

Beata Tomecka-Nabiałczyk

Niepełnosprawność fizyczna osób pozbawionych wolności i implikacje dla systemu penitencjarnego

Physical disabilities of the imprisoned persons and it's implications to the Polish penitentiary system.

Przedmiotem analizy dokonanej w niniejszym opracowaniu jest określenie sytuacji skazanych z niepełnosprawnościami fizycznymi, odbywających karę pozbawienia wolności. W zakładach karnych wzrasta liczba osadzonych mających poważne kłopoty zdrowotne z całym spektrum schorzeń fizycznych i psychicznych, a więziennictwo nie jest przygotowane na zapewnienie im odpowiednich warunków i niezbędnego wsparcia. Nasuwają się także pytania o celowość umieszczania w jednostkach penitencjarnych osób niejednokrotnie wymagających stałej pomocy innych.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, orzecznictwo o niepełnosprawności, indywidualizacja wykonywania kary pozbawienia wolności, więzienna służba zdrowia.

The aim of this analysis is to diagnose the situation of the condemned people with physical disabilities who are serving their sentences. The growing amount of the imprisoned people who are experiencing the whole spectrum of limitations concerning their psychical as well as physical abilities can be observed. The Polish penitentiary system is not prepared for providing them neither suitable conditions nor a proper support. What is more, the advisability of imprisoning people who needs constant support in daily activities.

Key words: disability, judicature, individualisation of punishment, prison healthcare system.

Wprowadzenie

Niepełnosprawność jest zjawiskiem powszechnym¹. Postęp medycyny doprowadził do wydłużenia długości ludzkiego życia, jednak coraz częstsze występowanie schorzeń przewlekłych² oraz innych czynników środowiskowych³ powoduje zwiększenie liczby osób z niepełnosprawnościami także wśród osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych. Osoby z niepełnosprawnością fizyczną podlegają odpowiedzialności karnej na takich samych zasadach jak osoby zdrowe. Ustawodawca w kodeksie karnym (kk) nie wyróżnia tej grupy sprawców czynów zabronionych, jak to czyni w art. 31 kk w przypadku osób niepczytalnych czy o ograniczonej poczytalności.

W jednostkach penitencjarnych spotykamy osadzonych z całym spektrum schorzeń fizycznych i psychicznych. Chorują na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, mają różne dysfunkcje narządu ruchu, w tym poruszają się na wózkach inwalidzkich, są niewidomi, głusi, a także dializowani. Skazani obciążeni schorzeniami przewlekłymi wymagają zapewnienia specjalistycznej opieki medycznej i pielęgniarstwa, a nawet pomocy osób trzecich w wykonywaniu codziennych czynności higieniczno-sanitarnych. Niestety nierzadko muszą korzystać ze wsparcia współwięźniów. Międzynarodowe standardy praw człowieka i *Europejskie Reguły Więzienne* z 2006 r. rekomendują zasady postępowania z takimi osobami. Europejski Trybunał Praw Człowieka wydał wiele orzeczeń stwierdzających naruszenia tych reguł, także w polskich zakładach karnych⁴. Nasuwa się szereg pytań dotyczących tego, jak zapewnić im odpowiednie warunki. Trzeba się także zastanowić nad celowością i ekonomią stosowania kary pozbawienia wolności wobec omawianej grupy skazanych. Kodeks karny przewiduje całą gamę kar i środków karnych, jakie może stosować wymiar sprawiedliwości, a sięganie po ich najsurowszą postać – karę pozbawienia wolności – wobec osób, często ciężko chorych, które popełniły czyny o małej społecznej szkodliwości, wydaje się bezcelowe,

¹ Na podstawie najnowszego *Światowego raportu o niepełnosprawności* przygotowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i Bank Światowy wiemy, że na świecie żyje ponad miliard osób niepełnosprawnych, co stanowi ok. 15%, za: A. Oficer, *Światowy raport o niepełnosprawności*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2012, nr 4, s. 32.

² Cukrzyca, choroby serca.

³ Np. wypadki drogowe i kłęski żywiołowe: A. Oficer, op. cit.

⁴ Np. wyrok w sprawie D.G. przeciwko Polsce (skarga nr 45705/07) <https://bip.ms.gov.pl/pl/prawa-czlowieka/europejski-trybunal-praw-czlowieka/orzecznictwo-europejskiego-trybunalu-praw-czlowieka/listByYear,5.html?ComplainantYear=2013>

zwłaszcza wobec olbrzymich kosztów, jakie pociąga za sobą konieczność zapewnienia im odpowiedniego wsparcia. W swych rozważaniach skupię się tylko na osobach z niepełnosprawnością fizyczną, gdyż kwestia niepełnosprawności psychicznej i intelektualnej wymaga osobnego opracowania.

Status prawny osoby pozbawionej wolności z niepełnosprawnością fizyczną

Pierwszym zagadnieniem przy omawianiu sytuacji osób niepełnosprawnych odbywających karę pozbawienia wolności jest kwestia, kogo uznamy za osobę niepełnosprawną. Odpowiedź na to pytanie nie jest sprawą łatwą. Na potrzeby poszczególnych dziedzin nauki tworzono rozmaite definicje, lecz w teorii i praktyce, zarówno polskiej jak i międzynarodowej, nie ma dotychczas jednej definicji niepełnosprawności. W polskim systemie prawnym po raz pierwszy pojęcie „osoba niepełnosprawna” pojawiło się w uchwale Sejmu PRL z 16 września 1982 r. w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych⁵. Obecnie coraz częściej używa się określenia „osoba z niepełnosprawnością”, podkreślając fakt, że „niepełnosprawność” jest jedną z wielu cech danej osoby⁶. Trzeba zaznaczyć, że nadal jest to termin pozaprawny.

Obok definicji i szczegółowych uregulowań prawnych dotyczących funkcjonowania osób z niepełnosprawnością tworzone są także różne modele niepełnosprawności, próbujące oddać jej wielowymiarowość. Dwoma najpopularniejszymi spojrzeniami na to zagadnienie, przyjętymi przez współczesne społeczeństwa, są: model medyczny niepełnosprawności oraz model społeczny⁷. W modelu medycznym niepełnosprawność jest uszkodzeniem fizycznym, umysłowym albo zmysłowym. Przyczyn tego stanu szuka się w chorobach, ograniczeniach funkcjonalnych, a także w brakach natury psychicznej. W modelu medycznym osoba niepełnosprawna jest przede wszystkim pacjentem⁸. Z kolei społeczny model

⁵ M. P. z 1982 r. nr 22, poz. 188. W uchwale nie zdefiniowano pojęcia „osoba niepełnosprawna”.

⁶ Uważa się, że jest to wyraz szacunku dla ludzi z dysfunkcjami.

⁷ C. Sheridan, S. Radmacher, *Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa 1998, s. 47. Model ten przyjęła i ogłosiła WHO w *Międzynarodowej klasyfikacji uszkodzeń, niepełnosprawności i upośledzeń* z 1980 r.

⁸ Majewski T., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych, Poradnik dla Urzędów Pracy*, Warszawa 1995, s. 48. Medyczny model niepełnosprawności ujęty został w definicji WHO.

niepełnosprawności⁹ widzi ją jako problem całego społeczeństwa, jako skomplikowany zespół różnorodnych stanów, z których większość została stworzona przez środowisko społeczne. W tym modelu akcentuje się usuwanie barier, integrację i niezależne życie¹⁰. Odchodzi się od spojrzenia na problematykę niepełnosprawności widzianą z perspektywy działań charytatywnych i opieki socjalnej na rzecz pełnej partycypacji osób niepełnosprawnych w życiu społecznym. Tworzy się rozwiązania wyrównujące szanse na ich pełną aktywność oraz sukces zawodowy i społeczny. Rozwiązania te opierają się na mechanizmach antydyskryminacyjnych¹¹.

Najważniejszym aktem prawnym dotyczącym niepełnosprawności jest *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych* przyjęta przez ONZ w grudniu 2006 r.¹², która wskazuje, że „niepełnosprawność jest pojęciem zmieniającym się i jest wynikiem interakcji między osobami z niepełnosprawnością, a barierami które są wytworem ludzkich postaw i środowiska w którym żyje dana osoba¹³”. Art. 1 Konwencji zawiera definicję osób niepełnosprawnych: „Do osób niepełnosprawnych zalicza się te osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami”. Orzecznictwo Unii Europejskiej coraz częściej powołuje się na Konwencję ONZ¹⁴. W Polsce mamy już pierwsze orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Katowicach¹⁵, w którym powołano się na *Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych* oraz *Konwencję o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności* (zwaną też: Europejską Konwencją Praw Człowieka). W uzasadnieniu sąd podkreślił, że orzeczenie ubezwłasnowolnienia wobec klienta HFPC (Helsińska Fundacja Praw Człowieka) prowadziłyby do niedozwolonej

⁹ Społeczny model niepełnosprawności znajdujemy w Karcie osób niepełnosprawnych (M. P. z 1997 r. nr 50, poz. 475) i w Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych z 2006 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169).

¹⁰ S. Sadowska, *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych*, Toruń 2005, s. 23.

¹¹ M. Jankowska, *Prawa osób niepełnosprawnych w międzynarodowych aktach prawnych*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2012, nr 4, s. 36.

¹² Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.

¹³ Preambuła Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, punkt e.

¹⁴ Patrz np. Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości: C-354/13; C-13/05. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A62013CC0354>

¹⁵ Orzeczenie SA w Katowicach z 11.09.2015 r. (sygn. akt V ACa 109/15).

ingerencji władzy publicznej w sferę jego praw gwarantowanych przez krajowy i międzynarodowy porządek prawny¹⁶.

Aby uzyskać status prawny osoby niepełnosprawnej należy posiadać orzeczenie właściwego organu orzeczniczego. Celowo używam stwierdzenia „właściwego organu”. Polski system orzeczniczy jest niejednorodny. Ocena niepełnosprawności, niezdolności do pracy lub służby dokonywana jest według przesłanek określonych przez poszczególne instytucje przyznające prawa do określonych świadczeń, ulg i przywilejów. Osoba starająca się o stwierdzenie niepełnosprawności, zabiegająca o rentę z tytułu niezdolności do pracy/całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, czy o uznanie za osobę niezdolną do służby wojskowej, musi stawać przed trzema różnymi zespołami orzekającymi, które badając jej stan zdrowia, będą powtarzały procedury orzecznicze i stosowały odmienne kryteria oceny. Stąd jedna i ta sama osoba może mieć stwierdzony najwyższy stopień niepełnosprawności (znaczny, określany także jako brak zdolności do samodzielnej egzystencji) i najniższy stopień według standardów ZUS (częściowa niezdolność do pracy) oraz być uznana całkowicie niezdolną do służby wojskowej¹⁷.

28 czerwca 1996 r. uchwalono ustawę o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym¹⁸ i zapoczątkowano reformę całego systemu wsparcia osób z dysfunkcjami. Wprowadzono podział na orzecznictwo o niezdolności do pracy (ZUS, KRUS) przeprowadzane w celu przyznania renty¹⁹ oraz orzekanie do celów pozarentowych, tzw. orzecznictwo o stopniu niepełnosprawności prowadzone przez powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności²⁰. W procesie orzekania o niepełnosprawności brane jest pod uwagę wiele czynni-

¹⁶ W uzasadnieniu czytamy: „Art. 30 Konstytucji [ochrona godności człowieka] oraz przepisy prawa międzynarodowego mające za przedmiot ochronę praw człowieka, doznają naruszenia w każdym wypadku orzeczenia ubezwłasnowolnienia, czy to całkowitego czy częściowego, które nie prowadzi do istotnej poprawy sytuacji prawnej lub faktycznej osoby, której ubezwłasnowolnienie dotyczy” <http://www.hfhr.pl/uzasadnienie-precedensowego-orzeczenia-ws-ubezwlasnowolnienia/> (dostęp: 13.11.2015).

¹⁷ A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Orzecznictwo lekarskie w systemie zabezpieczenia społecznego następstw choroby*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2012, nr 4, s. 17-18. Podstawa prawna: ustawa z 10.12.1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2004 r. nr 8, poz. 66 z późn. zm.); ustawa z 18.02.1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2004 r. nr 8, poz. 67 z późn. zm.).

¹⁸ Dz. U. nr 100, poz. 461.

¹⁹ Wprowadzono jednoosobowe i jednoinstancyjne orzekanie o niezdolności do pracy i jej stopniu.

²⁰ K. Berenda-Łabędź, *Uprawnienia osób niepełnosprawnych, [w:] Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, akty wykonawcze*, Wrocław 2002, s. 21.

ków, nie tylko możliwość wykonywania pracy. Powiatowe zespoły orzekają o niepełnosprawności w przypadku dzieci do 16 roku życia, a wobec osób powyżej 16 roku życia przyznaje się trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny²¹, umiarkowany²² i lekki²³.

ZUS orzeka o niezdolności do pracy osób pełnoletnich. Orzeczenie to jest ściśle związane z możliwością nabycia prawa do renty. Niezdolność do pracy jest pojęciem węższym niż niepełnosprawność. Na podstawie orzeczeń ZUS można uzyskać prawo do renty socjalnej, rodzinnej lub do renty z tytułu niezdolności do pracy, a także prawo do dodatku pielęgnacyjnego²⁴.

Odrębnie ukształtowany został system orzekania o niezdolności do pracy rolników²⁵. O całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym²⁶ orzekają lekarze kasy rolniczego ubezpieczenia społecznego.

Od decyzji wszystkich rodzajów organów orzekających przysługuje możliwość odwołania się do sądów pracy i ubezpieczeń społecznych. Od rozstrzygnięć sądu I instancji przysługuje możliwość wniesienia apelacji do sądu II instancji. Od wyroku wydanego przez sąd II instancji można wnieść kasację do Sądu Najwyższego. Niepełnosprawność może więc być stwierdzona także orzeczeniem sądu. W Polsce w ujęciu prawnym, osobą z niepełnosprawnością jest osoba, która ma naruszoną sprawność organizmu i jednocześnie ten fakt jest potwierdzony odpowiednim orzeczeniem. Występowanie dysfunkcji organizmu, nawet największej, nie jest wystarczającą przesłanką do uznania kogoś za osobę

²¹ Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się „osobę, która ma naruszoną sprawność organizmu i jest niezdolna do podjęcia zatrudnienia albo zdolna do wykonywania zatrudnienia jedynie w systemie pracy chronionej (zakłady pracy chronionej lub zakłady aktywności zawodowej). Osoba taka potrzebuje stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy drugiej osoby w wypełnianiu ról społecznych. Spowodowane to jest znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji tzn. „naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie, bez pomocy innych osób, podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się, komunikację i komunikowanie się. Za: J. Kirenko, *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*, s. 75.

²² Osobą z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności jest ten, kto ma naruszoną sprawność organizmu, ale ma jednak możliwość wykonywania zatrudnienia na stanowisku pracy, które jest odpowiednio przystosowane do jego potrzeb i możliwości. Osoba taka w pełnieniu ról społecznych potrzebuje częściowej lub chwilowej pomocy innej osoby.

²³ Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę, która ma naruszoną sprawności organizmu, przy czym może pracować. Osoba taka nie potrzebuje pomocy innej osoby w pełnieniu ról społecznych. Potrzeby te wynikają z niepełnosprawności. M.A. Paszkowicz, *Wybrane aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością*, Zielona Góra 2009, s. 47.

²⁴ D. Chlebosz, *Nowy system orzekania o stopniu niepełnosprawności*, „Służba Pracownicza” 1997, nr 11, s. 13.

²⁵ Unormowania w tym zakresie zawarto w ustawie z 20.12.1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. nr 7, poz. 25 z późn. zm.).

²⁶ Chodzi o niezdolność do pracy, która powstała z powodu naruszenia sprawności organizmu i powoduje utratę zdolności do osobistego wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym.

z niepełnosprawnością. Jeżeli skazanemu kończy się ważność orzeczenia o niepełnosprawności, może on starać się o wydanie nowego. Można także ubiegać się o wydanie orzeczenia po raz pierwszy. Często dopiero w zakładzie karnym osadzony dowiadyuje się o możliwości otrzymania orzeczenia o niepełnosprawności. Wśród osób z dysfunkcjami jest bardzo mała wiedza na temat przysługujących im uprawnień. Warunkiem przyznania świadczenia rentowego z ZUS jest oprócz złego stanu zdrowia także posiadanie odpowiedniego stażu pracy, którego nie ma duża część skazanych. Z faktem wydania orzeczenia o niepełnosprawności nie wiąże się automatycznie przyznanie świadczenia pieniężnego, jak w przypadku przyznania orzeczenia ZUS o niezdolności do pracy i uzyskaniu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy²⁷. Komisje lekarskie, na których stają osadzeni, mogą mieć posiedzenie w jednostce penitencjarnej, czasami skazani są dowożeni do powiatowych centrów pomocy rodzinie lub do oddziałów ZUS, bywa że orzeczenia są wydawane zaocznie tylko na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej. Zdarza się, że w zakładach karnych więźniowie dokonują aktów samookaleczeń. Jeżeli skutkiem autoagresji jest niepełnosprawność, to takim osobom odmawia się przyznania orzeczenia o niepełnosprawności.

Osoby pozbawione wolności z niepełnosprawnościami fizycznymi w jednostkach penitencjarnych

Jedną z podstawowych zasad *Kodeksu karnego wykonawczego* z 6 czerwca 1997 r.²⁸ jest zasada humanitaryzmu (art. 4 § 1 kkw). Zgodnie z jego treścią, kary, środki karne zabezpieczające i zapobiegawcze wykonuje się w sposób humanitarny z poszanowaniem godności ludzkiej skazanego. Zakazane jest stosowanie tortur lub nieludzkiego albo poniżającego traktowania i karania skazanego. Inną ważną regułą jest zasada zindywidualizowanego oddziaływania na skazanego. Temu celowi służyć mają trzy systemy wykonywania kary w obrębie różnych typów zakładów karnych. Kryteria klasyfikacyjne więźniów określa art. 82 kkw. Klasyfikacja skazanych ma na celu przeciwdziałanie dalszej ich

²⁷ Jedynie posiadając znaczny stopień niepełnosprawności można otrzymać zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 153 zł i starać się o przyznanie zasiłku stałego z pomocy społecznej.

²⁸ (Dz. U. z 1997 r. nr 90, poz. 557).

demoralizacji oraz zapewnienie im bezpieczeństwa na terenie zakładu karnego²⁹. Jednym z czynników branych pod uwagę w tym procesie jest stan zdrowia fizycznego i psychicznego skazanego, w tym stopień uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych. Indywidualne podejście do problematyki skazanych niepełnosprawnych obserwujemy już w trakcie kierowania ich do odpowiedniego zakładu karnego. Dyrektor generalny Służby Więziennej wydaje zarządzenia o przeznaczeniu zakładów karnych i aresztów śledczych. Określa w nich, do których zakładów karnych powinni być kierowani skazani lub tymczasowo aresztowani wymagający całodobowej opieki lekarskiej, lub chorzy na cukrzycę insulinozależną albo poruszający się na wózku inwalidzkim.

Podstawę prawną wydawania tych zarządzeń stanowią przepisy kkw (art.74 § 4a i art. 208 § 6). W zarządzeniu dyrektora generalnego Służby Więziennej nr 30/15 z 1 lipca 2015 r. o przeznaczeniu zakładów karnych i aresztów śledczych uwzględniono specjalne grupy więźniów, np. skazanych i tymczasowo aresztowanych: chorych na cukrzycę insulinozależną, poruszających się na wózku, niewidomych, poddanych leczeniu szpitalnemu lub wymagających całodobowej opieki, a także chorych na gruźlicę.

W większości zakładów karnych (w sumie jest ich 154) mogą przebywać osadzeni chorzy na cukrzycę, wymagający leczenia insuliną³⁰. Specyfika leczenia polega na stosowaniu odpowiedniej diety oraz konieczny jest całodobowy monitoring poziomu cukru we krwi. Insulinę należy podawać pod nadzorem personelu medycznego, gdyż jej przedawkowanie, pominięcie dawki leku lub zaniedbanie w spożyciu posiłków mogą prowadzić do ciężkiego uszkodzenia zdrowia (np. retinopatia, neuropatia, zespół tzw. stopy cukrzycowej). Znaczny spadek poziomu cukru spowodowany przedawkowaniem insuliny, może być bezpośrednią przyczyną śpiączki cukrzycowej, a nawet zgonu³¹. W tych zakładach karnych zapewniona jest całodobowa opieka funkcjonariuszy więziennej służby medycznej.

W większości zakładów karnych znajdują się pomieszczenia przystosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością³². Corocznie zwiększa się liczba jednostek przygotowanych do pobytu skazanych

²⁹ M. Ciosek, *Zróżnicowanie społeczności więźniów*, [w:] Ciosek M., *Psychologia sądowa i penitencjarna*, Warszawa 2001, s. 199-210.

³⁰ Załącznik do zarządzenia nr 30/15 dyrektora generalnego Służby Więziennej z 1.07.2015 r.

³¹ A. Thrash, C. Thrash, *Cukrzyca i zespół hipoglikemiczny, Jak odzyskać utracone zdrowie*. Fundacja Źródła Życia, Mszczonów 2011, s. 21-51. J. Taroń, A. Czech, M. Bernas, *Poradnik edukacyjny dla osób z cukrzycą. Program edukacyjny*, Towarzystwo Edukacji Terapeutycznej, Warszawa 2007, s. 12-32.

³² Załącznik do zarządzenia nr 30/15 dyrektora generalnego Służby Więziennej z 1.07.2015 r.

z niepełnosprawnością narządu ruchu. Umieszczenie w ZK skazanych poruszających się na wózku inwalidzkim wymaga zniesienia barier architektonicznych przez montowanie podjazdów, wind, podnośników, poszerzenie otworów drzwiowych, zmniejszenie zagęszczenia w celach zapewniającego swobodę manewrowania wózkiem, dostosowania sanitariatów poprzez montowanie barierek, zniesienie progów. Istotnym problemem jest zapewnienie osadzonemu pomocy przy wykonywaniu różnych codziennych czynności higieniczno-sanitarnych. Osadzonego wymagającego wsparcia Służba Więzienna stara się umieszczać razem z takimi współwięźniami, którzy będą mogli pomóc mu na co dzień. Jest to sprzeczne ze standardami międzynarodowymi³³. W Zakładzie Karnym w Czarnem utworzono jedyny w Polsce specjalny oddział szpitalny dla osadzonych przewlekle chorych³⁴. Na miejsce w nim czeka się 2 lata.

Przepisy kodeksu karnego wykonawczego w art. 115 kkw regulują dokładnie zagadnienia związane z zapewnieniem opieki medycznej pensjonariuszom jednostek penitencjarnych. Świadczenia zdrowotne udzielane są skazanemu przede wszystkim przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności. Istnieją liczne zakłady karne z oddziałami szpitalnymi różnych specjalności. Z danych Centralnego Zarządu Służby Więziennej wynika, że więzienna służba zdrowia posiada 13 szpitali z 37 oddziałami specjalistycznymi (1091 na blisko 80 tys. osadzonych, co przekracza standardy publicznej ochrony zdrowia). Umiejscowienie szpitali więziennych w budynkach zabytkowych wymaga dużych nakładów finansowych na ich remont i utrzymanie. W planach jest likwidacja niektórych tego typu placówek i przeniesienie osadzonych do nowoczesnych obiektów. W szpitalach więziennych nie wykonuje się jedynie procedur wysokospecjalistycznych z zakresu: dializoterapii, neurochirurgii, torakochirurgii, okulistyki, z zakresu chirurgii szczękowej, kardiologii inwazyjnej, urologii, przeszczepów narządów, ginekologii, z zakresu chirurgii urazowej, onkologii. Operacje z tego zakresu przeprowadzane są w placówkach cywilnej służby zdrowia. W więziennictwie nie obowiązują limity NFZ na świadczenia medyczne, a wszystkie niezbędne leki oraz środki medyczne i ortopedyczne chorzy otrzymują bezpłatnie³⁵.

³³ Skarga nr 45705/07. Wyrok z 12.01.2013 r. w sprawie D.G. przeciwko Polsce.

³⁴ <http://www.sw.gov.pl/pl/okregowy-inspektorat-sluzby-wieziennej-koszalin/zaklad-karny-czarne>

³⁵ <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Sluzba-Wiezienna-czesc-szpitali-do-likwidacji,148268,1.html> (dostęp: listopad 2015).

Karę pozbawienia wolności wykonuje się w systemie programowanego oddziaływania, terapeutycznym³⁶ oraz zwykłym. Co do zasady do systemu terapeutycznego są kierowani osadzeni z niepełnosprawnościami. Karę pozbawienia wolności w tym systemie wykonuje się przede wszystkim w oddziale o określonej specjalizacji. W oddziałach terapeutycznych prowadzone są m.in. następujące formy zajęć: program doskonalący funkcjonowanie poznawcze i społeczne dla skazanych upośledzonych umysłowo, trening umiejętności interpersonalnych, aktywizacja ruchowa dla skazanych z dysfunkcjami narządów ruchu bądź pozostających w złym stanie psychicznym, trening relaksacyjny³⁷. Wykorzystywane są też inne metody oddziaływania, takie jak: zatrudnienie, terapia zajęciowa, nauczanie, zajęcia sportowe czy artystyczne. Obok dostosowanych do potrzeb oddziałów terapeutycznych w formie indywidualnej, pensjonariusze przebywający w oddziale mają zapewniony szereg oddziałów grupowych. Są to treningi i warsztaty psychologiczne, zajęcia edukacyjne, terapia zajęciowa, zajęcia z zakresu kultury fizycznej i sportu, edukacja i profilaktyka uzależnień, zajęcia kulturalno-oświatowe, w tym koła zainteresowań (komputerowe, filmowe, nauki języków obcych) w zależności od aktualnych potrzeb i możliwości, a także zajęcia wyrównujące braki edukacyjne (często nauka pisania i czytania)³⁸. System terapeutyczny jest drogi i tylko niektórzy osadzeni mogą z niego skorzystać, nawet jeżeli tego chcą. Konstrukcja prawna nakazująca kierować do niego obligatoryjnie osoby z niepełnosprawnościami wydaje się niewłaściwa, gdyż są takie rodzaje niepełnosprawności i osoby o takich cechach osobowości, które nie wymagają żadnych działań korekcyjnych³⁹. Obecne rozwiązania prawne w tym zakresie stwarzają swoisty paradoks,

³⁶ Ustawodawca w art. 96 kkw, wskazując kto odbywa karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, w § 1 wymienia skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazanych za przestępstwa popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzonych umysłowo, a także uzależnionych od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz skazanych niepełnosprawnych fizycznie – wymagających oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej.

³⁷ A. Purczyński, *Wybrane aspekty funkcjonowania oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo i oddziału terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych w zakładzie karnym w Rawiczu*, [w:] *Pomoc postpenitencjarna w kontekście strategii działań resocjalizacyjnych*, red. B. Skafiriak, Kraków 2007, s. 119-126.

³⁸ M. Bartczak-Praczkowska, M. Pietrucha-Hassan, *Resocjalizacja poprzez terapię – postępowanie z osobami uzależnionymi od alkoholu oraz przejawiającymi zaburzenia preferencji seksualnych w polskim systemie penitencjarnym*, [w:] *Problemy penologii i praw człowieka na początku XXI stulecia*, red. B. Stańdo-Kawecka, K. Krajewski, Warszawa 2011, s. 303.

³⁹ A. Nawój-Sleszyński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w świetle zasady indywidualnego oddziaływania*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2009, nr 64/ 65, s. 96-99.

polegający na istnieniu grupy niepełnosprawnych osadzonych, do których adresowane są różnego rodzaju oddziaływania wbrew ich woli, a także innych zbiorowości osób z różnymi defektami, które mimo izolacji nie mogą być tymi oddziaływaniami objęte⁴⁰.

Zakłady karne opuszcza więcej osób niepełnosprawnych niż do nich przychodzi. Nie dzieje się tak z powodu zaniedbań czy złych warunków socjalno-bytowych (choć przeludnienie więzień sprzyja zwiększeniu zagrożenia epidemiologicznego takimi chorobami zakaźnymi, jak wirusowe zapalenie wątroby, gruźlica, świerzb, wirus HIV. W warunkach dużego przeludnienia wyraźnie wzrasta ilość konfliktów, zachowań agresywnych i aktów samoagresji, a co za tym idzie, wzrasta ryzyko zakażeń chorobami zakaźnymi przenoszonymi przez płyny ustrojowe)⁴¹. Zakład karny często jest miejscem, w którym po raz pierwszy osoba schorowana otrzymała wsparcie i pomoc chociażby w uzyskaniu orzeczenia o niepełnosprawności.

Podsumowanie. Rekomendacje pod adresem więziennictwa.

Wśród prawie 78 tys. osadzonych w polskich jednostkach penitencjarnych karę pozbawienia wolności odbywa ponad 4 tys. skazanych niepełnosprawnych, co daje prawie 20% całej populacji więziennej⁴². Szacuje się, że w warunkach wolnościowych wskaźnik ten wynosi 12,2%⁴³. Osadzony z niepełnosprawnością często wymaga zapewnienia specjalnych warunków lokalowych, rehabilitacji lub całodobowej opieki medycznej.

Kontrowersje budzi celowość stosowania kary pozbawienia wolności wobec osób z ciężkimi niepełnosprawnościami fizycznymi. Na przykład przebywanie w zakładzie karnym osób z czterokończynowym porażeniem mózgowym generuje konieczność zapewnienia opieki wyspecjalizowanego personelu. Zakłady karne nie powinny pełnić roli domów pomocy społecznej, czy placówek opieki paliatywnej. Ten problem będzie się nasilał wskutek starzenia się populacji osadzonych.

⁴⁰ T. Bulenda, *Prawne problemy dotyczące działań terapeutycznych w postępowaniu ze skazanymi odbywającymi karę pozbawienia wolności*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*, cz. 1, *Ujęcie teoretyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wydawnictwo Akademickie Zak, Warszawa 2009, s. 283.

⁴¹ A. Nawój-Słeszyński, *Przeludnienie więzień w Polsce: przyczyny, następstwa i możliwości przeciwdziałania*, Łódź 2013, s. 155-157.

⁴² E. Szlęzak-Kawa, *Niepełnosprawni też siedzą*, „Przegląd Penitencjarny” 2014, nr 11, s. 13.

⁴³ Według danych *Narodowego spisu powszechnego z 2011 r.* liczba osób niepełnosprawnych ogółem wyniosła w Polsce ok. 4,7 mln (dokładnie 4 697,5 tys., czyli 12,2%).

12 lutego 2013 r. Europejski Trybunał Praw Człowieka wydał wyrok w sprawie D.G. przeciwko Polsce (skarga nr 45705/07)⁴⁴. Trybunał orzekł, że osadzenie skarżącego w Zakładzie Karnym w Siedlcach nie spełniało wymogów stawianych w art. 3 *Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności*. Ośrodek ten nie był przystosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. Skarżący miał bardzo utrudniony dostęp do sanitariatów, musiał również korzystać ze stałej pomocy współwięźniów, co powodowało u niego cierpienie fizyczne i psychiczne. Wprawdzie nie można stwierdzić, że władze krajowe działały z intencją poniżenia skarżącego, to jednak poprzez niezapewnienie skarżącemu nielimitowanego dostępu do sanitariatów, a także konieczność polegania przez niego na codziennej pomocy ze strony współosadzonych osiąga poziom dotkliwości w rozumieniu art. 3 Konwencji i stanowi poniżające i nieludzkie traktowanie sprzeczne z tym przepisem. Doświadczenia płynące z tego orzeczenia (a jest to jeden z kilku wyroków odnoszących się do osadzonych z niepełnosprawnościami) kazały zastanowić się nad koniecznością wprowadzenia rozwiązań systemowych co do rozmieszczania w zakładach karnych niepełnosprawnych z dysfunkcjami narządu ruchu. Dane z 2014 r. wskazują, że na prawie 78 tys. osadzonych w polskich więzieniach były 42 osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich oraz 258 skazanych korzystających z kul (stan z 17 września 2014 r.). W zasobach CZSW znajdują się 84 cele dla osób niepełnosprawnych fizycznie oraz dla poruszających się na wózkach inwalidzkich, mogące pomieścić w sumie 248 osób⁴⁵. Podstawowym przepisem regulującym zasady dostępności budynków dla osoby z niepełnosprawnością jest art. 5 ust. 1 pkt. 4 ustawy z 7 lipca 1994 r. *Prawo budowlane*. Szczegółowe przepisy wykonawcze znajdują się w rozporządzeniu ministra infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2002 r. nr 75, poz. 690 z późn. zm.). Należy podkreślić, że przepisy odnoszące się do zasad zapewnienia dostępności budynków użyteczności publicznej w § 55 ust. 2 rozporządzenia wskazują, że zasady te nie dotyczą budynków koszarowych, zakwaterowania w zakładach karnych, aresztach śledczych oraz zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich. Oczywiście należy dążyć do tego, by jak największa liczba zakładów

⁴⁴ <https://bip.ms.gov.pl/pl/prawa-czlowieka/europejski-trybunal-praw-czlowieka/orzecznictwo-europejskiego-trybunalu-praw-czlowieka/listByYear,5.html?ComplainantYear=2013>

⁴⁵ E. Szlęzak-Kawa, op. cit., s. 14.

karnych spełniała zasady dostępności, ale – moim zdaniem – lepiej stawiać na jakość a nie na ilość. Nowe budynki jednostek penitencjarnych należy budować w myśl zasad uniwersalnego projektowania⁴⁶. Celowo jest stworzenie centralnej bazy miejsc w zakładach karnych spełniających wymogi dostępności dla osób z różnymi niepełnosprawnościami i tak planować umieszczenie skazanych z dysfunkcjami, by zapewnić im miejsce w odpowiedniej celi w zakładzie karnym znajdującym się jak najbliżej miejsca jego zamieszkania. Nie ma sensu na siłę i przy ponoszeniu olbrzymich nakładów finansowych znosić bariery architektoniczne we wszystkich zakładach karnych.

Ustawodawca umożliwia zastosowanie wobec skazanych z poważnymi problemami zdrowotnymi odroczenia wykonania kary z powodu choroby psychicznej, innej ciężkiej choroby uniemożliwiającej wykonywanie tej kary (taki stan skazanego, w którym umieszczenie go w zakładzie karnym może zagrażać życiu lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo). Sąd odracza jej wykonanie do czasu ustania przeszkody. Jeżeli odroczenie wykonania kary nieprzekraczającej 2 lat pozbawienia wolności trwało przez okres co najmniej jednego roku, sąd może warunkowo zawiesić wykonanie tej kary na zasadach określonych w art. 69-75 *Kodeksu karnego*⁴⁷. Sąd penitencjarny może udzielić przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności. Wobec takich osadzonych powinno się stosować uprzywilejowaną postać instytucji warunkowego przedterminowego zwolnienia, np. po odbyciu 1/3 kary.

W więzieniach przebywają także niepełnosprawni, którzy nie wymagają specjalistycznych oddziaływań, nie muszą więc odbywać kary pozbawienia wolności ani w systemie terapeutycznym, ani w odrębnym oddziale i nie zawsze potrzebują szczególnej opieki. Ich ograniczenia nie wymagają kompleksowej pomocy bądź pomoc ta udzielana jest przez współwięźniów, bez konieczności instytucjonalizowania danego

⁴⁶ Uniwersalne projektowanie jest strategicznym podejściem do planowania i projektowania, zarówno produktów jak i odpowiedniego otoczenia, mających na celu promowanie społeczeństwa włączającego wszystkich obywateli oraz zapewniającego im pełną równość oraz możliwość uczestnictwa. Nie chodzi tu tylko o osoby niepełnosprawne, ale również o dzieci, osoby starsze, osoby z wózkami dziecięcymi, osoby nieznające języka. Jednym z głównych celów strategii uniwersalnego projektowania jest promowanie równości i zapewnienie pełnego uczestnictwa w życiu społecznym osobom z niepełnosprawnością przez usuwanie istniejących barier i zapobieganie powstawaniu nowych. Za: <http://www.pad.widzialni.org/index.php?p=new&idg=mg,12&id=635>.

⁴⁷ Art. 150 § 1 i § 2 kkw. Kluczowa jest w przypadku ubiegania się o odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności opinia biegłych lekarzy, którzy wydadzą opinię o występowaniu u skazanego ciężkiej choroby uniemożliwiającej wykonanie kary. Opinia taka powinna zawierać dodatkowo ocenę, czy umieszczenie go w zakładzie karnym może zagrażać jego życiu, albo spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo.

wsparcia. Nie powinno się skazanych mających status prawny osadzonego z niepełnosprawnością „z automatu” wynikającego z art. 95 § 1 kkw kierować do systemu terapeutycznego. Wydaje się, że wobec skazanych z niepełnosprawnością fizyczną, którzy nie muszą być poddawani specjalistycznym oddziaływaniom, wskazane jest stosowanie systemu dozoru elektronicznego⁴⁸. Niestety zastrzeżenie, że można go zastosować tylko w stosunku do skazanego, wobec którego orzeczono karę pozbawienia wolności nieprzekraczającą jednego roku, znacznie ogranicza krąg osób wobec których może być stosowany. Należałoby wprowadzić odstępstwo od tej zasady, wobec osób niepełnosprawnych, których stan zdrowia stanowi ich pobyt w zakładzie karnym znacznie utrudniony albo pociąga za sobą konieczność zapewnienia im ciągłej opieki.

Kończąc pragnę przytoczyć słowa prof. Moniki Płatek: „Nowe Reguły Więzienne oznaczają przełom w podejściu do kary pozbawienia wolności. Przyznają wprost – kara pozbawienia wolności szkodzi. Skoro jednak na obecnym etapie rozwoju cywilizacyjnego z tej kary nie rezygnujemy, jej wykonanie powinno odbywać się w sposób minimalizujący szkody”⁴⁹. Moim zdaniem, szczególnie te szkody należy minimalizować, zarówno ze względów humanitarnych jak i ekonomicznych, wobec omawianej grupy osadzonych⁵⁰.

⁴⁸ Zasady stosowania dozoru elektronicznego uregulowane zostały w ustawie o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego (Dz.U. z 2010 r. nr 142, poz. 960).

⁴⁹ M. Płatek, *Europejskie Reguły Więzienne z 2006 r.*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 2/3.

⁵⁰ Orzecznictwo ETPC jest bezlitosne, a Państwa Polskiego nie stać na wypłatę olbrzymich odszkodowań za łamanie praw człowieka poprzez stosowanie tortur i nieludzkiego traktowania.

Bibliografia

- Bartczak-Praczkowska M., Pietrucha-Hassan M., *Resocjalizacja poprzez terapię – postępowanie z osobami uzależnionymi od alkoholu oraz przejawiającymi zaburzenia preferencji seksualnych w polskim systemie penitencjarnym*, [w:] red. Stańdo-Kawecka B., Krajewski K., *Problemy penologii i praw człowieka na początku XXI stulecia*, Warszawa 2011.
- Berenda-Łabędź K., *Uprawnienia osób niepełnosprawnych*, [w:] *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, akty wykonawcze*, Wrocław 2002.
- Bolechała F., *Stan psychiczny a odpowiedzialność karna – regulacje prawne i kryteria medyczne w Polsce oraz innych państwach*, "Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii" 2009, LIX 263-338.
- Chlebosz D., *Nowy system orzekania o stopniu niepełnosprawności*, „Służba Pracownicza” 1997, nr 11.
- Ciosek M., *Zróznicowanie społeczności więźniów*, [w:] Ciosek M., *Psychologia sądowa i penitencjarna*, Warszawa 2001.
- Jankowska M., *Prawa osób niepełnosprawnych w międzynarodowych aktach prawnych*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2012, nr 4.
- Kirenko J., *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*, 2002.
- Kurowski K., *Niepełnosprawność i osoba niepełnosprawna – od medycznego do społecznego modelu niepełnosprawności*, [w:] *Najważniejsze wyzwania po ratyfikacji przez Polskę konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*, Warszawa 2012.
- Majewski T., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, *Poradnik dla Urzędów Pracy*, Warszawa 1995.
- A. Nawój-Śleszyński, *Przeludnienie więzień w Polsce: przyczyny, następstwa i możliwości przeciwdziałania*, Łódź 2013
- Nawój-Śleszyński A., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w świetle zasady indywidualnego oddziaływania*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2009, nr 64-65.
- Oficer A., *Światowy Raport o Niepełnosprawności*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2012, nr 4.
- Paszkowicz M.A., *Wybrane aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością*, Zielona Góra 2009.
- Płatek M., *Europejskie Reguły Więziennicze z 2006 r.*, „Państwo i Prawo” 2008 nr 2-3.
- Purczyński A., *Wybrane aspekty funkcjonowania oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo i oddziału terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych w zakładzie karnym w Rawiczu*, [w:] *Pomoc postpenitencjarna w kontekście strategii działań resocjalizacyjnych*, red. B. Skafiriak, Kraków 2007.
- Sadowska S., *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych*, Toruń 2005.

Sheridan C., Radmacher S., *Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa 1998.

Szlęzak-Kawa E., *Niepełnosprawni też siedzą*, „Przegląd Penitencjarny” 2014, nr 11.

Taroń J., Czech A., Bernas M., *Poradnik edukacyjny dla osób z cukrzycą. Program edukacyjny*, Towarzystwo Edukacji Terapeutycznej, Warszawa 2007.

Thrash A., Thrash C., *Cukrzyca i zespół hipoglikemiczny, Jak odzyskać utracone zdrowie*, Fundacja Źródła Życia, Mszczonów 2011.

Wilmowska-Pietruszyńska A., *Orzecznictwo lekarskie w systemie zabezpieczenia społecznego następstw choroby*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2012, nr 4.

Akty normatywne:

Ustawa z 20.12.1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. nr 7, poz. 25 z późn. zm.).

Ustawa z 10.12.1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2004 r. nr 8, poz. 66 z późn. zm.).

Ustawa z 18.02.1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2004 r. nr 8, poz. 67 z późn. zm.).

Ustawa z 28.06.1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. nr 100, poz. 461).

Ustawa z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2011 r. nr 127, poz. 721).

Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej – Karta praw osób niepełnosprawnych (M. P. z 1997 r. nr 50, poz. 475).

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych z 2006 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169).

Strony internetowe:

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A62013CC0354> (dostęp: listopad 2015).

<http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Sluzba-Wiezienna-czesc-szpitali-do-likwidacji,148268,1.html> (dostęp: listopad 2015).

<http://www.hfhr.pl/uzasadnienie-precedensowego-orzeczenia-ws-ubezwlasnowolnienia/> (dostęp: listopad 2015).

<http://www.sw.gov.pl/pl/okregowy-inspektorat-sluzby-wieziennej-koszalin/zaklad-karny-czarne/> (dostęp: listopad 2015).

<http://www.pad.widzialni.org/index.php?p=new&idg=mg,12&id=635> (dostęp: grudzień 2015).