiza dostępnej dokumentacji;
- 2) wydawanie opinii dla właściwych sądów lub innych uprawnionych instytucji w sprawie przyjmowania, wypisywania lub przenoszenia sprawców, wobec których orzeczono wykonywanie środka zabezpieczającego w zakładach psychiatrycznych i zakładach leczenia odwykowego;
- 3) wizytacja i ocena zakładów dysponujących warunkami podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, w których realizowany jest środek zabezpieczający.

§ 8. Wskazując miejsce wykonywania środka zabezpieczającego, Komisja uwzględni:

- 1) rodzaj czynów zabronionych, których dopuścił się sprawca w przeszłości;
- 2) rodzaj, częstość i skutki zachowań agresywnych lub ucieczkowych w przeszłości;
- 3) aktualny stan zdrowia psychicznego i fizycznego oraz choroby współistniejące;
- 4) uzależnienie od alkoholu lub innego środka odurzającego;
- 5) związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a zachowaniami niebezpiecznymi;
- 6) ogólną sprawność fizyczną;
- 7) szczególne wskazania do postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i resocjalizacyjnego;
- 8) przebieg i wyniki dotychczasowego leczenia, rehabilitacji i resocjalizacji.

§ 9. Kierownik zakładu psychiatrycznego lub zakładu leczenia odwykowego o przyjęciu sprawcy w celu wykonania środka zabezpieczającego zawiadamia właściwy sąd.

§ 10.

1. Sprawca skierowany do zakładu o podstawowym zabezpieczeniu jest umieszczany w oddziale psychiatrycznym ogólnym zgodnie z zasadą kierowania pacjentów do oddziałów obowiązującą w danym zakładzie.
2. Sprawca przebywający w zakładzie jest zobowiązany do przestrzegania regulaminu organizacyjno-porządkowego obowiązującego w danym zakładzie.
3. Regulamin organizacyjno-porządkowy dla zakładów dysponujących warunkami wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.
4. W zakładach dysponujących warunkami podstawowego zabezpieczenia stosuje się przepisy regulaminu organizacyjno-porządkowego tego zakładu.

§ 11.

1. W ramach postępowania ze sprawcami, w celu zapewnienia prawidłowego postępowania leczniczego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego i resocjalizacyjnego, możliwe jest przenoszenie sprawców w trakcie wykonywania środka zabezpieczającego do zakładu psychiatrycznego lub odwykowego dysponującego odpowiednimi zabezpieczeniami oraz odpowiednimi możliwościami leczniczymi, terapeutycznymi, rehabilitacyjnymi i resocjalizacyjnymi.
2. Pobyt sprawcy w zakładzie psychiatrycznym dysponującym warunkami wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia nie powinien trwać dłużej, niż jest to konieczne dla zmniejszenia zagrożenia sprawcy dla otoczenia i jego skłonności do ucieczek.

§ 12.

1. Z wnioskiem o przeniesienie, o którym mowa w § 11 ust. 1, występuje do sądu kierownik zakładu, w którym sprawca przebywa. We wniosku należy podać powody uzasadniające konieczność przeniesienia sprawcy do innego zakładu i dołączyć:
 - 1) orzeczenie sądu o zastosowaniu środka zabezpieczającego;
 - 2) opinię biegłych psychiatrów i ewentualnie inne opinie.
2. O przeniesienie do innego zakładu zwracać się może do sądu sam sprawca lub jego przedstawiciel ustawowy. W takich przypadkach zakład, w którym sprawca przebywa, przesyła do sądu dokumentację, o której mowa w ust. 1, wraz z opinią kierownika tego zakładu.

§ 13.

1. W celu zapewnienia prawidłowego przenoszenia sprawców do innego zakładu wykonującego środek zabezpieczający sąd może zasięgnąć opinii Komisji.
2. Przed orzeczeniem o przeniesieniu sprawcy do innego zakładu sąd przesyła Komisji dokumentację, o której mowa w § 12.
3. Komisja po otrzymaniu dokumentacji, o której mowa w § 12, niezwłocznie, najpóźniej w terminie miesiąca, przesyła sądowi propozycję miejsca dalszego wykonywania środka zabezpieczającego wraz z jej uzasadnieniem.

§ 14.

Przeniesienie sprawcy pomiędzy zakładami wykonującymi środek zabezpieczający realizuje Policja, korzystając w uzasadnionych przypadkach z pomocy fachowego personelu medycznego zakładu, w którym sprawca przebywał.

§ 15.

Zakłady psychiatryczne i zakłady leczenia odwykowego wykonujące środki zabezpieczające dostosują warunki wykonywania tych środków do przepisów niniejszego rozporządzenia w okresie do dnia 31 grudnia 2004 r.

§ 16.

Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lutego 2001 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, ich pojemności, zasad kierowania do nich oraz postępowania ze sprawcami w nich umieszczonymi, a także warunków zabezpieczenia tych zakładów (Dz. U. Nr 26, poz. 297 oraz z 2003 r. Nr 90, poz. 852).

§ 17. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

ZAŁĄCZNIK Nr 2

Wykaz zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia i ich pojemność

Lp.	Województwo	Zakład psychiatryczny	Obszar działania	Pojemność (liczba łóżek)
1	2	3	4	5
1	Dolnośląskie	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, 56-600 Lubiąż, ul. Mickiewicza 1	województwa: dolnośląskie, łódzkie, kujawsko-pomorskie	60
2	Lubelskie	Klinika Psychiatryczna AM, 20-442 Lublin, ul. Abramowicka 2	województwo lubelskie	15
3	Lubuskie	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki, 66-400 Gorzów Wielkopolski, ul. Walczaka 42	województwa: ubuskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie	50
4	Małopolskie	Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, 30-393 Kraków, ul. Babińskiego 29	województwo małopolskie	50
5	Mazowieckie	Wojewódzki Samodzielny Psychiatryczny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, 05-802 Pruszków, ul. Partyzantów 2/4	województwo mazowieckie	35
6	Opolskie	Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, 48-140 Branice, ul. Szpitalna 18	województwa: opolskie, świętokrzyskie	20
7	Podkarpackie	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. prof. Antoniego Kępińskiego, 37-500 Jarosław, ul. Kościuszki 18	województwa: podkarpackie, świętokrzyskie	85

8	Podkarpackie	Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy , 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91	województwa: podkarpackie, świętokrzyskie, lubelskie,	25
9	Podlaskie	Samodzielny Publiczny Psychia- tryczny Zakład Opieki Zdrowotnej , 16-070 Choroszcz, pl. Brodowicza 1	województwa: podlaskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie	50
10	Pomorskie	Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim , 83-200 Starogard Gdański, ul. Skarszewska 7	województwa: pomorskie, kujawsko-pomorskie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie	50
11	Śląskie	Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych , 44-200 Rybnik, ul. Gliwicka 33	województwa: podkarpackie, śląskie	40
12	Śląskie	Szpital Psychiatryczny , 44-180 Toszek, ul. Gliwicka 5	województwo mazowieckie (bez miasta stołecznego Warszawy)	30

ZAŁĄCZNIK Nr 3

Wykaz zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach maksymalnego zabezpieczenia i ich pojemność

Lp.	Województwo	Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej	Obszar działania	Pojemność (liczba łóżek)
1	2	3	4	5
1	Mazowieckie	Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej, 09-500 Gostynin Zalesie 1	a) województwo lubelskie b) województwo łódzkie c) województwo mazowieckie d) województwo podlaskie e) województwo świętokrzyskie	64
2	Opolskie	Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej, 48-140 Branice, ul. Szpitalna 18	a) województwo dolnośląskie b) województwo małopolskie c) województwo opolskie d) województwo podkarpackie e) województwo śląskie	75
3	Pomorskie	Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej, 83-299 Starogard Gdański, ul. Skarszewska 7	a) województwo kujawsko-pomorskie b) województwo lubuskie c) województwo pomorskie d) województwo warmińsko-mazurskie e) województwo wielkopolskie f) województwo zachodniopomorskie	70

ZAŁĄCZNIK Nr 5**Wykaz zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego dla kobiet, przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia i ich pojemność**

Lp.	Województwo	Zakład psychiatryczny i odwykowy	Obszar działania	Pojemność (liczba łóżek)
1	2	3	4	5
1	Lubuskie	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki, 66-400 Gorzów Wielkopolski ul. Walczaka 42	cały kraj	35

ZAŁĄCZNIK Nr 6

Regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających

§ 1.

Przy przyjęciu do zakładu dysponującego warunkami wzmocnionego lub maksymalnego zabezpieczenia osoba, wobec której wykonywany jest środek zabezpieczający:

- 1) jest informowana o przysługujących jej prawach i obowiązkach;
- 2) jest poddawana czynnościom mającym na celu jej identyfikację;
- 3) jest poddawana, przez personel tej samej płci, czynnościom kontrolnym na obecność przedmiotów, których posiadanie może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia tej osoby lub innych osób;
- 4) podaje informacje o posiadanych pieniądzach i przedmiotach wartościowych;
- 5) oddaje do depozytu dokumenty oraz rzeczy, o których mowa w pkt 3 i 4.

§ 2.

1. Osoba, wobec której realizowany jest środek zabezpieczający w warunkach wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, ma prawo do:
 - 1) przebywania w warunkach zapewniających higienę, bezpieczeństwo, ochronę przed wszelkimi formami przemocy fizycznej bądź psychicznej oraz ochronę i poszanowanie jej godności osobistej;
 - 2) świadczeń zdrowotnych, opieki psychologicznej i wsparcia socjalnego;
 - 3) wykonywania praktyk i korzystania z usług religijnych;
 - 4) ochrony więzi rodzinnych;
 - 5) wysyłania i otrzymywania korespondencji oraz, w przypadku wydzielenia aparatów telefonicznych do użytku dla pacjentów, niekontrolowanych rozmów telefonicznych w godzinach ustalonych przez kierownika zakładu;
 - 6) poszanowania prywatności z ograniczeniami wynikającymi ze specyfiki zakładu;
 - 7) składania prośb, skarg, wniosków i odwołań do organu właściwego do ich rozpatrywania.
2. Korzystanie przez osoby, wobec których realizowany jest środek zabezpieczający, z przysługujących im praw nie może naruszać praw innych osób i zakłócać ustalonego w zakładzie porządku.

§ 3.

Osoba, wobec której realizowany jest środek zabezpieczający w warunkach wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, ma obowiązek:

- 1) przestrzegać ustalonego w zakładzie regulaminu;
- 2) przestrzegać zasad współżycia społecznego;
- 3) przestrzegać zasad bezpieczeństwa na terenie zakładu;
- 4) stosować się do poleceń personelu;
- 5) poprawnie traktować inne osoby;
- 6) dbać o stan zdrowia i higienę osobistą;
- 7) dbać o kulturę osobistą i kulturę słowa;
- 8) sprzątać pomieszczenia, w których przebywa, i utrzymywać należyty porządek, chyba że aktualny stan zdrowia to uniemożliwia;
- 9) uczestniczyć w programach rehabilitacyjno-leczniczych i resocjalizacyjnych zakładu.

§ 4.

1. Personel zakładu ma prawo do kontroli rzeczy osobistych, łóżka, szafek i innych mebli oraz przedmiotów.
2. Kontroli, o której mowa w ust. 1, dokonują co najmniej dwie osoby spośród personelu; informację o przeprowadzonej kontroli umieszcza się w raporcie pielęgniarskim. W przypadku znalezienia przedmiotów zabronionych niezwłocznie informuje się o tym fakcie lekarza dyżurnego zakładu, a przedmioty te przekazuje się do depozytu.

§ 5.

Personel zakładu zobowiązany jest do:

- 1) dbania o przestrzeganie praw i obowiązków określonych w niniejszym regulaminie;
- 2) zapewniania prawidłowego procesu leczenia i rehabilitacji;
- 3) dbania o bezpieczeństwo osób leczonych, personelu i osób odwiedzających;
- 4) natychmiastowego interweniowania i reagowania w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia osób przebywających w zakładzie;
- 5) systematycznego uczestniczenia w szkoleniach wewnątrzzakładowych.

§ 6.

Zakłady dysponujące wzmocnionymi i maksymalnymi warunkami zabezpieczenia posiadają procedury postępowania na wypadek wystąpienia pożaru, buntu, ucieczki lub innych zagrożeń, uzgodnione z właściwymi jednostkami Policji, straży pożarnej i pogotowia ratunkowego.

§ 7.

Odwiedziny pacjentów odbywają się w godzinach wyznaczonych przez kierownika zakładu.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ**

z dnia 23 sierpnia 1995 r.

w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.

(Dz. U. z dnia 8 września 1995 r.)

Na podstawie art. 18 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535) zarządza się, co następuje:

- § 1. Rozporządzenie określa sposób stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, zwanej dalej „osobą”, polegający na przytrzymaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu i izolacji.
- § 2. Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w § 1.
- § 3. Przytrzymanie jest doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniem osoby z użyciem siły fizycznej.
- § 4. Przymusowe zastosowanie leków jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu osoby - bez jej zgody.
- § 5. Unieruchomienie jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa.
- § 6. Izolacja polega na umieszczeniu osoby, pojedynczo, w zamkniętym pomieszczeniu.
- § 7. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, polegającego na unieruchomieniu lub izolacji, należy odebrać osobie przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, a w szczególności przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła, zapalki.
- § 8. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji powinno zabezpieczać przed uszkodzeniem ciała osoby, a zarazem odpowiadać pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego lub domu pomocy społecznej.
- § 9. 1. Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.

2. Lekarz zaleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny. W razie potrzeby lekarz, po osobistym badaniu pacjenta, może przedłużyć unieruchomienie na następne okresy 6-godzinne.
3. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza.
4. Zastosowanie każdego rodzaju przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w dokumentacji medycznej.

§ 10. 1. W domu pomocy społecznej, w przypadku braku możliwości uzyskania zlecenia przez lekarza unieruchomienia lub izolacji, przedłużenie tych środków na następne okresy 6-godzinne może zlecić pielęgniarka.

2. Przedłużenie unieruchomienia lub izolacji na okresy dłuższe niż 24 godziny jest dopuszczalne tylko w warunkach szpitalnych.

§ 11. 1. Po zleceniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz wypełnia niezwłocznie kartę zastosowania tych środków, zwaną dalej „kartą”, uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas unieruchomienia lub izolacji. Kartę załącza się do dokumentacji medycznej pacjenta. Wzór karty stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

2. Zlecenie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, dokonane przez pielęgniarkę, i jego uzasadnienie odnotowuje ona w karcie, o czym powiadamia lekarza. O fakcie tym powinien być dokonany stosowny wpis w karcie.

§ 12. 1. Zlecenie zastosowania lub przedłużenia przymusu bezpośredniego lekarz odnotowuje także w dokumentacji medycznej osoby, opisując przyczyny i okoliczności zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas trwania.

2. Lekarz zakładu opieki zdrowotnej, który zastosował przymus bezpośredni, powiadamia o tym kierownika tego zakładu, a inny lekarz, stosownie do art. 18 ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535), zwanej dalej „ustawą” - lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii upoważnionego przez wojewodę. Wzór zawiadomienia stanowią załączniki nr 2 i 3 do rozporządzenia.

§ 13. Pielęgniarka dyżurna (pielęgniarka w domu pomocy społecznej) kontroluje stan fizyczny osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. Adnotację o stanie osoby zamieszcza bezzwłocznie w karcie.

§ 14. 1. Pielęgniarka dyżurna (pielęgniarka w domu pomocy społecznej) w czasie kontroli, o której mowa w § 13:

- 1) ocenia prawidłowość unieruchomienia, a w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła i kaftan bezpieczeństwa nie są założone zbyt luźno lub zbyt ciasno,
- 2) zapewnia krótkotrwale uwolnienie pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.

2. W razie wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby, pielęgniarka jest obowiązana natychmiast zawiadomić o tym lekarza.

§ 15. Informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarka zamieszcza w raporcie pielęgniarstwie.

§ 16. 1. Zastosowanie przymusu bezpośredniego w celu przywiezienia osoby skierowanej do szpitala psychiatrycznego odbywa się na zlecenie lekarza w myśl art. 11 lub art. 21 ust. 3 ustawy.

2. Zlecenie, o którym mowa w ust. 1, może być wykonane nie później niż w ciągu 24 godzin od jego wystawienia.

§ 17. Przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym, w domu pomocy społecznej oraz w przypadkach, o których mowa w § 16, może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników medycznych lub w ich obecności. Szkolenie pracowników w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego organizuje kierownik szpitala, domu pomocy społecznej lub zakładu pomocy doraźnej (pogotowia ratunkowego).

§ 18. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia.

KSIĄŻKI WYDANE W SERII: **RAPORTY. EKSPERTYZY. OPINIE**

Sprawozdanie z lustracji instytucji izolacyjnych dla nieletnich i dorosłych przestępców, Warszawa 1992, 67 s. [nr 1] – nakład wyczerpany.

Safjan D., *Prawa pacjenta. Raport o stanie prawnym*, Warszawa 1992, 20 s. [nr 2].

Bulenda T., *Niepełnosprawni. Raport o stanie prawnym*, Warszawa 1993, 36 s. [nr 3].

Wokół praw dziecka, cz. 1, Warszawa 1993, 77 s. [nr 4].

Sprawozdanie z lustracji instytucji izolacyjnych dla osób nieletnich i dorosłych, pod red. A. Rzeplińskiego, Warszawa 1993, 119 s. [nr 5] – nakład wyczerpany.

Prawo i prawa uchodźcy w Polsce, Warszawa 1994, 43 s. [nr 6].

Gołyński K., *Orzecznictwo sądowe w sprawach z art. 139 ordynacji wyborczej do Sejmu: wybrane zagadnienia*, Warszawa 1994, 88 s. [nr 7] – nakład wyczerpany.

Raport o sytuacji osób należących do mniejszości narodowych i etnicznych w Polsce, oprac. G. Janusz, Warszawa 1994, 70 s. [nr 8].

Gołyński K., *Prawa wyborcze w praktyce*, Warszawa 1995, 68 s. [nr 9].

Wokół praw dziecka, cz. 2, Warszawa 1995, 93 s. [nr 10].

Prawa osób nieletnich i dorosłych w instytucjach izolacyjnych. Sprawozdanie z lustracji, pod. red. A. Rzeplińskiego, Warszawa 1995, 153 s. [nr 11].

Ochrona praw osób należących do mniejszości narodowych, Warszawa 1995, 239 s. [nr 12].

Oniszczyk J., *Państwo prawne w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego (zasady państwa prawnego)*, Warszawa 1996, 88 s. [nr 13].

Gołyński K., Wędrychowski M. P., *Odmowa pełnienia służby wojskowej w orzecznictwie sądów*, Warszawa 1996, 56 s. [nr 14].

Prawo do godnego traktowania w instytucjach izolacyjnych. Sprawozdanie z lustracji, pod red. A. Rzeplińskiego i A. Kremplewskiego, Warszawa 1996, 178 s. [nr 15].

Dąbrowska I., Kube J., *Zasada państwa prawnego w praktyce orzeczniczej Naczelnego Sądu Administracyjnego*, Warszawa 1997, 118 s. [nr 16].

Prawa człowieka w szpitalach psychiatrycznych i domach opieki społecznej, Warszawa 1996, 128 s. [nr 17].

- Dzieci w prostytucji i pornografii. Wybrane materiały ze Światowego Kongresu*, Sztokholm 1996, oprac. E. Czyż, Warszawa 1996, 92 s. [nr 18].
- Prawa ucznia w szkole. Raport z badań*, oprac. E. Czyż, Warszawa 1996, 205 s. [nr 19].
- Zubik M., *Problem aborcji na świecie w dokumentach i orzecznictwie sądowym*, Warszawa 1997, 186 s. [nr 20].
- Raport z monitoringu granicznych placówek kontrolnych straży granicznej w zakresie realizacji prawa do ubiegania się o status uchodźcy w Rzeczypospolitej Polskiej*, oprac. H. Rubinstein [i in.], Warszawa 1998, 31 s. [nr 21].
- Mitera M., Zubik M., *Kara śmierci w świetle doświadczeń współczesnych systemów prawnych*, Warszawa 1998, 108 s. [nr 22].
- Bojarski Ł., Swaton J., *Warunki pracy sądów rejonowych: raport z monitoringu*, Warszawa 1998, 93 s. [nr 23].
- Szafarz R., *Umowy międzynarodowe Rzeczypospolitej Polskiej w sferze zainteresowania sądów*, Warszawa 1999, 55 s. [nr 24].
- Prawa wychowanków domów dziecka: raport z monitoringu*, oprac. E. Czyż, Warszawa 2000, 248 s. [nr 25].
- Morawska E., *Idea „Rechtsstaat” w ustawie zasadniczej Republiki Federalnej Niemiec*, Warszawa 2000, 52 s. [nr 26].
- Cybulski S., *Policjanci i ich klienci. Prawo w działaniu. Raport z monitoringu*, Warszawa 2001, 246 s. [nr 27].
- Wybory Prezydenta Republiki Białorusi 2001 g. (na primere Grodenskoj oblasti)*, Warszawa 2001, 219 s. [nr 28] + wkładka w jęz. ang. *President election, Belarus 2001. Case study: Grodno region*, 53 s.
- Nowicka M., *Prawo do ochrony zdrowia. Raport z monitoringu*, Warszawa 2002, 156 s. [nr 29].
- Mikulska A., *Wolność sumienia i wyznania. Raport z monitoringu*, Warszawa 2002, 100 s. [nr 30].
- Czyż E.: *Prawo do nauki. Raport z monitoringu*, Warszawa 2002, 210 s. [nr 31].
- Bojarski Ł.: *Dostępność nieodpłatnej pomocy prawnej. Raport z monitoringu*, Warszawa 2003, 371 s. [nr 32].
- Prawa cudzoziemców umieszczonych w aresztach w celu wydalenia i strzeżonym ośrodku. Raport*, Warszawa 2004, 118 s. [nr 33].