

COVID-19 a funkcjonowanie polskiego więziennictwa

MARIA NIEŁACZNA

ORCID: 0000-0003-2384-0902

Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji
Uniwersytetu Warszawskiego

Od wielu lat więziennictwo polskie musi radzić sobie z problemami systemowymi takimi jak złe warunki bytowe i nieadekwatna opieka zdrowotna. Jest niedofinansowaną inwestycją, która odziedziczyła nie tylko wyeksploatowaną bazę materialną, lecz także powolność zmian. Zatlócone cele wieloosobowe, wspólne toalety, ograniczone zasoby medyczne, zła wentylacja, ograniczony dostęp do ciepłej wody — mimo poprawy w ciągu minionych 30 lat (od zmiany ustroju państwa z totalitarnego na demokratyczny w 1989 roku) wciąż są przedmiotem skarg skazanych do sądów krajowych i międzynarodowych oraz interwencji organizacji ochrony praw człowieka.

Problemy systemowe i błędy w postępowaniu służb medycznych i więziennych były przedmiotem krytyki Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (ETPC) w sprawach przeciwko Polsce, jak *Dzieciak* (skarga nr 77766/01, wyrok z 9 grudnia 2008 roku), *Musiak* (skarga nr 28300/06, wyrok z 20 stycznia 2009 roku) czy *Kaprykowski* (skarga nr 23052/05, wyrok z 3 lutego 2009 roku). Polska naruszyła absolutny zakaz niehumanitarnego traktowania na skutek kontynuowania uwięzienia mimo pogarszającego się stanu zdrowia, nieadekwatnej opieki medycznej i specjalistycznego leczenia, co naraziło zdrowie i życie skazanego na niebezpieczeństwo,

a także z powodu braku współpracy służb zobowiązanych do ochrony tych dóbr.

W sprawie *Kudła v. Polska* (skarga nr 30210/96, wyrok z 26 października 2000 roku) po raz pierwszy ETPC uznał, że art. 3 EKPC wymaga od państwa zapewnienia, by więzień przebywał w warunkach, które są zgodne z poszanowaniem jego godności ludzkiej, oraz by rodzaj i sposób pozbawienia wolności nie poddawał go cierpieniu lub trudowi przekraczającemu nieunikniony poziom związany z pozbawieniem wolności, jego zaś zdrowie i dobre samopoczucie były odpowiednio zabezpieczone przez zapewnienie adekwatnej opieki lekarskiej.

Europejski Komitet Zapobiegania Torturom (CPT), kontrolując aspekty sanitarne i medyczne w polskich więzieniach w trakcie czterech wizytacji (2004–2017), stale powtarzał swoje zalecenia, które dotyczyły:

— redukcji zaludnienia i zapewnienia standardu 4 m² na skazanego, gdyż to przekłada się na zapewnienie higienicznych i sanitarnych warunków życia w więzieniach i szpitalach więziennych;

— zwiększenia poziomu zatrudnienia w służbie zdrowia (zwłaszcza o lekarzy psychiatrów i pielęgniarki), zapewnienia obecności osoby przeszkolonej w niesieniu pierwszej pomocy (stosowania resuscytacji krążeniowo-oddechowej i defibrylatora), najlepiej z kwalifikacjami pielęgniarskimi, nie wyłączając nocy ani dni wolnych od pracy;

— renowacji urządzeń sanitarnych w celach, co powinno obejmować dokonywanie regularnych dezynsekcji oraz pełne wydzielenie kąpoków sanitarnych znajdujących się w celach, także tych w oddziale szpitalnym;

— zapewnienia, by wszyscy nowo przybyli więźniowie byli przyjmowani przez lekarza lub w pełni wykwalifikowaną pielęgniarkę w ciągu 24 godzin od przybycia;

— zapewnienia pełnego badania fizycznego nowo przybyłych osadzonych;

— zapewnienia wszystkim więźniom odpowiedniej ilości niezbędnych środków higieny osobistej i detergentów oraz zwiększenia częstotliwości korzystania z pryszniców;

— zapewnienia odpowiedniej pomocy terapeutycznej i psychologicznej;

— wprowadzenia programów *harm reduction* w szczególności wobec skazanych uzależnionych od narkotyków (na przykład informacji na te-

mat sposobu sterylizacji materiału używanego do wstrzykiwania leków, programów wymiany igieł oraz dostarczania prezerwatyw¹.

W 2013 roku kontrola Najwyższej Izby Kontroli (NIK) wykazała, że więzienna służba zdrowia nie przestrzegała obowiązujących terminów przeprowadzania badań wstępnych, okresowych i kontrolnych u części pozbawionych wolności. Ta praktyka narażała ich zdrowie i bezpieczeństwo². Także Rzecznik Praw Obywatelskich (RPO) i dziennikarstwo śledcze sygnalizowały niską jakość i efektywność więziennej służby zdrowia³.

Sprawy krytyczne (ocierające się o śmierć więźnia) świadczą, że w dalszym ciągu więzienna służba zdrowia i świadczona przez nią opieka medyczna w działaniach zapobiegawczych, leczniczych i rehabilitacyjnych oferowanych więźniom z punktu widzenia art. 3 EKPC pozostawia wiele do życzenia. Więzienia, gdzie ludzie są zgromadzeni w bezpośredniej bliskości, potencjalnie stają się źródłem zakażeń, nasilenia i rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych w zakładach karnych i poza nimi. Dowodów dostarczają doświadczenia z gruźlicą, HIV/AIDS, żółtaczką. W polskich więzieniach utrzymuje się relatywnie wysoki wskaźnik występowania chorób zakaźnych i przewlekłych wśród skazanych, takich jak żółtaczka czy gruźlica⁴, choć ze względu na brak powszechnej dostępności danych dotyczących chorych więźniów odsetek zachorowań na gruźlicę wśród więźniów jest trudny do porównania z populacją ogólną⁵.

¹ CPT, Raport z wizytacji 4–15.10.2004, nr CPT/Inf (2006) 11, 2006; CPT, Raport z wizytacji 26.11.2009–8.12.2009, nr CPT/Inf (2011) 20, 2011; CPT, Raport z wizytacji 5–17.06.2013, nr CPT/Inf (2014) 21, 2014; CPT, Raport z wizytacji 11–22.05.2017, nr CPT/Inf (2018) 39, 2018.

² NIK, Informacja o wynikach kontroli NIK. Sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności w 2013 r., nr 180/2012/P/12/122/KZD, 2013.

³ IAR, *RPO: W polskich więzieniach jest niewystarczająca opieka medyczna*, <https://polskatimes.pl/rpo-w-polskich-wiezieniach-jest-niewystarczajaca-opieka-medyczna/ar/52097> (dostęp: 31.05.2020); M. Janczura, B. Dreśliński, *Bez lekarza. Czyli jak umiera się w polskich więzieniach*, https://www.tokfm.pl/Tokfm/1,103085,10823250,Bez_lekarza__Czyli_jak_umiera_sie_w_polskich_wiezieniach.html (dostęp: 31.05.2020).

⁴ M. Korzeniewska-Koseła, *Gruźlica w Polsce w 2011 roku*, „Epidemiological Review” 67, 2013, nr 2, s. 375–378; *eadem*, *Gruźlica w Polsce w 2013 roku*, „Epidemiological Review” 69, 2015, nr 2, s. 389–393.

⁵ S. Brzezińska *et al.*, *Molecular analysis of strains from tuberculosis patients in Polish prisons in 2004–2008. Initial analysis of the project*, *Pneumonol. Alergol. Pol.* 80, 2012, nr 3.

Zdaniem ekspertów w więzieniach szerzą się zakażenia, w tym groźne wirusowe zapalenie wątroby typu C i świerzb. Jedną z przyczyn jest przeludnienie, skutkujące niemal niemożliwą izolacją osób będących źródłem zakażenia, a tym samym ułatwiające szerzenie się różnych chorób⁶.

Codziennie życie w izolacji nie jest wolne od regularnych, koniecznych rutyn wynikających zarówno z przepisów prawa, jak i z konieczności obsługi zakładu karnego i jego użytkowników. Należą do nich wchodzenie i wychodzenie członków personelu, ciągłe wprowadzanie nowo uwięzionych lub aresztowanych, ich transport w pojazdach wieloosobowych dla celów sądowych, medycznych lub bezpieczeństwa⁷. Do tego dochodzi trudniejszy dostęp do usług zdrowotnych niż w środowisku lokalnym⁸.

Badania zagranicznych naukowców potwierdzają, że nie sprawdza się stanu zdrowia i samopoczucia w dacie zwolnienia skazanego z zakładu, podczas gdy choroby zakaźne przyczyniły się do jednego na dziesięć zgonów po zwolnieniu, co sugeruje, że choroby zakaźne są ważnym czynnikiem śmiertelności, której można zapobiec w populacji zwalnianych więźniów⁹. Tymczasem stan zdrowia ma wpływ na readaptację i powrotność do przestępstwa¹⁰. Dlatego więźniowie stali się podmiotem troski organizacji prawo-człowieczych takich jak WHO, CPT, SPT oraz krajowych jak RPO. Zgodzić się trzeba, że więźniowie należą do ludzi najbar-

⁶ D. Rogala *et al.*, *System opieki zdrowotnej nad osobami osadzonymi w zakładach penitencjarnych w Polsce*, „HYGEIA Public Health” 48, 2013, nr 4, s. 446.

⁷ A. Sánchez *et al.*, *COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública?*, „Cadernos de Saúde Pública” 36, 2020, nr 5; M. Wallace *et al.*, *COVID-19 in correctional and detention facilities — United States, February–April 2020*, „MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report” 69, 2020, nr 19, s. 587.

⁸ G. van't Hoff, R. Fedosejeva, L. Mihailescu, *Prisons' preparedness for pandemic flu and the ethical issues*, „Public Health” 123, 2009, nr 6; S.A. Kinner *et al.*, *Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19*, „The Lancet Public Health” 5, 2020, nr 4.

⁹ I.A. Binswanger *et al.*, *Epidemiology of infectious disease — related death after release from prison, Washington State, United States, and Queensland, Australia: A cohort study*, „Public Health Reports” 131, 2016, nr 4, s. 574; S.A. Kinner, S. Forsyth, G. Williams, *Systematic review of record linkage studies of mortality in ex-prisoners: why (good) methods matter: Record linkage studies of ex-prisoner mortality*, „Addiction” 108, 2013, nr 1, s. 38–49.

¹⁰ D. Wallace, X. Wang, *Does in-prison physical and mental health impact recidivism?*, „SSM — Population Health” 11, 2020.

dziej narażonych na zarażenie wirusowe, ponieważ są przetrzymywani w środowisku wysokiego ryzyka: ośrodki detencyjne nie są przystosowane do epidemii na dużą skalę, a podstawowe środki ochronne, takie jak dystans społeczny i zasady higieny, nie mogą być przestrzegane tak łatwo jak na zewnątrz¹¹.

W całej Europie odnotowano już wiele zakażeń i niektóre przypadki śmierci w więzieniach związane z COVID-19¹². Pandemia jest stanem wyjątkowym, wymagającym podjęcia intensywniejszych, kosztowniejszych i specjalistycznych środków celem jej zwalczania i zapobiegania. Diagnoza dotycząca kondycji polskiego więziennictwa stawia trzy pytania: czy było ono i nadal jest gotowe, aby odpowiedzieć na zagrożenia, które ze sobą niesie COVID-19? Jakie podjęło działania? Z jakim skutkiem?

Ciągłe standaryzowanie więzień jest charakterystycznym rysem państw członkowskich RE. Wpływ na efektywność tego procesu miały: orzecznictwo ETPC, wizytacje CPT, przemiany polityczno-społeczne pod koniec lat osiemdziesiątych w Europie Środkowej i Wschodniej oraz nowelizacja ERW¹³.

W czasie pandemii czujność społeczności międzynarodowej wyraża się w konkretnych wytycznych WHO, SPT, CPT¹⁴ dotyczących więziennictwa. Na ich mocy władze więzienne są zobowiązane do:

¹¹ Zob. <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/covid-19-pandemic-urgent-steps-are-needed-to-protect-the-rights-of-prisoners-in-europe> (dostęp: 18.09.2010).

¹² *COVID-19 pandemic: urgent steps are needed to protect the rights of prisoners in Europe*, <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/covid-19-pandemic-urgent-steps-are-needed-to-protect-the-rights-of-prisoners-in-europe> (dostęp: 31.05.2020).

¹³ A. Coyle, *Managing prisons in a time of change*, London 2002; F. Dünkel, J. Grzywa, *Europejskie Reguły Więzienne 2006 i ich wpływ na europejskie więziennictwo*, [w:] *Problemy penologii i praw człowieka na początku XXI stulecia: księga poświęcona pamięci profesora Zbigniewa Holdy*, red. B. Stańdo-Kawecka, K. Krajewski, P. Hofmański, Warszawa 2011, s. 354–355.

¹⁴ Przygotowanie, zapobieganie i kontrola COVID-19 w zakładach karnych i innych miejscach pozbawienia wolności. Tymczasowe wytyczne WHO z 15 marca 2020. Zob. <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Przygotowanie%20i%20zapobieganie%20i%20kontrola%20A0COVID-19%20w%20zak%25%82adach%20karnych%20i%20innych%20A0miejscach%20pozbawienia%20wolno%25%9Bci%20.pdf> (dostęp: 31.05.2020); Statement of principles relating to the treatment of persons deprived of their liberty in the context of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic, 20th March 2020 (CPT/Inf (2020)13). Zob. <https://www.coe.int/en/web/cpt/-/covid-19-council-of-e>

1. wczesnego wykrywania COVID-19 w zakładach karnych, w tym zapewnienia badań przesiewowych;
2. racjonalnego ograniczenia kontaktu więźniów ze światem zewnętrznym wraz uzasadnieniem konieczności restrykcji, a także przekazywania im informacji na temat wirusa;
3. wyposażenia więźniów w odpowiednie środki czystości, a osób z objawami choroby lub personelu medycznego — w maseczki ochronne;
4. zapewnienia dostępności personelu skazanym i zapewnienia temu pierwszemu profesjonalnego wsparcia, ochrony zdrowia i szkolenia niezbędnego, aby mógł on kontynuować swoje zadania w zakładzie karnym;
5. weryfikacji kryteriów rozmieszczenia więźniów oraz rutynowych sytuacji grupowania skazanych;
6. zrekompensowania skazanym ograniczeń dzięki zwiększeniu okazji do kontaktowania się z najbliższymi przez telefon lub Skype;
7. identyfikacji skazanych w grupie ryzyka ze względu na wiek czy schorzenia współistniejące;
8. zmniejszenia liczby skazanych.

Jednak do elementarnych strategii zapobiegania epidemii i minimalizacji jej skutków należy dekarceracja, czyli rozgęszczenie i zwolnienie więźniów¹⁵, zapewnienie fizycznego dystansu, ograniczenie przemieszczania się, zasłanianie twarzy, czyszczenie i dezynfekcja powierzchni hightouchów w pomieszczeniach wspólnych oraz szkolenie personelu na temat kontroli zakażeń¹⁶.

Państwo powinno też pilnie wdrożyć humanitarny i kompleksowy plan kryzysowy wspierany odpowiednimi zasobami ludzkimi i finansowymi,

urope-anti-torture-committee-issues-statement-of-principles-relating-to-the-treatment-of-persons-deprived-of-their-liberty (dostęp: 31.05.2020); Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic, 25th March 2020). Zob. <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/OPCAT/AdviceStatePartiesCoronavirusPandemic2020.pdf> (dostęp: 31.05.2020).

¹⁵ Brennan Center for Justice, *Reducing Jail and Prison Populations During the Covid-19 Pandemic*, 2020.

¹⁶ J.J. Amon, *COVID-19 and detention: Respecting Human Rights*, „Health and Human Rights Journal” 22, 2020, nr 1; Regime excecional de flexibilização da execução das penas e das medidas de graça, no âmbito da pandemia da doença COVID-19 (71-A/2020); European Prison Observatory, *COVID-19: what is happening in European prisons?*, 2020.

który zaspokoi potrzeby zarówno opuszczających więzienia, jak i w nim pozostających, w tym personelu więziennego. Powinno się to odbywać w porozumieniu i we współpracy z krajowym mechanizmem prewencyjnym i organizacjami pozarządowymi zajmującymi się prawami człowieka¹⁷.

Przytoczone wytyczne i standardy kreślą szerokie spektrum intensywnych i regularnych działań profilaktycznych, medycznych, kontrolnych, a nawet represyjnych. Jednak środki te nigdy nie mogą prowadzić do nie-ludzkiego lub poniżającego traktowania osób pozbawionych wolności¹⁸.

Także polski Główny Inspektor Sanitarny (GIS) zalecił: zachowanie między ludźmi bezpiecznej odległości fizycznej (1,5 m), zapewnienie regularnego mycia lub dezynfekcji rąk w miejscach użyteczności publicznej, wszelkimi środkami komunikować informację, jak skutecznie myć ręce, unikać dotykania dłońmi okolic twarzy, zwłaszcza ust, nosa i oczu, a także przestrzegać higieny kaszlu i oddychania, dezynfekować często dotykane powierzchnie (stoły, klamki, włączniki światła, poręcze, telefony) i obszary często używane (toalety, pomieszczenia wspólne)¹⁹. Każda instytucja ma swoją specyfikę, dlatego musi dostosować i uszczegółowić wskazane zasady do swoich funkcji i zadań. W czasie epidemii algorytm postępowania w więzieniach opracowany przez Centralny Zarząd nie jest upubliczniony.

Więziennictwo nie działa w próżni. Jako część administracji wykonuje ustanowione prawo, czyli ustawę z 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (ustawa o COVID)²⁰. Teoretycznie regulacja zwiększa możliwości reakcji więziennictwa adekwatnej do stopnia zagrożenia

¹⁷ Zob. <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/covid-19-pandemic-urgent-steps-are-needed-to-protect-the-rights-of-prisoners-in-europe> (dostęp: 30.05.2020).

¹⁸ CPT, Statement of principles relating to the treatment of persons deprived of their liberty in the context of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic, nr CPT/Inf(2020)13, 2020.

¹⁹ GIS, *Informacja Głównego Inspektora Sanitarnego w związku z potencjalnym ryzykiem zakażenia koronawirusem*, <https://gis.gov.pl/aktualnosci/informacja-glownego-inspektora-sanitarnego-w-zwiazku-z-potencjalnym-ryzykiem-zakazenia-koronawirus-em/> (dostęp: 31.05.2020).

²⁰ Dz.U. z 2020 r. poz. 374.

epidemią w jednostkach penitencjarnych i minimalizacji jej negatywnych skutków. „Możliwość” w języku prawniczym oznacza pewien margines uznania administracyjnego — niekoniecznie więc obowiązek działania. Korzystanie z możliwości, jakie daje ustawa o COVID, wymagałoby dodatkowych działań, dodatkowych lub oddelegowanych i przygotowanych ludzi oraz konkretnej wiedzy o skazanych (celem wyselekcjonowania tych, którzy mogliby odbywać karę poza zakładem karnym).

Nowe możliwości dotyczą podstawowego w kontekście epidemii problemu, jakim jest rozgęszczenie więzień, a tym samym zapewnienia warunków, które sprzyjają zapobieganiu zakażenia lub umożliwiają właściwe reagowanie w przypadku jego podejrzenia czy stwierdzenia.

Ustawa o COVID rozszerza krąg skazanych, którzy mogą być zwolnieni na czas epidemii i kontrolowani. Sąd zastosuje systemem dozoru elektronicznego (SDE) wobec skazanego na karę pozbawienia wolności nieprzekraczającą 1 roku i 6 miesięcy (dotychczas — 1 roku). Z komunikatów więziennictwa wynika, że po wprowadzonych zmianach liczba osób kwalifikujących się do SDE, a jeszcze nim nie objętych, może wzrosnąć teoretycznie do 12 tysięcy. Statystyki pokażą, czy więziennictwo skorzystało z tej opcji.

Sąd — na wniosek dyrektora więzienia zaakceptowany przez dyrektora generalnego — może zwolnić na przerwę skazanych na karę do trzech lat pozbawienia wolności. Jediną przesłanką jest stan epidemii i konieczność rozgęszczenia więzień, przerwa zaś kończy się wraz z ustaniem stanu epidemii. Ponadto sąd na wniosek dyrektora zarządzi wykonywanie kary w postaci umieszczenia skazanego w odpowiednim zakładzie leczniczym. Niestety jest to pozorny środek rozgęszczenia jednostek penitencjarnych, gdyż zakłady lecznicze, o których mowa, to ambulatoria z izbą chorych lub szpitale aresztów śledczych lub zakładów karnych. Alternatywy jednak nie ma, gdyż publiczna służba zdrowia działa na zasadzie subsydiarności.

Ustawa o COVID stawia więc na szybkość reakcji i dostępność organów władzy, dlatego także sprawy penitencjarne zainicjowane przez dyrektora więzienia są dla sądu „sprawami pilnymi”. Posiedzenie sądu może się odbyć przy użyciu urządzeń technicznych, z bezpośrednim przekazem obrazu i dźwięku.

Kodeks karny wykonawczy (k.k.w.) uprawnia dyrektora zakładu karnego lub aresztu śledczego do wstrzymania lub ograniczenia wszelkich

przejawów aktywności rodzinnej, społecznej, pracowniczej, naukowej, sportowej, religijnej więźniów oraz nakazania zamknięcia cel i zabronienia posiadania w celi niektórych przedmiotów (art. 247 §1 k.k.w.). Jego decyzja musi być uzasadniona szczególnymi względami sanitarnymi lub zdrowotnymi, musi określać czas ograniczeń (do 7 dni) oraz ma być przesłana do wiedzy sędziego penitencjarnego. Przedłużenie okresu trwania ograniczeń lub zakazów wymaga zgody tego ostatniego. Z tego przepisu skorzystali dyrektorzy, stopniowo limitując widzenia skazanych z rodzinami oraz ich wyjścia na wolność czy to w tamach zatrudnienia zewnętrznego, czy przepustki.

Dyrektor ma też władzę umieszczenia skazanych w niestandardowych (poniżej 3 m²) warunkach na czas do 90 dni w razie ogłoszenia na terenie położenia więzienia stanu zagrożenia epidemiologicznego lub stanu epidemii albo wystąpienia w więzieniu takiego stanu czy jego zagrożenia. Decyzje takie mogą być konieczne, aby zyskać „odludnione” cele przeznaczone na kwarantannę lub „izbę chorych”. Skazywanie człowieka na trzy miesiące izolacji w klaustrofobicznej przestrzeni przy napięciu w związku ze stanem epidemii, brakiem kontaktu z najbliższymi, w praktyce jest ryzykowne.

Pierwsze środki zaradcze, o których więziennictwo informowało, że zostały wprowadzone z początkiem marca 2020 roku, to: pomiar temperatury ciała wszystkich przychodzących do więzienia (funkcjonariuszy, skazanych, odwiedzających), ograniczenie widzeń (stopniowo poszczególne zakłady wprowadzały zakaz odwiedzin lub ich limit do 20 marca, kiedy zakaz stał się powszechny w związku z wprowadzeniem stanu epidemiologicznego²¹), zobowiązanie personelu więziennego do zapoznania się z zaleceniami GIS oraz WHO, a także z profilaktyką zakażeń, czternastodniowa kwarantanna skazanych nowo przyjętych, którzy wrócili z „regionów”, wstrzymanie lub ograniczenie zatrudnienia skazanych pracujących na terenie więzienia i poza nim²², stała bieżąca współpraca z sanepidem lokalnym i wojewódzkim (powiadamanie o podejrzeniu za-

²¹ Zob. <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/Skuteczna-ochrona-przed-koronawirusem-w-wieziennictwie>; <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/ograniczenie-odwiedziny-we-wszystkich-zakladach-karnych> (dostęp: 31.05.2020).

²² Ograniczenia nie dotyczą skazanych produkujących maseczki i kombinezony ochronne oraz pracujących w branży spożywczej.

każenia lub zakażeniu, gdyż ten organ decyduje o kwarantannie lub izolacji zdrowotnej), zwracanie szczególnej uwagi na skazanych, u których są choroby współwystępujące (szczególna grupa ryzyka)²³, wyposażenie więzień w środki dezynfekujące, jak również zalecenie, aby skazani mogli nabyć je w kantynie, zwiększenie liczby kąpeli i dostępu do ciepłej wody, a także okazji do kontaktu z najbliższymi telefonicznego lub przez Skype, skrócenie czasu wydawania sprzętu RTV²⁴.

W późniejszym czasie więziennictwo zapewniało, że wszystkie zakłady karne i areszty śledcze zostały zaopatrzone w zapas wirusobójczych płynów dezynfekcyjnych, środków higienicznych i medycznych, w tym maseczek ochronnych, kombinezonów i rękawic. Dla przykładu, Areszt Śledczy w Warszawie-Białoleśce dysponował 2 tys. litrów płynów dezynfekcyjnych do powierzchni, 500 litrami płynów dezynfekcyjnych do rąk, 23 bezdotykowymi termometrami, 10 tys. maseczek, 35 tys. rękawic, oprócz tego miał: kombinezony, okulary, ochroniacze na buty, gogle, przyłbice i fartuchy ochronne. Zgodnie z zaleceniami służb sanitarnych kilka razy dziennie dezynfekowane są wejścia do pomieszczeń, w tym klamki i drzwi²⁵.

Według komunikatów Centralnego Zarządu więziennictwo od początku i stale współpracuje z inspektoratami sanitarnymi i monitoruje zagrożenie epidemiologiczne. Decyzję o wykonaniu ewentualnych testów lub warunkach umieszczenia zakażonego więźnia lub funkcjonariusza każdorazowo podejmuje powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna.

Pod koniec marca 2020 roku fizycznie przebywało w zakładach karnych 74 581 więźniów. Zaludnienie wynosiło więc 91,33%. Po analizie komunikatów zamieszczanych na stronie internetowej każdego z 172 więzień zbiorczą diagnozę opracowała HFPC²⁶. Więzienia całkowicie ograniczyły

²³ Do grupy ryzyka więziennictwo nie zaliczyło skazanych w wieku senioralnym. 31 grudnia 2019 roku w jednostkach penitencjarnych umieszczonych było 3319 (4,52%) więźniów w wieku powyżej 60. roku życia.

²⁴ Zob. <https://www.sw.gov.pl/aktualnosc/centralny-zarzad-sluzby-wieziennej-komunikat23>; <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/koronawirus-procedury-bezpieczenstwa-w-miejscach-pozbawienia-wolnosci> (dostęp: 18.09.2020).

²⁵ Odpowiedź Centralnego Zarządu Służby Więziennej na publikację, <https://www.sw.gov.pl/aktualnosc/centralny-zarzad-sluzby-wieziennej-odpowiedz-na-publickacj1> (dostęp: 31.05.2020).

²⁶ HFPC, Prawa osób pozbawionych wolności, 7 kwietnia 2020 roku.

prawo do widzeń z rodziną, zatrudnienie skazanych poza terenem zakładu karnego oraz odprawianie nabożeństw bądź udzielanie usług religijnych (ostatnie ograniczenie dotyczyło 80% jednostek). Kilkanaście więzień ograniczyło prowadzenie zajęć zbiorowych, zamknięto cele mieszkalne oraz wstrzymano spacerów w zakładzie karnym typu półotwartego i otwartego, a także udzielanie przepustek.

Z ustaleń HFPC wynika, że 124 jednostki (72%) zadeklarowały rekompensatę w postaci utrzymywania kontaktu z bliskimi za pośrednictwem komunikacji telefonicznej lub internetowej. W kilku więzieniach msza emitowana była za pośrednictwem radiowęzła, a trzy jednostki zwiększyły dostęp do ciepłej wody.

Wiedzę o funkcjonowaniu polskich więzień w czasie epidemii uzupełniłam o opis praktyki „z pierwszej ręki” zamieszczaną w czasopiśmie „Forum Służby Więziennej” w okresie kwiecień–maj 2020.

W CZSW powstał zespół przeciwepidemiczny, który zajmuje się zapewnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego funkcjonariuszy i więźniów, wytyczaniem kierunków działania, algorytmów postępowania, przekazywaniem informacji oraz nadzorem. Więziennictwo wystąpiło do GIS o możliwość wykonywania testów funkcjonariuszom i więźniom na terenie jednostek. Ponadto w Zakładzie Karnym w Potulicach powstały tak zwane izolatoria — oddziały całkowicie wyłączone z normalnego funkcjonowania przeznaczone dla zakażonych²⁷.

Przyjęcia skazanych i aresztowanych, także tych poszukiwanych krajowymi i europejskimi listami gończymi, są realizowane, choć z wzmożonym zabezpieczeniem i na odległość. Jest ich nieco mniej niż przed epidemią. Cele, w których są w pierwszych dniach umieszczani, umożliwiają kontakt przez domofon; dodatkowo są monitorowane. Funkcjonariusze zostali wyposażeni w środki do dezynfekcji, a w niektórych jednostkach są lampy UV do dezynfekcji. Kontakt z nowo przyjętym — na odległość — ma lekarz, pracownik ewidencji i strażnik ochrony. Ten ostatni ubrany jest w specjalny kombinezon ochronny²⁸. Co do zasady od

²⁷ A. Łupińska, *Jesteśmy przygotowani*, wywiad z prof. dr n. med. Beatą Janas, kierownik Służby Medycyny Pracy, Bezpieczeństwa i Higieny Pracy Centralnego Zarządu Służby Więziennej, „Forum Służby Więziennej” 2020, nr 263, s. 20–21.

²⁸ A. Krawczyńska, *Na pierwszej linii*, „Forum Służby Więziennej” 2020, nr 264, s. 4–6.

kwietnia funkcjonariusze z pierwszej linii (mający bezpośredni kontakt ze skazanymi) mają obowiązek noszenia maseczek.

W przywieziennych zakładach w marcu powstawało dziennie około 20 tys. maseczek ochronnych (na przykład w Wołowie, Raciborzu, Grudziądzu), nie tylko tych wyposażonych szwalnie, lecz także gdzie można było postawić jedną lub kilka maszyn do szycia. W Instytucji Gospodarki Budżetowej „Mazovia” przy Zakładzie Karnym w Wołowie w kwietniu miała zostać uruchomiona produkcja środków dezynfekujących (plan zakłada wytwarzanie 80 tys. litrów płynu miesięcznie)²⁹.

Wokół produkcji środków ochronnych powstały programy resocjalizacyjne, na przykład „Szyjemy życie” (maski) i „Rycerze życia” (przyłbice). Zdaniem personelu więziennego programy wpisują się w realizację celu kary pozbawienia wolności. Skazani włączyli się w działania na rzecz potrzebujących, mogą poczuć się współodpowiedzialni za walkę z epidemią³⁰.

Ta ogólnikowa i dyskrecjonalna komunikacja o tym, jak jest w polskich więzieniach w czasach pandemii, wymagała dalszych ustaleń. Zbadalam ustalenia i opinie ekspertów, obrońców praw człowieka; zasięgnęłam opinii kilku byłych pracowników SW.

Do 28 kwietnia 2020 roku 60% skarg skierowanych do Biura RPO dotyczyło przede wszystkim pytań, na które skazani nie znaleźli odpowiedzi po zwróceniu się do administracji więziennej. Skargi dotyczyły 49 więzień, a najwięcej z nich dotyczyło okręgów warszawskiego, łódzkiego i gdańskiego. Nie było skarg z okręgów opolskiego i koszalińskiego. Największą liczbę wpływających wniosków (66%) odnotowano w marcu 2020 roku, zatem w okresie dużego niepokoju i niepewności co do sytuacji. Autorami skarg byli w większości więźniowie, a nadto osoby najbliższe (28%) i adwokaci (5%). Skargi były wyważone, bo uwzględniały troskę o funkcjonariuszy, o własne zdrowie i życie, dobro najbliższych, a także pozytywne działania administracji więziennej i personelu (zwiększane normy środków higienicznych, dodatkowe kąpiele, poprawa częstotliwości kontaktów z rodziną).

²⁹ *Bezpieczeństwo przede wszystkim*, „Forum Służby Więziennej” 2020, nr 263, s. 8–9.

³⁰ E. Kamińska, *Programy na trudny czas*, „Forum Służby Więziennej” 2020, nr 264, s. 10–11.

Zarzuty dotyczyły braku środków higieny osobistej (jedno mydło w miesiącu, żadnych środków do dezynfekcji), braku ciepłej wody w celi, nieprzestrzegania zaleceń sanitarnych, na przykład podczas spacerów w grupach pięćdziesięciosobowych, i zakupów w kantynie, niedezynfekowania miejsc dużych skupisk skazanych (klamek, korytarzy, poręczy), nieużywania przez funkcjonariuszy maseczek i rękawiczek zwłaszcza w czasie kontroli osobistej. Skazani skarżyli się też na częste zmiany cel i transporty bez zachowania standardów higieny, ograniczony kontakt z wychowawcą i dyrektorem (ich wnioski i prośby były rozpatrywane z opóźnieniem), brak testów i pomocy psychologicznej oraz kontaktu z lekarzem, niedostępność specjalistów takich jak chirurg lub psychiatra.

Odpowiedź Biura Statystyki i Informacji Więziennictwa z 10 września 2020 roku wskazuje, że w okresie 2 marca–31 sierpnia 2020 roku 24 skazanych było zakażonych COVID-19, 1005 przebywało w kwarantannie, 16 w specjalnie utworzonym izolatorium w zakładzie w Potulicach, żaden więzień nie zmarł w związku z COVID-19.

Więziennictwo raczej nie skorzystało z nowych środków prawnych, aby „rozgęścić” zakłady karne. W badanym okresie 5364 skazanych zostało skierowanych do SDE. Nie jest znana liczba skazanych, którzy skorzystali z przerwy w karze na wniosek dyrektora więzienia.

Normalnie odbywały się przyjęcia tymczasowo aresztowanych i skazanych do zakładów karnych, a także ich transport między zakładami. W okresie 2 marca–31 sierpnia 2020 roku zostało przyjętych 33 195 nowych więźniów (średnia przyjmowanych w miesiącu w 2019 roku wynosiła 6922). Według statystyki Biura 15 przyjętych miało podejrzenie COVID-19.

Jednak w tym najbardziej niepewnym i napiętym okresie nic nie wskazywało na to, aby więźniowie radzili sobie z przeżywaną frustracją ujawniając agresję czy przemoc. Ani statystyka więzienna, ani media nie odnotowały oznak zbiorowego niepokoju czy buntów.

W sierpniu więziennictwo przywróciło możliwość kontaktu w formie widzenia, które dalekie jest od bezpośredniości i prywatności. Widzenia są realizowane z zachowaniem zasad sanitarnych (pleksy, maski ochronne, dezynfekcja) i dystansu społecznego. Ograniczenia uderzają w wiekowych rodziców (z powodu nieznamomości przez nich biurokracji elektronicznej), dzieci i związki nieformalne typu konkubinaty i przyjaźń — ci ostatni nie mają wstępu do więzienia.

Jaka była reakcja więziennictwa europejskiego na problem epidemii COVID-19 w marcu bieżącego roku?³¹ Najbardziej powszechnym środkiem zaradczym było wprowadzenie zakazu odwiedzin skazanych (Włochy, Francja) bądź ograniczenie go w znacznym stopniu (w Niemczech dostęp do więźniów mieli wyłącznie prawnicy, w Luksemburgu limitowano liczbę i czas trwania widzeń). Ponadto widzenie odbywało się w specjalnym pomieszczeniu, a odwiedzający mieli wykonywany pomiar temperatury. W państwach europejskich środkiem rekompensującym to ograniczenie było zwiększenie możliwości kontaktu z bliskimi za pośrednictwem Skype'a bądź rozmów telefonicznych. W niektórych przypadkach to więźniowie musieli pokryć opłaty za dodatkowe połączenia, w innych państwo zobowiązało się pokrywać koszty rozmowy, jeśli skazany nie miał takiej możliwości (Austria). W Hiszpanii tygodniowo zwiększono czas rozmów o ponad godzinę. Ponadto powstały „gorące linie”, dzięki którym bliska dla skazanego osoba mogła uzyskać informacje między innymi na temat środków ochrony więźniów.

W większości państw europejskich zawieszono wykonywanie pracy przez skazanych, o ile nie była ona związana z funkcjonowaniem jednostki penitencjarnej. Inna aktywność więźniów (na przykład warsztaty, nabożeństwa) także została wstrzymana. W niektórych państwach stworzono zastępcze miejsca pracy, które powstały, by produkować środki ochrony, na przykład maseczki (Niemcy).

Administracje więzienne niektórych państw stworzyły specjalne pomieszczenia w celu izolacji więźniów wykazujących objawy typowe dla COVID-19, na przykład w Szwajcarii więzienie Horgen przeznaczone zostało dla więźniów, którzy uzyskali pozytywny wynik testu i potrzebują opieki medycznej. Jednak wyodrębnienie oddziałów lub cel okazało się trudne ze względu na przeludnienie europejskich więzień. Niemożliwe było także zapewnienie dystansu społecznego i zalecanej czternastodniowej kwarantanny nowo przyjętego.

Państwa europejskie co do zasady zwalniały więźniów z kar krótkoterminowych i zastępczych bądź odraczały ich wykonanie. Personel więzienny, który nie pracował w bezpośrednim kontakcie ze skazanymi, wy-

³¹ Za: http://www.prisonobservatory.org/index.php?option=com_content&view=article&id=32:covid-19-what-is-happening-in-european-prisons&catid=7&Itemid=101 (dostęp: 1.06.2020).

konywał zadania zdalnie. Reakcja więziennictwa na świecie okazała się więc podobna, służby więzienne podjęły zbliżone bądź tożsame działania mające na celu minimalizację ryzyka zakażenia i wszystkie odniosły się do wytycznych WHO.

Zdrowie i opieka zdrowotna to jedne z najbardziej detalicznie opisanych, z różnych perspektyw (medycznej, prawno-ludzkiej, kryminologicznej) aspektów życia więziennego. Można powiedzieć, że powstała odrębna gałąź EpiCrim, czyli kryminologia epidemiologiczna. Obejmuje ona badanie wszystkiego, co wpływa na zdrowie społeczeństwa, czy to przestępczość, czy epidemia, czy pozbawienie wolności w jej okresie. Jest ona połączeniem teorii, metod i praktyki epidemiologicznej i kryminalnej wymiaru sprawiedliwości, a jej podstawą epistemologiczną jest zarówno kryminologia, jak i zdrowie publiczne³².

Jaki z tego wniosek? Po ogłoszeniu stanu epidemii w Polsce 20 marca po obydwu stronach muru nastąpiło ograniczenie życia społecznego i publicznego. Polskie więziennictwo nie było przygotowane na wdrożenie wytycznych WHO, SPT, CPT czy krajowego GIS. Głównie ze względu na chroniczne problemy systemowe i niedofinansowanie. Analiza komunikatów zamieszczanych przez służbę więzienną wskazuje, że była ona gotowa i zdolna przedsięwziąć wiele środków ochronnych i zapobiegawczych, a także takich, które miały rekompensować wprowadzane restrykcje.

Analiza opinii eksperckich i ludzi zainteresowanych sposobem postępowania z więźniami świadczy, że obawa o tych ostatnich jest słuszna i wzmacnia mechanizm kontroli oraz ochrony podstawowych praw więźniów i funkcjonariuszy. Obawa ta nie do końca jest uzasadniona w świetle praktycznych środków (nawet tych o charakterze restrykcyjnym), które przyjęły lokalne więzienia, a także liczby zakażeń i zachorowań w polskich zakładach karnych.

Wprowadzając szczególne regulacje, ustawodawca międzynarodowy i krajowy wskazał, że jednym z koniecznych środków zapobiegających rozprzestrzenianiu wirusa jest rozgęszczenie więzień, co wiąże się ze zwolnieniem tych najbardziej zagrożonych i skazanych na karę krótkoterminową, a także z ograniczeniem aresztowań tymczasowych. W Polsce

³² M.M. Lanier, B.H. Zaitzow, C.T. Farrell, *Epidemiological criminology: Contextualization of HIV/AIDS health care for female inmates*, „Journal of Correctional Health Care” 21, 2015, nr 2, s. 152–163.

w badanym okresie epidemii (2 marca–31 sierpnia 2020 roku) nie obserwo wałam ani istotnego spadku aresztowań, ani wzrostu liczby zwolnień.

Czy polskie więziennictwo jest gotowe, aby odpowiedzieć na zagrożenia, które niesie COVID-19? Podobnie jak społeczeństwo wolnościowe — tak. Przenika ono bowiem na co dzień do więzienia w osobach strażników, którym zależy na utrzymaniu *status quo*, co wiąże się z niedopuszczeniem do eskalacji zakażeń. Podjęte działania były racjonalne i na miarę możliwości finansowych. Ludzie okazali się efektywni. Po czawszy od akceptacji ograniczeń przez skazanych, ich osobistej decyzji, aby ze zrozumieniem powagi epidemii przetrzymać to, co bolesne i niepewne. Przez zgodne z logiką działania jak zagospodarowanie czasu oraz wykorzystanie umiejętności szycia masek. Skończywszy na emocjonalnym zaangażowaniu i solidarnej pomocy na rzecz potrzebujących dzięki resocjalizacyjnym programom.

Z jakim skutkiem więziennictwo oparło się eskalacji epidemii? Jeśli wyznacznikiem ma być statystyka, to więźniowie okazali się najbezpieczniejszą grupą, a zakład karny hermetycznym miejscem.

Bibliografia

- Amon J.J., *COVID-19 and detention: Respecting Human Rights*, „Health and Human Rights Journal” 22, 2020, nr 1.
- Bezpieczeństwo przede wszystkim*, „Forum Służby Więziennej” 2020, nr 263.
- Binswanger I.A. et al., *Epidemiology of Infectious disease — related death after release from prison, Washington State, United States, and Queensland, Australia: A cohort study*, „Public Health Reports” 131, 2016, nr 4.
- Brennan Center for Justice, *Reducing Jail and Prison Populations During the Covid-19 Pandemic*, 2020.
- Brzezińska S. et al., *Molecular analysis of strains from tuberculosis patients in Polish prisons in 2004–2008. Initial analysis of the project*, *Pneumonol. Alergol. Pol.* 80, 2012, nr 3.
- COVID-19 pandemic: urgent steps are needed to protect the rights of prisoners in Europe*, <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/covid-19-pandemic-urgent-steps-are-needed-to-protect-the-rights-of-prisoners-in-europe> (dostęp: 31.05.2020).
- Coyle A., *Managing prisons in a time of change*, London 2002.
- CPT, Raport z wizytacji 4–15.10.2004, nr CPT/Inf (2006) 11, 2006.
- CPT, Raport z wizytacji 26.11.2009–8.12.2009, nr CPT/Inf (2011) 20, 2011.
- CPT, Raport z wizytacji 5–17.06.2013, nr CPT/Inf (2014) 21, 2014.

- CPT, Raport z wizytacji 11–22.05.2017, nr CPT/Inf (2018) 39, 2018.
- CPT, Statement of principles relating to the treatment of persons deprived of their liberty in the context of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic, nr CPT/Inf(2020)13, 2020.
- Dünkel F., Grzywa J., *Europejskie Reguły Więzienne 2006 i ich wpływ na europejskie więziennictwo*, [w:] *Problemy penologii i praw człowieka na początku XXI stulecia: księga poświęcona pamięci profesora Zbigniewa Holdy*, red. B. Stańdo-Kawecka, K. Krajewski, P. Hofmański, Warszawa 2011.
- European Prison Observatory, *COVID-19: what is happening in European prisons?*, 2020.
- GIS, *Informacja Głównego Inspektora Sanitarnego w związku z potencjalnym ryzykiem zakażenia koronawirusem*, <https://gis.gov.pl/aktualnosci/informacja-glownego-inspektora-sanitarnego-w-zwiazku-z-potencjalnym-ryzykiem-zakazenia-koronawirusa> (dostęp: 31.05.2020).
- HFPC, *Prawa osób pozbawionych wolności*, 7 kwietnia 2020.
- Hoff G. van't, Fedosejeva R., Mihailescu L., *Prisons' preparedness for pandemic flu and the ethical issues*, „Public Health” 123, 2009, nr 6.
- IAR, *RPO: W polskich więzieniach jest niewystarczająca opieka medyczna*, <https://polskatimes.pl/rpo-w-polskich-wiezieniach-jest-niewystarczajaca-opieka-medyczna/ar/52097> (dostęp: 31.05.2020).
- Janczura M., Dreśliński B., *Bez lekarza. Czyli jak umiera się w polskich więzieniach*, https://www.tokfm.pl/Tokfm/1,103085,10823250,Bez_lekarza__Czyli_jak_umiera_sie_w_polskich_wiezieniach.html (dostęp: 31.05.2020).
- Kamińska E., *Programy na trudny czas*, „Forum Służby Więziennej” 2020, nr 264.
- Kinner S.A. et al., *Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19*, „The Lancet Public Health” 5, 2020, nr 4.
- Kinner S.A., Forsyth S., Williams G., *Systematic review of record linkage studies of mortality in ex-prisoners: why (good) methods matter: Record linkage studies of ex-prisoner mortality*, „Addiction” 108, 2013, nr 1.
- Korzeniewska-Kosęła M., *Gruźlica w Polsce w 2011 roku*, „Epidemiological Review” 67, 2013, nr 2.
- Korzeniewska-Kosęła M., *Gruźlica w Polsce w 2013 roku*, „Epidemiological Review” 69, 2015, nr 2.
- Krawczyńska A., *Na pierwszej linii*, „Forum Służby Więziennej” 2020, nr 264.
- Lanier M.M., Zaitzow B.H., Farrell C.T., *Epidemiological criminology: Contextualization of HIV/AIDS health care for female inmates*, „Journal of Correctional Health Care” 21, 2015, nr 2.
- Lupińska A., *Jesteśmy przygotowani*, wywiad z prof. dr n. med. Beatą Janas, kierownik Służby Medycyny Pracy, Bezpieczeństwa i Higieny Pracy Centralnego Zarządu Służby Więziennej, „Forum Służby Więziennej” 2020, nr 263.
- NIK, *Informacja o wynikach kontroli NIK. Sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności w 2013 roku*, nr 180/2012/P/12/122/KZD, 2013.

- Odpowiedź Centralnego Zarządu Służby Więziennej na publikację, <https://www.sw.gov.pl/aktualnosc/centralny-zarzadz-sluzby-wieziennej-odpowiedz-na-publikacje1> (dostęp: 31.05.2020).
- Regime excepcional de flexibilização da execução das penas e das medidas de graça, no âmbito da pandemia da doença COVID-19 (71-A/2020).
- Rogala D. *et al.*, *System opieki zdrowotnej nad osobami osadzonymi w zakładach penitencjarnych w Polsce*, „HYGEIA Public Health” 48, 2013, nr 4.
- Sánchez A., Simas L., Diuana V., Larouze B., *COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública?*, „Cadernos de Saúde Pública” 36, 2020, nr 5.
- Wallace D., Wang X., *Does in-prison physical and mental health impact recidivism?*, „SSM — Population Health” 11, 2020.
- Wallace M. *et al.*, *COVID-19 in correctional and detention facilities — United States, February–April 2020*, „MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report” 69, 2020, nr 19.

COVID-19 and the functioning of the Polish prison system

Summary

The aim of the article is to explain the low incidence of the COVID-19 phenomenon in Polish prisons. My aim is to answer three questions: was the Polish prison system ready to respond to the threats posed by COVID-19, what actions did it take and with what effect. I found that during the COVID-19 epidemic — despite serious chronic systemic problems in the Polish prison system — the statistics indicated that of the 24 people infected with the virus, none have died. During this period, 33,195 new prisoners were admitted to Polish prisons. As for the statistics of freedom cases, the result was extremely low.

Keywords: prison, prisoners, health in prison, COVID-19, right to health protection.