

Ewa Dawidziuk

Stosowanie w zakładach karnych i aresztach śledczych przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie psychiatrycznej

The use of coercive measures provided in the psychiatric act in prisons and pre-trial detention centers

The article refers to the use of coercive measures in penitentiary institutions on the base of the Act of the protection of psychiatric health. The aim is to underline the incorrectness in the practice of using it. The conclusions are based on the findings of the employees of the Commissioner for Human Rights Protection Offices, delivered from checking of complaints and conducting the visits in prisons.

Artykuł porusza zagadnienie stosowania przymusu bezpośredniego w jednostkach penitencjarnych, na podstawie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na nieprawidłowości w praktyce stosowania tych środków. Konkluzje są poparte ustaleniami dokonanymi przez pracowników Biura RPO w trakcie badania skarg i wizytacji jednostek penitencjarnych.

Key words: coercive measures, penitentiary institutions, the act of the protection of the psychiatric health, hold-up.

Słowa kluczowe: przymus bezpośredni, jednostki penitencjarne, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, unieruchomienie.

Wprowadzenie

W 2015 r. przedstawiciele Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO), a dokładnie pracownicy Wydziału Karnego Postępowania

Wykonawczego¹ w Zespole Prawa Karnego, zbadali w dwóch jednostkach penitencjarnych – Zakładzie Karnym w Czarnem oraz Areszcie Śledczym w Krakowie – okoliczności i sposób stosowania w latach 2014-2015 wobec skazanych przymusu bezpośredniego na podstawie ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego² (dalej: ustawa lub ustawa psychiatryczna). Ustaleń dokonano w oparciu o ogląd pomieszczeń, w których stosuje się przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia, rozmowy w cztery oczy z osadzonymi, wobec których stosowano przymus bezpośredni oraz analizę dokumentacji. Ponadto zapoznano się z zapisami z monitoringu ze stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia. Przeprowadzono również rozmowy z funkcjonariuszami SW. Należy zaznaczyć, że w Areszcie Śledczym w Krakowie są dwa pomieszczenia, w których stosuje się unieruchomienie. Znajdują się one w Oddziale Chorób Wewnętrznych szpitala oraz w Oddziale Psychiatrii Sądowej. Z kolei w Zakładzie Karnym w Czarnem znajdują się dwa pomieszczenia, w którym stosuje się unieruchomienie i mieszczą się one w Oddziale Chorób Wewnętrznych szpitala.

Jak się okazało, mimo że zasadniczo ustawa z 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej³, która odnosi się do stosowania środków przymusu przez różne służby, jest tym zasadniczym i najważniejszym aktem prawnym, który powinien stanowić podstawę do stosowania środków przez funkcjonariuszy SW, to w praktyce, porównanie w wizytowanych jednostkach zakresu stosowania przymusu w oparciu o obie wskazane ustawy nie pozostawia złudzeń, że środki przymusu przewidziane w ustawie o środkach przymusu i broni palnej są wykorzystywane wyłącznie wtedy, gdy zachodzi taka potrzeba, zredukowano ich stosowanie w stosunku do lat ubiegłych w sposób zdecydowany, co należy pozytywnie ocenić. Tymczasem częstotliwość stosowania przymusu w oparciu o tzw. ustawę psychiatryczną jest zaskakująca i budzi szereg wątpliwości, przy szczegółowej analizie przypadków poszczególnych pacjentów.

Niniejszy artykuł ma na celu zwrócenie uwagi na kwestię stosowania przymusu w oparciu o ustawę o ochronie zdrowia psychicznego w zakładach karnych i aresztach śledczych, przedstawia zasadnicze wnioski, jakie można wyciągnąć z analizy przedmiotowego zagadnienia.

¹ Od 02.11.2015 r. wyodrębniony w Biurze RPO jako Zespół do spraw Wykonywania Kar.

² Tekst jednolity: Dz. U. z 2011 r. nr 231, poz. 1375 ze zm.

³ Dz. U. z 2013 r., poz. 628 ze zm.

Ze względu na ogromną ingerencję w poszanowanie godności pacjenta, wobec którego podjęto decyzję o zastosowaniu przymusu, zwrócenie uwagi wszystkim podmiotom uczestniczącym w stosowaniu przymusu na konieczność respektowania obowiązujących przepisów prawa i bardziej humanitarne podejście do pacjenta, jest niezmiernie ważne.

Jednocześnie publikacja nie stanowi szczegółowej relacji z ustaleń dokonanych w trakcie wizytacji jednostek penitencjarnych przez przedstawicieli rzecznika⁴, a jedynie próbę wskazania zagadnień generalnych, na które należy zwrócić uwagę i doprowadzić do zmian w kierunku poszanowania praw więźniów. Autorka pragnie podkreślić, że przedstawione zagadnienie – stosowania przymusu bezpośredniego w oparciu o ustawę psychiatryczną – jest doskonałym przykładem, jak pojedyncza skarga więźnia, która wpłynęła do Biura RPO, może wykazać istnienie problemu systemowego i ujawnić istotne aspekty postępowania z więźniami z perspektywy poszanowania praw człowieka. Przedstawione w dalszej części wnioski są tego wyrazem.

Skala problemu

Analiza otrzymanych przez Biuro RPO danych statystycznych ze wszystkich okręgowych inspektoratów Służby Więziennej wskazuje, że przymus bezpośredni stosuje się w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrii sądowej wyłącznie wobec osadzonych w nich przebywających oraz w oddziałach chorób wewnętrznych więziennych szpitali, przede wszystkim wobec pacjentów, u których stwierdzono zespół abstynencyjny w przebiegu zespołu zależności alkoholowej. W dwóch jednostkach przedmiotowe działania podejmowane są również wobec skazanych deklarujących myśli samobójcze, podejmujących akty samoagresji (samouszkodzenia) oraz wobec skazanych, których stan wskazuje na zażycie niedozwolonych środków, a w ocenie lekarzy istnieje jedynie podejrzenie wystąpienia zachowań auto- i heteroagresywnych.

Liczba przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego w oparciu o ustawę o ochronie zdrowia psychicznego wyraźnie przeważa nad stosowaniem środków przymusu bezpośredniego w oparciu o ustawę o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej.

⁴ Raporty powizytacyjne zostały opracowane w Biurze RPO pod numerami: II.517.1207.2015 oraz IX.517.124.2015.

W roku 2014 w jednej z wizytowanych jednostek stosowano 49, w drugiej zaś 88 przypadków przymusu bezpośredniego na podstawie ustawy psychiatrycznej, wyłącznie w postaci unieruchomienia, w tym z uwagi na:

- 1) zespół abstynencyjny w przebiegu zespołu zależności alkoholowej;
- 2) zamach przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby;
- 3) konieczności przeprowadzenia zabiegu w wypadku, gdy życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo lub zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo śmierci skazanego (art.118 kkw).

W roku 2015 do dnia poszczególnych wizytacji przedstawiciele rzecznika praw obywatelskich odnotowano odpowiednio 16 i 77 takich przypadków. Oznacza to bardzo dużą liczbę osadzonych, wobec których zdecydowano o podstawach do zastosowania przymusu w oparciu o ustawę psychiatryczną. Zestawiając te dane z zaledwie kilkoma decyzjami o zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego w oparciu o ustawę o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej, można postawić pytanie, z jakiego powodu przymus jest stosowany tak często i czy faktycznie te środki są najbardziej adekwatne do zachowania osadzonego?

Co do długości stosowania przymusu, to w poszczególnych jednostkach był on zróżnicowany. Wiele przypadków stosowania unieruchomienia było zakończonych przed upływem 24 godzin. Te, które jednak przedłużano – trwały bardzo długo – np. 47, 51, 65, czy 70 godzin. Przypadki tak długo trwałych unieruchomień budzą poważne wątpliwości, zwłaszcza w kontekście braku dostatecznego uzasadnienia decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu. Warto podkreślić, że Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) wskazał, że stosowanie środków przymusu u pacjentów w ośrodkach psychiatrycznych, przez okres dłuższy od jednego dnia, nie ma żadnego uzasadnienia terapeutycznego i oznacza złe traktowanie⁵. Charakterystyczne jest również to, że wobec osadzonych, którzy przebywali na oddziale terapeutycznym Zakładu Karnego w Czarnem, najczęściej stosowano przymus bezpośredni w tej jednostce.

⁵ CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2003, § 48.

Monitorowanie zastosowania unieruchomienia

Należy zwrócić uwagę, że przepisy rozporządzenia ministra zdrowia z 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania⁶ nie przewidują wyposażenia pomieszczeń, w których stosuje się unieruchomienie, w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą w nim przebywającą. Ponieważ jednak do stosowania przymusu bezpośredniego w oparciu o ustawę o ochronie zdrowia psychicznego dochodzi na terenie jednostki penitencjarnej (szpitala przywięziennego), dyrektor zakładu karnego może podjąć decyzję o stosowaniu monitorowania w takim pomieszczeniu, zgodnie z uprawnieniem określonym w art. 73a § 8 kkw. Przy czym, monitorowanie zachowania osadzonego, uzasadnione względami medycznymi, powinno być poprzedzone wydaniem przez dyrektora zakładu karnego decyzji podjętej na podstawie art. 116 § 5a 6 kkw. W takim przypadku monitorowany obraz lub dźwięk podlega utrwaleniu, a sposób przechowywania, odtwarzania i niszczenia utrwalonego obrazu lub dźwięku powinien być zgodny z przepisami rozporządzenia ministra sprawiedliwości z 16 października 2009 r. w sprawie rodzaju urządzeń i środków technicznych służących do przekazywania, odtwarzania i utrwalania obrazu lub dźwięku z monitoringu w zakładach karnych⁷. Ponadto, obraz z kamery zainstalowanej w pomieszczeniu, w którym stosuje się unieruchomienie, powinien być przekazywany w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych części ciała pacjenta, w czasie gdy personel medyczny np. zmienia osadzonemu pieluchę jednorazową, nie uwalniając go z pasów. Przepis art. 73a § 5 kkw, dotyczący obowiązku maskowania stref prywatności, należy bezwzględnie respektować w pomieszczeniach, w których stosowany jest przymus bezpośredni w oparciu o ustawę psychiatryczną, tym bardziej że określenie takiej strefy podczas montowania urządzenia nie może nastęrczać trudności, bowiem miejsce unieruchomienia każdego pacjenta jest stałe. Praktyka w tym zakresie jest jednak bardzo różna, często nieuwzględniająca wskazanych regulacji.

Należy w tym miejscu podkreślić, że stosowanie monitoringu w sali, w której ma miejsce unieruchomienie, jest zdecydowanie dobrą praktyką. Służy ono przede wszystkim ochronie praw pacjenta. Obserwacja

⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 740.

⁷ Dz. U. z 2009 r. nr 175, poz. 1360.

prowadzona za pomocą urządzeń rejestrujących pozwala bowiem w każdej chwili personelowi medycznemu na podjęcie działań adekwatnych do stanu pacjenta. Monitorowanie jest też mechanizmem, który może i powinien być pomocny w kontrolowaniu zasadności i prawidłowości stosowania przymusu bezpośredniego. Dlatego też pożądane jest rejestrowanie nie tylko obrazu, ale również dźwięku z pomieszczenia, w którym stosowany jest przymus bezpośredni.

Przesłanki zastosowania przymusu bezpośredniego w oparciu o ustawę psychiatryczną

Zgodnie z treścią art. 3 pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o:

- 1) osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:
 - a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),
 - b) upośledzonej umysłowo,
 - c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Ta definicja ma z kolei bezpośredni związek z art 18 ust. 1 ustawy, który stanowi, iż przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia, albo osoby te:

- 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
- 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego dopuszcza zatem stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów, gdy spełnione są łącznie

dwa warunki. Po pierwsze – pacjent prezentuje zaburzenia psychiczne pozwalające zakwalifikować go do jednej z trzech grup przewidzianych w art. 3 pkt 1 ustawy. Po drugie zaś – jego zachowanie wskazuje na stwarzanie niebezpieczeństw opisanych w art. 18 ust. 1 pkt 1, 2, 3 ustawy. Niespełnienie któregoś z tych warunków powoduje, że nie ma podstaw do zastosowania przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie.

Brak podstaw do stosowania przymusu bezpośredniego był głównym zarzutem podnoszonym przez skazanych, z którymi przedstawiciele RPO przeprowadzili rozmowy w trakcie badania przedmiotowego zagadnienia w wybranych jednostkach penitencjarnych. Według ich opinii, przymus bezpośredni niejednokrotnie jest identyfikowany z karą za zachowanie niezgodne z oczekiwaniem personelu terapeutycznego czy medycznego. Jeden z rozmówców twierdził, że lekarz stosując wobec niego przymus zapowiedział, że uwolni go z pasów, jak nie będzie pisał skarg. Po złożeniu przez skazanego zapewnienia, że nie skorzysta z tego uprawnienia, zakończono stosowanie przymusu. To tylko przykłady tego, co zostało odnotowane przez pracowników Biura RPO w trakcie indywidualnych rozmów z osadzonymi na osobności. Nie dokonując oceny prawdziwości wypowiedzi tych osadzonych, można jednak stwierdzić, w oparciu o analizę dokumentacji, że nie w każdym przypadku stosowania przymusu bezpośredniego były spełnione oba warunki wskazane w art. 18 ust. 1 ustawy.

Poza tym warto podkreślić, że istnieją wątpliwości, czy myśli samobójcze same w sobie są podstawą do zastosowania przymusu bezpośredniego. W intencji ustawodawcy kryterium pozwalającym na zastosowanie przymusu bezpośredniego jest bowiem dokonanie przez pacjenta choć jednego czynu, który został określony w art. 18 ust 1 pkt 1, 2 lub 3 ustawy. Zatem samo podejrzenie możliwości podjęcia przez pacjenta zachowań autoagresywnych, gdy jego stan psychiczny nie daje podstaw do oceny, że istnieje realna groźba spełnienia deklaracji, należy uznać za nieuzasadniające zastosowanie przymusu. Należy zauważyć, że w przypadku zgłoszenia przez skazanego myśli autodestrukcyjnych czy zamiaru popełnienia samobójstwa, Służba Więzienna dysponuje środkami, które pozwalają przeciwdziałać negatywnym zachowaniom. Zostały one wskazane w instrukcji nr 16/10 dyrektora generalnego Służby Więziennej z 13 sierpnia 2010 r. w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności. W dokumencie tym została opisana procedura postępowania wobec osadzonych, począwszy od prowadzenia profilaktyki presuicydalnej po profilaktykę postsuicydalną.

Dokonując wyboru rodzaju i metod postępowania leczniczego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, lekarz powinien kierować się nie tylko dążeniem do osiągnięcia celów zdrowotnych, ale także brać pod uwagę interesy i inne dobra osobiste pacjenta. Dlatego też zastosowanie przymusu bezpośredniego powinno być ostatecznością, gdy wyczerpano możliwości innych działań. Ponadto, zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. Jednak w związku z brakiem w jednostkach penitencjarnych pomieszczenia do stosowania izolacji, ograniczona była możliwość wyboru środka przymusu. Tymczasem w odniesieniu do osób, które nie wykazują pobudzenia psychoruchowego czy zachowań agresywnych, to właśnie zastosowanie izolacji w odrębnym pomieszczeniu, w warunkach zapewniających bezpieczeństwo osobiste, byłoby bardziej celowe niż unieruchomienie. Stanowiłoby to również wypełnienie dyspozycji zawartej w art. 18 ust. 8 ustawy, który stanowi, że wybierając środek przymusu należy wybrać taki, który będzie najmniej uciążliwy dla tej osoby.

Stosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia

Sposób stosowania przymusu bezpośredniego, dokumentowania jego zastosowania, dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu został określony w rozporządzeniu ministra zdrowia z 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania⁸ (dalej: rozporządzenie). Zgodnie z § 10 tego rozporządzenia, stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi, unieruchomionej lub izolowanej, pielęgniarka kontroluje nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. Adnotację o stanie fizycznym osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej pielęgniarka zamieszcza bezzwłocznie w karcie unieruchomienia lub izolacji, o której mowa w § 17 rozporządzenia. W dalszej części tego aktu prawnego, przepis § 11 rozporządzenia stanowi, że w czasie kontroli, o której mowa w § 10 ust. 1, pielęgniarka:

⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 740.

- 1) ocenia prawidłowość unieruchomienia, w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa lub inne urządzenia techniczne nie są założone zbyt luźno albo zbyt ciasno;
- 2) zapewnia krótkotrwałe częściowe albo całkowite uwolnienie osoby z zaburzeniami psychicznymi od unieruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.

Należy podkreślić, że po zastosowaniu unieruchomienia pacjenta należy traktować jako wymagającego intensywnego nadzoru medycznego. Pielęgniarka jest zobowiązana prowadzić ścisłą kontrolę parametrów życiowych pacjenta, oceniać stan jego świadomości, a wszystkie wyniki obserwacji odnotowywać w „karcie zastosowania unieruchomienia”. W tym celu stosuje się obserwację w przedziałach czasowych, co 15 minut, także w czasie snu pacjenta. Pielęgniarka sprawdza stan skóry w okolicy pasów unieruchamiających, aby w razie potrzeby je rozluźnić lub zapiąć inaczej. Wskazane regulacje i obowiązki pielęgniarki, w przedmiocie kontrolowania zachowania osoby, wobec której stosuje się unieruchomienie, wymagają podkreślenia, ze względu na stan zdrowia pacjenta, potrzebę weryfikacji czy pasy, uchwyty nie są założone zbyt luźno albo zbyt ciasno.

Tymczasem w praktyce kontrola taka bardzo często odbywa się wyłącznie poprzez obserwację nagrania z kamery zainstalowanej w pomieszczeniu, w którym jest stosowane unieruchomienie. Należy uznać, że realizacja przewidzianych przepisami obowiązków przez pielęgniarkę, wyłącznie poprzez obserwację pacjenta na monitorze, jest niewystarczająca, a prowadzenie kontroli wyłącznie za pomocą monitoringu należy uznać za niezgodne z przepisami, biorąc pod uwagę czynności, jakie obligatoryjnie powinna wykonać pielęgniarka, wskazane w rozporządzeniu. Brak bezpośredniego kontaktu z osadzonym uniemożliwia rzetelną ocenę jego stanu fizycznego, nie daje też możliwości oceny prawidłowości unieruchomienia, w tym prawidłowości zapięcia pasów. Ponadto pielęgniarka ma do dyspozycji jedynie obraz z sali, bez odsłuchu dźwięku, nie ma więc możliwości skomunikowania się z pacjentem. Wysłuchanie pacjenta jest zaś w tym przypadku niezwykle istotne, bowiem aspekt medyczny zastosowania przymusu bezpośredniego ma całą gamę implikacji klinicznych, nie wyłączając zagrożenia utratą życia. Informacje przekazane przez pacjenta mogą stanowić podstawę do realizacji dyspozycji § 11 ust. 2 rozporządzenia, który stanowi, że w przypadku wystąpienia

zagrożenia dla zdrowia i życia osoby unieruchomionej pielęgniarzka jest zobowiązana natychmiast zawiadomić o tym lekarza.

Pozostawianie unieruchomionego pacjenta na wiele godzin bez możliwości kontaktu z drugą osobą stanowi nie tylko naruszenie obowiązujących przepisów, ale także jest wyrazem braku troski o stan pacjenta. Dodać należy, że niepokój i niepewność, jakich doświadczają może osoba unieruchomiona na myśl, że może nie otrzymać profesjonalnej pomocy, również w sytuacji nagłej potrzeby, mogą same w sobie stanowić problem wymagający rozważenia z punktu widzenia niewłaściwego traktowania. Należy zauważyć, że wielogodzinne unieruchomienie, bez krótkotrwałych uwolnień, wpływa niekorzystnie na funkcję wszystkich układów w organizmie człowieka i jest przyczyną upośledzenia reakcji biochemicznych i fizjologicznych organizmu. Stan taki zawsze może prowadzić do różnego rodzaju niekorzystnych następstw i powikłań, dlatego też wszystkie czynności i procedury medyczne powinny być bezwzględnie wykonywane.

Chwilowe uwolnienia z unieruchomienia pozwalają pacjentowi nie tylko na zmianę pozycji, ale także załatwienie potrzeb fizjologicznych i higienicznych. W szczególności możliwość załatwienia potrzeb fizjologicznych powinna być zapewniona, uwzględniając fakt, że uniemożliwienie tego bądź zmuszanie do załatwiania się np. do zakładanej pacjentowi pieluchy, można uznać za poniżające traktowanie, naruszające godność człowieka.

Zgodnie z treścią wyżej wymienionego rozporządzenia, lekarz zleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny (§ 4 ust. 1). Lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy nie dłuższe niż 6-godzinne (§ 4 ust. 4). Natomiast, po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, dalsze przedłużenie stosowania tych środków przymusu bezpośredniego na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz uzyskaniu opinii innego lekarza, będącego lekarzem psychiatrą (§ 4 ust. 5).

W praktyce zdarza się, że lekarz nie wchodzi do pacjenta, a przedłuża stosowanie przymusu. Należy podkreślić, że kontakt lekarza z pacjentem

jest niezmiernie ważny. Osobiste badanie jest tym bardziej potrzebne, gdy lekarz stwierdza ostrą psychozę i ją wskazuje w dokumentacji jako podstawę zastosowania, a następnie przedłużenia przymusu bezpośredniego. W literaturze specjalistycznej przyjmuje się, że termin „ostra psychoza” odnosi się do stanów nagłych, wymagających natychmiastowej interwencji medycznej, bowiem istnieje zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. Postawienie takiej diagnozy bezwzględnie wymaga osobistego badania pacjenta przez lekarza w celu zdiagnozowania przyczyny pojawienia się ostrych objawów psychotycznych, a są to urojenia, omamy, pobudzenie ruchowe. Takie działania należy podjąć nawet wtedy, gdy dotychczasowa wiedza o stanie pacjenta może tłumaczyć ich wystąpienie (np. jako efekt zażycia substancji psychoaktywnej), lekarz nie jest bowiem zwolniony z obowiązku wykluczenia innych potencjalnych przyczyn pojawienia się objawów, np. urazu głowy, zatrucia, następstwa choroby somatycznej⁹.

Decyzję o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego zastosowanego powyżej okresu wskazanego w rozporządzeniu, bez uprzedniego przeprowadzenia osobistego badania pacjenta, należy uznać za podjętą z naruszeniem prawa. Stąd zdecydowanego podkreślenia wymaga konieczność wchodzenia do pomieszczenia, w którym stosowany jest przymus, i rozmowa z pacjentem. Ważne też, aby faktyczne przesłanki przedłużenia stosowania przymusu odpowiadały normom obowiązujących przepisów prawa i aby zachowanie pacjenta faktycznie wyczerpywało przesłanki dalszego stosowania przymusu. Poza tym, warto podkreślić, że po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania unieruchomienia, dalsze przedłużenie na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu pacjenta oraz uzyskaniu opinii innego lekarza będącego psychiatrą. W tym kontekście istotny jest także przepis § 3 rozporządzenia, który stanowi, że przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.

W kontekście omawianej tematyki warto zwrócić uwagę na dodatkową kwestię. Mianowicie, za niewłaściwą należy uznać sytuację, gdy dopuszcza się do obecności innego skazanego w pomieszczeniu, w którym stosuje się przymus bezpośredni wobec więźnia. Przepisy wyraźnie bowiem wskazują osoby, które mają do spełnienia obowiązki związane

⁹ T. Szafranski, *Ostre psychozy u chorego neurologicznie*, III Klinika Psychiatrii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

ze stosowaniem przymusu bezpośredniego – są to lekarze i pielęgniarki. Przepis § 7 ust. 2 rozporządzenia przewiduje, że unieruchomienie stosuje się w pomieszczeniu jednoosobowym, a w przypadku gdy nie jest to możliwe, należy przynajmniej zapewnić oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w pomieszczeniu – a więc od innych skazanych. Ma to służyć zapewnieniu poszanowania godności i intymności osoby, wobec której stosuje się unieruchomienie, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób. Wskazać należy także, że będąc obecnym w pomieszczeniu, w którym stosowany jest przymus bezpośredni, inny skazany jest świadkiem rozmów personelu z pacjentem, dotyczących jego stanu zdrowia. Na skazanym wykonującym czynności pomocnicze w oddziale szpitalnym nie ciąży, w takim stopniu jak na personelu medycznym, obowiązek zachowania w tajemnicy informacji na temat pacjenta. W takiej sytuacji prawo pacjenta do tajemnicy informacji na jego temat nie jest respektowane.

Postępowanie wobec osadzonego po zakończeniu stosowania przymusu bezpośredniego

Stosowanie przymusu bezpośredniego może wywołać uboczne skutki psychiczne, dlatego po zakończeniu jego stosowania pacjent powinien być objęty zintensyfikowaną pomocą psychologiczną, terapeutyczną i wychowawczą.

W kontekście dokonanych przez pracowników Biura RPO ustaleń, należy podkreślić, że występuje niekonsekwencja w działaniach administracji więziennej i więziennej służby zdrowia. Na przykład lekarz uznaje, że istnieje konieczność stosowania przymusu bezpośredniego z uwagi na zamach na zdrowie lub życie własne bądź realne zagrożenie wystąpienia takiego zamachu, a zespół penitencjarny, oceniając bezpośrednio po zakończeniu stosowania przymusu stan psychiczny skazanego, nie dostrzega zagrożeń dla jego bezpieczeństwa i nie formułuje żadnych zaleceń w związku z deklarowanymi uprzednio przez osadzonego zamiarami samobójczymi, które stanowiły przesłankę do stosowania wobec nich przymusu bezpośredniego, np. przez blisko trzy doby.

Wątpliwości budzi również wymierzenie skazanemu kary dyscyplinarnej za zachowanie prezentowane w trakcie stosowania przymusu bezpośredniego. Należy zauważyć, że skazany podlega odpowiedzialności

dyscyplinarnej za zawinione naruszenie obowiązujących nakazów i zakazów. Tymczasem osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne doświadczają problemów z myśleniem, emocjami, postrzeganiem, pamięcią. Karanie osoby prezentującej w danej chwili zaburzenia psychiczne jest więc niezasadnione i stoi w sprzeczności z celami kary.

Zasadnicze problemy dotyczące traktowania więźniów w kontekście unieruchomienia

Wyniki wizytacji przeprowadzonych przez pracowników Biura Rzecznika Praw Obywatelskich dają podstawę do stwierdzenia, że w trakcie stosowania wobec osadzonych przymusu bezpośredniego dochodzi do poniżającego i niehumanitarnego traktowania osób pozbawionych wolności. Nie sposób bowiem inaczej ocenić długotrwałego stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia. Nawet jeżeli przypadek 70-godzinnego, czy 169-godzinnego stosowania przymusu, jakie stwierdzono w trakcie szczegółowego badania poszczególnych przypadków, były pojedynczymi, to tak długi okres stosowania unieruchomienia zdecydowanie narusza art. 4 kkw oraz międzynarodowe standardy traktowania osób pozbawionych wolności. W niewłaściwe postępowanie z osadzonymi wpisuje się niezapewnienie krótkotrwałego, choćby częściowego, uwolnienia przez cały okres stosowania przymusu bądź realizacja tego obowiązku z niedostateczną częstotliwością (np. po 23 godzinach od rozpoczęcia stosowania przymusu, 2-krotnie w okresie 24 godzin), niezapewnianie osadzonym możliwości załatwienia potrzeb fizjologicznych w odpowiednich warunkach, z zachowaniem intymności, zakładanie pieluch jednorazowych świadomym pacjentom, mogącym kontrolować czynności fizjologiczne, niezapewnianie posiłków podczas wielogodzinnego unieruchomienia, pozostawianie osadzonych przez kilkanaście lub kilka godzin bez możliwości nawiązania jakiegokolwiek kontaktu z personelem medycznym oraz dopuszczenie obecności innego osadzonego w pomieszczeniu, w którym znajduje się unieruchomiony pacjent.

Wskazane praktyki powinny zostać wyeliminowane ze względu na zasadę humanitaryzmu wyrażoną w art. 4 kkw. Dodatkowo pracownicy jednostek penitencjarnych powinni mieć na względzie dyrektywę zawartą w art. 18 ust. 8 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która stanowi,

że przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla danej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby. Cel powyższej regulacji i bezpośredni charakter przymusu wykluczają takie oddziaływania, których restrykcyjność i czas stosowania wykracza poza niezbędny i minimalny przedział czasowy związany z zapewnieniem ochrony życia i zdrowia pacjenta.

Stosowanie wobec pacjenta przymusu bezpośredniego stanowi zawsze ingerencję w wiele podstawowych praw człowieka, dlatego nie może budzić żadnych wątpliwości co do legalności podejmowanych działań. Dlatego też prowadzenie dokumentacji w sposób precyzyjny i zgodny z obowiązującymi przepisami (ustawą o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzeniem ministra zdrowia z 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego), które odnoszą się do sposobu przedłużania stosowania środków, czy kontrolowania pacjenta, jest niezmiernie ważne. Podkreślenia wymaga fakt, że rzetelne prowadzenie dokumentacji jest obowiązkiem każdego podmiotu udzielającego świadczeń medycznych, czym pośrednio realizowany jest obowiązek ochrony życia i zdrowia pacjentów. Te podmioty, które udzielają świadczeń osobom pozbawionym wolności, tym bardziej powinny dbać o precyzję w dokumentowaniu sposobu postępowania z nimi, z racji ponoszenia odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjenta i potencjalnej odpowiedzialności w sytuacji, gdyby pacjentowi coś się stało. Tymczasem, jak zostało ustalone, lekarz, który osobiście nadzoruje stosowanie przymusu bezpośredniego, nie zawsze bada osobiście pacjenta, zdarza się, że przedłuża stosowanie przymusu nie uzasadniając swojej decyzji, bądź czyni to nie posiadając opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą, dokonuje przedłużenia z opóźnieniem, nie zamieszcza zapisów o dokonaniu przedłużenia, bądź zamieszcza niepełny zapis o przedłużeniu (tylko data i godzina, bez podpisu i pieczętki). Lekarz psychiatra nie zawsze bada pacjenta przed wydaniem opinii o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego, zdarza się, że opiniuje z opóźnieniem (po wydaniu decyzji o przedłużeniu), bądź też w ogóle nie opiniuje przy trzecim i kolejnych przedłużeniach. Z kolei średni personel medyczny nie dokonuje bezpośredniej i regularnej kontroli stanu pacjenta co 15 minut i nie zapewnia krótkotrwałego, częściowego lub całkowitego uwolnienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.

Kolejną kwestią, na którą należy zwrócić uwagę, jest potrzeba zapewnienia rzetelnej i systematycznej kontroli zarówno ze strony dyrektorów jednostek penitencjarnych, jak i naczelnego lekarza właściwego okręgowego inspektoratu służby więziennej. Właściwe wykonywanie przez nich zadań nadzorczych w przypadkach stosowania przymusu w oparciu o ustawę psychiatryczną stanowi gwarancję praworządnego i zgodnego z konstytucyjnymi standardami stosowania przymusu bezpośredniego. Jeżeli w jednostce penitencjarnej funkcjonuje szpital, to dyrektor zakładu karnego lub aresztu śledczego sprawuje również bezpośredni nadzór nad funkcjonowaniem szpitala, w tym nad postępowaniem zatrudnionego w nim personelu, w związku z czym jest uprawniony do kontroli nie tylko zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, ale również prawidłowości jego stosowania. Warto także zwrócić uwagę, że pełniejszy obraz realizacji przez personel medyczny obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów prawa dałoby prowadzenie następczej analizy karty zastosowania unieruchomienia oraz zapoznawanie się z zapisem monitoringu. Systematyczna, rzetelna kontrola zwiększa gwarancje praworządnego i zgodnego z konstytucyjnymi standardami stosowania przymusu bezpośredniego;

Jeżeli przymus bezpośredni jest stosowany wobec pacjentów przywiezionego szpitala psychiatrycznego, uzasadniona byłaby aktywność rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, która na dzisiejszy dzień nie ma miejsca.

Równie ważne jest, aby bezpośrednio po zakończeniu stosowania przymusu bezpośredniego wszystkim osobom, które doświadczały zaburzeń psychicznych, zapewniona była wszechstronna pomoc psychologiczna, psychiatryczna i terapeutyczna. Przygotowanie zaleceń, odnoszących się do dalszego postępowania wobec pacjenta, w zakresie oddziaływań leczniczych, psychologicznych, ochronnych, np. wobec osób o zdiagnozowanych myślach samobójczych, jest istotne. W tym ostatnim przypadku funkcjonariusze SW powinni postępować odpowiednio do instrukcji dyrektora generalnego Służb Więziennej z 13 sierpnia 2010 r. w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności.

W końcu, stwierdzone przez pracowników Biura RPO przypadki stosowania przymusu bezpośredniego, w oparciu o ustawę psychiatryczną, wobec pacjentów oddziału terapeutycznego (jak wskazano na początku niniejszych rozważań, była to najliczniejsza grupa pacjentów, wobec których stosowano przymus w jednej z wizytowanych jednostek), skłaniają

do zwrócenia uwagi personelowi terapeutycznemu na konieczność budowania prawidłowej relacji terapeutycznej, gotowość na spotkanie z pacjentem, umiejętność słuchania, która często pozwala rozładowywać napięcia wynikające z niezaspokojenia podstawowych potrzeb skazanych wymagających oddziaływań terapeutycznych. Te metody mogą zdecydowanie zniwelować konieczność tak częstego stosowania przymusu bezpośredniego, jak ma to miejsce w chwili obecnej. Postępowanie z osadzonymi w oddziale terapeutycznym wymaga zapewne dużej rozważliwości i to nie tylko ze względu na nich samych, ale i na całą społeczność pacjentów, dlatego też stosowanie przymusu bezpośredniego powinno mieć miejsce wyłącznie w nadzwyczajnych przypadkach. Pożądana jest ściślejsza i oparta na wspólnym zaufaniu współpraca zespołu terapeutycznego z personelem medycznym.

Uwagi końcowe

Podsumowując, należy wskazać, że RPO skierował wystąpienie generalne do dyrektora generalnego SW w przedmiocie praktyki wykorzystywania przedstawionego w niniejszej publikacji przymusu¹⁰. Autorka wyraża przekonanie, że kierownictwo Służby Więziennej pochyli się nad tym zagadnieniem, a niniejszy artykuł przyczyni się do zwrócenia uwagi na omówiony problem wśród szerszego grona pracowników jednostek penitencjarnych. Humanitarne wykonywanie kary pozbawienia wolności, z poszanowaniem praw człowieka i ratyfikowanych przez Polskę konwencji międzynarodowych, jest bowiem zasadą, która powinna być bezwzględnie przestrzegana, a wszelkie przypadki naruszeń powinny być eliminowane. Zapobieganie niedopuszczalnym formom traktowania osób pozbawionych wolności wiąże się nierozdzielnie z analizowaniem i odpowiednim wdrażaniem zaleceń pokontrolnych przedstawianych przez przedstawicieli polskiego ombudsmana.

¹⁰ Wystąpienie RPO z 17.06.2015 r. do dyrektora generalnego SW, znak sprawy: II.517.1207.2015.