

Warszawa, dnia 4 sierpnia 2017 r.

IX.517.1692.2016.JM

Wykonywanie tymczasowego aresztowania i kary pozbawienia wolności wobec osób w wieku senioralnym

1. Wstęp

Aktualnie na świecie żyje około 600 mln ludzi mających 60 lat lub więcej, a demografowie przewidują, że do 2025 r. liczba ta podwoi się i ludzie w tym wieku będą stanowić 30% całej populacji¹. Również w Polsce wydłuża się długość życia obywateli, a w społeczeństwie systematycznie wzrasta odsetek osób w wieku powyżej 60 lat. W 2002 r. osoby te stanowiły około 15 % ludności, a przypuszcza się, że w 2020 r. będzie ich ponad 9 mln i zaczną przewyższać liczbę ludzi młodych, natomiast w 2050 r. ich odsetek będzie wynosił już 35 % wszystkich mieszkańców².

Wraz z procesem starzenia się społeczeństwa wzrasta liczba przestępstw popełnianych przez seniorów. W konsekwencji tego wzrasta liczba osób starszych przebywających w polskich zakładach karnych i aresztach śledczych. Na początku lat 90. XX w. odsetek tych osadzonych wynosił 0,2 %, w 2008 r. wzrósł do 0,9 %, a w 2011 r. wynosił już około 1 %³. Natomiast według stanu na dzień 31.12.2016 r. w polskich jednostkach penitencjarnych przebywało 3036 osób w wieku 60 lat i więcej, co stanowiło około 4,3% wszystkich osadzonych⁴.

Ze względu na postępujące procesy biologiczne i psychiczne osoby starsze są zwykle słabsze fizycznie i mniej zaradne w dbaniu o swoje interesy, dlatego w

¹ A. Starega, Przemoc wobec osób starszych, „Niebieska Linia” 2003, Nr 5, s. 5.

² K Michalska, Statystyczna starość, „Niebieska Linia” 2003, Nr 5, s. 3.

³ Roczna Informacja Statystyczna za rok 2011, Centralny Zarząd Służby Więziennej, <http://www.sw.gov.pl>

jednostkach penitencjarnych są one bardziej narażone na zagrożenie bezpieczeństwa osobistego oraz ekonomiczne wykorzystywanie przez współosadzonych. Może również częściej dochodzić do naruszania praw, przysługujących im na mocy przepisów regulujących wykonywanie tymczasowego aresztowania i kary pozbawienia wolności. Dostrzegając zwiększoną możliwość tych zagrożeń Rzecznik Praw Obywatelskich postanowił przeprowadzić badania sondażowe w celu sprawdzenia jak w praktyce wygląda sytuacja osób starszych przebywających w polskich jednostkach penitencjarnych.

Podstawowym problemem określenia starości jest ustalenie wskaźnika wieku, który ją rozpoczyna. Nie jest to jednak łatwe, gdyż starość to najbardziej zróżnicowana faza życia człowieka, „niepodlegająca regułom, zależy bowiem od poprzednich faz, dzieciństwa, młodości i dorosłości, a te były odmienne. Trudno stwierdzić kiedy starość się rozpoczyna jako zjawisko podlegające samoocenie, własnej świadomości”⁵. Naukowcy zajmujący się tym zagadnieniem podejmują wysiłki aby wskazać konkretne wyznaczniki starości, a zwłaszcza określić jej kryterium wieku.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) jako granicę starości przyjmuje wiek 65 lat⁶. Ponadto, w procesie starzenia doktryna wyróżnia pewne fazy starości: wiek podeszły 65-75 lat, wiek starczy 75-90 lat i wiek sędziwy powyżej 90 lat⁷. Te właśnie kryteria wiekowe dla określenia początku i poszczególnych faz starości przyjęto w niniejszym opracowaniu.

2. Zmiany zachodzące w organizmie osoby starszej, rzutujące na jej potrzeby podczas pobytu w izolacji penitencjarnej

Starzenie się organizmu jest naturalnym, nieodwracalnym i postępującym procesem, powodującym zmniejszenie zasobów funkcjonowania i tym samym stopniowe ograniczenie możliwości adaptacji do środowiska zewnętrznego i

⁴ Dane te uzyskano z Biura Informacji i Statystyki CZSW, dotyczą tylko osób skazanych i tymczasowo aresztowanych.

⁵ O. Czerniawska Starość wczoraj, dziś i jutro [w:] Ludzie starsi w trzecim tysiącleciu. Szanse, nadzieje, potrzeby, red. W. Wnuk, Wrocław 2002, s. 11.

⁶ (red.) L. Frąckiewicz, Polska a Europa, Procesy demograficzne u progu XXI wieku, Katowice 2002.

⁷ K. Wiśniewska-Roszkowska, Gerontologia dla pracowników socjalnych, Warszawa 1982, s. 10.

wewnętrznego⁸. W procesie biologicznego starzenia się jednostki wyróżnia się zmiany uniwersalne (występujące zawsze) i zmiany prawdopodobne (mogące wystąpić). Do zmian uniwersalnych zalicza się np. ubytek masy kostnej, utratę elastyczności skóry i jej przebarwienia. Natomiast zmiany prawdopodobne to takie, których możliwość wystąpienia jest znaczna, ale nie zawsze pewna np. depresja, artretyzm⁹.

Trzeba jednak pamiętać, że starzenie się jest procesem bardzo zindywidualizowanym, w którym czas wystąpienia i nasilenie nawet zmian uniwersalnych bywa różne u poszczególnych osób. Postępowanie tego procesu zależne jest od wielu czynników, takich jak m.in. odpowiednie odżywianie, dbanie o higienę osobistą, prowadzenie zdrowego trybu życia.

Biologiczne zmiany starcze, wynikające z naturalnego procesu starzenia, mogą być spotęgowane przez pewne zmiany patologiczne, będące skutkiem m.in. wieloletniego nadużywania alkoholu, niewłaściwego trybu życia, czy wstępującej już wcześniej choroby o charakterze przewlekłym. Zatem osoby dotknięte tymi zmianami będą oczekiwały od więziennej służby zdrowia stałej, często wysoce specjalistycznej opieki medycznej.

W wymiarze psychicznym starzenie się wiąże się z naturalnym spadkiem witalności i sprawności. W przypadku starzenia się patologicznego proces ten zarówno w zakresie zmian ilościowych, jak i jakościowych, będzie zawsze przebiegał bardziej dynamicznie. Może to prowadzić do zniedołężnienia lub utraty zdolności samodzielnego funkcjonowania. Najczęstszymi schorzeniami fizycznymi i psychicznymi osób w wieku senioralnym są: ograniczenie sprawności ruchowej, zespoły otępienne, zespoły depresyjne, choroby zwyrodnieniowe.

Ze schorzeń charakterystycznych dla psychicznego wymiaru starzenia, u seniorów przebywających w jednostkach penitencjarnych najczęściej występują zaburzenia psychiczne i zespoły otępienne. Podczas wykonywania kary pozbawienia wolności dolegliwości te często się nasilają, dlatego tak ważne jest zapewnienie im

⁸ K. Borysławski, Biologia starzenia się – dawniej i dziś. Psychologiczne i medyczne aspekty starości, [w:] „Biuletyn Sekcji Psychologii Rozwojowej PTP” 2005, Nr 3, s. 22-27.

⁹ M. Straś-Romanowska, Późna dorosłość [w:] J. Trempała (red), Psychologia rozwoju człowieka, Warszawa, 2011, s. 327.

odpowiedniej opieki psychologicznej i psychiatrycznej oraz umożliwienie korzystania z programów readaptacyjnych np. z zakresu kształtowania umiejętności społecznych.

Sytuację społeczną osób starszych wyznacza ich wiek oraz pełnione role społeczne. Zmiany w relacjach z innymi ludźmi oraz spadek sił witalnych stwarzają konieczność przewartościowania istniejących więzi. Podtrzymywane są te, które dana osoba uznaje za szczególnie ważne. Po osiągnięciu wieku emerytalnego i zakończeniu pracy zawodowej kontakty społeczne ulegają znacznemu zawężeniu. Ograniczają się zwykle do najbliższej rodziny i przyjaciół, o ile oczywiście senior ma takie osoby i również wcześniej utrzymywał z nimi więź. Kontakty z bliskimi są dla osób starszych bardzo ważne. Na wolności mogą je utrzymywać bez żadnych ograniczeń tj. tak często i w takiej formie jak chcą. W więzieniu osobiste kontakty z bliskimi są dużo rzadsze i bardziej sformalizowane, co szczególnie dotkliwie odczuwane jest przez pozbawionych wolności seniorów.

Wraz z wiekiem w życiu ludzi starych pojawiają się różne sytuacje i role społeczne. Stosunek do nich, a także rodzaj podjętej aktywności świadczą o stylu funkcjonowania w wieku senioralnym oraz postawie wobec starości. W teoriach gerontologicznych aktywność osób starszych określana jest jako szczególna potrzeba psychiczna i społeczna, warunkująca pełne i satysfakcjonujące życie w okresie starości¹⁰.

W warunkach więziennych umożliwienie osadzonym seniorom takiej aktywności wiąże się zwłaszcza z motywowaniem ich do uczestniczenia w różnych formach oddziaływań penitencjarnych oraz realizacji zadań indywidualnego programu terapeutycznego. Aktywizacja sfery intelektualnej przez udział w zajęciach kulturalno-oświatowych, sfery psychicznej przez uczestniczenie w różnego rodzaju terapiach oraz sfery fizycznej przez udział w dostosowanych do wieku i możliwości zajęciach sportowych, może skutecznie opóźnić lub zahamować proces otępienia starczego.

Jednak nie wszystkie osoby starsze prezentują postawę aktywną lub dają się do niej zmotywować. Część z nich wycofuje się z życia społecznego, przyjmując postawy pasywne, które zgodnie z teorią wyłączenia Elaine Cumming i Wiliama E. Henry'ego,

¹⁰ O. Czerniawska, Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii, Łódź 2000, s. 127.

uznawane są za znamienne dla okresu starości¹¹. Według autorów tej teorii jest to proces dwukierunkowy, odbywający się zarówno z inicjatywy osoby starszej, jak i innych członków społeczeństwa. W warunkach penitencjarnych niektórzy osadzeni seniorzy rezygnują z relacji z otoczeniem, co czasem dotyczy również ich środowiska wolnościowego, a otoczenie (w tym także społeczność więzienna) wycofuje się z kontaktów z nimi. Tacy osadzeni przestają utrzymywać kontakt z rodziną i znajomymi na wolności, nie chcą uczestniczyć w zajęciach organizowanych w jednostce penitencjarnej, ograniczają kontakty z wychowawcami i współosadzonymi. Z uwagi na to, że taka postawa osadzonych seniorów jest niekorzystna dla ich zdrowia i może prowadzić do szybszego postępowania procesu otępienia starczego, wychowawcy oraz psychologowie powinni zwracać większą uwagę na to, jak osadzeni ci funkcjonują w warunkach więziennych. W przypadku stwierdzenia postawy wycofującej, podejmować działania motywujące do zwiększenia aktywności społecznej w formach adekwatnych do ich możliwości intelektualnych i fizycznych.

3. Wykonywanie tymczasowego aresztowania i kary pozbawienia wolności wobec osób starszych, w świetle obowiązujących przepisów prawa międzynarodowego i polskiego

Przepisy prawa międzynarodowego, określające zasady postępowania z osobami pozbawionymi wolności, nie zawierają żadnych uregulowań dedykowanych specjalnie osobom starszym. Uregulowań takich nie ma ani we Wzorcowych regułach minimalnych Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczących postępowania z więźniami (Reguły Mandeli)¹², ani w Europejskich Regułach Więziennych¹³. W obu tych dokumentach typu soft-law, jest tylko mowa o potrzebie indywidualizacji w postępowaniu z osobami pozbawionymi wolności.

Pewne wskazanie odnośnie postępowania z więźniami seniorami można wyinterpretować z Reguły 2 pkt 2 Reguł Mandeli, która dotyczy stosowania w

¹¹ O. Czerniawska, op. cit., s. 127.

¹² Rezolucja przyjęta jednogłośnie przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 17 grudnia 2015 r., A/RES/70/175.

¹³ Rekomendacja Rec (2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych 1 (Przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 11 stycznia 2006 r. na 952 posiedzeniu delegatów).

praktyce zasady niedyskryminacji. Zaleca ona, aby administracja więzienna uwzględniała potrzeby więźniów, w szczególności tych należących do najbardziej wrażliwych kategorii i podejmowała niedyskryminujące środki mające na celu ochronę i promowanie ich praw. Do kategorii takich więźniów z pewnością zaliczyć należy osoby w wieku senioralnym.

Analizując prawo międzynarodowe typu soft law warto jednak zwrócić uwagę przede wszystkim na zalecenia dotyczące postępowania z seniorami, którzy weszli w kolizję z prawem lub z tego powodu zostali pozbawieni wolności, sformułowanymi w części VI załącznika do Rekomendacji CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych¹⁴. W punkcie 52 stanowią one bowiem, że „Państwa członkowskie powinny zapewnić, że warunki pozbawienia wolności osób starszych nie stanowią niehumanitarnego i poniżającego traktowania. W tym kontekście Państwa członkowskie powinny wziąć pod uwagę, że minimalny poziom dotkliwości uznawany za niehumanitarny i poniżający traktowanie zależy od kilku czynników, w tym wieku i stanu zdrowia zatrzymanego. Powinno się wziąć pod uwagę inne możliwości, niż pozbawienie wolności osób starszych.”

Natomiast zgodnie z punktem 53 „Państwa członkowskie powinny zadbać o dobrostan i godność zatrzymanej osoby starszej. W szczególności, powinny zapewnić, że jest regularnie badana i otrzymuje odpowiednie leki i opiekę w zakresie zdrowia psychicznego. Ponadto, Państwa członkowskie powinny zapewnić pozbawionym wolności osobom starszym warunki odpowiednie do ich wieku, w tym odpowiedni dostęp do infrastruktury sanitarnej, sportowej, edukacyjnej, szkoleniowej, umożliwiającej spędzanie wolnego czasu. Państwa członkowskie powinny zapewnić osobie starszej reintegrację społeczną po jej zwolnieniu”.

Polskie przepisy prawa nie zawierają żadnych specjalnych regulacji odnośnie wykonywania tymczasowego aresztowania i kary pozbawienia wolności wobec osób powyżej 65 roku życia. Zarówno w zakresie szeroko rozumianych warunków osadzenia, jak i pracy penitencjarnej, stosuje się do nich te same przepisy, które dotyczą wszystkich pozbawionych wolności.

¹⁴ Rekomendacja przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 lutego 2014 roku podczas 1192 spotkania wiceministrów.

Przepis art. 67 Kodeksu karnego wykonawczego (dalej k.k.w.) stanowi, że wykonywanie kary pozbawienia wolności ma na celu wzbudzenie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądaných postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa. Dla osiągnięcia tego celu prowadzi się zindywidualizowane oddziaływanie na skazanych w ramach określonych w ustawie systemów wykonywania kary, w różnych rodzajach i typach zakładów karnych. W oddziaływaniach na skazanych, przy poszanowaniu ich praw i wymaganiu wypełniania przez nich obowiązków, uwzględnia się przede wszystkim pracę, zwłaszcza sprzyjającą zdobywaniu odpowiednich kwalifikacji zawodowych, nauczanie, zajęcia kulturalno-oświatowe i sportowe, podtrzymywanie kontaktów z rodziną i światem zewnętrznym oraz środki terapeutyczne.

Jak z powyższego wynika, w polskim systemie penitencjarnym obowiązuje zasada zindywidualizowanego oddziaływania na osadzonych. Zgodnie z nią Służba Więzienna w postępowaniu z osadzonymi powinna uwzględniać ich potrzeby, w tym również związane z wiekiem i stanem zdrowia.

Z racji wieku i możliwości psychofizycznych więźniowie - seniorzy nie korzystają z większości form oddziaływań penitencjarnych wskazanych w art. 67 k.k.w. Nie kieruje się ich do zatrudnienia i nauczania, jest też niewiele zajęć kulturalno-oświatowych i sportowych, w których chcą i mogą uczestniczyć. Zatem oddziaływania penitencjarne, stosowane wobec tej grupy osadzonych powinny koncentrować się na zapewnieniu możliwie wiele form aktywności, dostosowanej do ich potrzeb i ograniczeń.

Bardzo ważna jest też rola Służby Więziennej w zapewnieniu tej grupie osadzonych odpowiednich do potrzeb warunków odbywania kary. Przepis art. 110 § 1 k.k.w. stanowi, że skazanego osadza się w celi mieszkalnej wieloosobowej lub jednoosobowej. W sytuacji gdy jest taka możliwość więźniowie seniorzy powinni być kwaterowani w celach mniejszych, z odpowiednio dobranym składem osobowym. Jest to bardzo istotne nie tylko ze względów socjalnych, ale również z uwagi na szczególną konieczność zapewnienia tym osadzonym bezpieczeństwa osobistego (art. 108 k.k.w.).

Z uwagi na specyfikę potrzeb zdrowotnych, osadzeni seniorzy wymagają odpowiedniej opieki medycznej (podstawowej i specjalistycznej), obsługi socjalnej, badań profilaktycznych, opieki geriatrycznej i sprzętu rehabilitacyjnego.

Prawo osadzonych do ochrony zdrowia i opieki medycznej określone jest w art. 102 pkt 1 k.k.w. i art. 115 k.k.w. Przepis art. 102 pkt 1 k.k.w. stanowi, że osadzony ma prawo do odpowiedniego ze względu na zachowanie zdrowia wyżywienia, odzieży, warunków bytowych, pomieszczeń oraz świadczeń zdrowotnych i odpowiednich warunków higieny. Zgodnie z art. 115 k.k.w. osadzonemu zapewnia się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne. Otrzymuje on także bezpłatnie protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, jeżeli ich brak mógłby pogorszyć stan zdrowia lub uniemożliwić odbywanie kary, a w innych wypadkach odpłatnie¹⁵.

Podczas pobytu skazanego w jednostce penitencjarnej świadczenia lecznicze udzielane są mu przede wszystkim przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności. Inne podmioty lecznicze współdziałają z nimi, gdy konieczne jest w szczególności: natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia i zdrowia oraz przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji, jeżeli nie można ich wykonać w placówkach więziennej służby zdrowia¹⁶.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach skazany może, po uzyskaniu pozytywnej opinii lekarza więziennego i zgody dyrektora zakładu karnego, być leczony na własny koszt przez lekarza spoza więziennej służby zdrowia oraz może korzystać z dodatkowych leków i innych wyrobów medycznych dostarczonych z wolności. Uprawnienie to dotyczy również tymczasowo aresztowanego, ale aby mógł z niego skorzystać musi uzyskać zgodę dyrektora oraz organu, do którego dyspozycji pozostaje.

¹⁵ Szczegółowo problem ten regulują przepisy rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (Dz. U. z 2003 r. Nr 204, poz. 1986).

¹⁶ Szczegółowo problem określają przepisy rozporządzeń Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. z 2012 r. poz. 738 ze zm.) oraz z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków, zakresu i trybu współdziałania podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności (Dz. U. z 2012 r. poz. 547).

Dla prawidłowego sprawowania nad osadzonymi seniorami funkcji opiekuńczej ważne jest również aby funkcjonariusze SW udzielali im wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Znając ich problemy i ograniczenia np. wnioskowali o zwolnienie ich z niektórych obowiązków lub przyznanie pewnych uprawnień. Możliwość takiego działania dają przepisy § 27 regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności¹⁷ oraz § 32 regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania tymczasowego aresztowania¹⁸. Zgodnie z tymi przepisami dyrektor może (na wniosek albo po zasięgnięciu opinii lekarza lub psychologa) podjąć decyzję o dokonaniu wobec osadzonych niezbędnych odstępstw od przewidzianego w regulaminie sposobu wykonywania kary pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania. Może to uczynić wobec osadzonych przebywających w szpitalach, izbach chorych oraz leczonych poza nimi, a także przewlekle chorych i rekonwalescentów oraz osadzonych, u których stwierdzono niepsychotyczne zaburzenia psychiczne, upośledzonych umysłowo, uzależnionych od alkoholu lub innych środków odurzających lub psychotropowych oraz niepełnosprawnych fizycznie.

4. Cel i sposób przeprowadzenia badań sondażowych

Celem badań było sprawdzenie jak w jednostkach penitencjarnych przestrzegane są prawa przebywających tam osadzonych seniorów. Spośród wszystkich więźniów seniorów tj. takich, którzy ukończyli 65 rok życia, postanowiono objąć badaniami tylko osoby w wieku starszym (75-90 lat) oraz w wieku sędziwym (powyżej 90 lat), gdyż uznano, że jako najstarsze i najbardziej nieporadne są w największym stopniu narażone na nieprzestrzeganie przysługujących im praw.

W ramach badań pracownicy BRPO¹⁹ przeprowadzili rozmowy indywidualne (według specjalnie przygotowanego kwestionariusza) z wytypowanymi osadzonymi oraz uzyskali od wychowawców informacje na temat funkcjonowania tych

¹⁷ Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 grudnia 2016 r., Dz. U. z 2016 r. poz. 2231.

¹⁸ Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r., Dz. U. z 2016 r. poz. 2290.

¹⁹ Badania przeprowadzili pracownicy Zespołu do spraw Wykonywania Kar przy współudziale pracowników Biur Pełnomocników Terenowych w Gdańsku, Katowicach i Wrocławiu.

osadzonych w oddziałach mieszkalnych. Zapoznali się również ze zgromadzoną w jednostkach penitencjarnych dokumentacją dotyczącą badanych osób, w tym:

- ze znajdującymi się w aktach ewidencyjnych wyrokami, na podstawie których aktualnie odbywają karę lub postanowieniami sądu o zastosowaniu tymczasowego aresztowania, postanowieniami sądu penitencjarnego w sprawach przerw w karze oraz warunkowego przedterminowego zwolnienia;

- ze znajdującymi się w aktach osobowych część B opiniami psychologicznymi, a w przypadku osób odbywających kary w oddziałach terapeutycznych z orzeczeniami penitencjarno-psychologicznymi;

- z przygotowanymi przez kierowników ambulatoriów opiniami o aktualnym stanie zdrowia, występowaniu chorób przewlekłych, dotychczasowym leczeniu oraz przeprowadzanych okresowo badaniach kontrolnych.

5. Charakterystyka osób badanych

Według informacji podanej przez Biuro Informacji i Statystyki CZSW w końcu czerwca 2016 r. w jednostkach penitencjarnych przebywały 74 osoby w wieku 75 lat i więcej. Przyjęto, że wszystkie te osoby będą stanowiły grupę badanych. Jednak z uwagi na to, że badania były prowadzone przez okres 6 miesięcy (od lipca do grudnia 2016 r.) niektórzy z tych osadzonych opuścili jednostkę penitencjarną z powodu zakończenia odbywania kary, czy uzyskania warunkowego zwolnienia bądź przerwy w karze, przed dotarciem do nich pracowników Biura RPO. Uniemożliwiło to przeprowadzenie z nimi rozmów, które były bardzo istotne dla oceny wyników badania, dlatego osoby te pominięto i ostatecznie grupa badanych osadzonych liczyła 62 osoby.

Było wśród nich 14 tymczasowo aresztowanych (wszyscy mężczyźni) i 48 skazanych (44 mężczyzn i 4 kobiety).

Tymczasowo aresztowanych w wieku 75-79 lat było 9, a w wieku 80 lat i więcej - 5. Skazanych w wieku 75-79 lat było 38, w wieku 80 lat i więcej – 10, w tym jeden miał 91 lat.

Najliczniejszą grupę tymczasowo aresztowanych stanowiły osoby podejrzane o popełnienie przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu - 8 osób, w tym 6 podejrzanych o

popęlnienie zabójstwa i po jednej ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i rozstroju zdrowia. Ponadto, 5 osób było podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece (wszystkie art. 207 k.k. - znęcanie), 4 - o popełnienie przestępstwa przeciwko wolności, 2 - przestępstwa przeciwko mieniu, 2 - przestępstwa przeciwko wolności i obyczajności (na szkodę osób małoletnich) i jedna – przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu (art. 163 § 1 k.k.)²⁰.

Zdecydowaną większość skazanych stanowili pierwszy raz karani - 32 osoby. Pozostałe 16 osób to recydywiści penitencjarni. Spośród pierwszy raz karanych 21 odbywało karę w zakładzie karnym typu zamkniętego, w tym 13 w systemie zwykłym, 2 programowanego oddziaływania i 6 w systemie terapeutycznym. W zakładzie karnym typu półotwartego karę odbywało 10 skazanych, w tym 4 w systemie zwykłym, 5 w systemie programowanego oddziaływania i jeden w systemie terapeutycznym. Jeden skazany pierwszy raz karany odbywał karę w zakładzie karnym typu otwartego, w systemie zwykłym.

Z grupy 16 recydywistów penitencjarnych, w zakładzie karnym typu zamkniętego przebywało 5, w tym 4 odbywało karę w systemie zwykłym, a jeden w terapeutycznym. Pozostałych 11 odbywało karę w zakładzie karnym typu półotwartego – 8 w systemie zwykłym, a 3 w systemie programowanego oddziaływania.

Jak z powyższego wynika, większość, bo 30 skazanych seniorów, odbywało karę w systemie zwykłym. Z pozostałych - 10 odbywało ją w systemie programowanego oddziaływania i 8 w systemie terapeutycznym.

Informacje na temat grupy i podgrupy klasyfikacyjnej były uzyskiwane z dwóch źródeł: bezpośrednio od osób badanych oraz od wychowawców lub z akt osobowych cz. B. Wielu badanych skazanych nie znało lub nie miało pełnej wiedzy na temat typu i rodzaju zakładu karnego oraz systemu w jakim odbywają karę. Spośród 10 skazanych odbywających karę w systemie programowanego oddziaływania tylko dwóch potrafiło wymienić zadania, które zgodnie z ustalonym dla nich programem realizują. Skazani odbywający karę w systemie terapeutycznym, którzy przebywali w

²⁰ Liczba przestępstw, o których popełnienie podejrzewano badanych tymczasowo aresztowanych była większa od liczby tych osób, gdyż niektórym z nich zarzucono popełnienie kilku przestępstw.

oddziałach terapeutycznych, mieli świadomości, że są objęci szczególną opieką psychologiczną. Przebywający poza oddziałami nie mieli takiej świadomości, ale mówili, że często odbywają rozmowy z psychologiem i że to nie oni są ich inicjatorami.

Gdy chodzi o rodzaj czynu, za który skazani odbywają karę, to najliczniejszą grupę (26 osób) stanowili sprawcy przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu. Osoby te dopuściły się najcięższego przestępstwa tj. zabili człowieka lub spowodowali ciężki uszczerbek lub rozstrój zdrowia swojej ofiary. Drugą co do wielkości grupę (15 osób) stanowili sprawcy przestępstw przeciwko mieniu, takich jak kradzież, kradzież z włamaniem, rozbój i oszustwo. Następną grupę (11 osób) stanowili sprawcy przestępstw przeciwko rodzinie i opiece, w tym wyłącznie przestępstwa znęcania określonego w art. 207 k.k. Ponadto, w badanej grupie skazanych były osoby, które popełniły przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności (7 osób - ofiarami wszystkich byli małoletni), przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji (4 osoby), przestępstwa przeciwko wymiarowi sprawiedliwości (2 osoby). Pojedyncze osoby były skazane za przestępstwo przeciwko wolności i przestępstwo przeciwko czci i nietykalności cielesnej. Jedna osoba (w wieku 91 lat) odbywała karę za czyn z art. 246 rozporządzenia Prezydenta RP z dnia 11 lipca 1932 r. – Kodeks karny²¹ w zw. z art. 2 ust. 1 i art. 3 ustawy z dnia 18 grudnia 1998 r. o Instytucie Pamięci Narodowej – Komisji Ścigania Zbrodni Przeciwko Narodowi Polskiemu (Dz. U. z 1998 r. Nr 155, poz. 1016 ze zm.)²².

Ze względu na czas trwania kary pozbawienia wolności skazanych można podzielić na następujące kategorie więźniów:

- krótkoterminowych - skazanych na karę do 6 miesięcy;
- średnioterminowych - skazanych na karę powyżej 6 miesięcy do lat 3;
- długoterminowych - skazanych na karę powyżej 3 lat.

²¹ „art. 246 Kto znęca się fizycznie lub moralnie nad pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy osobą nieletnią poniżej 17 lat lub bezbronną podlega karze więzienia do lat 5” Dz. U. z 1932 r. Nr 60, poz. 571.

²² Liczba przestępstw za które skazani odbywali kary jest większa od liczby skazanych objętych badaniem, gdyż niektórzy z nich odbywali kary za popełnienie kilku przestępstw.

W badanej populacji tylko 3 skazanych odbywało karę krótkoterminową do 6 miesięcy. W dwóch przypadkach były to osoby skazane za przestępstwa przeciwko mieniu, popełnione w warunkach art. 64 § 1 k.k., w jednym osoba skazana za spowodowanie naruszenia czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, trwający nie dłużej niż 7 dni (art. 157 § 2 k.k.) na karę z warunkowym zawieszeniem jej wykonania. Sąd zarządził wykonanie tej kary z uwagi na to, że sprawca w okresie próby nie wypełniał nałożonych na niego obowiązków, zwłaszcza nadużywał alkoholu.

Więźniów odbywających kary średnioterminowe było 18, w tym 4 odbywało kary od 6 miesięcy do roku, 8 - od roku do 2 lat i 6 - od 2 do 3 lat. W tej grupie najwięcej było osób skazanych za przestępstwa przeciwko mieniu oraz sprawców znęcania się nad członkiem rodziny (art. 207 k.k.). Ci ostatni albo byli skazani w warunkach art. 64 k.k. albo odbywali kary uprzednio warunkowo zawieszzone, których wykonanie zarządzono z uwagi na niewywiązywanie się w okresie próby z obowiązków²³, a czasem popełnienie kolejnego takiego samego przestępstwa.

Zdecydowanie najliczniejszą grupę (27 osób) stanowili więźniowie długoterminowi. Wśród nich 6 odbywało karę od 3 do 5 lat, 9 - od 5 do 10 lat, 7 - od 10 do 15 lat i 5 – karę 25 lat. Więźniowie długoterminowi odbywali kary za przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu (24 osoby), mieniu (2 osoby) i wolności seksualnej małoletnich (1 osoba).

Z badanej populacji skazanych 9 osób zakończyło odbywanie kary w 2016 r., a następnych 15 zakończy ją do końca 2017 r. W latach 2018 - 2020 koniec kary przypada 13 osobom, w latach 2021- 2024 8 osobom. Pozostałe 3 to skazani, którzy jeżeli odbędą karę w całości, opuszczą zakład karny w latach 2027, 2030 i 2033. Są to osoby, które w czasie badania (w 2016 r.) miały odpowiednio 79, 80 i 75 lat, a więc zakończą odbywanie kary mając 89, 94 i 92 lata.

²³ Dotyczyło to najczęściej obowiązku powstrzymania się od nadużywania alkoholu (art. 72 § 1 pkt 5 k.k.).

6. Ocena przestrzegania praw więźniów seniorów dokonana na podstawie wyników badania

a) Warunki bytowe

Z grupy 62 osób badanych, większość (44 osób) zakwaterowana była w celach małych tj. przeznaczonych dla 2 - 4 osób. W celach pięcioosobowych przebywało 12 osób, a pozostałych 6 w celach większych, z których największa była cela 12-osobowa. Zdecydowana większość zadowolona była z takiego zakwaterowania. Jedynie 6 osób, wśród których nie wszystkie przebywały w celach większych niż pięcioosobowe, wskazywało na potrzebę zmiany celi na mniejszą. Osoby te twierdziły, że lepiej czują się w małych pomieszczeniach, w których jest większa intymność i spokój. Jeden osadzony, przebywający w celi 12-osobowej z zakładzie typu zamkniętego, nie mając zastrzeżeń do współosadzonych twierdził, że ze względów zdrowotnych powinien być w celi mniejszej. Miał chorą prostatę i z tego powodu musiał często korzystać z toalety, co zwłaszcza rano było utrudnione.

Ogólnie warunki w celi mieszkalnej 52 osadzonych oceniło jako dobre, 8 jako średnie, a 2 uznało je za złe. Większość nie miała zastrzeżeń odnośnie wyposażenia, oświetlenia, ogrzewania i kącika sanitarnego w celi. Wszyscy spali na dolnej kondygnacji łóżek. Tylko nieliczni (10 osób) zgłosili uwagi odnośnie warunków w celi, wśród nich były też osoby, które generalnie warunki te uznały za dobre. Jako mankamenty wskazano niewygodne materace, przesłony w oknach ograniczające dopływ światła i powietrza, słabo grzejące kaloryfery, nie w pełni zabudowane lub ciasne kąciki sanitarne, brak ciepłej wody w celi, umieszczenie umywalki poza kącikiem sanitarnym.

Wszyscy osadzeni korzystali z kąpieli dwa razy w tygodniu. Odbywali ją w łaźniach położonych w tym samym budynku, w którym byli zakwaterowani. Część korzystała z łaźni znajdującej się w oddziale mieszkalnym, a jeden miał prysznic w kąciku sanitarnym w celi. W większości łaźni zamontowane były przegrody pomiędzy stanowiskami prysznicowymi. Z łaźni bez takich przegród korzystało 21 osadzonych. We wszystkich łaźniach znajdowały się wieszaki na odzież oraz ławki, podłogi wykonane były z płytek antypoślizgowych lub na czas kąpieli układano na nich maty gumowe. W 30 łaźniach były specjalne stanowiska przeznaczone dla osób

niepełnosprawnych ruchowo, wyposażone w siedzisko i uchwyty lub poręcze. W pozostałych osadzony niepełnosprawny mógł w czasie kąpieli skorzystać z przenośnego plastikowego krzeselka.

Osadzeni, z którymi rozmawiano, w większości dobrze oceniali warunki kąpieli. Jako dobre uznało je 58 osób. Cztery zgłosiły uwagi, z których dwie dotyczyły zbyt krótkiego czasu kąpieli i dwie braku intymności (niewydzielone stanowiska).

Z badanej grupy większość osadzonych (34 osoby) otrzymywała posiłki podstawowe. Z wyżywienia dietetycznego korzystało 28 osób, w tym 24 z diety lekkostrawnej, 3 z diety cukrzycowej, a jedna z diety indywidualnej. Spośród rozmówców 52 twierdziło, że wyżywienie jest ogólnie dobre (niektórzy nawet podkreślali, że bardzo dobre), 7 oceniło je jako średnie, a 3 jako złe. Jako mankamenty wskazywano niesmaczne zupy, za mało chleba, małe porcje na śniadanie, brak owoców. Trzy osoby korzystające z wyżywienia dietetycznego twierdziły, że czasem otrzymują produkty, których (według nich) ze względu na swoje schorzenie nie powinny spożywać. Osoby, które oceniły wyżywienie jako złe, podały, że jest go za mało lub jest bardzo niesmaczne.

Wyżywienie otrzymywane od administracji jednostki penitencjarnej osadzeni mogą uzupełniać produktami kupowanymi w kantynie oraz otrzymywanymi w paczkach. Zgodnie z art. 113a § 1 k.k. w mają prawo co najmniej trzy razy w miesiącu dokonywać zakupów artykułów żywnościowych i wyrobów tytoniowych oraz innych artykułów dopuszczonych do sprzedaży w zakładzie karnym, za środki pieniężne pozostające do ich dyspozycji w depozycie. Mają również prawo otrzymać raz w miesiącu paczkę żywnościową, w skład której wchodzi artykuły żywnościowe lub wyroby tytoniowe zakupione za pośrednictwem zakładu karnego, o czym stanowi przepis § 3 wymienionego wyżej artykułu. Osadzony otrzymuje paczkę żywnościową po złożeniu zamówienia na piśmie oraz po pokryciu kosztów przygotowania paczki. Zamówienie może być również złożone przez osobę najbliższą.

Z grupy 62 osadzonych 60 miało w depozycie środki pieniężne, którymi mogło dysponować. Osoby te otrzymywały świadczenia emerytalne lub rentowe, które co miesiąc wpływały do jednostki penitencjarnej lub były pobierane przez członka rodziny i w części przekazywane im na konto depozytowe. Z tych środków osadzeni

pokrywali koszty towarów kupowanych w kantynie jednostek penitencjarnych oraz zamawianych przez siebie paczek. Tylko 13 osadzonych twierdziło, że otrzymywało czasem paczkę zamówioną i opłaconą przez członka najbliższej rodziny. Dwóch skazanych (recydywistów penitencjarnych), którzy nie mieli uprawnień do korzystania ze świadczeń emerytalnych lub rentowych, nie dysponowało żadnymi środkami finansowymi, a zatem nie mogło korzystać z kantyny. Osoby te nie otrzymywały również wsparcia ze strony rodziny ani w formie wpłat pieniężnych ani zamawianych paczek żywnościowych.

Zgodnie z art. 112 k.k.w. osadzony ma prawo do co najmniej godzinnego spaceru w ciągu dnia. Skazani odbywający karę w zakładach karnych typu półotwartego i otwartego zwykle mogą korzystać ze spaceru dłużej niż godzinę. Uprawnienie do dodatkowego spaceru mogą mieć również osadzeni w zakładach karnych typu zamkniętego, jeżeli lekarz uzna, że jest to potrzebne dla poprawy ich stanu zdrowia. Decyzję w tej sprawie podejmuje dyrektor jednostki penitencjarnej.

Z grupy badanych 42 osoby podały, że regularnie korzystają ze spaceru, 3 z nich twierdziły, że mają zalecony spacer dodatkowy. Pozostałe 20 osób oświadczyło, że na spacer nie chodzi w ogóle lub robi to rzadko i tylko wtedy gdy jest ładna pogoda. Najczęściej podawanym powodem braku zainteresowania spacerem był stan zdrowia tj. utrudnione chodzenie z powodu bólu nóg (problemy reumatyczne lub krążeniowe), a także schorzenie prostaty stwarzające konieczność częstego korzystania z toalety. Niektórzy osadzeni twierdzili też, że nie lubią wychodzić, wolą spacerować po celi lub po korytarzu. Jeden osadzony podał, że wykonuje społecznie prace porządkowe na powietrzu i nie ma już ochoty na spacer.

Korzystający ze spaceru (42 osoby) w większości pozytywnie ocenili warunki na placach spacerowych. Jako mankament podano, że plac jest zbyt mały (jedna osoba) oraz, że jest na nim za mało słońca, bo ściany są betonowe (jedna osoba - tymczasowo aresztowana). Wszyscy osadzeni twierdzili, że na placach spacerowych są ławki oraz jeżeli wolno na nich używać wyrobów tytoniowych, to są do tego wyznaczone miejsca. Sześć osób podało, że plac spacerowy nie jest częściowo zadaszony, a jedna, że zadaszony jest zbyt mały, przy czym osoby te nie traktowały tego jako mankament.

Stan wszystkich placów spacerowych, z których faktycznie korzystali lub mieli prawo korzystać badani osadzeni, był również sprawdzany przez pracowników BRPO. Stwierdzili oni, że na wszystkich placach były zamontowane ławki. Większość osadzonych (49 osób) mogła odbywać spacer na placach częściowo zadaszonych, możliwości takiej nie miało 13 osób. Również większość (44 osoby) mogła korzystać z placów spacerowych, na których palenie tytoniu było dozwolone w wyznaczonych do tego miejscach, pozostałe odbywały spacer na placach, gdzie obowiązywał całkowity zakaz palenia. W jednym przypadku stwierdzono brak wyznaczonego miejsca do używania wyrobów tytoniowych i również w jednym wyznaczenie takiego miejsca pod jedynym znajdującym się na placu zadaszaniem, co powodowało, że osoby niepalące, korzystając z niego, były narażone na konieczność wdychania dymu tytoniowego.

Na podstawie informacji podanych przez osadzonych, a także ustaleń dokonanych przez pracowników BRPO można stwierdzić, że prawa badanych osadzonych – seniorów, dotyczące warunków bytowych były w większości przestrzegane. Personel jednostek penitencjarnych w ramach posiadanych możliwości brał pod uwagę potrzeby jakie w tym zakresie miały osoby starsze. Były one zwykle kwaterowane w małych celach, położonych na parterze lub w budynkach o niskiej (pawilonowej) zabudowie, spały na dolnej kondygnacji łóżek, korzystały z łaźni znajdujących się w tych samych budynkach, a bardzo często na tym samym piętrze, na którym mieszkały. W przypadkach wydania przez lekarza takich zaleceń, otrzymywały wyżywienie dietetyczne, dodatkowy lub dłuższy spacer oraz dodatkową łaźnię.

Wydaje się, że stwierdzone naruszenia praw osób badanych dotyczące warunków bytowych lub nie w pełni dostosowanie tych warunków do ich potrzeb, związanych z wiekiem i stanem zdrowia, wynikają przede wszystkim z obiektywnych trudności istniejących w poszczególnych jednostkach penitencjarnych. W tych, w których cele mieszkalne są w większości duże, mogą występować sytuacje, w których przejściowo osoba starsza musi być w takiej celi zakwaterowana.

Za niewłaściwe jednak należy uznać umieszczenie osoby starszej z chorą prostatą w celi 12-osobowej, wyposażonej tylko w jeden kącik sanitarny. Przepisy

prawa polskiego nie określają maksymalnej pojemności cel mieszkalnych w jednostkach penitencjarnych²⁴, jednak w oparciu o zasady wynikające z zaleceń międzynarodowych należy uznać, że warunki sanitarno-higieniczne w celach mieszkalnych kilkunastoosobowych nie zapewniają standardów minimalnych, niezbędnych dla poszanowania praw i godności przebywających w nich osób. Zgodnie z regułą 19.3 Europejskich Reguł Więziennych, więźniom należy zapewnić bezpośredni dostęp do urządzeń sanitarnych. Natomiast jedna toaleta w celi 12-osobowej nie zapewnia przebywającym tam osadzonym możliwości załatwienia potrzeby fizjologicznej w każdym czasie.

Są też jeszcze jednostki, w których kąpiki sanitarne nie zostały całkowicie zabudowane lub są tak małe, że nie można zamontować w nich umywalki i trzeba umieścić ją w celi, a w łazienkach nie przeprowadzono remontu, polegającego m.in. na zamontowaniu przesłon pomiędzy stanowiskami prysznicowymi. Rzecznik stoi na stanowisku, że braki te powodują, iż kara pozbawienia wolności lub tymczasowe aresztowanie wykonywane jest niezgodnie z zasadą określoną w art. 4 § 1 k.k.w., która stanowi, że ma się to odbywać w sposób humanitarny, z poszanowaniem godności ludzkiej osadzonego oraz zakazu poniżającego traktowania. Rzecznik uważa, że aby zasada ta była respektowana urządzenia sanitarne w celach wieloosobowych powinny być wydzielone w sposób zapewniający intymność przy wykonywaniu czynności higienicznych i załatwianiu potrzeb fizjologicznych. Tym samym tylko pełna i trwała zabudowa kąpika sanitarnego, tj. od podłogi do sufitu, z zapewnieniem niezbędnej wentylacji grawitacyjnej, oddzielnej dla węzła sanitarnego i celi mieszkalnej, daje gwarancję niekrępującego użytkowania urządzeń sanitarnych i jest zgodna z ideą humanitarnego wykonywania kary. Rzecznik uważa również, że umywalka nie powinna znajdować się poza kąpikiem sanitarnym. Usytuowanie jej w celi mieszkalnej powoduje, że nie jest spełniony wymóg zapewnienia osadzonym intymności podczas korzystania z urządzeń sanitarnych. Narusza to przepisy §§ 29 i 34 regulaminów organizacyjno-porządkowych wykonywania kary pozbawienia wolności i

²⁴ Zgodnie z przepisem zamieszczonym w Rozdziale 1 § 1 ust. 2 Wytocznych Nr 3/2011 Dyrektora Generalnego SW z dnia 04.10.2011 r. w sprawie wymagań technicznych i ochronnych dla pawilonów zakwaterowania osadzonych w nowobudowanych pawilonach mieszkalnych dla tymczasowo aresztowanych oraz odbywających karę w zakładach karnych typu zamkniętego nie należy planować cel większych niż 4-osobowe, a w zakładach karnych typu półotwartego większych niż 6-osobowe.

tymczasowego aresztowania, które stanowią, że urządzenia sanitarne sytuuje się w sposób zapewniający ich niekrępujące użytkowanie.

W kwestii udzielania kąpeli osadzonemu Rzecznik uważa, że powinna się ona odbywać się w warunkach zapewniających każdemu osadzonemu minimum intymności, odpowiadających pod tym względem ogólnie przyjętym w społeczeństwie standardom. Realizacją tych założeń jest zapewnienie podczas kąpeli każdemu osadzonemu wyodrębnionego - za pomocą ścianek działowych lub innego rodzaju osłon - stanowiska prysznicowego.

Rzecznik stoi również na stanowisku, że place spacerowe powinny być częściowo zadaszone, aby zapewnić osadzonemu możliwość korzystania z nich także w czasie deszczowej, śnieżnej czy bardzo upalnej pogody. Takie zalecenia formułuje również Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur w raportach z wizytacji w zakładach karnych i aresztach śledczych.

Podkreślić należy, że stanowisko Rzecznika we wszystkich sprawach, oprócz dopuszczalności sytuowania umywalki poza kąciem sanitarnym, podziela również Centralny Zarząd Służby Więziennej. W zakresie zabudowy kąciów sanitarnych i częściowego zadaszenia placów spacerowych zostały one uwzględnione w treści Wytycznych Nr 3/2011 Dyrektora Generalnego SW z dnia 4 października 2011 r. w sprawie wymagań technicznych i ochronnych dla pawilonów zakwaterowania osadzonych oraz Wytycznych Dyrektora Generalnego SW z dnia 4 czerwca 2013 r. w sprawie wymagań dla zabezpieczeń techniczno-ochronnych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej. Natomiast odnośnie przegród pomiędzy stanowiskami prysznicowymi w łazniach, Centralny Zarząd Służby Więziennej powiadomił Rzecznika pismem z dnia 15 marca 2010 r. (l.dz. BPR-0510/932/10/Z-1)²⁵, że chociaż brak w tej sprawie uregulowań w obowiązujących przepisach prawa, to Biuro Kwatermistrzowskie CZSW będzie dążyło do ich montowania, aby zapewnić osadzonemu odpowiednią intymność podczas kąpeli.

²⁵ Pismo to było odpowiedzią na pismo RPO z dnia 18 lutego 2010 r., RPO-517792/II/709/05.

b) Opieka lekarska

Zasady przyjmowania osadzonych przez lekarza ogólnego określone są w porządkach wewnętrznych jednostek penitencjarnych. Zgodnie z nimi zgłoszenia na wizytę przyjmowane są codziennie, a lekarz przyjmuje w określone dni tygodnia w ustalonych odstępach czasu. Wyjątek stanowią sytuacje nadzwyczajne, kiedy dochodzi do nagłego pogorszenia stanu zdrowia i w takich przypadkach pomoc medyczna udzielana jest bezzwłocznie przez lekarza zatrudnionego w jednostce penitencjarnej lub lekarza z powszechnej służby zdrowia (np. pogotowie ratunkowe). Konsultacje lekarzy specjalistów odbywają się na zlecenie lekarza ogólnego i najczęściej przeprowadzane są przez lekarzy zatrudnianych na część etatu w ambulatoriach jednostek penitencjarnych.

Spośród badanych osadzonych najwięcej osób (27) oceniło stan swego zdrowia jako zły. Z pozostałych 18 uznała go za średni, a 17 za dobry. Trzydzieści dziewięć osób (około 62,9 %) twierdziło, że leczy się stale z powodu choroby przewlekłej, takiej jak cukrzyca, astma, nadciśnienie, choroby układu krwionośnego, prostata, choroba nowotworowa. Pozostałe osoby wśród doznawanych dolegliwości wymieniały bóle reumatyczne stawów, bóle kręgosłupa, bóle nóg spowodowane chorobą naczyń krwionośnych, okresowe bóle spowodowane niestrawnością, podrażnieniem przewodu pokarmowego, chorobą układu moczowego.

Ponadto, spośród wszystkich badanych 45 osób zgłosiło problemy ze słuchem, 28 z pamięcią, 24 z poruszaniem się i 7 ze wzrokiem, wynikające z wystąpienia zaćmy.

Pomimo tak dużej liczby osób zgłaszających osłabienie słuchu tylko 2 korzystały z aparatu słuchowego i 2 oczekiwały na jego dostarczenie. Wśród tych ostatnich była jedna, dla której procedura załatwienia aparatu słuchowego została podjęta na skutek interwencji pracownika BRPO przeprowadzającego z nią wywiad. Pozostałe osoby odczuwające problemy ze słuchem twierdziły, że nie chcą jeszcze aparatu słuchowego bo na razie radzą sobie bez niego albo, że będą korzystały z takiego aparatu, ale dopiero po opuszczeniu zakładu karnego.

Spośród osób zgłaszających problemy z poruszaniem (24) jedna korzystała z protezy nogi, 8 z laski lub kuli ortopedycznej i jedna oczekiwała na kulę. Pozostałe

twierdziły, że chociaż odczuwają ból przy chodzeniu, środki ortopedyczne nie są im potrzebne.

Wszyscy badani korzystali z okularów do bliży, przy czym w większości były to ich okulary z wolności. W zakładzie karnym otrzymało je 28 osób. Dziewięciu osadzonych korzystało z okularów zarówno do bliży, jak i do dali.

Żaden z osadzonych nie żalił się na trudności z uzyskaniem środków ortopedycznych lub pomocniczych. Osoby cierpiące na zaawansowaną zaćmę podały, że oczekują na zabieg jej usunięcia, który odbędzie się w placówce powszechnej służby zdrowia, albo w ramach przerwy w karze, albo pod konwojem funkcjonariuszy SW.

Bez zastrzeżeń, podstawową opiekę medyczną oceniło 49 osób (około 79%), a niektóre z nich podkreślały, że jest ona bardzo dobra. Pozostałe 13 osób zgłosiło następujące uwagi odnośnie pracy lekarza ogólnego: „przepisuje leki inne niż zlecano na wolności, stosuje terapię, która nic nie pomaga, co oznacza, że leczy źle, jest niesympatyczny, czasem niecierpliw się jak często przychodzi się do niego i narzeka, nie zawsze przyjmuje chociaż osadzony zapisuje się w każdym terminie wyznaczonym dla swojego oddziału mieszkalnego”. Ponadto, jeden osadzony twierdził, że dieta cukrzycowa, którą otrzymuje zawiera niewłaściwe produkty i jeden (z chorobą Parkinsona) żalił się, że zbyt długo oczekuje na umieszczenie w oddziale dla przewlekle chorych Szpitala Zakładu Karnego w Czarnem.

Na pytanie o uwagi na temat opieki sprawowanej przez lekarzy specjalistów 44 osoby odpowiedziały, że żadnych uwag nie mają, a opieka jest dobra, 15 twierdziło, że z takiej opieki nie korzystało, a zastrzeżenia zgłosiły 3. Dwie twierdziły, że „lekarze się nie znają i źle leczą”, a jedna, że miesiąc czeka na wizytę u okulisty.

Na prośbę o wskazanie z pomocy jakich lekarzy specjalistów korzystali w okresie ostatniego roku, 19 osadzonych wymieniło okulistę, 13 neurologa, 11 kardiologa, po 10 urologa i psychiatrę, 9 ortopedę, 6 laryngologa, 4 stomatologa, 3 onkologa, po 2 reumatologa i chirurga oraz 1 osadzona – ginekologa.

Zaznaczyć należy, że wielu osadzonych twierdziło, iż często są przyjmowani przez różnych lekarzy, wiele razy z ich inicjatywy, ale nie bardzo wiedzą lub już nie pamiętają jacy to byli specjaliści.

Po dokonaniu analizy opinii o stanie zdrowia osadzonych, przygotowanych przez kierowników ambulatoriów stwierdzono, że istotnie osadzeni korzystali z konsultacji specjalistycznych częściej i w szerszym zakresie niż to wskazywali. W grupie tej byli również ci, którzy podali, że z porad lekarzy specjalistów w ogóle nie korzystali. Ponadto, na podstawie informacji podanych w tych opiniach stwierdzono, że w wielu wypadkach subiektywna ocena stanu zdrowia osadzonego różniła się od oceny lekarza. Częściej była ona gorsza, chociaż ujawniono również sytuacje przeciwne.

Nie bez znaczenia dla dokonywanej przez osadzonego oceny stanu własnego zdrowia jest jego stan psychiczny. Dlatego zapytano osadzonych czy korzystali z konsultacji psychologicznych. Odpowiedź negatywną udzieliło 25 osób. Z pozostałych 33 twierdziło, że miało kontakt z psychologiem, a 4, że tego nie wiedzą. Z grupy osadzonych, którzy potwierdzili kontakt z psychologiem 5 podało, że był on zawsze z ich inicjatywy, 4, że dochodziło do niego z inicjatywy zarówno ich, jak i psychologa, a 23, że inicjatorem wizyt był zawsze tylko psycholog. Jeden osadzony twierdził, że na konsultację psychologiczną skierował go wychowawca. Większość, bo 18 osób, uznało, że rozmowa z psychologiem była dla nich korzystna, chociaż nie zawsze potrafiły wskazać w czym to się przejawiało. Te, które podjęły próbę dokonania takiej oceny podawały, że podczas rozmowy mogły się wyzalić, co przyniosło im ulgę, że psycholog podtrzymał ich na duchu wskazując pewne możliwości wyjścia z trudnej sytuacji, a także, że warto czasem porozmawiać z kimś o swoich sprawach. Z pozostałych, 11 osób uważało, że wizyta u psychologa nic im nie dała, a 4 nie miały w tej sprawie zdania.

Po zapoznaniu się z dokumentacją zgromadzoną w aktach osobowych część B osadzonych okazało się, że wielu z tych, którzy negowali kontakt z psychologiem, byli przez niego konsultowani. Zakładając, że osoby te nie mówiły celowo nieprawdy można przypuszczać, że albo nie były w pełni zorientowane z kim rozmawiały albo z uwagi na zaburzenia pamięci po prostu o tym zapomniały.

Problemy zdrowotne badanych osadzonych seniorów były raczej typowe dla osób w tej grupie wiekowej, jednak z uwagi na miejsce w jakim ich doświadczali odczuwali je bardziej dotkliwie. Przebywając w jednostce penitencjarnej seniorzy

mają znacznie ograniczone możliwości korzystania z opieki medycznej, bo nie mogą sami decydować o wyborze lekarza, nie mogą też zweryfikować prawidłowości stosowanej terapii przez skonsultowanie jej u kilku specjalistów. Nie mogą również korzystać z pomocy i opieki członków rodziny, co w chorobie jest bardzo ważne. Dlatego wielu osadzonych, z którymi rozmawiano i którzy generalnie dobrze oceniali opiekę medyczną otrzymywaną w jednostce penitencjarnej twierdziło, że gdyby leczyli się na wolności, ich stan zdrowia byłby lepszy. Uważali, że wprawdzie lekarze więzienni robią co mogą aby im pomóc, ale ich możliwości są mniejsze niż lekarzy z powszechnej służby zdrowia. Były też osoby, które wskazywały, że ich rodziny miałyby na wolności możliwości finansowe zapewnienia im korzystania również z pomocy lekarzy zatrudnionych w prywatnych przychodniach i szpitalach, co ich zdaniem dawało jeszcze większą gwarancję pozytywnego wyniku leczenia. Jednak osoby te nie ubiegały się o uzyskanie zezwolenia na korzystanie w jednostce penitencjarnej na ich koszt z leczenia przez wybranego lekarza, chociaż możliwość taka określona jest w art. 115 § 6 k.k.w.

Mając przekonanie o większej skuteczności leczenia w warunkach wolnościowych, z grupy 48 skazanych objętych badaniem, 22 osoby ubiegały się o uzyskanie w tym celu przerwy w wykonaniu kary, w tym 13 osób składało w tej sprawie wnioski jeden raz, 8 osób dwa razy, a jedna osoba nawet sześć razy. Przerwę otrzymało 7 osób, 3 z nich korzystało z niej jeden raz, a 4 dwa razy. W postępowaniach w tych sprawach, toczących się przed sądem penitencjarnym, 11 skazanych korzystało z pomocy obrońcy z wyboru, a 7 z urzędu. Czterech skazanych podało, że składali wnioski o przyznanie obrońcy z urzędu w trybie art. 8 § 2 pkt 5 k.k.w., które sąd rozpatrzył pozytywnie. Natomiast trzem skazanym sąd w oparciu o wskazany wyżej przepis przyznał obrońcę z urzędu z własnej inicjatywy. Pozostali czterej skazani nie ubiegali się o przyznanie obrońcy z urzędu, również sąd nie widział takiej potrzeby.

Na podstawie analizy wypowiedzi osadzonych oraz informacji podanych przez kierowników ambulatoriów, opiekę medyczną świadczoną badanym seniorom w jednostkach penitencjarnych trzeba ocenić pozytywnie. Tak też w zdecydowanej

większości ocenili ją sami zainteresowani, co w świetle wyników innych badań²⁶ oraz stosunkowo dużej liczby skarg na opiekę medyczną, kierowanych przez osoby pozbawione wolności do BRPO, może wydawać się zaskakujące. Trzeba jednak pamiętać, że wskazane wyżej inne badania dotyczyły skazanych seniorów w wieku 65 lat i więcej, a autorzy skarg do BRPO chociaż z reguły nie podawali swojego wieku, to można przypuszczać, że w większości byli znacznie młodsi od osadzonych objętych niniejszym badaniem. Osadzeni z badanej grupy są najstarsi spośród wszystkich seniorów przebywających w polskich jednostkach penitencjarnych. Ich stan zdrowia jest wprawdzie zróżnicowany, ale w grupie tej znajduje się najwięcej osób z bardzo poważnymi schorzeniami, które wymagają przeprowadzania systematycznych badań i stałego leczenia. Osoby te, z uwagi na zaburzenia pamięci, czy zespoły otępienne, nie zawsze same zgłaszają się po pomoc medyczną. O ich potrzeby w tym zakresie musi więc szczególnie dbać więzienna służba zdrowia, która - jak widać - wywiązuje się z tego zadania dobrze.

Są natomiast problemy z zapewnieniem szybkiego leczenia w warunkach szpitalnych seniorom chorym przewlekle, którzy ze względu na pogorszenie stanu fizycznego, czy poważne zaburzenia funkcji psychicznych nie powinni już przebywać w zwykłych, a nawet terapeutycznych oddziałach mieszkalnych. Osoby takie kierowane są do jedynej w Polsce oddziału dla przewlekle chorych w Zakładzie Karnym w Czarnem. Do marca 2016 r. oddział ten liczył 25 łóżek, obecnie, po przeniesieniu go do budynku nowego szpitala, jego pojemność wzrosła do 36 łóżek. Jednak z uwagi na to, że do tego oddziału trafiają skazani przewlekle chorzy ze wszystkich jednostek penitencjarnych, przy czym nie są to tylko seniorzy, lecz również osoby młodsze, termin przyjęcia jest zwykle odległy. Do marca 2016 r. średni czas oczekiwania na wolne miejsce w oddziale wynosił około 3 lat, obecnie skrócił się do 2 lat. Dlatego, niezbędne jest oszacowanie przez Służbę Więzienną potrzeb w tym zakresie, z uwzględnieniem systematycznego wzrostu liczby osób starszych przebywających w jednostkach penitencjarnych i utworzenie jeszcze przynajmniej jednego takiego oddziału, w którymś ze szpitali więziennych położonych w południowej części Polski.

²⁶ S. Grzesiak, Praca penitencjarna z więźniami seniorami, Wrocław 2013, s. 289.

Istnieje też problem z zapewnieniem starszym więźniom, którzy tego wymagają, pomocy w zakresie spraw życia codziennego. W polskich jednostkach penitencjarnych opieka nad takimi osobami nie jest prawnie określona. Stosowany jest indywidualny dobór osadzonych w celi, tak by starsi więźniowie otrzymywali pomoc od kolegów. Niektóre jednostki²⁷, w ramach programu resocjalizacji, organizują dla młodszych skazanych kursy opiekuna osób starszych i niepełnosprawnych. Ich uczestnicy przechodzą przeszkolenie m.in. w zakresie higieny chorego, zabiegów pielęgnacyjnych, pomocy i pielęgnacji osób starszych. Skazani, którzy taki kurs ukończyli, są zatrudniani odpłatnie i przebywają w oddziałach gdzie odbywają karę osadzeni starsi i niepełnosprawni, niosąc im pomoc i zapewniając niezbędną opiekę.

Rozwiązanie to należy uznać za dobrą praktykę, która powinna być stosowana we wszystkich jednostkach penitencjarnych, w których przebywają więźniowie seniorzy.

c) Traktowanie przez współosadzonych oraz personel jednostki penitencjarnej.

Społeczność osób pozbawionych wolności nie jest jednorodna. Osadzeni różnią się od siebie cechami osobowości, temperamentem, komunikatywnością, kondycją fizyczną itp. Więźniowie seniorzy są dużo słabsi fizycznie, zamknięci w sobie, skoncentrowani głównie na swoim zdrowiu. W sprawach związanych z codziennym życiem potrzebują często pomocy innych. Przebywanie na ograniczonej przestrzeni tak różnych osób może powodować sytuacje konfliktowe, dlatego bardzo ważne dla spokoju i bezpieczeństwa więźniów seniorów jest kwaterowanie ich w celi z odpowiednio dobranymi osobami.

Mając to na uwadze zapytano badanych osadzonych - seniorów jak traktowani są przez współosadzonych w celi mieszkalnej. Większość, bo 30 osób, traktowanie to oceniła jako dobre. Osoby te twierdziły, że współosadzeni odnoszą się do nich z szacunkiem i sympatią, pomagają w codziennych sprawach. Kolejne 27 osób uznało, że są traktowane poprawnie tj. bez szczególnej serdeczności, ale też bez niechęci. Pięć osób uważało, że współosadzeni traktują je źle. Kpią, złośliwie wypominają wiek

²⁷ W Zakładzie Karnym w Pińczowie w 2016 r. zatrudnionych było do opieki nad więźniami seniorami pięciu skazanych, którzy ukończyli kurs „Opiekun Osób Starszych i Niepełnosprawnych”.

nazywając babcią lub dziadkiem, klną, ostentacyjnie nie rozmawiają twierdząc, że nie ma o czym, nie pomagają gdy więzień senior tego potrzebuje, mają pretensje, że często korzysta z toalety.

Badani osadzeni przebywali w większości w celach, których skład osobowy ze względu na wiek był zróżnicowany. W 18 przypadkach byli osadzeni w celi, w której współmieszkańcami były w większości osoby w wieku 50 lat i więcej, w 19 przypadkach osoby w wieku 41-50 lat, w 20 przypadkach osoby w wieku 31-40 lat i w 5 przypadku osoby w wieku 25-30 lat.

Żadnych zastrzeżeń odnośnie składu osobowego celi nie miało 56 rozmówców, przeciwnego zdania było 6. Trzech z nich chciało uzyskać zakwaterowanie z osobami starszymi, bo ci z którymi aktualnie mieszkali byli zbyt młodzi i nie mieli z nimi o czym rozmawiać. Dwóch osadzonych, którzy przebywali w celach dwuosobowych z osobami starszymi chciało je zmienić ze względu na to, że współosadzeni nie dbali o higienę. Jeden osadzony ubiegał się o zakwaterowanie w celi mniejszej, bo ze względu na chorą prostatę musiał często korzystać z kącika sanitarnego, a w celi, w której aktualnie przebywał (12-osobowej) było to utrudnione.

Zdecydowana większość osadzonych (61 osób) nie zgłosiła żadnych zastrzeżeń odnośnie traktowania przez wychowawcę i oddziałowych. Wiele z nich podkreślało, że wychowawcy są dla nich życzliwi, starają się udzielić pomocy, gdy tylko jest taka potrzeba. Oddziałowi odnoszą się do nich właściwie, w rozmowie z nimi używają zwrotu „pan”. Tylko jeden osadzony twierdził, że wychowawca nie zawsze jest pomocny, a oddziałowi uprzejmi. Żaden rozmówca nie zgłosił uwag odnośnie traktowania go przez dyrektora oraz innego funkcjonariusza lub pracownika cywilnego jednostki penitencjarnej.

Badanych osadzonych zapytano, czy w okresie ostatnich dwóch lat byli dyscyplinarnie karani. Dwóch z nich odpowiedziało twierdząco i podało, że byli karani kilka razy za: niewstanie na apel, zbieranie leków, posiadanie w celi 50 zł, używanie słów wulgarnych. Za te przekroczenia otrzymali karę nagany, którą uważali za sprawiedliwą.

Z badanej grupy tylko jeden osadzony podał, że stosowano wobec niego środek przymusu bezpośredniego w postaci siły fizycznej, w związku z odmową wykonania polecenia dotyczącego zmiany celi.

Na pytanie czy administracja jednostki penitencjarnej stosowała wobec osadzonego jakieś odstępstwa od przewidzianego w regulaminie sposobu wykonywania tymczasowego aresztowania lub kary pozbawienia wolności, większość rozmówców odpowiedziała przecząco i stwierdziła, że nic nie wiedziała o możliwości ubiegania się o takie odstępstwa. Tylko jeden podał, że ze względu na problemy trawienne zabiegał o zgodę na posiadanie dodatkowego czajnika elektrycznego, w sytuacji gdy zgodnie z porządkiem wewnętrznym jeden taki czajnik już był w celi. Jego prośba w tej sprawie została rozpatrzona pozytywnie.

Z prowadzonych w czasie badań rozmów z wychowawcami wynika, że mają oni na uwadze zarówno potrzeby, jak i bezpieczeństwo osadzonych seniorów. Ich zdaniem osadzeni ci są zazwyczaj spokojni i nie sprawiają trudności wychowawczych. Z uwagi na to, że są mniej zaradni i nie zawsze potrafią sami zadbać o swoje sprawy, trzeba zwracać większą uwagę na to jak funkcjonują w oddziale i objąć ich wzmoczoną opieką wychowawczą, a gdy jest taka potrzeba również psychologiczną i medyczną. W kontaktach z więźniami seniorami trzeba okazywać dużą cierpliwość, gdyż ze względu na zaburzenia pamięci często kilkakrotnie proszą o wyjaśnienie tego samego problemu. Jedną z najważniejszych spraw jest kontrolowanie czy osadzony senior ma zapewnione bezpieczeństwo osobiste oraz, czy nie jest wykorzystywany ekonomicznie przez współosadzonych. Więźniowie seniorzy w większości dysponują środkami finansowymi, gdyż otrzymują emerytury lub renty. Są często naiwni i opowiadają współosadzonym ile mają pieniędzy na koncie depozytowym, a ci mogą ich namawiać, a nawet zmuszać do dokonywania dla nich zakupów w kantynie. Taka sytuacja spotkała skazanego z badanej grupy, który za namową współosadzonych zakupił większą niż zwykle ilość artykułów żywnościowych i higienicznych. Zwróciło to uwagę wychowawcy, który przeprowadził rozmowę ze skazanym seniorem i wyjaśnił mu, że nie powinien opowiadać współosadzonym o tym ile ma pieniędzy. Ponadto, dla zapewnienia temu skazanemu bezpieczeństwa podjął decyzję o przeniesieniu go do innej celi.

d) Kontakty ze światem zewnętrznym

Utrzymywanie kontaktu z bliskimi i ze światem zewnętrznym ma dla osób pozbawionych wolności duże znaczenie. Potrzeba ta, zwłaszcza gdy chodzi o osoby bliskie, jest szczególnie silna u osób starszych.

Wszyscy badani osadzeni odczuwali potrzebę takiego kontaktu i zgodnie z obowiązującymi przepisami mogli go realizować w formie korespondencji, rozmów telefonicznych oraz widzeń. Niektórzy skazani odbywający karę w zakładach karnych typu półotwartego i otwartego utrzymywali również kontakt z rodziną w miejscu jej zamieszkania, korzystając z przepustek z zakładu karnego udzielanych w trybie art. 91 pkt 7 i art. 92 pkt 9 k.k.w.

W badanej grupie 24 osoby utrzymywały kontakt korespondencyjny, najczęściej z rodziną, a rzadziej ze znajomymi. Wśród tych ostatnich byli recydywiści penitencjarni, których więzi rodzinne zostały zerwane. Pozostałe 38 osób twierdziło, że nie prowadzi korespondencji bo nie lubi pisać listów, a kontakty z bliskimi realizuje w innych formach.

Za pośrednictwem samoinkasujących aparatów telefonicznych kontakty ze światem zewnętrznym realizowało 38 osób. W tej grupie było też 6 osób tymczasowo aresztowanych, które uzyskały zgodę organu dysponującego na kontaktowanie się telefonicznie z osobą najbliższą. Pozostałe 24 osoby nie korzystały z telefonu. Byli to tymczasowo aresztowani, którzy nie mieli zgody na tę formę kontaktu (8 osób) oraz skazani, którzy z własnej woli z tego rezygnowali. Wśród tych ostatnich były też osoby źle słyszące.

Spośród badanych 34 osoby podały, że są w zakładzie karnym regularnie odwiedzane, najczęściej przez żonę, dzieci oraz wnuki, rzadziej przez rodzeństwo i znajomych. Osadzeni, którzy nie korzystali z widzeń (28 osób) twierdzili, że przebywają w jednostce penitencjarnej znacznie oddalonej od miejsca zamieszkania i odwiedzanie ich stanowi dla rodziny trudność. W tej grupie były również osoby odbywające karę w zakładach karnych typu półotwartego i otwartego, korzystające regularnie z przepustek, które uważały, że w związku z tym oraz nieograniczonym

dostępem do telefonu nie ma sensu, aby ich bliscy tracili czas na odwiedzanie ich w jednostce penitencjarnej.

Podczas rozmów z pracownikami BRPO żaden z osadzonych nie sygnalizował występowania trudności w korzystaniu z przysługującego mu, na podstawie obowiązujących przepisów, prawa do kontaktów ze światem zewnętrznym.

e) Praca resocjalizacyjna ze skazanymi seniorami

Kodeks karny wykonawczy z 1997 r. zrezygnował z przymusu resocjalizacji w czasie odbywania kary, uznając poszanowanie prawa człowieka do decydowania o sobie oraz fakt, że efektywne może być takie oddziaływanie na osobę dorosłą, które ona sama zaakceptuje i w którym aktywnie będzie uczestniczyła. Oddziaływanie resocjalizacyjne na skazanego dorosłego stało się zatem jego uprawnieniem i ofertą ze strony administracji więziennej, z której może, lecz nie musi skorzystać.

Podstawą wykonywania kary w systemie nakierowanym na resocjalizację jest indywidualny program oddziaływania, opracowany przy współudziale skazanego. W programie oddziaływania ustala się m. in. rodzaje potrzebnej terapii oraz działań zmierzających do przygotowania skazanego do życia po zwolnieniu z zakładu karnego (utrzymywanie kontaktów ze środowiskiem zewnętrznym, wypełnienie czasu wolnego). Pozostawienie skazanemu decyzji odnośnie wyboru systemu w jakim chce odbywać karę nie oznacza, że wobec tych skazanych, którzy wybiorą system zwykły, rezygnuje się z pozytywnych oddziaływań, o których mowa w art. 67 § 3 k.k.w

Jak już wyżej wskazano w grupie 48 skazanych seniorów większość (30 osób) nie podjęła decyzji o odbywaniu kary w systemie programowanego oddziaływania i odbywała ją w systemie zwykłym. Z racji wieku osoby te nie miały możliwości korzystania ze wszystkich form wychowawczego oddziaływania na skazanych, wśród których przepis art. 67 § 3 k.k.w. wymienia pracę, zwłaszcza sprzyjającą zdobywaniu odpowiednich kwalifikacji zawodowych, nauczanie, zajęcia kulturalno-oświatowe i sportowe, podtrzymywanie kontaktów z rodziną i światem zewnętrznym oraz środki terapeutyczne.

W przypadku wszystkich badanych, korzystano z podtrzymywania (w różnych formach) kontaktów z rodziną i światem zewnętrznym.

Wielu badanych uczestniczyło także w zajęciach kulturalno-oświatowych. Najwięcej osób podało, że słucha radia i ogląda telewizję w celi mieszkalnej, czyta książki oraz gra (również głównie w celi) w gry planszowe, takie jak szachy i warcaby. Jeden skazany mówił, że w czasie wolnym wytwarza w celi rękodzieło z papieru. Korzystanie z zajęć odbywających się w świetlicy potwierdziło 26 osób²⁸, natomiast 36 podało, że nie jest tym zainteresowane. Jako powód niewychodzenia do świetlicy wskazywano, że nie ma tam zajęć dla osób starszych i jest zbyt głośno. Tylko jeden osadzony, mający 76 lat, podał, że uprawia sport ćwicząc w siłowni. Dla pozostałych jedyną formą aktywności fizycznej był godzinny spacer w ciągu dnia, a niektórzy nawet i z tego nie korzystali.

Dwóch skazanych na własną prośbę wykonywało nieodpłatnie prace porządkowe, jeden w oddziale mieszkalnym, a drugi na terenie zakładu karnego. Osoby te twierdziły, że mając możliwość pracy czują się potrzebne i szybciej mija im czas.

Wśród badanych, odbywających karę w systemie zwykłym, znalazły się osoby uzależnione od alkoholu, których z różnych względów nie można było zakwalifikować do odbywania kary w systemie terapeutycznym. W tej grupie byli wszyscy skazani za znęcanie się nad członkiem rodziny (art. 207 k.k.), których kary były krótsze od czasu jaki obecnie trzeba czekać na wolne miejsce w oddziale terapeutycznym dla osób uzależnionych od alkoholu oraz skazani za popełnienie innych przestępstw, którzy ze względu na zmiany organiczne OUN i zaburzenia funkcji poznawczych, nie byli w stanie brać udziału w zajęciach dla uzależnionych od alkoholu prowadzonych w oddziałach terapeutycznych. Osoby te uczestniczyły w zajęciach psychoedukacyjnych z zakresu profilaktyki alkoholowej (np. Faros) oraz były motywowane do udziału w mitingach AA. Skazanych za przestępstwa z użyciem przemocy (m.in. z art. 207 k.k.) motywowano również do brania udziału w programach resocjalizacyjnych z zakresu przeciwdziałania agresji, radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych itp.

Wśród badanych było 10 osób odbywających karę w systemie programowanego oddziaływania. Tylko dwie z nich potrafiły wymienić zadania jakie zgodnie z

²⁸ Podane w tym zdaniu liczby odnoszą się do całej grupy badanych więźniów seniorów tj. skazanych i tymczasowo aresztowanych.

programem powinny realizować. Zarówno w ich przypadku, jak i pozostałych ośmiu skazanych, zadaniami tymi było utrzymywanie kontaktu z rodziną oraz korzystanie z zajęć kulturalno-oświatowych. Tak więc sposób odbywania kary przez te osoby nie różnił się od tego jak odbywały ją skazani w systemie zwykłym.

W systemie terapeutycznym odbywało karę 8 osób. Osoby te w szerszym zakresie niż pozostałe objęte były oddziaływaniami leczniczo-rehabilitacyjnymi oraz korzystały z potrzebnych im programów resocjalizacyjnych. Ze względu jednak na postępujące zmiany otępienne, znacznie ograniczające im możliwości nabywania nowych doświadczeń, uczenia się oraz przepracowywania swoich problemów, oddziaływania te musiały być zawsze dostosowane do ich możliwości percepcji.

Jak z powyższego wynika zakres pracy resocjalizacyjnej z najstarszymi seniorami jest znacznie mniejszy z uwagi na ograniczenia związane ze stanem zdrowia oraz możliwościami fizycznymi i intelektualnymi tych osób.

Na podstawie wypowiedzi skazanych seniorów odbywających karę w systemie zwykłym i programowanego oddziaływanie, na temat tego jak spędzają czas wolny oraz w jakich zajęciach organizowanych przez zakład karny uczestniczą, można stwierdzić, że oferta takich zajęć jest niewielka. Wydaje się, że w praktyce z tymi więźniami - seniorami nie prowadzi się żadnej pracy resocjalizacyjnej i to oni sami muszą znaleźć sobie zajęcia, którymi wypełnią wolny czas. O tym jakie mają w tym względzie możliwości bardzo często przesądza ich stan zdrowia (słaby wzrok, słuch, trudności w poruszaniu), a także to, jaki mają kontakt ze współosadzonymi (czy są lubiani, akceptowani) oraz to czy mają jakieś zainteresowania. Z wypowiedzi badanych osadzonych wynika, że większość z nich spędza czas w sposób bierny, najczęściej oglądając w celi telewizję, czytając, grając w karty, czy leżąc na łóżku. Są też tacy, którzy rzadko bądź wcale nie wychodzą na spacer, co niewątpliwie nie jest korzystne dla ich zdrowia.

Lepsza, chociaż stosunkowo niewielka, jest oferta zajęć organizowanych przez zakład karny dla skazanych seniorów objętych oddziaływaniami terapeutycznymi i wychowawczymi, odbywających karę w oddziałach terapeutycznych, a w niektórych przypadkach także w oddziałach zwykłych.

Jak już wcześniej wspomniano aktywne uczestniczenie przez osadzonych seniorów w zajęciach kulturalno-oświatowych, różnego rodzaju terapiach oraz dostosowanych do ich możliwości fizycznych zajęciach sportowych, może skutecznie opóźnić lub zahamować proces otępienia starczego. Dlatego tak ważne jest aby, nawet przy niewielkiej ofercie zajęć, wychowawcy motywowali więźniów seniorów do aktywnego w nich uczestniczenia. Żeby zwracali uwagę na osoby starsze, które rzadko lub wcale nie chodzą do świetlicy lub na spacer, pytali co jest tego przyczyną i skłonić je do zmiany postępowania. Potrzebne jest również poszerzenie oferty zajęć kulturalno-oświatowych mogących zainteresować osoby starsze.

f) Sytuacja osadzonych po wyjściu na wolność i ich oczekiwania dotyczące pomocy postpenitencjarnej

Utrzymywanie kontaktów z rodziną, świadomość, że można liczyć na jej pomoc, a także wysokość wymierzonej kary pozbawienia wolności lub przybliżony termin opuszczenia zakładu karnego, związany z nadzieją na uzyskanie warunkowego przedterminowego zwolnienia, mają istotny wpływ na to, jak osadzeni oceniają możliwości swojej egzystencji po opuszczeniu jednostki penitencjarnej oraz czy mają w związku z nią jakieś plany.

Z badanej grupy osadzonych zdecydowana większość (60 osób) korzystała ze świadczeń emerytalnych lub rentowych, miała zatem zapewnione środki utrzymania.

Również zdecydowana większość (55 osób) miała gdzie wrócić po opuszczeniu jednostki penitencjarnej. Najwięcej, bo 41 osób, zamierzało wrócić do swojego mieszkania, 7 - do mieszkania dzieci, 6 - do mieszkania kogoś z dalszej rodziny, a jedna do mieszkania innej osoby (znajomego). Pozostałe 7 osób podało, że nie posiada własnego miejsca zamieszkania, nie ma też nikogo kto po zwolnieniu z zakładu karnego chciałby zaoferować im schronienie.

Po odzyskaniu wolności 28 osób będzie mieszkało wspólnie z innymi osobami (najczęściej z żoną, dziećmi) i jak twierdziło w razie potrzeby będzie mogło liczyć na ich pomoc. Z pozostałych 34 osób, 18 podało, że będzie mieszkało samotnie, ale ich zdaniem w sprawach dotyczących życia codziennego nie będzie im potrzebna pomoc innych osób. Natomiast 16 uważało, że będzie takiej pomocy potrzebowało. Z tej

grupy 8 twierdziło, że ma osoby od których ją otrzyma (dzieci, siostra, znajoma) oraz 8, że takich osób nie ma. Wśród tych ostatnich było 7 osadzonych, którzy po opuszczeniu jednostki penitencjarnej również nie będą mieli zapewnionego miejsca zamieszkania.

Na pytanie zadane osadzonym czy i ewentualnie jakiej pomocy będą oczekiwali od administracji penitencjarnej przed zwolnieniem, większość (55 osób) odpowiedziało, że żadnej. Osoby te twierdziły, że mają miejsce zamieszkania, do którego mogą wrócić, środki finansowe na utrzymanie oraz rodzinę, która w razie potrzeby im pomoże, a jeżeli nie będzie mogła zwrócić się do Ośrodka Pomocy Społecznej o przyznanie opiekuna.

Trzy osoby odpowiedziały, że będą potrzebowały pomocy w zakresie całkowitego zapewnienia warunków egzystencji, tj. miejsca zamieszkania i pełnego utrzymania. Wśród tych osób były dwie, które nie miały wypracowanych uprawnień do otrzymania emerytury lub renty. Natomiast 4 osadzonych stwierdziło, że nie zastanawiali się jeszcze nad tym, gdyż mają odległy koniec kary lub są dopiero tymczasowo aresztowani, a zarzuca im się popełnienie poważnego przestępstwa (zabójstwa), zagrożonego surową karą. Osadzeni ci wyrażali obawę, że zważywszy ich obecny wiek i stan zdrowia, jest bardzo prawdopodobne, iż zakończą życie podczas pobytu w jednostce penitencjarnej.

Obawy o to, że nie dożyją odzyskania wolności wyrażali również inni osadzeni - seniorzy. Sygnalizowały je zwłaszcza osoby poważnie chore, mocno związane z rodziną, które ze smutkiem podkreślały, że pragną chociaż na krótko przed śmiercią odzyskać wolność, aby zakończyć życie w otoczeniu najbliższych.

Z grupy 48 skazanych seniorów 32 odbyło już tę część kary, po której zgodnie z art. 78 k.k. mogli ubiegać się o warunkowe przedterminowe zwolnienie. Połowa z nich skorzystała z tego prawa, w tym 11 składało wnioski w tej sprawie raz, 4 - dwa razy, a 1 - osiem razy. Wszystkie wnioski sądy penitencjarne rozpatrzyły odmownie uznając, że proces resocjalizacji składających je skazanych nie został jeszcze zakończony. W postępowaniach w tych sprawach 6 skazanych korzystało z pomocy obrońcy z wyboru oraz 6 z pomocy obrońcy z urzędu, w tym jeden dwa razy. Jeden osadzony składał wniosek o przyznanie obrońcy z urzędu w trybie art. 8 § 2 pkt 5 k.k.w., który sąd

rozpatrzył pozytywnie. Natomiast pięciu skazanym sąd, na podstawie wskazanego wyżej przepisu, przyznał obrońcę z własnej inicjatywy. Pozostali skazani, którzy składali wnioski o warunkowe zwolnienie, nie ubiegali się o przyznanie obrońcy z urzędu, potrzeby takiej nie widział również sąd penitencjarny.

Z informacji uzyskanych od wychowawców wynika, że gdy skazany jest w stanie terminalnym, administracja zakładu karnego występuje do sądu penitencjarnego z wnioskiem o udzielenie mu przerwy w wykonywaniu kary i wówczas umiera on na wolności. Nie zawsze jednak zbliżający się moment odejścia da się zauważyć, dlatego zdarzają się przypadki śmierci w więzieniu. Dotyczą one nie tylko więźniów seniorów, lecz również osadzonych młodszych.

W przypadku zbliżającego się końca kary skazanego seniora, który nie ma miejsca zamieszkania, środków do życia i potrzebuje pomocy w codziennej egzystencji, wychowawca do spraw pomocy postpenitencjarnej podejmuje działania w celu znalezienia dla niego miejsca w domu pomocy społecznej. Gdy jednostkę opuszcza osadzony mający mieszkanie, ale wymagający w codziennym życiu pomocy innej osoby, na jego prośbę zawiadamiany jest o tym właściwy miejscowo ośrodek pomocy społecznej.

W grupie osadzonych objętych badaniami nie było osób, którym w okresie 6 miesięcy przypadał koniec kary i których sytuacja po zwolnieniu wymagałaby podjęcia przez administrację powyższych działań.

7. Zakończenie

Pobyt w warunkach pozbawienia wolności jest szczególnie trudny dla więźniów seniorów, zwłaszcza tych najstarszych w wieku starczym i sędziwym. Osoby te ze względu na wiek oraz związane z nim schorzenia fizyczne i psychiczne znacznie silniej odczuwają różne niedogodności i ograniczenia, które występują w izolacji penitencjarnej.

W Rekomendacji CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji osób starszych wskazuje się, że poziom dotkliwości uznawany za nieludzkie i poniżające traktowanie zależy m.in. od wieku i stanu zdrowia osoby uwięzionej. Dlatego zaleca się, aby wobec osób starszych,

podejrzanych albo uznanych za winne popełnienia czynów przestępczych, w pierwszej kolejności brać pod uwagę inną możliwość niż pozbawienie wolności. W Rekomendacji jako przykład dobrej praktyki wymieniono Grecję, której system penitencjarny oferuje osobom starszym różnorodne ułatwienia poprzez alternatywny system obliczania okresu osadzenia. Polegają one m.in. na tym, że 70-latek skazany na dożywocie może się starać o przedterminowe zwolnienie po 16, a nie 20 latach odbywania kary. Ponadto, po ukończeniu 65 roku życia, pozostały do odbycia okres kary skraca się o połowę²⁹.

Polski system penitencjarny nie przewiduje w tym zakresie żadnych preferencji dla osób starszych. Gdy chcą opuścić jednostkę penitencjarną przed końcem orzeczonej kary mogą oni jedynie korzystać z tych samych środków prawnych co wszyscy skazani tj. ułaskawienia i warunkowego przedterminowego zwolnienia.

Stan zdrowia skazanego sądy biorą pod uwagę orzekając o przerwie w wykonaniu kary. Udzielają jej jeżeli schorzenie, na które skazany cierpi, wymaga pilnego leczenia, które nie może być prowadzone w warunkach więziennych. Jeżeli u skazanego stwierdzono chorobę psychiczną lub inną ciężką chorobę uniemożliwiającą wykonywanie kary pozbawienia wolności, to zgodnie z art. 150 k.k.w. przerwa udzielana jest obligatoryjnie do czasu ustania przeszkody.

Ustalenia dokonane w toku przeprowadzonego badania wskazują, że polskie sądy stosują tymczasowe aresztowanie wobec osób starszych wówczas, gdy są one podejrzane o popełnienie zbrodni oraz występów o znacznej szkodliwości społecznej. Również karę pozbawienia wolności wymierzają tym osobom w przypadku skazania ich za popełnienie poważnych przestępstw. Badani skazani seniorzy w większości odbywali kary długoterminowe. W grupie osób odbywających kary krótko i średnioterminowe znaczną część stanowiły osoby, które popełniły przestępstwa w warunkach art. 64 k.k. oraz osoby, którym kary te pierwotnie wymierzono w zawieszeniu, a zarządzenie ich wykonania nastąpiło z uwagi na niewywiązywanie się w okresie próby z nałożonych obowiązków lub popełnienie w tym czasie podobnego przestępstwa umyślnego.

²⁹ Dobre praktyki do reguły 52.

Pobyty w jednostce penitencjarnej osób w wieku senioralnym, schorowanych i cierpiących na szereg różnych dolegliwości wynikających z ich starczego wieku, jest trudny nie tylko dla nich, ale również dla administracji tych jednostek. Więźniowie seniorzy, głównie w związku z potrzebami natury opiekuńczej, w największym stopniu angażują czas i uwagę wychowawców. Dlatego pojawiają się propozycje, aby w kilku jednostkach penitencjarnych w Polsce zorganizować oddziały przeznaczone dla osób starszych, w których wykonywanie kary będzie mogło być w większym stopniu dostosowane do potrzeb tych osób. Rozwiązanie takie, z pewnych względów korzystne, nie jest jednak pozbawione wad.

Skazani - seniorzy są w większości bardzo związani ze swoimi rodzinami i osobisty kontakt z nimi jest dla nich bardzo ważny. Odbywanie kary w jednostce penitencjarnej położonej w większej odległości od miejsca zamieszkania wpłynęłoby na znaczne ograniczenie widzeń z bliskimi. Ponadto wydaje się, że kwaterowanie więźniów seniorów wyłącznie z osobami w zbliżonym do ich wieku, mogłoby wpływać niekorzystnie na stan psychiczny niektórych z nich. Prawdą jest, że są seniorzy, którzy czują się najlepiej wśród osób w zbliżonym wieku. Są jednak i tacy, dla których kontakty z osobami młodszymi i bardziej sprawnymi stanowią motywację do zwiększenia aktywności społecznej, co ma pozytywny wpływ na opóźnienie lub spowolnienie wystąpienia związanych z wiekiem zaburzeń psychicznych, w tym zespołu otępiennego.

Natomiast niewątpliwymi zaletami koncepcji osadzania skazanych seniorów w oddziałach mieszkalnych przeznaczonych wyłącznie dla nich byłoby to, że warunki odbywania tam kary można by w większym stopniu dostosować do potrzeb tej grupy osadzonych. Zatrudniony tam personel wychowawczy byłby odpowiednio dobrany i przeszkolony do pracy penitencjarnej z osobami powyżej 65 roku życia. Mając pod opieką większą grupę skazanych seniorów mógłby zorganizować dla nich większą liczbę zajęć dostosowanych do ich potrzeb i możliwości.

Niezależnie od tego jaką koncepcję wykonywania kary pozbawienia wolności wobec skazanych seniorów przyjmie Służba Więzienna, istnieje potrzeba zapewnienia części z tych osób stałej opieki socjalnej, w zakresie spraw związanych z codzienną egzystencją. Dotyczy to więźniów seniorów, którzy ze względu na stan zdrowia

fizycznego i psychicznego nie wymagają stałej opieki medycznej w warunkach szpitalnych i przebywają w zwykłych lub terapeutycznych oddziałach mieszkalnych. Ci z nich, którzy w niewielkim zakresie potrzebują pomocy w codziennym funkcjonowaniu, mogą otrzymywać ją od kolegów z celi. Jednak, gdy zakres wymaganej pomocy jest większy, nie można żądać, aby świadczyli ją współosadzeni. W takich przypadkach powinny udzielać jej osoby do tego przygotowane i opłacane przez Służbę Więzienną. W niektórych jednostkach robią to więźniowie, którzy ukończyli kurs opiekuna osób starszych i niepełnosprawnych. Jest to praktyka bardzo cenna i wymagająca popularyzacji.

Więźniowie seniorzy, których stan zdrowia na tyle się pogorszył, że wymagają stałej opieki w zakresie medycznym i pielęgnacyjnym, umieszczani są w szpitalnym oddziale dla przewlekle chorych. Jedyne taki oddział z 36 łózkami, funkcjonujący obecnie w szpitalu Zakładu Karnego w Czarnem, nie gwarantuje osadzonym uzyskania odpowiednio szybkiej pomocy medycznej, w sytuacji gdy będzie ona konieczna. Dlatego, mając na uwadze zwiększającą się z każdym rokiem liczbę więźniów w wieku senioralnym, Służba Więzienna powinna podjąć działania w celu utworzenia oddziałów dla przewlekle chorych w szpitalach jeszcze kilku jednostek penitencjarnych, położonych w różnych częściach kraju.

Obowiązujący w Polsce system penitencjarny klasyfikując skazanych według wieku wyróżnia tylko dwie grupy tj. więźniów młodocianych w wieku 15-21 lat oraz więźniów dorosłych powyżej 21 roku życia. Wykonywanie kary wobec tych grup skazanych odbywa się według częściowo zróżnicowanych zasad, określonych w Kodeksie karnym wykonawczym oraz wydanych do tej ustawy przepisach wykonawczych. Jednak wiek dorosły każdej osoby, również tej pozbawionej wolności, przebiega etapami, które jakościowo różnią się między sobą. Ostatnim jego etapem jest starość, która ze względu na następujące w organizmie człowieka zmiany biologiczne i psychiczne powoduje, że jego potrzeby różnią się od potrzeb osoby dorosłej np. w wieku średnim. Brak wyodrębnienia w klasyfikacji skazanych osób starszych jako oddzielnej grupy powoduje, że specyficzne potrzeby tych osób nie zawsze są uwzględniane przez Służbę Więzienną. Dlatego wydaje się, że byłoby przydatne uwzględnienie w rozwiązaniach prawnych kategorii więźniów seniorów,

czyli osób powyżej 65 roku życia i określenie zasad na których odbywają one karę pozbawienia wolności i tymczasowe aresztowanie. Dzięki temu uwzględnianie pewnych specyficznych potrzeb osób starszych byłoby zagwarantowane prawem i nie byłoby, jak dotychczas, uzależnione od wrażliwości i możliwości administracji penitencjarnej.

Opracowała:
Janina de Michelis
Główny specjalista
Zespół do spraw Wykonywania Kar
Biuro RPO