



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Adam Bodnar

Warszawa,

22/03/2019

IX.517.532.2019.JN

Pan
gen. Jacek Kitliński
Dyrektor Generalny
Służby Więziennej

ul. Rakowiecka 37a
02-521 Warszawa

Wielce Szanowny Panie Dyrektore Generalny,

Opieka medyczna sprawowana wobec osób pozbawionych wolności, przebywających w jednostkach penitencjarnych, jest przedmiotem wystąpień generalnych Rzecznika Praw Obywatelskich od wielu lat. W ciągu ostatnich trzech lat kilkakrotnie zwracałem się do Ministra Sprawiedliwości o powołanie międzyresortowego zespołu, składającego się z przedstawicieli resortu zdrowia i sprawiedliwości, który zająłby się kompleksowo przeanalizowaniem i rozwiązaniem problemów więziennej służby zdrowia, dotyczących m.in. niedoboru lekarzy oraz niewystarczającej infrastruktury medycznej, a także rozważeniem modelu funkcjonowania i finansowania tej opieki. Mimo aprobaty tego postulatu ze strony Ministerstwa Zdrowia, Minister Sprawiedliwości zdecydował, nad czym ubolewam, że taki zespół nie powstanie. Tymczasem zwiększająca się liczba zgonów osób pozbawionych wolności oraz coraz liczniejsze skargi wpływające do Biura RPO, przedstawiające dramatyczną sytuację umierających więźniów, każą mi wrócić do sprawy. Dlatego też zdecydowałem o zbadaniu na miejscu, w zakładach karnych i aresztach śledczych, sytuacji osób ciężko chorych lub wymagających świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych. W dniach 18-28 lutego 2019 r. pracownicy Biura RPO udali się do następujących jednostek penitencjarnych: Areszt Śledczy w Gdańsku, Areszt Śledczy w Radomiu, Zakład Karny w Czarnem, Zakład Karny Nr 2 w Łodzi, Zakład Karny

w Rawiczu, Zakład Karny w Siedlcach. Podczas wykonywanych czynności w każdej ww. jednostce zastano osadzonych w ciężkim stanie zdrowia. Wstępna analiza zebranego materiału pozwoliła na wyodrębnienie trzech grup osadzonych, którzy wymagają szczególnego traktowania:

Grupa I - chorzy w stanie terminalnym, u których choroba spowodowała postępujące, poważne i trwałe pogorszenie stanu zdrowia i istnieje uzasadnione medycznie przekonanie, że leczenie będzie nieskuteczne.

Grupa II - chorzy, którzy wymagają dalszego specjalistycznego leczenia, a więzienna służba zdrowia nie jest w stanie zapewnić im odpowiednich świadczeń medycznych z uwagi na brak miejsc w szpitalu więziennym lub wąski zakres świadczonych usług.

Grupa III - osoby niesamodzielne, wymagające świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych, najczęściej w związku z głębokim zespołem otępiennym, dla których pobyt w warunkach więziennych nie stanowi zagrożenia dla zdrowia i życia, ale stan ich zdrowia uniemożliwia osiągnięcie celów kary, o których mowa w art. 67 k.k.w. Kara spełnia jedynie cel sprawiedliwościowy i izolacyjny.

I. Chorzy, którzy są w okresie bezpośredniego, bliskiego zagrożenia śmiercią, należą do tzw. grupy szczególnie wrażliwej. W stanach terminalnych norma Kodeksu Etyki Lekarskiej nakazuje lekarzowi objęcie pacjenta opieką humanitarną, czyli ludzką, a więc dostrzeżenie w pacjencie człowieka i traktowanie go jak człowieka – jako całość, z jego sferą fizyczną i psychiczną, ale także duchową i społeczną. Nic więc wspólnego z godnym umieraniem nie ma śmierć w więzieniu, nawet jeśli w szpitalnym oddziale, zawsze ona będzie w samotności, nierzadko wśród mało empatycznych współosadzonych. Dlatego też w każdym przypadku osób w stanie terminalnym, mających wsparcie w rodzinie, Służba Więzienna powinna korzystać z przewidzianych prawem procedur, pozwalających na powrót umierającego więźnia do bliskich. Ciężka choroba uniemożliwiająca wykonanie kary jest przecież przesłanką do obligatoryjnego udzielenia przerwy w wykonaniu kary, o czym stanowi art. 153 § 1 k.k.w. w zw. z art. 150 § 1 k.k.w. Tymczasem zauważalna i niepokojąca jest ostrożność dyrektorów jednostek penitencjarnych w kierowaniu wniosków w przedmiotowym zakresie do sądów penitencjarnych.

Administracja więzienna nie informuje także sądu karnego o chorobie skazanego, która już nie poddaje się leczeniu i może być przesłanką do podjęcia z urzędu procedury

o umorzenie albo zawieszenie postępowania wykonawczego, stosownie do treści art. 15 k.k.w. „Utrzymywanie się ciężkiej choroby przez dłuższy okres może uzasadniać uznanie jej za długotrwałą przeszkodę w prowadzeniu postępowania wykonawczego. Ma to miejsce w sytuacji, gdy ciężka choroba nabiera cech choroby przewlekłej, wątpliwie rokującej na przyszłość, trudnej do leczenia w warunkach izolacji penitencjarnej. W takim przypadku sąd jest obowiązany zawiesić postępowanie wykonawcze w zakresie kary pozbawienia wolności na podstawie art. 15 § 2 k.k.w.”¹. Uważam, że istnieje konieczność zwiększenia aktywności dyrektorów jednostek penitencjarnych w tym przedmiocie.

Wykładnią postępowania w omawianych przypadkach powinna być naczelna zasada wykonywania kary pozbawienia wolności wyrażona w art. 4 k.k.w. - zasada humanitaryzmu i poszanowania godności ludzkiej. Nie można jej odrzucić tylko dlatego, że np. w przeszłości zdarzały się przypadki zwolnienia z zakładu karnego osoby, która mimo złego stanu zdrowia, zagroziła bezpieczeństwu innych. Niewątpliwie Służba Więzienna nie może tracić z pola widzenia powierzonego jej zadania, jakim jest ochrona społeczeństwa przed przestępczością, ale wobec osób w stanie terminalnym cel izolacyjno-zabezpieczający musi ustąpić miejsca na rzecz zasady humanitarnego traktowania i przekonania o braku celowości kontynuowania pozbawienia wolności w świetle stanu zdrowia skazanego. Konieczności dokonania przez Służbę Więzienną racjonalnej oceny, czy dalsze przebywanie w więzieniu umierającego skazanego jest zgodne z obowiązującymi przepisami, w tym z art. 3 EKPC, nie mogą też przysłać decyzje sądów penitencjarnych, które w ostatnim czasie znacznie rzadziej niż wcześniej wydają postanowienia o udzielenie przerwy w karze osobom ciężko chorym.

Podmiotowość umierającego człowieka zobowiązani jesteśmy wszyscy szanować. Dają temu wyraz m.in. przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej². Definiują one świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej jako wszechstronną, całościową opiekę i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom

¹ K. Postulski, Stan zdrowia skazanego w aspekcie zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności. Prokuratura i Prawo, Nr 7-8, 2015 r., str. 171.

² Tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 742.

somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Taką opieką powinni być objęci wszyscy skazani w bardzo ciężkim stanie, w tym p. . . . , którego sytuację przedstawiciele Biura RPO zbadali w Areszcie Śledczym w³. Pan ma 25 lat, rozpoznano u niego Chłoniaka Hodgkina. Na konsylium klinicznym, wobec zaawansowania chemoodpornej choroby, zakwalifikowano go do leczenia paliatywnego w ramach hospicjum lub szpitala więziennego. Od tej decyzji upłynęły 4 miesiące, a chory nadal przebywał w zwykłej mieszkalnej: zaniedbanej, brudnej, ponurej z powodu ograniczonego dostępu do światła dziennego, o powierzchni tak niewielkiej, że swobodne poruszanie się nawet osoby sprawnej fizycznie jest ograniczone. Chory nie opuszczał celi, przez cały czas pozostawał w łóżku, z trudem poruszał się samodzielnie jedynie do kącika sanitarnego w celu zaspokojenia potrzeb fizjologicznych. Z relacji współosadzonych wynika, że w ostatnim okresie osiwił, bardzo schudł, niedojadał, miał halucynacje⁴. Twierdzili, że załamał się psychicznie z powodu braku pozytywnych efektów leczenia. Nie nawiązywał z nikim kontaktu, oddzielił się od „życia” także fizycznie - przesłoną wykonaną z prześcieradła. Mimo to, służba zdrowia nie wdrożyła zaleceń lekarskich: nie umieszczono chorego w hospicjum albo szpitalu, ani nawet w izbie chorych, nie zapewniono opieki psychiatrycznej, nie kontrolowano przyjmowania leków, nie stworzono warunków szczególnej higieny, w tym nie realizowano zaleconej przez lekarza codziennej kąpieli, nie przemywano niegojących się ran, nie dbano o częstszą zmianę bielizny osobistej i pościelowej. Personel penitencjarny nie dostrzegł potrzeby wyznaczenia osoby, która wspierałaby chorego w codziennym funkcjonowaniu. Psycholog nie odwiedzał go w celi. Wychowawca podejmował nieadekwatne do okoliczności działania: namawiał skazanego do odbywania kary w systemie programowanego oddziaływania, motywował do podjęcia nauki. Dyrektor jednostki również nie wykazał żadnej aktywności - nie powiadomił sędziego penitencjarnego wskazując, że skazany z uwagi na stan zdrowia nie jest w stanie realizować celów kary, ani nie złożył do sądu wniosku o udzielenie przerwy w wykonaniu kary.

³ Sprawa nr IX.517.346.2019.

⁴ Objawy psychotyczne były konsekwencją przyjmowania silnych leków przeciwbólowymi stosowanych w chorobie nowotworowej.

Opieka paliatywna musi zaspokajać potrzeby somatyczne, psychosocjalne oraz duchowe gdziekolwiek tego wymaga chory: w domu, hospicjum, czy w więzieniu. Dom rodzinny powinien pozostać głównym miejscem opieki, kiedy tylko jest to możliwe, także w przypadku chorych więźniów. Coraz liczniejsze wyniki badań wskazują, że ciężko chorzy chcieliby przeżyć ostatnią fazę życia w znanym sobie, bezpiecznym miejscu. Nie jest to możliwe, gdy chory więzień jest osobą bezdomną bądź samotną. Brak rodziny powoduje, że opieka paliatywna musi mieć charakter zinstytucjonalizowany. Jednostki penitencjarne, poza Zakładem Karnym w Czarnem z jednym oddziałem szpitalnym dla przewlekle chorych, nie są przygotowane do sprawowania opieki paliatywnej w sposób określony w ww. rozporządzeniu. Przede wszystkim nie mają odpowiednio przygotowanych zespołów specjalistów z szerokim doświadczeniem medycznym oraz pozamedycznym, w skład których wchodzi: lekarze, w tym lekarz psychiatra, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholog, pracownik socjalny, kapłan. W tego typu zespole rolą kluczową jest funkcja pielęgniarki, która odpowiada za codzienną obecność przy osobie umierającej. Jednostki nie dysponują także odpowiednim sprzętem medycznym: specjalnymi łózkami, wystarczającą liczbą wózków inwalidzkich, balkoników, materacy przeciwoodleżynowych, koncentratorów tlenu, inhalatorów, pomp infuzyjnych. Wobec takiej sytuacji niektórzy dyrektorzy jednostek penitencjarnych podejmują próby umieszczenia ciężko, nieuleczalnie chorych więźniów w placówkach stacjonarnej opieki paliatywnej finansowanej z NFZ: hospicjum, czy zakładzie leczniczo-opiekuńczym. Działania te zwykle kończą się fiaskiem z powodu braku środków finansowych na pokrycie kosztu pobytu chorego w tego typu płatnych placówkach⁵ bądź niedostatku wolnych miejsc w bezpłatnych hospicjach. Pracownicy Biura RPO, w trakcie prowadzonych przedmiotowych badań, uzyskali informację, iż w jednym przypadku chory został umieszczony w odpłatnym zakładzie leczniczym, a koszt w wysokości 8.700 zł pokryto ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej. W innym przypadku rozważano pokrycie kosztów pobytu chorego w hospicjum, jednak nie udało się sprawy sfinalizować, bowiem opłatę należało uiścić z góry (3.000 zł/m-c), a z przedstawionych przedstawicielom RPO wyjaśnień wynikało, że przepisy finansowe nie pozwalają na taką operację. Ta sytuacja pokazuje, że pożądane są działania Służby

⁵ Jedynie osoby pobierające świadczenia emerytalne lub rentowe są w stanie z własnych funduszy pokryć koszt pobytu w hospicjum.

Więziennej o charakterze generalnym, które doprowadziłyby do rozwiązań pozwalających na skuteczniejsze umieszczanie umierających więźniów w placówkach, które zapewniają system opieki umożliwiający choremu przeżycie ostatniego okresu choroby w godnych warunkach. Potrzeba ta wynika również z konieczności zapewnienia bytu samotnym osobom, z zaawansowanymi, niekwalifikowanymi do leczenia chorobami lub przewlekłymi schorzeniami postępującymi i zagrażającymi życiu, zwalnianym z zakładu karnego w związku z zakończeniem odbywania kary pozbawienia wolności.

II. Państwo jest zobowiązane do zagwarantowania osobom pozbawionym wolności świadczeń zdrowotnych na takim samym poziomie jak osobom na wolności. Europejski Trybunał Praw Człowieka w licznych wyrokach przeciwko Polsce wypowiedział się na ten temat. Celem podwyższenia do oczekiwanego poziomu standardu opieki zdrowotnej w więzieniach m.in. ustanowiono „Program modernizacji Służby Więziennej w latach 2017–2020”⁶. Ustawa przewiduje wydatki na modernizację podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności i zmianę systemu zatrudniania personelu medycznego w tych podmiotach. Jak wynika z załącznika nr 1 do ustawy, na powyższe przedsięwzięcia w latach 2017 – 2018 przeznaczono łączną kwotę 65.181.000 zł. Nadal jednak brakuje miejsc w więziennych szpitalach, lekarzy i kadry pielęgniarskiej⁷. Z relacji pracowników służby zdrowia wynika, że więziennictwo boleśnie odczuwa likwidację Aresztu Śledczego w Warszawie-Mokotowie, który dysponował dużym zapleczem szpitalnym (interna, ortopedia, chirurgia, oddział psychiatrii sądowej). Od tego czasu pojemność innych więziennych szpitali zwiększyła się nieznacznie. Stąd decyzje o odmowie przyjęcia chorego, bądź wyznaczanie odległych terminów przyjęć. Tak było w przypadku p.

- nie został przyjęty do szpitala w Zakładzie Karnym z uwagi na duże obłożenie oddziału, zaś w szpitalu dla przewlekle chorych w Zakładzie Karnym w wyznaczono termin przyjęcia na . Wobec takiej sytuacji skazany pozostawał w celi mieszkalnej, a dopiero w stanie ciężkim został przetransportowany do

⁶ Ustawa dnia 15 grudnia 2016 r., Dz. U. z 2016 r. poz. 2176.

⁷ W Oddziale Wieloprofilowym szpitala w Zakładzie Karnym w Czarnem w dniu wizytacji, z uwagi na brak pełnej obsady lekarskiej, przebywało jedynie 22 pacjentów na 35 miejsc. W Oddziale psychiatrii sądowej w Zakładzie Karnym Nr 2 w Łodzi 3 lekarzy zajmuje się 65 pacjentami. Uzyskano informację, że w więziennym szpitalu w Szczecinie, w którym brakuje osób chętnych do pracy, zatrudniona została firma zewnętrzna świadcząca usługi pielęgniarskie.

szpitala publicznej służby zdrowia, gdzie w oddziale onkologicznym już ponad miesiąc⁸ przebywa pod konwojem uzbrojonych funkcjonariuszy Służby Więziennej.

W więziennym szpitalu nie było też miejsca dla p. . . .⁹, który będąc w bardzo złym stanie zdrowia odbywał karę w Oddziale Zewnętrznym w

. W 2004 r. skazany przeszedł operacje raka nosogardzieli i guza okrężnicy, w 2010 r. doznał udaru mózgu, skutkującego niedowładem lewostronnym, w 2012 r. zdiagnozowano przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP), w 2015 r. stwierdzono zaostrzenie niewydolności serca. Ponadto, p. . . . miał ślepotę jednego oka, jaskrę drugiego, nadciśnienie tętnicze, miażdżycę tętnic szyjnych, cukrzycę typu II. Współosadzeni zawiadomili Rzecznika, że ww. jest bardzo chory, a ciężar odpowiedzialności za codzienne jego funkcjonowanie ponoszą więźniowie, nieprzygotowani do opieki i pielęgnacji osób w takim stanie zdrowia. Jeden z nich relacjonował pracownikowi Biura RPO: „Mówił, że tutaj umrze. Było mu ciągle zimno, leżał w ubraniu, miał założone dwie bluzy, przykryty był trzema kocami. Krztusił się, w nocy strasznie kaszał, bałem się, żeby mi w nocy nie umarł”. Wypowiedź była emocjonalna i wskazywała, że osadzony rzeczywiście doświadczał obaw, że może wydarzyć się coś złego. Inny współosadzony tak opisywał sytuację: „On był ciężko chory, bardzo kaszał, głównie wieczorem, po 22.00 dusił się. Trzeba było dużo przy nim robić, pocił się, musiałem go wozić pod prysznic, zmieniać odzież, prać ubrania. Organizowałem w oddziale bluzy dla niego, czytałem mu pisma, bo nie widział na oko”. Osadzony twierdził, że wykonywanie czynności pomocniczych, w zakresie w jakim potrzebował p. . . . , było ponad jego siły. Bał się brać odpowiedzialność za opiekę nad chorym, więc prosił o przeniesienie do innej celi.

Skazany czekał na wyznaczenie terminu przyjęcia do oddziału dla przewlekle chorych w Zakładzie Karnym w Czarnem. W dniu 23 października 2018 r. lekarz stwierdził, że pacjent jest w stanie cyt.: „średnio-ciężkim”¹⁰, ale nie ma wskazań do umieszczenia go w szpitalu czy izbie chorych, pozostał więc w celi. Kilka godzin później Zespół Ratownictwa Medycznego przewiózł pacjenta do szpitala opieki krótkoterminowej w Warszawie. Pan po kilku dniach powrócił do swojej celi, ale wkrótce, z powodu konieczności udzielenia mu

⁸ Stan na dzień 16 marca 2019 r. Tego dnia rozmowę z osadzonym, na terenie szpitala przeprowadziła Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich.

⁹ Sprawa nr IX.517.2619.2018.

¹⁰ Pismo Dyrektora Okręgowego Służby Więziennej w Warszawie z dnia 5 grudnia 2018 r., OI/S.4001.40.2018.

natychmiastowej pomocy lekarskiej, został przetransportowany do szpitala więziennego w Zakładzie Karnym W dniu 7 grudnia 2018 r. zmarł. Lekarz prowadzący wyjaśniał, że pacjent przybył do szpitala w stanie ciężkim, był wycofany, nie miał już woli walki o życie.

III. Do trzeciej, wyodrębnionej na wstępie, grupy osób należą przewlekle chorzy somatycznie, wymagający leczenia ambulatoryjnego oraz całodobowej opieki i pielęgnacji, u których stwierdza się stan wyłączający świadomość odbywania kary. W mojej ocenie takie osoby nie powinny przebywać w warunkach izolacji penitencjarnej. Jeśli jednak są obiektywne przeszkody uniemożliwiające zwolnienie ich z więzienia, to należy zadbać, by przebywali w warunkach zapewniających ochronę ich godności ludzkiej. Europejski Trybunał Praw Człowieka niejednokrotnie podkreślał, że art. 3 EKPC wymaga od Państwa zapewnienia, aby więźniowie osadzeni byli w warunkach, które nie uwłaczają godności ludzkiej, aby sposób wykonywania kary nie narażał ich na ból czy trudności, których intensywność przekraczałaby nieunikniony poziom cierpienia, nieodłącznie związany z faktem osadzenia¹¹. Wyniki przeprowadzonego badania, choć obejmującego jedynie sześć jednostek, dają podstawę do stwierdzenia, że brakuje systemowych rozwiązań dotyczących sposobu odbywania kary pozbawienia wolności przez te osoby.

Przepisy prawa nie zawierają specjalnych regulacji odnośnie wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób mieszczących się w tej grupie. Konieczność uwzględnienia przez Służbę Więzienną szczególnych potrzeb osadzonych, w tym związanych z ich wiekiem i stanem zdrowia, wynika z określonej w art. 67 k.k.w. zasady zindywidualizowanego oddziaływania. Istniejące regulacje nie są wystarczające, co pokazuje, aktualny obraz sytuacji tych osób w więzieniu.

1/ Brak miejsc dysponujących odpowiednimi warunkami, dostosowanymi do potrzeb tych osób pod względem bytowym i prowadzonych oddziaływań.

Obecnie – co do zasady – osoby te są kierowane do odbywania kary w oddziałach terapeutycznych. Odbywanie kary w systemie terapeutycznym jest uzależnione od łącznego istnienia dwóch przesłanek. Pierwsza to występowanie u skazanego zaburzeń psychicznych, upośledzenia umysłowego, uzależnienia od alkoholu albo innych środków lub

¹¹ Wyrok ETPC w sprawie: Hurtado przeciwko Szwajcarii, skarga nr 17549/90, Mouisel przeciwko Francji, skarga nr 67263/01, Kaprykowski przeciwko Polsce, skarga nr 23052/05.

niepełnosprawności fizycznej. Druga to wymóg oddziaływania specjalistycznego na skazanego, które dostosowuje się do jego potrzeb w zakresie leczenia, zatrudnienia, nauczania i wymagań higieniczno-sanitarnych.

W przypadku grupy osób, o której mowa, oddziaływania oferowane w oddziałach terapeutycznych zmierzające do korekty postawy i zachowania, nie mogą być prowadzone, bowiem nie pozwala na to stan zdrowia skazanych. Zaburzone są u nich podstawowe funkcje poznawcze: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie. Zaburzenia psychiczne manifestują się też znacznym ograniczeniem możliwości nawiązania kontaktu, także werbalnego, z otoczeniem, znacznym spowolnieniem napędu psychoruchowego, niemal zanikiem zainteresowania własnym zdrowiem i higieną osobistą. Niejednokrotnie zdarza się, że od początku pobytu w oddziale terapeutycznym skazani ci są umieszczani w izbie chorych. W opinii personelu penitencjarnego nie ma żadnych możliwości współpracy z nimi, w tym realizacji indywidualnego planu terapeutycznego. Kierowanie skazanych do oddziałów terapeutycznych, przy obecnym sposobie funkcjonowania tych oddziałów, nie znajduje więc uzasadnienia.

Nieodpowiednim miejscem pobytu takich osób są też oddziały dla przewlekle chorych. Osoby te nie wymagają bowiem leczenia szpitalnego, wystarczające jest leczenie ambulatoryjne. Ponadto, brakuje miejsc w takich oddziałach. Skalę trudności w umieszczeniu pacjenta w oddziale dla przewlekle chorych w Zakładzie Karnym w Czarnem ilustruje przypadek p. . . .¹² - na wniosek administracji Zakładu Karnego w ... ze stycznia 2017 r. planowany termin przyjęcia wyznaczono na lipiec 2020 r. Niejednokrotnie terminy są wyznaczane po zakończeniu odbywania kary przez skazanego. Wobec takiej sytuacji administracja więzienna podejmuje próbę umieszczenia skazanych w więziennym szpitalu, w oddziałach wieloprofilowych, mimo że osoby te nie wymagają hospitalizacji. Na problem „podrzucania” pacjentów do szpitali, którzy nie wymagają leczenia szpitalnego, a jedynie opieki i pielęgnacji, którym trzeba zapewnić godne warunki pobytu, zwracali uwagę lekarze.

Nie ma wątpliwości, że warunki bytowe muszą być dostosowane do potrzeb tych osób. Skazani ci mają problemy z samodzielnym poruszaniem się, utrzymaniem higieny osobistej, kontrolą potrzeb fizjologicznych. Tymczasem niejednokrotnie są kwaterowani w celach

¹² Sprawa nr BPW.517.36.2019.

o małej powierzchni, co utrudnia im przemieszczanie się. Kąciki sanitarne nie są wyposażone w stanowiska prysznicowe, nie ma uchwytów przy toalecie, umywalce, doprowadzona jest tylko zimna woda. Z uwagi na sposób funkcjonowania – osoby te są bardzo mało aktywne, głównie leżą w łóżku - niezbędne jest wyposażenie łóżek w materace przeciwodleżynowe i zainstalowanie sygnalizacji przyzywowej, w taki sposób, by była dla nich dostępna.

2/ Brak systemu specjalnego nadzoru medycznego dla osób z demencją, czy z innego rodzaju niepełnosprawnością na tle intelektualnym lub psychicznym i procedur dotyczących zapewnienia im całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Osoby te powinny być objęte szerszym spektrum diagnostyki medycznej w celu wczesnego wykrycia schorzeń, których same nie są w stanie zasygnalizować. Powinny mieć cyklicznie robione badania profilaktyczne (morfologia, próby wątrobowe, rtg płuc), odbywać regularne spotkania z psychologiem i psychiatrą oraz neurologiem. Taka dobra praktyka w tym zakresie jest w Zakładzie Karnym w Rawiczu.

Brakuje wsparcia opiekuńczego dla osób z chorobami neurodegeneracyjnymi, w tym z demencją. Osoby z chorobami otępiennymi często są pacjentami trudnymi, kłopotliwymi i z tego powodu są pozostawiane same sobie bądź personel jednostki przerzuca ciężar odpowiedzialności za udzielenie im pomocy na współosadzonych z celi. Sama praktyka zapewnienia niepełnosprawnemu więźniowi pomocy ze strony współosadzonego nie jest przeze mnie krytykowana. Ważne jest jednak aby ustalić, czy pomoc ze strony innych więźniów jest dobrowolna, nie narusza prywatności osób z niepełnosprawnością oraz nie niesie za sobą ryzyka wykorzystywania osadzonego będącego w potrzebie. Pytanie, czy dopuszczalny jest udział innych więźniów w czynnościach higieniczno-sanitarnych, przebieraniu i rozbieraniu, myciu, pampersowaniu. Musi to wzbudzać znaczny niepokój osadzonego i stawiać go w pozycji niższości wobec innych więźniów. Głos w sprawie pomocy sprawowanej przez współosadzonych zabrał ETPC, twierdząc, że pozbawienie wolności osób cierpiących na poważne upośledzenia fizyczne w warunkach nieodpowiednich do ich stanu zdrowia lub pozostawienie tych osób w rękach współwięźniów, by udzielali pomocy przy kąpieli oraz ubieraniu lub rozebraniu, stanowi poniżające traktowanie¹³.

Dobłą praktyką jest organizowanie dla więźniów kursów dla opiekunów osób starszych i z niepełnosprawnością. Jednak zweryfikowane przez pracowników Biura RPO

¹³ Wyrok ETPC z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie D.G. przeciwko Polsce, skarga nr 45705/07.

sprawy pokazały, że nie wyznaczano skazanych do udzielania pomocy potrzebującym wsparcia osobom bądź osobami tymi zajmowali się skazani nieprzeszkoleni, często bardzo młodzi, nie mający więc doświadczenia życiowego, które podpowiadałoby im, jak wobec takich osób należy się zachowywać i w jakim zakresie potrzebna jest im pomoc. Należy pamiętać, iż osoby niesamodzielne z powodów m.in. takich jak choroba, niepełnosprawność, wiek, przebywające w miejscach detencji, należą do grup ryzyka w obszarze tortur, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania.

3/ Brak przygotowania kadry penitencjarnej do pracy z tą grupą osób.

Na tak sformułowany wniosek pozwalają przeprowadzone rozmowy z personelem więziennym, z osobami chorymi oraz analiza dokumentacji osobowej skazanych. Przykładem niech będą działania wychowawców dwóch osadzonych, których szczegółowo opisałem wcześniej. Notatka sporządzona przez wychowawcę p. . . . brzmi: „Przeprowadziłam z osadzonym rozmowę w sprawie propozycji nauki w CKU. Udostępniłam osadzonemu aktualne, dostępne kierunki kształcenia. Przedstawiłam korzyści płynące z faktu zdobycia zawodu i wykształcenia w postaci m.in. podniesienia swoich kwalifikacji, zwiększenia możliwości podjęcia pracy w warunkach izolacji oraz po zakończeniu odbywania kary. Motywowałam do podjęcia nauki w warunkach izolacji penitencjarnej. Osadzony aktualnie nie jest zainteresowany podjęciem nauki, głównym powodem takiej postawy jest fakt, że osadzony jest osobą chorą na nowotwór. Jego stan zdrowia jest dość poważny”. Pan . . . natomiast został skierowany przez wychowawcę do psychologa cyt.: „pod kątem podejrzenia uzależnienia”, mimo że znajdował się w ciężkim stanie zdrowia (miesiąc później zmarł).

Psycholodzy w notatkach z rozmowy z osobami z zaburzeniami otępiennymi zawierają informację – „powiadomiłem, że w przypadku problemów może zgłosić się do psychologa”. Tymczasem osoby z zespołem otępiennym nie inicjują kontaktu z innymi. Konieczne jest aby te kontakty były regularnie inicjowane przez psychologa.

Kadra penitencjarna nie spostrzega tych osób jako osadzonych z niepełnosprawnością, a jedynie jako chorych i „oddaje” ich we władanie służby zdrowia. Nie podejmuje więc odpowiednich działań stymulujących skazanych, a brak aktywności życiowej prowadzi do pogłębienia się deficytów, wzmocnienia ogólnej apatii i dalszego uzależnienia od innych.

Dostrzegalny jest również problem z przedstawieniem podmiotom zewnętrznym (organ dysponujący, sąd penitencjarny) rzeczywistego obrazu funkcjonowania skazanego. Przykładem może być skazany p. . . .¹⁴ - jest osobą niesamodzielną, ma problemy z chodzeniem i utrzymaniem równowagi, sam nie ubiera się i nie myje. Jest mocno zaniedbany higienicznie, nie kontroluje potrzeb fizjologicznych, jest więc pampersowany. W badaniu psychologicznym testem MMSE skazany uzyskał wynik wskazujący na otępienie głębokie („...brak orientacji osadzonego w czasie i miejscu, wysokie trudności w zakresie funkcji zapamiętywania, liczenia, wykonywania poleceń, pisania, rysowania”). Zespół terapeutyczny zgodnie ocenił, że z osadzonym nie ma możliwości współpracy wychowawczej i terapeutycznej. W dniu wizytacji osadzony był bez kontaktu logicznego. Zdaniem personelu terapeutycznego osadzony nie powinien przebywać w warunkach izolacji penitencjarnej.

Opinia dla sądu w związku z wnioskiem o udzielenie warunkowego przedterminowego zwolnienia zawiera następujący opis: „Biorąc pod uwagę uzależnienie od alkoholu, niepowrót z przerw w karze, brak krytycyzmu wobec popełnionych przestępstw oraz dotychczasowego trybu życia, przeciętne zachowanie w przekroju całego okresu pobytu w warunkach izolacji penitencjarnej oraz odbywanie kary w systemie zwykłym - co jest równoznaczne z brakiem aktywnego wkładu w proces resocjalizacji, potrzebę prowadzenia dalszych oddziaływań wychowawczych, gdyż proces resocjalizacji skazanego nie został zakończony, a cele kary nie zostały osiągnięte, stwierdzić należy, że prognoza kryminologiczno-społeczna w chwili obecnej jest negatywna. Nie popieram zatem wniosku skazanego o udzielenie warunkowego przedterminowego zwolnienia”. Istotnie do udzielenia warunkowego przedterminowego zwolnienia nie ma podstaw. Opinia nie zawiera jednak najistotniejszej informacji, że stan zdrowia skazanego uniemożliwia aktywny jego wkład w proces resocjalizacji, że nie ma możliwości prowadzenia przez personel terapeutyczny dalszych oddziaływań resocjalizacyjnych, że cele kary są nieosiągalne. Lepsze przygotowanie kadry do pracy z osobami, którym stan zdrowia nie pozwala w sposób świadomy odbywać karę pozbawienia wolności, zapobiegłoby takim sytuacjom.

Powyższe zagadnienia zostały zasygnalizowane przedstawicielom Centralnego Zarządu Służby Więziennej na spotkaniu w dniu 4 marca 2019 r. Składam na Pana ręce podziękowania za dobrą, merytoryczną dyskusję, jaka wówczas miała miejsce. Jednocześnie

¹⁴ Sprawa nr IX.517.576.2019.

wyrażam nadzieję, że deklaracja Pana płk Grzegorza Fedorowicza, Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, dotycząca dogłębnego, rzetelnego zbadania sytuacji osób, o których mowa w tym wystąpieniu, zostanie wdrożona w życie, a zakres tego badania obejmie przedstawione przeze mnie kwestie. W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2179), uprzejmie proszę Pana Dyrektora Generalnego o przeprowadzenie zapowiadzianych badań oraz powiadomienie o ich wynikach i propozycjach rozwiązań zdiagnozowanych problemów.

Z wyrazami szacunku,

Adam Bodnar