



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 15-02-2021 r.

Adam Bodnar

IX.517.532.2019.KK

Pan
gen. Jacek Kitliński
Dyrektor Generalny
Służby Więziennej

Szanowny Panie Dyrektorze Generalny,

od 2019 r. w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich prowadzone są zintensyfikowane działania związane z monitorowaniem sytuacji osób ciężko chorych, będących w stanie terminalnym. Temat ten jest niezwykle istotny z uwagi na zobowiązanie państwa do ochrony zdrowia i życia osób pozbawionych wolności.

W ramach podjętych działań moi współpracownicy przeprowadzili czynności mające na celu zbadanie na terenie zakładów karnych i aresztów śledczych sytuacji osób ciężko chorych lub wymagających świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Wnioski z przeprowadzonych badań zostały przedstawione Panu Dyrektorowi Generalnemu w wystąpieniu z dnia 22 marca 2019 r.

Pragnę przypomnieć, iż analiza zebranego materiału pozwoliła na wyodrębnienie trzech grup osadzonych: chorzy w stanie terminalnym (grupa I), chorzy, którzy wymagają dalszego specjalistycznego leczenia, a więzienna służba zdrowia nie jest w stanie zapewnić im odpowiednich świadczeń medycznych (grupa II) oraz osoby z głębokim zespołem otępiennym, których stan zdrowia uniemożliwia osiągnięcie celów kary, o których mowa w art. 67 k.k.w. (grupa III). Bez wątpienia wszystkie te osoby wymagają szczególnego traktowania.

Wskazałem, że w przypadku osób będących w stanie terminalnym, a więc takim, w którym nie ma rokowań na poprawę stanu zdrowia, dyrektorzy jednostek penitencjarnych powinni zwiększyć aktywność w kierowaniu do sądów penitencjarnych wniosków o udzielenie skazanemu przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności. Zgodnie bowiem z art. 153 § 1 k.k.w. w zw. z art. 150 § 1 k.k.w., ciężka choroba uniemożliwiająca wykonanie kary jest przesłanką do obligatoryjnego udzielenia przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności. Postulowałem również o zwiększenie aktywności dyrektorów jednostek penitencjarnych w zakresie informowania sądów karnych o

ciężkim stanie zdrowia skazanego, co może być przesłanką do podjęcia z urzędu procedury o umorzenie albo zawieszenie postępowania wykonawczego, stosownie do treści art. 15 k.k.w. Ponownie pragnę bowiem podkreślić, że wobec osób w stanie terminalnym, cel izolacyjno-zabezpieczający musi ustąpić miejsca na rzecz wyrażonej w art. 4 k.k.w. zasady humanitarnego traktowania i przekonania o braku celowości kontynuowania pozbawienia wolności w świetle stanu zdrowia skazanego.

W przywołanym wystąpieniu z dnia 22 marca 2019 r. zwróciłem się do Pana Dyrektora Generalnego z prośbą o przeprowadzenie badań mających na celu rzetelne zbadanie sytuacji osób, które przebywają w jednostkach penitencjarnych, a których stan zdrowia określany jest jako ciężki. Deklaracja przeprowadzenia takich badań padła ze strony pana płk. Grzegorza Fedorowicza, ówczesnego Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, w trakcie zorganizowanego w dniu 4 marca 2019 r. spotkania z przedstawicielami Centralnego Zarządu Służby Więziennej. Swoją prośbę w tym zakresie ponowiłem w wystąpieniu z dnia 14 czerwca 2019 r. Uzyskane dotychczas odpowiedzi¹ nie zawierają niestety informacji czy postulowane badania zostały przeprowadzone i do jakich wniosków doprowadziły one Służbę Więzienną.

Zdiagnozowane w 2019 r. problemy pokazały, że istnieje potrzeba kontynuowania sprawy i dogłębnego zbadania zagadnienia. W związku z tym, zwrócono się do dyrektorów jednostek penitencjarnych, przy których funkcjonują szpitale więzienne (ZK w Potulicach, AŚ w Bydgoszczy, AŚ w Gdańsku, AŚ w Bytomiu, AŚ w Krakowie, AŚ w Poznaniu, AŚ we Wrocławiu, ZK w Czarnem, ZK Nr 2 w Łodzi), z prośbą o poinformowanie o liczbie zgonów skazanych ciężko i przewlekle chorych w okresie od stycznia 2018 r. do kwietnia 2020 r. W odniesieniu do tego samego okresu czasu wnioskowano również o przedstawienie informacji w zakresie liczby złożonych przez dyrektorów wniosków o udzielenie przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności z powodu ciężkiej i przewlekłej choroby skazanego, a także liczby skierowanych do sądu skazującego zawiadomień o ciężkim stanie zdrowia skazanego, celem rozważenia przez sąd wszczęcia procedury określonej w art. 15 k.k.w. Ponadto, poproszono o wskazanie, czy na terenie poszczególnych jednostek penitencjarnych miały miejsce zgony ciężko chorych osób tymczasowo aresztowanych.

Aktualnie prowadzone w Biurze RPO działania skoncentrowane są na analizie przypadków zgonów osadzonych, które miały miejsce w szpitalach więziennych, w okresie od 1 stycznia 2018 r. do 30 czerwca 2020 r. Gromadzony jest materiał dotyczący 50 osadzonych ciężko chorych, który będzie poddany szczegółowej ocenie w zakresie:

- I. sprawowanej nad osadzonymi opieki wychowawczej i psychologicznej,

¹ Pisma z dnia 8 maja 2019 r. (l.dz. BSZ.055.3.2019) i 12 lipca 2019 r. (l.dz. BSZ.055.10.2019).

II. działań podejmowanych przez dyrektorów jednostek penitencjarnych (kierowanie wniosków o udzielenie przerwy w karze, informowanie sądu karnego o stanie zdrowia skazanego bądź organu dysponującego o stanie zdrowia tymczasowo aresztowanego),

III. decyzji sądów penitencjarnych w przedmiocie udzielania przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności.

Dotychczas dokonano analizy 10 przypadków zgonów osadzonych z przyczyn naturalnych w latach 2019-2020. Z uwagi na powagę sprawy, wstępnyimi uwagami postanowiłem podzielić się z Państwem w trakcie webinarium zorganizowanego w Biurze RPO w dniu 4 lutego 2021 r. Organizacji spotkania przyświecała również myśl, iż w tym roku minie 20 lat od śmierci tymczasowo aresztowanego Zbigniewa Dzieciaka. Przebywając w izolacji więziennej nie miał on zapewnionej właściwej opieki medycznej, adekwatnej do stanu zdrowia, co w konsekwencji doprowadziło do jego śmierci. W tej sprawie Europejski Trybunał Praw Człowieka po raz pierwszy stwierdził naruszenie przez Polskę art. 2 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka². Wyrok ten był zdecydowanym sygnałem, że należy z uwagą przyjrzeć się jakości i skuteczności opieki medycznej w jednostkach penitencjarnych. Brak zapewnienia właściwej opieki medycznej, adekwatnej do potrzeb więźnia należy bowiem rozpatrywać w kategoriach niehumanitarnego traktowania (art. 3 EKPC), a w przypadku jego śmierci naruszenia prawa do życia (art. 2 EKPC).

Na spotkanie zaproszeni zostali Dyrektorzy Biur CZSW i ich współpracownicy: Biura Służby Zdrowia i Biura Penitencjarnego, naczelnicy lekarze okręgowych inspektoratów SW, dyrektorzy jednostek penitencjarnych, w których funkcjonują oddziały szpitalne, lekarze tam zatrudnieni i przedstawiciele działu penitencjarnego w tych jednostkach. Mimo otrzymanych wstępnych deklaracji uczestnictwa, dzień przed spotkaniem, zaproszeni przedstawiciele Służby Więziennej zrezygnowali z wzięcia w nim udziału. Było to dla mnie i organizatorów webinarium znaczącym doświadczeniem. Ostatecznie w spotkaniu uczestniczył pan płk Włodzimierz Głuch, Dyrektor Biura Penitencjarnego w CZSW.

Zgromadzony w Biurze RPO materiał, tj. sprawozdania z przeprowadzonych przez poszczególnych dyrektorów okręgowych SW postępowań wyjaśniających okoliczności zgonu oraz dokumentacja medyczna zmarłych pacjentów, został poddany analizie i ocenie przez dr Marzenę Ksel-Teleśnicką. Biuro RPO zleciło doktor Marzenie Ksel – Teleśnickiej przedmiotową analizę ze względu na jej wykształcenie, doświadczenie w pracy w Służbie Więziennej i liczne wizytacje, jakie przeprowadziła w ramach Europejskiego Komitetu do spraw Zapobiegania Torturom (CPT) w państwach członkowskich Rady Europy, gdy była przedstawicielem Polski w tym Komitecie i

² Wyrok ETPC z dnia 9 grudnia 2008 r. w sprawie Dzieciak przeciwko Polsce, skarga nr 77766/01.

Pierwszą Jego Wiceprzewodniczącą. Jej wnioski płynące z tej kwerendy zostały przedstawione w trakcie debaty.

Całość opracowania przesyłam Panu Dyrektorowi Generalnemu ufając, że zostanie ono poddane wnikliwej analizie. Podkreślenia wymaga bowiem fakt, iż w ocenie naszego eksperta każdy z badanych przypadków kwalifikował się do obligatoryjnego udzielenia przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności w myśl art. 153 § 1 k.k.w. w związku z art. 150 § 1 k.k.w., a w przypadku tymczasowo aresztowanego do uchylenia aresztu ze względów humanitarnych.

W przypadku osób ciężko chorych istotnym jest również, czy w trakcie pobytu w izolacji więziennej przebywają oni w odpowiednich, dostosowanych do ich potrzeb, warunkach bytowych. Przedstawione w trakcie debaty indywidualne przypadki osób ciężko chorych pokazują, że w sytuacji, w której osoby te umieszczane są w zwykłych oddziałach mieszkalnych, nie mają zapewnionej właściwej opieki. Potwierdzeniem tego jest historia osadzonego, ze sparaliżowaną całą lewą częścią ciała, który przebywał w celi wieloosobowej. W trakcie rozmowy z przedstawicielami Rzecznika wychowawca osadzonego wyjaśnił, że wyznaczono opiekunów do pomocy osadzonemu. Ich zadania miały ograniczać się do zrobienia herbaty, podania obiadu, poprawienia poduszki. Nie mogli jednak wykonywać czynności, które związane były ze sferą intymności chorego, takich jak mycie, zmiana pieluch jednorazowych, pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych. Na pytanie, kto miał to robić, moi współpracownicy nie otrzymali odpowiedzi.

Stwierdzić zatem należy, że jeśli chory w stanie paliatywnym, z różnych przyczyn musi pozostać w więzieniu, to powinien przebywać w szpitalu, a co najmniej w izbie chorych. Chorem należy zapewnić godne warunki pobytu. W takiej sytuacji Służba Więzienna powinna opracować system nadzoru medycznego nad chorem i procedur dotyczących zapewnienia mu całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.. Niedopuszczalne jest, by ciężar odpowiedzialności za chorego spoczywał na współwięźniach. Stałą opiekę nad chorem pacjentem powinien sprawować personel medyczny.

Wychowawcy i psychologowie powinni natomiast łagodzić cierpienia psychiczne i duchowe ciężko chorego więźnia. Tymczasem, analiza treści notatek wychowawców i psychologów z rozmów ze skazanymi uwidacznia problem braku przygotowania kadry penitencjarnej do pracy z osobami ciężko chorymi. Przedstawione w wystąpieniu z dnia 22 marca 2019 r. przykłady nieadekwatnych działań kadry penitencjarnej w stosunku do osób będących w stanie paliatywnym zostały również przywołane w trakcie trwania debaty.

Wystąpienie wysłuchali obecni na spotkaniu: Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego, prawnicy, sędziowie penitencjarni oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych. Zebrani goście zgodni byli co do tego, iż chorzy w stanie

paliatywnym nie powinni przebywać w izolacji więziennej. Natomiast do czasu zwolnienia winni mieć zapewnioną właściwą opiekę medyczną i odpowiednie warunki bytowe.

Obecni na spotkaniu lekarze podnosili, że nie można mówić o właściwej opiece nad osobą ciężko chorą, jeżeli przebywa ona w jednostce, w której nie ma zapewnionej całodobowej opieki medycznej. A dzieje się tak niejednokrotnie, ponieważ liczba miejsc w szpitalach więziennych jest niewystarczająca.

Sędziowie penitencjarni, dzieląc się swoimi obserwacjami, wskazywali, że do szpitali więziennych często przywożeni są chorzy będący już w tak bardzo ciężkim stanie, że umierają zanim zostanie zakończona procedura udzielenia przerwy w wykonywaniu kary. Sygnalizowali również systemowy problem z umieszczaniem chorych w hospicjach czy zakładach leczniczo-opiekuńczych.

Głos środowiska naukowego wskazywał, że omówione w trakcie spotkania indywidualne przypadki osób ciężko chorych, są przykładem sytuacji, w której państwo polskie narusza art. 3 EKPC zakazujący tortur i niehumanitarnego traktowania. Skazani w stanie terminalnym nie mogą przebywać w celach wieloosobowych, pozbawieni pomocy ze strony administracji więziennej i zdani na pomoc współosadzonych, dla których opieka nad ciężko chorym oraz bycie świadkiem ich cierpienia i powolnej śmierci, jest traumatycznym przeżyciem. 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.

Pozbawienie wolności może skończyć się naturalną śmiercią skazanego długo zmagającego się z ciężką chorobą, jednakże przypadki te powinny być wyjątkowe i dotyczyć jedynie osób bezdomnych, samotnych. W takim przypadku koniecznym jest zapewnienie tym osobom warunków godnego umierania, a opieka paliatywna musi mieć charakter zinstytucjonalizowany, jak to ma miejsce w oddziale szpitalnym dla przewlekle chorych w Zakładzie Karnym w Czarnem. Zobowiązani zatem jesteśmy do podjęcia takich działań, które doprowadzą do wypracowania właściwego modelu postępowania z osadzonymi w stanie terminalnym, których miejscem umierania jest więzienie.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 627), uprzejmie proszę Pana Dyrektora Generalnego o poinformowanie, czy została przeprowadzona zapowiadana analiza sytuacji osób ciężko chorych przebywających w jednostkach penitencjarnych, a jeśli tak, proszę o wskazanie, jakie problemy w tym zakresie zidentyfikowała Służba Więzienna.

Z uwagi na wagę sprawy proszę również o podzielenie się refleksjami wynikającymi z opracowania przygotowanego przez dr Marzenę Ksel-Teleśnicką oraz przedstawienie ewentualnych

kierunków działań, zmierzających do wypracowania rozwiązań organizacyjnych, które będą lepiej chroniły prawa grupy więźniów, której dotyczyło badanie.

Ponadto, widząc potrzebę kontynuowania tego tematu, pragnę zaprosić przedstawicieli Biura Służby Zdrowia i Biura Penitencjarnego w CZSW do dalszej dyskusji. Uważam, że w tej debacie nie możemy pominąć regulacji wprowadzonych w życie dnia 1 lipca 2015 r. Zobowiązują one Służbę Więzienną do przyjmowania do aresztu śledczego lub zakładu karnego osoby, która jest ciężko chora. Stanowi o tym rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności³. W myśl tych przepisów każda tymczasowo aresztowana albo skazana osoba, choćby nawet była w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, musi być najpierw przyjęta do jednostki penitencjarnej, by dopiero później móc mieć zapewnioną odpowiednią opiekę lekarską⁴.

Centralny Zarząd Służby Więziennej, w toku prowadzonych w kwietniu 2015 r. prac legislacyjnych nad rozporządzeniem, zgłosił szereg uwag do projektu w wersji przedstawionej do konsultacji przez Departament Legislacyjny Ministerstwa Sprawiedliwości. Opinią Służby Więziennej nie wzięto jednak pod uwagę i w obecnym stanie prawnym do jednostek penitencjarnych, nawet tych, które nie mają zaplecza medycznego, są przyjmowane osoby wymagające zapewnienia natychmiastowego leczenia szpitalnego ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia. Czas pokazał, że Państwa obawy, w związku z wprowadzeniem w życie przepisu § 35 ust. 1 rozporządzenia, były uzasadnione.

Zaniepokojenie wprowadzonymi zmianami w omawianym zakresie sygnalizował Panu Dyrektorowi Generalnemu mój były Zastępca, pan Krzysztof Olkowicz, w 2016 r.⁵. W mojej ocenie sprawa ta jest nadal aktualna. Z pisma pana płk. Grzegorza Federowicza⁶ wynika, że Służba Więzienna wciąż widzi potrzebę nowelizacji ww. rozporządzenia. Zmiana przedmiotowych przepisów to jedno z rozwiązań, które będzie zapobiegać umieszczaniu w jednostkach penitencjarnych osób w ciężkim stanie zdrowia, a tym samym oddalać niebezpieczeństwo naruszenia fundamentalnych praw konstytucyjnych: prawa do ochrony zdrowia i życia oraz prawa do wolności od nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.

Wyrażam nadzieję, że w otwartej i życzliwej atmosferze, doprowadzimy do wypracowania rozwiązań zgłoszonych problemów. Zwracam się zatem do Pana Dyrektora Generalnego z uprzejmą

³ Tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 869.

⁴ § 35 ust. 1 rozporządzenia

⁵ Pismo z dnia 1 marca 2016 r., IX.517.2.2015.

⁶ Pismo z dnia 8 maja 2019 r., BSZ.055.3.2019.AP.

prośbą o wyznaczenie dogodnego dla Państwa terminu spotkania w gronie przedstawicieli CZSW oraz pracowników Biura RPO.

Zał. opracowanie.

Z poważaniem

Adam Bodnar

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-podpisano elektronicznie/