

Raport
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Strzeżonego Ośrodka dla Cudzoziemców w Lesznowoli
(wyciąg)

1. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej: OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 16-17 lipca 2018 r., do Strzeżonego Ośrodka dla Cudzoziemców w Lesznowoli (dalej: SOC, Ośrodek) udali się przedstawiciele *Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur* (dalej: KMPT lub Mechanizm): Michał Żłobecki i Marcin Kusy (prawnicy). Ponadto w wizytacji udział wzięli: Marcin Sośniak - naczelnik Wydziału Praw Migrantów i Mniejszości Narodowych w Biurze RPO oraz Ewa Kownacka – ekspertka KMPT z zakresu psychologii. Opinia ekspertki w niezbędnym zakresie została włączona do treści raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej było zbadanie sytuacji osób pozbawionych wolności w Ośrodku, poprzez sprawdzenie warunków ich pobytu w pomieszczeniach placówki oraz sposobu traktowania przez personel. Dokonano oceny ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania Ośrodka, przedstawionych przez kpt. SG Dariusza Olichwierczuka – zastępcę Komendanta Placówki Straży Granicznej;
- oglądzie wszystkich pomieszczeń Ośrodka, w tym sprawdzeniu stanu ich wyposażenia;
- przeprowadzeniu rozmów indywidualnych z wybranymi cudzoziemcami i osobami pracującymi w SOC;
- przejrzaniu na miejscu dokumentacji dotyczącej osób umieszczonych w Ośrodku oraz związanej z funkcjonowaniem placówki.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Ponadto, po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację indywidualną cudzoziemców.

Podczas wizytacji delegacja dokonała oceny legalności pobytu cudzoziemców, opieki psychologicznej, traktowania przez personel, zapewnionych warunków bytowych, realizacji prawa do ochrony zdrowia, prawa do informacji i do kontaktów ze światem zewnętrznym oraz swobody praktyk religijnych, a także przeanalizowała stan zatrudnienia i kwalifikacje personelu. W niniejszym raporcie opisano jedynie te obszary, które w ocenie KMPT wyróżniają placówkę na tle pozostałych oraz te, które wymagają poprawy. Raport zawiera też sygnalizowane problemy o charakterze systemowym wymagające zmiany obowiązującego prawa lub jego stosowania.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. personel, umieszczeni, inne osoby) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że *żadna władza lub funkcjonariusz nie nakáže, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.*

3. Charakterystyka Ośrodka

Strzeżony Ośrodek dla Cudzoziemców w Lesznowoli jest komórką organizacyjną Placówki Straży Granicznej w Lesznowoli. Jest Ośrodkiem o profilu męskim, w którym mogą przebywać jednocześnie 73 osoby. W dniu wizytacji przebywało w nim 68 cudzoziemców.

4. Dobre praktyki

Warunki bytowe Ośrodka są bardzo dobre. Cudzoziemcy zakwaterowani są w dwóch budynkach, połączonych łącznikiem. Wszystkie pokoje (2 i 3-osobowe) zostały umeblowane stosownie do swoich funkcji w drewniane łóżka, stoły wraz z krzesłami oraz stojące i wiszące szafy, przy czym, co warto podkreślić, **wystrój pomieszczeń znacznie odbiega swoim wyglądem od stylu charakterystycznego dla placówek detencyjnych.** Wszystkie

pomieszczenia wyposażone też zostały w odbiorniki telewizyjne. Ponadto do dyspozycji cudzoziemców pozostaje pomieszczenie do przyrządzania posiłków, pralnia, suszarnia, siłownia oraz boisko na świeżym powietrzu. **W oknach nie ma krat**, są one antywłamaniowe. Zdaniem wizytujących praktyka ta powinna być realizowana we wszystkich tego typu placówkach. Kraty w oknach kojarzą się bowiem z *de facto* więziennym środowiskiem. Tymczasem cudzoziemcy przebywający w strzeżonych ośrodkach nie popełnili żadnego przestępstwa. Nadto, placówki te są bardzo dobrze strzeżone oraz wyposażone są w monitoring, co minimalizuje możliwość samodzielnego ich opuszczenia.

W placówce pomocy udziela jedna psycholożka, **certyfikowana terapeutka uzależnień**. Posiadanie kompetencji w obszarze pracy z osobami uzależnionymi jest ważną kompetencją w warunkach detencji. Ograniczenie wolności u osób uzależnionych będzie wiązało się z odcięciem od przedmiotu uzależnienia, a co za tym idzie, objawami odstawienia lub zamiany przedmiotu nałogu, na dostępny w warunkach ośrodka. U pozostałych osób mogą pojawić się uzależnienia lub zachowania kompulsywne o podobnym charakterze jako mechanizm radzenia sobie z sytuacją detencji. Kompetencje psycholożki w zakresie terapii uzależnień są mocną stroną opieki psychologicznej zapewnianej w placówce.

Pozytywnym aspektem opieki psychologicznej w Ośrodku jest **brak limitu godzin usług**, z których może skorzystać każdy z umieszczonych. Podnosi to dostępność wsparcia, nie ogranicza jego częstotliwości ani długości i daje swobodę dopasowania go do potrzeb poszczególnych osób. O dostępności tej świadczą również dane liczbowe uzyskane od personelu medycznego w trakcie wizytacji¹.

Zespół edukacyjny posiada szereg wytycznych wyznaczających zasady postępowania z osobami z grup wrażliwych, które wspierają go w realizacji zadań. Jest to nie tylko algorytm „Zasady postępowania Straży Granicznej z cudzoziemcami wymagającymi szczególnego traktowania”, ale również inne dokumenty, takie jak wytyczne określające czas pracy i strój opiekunów i opiekunek socjalnych. Osoby te pracują w trybie zmianowym, nie noszą mundurów, ubierają się po cywilnemu, co jest niezwykle ważne w kontaktach z osobami po doświadczeniach traumatycznych, w szczególności torturach, których nieodzownym elementem jest stosowanie przemocy przez osoby reprezentujące władzę, w praktyce często przez osoby umundurowane. Od 2015 r. nowe osoby zatrudniane w zespole edukacyjnym

¹ W ostatnim półroczu z konsultacji psychologicznych skorzystały 43 osoby. W placówce może być umieszczonych maksymalnie 73 cudzoziemców. W badanym okresie nie wszystkie miejsca były wykorzystane (w trakcie wizytacji w Ośrodku przebywało 68 osób). Oznacza to, że ponad 60% osób umieszczonych w placówce skorzystało z konsultacji.

muszą posiadać wykształcenie pedagogiczne. W 2017 roku wprowadzono arkusze wspierające zespół edukacyjny w obserwacji umieszczonych i ułatwiający identyfikację szczególnych potrzeb. W zbiorze dokumentów, z których korzysta sekcja edukacyjna, znajduje się również wydruk Protokołu Stambulskiego w języku polskim. Dzięki temu opiekunki socjalne i opiekunowie socjalni mają możliwość bieżącego korzystania ze standardów identyfikacji i dokumentowania tortur i niehumanitarnego traktowania.

W związku z zakazem posiadania urządzeń technicznych służących do rejestrowania obrazu (art. 420 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U. z 2017 r., poz. 2206 ze zm.), osoby posiadające telefony komórkowe z możliwością nagrywania zobowiązane są do ich zdeponowania. **Placówka dysponuje odpowiednią liczbą telefonów komórkowych bez funkcji rejestrowania obrazu, które wydawane są cudzoziemcom zamiast ich własnych aparatów przekazywanych do depozytu. Do wydawanych telefonów cudzoziemcy mogą przełożyć swoje karty SIM. Osoby, które telefonu nie posiadają, mają dostęp do aparatu służbowego, który pozostaje w dyspozycji kierownika zmiany.**

5. Problemy systemowe

5.1. Brak skutecznej procedury identyfikacji ofiar tortur/przemocy

W ośrodkach dla cudzoziemców funkcjonuje wewnętrzny algorytm Straży Granicznej „Zasady postępowania Straży Granicznej z cudzoziemcami wymagającymi szczególnego traktowania”, jednakże w opinii KMPT jest on sprzeczny z przepisami polskiego prawa oraz standardami Protokołu Stambulskiego i innymi wypracowanymi standardami międzynarodowymi. Algorytm ten bowiem nie dopuszcza „niezwłocznego zwolnienia” osadzonych cudzoziemców, którzy są domniemanymi ofiarami przemocy, z reżimu ośrodka strzeżonego, a dostępne leczenie i terapia na terenie ośrodków wobec zidentyfikowanych ofiar tortur ma jedynie charakter pogłębiający urazy psychiczne cudzoziemców w detencji. Wątpliwości w zakresie funkcjonowania „Zasad postępowania Straży Granicznej z cudzoziemcami wymagającymi szczególnego traktowania” Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił w wystąpieniu generalnym Komendantowi Głównemu Straży Granicznej².

Mimo funkcjonowania wymienionego algorytmu, w wizytowanej jednostce zdiagnozowano przypadki postępowania niezgodnego z „Zasadami”:

² KMP.572.4.2016

**a) Cudzoziemiec, którego językiem ojczystym jest _____ i któremu nie
zapewniono tłumaczeń w procesie identyfikacji szczególnych potrzeb.**

Stan faktyczny - w dniu przyjęcia do ambulatorium, _____, pielęgniarka odnotowuje w książce zdrowia, że pacjent słabo zna język angielski oraz porozumiewa się w języku _____. W okresie od _____ do _____ brak jest w książce zdrowia wpisów o zapewnieniu tłumaczenia na język _____. W tym czasie odbywają się dwie konsultacje psychologiczne i dwie konsultacje psychiatryczne (jedna w Ośrodku, jedna na izbie przyjęć). Lekarka psychiatra odnotowuje w dniu _____ słabą znajomość angielskiego. W notatce brak jest informacji o tłumaczeniu konsultacji. W tym samym dniu cudzoziemiec jest konsultowany psychiatrycznie w szpitalu. Z karty informacyjnej izby przyjęć wynika, że konsultacja psychiatryczna była tłumaczona telefonicznie na język _____ przez innego umieszczonego. Z notatki psychologicznej z dnia _____ wynika, że cudzoziemiec na własną rękę próbuje zapewnić sobie tłumaczenie przychodząc na spotkanie z innym umieszczonym. W tej samej notatce psycholożka pisze, że uzyskała informacje od Ośrodka, że cudzoziemiec posługuje się angielskim w stopniu komunikatywnym. Psycholożka odnotowuje, że dane z wywiadu psychiatrycznego są sprzeczne z danymi, które uzyskała od cudzoziemca. Pierwsze tłumaczenie z języka _____ zostaje odnotowane w książce zdrowia w dniu _____, w związku z trzecią konsultacją psychologiczną.

Analiza ekspertki - cudzoziemiec w wywiadzie chorobowym a następnie podczas konsultacji psychiatrycznych i psychologicznych deklarował poddanie przemocy oraz przeżycia traumatyczne. Z dokumentacji medycznej wyraźnie wynikało, że cudzoziemiec słabo znał język angielski oraz porozumiewał się w języku _____. W podjętych czynnościach identyfikacyjnych nie zapewniono mu profesjonalnego tłumaczenia na język, którym się biegle posługiwał. Dodatkowo w konsultacjach psychologicznych oraz psychiatrycznych uczestniczył inny umieszczony (osobiście, telefonicznie) w celu zapewnienia tłumaczenia. Stanowi to naruszenie prywatności badanego oraz etyki. Jako osoba umieszczona, będąca w relacji innej niż zawodowa z badanym, i jednocześnie jako osoba pozostająca w relacji zależności od SG, cudzoziemiec ten nie powinien zapewniać tłumaczenia ani wchodzić w posiadanie danych wrażliwych dotyczących współumieszczonego. Ponadto nie zweryfikowano kompetencji tłumaczeniowych cudzoziemca pośredniczącego w komunikacji podczas badań diagnostycznych. Nie można uznać, że tłumaczenie zostało zapewnione w sposób profesjonalny, rzetelny i etyczny. W związku ze sposobem pozyskiwania danych w procesie identyfikacji (z udziałem innego umieszczonego w roli tłumacza, w języku słabo znanym cudzoziemcowi podlegającemu identyfikacji) zgromadzone dane są obciążone dużym

ryzykiem błędu. Wynika to zarówno z możliwych nieporozumień i przeinaczeń językowych, jak również naruszenia etyki i poufności konsultacji psychiatrycznych i psychologicznych. Oznacza to, że wnioski oparte o te dane są również obciążone błędem. Powyższy przypadek wskazuje również na błąd w przepływie informacji – w dokumentacji medycznej znajduje się informacja o słabej znajomości języka angielskiego przez cudzoziemca, jednocześnie psycholożka odnotowuje otrzymanie od Ośrodka (nie jest jasne od kogo) informacji o komunikatywnej znajomości tego języka przez cudzoziemca.

b) Cudzoziemiec, w stosunku do którego przedłużono detencję pomimo uzasadnionego domniemania poddania przemocy (rozpoznanego przez psycholożkę) i zagrożenia życia oraz zdrowia (trzykrotnie rozpoznanego przez lekarza, opinii psychiatry, że stres przeżywany w detencji może zwiększać częstotliwość napadów padaczki, oraz dwukrotnej opinii psycholożki, że cudzoziemiec nie powinien przebywać w Ośrodku ze względu na stan psychiczny).

Stan faktyczny - w wywiadzie chorobowym w dniu umieszczony zgłasza przeżycie przemocy psychicznej i fizycznej. Z wpisu pielęgniarki wynika, że cudzoziemiec posługuje się językiem i polskim. Tego samego dnia informacja ta jest przekazana do zespołu edukacyjnego. Następnego dnia, , lekarz odnotowuje padaczkę w wywiadzie oraz występowanie myśli samobójczych i prosi o konsultację psychologiczną. Dwa dni później, , cudzoziemiec doświadcza pierwszego ataku padaczki. Trzy dni później, , lekarz odnotowuje depresję i nerwicę i po raz kolejny prosi o konsultację psychologiczną. Następnego dnia, , po tygodniu od zgłoszenia informacji o doświadczonej przemocy, odbywa się konsultacja z psycholożką. W notatce psycholożka wskazuje cel konsultacji jako ocenę stanu psychofizycznego umieszczonego. Opisuje, że badany opowiada o torturach podczas pobytu w więzieniu (biciu, rażeniu paralizatorem) i pokazuje ślady na ciele, mogące świadczyć o przeżyciu przemocy fizycznej. Psycholożka wnioskuje, że **„nie można kategorycznie wykluczyć, że opiniowany mógł być poddany przemocy psychicznej i fizycznej na terenie swojego kraju”** jednocześnie wskazując, że stan psychiczny badanego pozwala mu na przebywanie w Ośrodku strzeżonym. Sześć dni później, , lekarz zapoznaje się z dokumentacją psychologiczną. Po kolejnych 9 dniach, , lekarz prosi o konsultację psychologiczną i psychiatryczną w celu weryfikacji występowania zaburzenia stresowego pourazowego. Dwa dni później, , psycholożka sporządza dokument, w którym zaświadcza, że spotkała się z cudzoziemcem w obecności tłumacza języka . Z opisu

sytuacji wynika, że po wejściu do pokoju ambulatorium, w którym przebywała psycholożka i tłumacz, cudzoziemiec zdenerwował się na widok tłumacza i odmówił odbycia konsultacji w jego obecności, w języku . Psycholożka z kolei odmówiła przeprowadzenia badania bez tłumacza, informując cudzoziemca, że nie zna fachowego słownictwa w języku . W związku z tym badanie nie odbyło się. W książce zdrowia pielęgniarka odnotowała „*Odbyła się konsultacja psychologiczna z tłumaczem. Podczas konsultacji cudzoziemiec odmówił współpracy*”. W dokumentacji medycznej, psychologicznej oraz teczce umieszczonego brak jest wpisu świadczącego o tym, że został on uprzedzony o obecności osoby trzeciej (tłumacza) podczas konsultacji psychologicznej, że został na nią przygotowany, oraz że poinformowano go o celu spotkania, jakim było przeprowadzenie badania diagnostycznego. Tego samego dnia lekarz wydaje zaświadczenie lekarskie, w którym stwierdza, że „*obecny stan zdrowia pozwala cudzoziemcowi na przebywanie w zamkniętym Ośrodku*”. Osiem dni później, , pacjent zgłasza się do ambulatorium zdenerwowany trudną sytuacją rodzinną (żona w ciąży została hospitalizowana, piątka dzieci pozostała bez opieki rodziców). Prosi o tabletki uspokajające, konsultację psychiatryczną i psychologiczną. Wyraża zgodę na tłumaczenie spotkań na język . Trzy dni później, , odbywa się badanie psychologiczne, po którym psycholożka sporządza dwie notatki psychologiczne. W obu informuje o przebiegu spotkań z udziałem tłumacza języka , podając jego imię i nazwisko. W jednej notatce opisuje stan emocjonalny cudzoziemca, określany przez niego samego jako najgorszy w jego życiu. Umieszczony doświadcza niemocy i bezsilności w związku z hospitalizacją żony i konsekwencjami dla piątki ich dzieci. Tłumaczy, że w poprzedniej konsultacji nie uczestniczył ze względu na wzburzenie i zły nastrój. Druga notatka zawiera **opis objawów pogrupowanych w kryteria diagnostyczne zespołu stresu pourazowego. Opisane objawy wyczerpują wszystkie ze wskazanych w dokumencie kryteriów**. Psycholożka prosi o konsultację psychiatryczną. W żadnej z notatek psycholożka nie odnosi się do kwestii pobytu w Ośrodku. W dniu pielęgniarka odnotowuje, że od dnia (czyli od 8 dni) pacjent nie zgłasza się po zalecane leki. Dzień później, (dwa tygodnie od konsultacji psychologicznej), lekarz odnotowuje dołączenie do dokumentacji notatki psycholożki (nie jest wskazane, której notatki). W kolejnym dniu, (dwa tygodnie od zaobserwowania przez psycholożkę objawów spełniających kryteria zespołu stresu pourazowego oraz w cztery tygodnie i jeden dzień od zgłoszenia przez lekarza prośby o konsultację psychiatryczną), odbywa się badanie psychiatryczne. Dwa dni później, lekarz zapoznaje się z notatką psychiatry. W kolejnym dniu, , lekarz odnotowuje samookaleczenia. umieszczony zgłasza bezsenność. Dwa dni później, , odbywa się konsultacja psychologiczna

z udziałem tłumacza (tego samego co poprzednio). Cudzoziemiec prosi o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym. Odmawia przyjmowania leków ze względu na wymioty z krwią oraz biegunkę z krwią, co wiąże ze skutkami leków. Zgłasza, że widzi robaki. Ma poczucie tracenia kontroli nad sobą, doświadcza wybuchów złości (udział w szarpaninie z innym umieszczonym). Psycholożka opisuje ponadto myśli intruzywne o doświadczonych torturach. Udziela wsparcia psychologicznego, prowadzi rozmowę o ewentualnych konsekwencjach zachowań agresywnych i informuje o możliwości ustalenia kolejnego spotkania w razie potrzeby. Notatka nie zawiera odniesienia do kwestii dalszego pobytu w Ośrodku. W dniu.....pielęgniarka odnotowuje, że pacjent nie zgłasza się regularnie po leki (antybiotyki). Zapytany o powód odpowiada niegrzecznie, że wie co jest dla niego dobre. W dniu , (dziesięć dni od konsultacji psychologicznej) pielęgniarka odnotowuje odebranie notatki psychologicznej. W dniu pielęgniarka odnotowuje, że pacjent nie zgłasza się systematycznie po leki. W dniu cudzoziemiec jest konsultowany w szpitalu. Z karty informacyjnej wynika, że w dniach i był konsultowany na SOR z powodu padaczki. W dniu również wystąpił napad. Rozpoznanie to - inne padaczki. Pięć dni później, lekarz wydaje zaświadczenie w którym stwierdza, że „*dalszy pobyt w Ośrodku powoduje zagrożenie życia lub zdrowia*”. Następnego dnia, , cudzoziemiec prosi o konsultację psychiatryczną. W kolejnym dniu, , odbywa się konsultacja psychiatryczna. Lekarka zaleca odstawienie leków zaleconych przez lekarzy w Ośrodku oraz konsultację neurologiczną oraz rozpoznaje m.in. zaburzenia adaptacyjne / specyficzne zaburzenia osobowości (bez wskazania na konkretny typ zaburzenia) oraz padaczka (bez określenia typu padaczki). Tego samego dnia lekarz zapoznaje się z dokumentacją psychiatryczną i zleca odstawienie leków zgodnie ze wskazaniem lekarki psychiatry. Trzy dni później, , odbywa się konsultacja psychologiczna. W notatce psycholożka opisuje wyczerpanie psychiczne, nadwrażliwość na bodźce społeczne. Opisuje lęk i napięcie. Udziela wsparcia psychologicznego i wskazuje na nasilanie się objawów typowych dla sytuacji deprivacji. Nie odnosi się do kwestii pobytu w Ośrodku. W dniu odbywa się kolejna konsultacja psychiatryczna. Lekarka odnotowuje widoczne samookaleczenia na przedramionach i udach oraz drżenie całego ciała. Zauważa, że pacjent przed napadami i po napadach jest agresywny lub autoagresywny. Ponownie rozpoznaje oraz . Odnotowuje, że „*stan związany z pobytem w Ośrodku może nasilać u pacjenta częstość napadów padaczkowych*”. Tego samego dnia odbywa się konsultacja psychologiczna (z dokumentacji nie wynika, która z konsultacji była pierwsza). W notatce psycholożka wskazuje, że w jej ocenie „*nie jest*

wskazane by w/w (umieszczony – przyp. ekspertki) w dalszym ciągu przebywał w warunkach Ośrodka zamkniętego z uwagi na pogarszający się stan psychiczny”. Lekarz, również tego samego dnia, zapoznaje się z zaleceniami psychiatry. Dzień później, , lekarz odnotowuje, że „*stan ogólny pogarsza się z każdym dniem*”. Odnosi się do napadów padaczkowych oraz odnotowuje, że pacjent nie został przyjęty do szpitala, a leczenie objawowe nie przynosi efektów. Na podstawie dokumentacji psychologicznej, psychiatrycznej oraz pozostałej medycznej stwierdza, że „*dalszy pobyt w Ośrodku zamkniętym zagraża jego (pacjenta - przyp. ekspertki) życiu i zdrowiu*”. Tego samego dnia o godzinie pacjent zgłasza się do ambulatorium, pyta czy brał rano leki, nie pamięta tego. Leki wydano o . O godzinie funkcjonariusze informują, że cudzoziemiec ma drgawki. Otrzymuje relanium. O godzinie funkcjonariusze informują, że umieszczony zjadł kamienie. Zostaje odwieziony na izbę przyjęć. W szpitalu zalecony zostaje obfity posiłek oraz dalsza opieka psychiatryczna. Dwa dni po tym wydarzeniu, , pielęgniarka odnotowuje, że cudzoziemiec odmawia posiłków. W kolejnym dniu, pielęgniarka odnotowuje, że pacjent nie schodzi na śniadanie. Około ma pokaleczoną od golenia twarz, nie wie co się z nim dzieje ani nie pamięta, co się z nim działo, dlaczego zjadł kamienie, co potwierdza telefonicznie żona. Tego samego dnia, w kolejnym wpisie pielęgniarka zapisuje, że umieszczony zgłosił do profosa, że się dziś zabije. Pielęgniarka, po konsultacji telefonicznej z lekarzem kieruje cudzoziemca do szpitala psychiatrycznego. W dniach pacjent jest hospitalizowany. W karcie informacyjnej leczenia szpitalnego rozpoznano – zaburzenia adaptacyjne, zespół po zapaleniu mózgu oraz podejrzenie – padaczka (bez wskazania typu). Zastosowano leczenie psychotropowe – Clorazepam, Tegretol, Prebagalin. Zalecono dalsze leczenie w poradni zdrowia psychicznego oraz w poradni neurologicznej. Dziewięć dni później,, (czternaście dni od konsultacji psychologicznej) pielęgniarka odnotowuje dołączenie notatki psychologicznej. Tego samego dnia odbywa się konsultacja psychiatryczna. Następnego dnia, , lekarz prosi o kolejną konsultację psychologiczną. Konsultacja odbywa się po trzynastu dniach, . W notatce psycholożka stwierdza, że w jej ocenie „*cudzoziemiec nie powinien dłużej przebywać w warunkach izolacji*”. Odnotowuje, że jego stan psychiczny pogarsza się, umieszczony funkcjonuje coraz gorzej, jego zasoby wyczerpują się. Przeprowadza rozmowę terapeutyczną i informuje o możliwości spotkań w miarę potrzeby. Następnego dnia, , lekarz wystawia kolejne zaświadczenie lekarskie, w którym stwierdza, że „*dalszy pobyt w Ośrodku powoduje zagrożenie życia lub zdrowia*”. W tym samym dniu odnotowuje, że cudzoziemiec wychodzi z Ośrodka. Lekarz przygotowuje

zaświadczenie o stanie zdrowia, dokumentację medyczną, która zostaje wydana cudzoziemcowi, razem z lekami na 5 dni.

Analiza ekspertki - Cudzoziemiec od momentu zgłoszenia przeżycia przemocy fizycznej i psychicznej oraz padaczki spędził w Ośrodku Strzeżonym 4,5 miesiąca (od - do). W ocenie ekspertki dane wskazujące na uzasadnione domniemanie poddania przemocy były w dyspozycji personelu już w ciągu pierwszego tygodnia od umieszczenia cudzoziemca w Ośrodku, o czym świadczą notatki psycholożki oraz wpisy w książce zdrowia. Jeśli występowały wątpliwości w tej kwestii i potrzebna była dalsza weryfikacja, powinna ona być wykonana niezwłocznie. Tymczasem kolejno lekarz, pacjent oraz psycholożka proszą o konsultację psychiatryczną, która zostaje zrealizowana dopiero po przeszło czterech tygodniach od pierwszej prośby i po ponad 7 tygodniach od zgłoszenia przez pacjenta przeżycia przemocy.

Kolejnym aspektem odraczającym potwierdzenie uzasadnionego domniemania poddania przemocy było opóźnienie w przeprowadzeniu badania psychologicznego, związane ze wzburzeniem, jakie wywołała w cudzoziemcu niezapowiedziana obecność tłumacza. Informacje o tym, że osoba mogła doświadczyć traumy były w posiadaniu zespołu edukacyjnego, psycholożki, lekarza oraz pielęgniarek. Podstawową zasadą kontaktu z osobami po traumie i przemocy jest przywracanie im poczucia kontroli poprzez, zawsze kiedy to możliwe, dawanie wyboru, pytanie o preferencje, uzyskiwanie zgody na podejmowane działania, a w razie kiedy działania muszą zostać podjęte niezależnie od zgody osoby lub jej preferencji, co najmniej uprzedzenie o tym i wytłumaczenie powodu ich podejmowania oraz przebiegu. Labilność emocjonalna, nadwrażliwość na bodźce społeczne, niska tolerancja na brak kontroli i potrzeba jej odzyskania, a co za tym idzie niska tolerancja na bycie zaskakiwanym, łatwe wpadanie w irytację i złość, są typowe dla spektrum zaburzeń związanych ze stresem (do których należy zarówno zaburzenie stresowe pourazowe, jak i rozpoznane przez psychiatrę zaburzenia adaptacyjne). Personel Ośrodka powinien posiadać taką wiedzę i powinien być do takiego kontaktu przygotowany. W związku z tym nie powinna być mieć miejsca sytuacja, w której cudzoziemiec jest zaskakiwany obecnością nieznaną osobą na konsultacji psychologicznej. Należało go o tym uprzedzić oraz w sposób wspierający i oparty na współpracy wytłumaczyć powody, dla których taka obecność była konieczna w sytuacji badania. Dodatkowo w związku z podejrzeniem tortur i przemocy należało się upewnić, czy osoba badana ma preferencje dotyczące płci oraz narodowości osoby tłumaczącej. Wybór płci osób prowadzących czynności, które wymagają opowiadania o przeżytej przemocy, powinien

być standardową procedurą. Nawet jeśli nie jest realizowany przez Ośrodek, to w tym konkretnym przypadku, ze względu na kraj pochodzenia umieszczonego, wskazane było upewnienie się co do preferencji płci i narodowości osoby tłumaczącej, a w razie potrzeby zapewnienie kobiety tłumaczki. Wynika to ze stosowanych w gwałtów jako formy tortur i tabu kulturowego z tym związanego. Z doświadczenia klinicznego ekspertki wynika, że mężczyźni po tego typu doświadczeniach mają ogromne trudności w ich ujawnianiu, a ze względu na kontekst kulturowy nie ujawnią ich w obecności innego mężczyzny, ani osób ze swojej grupy kulturowej. Brak dostosowania postępowania z cudzoziemcem, adekwatnego do jego stanu oraz do podejrzanego przeżycia przemocy, spowodował niepotrzebny dodatkowy stres umieszczonego oraz niepotrzebnie odroczył przeprowadzenie koniecznego badania. W konsekwencji badanie odbyło się po przeszło pięciu tygodniach od umieszczenia i po przeszło dwóch tygodniach od ponownej prośby lekarza o konsultację i weryfikację występowania objawów potraumatycznych.

W notatce sporządzonej przez psycholożkę opisuje ona objawy typowe dla osób po doświadczeniu traumatycznym, wyczerpujące wszystkie wskazane przez nią kryteria diagnostyczne konieczne do rozpoznania stresu pourazowego. Mimo to ani psycholożka ani lekarz (po zapoznaniu się z dokumentem) nie odnotowują uzasadnionego domniemania poddania przemocy (którego prawdopodobieństwo psycholożka zgłaszała już w notatce po pierwszej konsultacji) ani nie opiniują zwolnienia z Ośrodka.

Dopiero na początku czerwca, lekarz po raz pierwszy opiniuje zwolnienie z Ośrodka. Motywuje to zagrożeniem dla życia i zdrowia cudzoziemca, nie odnosi się jednak do uzasadnionego domniemania przemocy. Do tego czasu cudzoziemiec doświadcza kolejnych napadów padaczki, częściowych niedowładów, lekkich uszkodzeń ciała w wyniku upadków w trakcie napadów. Ponadto doświadcza coraz silniejszych objawów, zgłasza rosnące napięcie psychiczne i bezsilność. Dokonuje samookaleczeń. Pomimo zaświadczenia lekarza o zagrożeniu życia i zdrowia detencja trwa jeszcze przez 5,5 tygodnia, podczas których dochodzi do dalszego pogorszenia stanu psychofizycznego cudzoziemca.

Należy również podkreślić, że w okresie detencji Straż Graniczna nie tylko nie zadziałała zgodnie z zaleceniami lekarza, psycholożki i psychiatry, ale przez cały okres pomijano istotne źródło danych, jakim były wskazywane przez umieszczonego ślady na ciele. Na żadnym etapie pobytu w Ośrodku nie dokonano ich oceny medycznej pod kątem domniemania przemocy ani dokumentacji tortur.

Podsumowując, pomimo że cudzoziemiec został ostatecznie zwolniony z Ośrodka, podjęte w odniesieniu do niego działania nie były, zdaniem ekspertki, zgodne z algorytmem

Straży Granicznej ani obowiązującym prawem – nie podjęto wyczerpujących działań w związku z zachodzącym domniemaniem poddania przemocy, będącym przeciwwskazaniem do pobytu w Ośrodku, nie przeanalizowano wszystkich dostępnych źródeł danych, a ze zgromadzonych danych nie wyciągnięto wniosków. Wszystkie działania podejmowano w dużych odstępach czasu, co opóźniało identyfikację i podjęcie adekwatnych działań; nie zwalniano cudzoziemca z Ośrodka pomimo zachodzącego i potwierdzonego zaświadczeniem lekarskim zagrożenia życia lub zdrowia.

5.2. Dostęp do technologii typu VoIP (Voice over Internet Protocol)

Cudzoziemcy przebywający w ośrodkach strzeżonych, mimo dostępu do internetu, nie mają możliwości skorzystania z bezkosztowych międzynarodowych połączeń telefonicznych, poprzez technologię VoIP. Tymczasem Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) niejednokrotnie podkreślał, iż cudzoziemcy powinni mieć zapewniony dostęp do komputerów z możliwością korzystania ze Skype oraz VoIP³. Nadto, na tę kwestię Komitet zwrócił uwagę podczas wizyty w Polsce w 2017 r., wydając stosowne zalecenie⁴.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Warunki bytowe

Jak wspomniano wyżej, delegacja uznała warunki bytowe w Ośrodku za bardzo dobre. Jednakże w oknach nie zamontowano rolet/zasłon, w związku z czym cudzoziemcy oklejali okna czarną folią, z uwagi na duże nasłonecznienie. Praktyka ta została zakwestionowana przez CPT podczas wizytacji w 2017 r. i w raporcie⁵ Komitet zalecił podjęcie kroków zmierzających do zapewnienia odpowiedniego wyposażenia okien.

W kwestii warunków bytowych problemem, na który zwracali uwagę cudzoziemcy podczas rozmów z wizytującymi, był dostęp do jedynej palarni, znajdującej się w budynku „B”. Jak wynikało ze skarg, przejście między budynkami „A” i „B”, prowadzące przez przewiązkę, zamykane jest o godz. 22, a po jego zamknięciu osoby zakwaterowane w budynku „A” nie mogą korzystać z palarni mimo, że ta nadal dostępna jest dla

³ Patrz: par.133, Raport CPT z wizyty w Byłej Jugosłowiańskiej Republice Macedonii w 2014 r., CPT/Inf (2016) 8; par 82, raport CPT z wizyty w Danii w 2014 r., CPT/Inf (2014) 25 oraz pkt 5 Factsheet: Immigration detention (March 2017), CPT/Inf(2017)3.

⁴ Patrz: par. 54, Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018)39.

⁵ Patrz: par. 39, Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018)39.

mieszkańców drugiego budynku. W związku z tym, Mechanizm zaleca zorganizowanie palarni w obu budynkach mieszkalnych SOC.

6.2. Opieka psychologiczna

a. dostępność

Przeanalizowana dokumentacja psychologiczna wskazuje, że cudzoziemcy korzystają najczęściej z pojedynczego lub maksymalnie kilku spotkań. Na podobnie krótkotrwałe lub jednorazowe wsparcie wskazują rozmowy przeprowadzone z cudzoziemcami. Pojedyncze spotkania mogą mieć charakter interwencyjny i doraźny lub służyć diagnozie. Nie realizują jednak długofalowego wsparcia ani nie stwarzają warunków prowadzenia terapii. Należy zaznaczyć, że nie wszystkie osoby takiego wsparcia potrzebują, a spośród potrzebujących nie wszyscy zdecydują się skorzystać z tej formy opieki. Jednocześnie niepokoi fakt, że według informacji uzyskanych od personelu medycznego w Ośrodku nie przebywała w okresie ostatniego półrocza żadna osoba, która regularnie i długofalowo korzystałaby z pomocy psychologicznej. Biorąc pod uwagę, jak dużym wyzwaniem dla psychiki jest ograniczenie wolności w połączeniu z przebywaniem w innej kulturze niż ojczyzna oraz ograniczonymi możliwościami porozumiewania się w języku ojczystym (a nierzadko brakiem takiej możliwości), należy przypuszczać, że w populacji osób umieszczonych w SOC znajdują się osoby potrzebujące regularnej opieki, a wśród nich takie, które by z niej korzystały długofalowo. Należy również podkreślić, że przeanalizowana dokumentacja wskazuje, że w Ośrodku przebywały osoby ze zdiagnozowanym zaburzeniem stresowym pourazowym i osoby w stosunku do których z dużym prawdopodobieństwem zachodziło uzasadnione domniemanie, że doświadczyły przemocy, w tym tortur. Z dokumentacji wynika, że każda z tych osób przebywała w Ośrodku powyżej miesiąca. Osoby takie wymagają psychoterapii, a często również farmakoterapii. Psychoterapia w warunkach ośrodka strzeżonego ze względu na retraumatyzujący charakter detencji może być nieefektywna. Jednak do momentu zwolnienia (co powinno następować jak najszybciej) osoby z zaburzeniami ze spektrum wskazującego na doświadczenie przemocy, w tym tortur (zaburzenie stresowe pourazowe, zaburzenia lękowe, zaburzenia afektywne), oraz pozostałe osoby z zaburzeniami psychicznymi nasilającymi się pod wpływem detencji powinny otrzymywać regularne i intensywne (nawet kilka razy w tygodniu) wsparcie psychologiczne. Natomiast liczba, częstotliwość oraz opis odbytych konsultacji wskazuje, że konsultacje polegały na zebraniu wstępnego wywiadu i wydaniu diagnozy psychologicznej. Liczba i częstotliwość konsultacji,

jak również treść dokumentacji psychologicznej nie wskazują, że w ramach opieki psychologicznej realizowane było wsparcie psychologiczne mające na celu redukcję wpływu retraumatyzującego środowiska na osobę umieszczoną w Ośrodku która, co należy podkreślić, nie powinna się w nim znaleźć.

W Ośrodku pomoc psychologiczną świadczy jedna psycholożka. Sytuacja, w której tylko jedna osoba na terenie placówki zapewnia pomoc psychologiczną znacznie ogranicza dostępność tej pomocy. Po pierwsze sytuacja ta jest obciążona dużym ryzykiem braku ciągłości opieki psychologicznej oraz braku możliwości podjęcia koniecznej interwencji i udzielenia wsparcia w kryzysie psychicznym. Wezwanie może zbiec się z brakiem dyspozycyjności psycholożki i brak jest osoby, która mogłaby podjąć działanie. Personel medyczny zapewniał, że nie było sytuacji, w której psycholożka nie byłaby dyspozycyjna, kiedy proszono ją o przyjazd, jednak takie ryzyko występuje i brak jest mechanizmu chroniącego przed jego skutkami.

Drugie, wynikające z tej sytuacji ograniczenie, związane jest ze specyfiką tego rodzaju usług. Aby czynności psychologiczne mogły być efektywnie i rzetelnie realizowane potrzebne jest zbudowanie pozytywnej relacji z osobą korzystającą z usług, opartej na wzajemnym szacunku i zaufaniu. Występuje tu czynnik ludzki, będący nieodzownym elementem usług psychologicznych i niezależny od kompetencji psychologa lub psycholożki. Osoba, która w obecności konkretnego psychologa lub konkretnej psycholożki nie będzie się czuła komfortowo, nie skorzysta lub zrezygnuje ze wsparcia. Niezależnie od kompetencji, dana osoba świadcząca usługi może w danym przypadku nie być właściwa do udzielenia wsparcia ze względu na swój wiek, płeć, wygląd czy nawet sposób mówienia. W sytuacji pracy z populacją wielokulturową, w której dodatkowo dochodzą kwestie różnic kulturowych, językowych, religijnych, w komunikacji niewerbalnej itd. tym większą rolę odgrywa czynnik ludzki i tym trudniejsze może być zbudowanie zaufania. Dlatego też ogromnie ważna jest możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej u więcej niż jednej osoby. Aktualnie, kiedy w Ośrodku brak jest alternatywy, kiedy osoba nie jest w stanie zaufać dostępnej psycholożce, opieka psychologiczna przestaje być dla tej osoby realnie dostępna.

Trzecim ograniczeniem związanym ze świadczeniem usług przez jedną osobę są ograniczenia w kompetencjach. Pojedynczy psycholog lub pojedyncza psycholożka w porównaniu z kilkuosobowym, dobrze dobranym zespołem ma mniejszy repertuar technik pracy, doświadczenia i kompetencji.

Czwartym ograniczeniem jest możliwy konflikt interesów w przypadku, jeśli osoby pozostające ze sobą w konflikcie zgłaszają się po pomoc. Jedna osoba nie powinna pomagać

różnym stronom konfliktu. Ośrodek jest miejscem zbiorowego zamieszkania, osoby mają ze sobą wymuszony długotrwały i intensywny kontakt – w ramach zamieszkania w jednym pokoju, na jednym bloku, korzystania z części wspólnych. Ograniczenie wolności przy jednoczesnej stałej wysokiej ekspozycji społecznej często prowadzi do zmęczenia obecnością innych ludzi. Zmęczenie to zwykle wyraża się między innymi w obniżonym progu frustracji, osłabionej regulacji emocji, zmniejszonej cierpliwości i obniżonym progu irytacji, co łatwo skutkuje konfliktami pomiędzy umieszczonymi. Ważnym elementem wsparcia psychologicznego w tym kontekście jest możliwość swobodnego wyrażenia swoich myśli i uczuć o innych osobach, w empatycznym, bezpiecznym, wspierającym i chronionym tajemnicą zawodową kontakcie z psycholożką lub psychologiem. Aby było to możliwe, potrzebne jest zaufanie do osoby udzielającej wsparcia. W sytuacji konfliktu w ośrodku często obie strony konfliktu wymagają wsparcia. Korzystanie z pomocy tej samej osoby byłoby, o czym wspomniano powyżej, konfliktem interesów. Dodatkowo mogłoby podważać zaufanie i rodzić wątpliwości co do intencji psycholożki lub psychologa, albo wywoływać u osoby poszukującej wsparcia lęk przed oceną, związany z wyobrażeniem, jakie informacje psycholog lub psycholożka uzyskuje o sytuacji od drugiej strony konfliktu. Niezależnie od starań osoby wspierającej aby zachować bezstronność, wątpliwości po stronie osoby wspieranej mogą prowadzić do obaw w skorzystaniu z pomocy, a w konsekwencji do zrezygnowania z pomocy. Tym bardziej, że osoby umieszczone, w szczególności osoby po doświadczeniu przemocy lub tortur mają zwykle niski poziom zaufania, oraz łatwo wycofują swoje zaufanie. Udzielanie pomocy psychologicznej przez różne osoby każdej ze stron konfliktu, podobnie jak osobom bliskim, jest standardem. W aktualnej sytuacji w Ośrodku nie ma możliwości realizacji tego standardu.

Spotkanie z psycholożką jest umawiane każdorazowo na pisemny wniosek cudzoziemca. Wniosek należy złożyć u swojego opiekuna socjalnego lub u swojej opiekunki socjalnej albo innej dowolnej osoby z zespołu edukacyjnego. Dotyczy to każdego spotkania, zarówno pierwszego, jak i kolejnych. W sytuacji, jeśli osoba chciałaby korzystać z pomocy regularnie, jest zobowiązana złożyć wniosek o każde spotkanie. Nie ma możliwości umówienia się długofalowo na powtarzalne spotkania, np. w określony dzień tygodnia i o uzgodnionej godzinie. U osób, dla których wyzwaniem jest już sama decyzja o sięgnięciu po pomoc psychologiczną i stawienie się na konsultację (osoby z problemami w codziennym funkcjonowaniu, osoby z trudnością w proszeniu i akceptowaniu pomocy) taki sposób umawiania wizyt może stanowić istotną barierę w dostępie do opieki psychologicznej. Ponadto cudzoziemiec nie ma wyboru jeśli chodzi o dni i godziny spotkań oraz wpływu na nie. Taka

sytuacja nie wzmacnia podmiotowości osoby, która pozytywnie wpływa na efektywność wsparcia. Nie ma też jasno określonego czasu oczekiwania na konsultację. Z przeanalizowanej dokumentacji wynika, że pomiędzy spotkaniami występują nawet kilkutygodniowe przerwy.

Aby wsparcie było dostępne i efektywnie realizowane psycholog lub psycholożka oraz osoba korzystająca z usług muszą mieć możliwość porozumiewania się biegle we wspólnym języku. Oznacza to konieczność znajomości języków obcych przez psycholożkę lub psychologa, albo konieczność tłumaczenia. Personel medyczny poinformował, że psycholożka pracuje w języku polskim, angielskim i rosyjskim bez tłumaczenia, oraz jest w trakcie nauki języka arabskiego. Z udostępnionej dokumentacji można wnioskować, że psycholożka prowadzi konsultacje w języku angielskim oraz jest w stanie zebrać podstawowy wywiad w języku rosyjskim. Tylko w niektórych notatkach psychologicznych znajduje się informacja o języku, w jakim odbywało się spotkanie, a tylko w nielicznych znajduje się informacja, czy spotkanie przebiegało z udziałem osoby tłumaczącej, czy psycholożka prowadziła samodzielnie spotkanie w języku obcym, oraz kto zapewniał tłumaczenie. W trakcie wizytacji personel medyczny ani personel Ośrodka nie był w stanie udzielić informacji o mechanizmie umawiania osób tłumaczących w trakcie konsultacji, z jakich języków dostępne są tłumaczenia, ani jaki jest czas oczekiwania na tłumaczenie od momentu zgłoszenia zapotrzebowania. Nie udostępniono również listy osób realizujących tłumaczenia w pomocy psychologicznej ani kryteriów wyboru takich osób czy minimalnych wymagań, jakie powinny one spełniać. Rozmowy z umieszczonymi wskazywały na to, że wsparcie jest prowadzone zwykle w językach obcych dla cudzoziemców – głównie rosyjskim i angielskim. Nie jest ono realizowane w językach ojczystych umieszczonych. Wszystkie osoby, z którymi przeprowadzono rozmowy, preferowały kontakt z psycholożką lub z psychologiem w języku ojczystym. Jedna z rozmów była niepokojąca. Z dokumentacji osoby wynikało, że spotkania odbywały się w języku angielskim, będącym dla niej językiem obcym. Natomiast poziom znajomości tego języka u umieszczonego był w ocenie psycholożki za słaby do efektywnego prowadzenia wsparcia, terapii czy diagnostyki.

Ponadto, aby wsparcie psychologiczne, terapia czy diagnostyka mogły być rzetelnie i efektywnie realizowane, osoba tłumacząca nie tylko musi spełniać kryterium biegłej znajomości języków, pomiędzy którymi tłumaczy, ale powinna umieć współpracować z psychologiem lub psycholożką, tak aby swoim tonem głosu, doborem słów, postawą ciała ułatwiać tłumaczeniem proces realizacji wsparcia czy diagnostyki i unikać zaburzania go. W tym miejscu należy wspomnieć o wymiarze etycznym współpracy z osobą tłumaczącą.

Osobę taką powinny obowiązywać te same zasady etyczne co psycholożkę lub psychologa, ponieważ wchodzi ona w posiadanie tych samych informacji oraz bierze udział w relacji wsparcia. Naruszenie tych zasad (oprócz konsekwencji etycznych), będzie negatywnie wpływać na proces wsparcia, terapii lub diagnozy. Może też spowodować utratę zaufania do osoby tłumaczącej, a w kolejnym kroku do psycholożki lub psychologa i tym samym doprowadzić do rezygnacji ze wsparcia.

b. miejsce spotkań z psychologiem

Usługi psychologiczne w Ośrodku świadczone są w dwóch pomieszczeniach, zależnie od tego, jaki podmiot i na czyje zlecenie je realizuje. Spotkania z psycholożką zatrudnioną przez Straż Graniczną odbywają się w pomieszczeniu ambulatorium. Spotkania z psycholożkami i psychologami zewnętrznymi (z organizacji pozarządowych lub podmiotów komercyjnych) odbywają się w pokojach widzeń. W Ośrodku nie ma odpowiednio wyposażonego gabinetu psychologicznego, który byłby przeznaczony tylko na spotkania z psycholożkami lub psychologami.

Rozmowa psychologiczna prowadzona zwykłym tonem głosu w pomieszczeniu ambulatorium, nawet w największym możliwym oddaleniu od drzwi jest słyszalna na korytarzu w stopniu pozwalającym na rozumienie treści rozmowy. Od funkcjonariuszy SG pełniących służbę w dniach wizytacji uzyskano informację, że umieszczony jest doprowadzany przez funkcjonariusza na spotkanie z psycholożką, a w trakcie spotkania funkcjonariusz czeka na umieszczonego na korytarzu. Zdarza się także, że inni cudzoziemcy korzystają z ambulatorium w trakcie odbywania się konsultacji psychologicznych i oczekują na wejście do ambulatorium na korytarzu, również w asyście funkcjonariusza. Brak izolacji akustycznej oraz zdarzająca się obecność osób postronnych, mających możliwość usłyszenia treści rozmowy, prowadzi do naruszenia poufności spotkania. Ma to zarówno wymiar etyczny – łamie ochronę prywatności umieszczonego chronioną tajemnicą zawodową, jak również może powodować u osób, które zauważą ten problem niechęć i rezygnację ze wsparcia w obawie o bycie podsłuchanym.

Ustawienie mebli oraz umieszczenie przycisku wzywającego pomoc, jeśli psycholożka chciałaby mieć do niego dostęp, wymusza na niej prowadzenie spotkań zza biurka. Oznacza to, że na drodze psycholożki do drzwi (obu par) znajduje się biurko oraz osoba, której udziela wsparcia. Dobrą praktyką, zwiększającą komfort i bezpieczeństwo pracy, jest takie ustawienie mebli i wskazanie osobie wspieranej miejsca do siedzenia, żeby osoba ta zawsze znajdowała dalej od drzwi niż psycholog lub psycholożka (oraz osoba tłumacząca, jeśli jest obecna), oraz aby droga do drzwi była wolna od mebli i innych przedmiotów. Ułatwia to wezwanie pomocy,

np. w przypadku zasłabnięcia umieszczonego, a w sytuacjach ekstremalnych np. w razie zagrożenia ze strony umieszczonego ucieczkę z pomieszczenia. Ponadto prowadzenie wsparcia psychologicznego i diagnostyki zza biurka jest utrudnione. Psycholożka lub psycholog ma ograniczone możliwości obserwowania postawy ciała cudzoziemca, jak również modelowania własną postawą (każda z osób widzi tylko część ciała drugiej osoby, reszta zasłonięta jest przez biurko). Oddzielenie biurkiem utrudnia również stworzenie atmosfery koniecznej do prowadzenia wsparcia lub terapii.

W pomieszczeniu ambulatorium wykorzystywanym jako gabinet psychologiczny znajdują się przedmioty typowe dla ambulatorium, które mogą być pilnie potrzebne personelowi medycznemu – m.in. zestaw do reanimacji, leki, dokumenty. Takie przedmioty nie powinny się tam znajdować, aby nie powodowały ryzyka przerwania konsultacji koniecznością ich pobrania.

Ośrodek dysponuje dwoma, sąsiadującymi ze sobą pokojami widzeń. Oba pomieszczenia nie są przejściowe, mają dobrą izolację akustyczną, zarówno względem siebie jak i względem korytarza. W każdym z pomieszczeń jedna ściana jest przeszklona (jest to ściana, w której znajdują się drzwi wejściowe). Nie zapewnia to wystarczającej poufności. Pomieszczenia sąsiadują ze sobą, często wykorzystywane są w tym samym czasie, co wiąże się z przebywaniem na korytarzu osób odwiedzających, umieszczonych oraz funkcjonariuszy. Idąc do jednego pomieszczenia, wchodząc lub wychodząc z niego widzi się wewnątrz pomieszczenia obok. I odwrotnie z wnętrza pomieszczenia widać korytarz i osoby przychodzące lub opuszczające pomieszczenie obok. Może być to krępujące dla osoby korzystającej ze wsparcia, utrudniać otwarcie się, a co a tym idzie realizację wsparcia lub diagnozy. Może to też skutkować ujawnieniem danych psychologicznych np. treści wypełnianych przez umieszczonego kwestionariuszy.

c. dokumentacja psychologiczna

Dokumentacja psychologiczna jest przechowywana razem z dokumentacją medyczną. Oznacza to, że mają do niej dostęp nie tylko psycholodzy lub psycholożki, ale również personel lekarski, pielęgniarski i ratowniczy. Dokumentacja psychologiczna zgodnie z zapisami ustawy o zawodzie psychologa, jak również stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Psychologicznego nie jest dokumentacją medyczną i jako taka powinna być prowadzona i przechowywana oddzielnie. Treść dokumentacji objęta jest tajemnicą zawodową psychologa. Nie powinny mieć do niej dostępu osoby, które taką tajemnicą zawodową nie są objęte. Należy

zaznaczyć, że w świetle obowiązującego prawa tajemnica zawodowa psychologa i lekarza mają inny zakres i są inaczej chronione prawnie.

Dokumentacja psychologiczna prowadzona w Ośrodku składa się z notatek sporządzanych przez psycholożkę. Notatki mają różną formę, zawierają różnego typu informacje. Głównie są to opisy zachowania cudzoziemców (np. nie nawiązuje kontaktu wzrokowego), zgłaszane przez nich objawy (np. nie może spać; śnią mu się koszmary) oraz obserwacje i wnioski psycholożki (np. obniżony nastrój; tendencje do manipulacji). Część z notatek obok powyższych danych zawiera zalecenia, opinie i diagnozy (np. spełnia wymagane kryteria diagnostyczne; może przebywać w Ośrodku) oraz komunikaty skierowane do osób trzecich (np. proszę o konsultację psychiatryczną). Tylko nieliczne zawierają informację o celu spotkania (np. ocena stanu psychofizycznego, potwierdzenie lub wykluczenie PTSD), języku, w którym odbywało się spotkanie oraz czy było lub nie było tłumaczone. Również tylko nieliczne notatki zawierają informację o czynnościach wykonanych przez psycholożkę i rodzaju oferowanej usługi (np. udzielenie wsparcia, udzielenie informacji o możliwości kolejnego spotkania). Wśród opisu czynności w żadnej notatce nie odnotowano sprawdzenia, czy cudzoziemiec rozumie rolę wsparcia psychologicznego, a w razie potrzeby wytłumaczenia na czym ono polega, poinformowania o zasadach prowadzenia wsparcia, tajemnicy zawodowej i wyjątków od niej, zasadach prowadzenia i dostępu do dokumentacji psychologicznej w Ośrodku. Ponadto nie odnotowano w żadnej notatce czynności polegających na rozpoznaniu potrzeb i oczekiwań umieszczonego, uzgodnienia z nim celu i zakresu wsparcia ani zawarcia kontraktu. Żadna z przeanalizowanych notatek nie zawiera informacji o godzinie rozpoczęcia konsultacji ani o czasie trwania spotkania. Dokumentacja nie zawiera pisemnych zgód osób na przeprowadzenie badania psychologicznego, na wydanie opinii psychologicznej po badaniu, ani na przekazanie jej osobom trzecim (personelowi medycznemu lub kierownikowi SOC, czego wymaga algorytm). W notatkach psychologicznych nie ma odnotowanych działań mających na celu uzyskanie świadomej zgody (poinformowanie o celu badania, jego przebiegu, konsekwencjach, prawach osoby badanej) ani faktu uzyskania takiej zgody. Należy podkreślić, że obowiązującym standardem jest uzyskiwanie takiej zgody na piśmie. Ponadto łączenie w jednym dokumencie funkcji notatki z funkcją opinii, w sytuacji przekazywania opinii osobom trzecim (nawet za zgodą cudzoziemca) prowadzi do ujawniania danych, które nie są konieczne do zrealizowania celu opinii i jako takie, zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, powinny być chronione tajemnicą zawodową.

Z książki zdrowia i wpisów personelu medycznego wynika, że notatki są dołączane do dokumentacji w okresie kilku, kilkunastu dni po przeprowadzeniu konsultacji. Nie wiadomo,

czy notatki są prowadzone odrębnie na bieżąco a następnie przepisywane, czy sporządzane są z odroczeniem. Notatki (zapisywanie danych surowych) powinny być prowadzone na bieżąco, po każdym spotkaniu, co zmniejsza ryzyko zniekształcenia lub pominięcia danych. Opinie psychologiczne, choć powinny być wydawane jak najszybciej ze względu na dobro osób diagnozowanych, wymagają więcej czasu. Wynika to z konieczności wykonania analizy i interpretacji danych oraz wydania zaleceń adekwatnych do wyciągniętych wniosków. W praktyce opinia powinna być wydawana w ciągu kilku, maksymalnie kilkunastu dni. Na przykład standardem stosowanym przez Urząd do Spraw Cudzoziemców jest wymaganie od personelu psychologicznego przekazania opinii po badaniu diagnostycznym w ciągu 7 dni od zakończenia diagnozy.

6.3.Opieka medyczna

W ambulatorium Ośrodka brak jest zbioru dokumentów zawierających wytyczne dotyczące postępowania z grupami wrażliwymi, w tym również opisywanego powyżej algorytmu. Personel medyczny nie ma również do bieżącej dyspozycji Protokołu Stambulskiego ani przeznaczonego dla tej grupy podręcznika (dodatku do protokołu stworzonego specjalnie dla służb medycznych). To samo dotyczy personelu psychologicznego. W ambulatorium nie znajduje się podręcznik do Protokołu przeznaczony dla tej grupy zawodowej. Brak jest również wytycznych nakładających na personel medyczny i psychologiczny znajomość powyższych dokumentów – Protokołu Stambulskiego wraz z odpowiednim dla każdej z grup zawodowych podręcznikiem. Dokumenty te są ogólnodostępne w Internecie, jednak ich znajomość aktualnie zależy wyłącznie od inicjatywy personelu. KMPT zaleca wyposażenie ambulatorium w wymienione publikacje.

6.4.Personel

W udostępnionym przez Straż Graniczną wykazie szkoleń osób zatrudnionych w placówce brak jest szkoleń dotyczących identyfikacji i postępowania z osobami po doświadczeniu tortur i nieludzkiego traktowania. Nie ma także wyszczególnionych szkoleń dotyczących identyfikacji i postępowania z osobami po doświadczeniach traumatycznych, w tym po doświadczeniu przemocy ani szkoleń poświęconych rozpoznawaniu i reagowaniu na zachowania mogące stanowić objawy zagrożenia dla zdrowia psychicznego osoby. Pozytywny wyjątek stanowi „Kurs doskonalący – handel ludźmi – współpraca i wymiana informacji”, czyli szkolenie dotyczące jednej z grup wrażliwych, która zwykle doświadcza przemocy i ponosi jej psychologiczne konsekwencje. Drugim takim pozytywnym wyjątkiem jest szkolenie „Metody

radzenia sobie ze stresem w pracy i służbie”. Ponadto placówka zapewniała kursy i warsztaty językowe z języka rosyjskiego, angielskiego, co również podnosi kompetencje odpowiedzialne za efektywną komunikację i nawiązywanie kontaktu z umieszczonymi. Powyższe szkolenia budują podstawy niezbędne do kontaktu z cudzoziemcami, bez których niemożliwa jest skuteczna identyfikacja grup wrażliwych. Jednak nie można ich uznać za bezpośrednie przygotowanie do rozpoznawania i postępowania z osobami po doświadczeniu przemocy, w tym tortur. W związku z powyższym przedstawiciele KMPT zalecają objęcie wszystkich pracowników SOdC wymienionymi szkoleniami.

6.5. Działalność kulturalno- oświatowa

W rozmowach indywidualnych cudzoziemcy wskazywali na częste ograniczenia w dostępie do placu rekreacyjno- sportowego. Teoretycznie, zgodnie z porządkiem dnia, cudzoziemcy przebywać mogą na placu w czasie wolnym, ograniczonym wyłącznie godzinami spożywania posiłków i ciszą nocną. W praktyce jednak, jak twierdzą umieszczeni, możliwość przebywania na placu zależy od tego, czy liczba funkcjonariuszy SG pełniących dyżur w danym dniu pozwala kierownikowi zmiany na wyznaczenie funkcjonariusza do sprawowania nadzoru nad osobami przebywającymi poza budynkami. Wizytujący zalecają zorganizowanie pracy funkcjonariuszy SG tak, aby mogli oni realizować dostęp cudzoziemców do placu zgodnie z porządkiem dnia.

6.6. Kontakt ze światem zewnętrznym

W rozmowach z wizytującymi cudzoziemcy zwracali uwagę na zbyt restrykcyjne, ich zdaniem, ograniczenia w korzystaniu z komputerów. Skargi dotyczyły nie tylko blokowania dostępu do niektórych stron, ale też obowiązujących limitów czasowych. Zgodnie z ustalonymi przez personel zasadami jednorazowo użytkownik korzystać bowiem może z komputera maksymalnie przez 30 minut. W kwestii tej delegacja uzyskała informację o planowanym otwarciu drugiej sali, która zostanie wyposażona w pięć dodatkowych stanowisk komputerowych.

6.7. Środki przymusu bezpośredniego

Na wyposażeniu funkcjonariuszy pełniących służbę w SOdC znajdują się dwa urządzenia typu TASER. Przechowywane są one w magazynie przy pomieszczeniu kierownika zmiany. Wydawane są wyłącznie przeszkolonym funkcjonariuszom i co do

zasady nie są wnoszone do części mieszkalnej Ośrodka: wykorzystywane są głównie przy doprowadzeniach.

Na terenie Ośrodka istnieje też możliwość stosowania izolacji jako środka przymusu bezpośredniego oraz kajdanek. Jak wynika z wyjaśnień funkcjonariuszy SG, co do zasady są one używane prewencyjnie, przy doprowadzeniach. Potwierdzają to relacje samych cudzoziemców. Jak informowali wizytujących, w większości przypadków, na badania czy konsultacje medyczne do podmiotów zewnętrznych dowożeni są właśnie w kajdankach. Na nieproporcjonalność stosowania kajdanek jako reguły, za każdym razem, gdy cudzoziemiec opuszcza Ośrodek, zwrócił uwagę CPT w raporcie z wizyty w Holandii w 2011 r.⁶, oraz w raporcie z wizyty na Malcie w 2004 r.⁷. Każdorazowo Komitet podkreśla, iż stosowanie środków przymusu powinno być rozpatrywane indywidualnie i w oparciu o zasadę proporcjonalności⁸. Również zdaniem KMPT stosowanie kajdanek przy konwojowaniu cudzoziemców powinno mieć miejsce wyłącznie w uzasadnionych konkretnymi okolicznościami przypadkach indywidualnych.

6.8. Prawo do informacji

Z wyjaśnień kierownika placówki wynika, że informacja o planowanym wykonaniu decyzji o zobowiązaniu do powrotu przekazywana jest cudzoziemcowi, którego decyzja ta dotyczy, niezwłocznie po tym, jak ustalone zostaną szczegóły i data deportacji. Samego faktu przekazania cudzoziemcowi takiej informacji Straż Graniczna w żaden sposób jednak nie odnotowuje. W praktyce zapewnienie kierownika o wcześniejszym informowaniu cudzoziemców o czekającej ich deportacji nie znalazło potwierdzenia. Dla przykładu w dniu wizytacji - 16 lipca, kierownictwu Ośrodka znany był już termin wykonania decyzji orzekającej o zobowiązaniu do powrotu dwóch obywateli Uzbekistanu: mieli oni opuścić Polskę 20 lipca. W dacie wizytacji cudzoziemcy nie zostali jeszcze o tym powiadomieni.

6.9. Prawo do prywatności

Wizytujący zwrócili uwagę na informacje wywieszane na tablicy zamontowanej w widocznym miejscu na korytarzu jednego z budynków. Wśród udostępnionych na tablicy ogłoszeń znalazły się bowiem dane osobowe cudzoziemców, a także wykazy leków,

⁶ CPT/Inf (2012) 21, Par. 56.

⁷ CPT/Inf (2005) 15, par. 67.

⁸ Za: pkt 7: Factsheet: Immigration detention (March 2017), CPT/Inf(2017)3.

przypisane do poszczególnych nazwisk. Zalecenie usunięcia tych treści przekazano bezpośrednio kierownikowi Ośrodka.

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają

I. Komendantowi Placówki Straży Granicznej w Lesznowoli:

1. zapewnienie świadczenia usług psychologicznych przez kilka osób o kompetencjach w zakresie identyfikacji i wspierania osób o szczególnych potrzebach;
2. umożliwienie umawiania regularnych spotkań z psychologiem, bez konieczności wnioskowania cudzoziemca o każdorazowe spotkanie;
3. wprowadzenie standardów korzystania z tłumaczy w pomocy psychologicznej (czas oczekiwania, wybór płci); zapewnienie tłumaczeń w ojczystych językach cudzoziemców lub co najmniej w językach, w których porozumiewają się biegle;
4. zorganizowanie pomieszczenia służącego wyłącznie do spotkań z psychologiem (wewnętrznym i zewnętrznym), zapewniającego poufność oraz izolację akustyczną;
5. oddzielenie dokumentacji psychologicznej od medycznej;
6. dokumentowanie, w oparciu o jednolity wzór, na piśmie udzielenia lub odmowy udzielenia świadomej zgody na badanie psychologiczne, wydanie opinii psychologicznej, przekazanie opinii osobom trzecim;
7. informowanie cudzoziemca przez psychologa, o tajemnicy zawodowej oraz wyjątkach od zasady poufności zgodnie z kodeksem etyczno-zawodowym psychologa oraz przepisami ustawy o zawodzie psychologa oraz odnotowywanie tej czynności w notatkach;
8. określenie standardów prowadzenia dokumentacji psychologicznej;
9. zapewnienie szkoleń dla personelu medycznego, psychologicznego, zespołu edukacyjnego oraz funkcjonariuszy i funkcjonariuszek pełniących inne funkcje z rozpoznawania, komunikacji oraz pracy z osobami po doświadczeniach traumatycznych, przeżyciu przemocy, w tym tortur i niehumanitarnego traktowania oraz osobami z zaburzeniami psychicznymi;

10. prowadzenie medycznej oceny śladów na ciele zgłaszanych przez cudzoziemców jako ślady przemocy, w tym tortur, w kierunku weryfikacji uzasadnionego domniemania poddania przemocy;
11. zapewnienie profesjonalnych, zewnętrznych i osobistych tłumaczeń we wszystkich czynnościach identyfikacyjnych (rozmowie wstępnej i pogłębionej prowadzonej przez zespół edukacyjny, badaniach psychologicznych i psychiatrycznych na terenie ośrodka oraz w placówkach zewnętrznych, do których ośrodek kieruje – szpitale, poradnie specjalistyczne). Rezygnacja z tłumaczeń zapewnianych przez innych umieszczonych we wszystkich czynnościach identyfikacyjnych;
12. wyposażenie pokoi w zasłony lub rolety;
13. zorganizowanie palarni w obu budynkach mieszkalnych SOC;
14. zapewnienie umieszczonym dostępu do placu rekreacyjnego zgodnie z porządkiem dnia;
15. zorganizowanie drugiej sali z dostępem do komputerów;
16. stosowanie kajdanek przy konwojowaniu cudzoziemców wyłącznie w uzasadnionych konkretnymi okolicznościami przypadkach indywidualnych;
17. usunięcie z tablicy informacyjnej danych osobowych cudzoziemców;
18. wyposażenie ambulatorium Ośrodka w zbiór dokumentów zawierających wytyczne dotyczące postępowania z grupami wrażliwymi;
19. przekazywanie cudzoziemcom informacji o planowanym wykonaniu decyzji o zobowiązaniu do powrotu niezwłocznie po ustaleniu daty deportacji.

II. Komendantowi Nadwiślańskiego Oddziału Straży Granicznej

1. Przekazanie środków na realizację zaleceń wymagających nakładów finansowych.