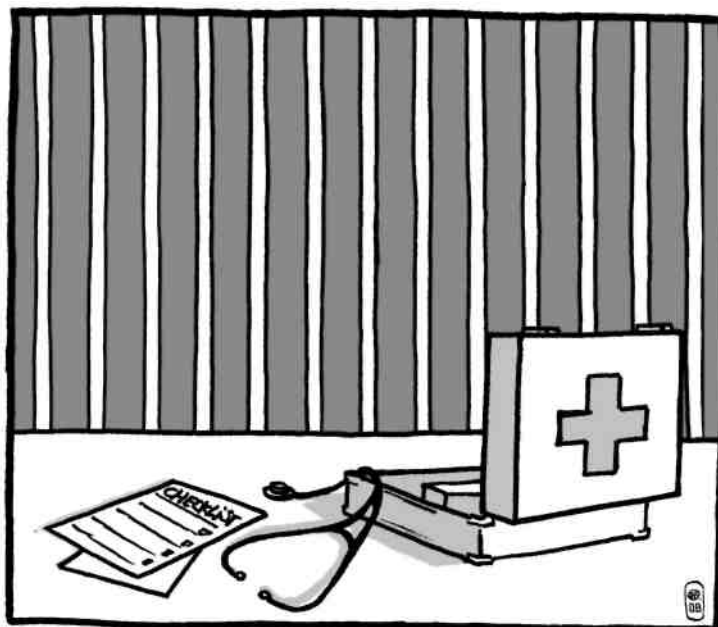


Odwiedzając miejsca zatrzymania

Jaka jest rola lekarzy

i innych pracowników służby zdrowia?



Oryginalna wersja została opublikowana przez APT w

2008 r.

Oryginalny tytuł: Visiting places of detention: What role for physicians and other health professionals?

COPYRIGHT 2008, APT

Odpowiedzialność za tłumaczenie na język polski: Krajowy Mechanizm Prewencji

w Polsce

Tłumaczenie zostało wykonane w ramach „Europejskiego Projektu KMP” i ufundowane przez Wspólny Program Rady Europy/Komisji Europejskiej „Utworzenie aktywnej sieci krajowych mechanizmów przeciw torturom, działalność sieci partnerskiej współpracy Peer-to-Peer”, współfinansowany przez Fundusz Powierniczy na Rzecz Praw Człowieka.

Council of Europe
Conseil de l'Europe



European Union
Union européenne

Stowarzyszenie na rzecz Zapobiegania Torturom

Stowarzyszenie na rzecz Zapobiegania Torturom (APT) jest niezależną organizacją pozarządową z siedzibą w Genewie. Została założona przez szwajcarskiego bankiera i prawnika, Jeana-Jacques'a Gautiera, w 1977 roku.

APT walczy o świat, w którym nikt nie będzie poddawany torturom ani okrutnemu, nieludzkiemu, poniżającemu traktowaniu lub karaniu, jak obiecano w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka.

APT skupia się na zapobieganiu torturom jako zjawisku, a nie na potępianiu indywidualnych przypadków tortur lub rehabilitacji ofiar. Ten strategiczny nacisk na zapobieganie, a nie na reaktywne zwalczanie, umożliwia APT współpracę z władzami państwowymi, organami policji, sądownictwa, instytucji krajowych, pracownikami akademickimi i organizacjami pozarządowymi, które zobowiązały się do przeprowadzenia reform instytucjonalnych i wdrożenia mechanizmów pozwalających na zmianę obecnego stanu.

W ramach zapobiegania torturom, APT skupia się na trzech zintegrowanych celach:

1. Przejrzystości w instytucjach

Promowanie zewnętrznej kontroli i odpowiedzialności instytucji, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za pośrednictwem niezależnych odwiedzin i innych mechanizmów kontrolnych.

2. Skutecznych ramach prawnych

W celu zapewnienia przestrzegania międzynarodowych, regionalnych i krajowych norm prawnych w zakresie zapobiegania torturom i innym przejawom złego traktowania, ich poszanowania i realizacji.

3. Wzmacnianiu zdolności

Wzmocnienie zdolności krajowych i międzynarodowych podmiotów zainteresowanych losem osób pozbawionych wolności poprzez zwiększenie ich wiedzy i zaangażowania na rzecz działań prewencyjnych.

Stowarzyszenie na rzecz Zapobiegania Torturom

10, Route de Ferney, P.O. Box 2267 - 1211 Geneva 2 - Szwajcaria

Tel: +41 22 919 21 70 - Fax: +41 22 919 21 80

E-mail: apt@apt.ch - Strona internetowa: www.apt.ch

Wydanie niniejszej publikacji było możliwe dzięki wsparciu Loterie Romande

Odwiedzając miejsca zatrzymania: Jaka jest rola lekarzy i innych pracowników służby zdrowia?



**Odwiedzając miejsca zatrzymania:
Jaka jest rola lekarzy i innych pracowników służby zdrowia?
Raport opublikowany przez Stowarzyszenie na rzecz Zapobiegania Torturom**

W celu otrzymania kopii tej publikacji i dalszych informacji, prosimy o kontakt:

Stowarzyszenie na rzecz Zapobiegania Torturom (APT)
10 Route de Ferney
P.O. Box 2267
CH 1211 Geneva 2
Szwajcaria

Tel: +41 22 919 21 70
Fax: +41 22 919 21 80
E-mail: apt@apt.ch

Strona internetowa: www.apt.ch

Copyright © 2008, Stowarzyszenie na rzecz Zapobiegania Torturom

Wszelkie prawa zastrzeżone. Materiały zawarte w tej publikacji mogą być dowolnie cytowane lub przedrukowywane, pod warunkiem powołania się na źródło. Wnioski o zezwolenie na powielanie lub tłumaczenie publikacji powinny być kierowane do APT (adres powyżej).

ISBN 978-2-940337-21-7

Ilustracja na okładce: Tristan Thévenoz
Projektowania i przez minimum grafiki
Wydrukowane przez Imprimerie Villiere, Genewa, wrzesień 2009

Spis treści

Wstęp

Część I.

Pracownicy służby zdrowia w kontekście wizyt na szczeblu krajowym – informacje ogólne

1. Koncepcja wizyty prewencyjnej
2. Multidyscyplinarne mechanizmy krajowe: znaczenie medycznego punktu widzenia

Część II. Szczególna rola lekarzy i innych specjalistów służby zdrowia w trakcie wizyty

1. Analiza wszystkich warunków osadzenia w areszcie z elementem „zdrowotnym”
2. Identyfikacja i dokumentowanie przypadków tortur
i złego traktowania
3. Ocena ogólnego poziomu świadczeń opieki zdrowotnej
4. Standardy etyczne praktyk lekarskich w miejscach odosobnienia

Część III. Profil lekarzy i pracowników służby zdrowia

1. Profil personelu w mechanizmie wizytacji
2. Możliwość korzystania z ekspertów

Wnioski

Załącznik

Podziękowania

Broszura ta powstała w oparciu o wywiady z lekarzami specjalizującymi się w wizytacjach w miejscach zatrzymań, którzy odpowiedzieli na szereg pytań zadanych przez APT. Spotkanie w dniu 26 czerwca 2007 r. zgromadziło niektórych z tych lekarzy w celu dokonania kontroli pierwszej wersji tekstu. Drugi projekt został następnie wysłany do większej grupy ekspertów do spraw konsultacji przed jego ostatecznym zatwierdzeniem.

Chcielibyśmy podziękować następującym osobom za ich wkład w opracowanie niniejszej broszury:

Beynon Jonathan, lekarz, Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (Wielka Brytania);

Pani Natalie Drew, oficer techniczny firmy, członek zespołu polityki zdrowia psychicznego i rozwoju usług, Departament Zdrowia Psychicznego i Uzależnień, Światowa Organizacja Zdrowia;

Dr Michelle Funk, Koordynator polityki w zakresie zdrowia psychicznego i rozwoju usług. Departament Zdrowia Psychicznego i Uzależnień, Światowa Organizacja Zdrowia;

Erik Hoist, lekarz, profesor, członek zarządu APT, były wiceprezes z IRCT (Dania);

Pan Krasimir Kanev, przewodniczący bułgarskiego oddziału Komitetu Helsińskiego, członek Rady Powierniczej dobrowolnego funduszu ONZ dla ofiar tortur, członek zarządu APT (Bułgaria);

Pani Alessandra Menegon, kierownik jednostki ds. osób pozbawionych wolności, Główna siedziba wydziału poszukiwań i ochrony, Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (Włochy);

Pan Cyrille Orizet, Psychiatra, Szpital Europejski Georges Pompidou, Paryż; ekspert CPT i były członek sekretariatu CPT (Francja);

Catherine Paulet, Psychiatra, *Service medico-psychologique regional*, «La Baumette» więzienie, Marsylia, ekspert w zakresie CPT (Francja);

Pani Perez Pau, psychiatra, dyrektor Oddziału Ciężkiej Traumatologii szpitala La Paz w Madrycie, dyrektor programu dla absolwentów na rzecz zdrowia psychicznego i zwalczania przemocy politycznej, Uniwersytet Complutense w Madrycie (Hiszpania);

Pan Reyes Hernan, lekarz, Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (Chile);

Jean-Pierre Restellini, lekarz, prawnik, członek CPT (Szwajcaria);

Pani Paz Rojas, neurolog, dyrektor CODEPHU, członek zarządu APT (Chile);

Pan Morris Tidball-Binz, Lekarz technik kryminalistyki, Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (Argentyna).

Wstęp

Już od 30 lat Stowarzyszenie na rzecz Zapobiegania Torturom (APT) zajmuje się promowaniem idei wizytacji przez niezależnych ekspertów wszystkich miejsc zatrzymań będących jednym z najskuteczniejszych sposobów zapobiegania stosowaniu tortur i złemu traktowaniu. Ta idea stała się rzeczywistością na poziomie regionalnym w chwili, gdy Rada Europy przyjęła Europejską Konwencję o Zapobieganiu Torturom (ECPT), co z kolei doprowadziło do utworzenia instytucji wizytacyjnej na teren całej Europy.

Organ ten, znany jako Komitet na rzecz Zapobiegania Torturom (CPT), jest uprawniony do przeprowadzania niezapowiedzianych wizytacji wszystkich miejsc zatrzymań we wszystkich państwach członkowskich Rady Europy. Kiedy ONZ przyjęła Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur (OPCAT), pomysł ten przybrał wymiar uniwersalny. Innowacyjny charakter OPCAT, która weszła w życie w dniu 22 czerwca 2006 r., polega na podwójnym systemie wizyt przeprowadzanych przez organizację międzynarodową, a także przez szereg mechanizmów krajowych. Wizyty międzynarodowe są realizowane przez nowy Podkomitet ds. Zapobiegania Torturom (SPT) Organizacji Narodów Zjednoczonych, a każde Państwo-Strona ma obowiązek ustanowić jeden lub więcej krajowych organów wizytacyjnych, znanych pod nazwą Krajowych Mechanizmów Prewencyjnych (NPMs).

Państwa-Strony mają pewną swobodę w zakresie wskazywania rodzaju i struktury mechanizmów krajowych, o ile mandaty, uprawnienia i gwarancje tychże NPM spełniają kryteria określone przez OPCAT¹. W związku z tym, niezależność ma znaczenie zasadnicze i Państwa-Strony muszą zagwarantować „niezależność funkcjonalną (...), jak również niezależność ich personelu” (art. 18 OPCAT). Członkowie NPM i ich pracownicy powinni nie tylko pozostać osobiście i instytucjonalnie niezależni od władz, ale NPM powinny również korzystać z niezależności finansowej”.

Choć tekst jest dość szczegółowy w odniesieniu do uprawnień i gwarancji NPM, OPCAT nie zawiera bardzo konkretnych informacji na temat składu mechanizmu. Artykuł 18.2 OPCAT stwierdza jedynie, że: „Państwa członkowskie powinny podjąć wszelkie niezbędne środki w celu zapewnienia, że eksperci z krajowych mechanizmów prewencji będą posiadali wymagane kwalifikacje i doświadczenie zawodowe”².

Mimo że konkretna hierarchia różnych dziedzin wiedzy zawodowej nie jest wymieniona w tekście, APT konsekwentnie podkreśla znaczenie wszelkich mechanizmów wizytacji jako zjawiska interdyscyplinarnego. Jednakże obecny trend wyznaczający NPM sprzyja wyborowi istniejących organów krajowych, z których większość składa się przede wszystkim (jeśli nie wyłącznie) z adwokatów.

Niniejsza broszura została opracowana dla wszystkich mechanizmów regularnie wizytujących areszty i więzienia, w szczególności NPMs w ramach OPCAT. Ma ona na celu wykazanie konieczności zapewnienia obecności m.in. lekarzy i / lub innych wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia na wszystkich poziomach mechanizmu: w organach decyzyjnych, sekretariacie i wreszcie – zespołów wizytujących.

¹W celu zapoznania się z bardziej szczegółową interpretacją wymagań OPCAT, prosimy zapoznać się z: *Przewodnik APT do ustanowienia i wyznaczenia krajowych mechanizmów prewencji*, 2006

² Art 18.2 OPCAT stanowi dalej: "Będą one dążyć do zapewnienia równowagi płci oraz odpowiedniej reprezentacji grup mniejszościowych i etnicznych w danym kraju."

W tym właśnie kontekście APT uznało za konieczne podkreślić znaczenie tego, jak wiele doświadczeń zawodowych, w szczególności dotyczących specjalistycznej wiedzy medycznej, jest wykorzystywane w krajowym systemie wizytacyjnym.

Tylko lekarz i / lub inne uprawnione podmioty służby zdrowia mogą w pełni ocenić wszystkie aspekty związane z tym, jak miejsce odosobnienia wpływa na stan zdrowia ludzkiego; omówić poszczególne zagadnienia związane ze zdrowiem zatrzymanych oraz z władzami; ocenić skalę adekwatności i zasadności usług zdrowotnych w miejscu odosobnienia i poziom świadczonych usług zdrowotnych, a co najważniejsze, zapewniają one niezbędne doświadczenie medyczne, jakże przydatne w zapobieganiu stosowaniu tortur i złemu traktowaniu.

CZĘŚĆ I

Pracownicy służby zdrowia w kontekście wizyt na szczeblu krajowym – informacje ogólne

Wśród państw członkowskich zaobserwować można wzrost akceptacji dla faktu, że w celu wypełnienia swoich zobowiązań w zakresie ochrony praw człowieka wszystkich osób, w tym pozbawionych wolności, miejsca odosobnienia muszą stać się bardziej przejrzyste. Istnienie i / lub tworzenie niezależnych mechanizmów wizyty w miejscach zatrzymań na poziomie krajowym jest niezbędnym elementem takiej przejrzystości.

Wszystkie rodzaje miejsc, w których znajdują się osoby pozbawione wolności, powinny być przedmiotem wizyty niezależnych organów krajowych, nie tylko więzienia, areszty lub posterunki policji, ale także ośrodki dla imigrantów, instytucje zdrowia psychicznego, ośrodki dla nieletnich i areszty wojskowe.³

Głównym celem regularnych i niezapowiedzianych wizyt składanych przez niezależny organ krajowy we wszystkich miejscach zatrzymań jest monitorowanie przestrzegania praw człowieka i przypadków naruszenia godności osobistej więźniów, a w szczególności stosowania tortur i innych form niewłaściwego traktowania. Organ ten ustanawia także wytyczne w sprawie poprawy wszystkich aspektów warunków zatrzymania, ponieważ warunki te mogą powodować negatywne zjawiska w postaci złego traktowania lub też przyczyniać się do powstawania takowych.

Kompleksowe podejście do wizytacji miejsc zatrzymań wymaga monitorowania i dokumentowania wszelkich przypadków ewentualnych tortur i innych form złego traktowania, w tym, między innymi, ocenę warunków w miejscu przetrzymywania osoby aresztowanej (w tym infrastruktury, wody, warunków sanitarnych i higienicznych), adekwatności i zasadności świadczenia usług medycznych, oraz poszanowania i ochrony praw człowieka oraz gwarancji sądowych.

Takie wieloaspektowe podejście wymaga przeprowadzenia wielodyscyplinarnej analizy i ekspertyzy przez interdyscyplinarny zespół składający się z ekspertów z zakresu prawa, praw człowieka i medycyny.

1. Pojęcie wizyt profilaktycznych

Monitoring miejsc zatrzymania poprzez regularne wizyty zapobiegawcze jest procesem, który z czasem ma na celu zapobieganie torturom i złemu traktowaniu poprzez bezpośrednią ocenę wszelkich aspektów warunków panujących w miejscu odosobnienia i traktowania osób pozbawionych wolności. Fakt, że niezależne krajowe organy odwiedzające mają dostęp do wszystkich rodzajów miejsc odosobnienia, bez uprzedzenia, ma silny efekt odstrasżający.

Specjalny sprawozdawca ONZ ds. tortur, przedstawił doskonałą syntezę istoty tych wizyt profilaktycznych:

³Art. 4.1 OPCAT zawiera następującą, szeroką definicję miejsc odosobnienia: "każde miejsce pod jego jurysdykcją i kontrolą, gdzie osoby są lub mogą być pozbawione wolności, albo na podstawie nakazu wydanego przez organ publiczny lub z jego inicjatywy lub za jego zgodą lub przyzwoleniem. "

„Sam fakt, że krajowi i międzynarodowi eksperci mają prawo inspekcji w każdym miejscu zatrzymania, w dowolnym czasie, bez wcześniejszego powiadomienia, mają dostęp do rejestrów i innych dokumentów więziennych, mają prawo rozmawiać z każdym zatrzymanym na osobności oraz do przeprowadzać badania lekarskie ofiar tortur ma silny efekt odstraszący. Jednocześnie tego rodzaju wizytacje dają niezależnym ekspertom możliwość zbadania, z pierwszej ręki, sposobów traktowania więźniów i zatrzymanych, oraz ogólnych warunków przetrzymywania (...) Wiele problemów wynika z nieodpowiednich systemów, które można łatwo stosunkowo ulepszyć poprzez regularne monitorowanie. Poprzez przeprowadzanie regularnych wizyt w miejscach zatrzymań, eksperci wizytujący zwykle nawiązują konstruktywny dialog z zainteresowanymi organami, aby pomóc im rozwiązać zaistniałe problemy”.⁴

Prewencyjny charakter tych wizyt w miejscach zatrzymań odróżnia je pod względem celu i metodologii od innych rodzajów odwiedzin, które mogą prowadzić niezależne organy krajowe, a w szczególności od wizyt w celu zbadania indywidualnych skarg złożonych przez więźniów.

Charakterystyka wizyt prewencyjnych

- **Regularne zamiast jednorazowych wizyt**

Wizyty te stanowią część procesu, co oznacza, że wizyty w danym miejscu przetrzymywania będą się powtarzać z określoną częstotliwością.

- **Proaktywne zamiast reaktywnych**

Wizyty te odbywają się przed, a nie po zaistnieniu określonego zdarzenia. Nie są przeprowadzane w odpowiedzi na skargi od więźniów lub na incydenty o szczególnym charakterze. Mogą one mieć miejsce w każdym czasie, nawet jeśli nie stwierdzono widocznego problemu.⁵

- **Globalne zamiast indywidualnych**

Wizyty te nie mają na celu reagowania na indywidualne przypadki. Zamiast tego, ich celem jest analiza miejsca zatrzymania jako systemu, i skupienie się na wszystkich aspektach związanych z pozbawieniem wolności. Celem jest identyfikacja elementów, które mogłyby prowadzić do tortur lub złego traktowania zatrzymanych, lub które mogą prowadzić do innego rodzaju pogwałcenia praw człowieka.

- **W oparciu o współpracę, a nie wzajemne zwalczanie**

Wizytacja jest punktem wyjścia do konstruktywnego dialogu, który przewiduje konkretne zalecenia w celu długofalowej poprawy całego systemu. Powyższe nie zwalnia krajowego organu z obowiązku przeprowadzenia wizytacji w odpowiedzi na konkretne wydarzenie.

⁴Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. tortur, A/61/259 dokument ONZ (14 sierpnia 2006 r.), par. 72.

⁵Nie zwalnia to organu krajowego od obowiązku zorganizowania wizytacji w reakcji na określone wydarzenia

2. Multidyscyplinarny mechanizm krajowy: Znaczenie perspektywy medycznej

Jak pokazano to powyżej, wizyty profilaktyczne są szczegółowe i kompleksowe, ponieważ uwzględniają one wszystkie aspekty zatrzymania i jako takie wymagają wielodyscyplinarnego podejścia.⁶ To ostatecznie musi znaleźć odzwierciedlenie w składzie krajowego mechanizmu, w jego personelu, jak również w samych zespołach wizytujących. Oprócz innych wskazanych ekspertów nie powinno zabraknąć **lekarza lub innego wykwalifikowanego pracownika służby zdrowia w każdej drużynie gości.**

W celu stworzenia obiektywnej analizy funkcjonowania miejsca odosobnienia, w tym oceny traktowania zatrzymanych i warunków przetrzymywania, należy podsumować następujące punkty widzenia:

1. Punkt widzenia władz (w tym pracowników);
2. Punkt widzenia osób zatrzymanych;
3. Punkt widzenia poszczególnych członków zespołu wizytującego.

Ponieważ postrzeganie tych punktów widzenia może być bardzo różne w zależności od doświadczenia zawodowego członków zespołu wizytującego, ważne jest, aby reprezentowane były różne zawody.

Podczas gdy niezbędne będzie szczególne doświadczenie w systemach wymiaru sprawiedliwości i gwarancji sądowych, udział lekarza jest niezbędny do rozwiązania szczególnie wrażliwych zagadnień zdrowotnych związanych z torturowaniem i złym traktowaniem, w celu oceny systemu ochrony zdrowia (np. poprzez analizę historii choroby i dokumentów oraz rozmów z pracownikami służby zdrowia w miejscu zatrzymania), oraz do oceny wpływu ogólnych warunków przetrzymywania (higiena, jedzenie, dostęp do pryszniców, przeludnienie, itp.) na zdrowie zatrzymanych osób.

Tego rodzaju wiedza medyczna poprawia jakość monitorowania prowadzonego przez mechanizmy wizytacyjne.

Analiza funkcjonowania miejsca odosobnienia obejmuje również badanie jego zgodności z międzynarodowymi i krajowymi normami i standardami w zakresie warunków panujących w areszcie. W tym kontekście, lekarze i inni pracownicy służby zdrowia mogą wnieść konkretny i znaczący wkład w odniesieniu do treści i stosowania norm i standardów, zwłaszcza w zakresie świadczenia usług i dostępu do opieki zdrowotnej oraz kodeksów etyki zawodowej dla osób pracujących w miejscach zatrzymania.

Niemniej jednak perspektywy medycznej nie powinno ograniczać się do samej wizyty. Monitoring miejsc zatrzymania jest procesem, a wizyta nie oznacza celu samego w sobie. Stanowi on punkt wyjścia do podjęcia i prowadzenia konstruktywnego dialogu z władzami. Tenże dialog, który opiera się na sprawozdaniach z wizyty i konkretnych zaleceniach, ma na celu poprawę warunków leczenia osób, które są pozbawione wolności.

⁶ Specjalny sprawozdawca ONZ ds. tortur stwierdził, że dla NPM „ogromne znaczenie ma fakt, że Państwa-Strony zapewniają (...) członkostwo osób z różnych zawodów” op. cit., pkt 71. Każdy Raport generalny na temat działalności CPT zawiera również akapit dotyczący składu, podkreślający znaczenie różnorodności wiedzy fachowej wśród członków. 17 Raport generalny z działalności stwierdza, że „w CPT mamy obecnie relatywnie dobre rozłożenie doświadczenia zawodowego wśród członków Komitetu. Niemniej jednak przeważa wiedza i doświadczenie w dziedzinie więziennictwa. (...) CPT czerpałoby również korzyści z większej obecności lekarzy wśród jego członków, z odpowiednimi umiejętnościami sądowymi (w szczególności w odniesieniu do diagnozowania i rejestracji urazów (...))”. CPT / INF (2007) 39, pkt 30.

Lekarz lub inny pracownik służby zdrowia, może wnieść cenny wkład do sporządzania sprawozdania i rekomendacji, do dialogu z władzami, jak również do obserwacji i kontroli wdrażania zaleceń. Perspektywa medyczna jest niezwykle istotna we wszystkich wymiarach zapobiegania torturom i ulepszaniu systemu i warunków przetrzymywania, w tym poszanowaniu norm prawnych i przepisów.⁷

Wreszcie, ważne jest również, aby lekarz lub inny odpowiednio wykwalifikowany pracownik służby zdrowia, stał się częścią mechanizmu wizytacyjnego w celu omówienia problemów medycznych z właściwymi krajowymi organami zaangażowanymi w ochronę zdrowia (np. służby zdrowia w więzieniach, Ministerstwo Zdrowia, itp.) lub organami międzynarodowymi. Jest to szczególnie ważne dla NPM w zakresie przestrzegania zapisów OPCAT, ponieważ bezpośrednie kontakty mogą i powinny zostać ustanowione między NPM i SPT.

Lekarze i pracownicy służby zdrowia powinni być obecni nie tylko w gronie pracowników lub ekspertów, ale także przy w strukturach organu decyzyjnego mechanizmu wizytacyjnego.

⁷Zgodnie z art. 19 z OPCAT, mandat NPM pozwala na regularne sprawdzanie sposobu traktowania osób pozbawionych wolności, na składanie rekomendacji odpowiednim władzom i przedstawienie uwag dotyczących istniejących oraz projektowanych przepisów prawnych.

CZĘŚĆ II

Szczególna rola lekarzy i innych pracowników służby zdrowia podczas wizyt

Przed wizytą, należy przeprowadzić ważne prace przygotowawcze, aby zespół wizytujący mógł zoptymalizować ilość czasu spędzonego wewnątrz miejsca zatrzymania. W szczególności członkowie zespołu powinni starannie zorganizować swoją pracę⁸ i zebrać wszystkie dostępne informacje dotyczące miejsca wizytacji.⁹

Podczas wizyty w miejscu zatrzymania¹⁰, lekarz wchodzi w skład zespołu wizytującego i jako taki przyczynia się do wszelkich działań delegacji. Bierze on udział w pierwszym spotkaniu z kierownictwem jednostki, wizytuje wszystkie pomieszczenia i prowadzi prywatne rozmowy z pracownikami oraz z osobami pozbawionymi wolności. Lekarz uczestniczy również w ostatnim spotkaniu i w dyskusji podsumowującej wizytację z udziałem kierownictwa jednostki. Rola lekarza jest znacznie szersza i wykracza poza zwykłe wykrywanie i dokumentowanie przypadków tortur i obejmuje analizę wszystkich aspektów przetrzymywania, mających wpływ na zdrowie i funkcjonowanie osoby zatrzymanej, na dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno w samym miejscu osadzenia, jak i szerzej pojmowanej wspólnoty więziennej. Podczas wizyty lekarz powinien również ocenić i sklasyfikować informacje na temat norm w zakresie etyki zawodowej dla pracowników służby zdrowia pracujących w miejscach zatrzymań.¹¹

1. Analiza wszystkich warunków przetrzymywania z uwzględnieniem aspektu "zdrowotnego"

Jak już wspomniano powyżej, ogólne warunki zatrzymania mogą mieć bezpośredni i pośredni wpływ na zdrowie osób zatrzymanych¹² i w pewnych okolicznościach same warunki mogą spowodować złe traktowanie, a nawet tortury. Dlatego podczas wizyty lekarz powinien przeanalizować czynniki zdrowia publicznego stwierdzone w miejscu przetrzymywania, włącznie z czynnikami środowiskowymi (ochrona od klimatu, wentylacja, dostęp do otwartej przestrzeni, itp.), problemem przeludnienia, dostępu do wody i kanalizacji, higieny ogólnej, żywności i posiłków i ewentualnych ognisk chorobowych. Chociaż te aspekty związane ze zdrowiem powinny być także zbadane przez innych członków zespołu, to właśnie perspektywa medyczna stanowi podstawę kompleksowej analizy „wymiaru zdrowotnego”.

W ocenie aspektów zdrowotnych systemu odosobnienia, lekarz może również spojrzeć na szereg kwestii, które zawierają w sobie istotny składnik zdrowia..

⁸ Wliczając następujące kwestie: identyfikacja lidera zespołu, podział zadań między zespołem i zapewnienie, że wszyscy członkowie otrzymują takie same informacje, jak również szkolenia specjalistyczne.

⁹ Wliczając następujące kwestie: podstawowe informacje, takie jak oficjalna liczba miejsc, kategorie więźniów, daty budowy, jak również wszelkie dostępne informacje dotyczące pracowników, warunków zatrzymania, systemu opieki zdrowotnej i konkretnych problemów. Pozostałe dostępne informacje z poprzednich wizytacji lub z innych źródeł powinny być gromadzone i oceniane.

¹⁰ W celu poznania metod wizytacyjnych, prosimy skorzystać z *APT Monitorowanie miejsc zatrzymania: Przewodnik Praktyczny*

¹¹ Zatrzymani, z którymi członkowie zespołu wizytacyjnego będą przeprowadzać rozmowy na osobności, powinni zostać wybrani losowo, aby próbka była możliwie jak najbardziej reprezentatywna w różnych kategoriach osób pozbawionych wolności. Członkowie zespołu wizytacyjnego nie powinni ograniczać się jedynie do rozmowy z osobami, które same poszukują kontaktu z nimi.

¹² Te warunki mogą również mieć wpływ na zdrowie pracowników pracujących w danej instytucji.

Należą do nich: ocena działań podjętych w celu zapobiegania samobójstwom, system dyscyplinarny obecny na miejscu (w tym wykorzystanie odosobnienia i różnych form przymusu) i programów na rzecz rehabilitacji osób przed zwolnieniem

Z uwagi na potencjalne skutki psychologiczne niektórych aspektów życia w miejscu odosobnienia (i ewentualne nadużycia związane z tym faktem), lekarz może również przyczynić się do oceny konkretnych procedur stosowanych w miejscu zatrzymania, takich jak np. przyjęcie osoby do aresztu i procedury przeszukiwania, procedury postępowania w razie wypadków (np. zamieszki i ataki) oraz w razie agresywnych zachowań niektórych osadzonych, a nawet życie codzienne w miejscu osadzenia.

2. Identyfikacja i dokumentowanie przypadków tortur i złego traktowania

Podczas gdy głównym celem wizyty prewencyjnej nie jest identyfikacja indywidualnych przypadków tortur i złego traktowania, ważne jest, aby dokładnie udokumentować wszelkiego rodzaju pojawiające się zarzuty w powyższej kwestii. W takich przypadkach obecność lekarza jest niezbędna, ponieważ tylko lekarze mają uzasadnione prawo do oceny, czy udokumentowane fizyczne i / lub psychiczne następstwa takiego czynu odpowiadają zarzutom dotyczącym złego traktowania. Ponadto często zdarza się, że osadzonemu jest znacznie łatwiej porozmawiać z lekarzem, ponieważ istnieje element zaufania w rozmowie z kimś, kto jest w stanie udzielić porady właściwej i wiarygodnej będąc profesjonalistą w swej dziedzinie.

W przypadku pojawienia się zarzutów o złym potraktowaniu któregokolwiek z członków zespołu wizytującego, lekarz może zostać wezwany do przeprowadzenia badań lekarskich osoby zatrzymanego w celu stwierdzenia, czy udokumentowane fizyczne i / lub psychiczne.¹³ następstwa takiego czynu odpowiadają zarzutom dotyczącym złego traktowania. Ważne jest, aby pamiętać, że brak fizycznych śladów lub problemów psychologicznych, nie oznacza, że nie doszło do tortur lub złego potraktowania.

Prowadzenie prywatnych rozmów z więźniami, którzy twierdzą, że zostali poddani torturom lub złemu traktowaniu to często bardzo delikatna i drażliwa kwestia, wymagająca bezwzględnego, wzajemnego zaufania obu stron. Może to zająć trochę czasu i wymagać wielu wizyt podmiotów działających w ramach krajowego mechanizmu. Kwestią absolutnie konieczną jest zapewnić, że więzień nie jest narażony na ryzyko w żadnej chwili. W związku z tym należy uzyskać pewność, że więzień wyraźnie wie, w jaki sposób jego zeznania zostaną wykorzystane. Przekazywanie zarzutów jako takich powinno mieć miejsce wyłącznie za wyraźną zgodą zatrzymanego, niezależnie od tego, czy będą one wykorzystane w badaniach imiennych, czy też anonimowych.

*Protokół istambulski - Podręcznik skutecznego dochodzenia i dokumentacji w sprawach dotyczących stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania jest narzędziem będącym źródłem informacji dotyczących medycznych i prawnych aspektów badania i dokumentowania zarzutów stosowania tortur i złego traktowania.*¹⁴

¹³ Europejski Komitet Zapobiegania Torturom Psychologiczne skutki urazu - Jak przeprowadzić wywiad z osobą osadzoną w celu udokumentowania objawów urazu, wydanie poprawione, dokument przygotowany przez pana Petur Hauksson, CPT (2002) 42 rev. www.cpt.coe.int/workingdocuments.htm

¹⁴ Protokół istambulski jest dostępny na stronach: www.ohchr.org/french/about/publications/docs/8rev1_fr.pdf. Zobacz także: Medyczne Badania i Dokumentacja przypadków tortur: Przewodnik dla Pracowników Służby Zdrowia - Michael Peel, Noam Lubenia, Jonathan Beynon (2005). University of Essex. <http://www.fco.uk/Files/KFile/MidHb.pdf>

3. Ocena ogólnego poziomu świadczenia usług medycznych¹⁵

3.1 Usługi w ramach opieki zdrowotnej

Ze względu na posiadaną wiedzę, lekarze wchodzący w skład zespołu wizytującego są szczególnie dobrze predestynowani do tego, aby przygotować wiarygodną ocenę ogólnego funkcjonowania służby zdrowia w miejscach zatrzymań. Znaczenie takiej oceny można stwierdzić na podstawie komentarzy Europejskiej Organizacji Wizytującej miejsca Osadzenia (CPT), która to stwierdziła, że „niewłaściwy poziom opieki zdrowotnej może w szybkim tempie doprowadzić do sytuacji mieszczących się w ramach definicji pojęcia *niehumanitarnego i poniżającego traktowania*”.¹⁶ Niniejsza ocena powinna więc obejmować zarówno indywidualne przykłady świadczenia usług zdrowotnych osobom osadzonym, jak i kwestie dotyczące ogólnej organizacji usług zdrowotnych. Należy podkreślić, że mimo pewnych indywidualnych przypadków wymagających oceny, celem wizyty lekarza nie jest sporządzenie i przedstawienie drugiej ekspertyzy, ani też zapewnienie leczenia, lecz wykorzystanie podobnych przykładów do zrozumienia i wskazania skutecznych sposobów usprawnienia pracy całego systemu. Ta szczególna rola lekarza wizytującego musi być przejrzysta zarówno dla osób zatrzymanych, jak i dla kierownictwa jednostki.

Na równi z oceną infrastruktury i poziomu opieki zdrowotnej w miejscu zatrzymania, lekarz musi również ocenić, w jaki sposób zatrzymany może uzyskać dostęp do opieki zdrowotnej we wszystkich placówkach służby zdrowia w przypadku, gdy osoba ta wymaga takiego poziomu opieki, który nie może być zapewniony w ramach samej instytucji. W uzupełnieniu do przepisów ogólnych dotyczących świadczenia usług medycznych, ocena powinna obejmować instytucje lub programy dostępne dla osób uzależnionych od alkoholu i/lub narkotyków, osób starszych, jak i tych z jakąkolwiek formą niepełnosprawności. Ponieważ problemy psychospołeczne są dość powszechne w miejscach zatrzymań, szczególną uwagę należy zwrócić na sposoby postępowania z takimi osobami.¹⁷

¹⁵ Patrz: Europejski Komitet Zapobiegania Torturom Opieka Zdrowotna w więzieniach - Lista pytań i tematów do zbadania podczas oceny poziomu usług medycznych świadczonych w więzieniach podczas wizyty CPT. CPT (99) 50.

¹⁶ 3-ci Raport generalny na temat działalności CPT, CPT / LNF (93) 12, ust. 30.

¹⁷ Patrz: WHO / ICRC Informacje na temat zdrowia psychicznego i Więziennictwa.

Ocena systemu opieki zdrowotnej

Opieka indywidualna

- Dostęp do opieki zdrowotnej (w tym zdrowia psychicznego)
- Jakość zapewnionej opieki
- Choroby zakaźne (HIV, gruźlica, zapalenie wątroby, choroby przekazywane drogą płciową, itp.): mechanizmy zapobiegania infekcjom oraz postępowania z zarażonymi osadzonymi
- Uzależnienie od alkoholu/narkotyków
- Zatrzymani cierpiący na problemy psychospołeczne
- Grupy wrażliwe (nieletni, kobiety, itp.)
- Procedury awaryjne

Ogólna organizacja usług zdrowotnych

- Placówki i wyposażenie/sprzęt służby zdrowia
- Personel służby zdrowia (kompetencje, liczba i zmiany)
- Konsultacje medyczne i wzory wystawiania recept
- Zarządzanie dokumentacją medyczną
- Zapasy leków i zarządzanie nimi
- Promocja zdrowia i strategie profilaktyki (samobójstwa, choroby zakaźne)
- Skierowanie i dostęp do placówek opieki zdrowotnej
- Stopień integracji w ramach krajowej polityki zdrowotnej

3.2 Analiza dokumentacji medycznej

Ocena ogólnego poziomu świadczeń w ramach opieki zdrowotnej wymaga dokładnego zbadania dokumentacji medycznej, niezależnie od tego, czy są to historie choroby poszczególnych pacjentów, czy reprezentatywne próbki historii choroby przydatne w przygotowaniu bardziej ogólnej analizy. Tutaj znów kwestią absolutnie kluczową jest obecność lekarza w badaniach, nie tylko w celu dostępu do danych, ale również do przeczytania i przeanalizowania ich zawartości technicznej.

W większości krajowych przepisów i prawnych rozwiązań w tym zakresie, dostęp do indywidualnej dokumentacji medycznej podlega klauzuli poufności w celu ochrony szczególnego charakteru relacji lekarz-pacjent. W normalnych okolicznościach, dostęp do dokumentacji medycznej danej osoby można uzyskać jedynie po otrzymaniu wyraźnej zgody tej osoby. Tak więc, podczas prywatnej rozmowy z zatrzymanym, lekarz powinien wyraźnie zażądać od tej osoby zgody¹⁸ na wgląd w jego/jej historię choroby i leczenia. W praktyce bardzo rzadko zdarza się, żeby więzień odmówił takiej zgody¹⁹.

Z drugiej strony jednakże, jeśli podmiot wizytujący chce przeprowadzić całościową ocenę funkcjonowania służby zdrowia w miejscu osadzenia, lekarz będzie musiał dokonać przeglądu przekrojowego, lub losowego dokumentacji lekarskiej w celu ustalenia, czy opieka jest bezstronna i adekwatna do potrzeb, czyli prowadzona bez jakiegokolwiek formy dyskryminacji.

¹⁸ Zgoda w formie ustnej jest zazwyczaj wystarczająca.

¹⁹ W szczególnych przypadkach może być konieczne uzyskanie zgody właściwych władz (w tym sądowych) w celu uzyskania dostępu, jednak powinno to mieć miejsce wyłącznie w sytuacjach wyjątkowych, na przykład w przypadku, gdy zatrzymany został przeniesiony tuż przed wizytą lub zmarł.

W takich przypadkach lekarz wizytujący pełni funkcję „audytora”.

Tak więc, zakładając, że dane osobiste pacjentów (nazwisko, adres, itp.) nie są ujawnione, nie ma potrzeby uzyskania ich wyraźnej zgody.

W kontekście OPCAT, przepisy powołujące i zadaniujące NPM powinny najlepiej zagwarantować określony dostęp do dokumentacji medycznej, zgodnie z artykułem 20 b) OPCAT. Byłoby to zgodne z normami krajowymi w zakresie ochrony danych osobowych.

3.3 Wywiad z lekarzem zatrudnionym w miejscu odosobnienia

Innym powodem włączenia lekarza do zespołu wizytującego jest jego rola w nawiązaniu współpracy z lekarzem zatrudnionym w miejscu odosobnienia, a w razie potrzeby, z wyższym kierownictwem placówki.²⁰

Lekarz pracujący w miejscu zatrzymania jest często izolowany, ponosi ogromną odpowiedzialność i pod wieloma względami cierpi na brak wystarczających środków. Jednakże, lekarz zwykle korzysta z zaufania, jakim obdarza go zarówno personel, jak i sami zatrzymani. Lekarz jest cennym partnerem podczas wizyty, chociaż początkowo może być nieco podejrzliwy i postrzegać członków zespołu jako intruzów. Tak więc obecność lekarza w zespole wizytującym daje możliwość **prowadzenia dialogu na równym poziomie** między zawodowcami, w oparciu o który można następnie zbudować podstawy wzajemnego zaufania. Taki dialog niekoniecznie jest jednak łatwy. Jednak ważne jest to, aby lekarz, który jest członkiem delegacji odwiedzającej mógł porozmawiać sam na sam ze swym kolegą pracującym w miejscu zatrzymania.

Lekarz pracujący w miejscu zatrzymania może być źródłem niezwykle cennych i istotnych informacji (istnienie potencjalnych przypadków złego traktowania, nieodpowiednia opieka medyczna, trudności, jakie napotykają służby medycznej w wypełnianiu swojej misji) i jest kluczową osobą w realizacji zaleceń zdrowotnych przekazanych przez organ wizytujący.

4. Normy etyki zawodowej w miejscach odosobnienia

Końcowa rola lekarza wizyty polega na ocenie standardów etyki zawodowej wśród pracowników służby zdrowia w miejscu odosobnienia.²¹ Pracowników służby zdrowia pracujących w takich środowiskach często borykają się z koniecznością wypełniania obowiązków pozornie sprzecznych.

Z jednej strony mają obowiązek zapewnienia bezstronnej opieki zdrowotnej zatrzymanemu-pacjentowi, a z drugiej strony pracują w zakładzie, w którym głównym problemem kierownictwa jest bezpieczeństwo im porządek w miejscu zatrzymania. Ten pozorny konflikt, w którym lekarze mają jednocześnie obowiązki wobec swoich pacjentów i wobec systemu pozbawienia wolności, jest określany mianem "podwójnej lojalności."²²

²⁰ Lekarz lub inny pracownik służby zdrowia powinien także uczestniczyć w rozmowach z innymi pracownikami, w szczególności pracownikami pozostającymi w bezpośrednim kontakcie z osobami pozbawionymi wolności.

²¹ W celu zapoznania się z normami etycznymi, patrz np. *Zasady etyki medycznej dotyczące roli personelu służby zdrowia, zwłaszcza lekarzy, w ochronie więźniów i osadzonych przed stosowaniem tortur oraz przypadkami innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karaniami*, przyjęte w rezolucji Zgromadzenia Ogólnego ONZ 37/194 z dnia 18 grudnia 1982 r.; *Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej* (1949, zmieniony w roku 1983) Światowego Stowarzyszenia Medycznego, oraz Deklaracja z Tokio (1975) Światowego Stowarzyszenia Medycznego.

²² W celu zapoznania się z pełnym opisem problemu podwójnej lojalności w więzieniach i innych placówkach, patrz: <http://phvsiciansforhumanrights.org/librarv/documents/reports/report-2002-duellovaltv.pdf>

Oprócz etycznych aspektów rutynowego świadczenia usług w ramach opieki zdrowotnej, są pewne szczególne sytuacje w areszcie, w których lekarze mogą mieć do czynienia z „podwójną lojalnością”. Należą do nich m.in. rola lekarzy w egzekwowaniu sankcji dyscyplinarnych (w szczególności stosowania odosobnienia w jakiegokolwiek formie i stosowanie ograniczeń), kontrola osobista, kara śmierci, odmowa leczenia i strajki głodowe. Lekarz zespołu wizytującego powinien zwracać szczególną uwagę na sposób postępowania w tego rodzaju delikatnych sytuacjach i na to, czy są przestrzegane międzynarodowe standardy etyczne w tej kwestii.

Lekarze powinni również oceniać procedury w przypadku konfliktu między dyrektorem i personelem medycznym w miejscu zatrzymania. Nadrzędną zasadą przy rozpatrywaniu kwestii zapobiegania torturom jest to, że lekarz nigdy nie powinien brać udziału, aktywnie lub biernie, w stosowaniu tortur lub innych form złego traktowania lub też wyrażać przyzwolenia na takie zachowania.

Pełen opis deklaracji i oświadczeń przedstawiających wytyczne w sprawie międzynarodowych standardów etyki lekarskiej można znaleźć na stronie internetowej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA)²³.

CZĘŚĆ III

Profil lekarzy i pracowników służby zdrowia

Jak widzieliśmy w części II, ważne jest, aby lekarze lub inni pracownicy służby zdrowia wchodzili w skład mechanizmu wizytacji i byli częścią personelu odwiedzanej jednostki. Od czasu do czasu, te organy krajowe będą musiały przyjmować dodatkowych ekspertów do swoich zespołów wizytujących na zasadzie ad hoc, w zależności od specyfiki odwiedzanego miejsca i problemów, które wystąpiły podczas pierwszej wizyty.

1. Profil personelu mechanizmu wizytacji

Głównym wymaganiem stawianym wszystkim osobom pracującym z mechanizmem wizytacji na szczeblu krajowym jest ich całkowita **niezależność**.²⁴ Dotyczy to zarówno lekarzy i innych pracowników służby zdrowia, którzy muszą wykazać zarówno zawodową, jak i osobistą niezależność. Lekarz lub pracownik służby zdrowia powinien mieć również doświadczenie w takich dziedzinach, jak relacje międzyludzkie, zdolność obserwacji i analizy i posiadać doświadczenie w negocjacjach i sporządzaniu raportów.

Oprócz umiejętności dokumentacji tortur i złego traktowania, lekarz powinien mieć odpowiednią wiedzę na temat wytycznych obowiązujących organizacje systemów opieki zdrowotnej i systemów wymiaru sprawiedliwości i służb penitencjarnych, podczas gdy doświadczenie w przestrzeganiu praw człowieka będzie nieocenionym atutem.

Wiedza i szkoleń w zakresie zdrowia psychicznego i psychospołeczne skutki tortur są również ważne ze względu na dużą liczbę osób z zaburzenia psychospołeczne w miejscach odosobnienia. To „podejście w zakresie zdrowia publicznego” w ramach krajowych mechanizmów wizytacji może być najlepiej spełnione przez **lekarzy pierwszego kontaktu** lub lekarzy, którzy pracowali w sektorze zdrowia publicznego, a jeszcze wcześniej - w miejscach zatrzymań. Jeśli krajowy mechanizm posiada wielu lekarzy wśród swoich członków lub pracowników, komplementarność powinna być popierana, włącznie z reprezentowaniem różnych dziedzin i specjalizacji.

Warto również podkreślić, że oprócz lekarzy, obecność odpowiednio wykwalifikowanych pielęgniarek podczas wizyt może być szczególnie przydatna w ocenie praktycznych kwestii organizacyjnych (takich jak administracja i zapasy leków, higiena, itp.).

Niezależnie od specjalizacji lekarza lub pracownika służby zdrowia, który jest członkiem mechanizmu wizytacji ważne jest, aby organizowano dla nich specjalistyczne szkolenia w zakresie monitoringu miejsc zatrzymania, a w szczególności prowadzenia rozmów z osobami pozbawionymi wolności oraz dokumentacji medycznej tortur i złego traktowania.

²⁴Patrz art. 18.1 w OPCAT.

2. Możliwość wykorzystania ekspertów

Dysponowanie możliwością skorzystania z ekspertów ad hoc jest szczególnie przydatna dla krajowych mechanizmów wizytacji. To jednak wymaga posiadania takich specjalistów w kraju i pewności, że mechanizm posiada wystarczające środki finansowe do zatrudnienia ich.²⁵

Przy pomocy ekspertów, mechanizmy mogą skorzystać z pomocy różnych specjalistów, zgodnie z ich potrzebami. Obecność specjalistów może być przydatna w odpowiedzi na specyfikę miejsca wizytowanego (np. w stosunku do instytucji zdrowia psychicznego wymagana jest obecność pracownika służby zdrowia psychicznego), w celu osiągnięcia konkretnych celów wizyty lub rozwiązania kwestii napotkanych podczas poprzednich wizyt, które wymagają specjalistycznej obserwacji.

Obecność **lekarza medycyny sądowej** może być szczególnie przydatna w sytuacji, gdy celem wizyty jest dokumentacja przypadku zarzutów stosowania tortur i złego traktowania. Lekarz ten będzie w stanie rozstrzygnąć, czy zarzuty są zgodne z jego spostrzeżeniami. Innymi słowy, lekarz z doświadczeniem w medycynie sądowej jest szczególnie przydatny do pełnienia roli pośrednika między medycyną a prawem. Zaleca się, aby przy wyborze lekarzy klinicznych medycyny sądowej kierowano się zdolnościami do nawiązywania relacji międzyludzkich i, jeśli to możliwe, wcześniejszym doświadczeniem w dokumentacji tortur.

Obecności **psychiatry** jest ważna - a nawet niezbędna – w przypadku wizyt w szpitalach psychiatrycznych i innych instytucjach, w których osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą być przetrzymywane wbrew własnej woli. Z oczywistych względów wiarygodności, psychiatra jest często jedyną osobą będącą w stanie ocenić jakość i poziom opieki zdrowotnej wobec poszczególnych pacjentów. Ze względu na dużą liczbę osób z zaburzeniami psychospołecznymi w miejscach odosobnienia, psychiatra może również uczestniczyć w wizytach w innych miejscach, takich jak więzienia. W miejscach, w których podczas poprzednich wizyt stwierdzono duży odsetek osadzonych z problemami psychicznymi, do celów przyszłych wizyt zalecane jest włączenie psychiatry do zespołu na stałe. Wreszcie, jeśli dostępności psychiatrów jest ograniczona, szczególnie w określonym kontekście, to pielęgniarka psychiatryczna może także być wartościowym członkiem zespołu.

Mechanizmy krajowe mogą również korzystać z innych specjalistów, w zależności od ich specyficznych potrzeb i dostępności.

²⁵ Artykuł 18.3 OPCAT stanowi: "Państwa-Strony podejmują się udostępnić niezbędne środki dla działania krajowych mechanizmów prewencji".

Wnioski

Regularne wizyty profilaktyczne we wszystkich rodzajach miejsc odosobnienia, jak zaleca Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, stanowią skuteczny sposób zapobiegania torturom i złemu traktowaniu i przyczyniają się do poprawy warunków panujących w więzieniach i miejscach odosobnienia. Jednak aby system takich wizyt był w pełni skuteczny i przydatny musi być on przeprowadzony przez organ multidyscyplinarny, który obejmuje, między innymi, lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych. Wizytacje w miejscach zatrzymania wymagają globalnego, kompleksowego podejścia, zwrócenia uwagi na wszystkie aspekty warunków przetrzymywania. Niektóre z tych aspektów, takie jak usługi zdrowotne, dokumentowanie przypadków tortur, łamanie norm etycznych, mogą zostać odpowiednio ocenione jedynie przez lekarza lub innego pracownika służby zdrowia.

Zdajemy sobie sprawę, że włączenie specjalistów medycyny w działania zespołów stanowi prawdziwe wyzwanie dla nowo tworzących się mechanizmów NPM ustanowionych na mocy Protokołu fakultatywnego. Podczas, gdy możliwość zatrudnienia lekarzy i / lub innych pracowników służby zdrowia na zasadzie ad hoc na potrzeby konkretnych wizyt jest interesującym rozwiązaniem, to nie należy wykluczać innych rozwiązań. W rzeczy samej, udział lekarzy i pracowników służby zdrowia wykracza poza same wizyty, ponieważ mogą one umożliwić spojrzenie na daną kwestię z innej perspektywy i wzbogacić ogólną dyskusję, a także zapewnić konkretne zalecenia dotyczące zapobiegania torturom oraz poprawy warunków odosobnienia. Kraje członkowskie powinny zatem być zachęcane do powoływania lekarzy lub innych pracowników służby zdrowia w charakterze członków zespołów NPMs.

W tym ostatnim należy także rozważyć możliwość włączenia do zespołu osób wybranych spośród swoich pracowników sekretariatu. Chociaż pożądana multidyscyplinarność mechanizmów wizyt powinna wykraczać poza zwykłe włączanie lekarzy i przedstawicieli służby zdrowia, ich udział w zespołach wizytacyjnych stanowi ważny pierwszy krok w tym kierunku.

Załącznik

Przydatne dokumenty

Guide to the Establishment and Designation of National Preventive Mechanisms, APT, Geneva, 2006 - www.apt.ch

European Prison Rules - Recommendation Rec (2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules (adopted by the Committee of Ministers on 11 January 2006) - www.coe.int

Istanbul Protocol - Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment; Professional Training Series No. 8, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Geneva, 2001 - [www.ohchr.org/english/about/publications/docs/8rev1 .pdf](http://www.ohchr.org/english/about/publications/docs/8rev1.pdf)

Monitoring Places of Detention: a practical guide, APT, Geneva, 2002- www.apt.ch

Recommendation No. R (98)7 of the Committee of Ministers of the Council of Europe concerning the ethical and organizational aspects of health care in prisons - <http://www.coe.int/t/cm/System/WCDsearch.asp>

Medical Investigation and Documentation of Torture: A Handbook for Health Professionals, Michael Peel and Noam Lubell with Jonathan Beynon (2005), University of Essex, Human Rights Centre - <http://www.fco.gov.uk/>

The CPT standards - "Substantive" sections of the CPT's General Reports, CPT/Inf/E(2002)1-Rev.2007 - www.cpt.coe.int/en/docsstandards.htm

United Nations Office on Drugs and Crime, Criminal Justice Assessment Toolkit (includes an assessment of all aspects of criminal justice from police, courts, prisons and alternatives to imprisonment also with a health component) - http://www.unodc.org/unodc/en/criminal_justice_assessment_toolkit.html

WHO/ICRC Information Sheet on Mental Health and Prisons: [http://www.euro.who.int/Document/MNH/WHO ICRC InfoSht MNH Prisons.pdf](http://www.euro.who.int/Document/MNH/WHO_ICRC_InfoSht_MNH_Prisons.pdf)

WHO Information Sheet on Supporting Countries to Establish Mechanisms to Monitor Human Rights in Mental Health Facilities: [http:// www.who.int/mental health/policy/legislation/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/)

Przydatne linki

European Committee for the Prevention of Torture
www.cpt.coe.int

WHO Info Sheet on Mental Health and prisons
http://www.euro.who.int/Document/MNH/WHO_ICRC_InfoSht_MNH_Prisons.pdf

WHO on establishing monitoring mechanisms
<http://www.who.int/mentalhealth/policy/legislation/en/>

International Committee of the Red Cross
www.icrc.org

International Rehabilitation Council for Torture Victims
www.irct.org

Penal Reform International
www.pri.org

Physicians for Human Rights
<http://physiciansforhumanrights.org>

World Health Organization
www.who.int

(Health in Prisons Project (WHO Europe), Tuberculosis, Mental health) www.who.int/healthtopics/prisons

Who Mind project - Mental Health, Human Rights & Legislation:
A Global Human Rights Emergency in Mental Health
www.who.int/mental health

World Medical Association
(Guidance on international standards of medical ethics) www.wma.net

Odwiedzając miejsca zatrzymania

Jaka jest rola lekarzy i innych pracowników służby zdrowia?

Stały system niezapowiedzianych wizytacji wszystkich miejsc zatrzymania, przeprowadzanych przez niezależnych ekspertów, jest jednym z najlepszych sposobów zapobiegania stosowaniu tortur i złego traktowania. Protokół fakultatywny do Konwencji ONZ przeciwko torturom (OPCAT) ustanawia nowe ramy współpracy międzynarodowej na rzecz rozwoju programu wizyt w miejscach zatrzymań, wraz z utworzeniem lub wskazaniem Mechanizmów Prewencyjnych (NPM) w każdym Państwie-Stronie.

Aby wizyty były skuteczne, organy wizytujące powinny mieć charakter multidyscyplinarny i składać się z członków z różnych środowisk zawodowych. Niniejsza broszura została opracowana na potrzeby wszystkich mechanizmów prowadzących regularne wizyty w miejscach odosobnienia, w szczególności mechanizmów NPM w ramach OPCAT. Celem publikacji jest wykazanie konieczności włączenia m.in. lekarzy i / lub innych wykwalifikowanych specjalistów ze służby zdrowia wszystkich szczebli do mechanizmów NPM, włączając w to organy decyzyjne, sekretariat i wreszcie zespoły wizytacyjne.

Tylko lekarz i / lub inna uprawniona osoba reprezentująca służbę zdrowia jest w stanie w pełni: ocenić wszystkie kwestie związane z miejscem przetrzymywania, i ich wpływem na zdrowie; omówić poszczególne zagadnienia związane ze zdrowiem osób osadzonych oraz kierownictwem jednostki, ocenić adekwatność i stosowność usług zdrowotnych świadczonych w miejscu zatrzymania i zapewnianej opieki, a co najważniejsze, tylko takie osoby posiadają niezbędne doświadczenie z zakresu specjalistycznej wiedzy medycznej podczas sporządzania dokumentacji i zapobiegania torturom i złemu traktowaniu.