

Ewa Dawidziuk

Sprawozdanie z seminarium pt. „Opieka medyczna w jednostkach penitencjarnych” (Warszawa, 16 listopada 2015 r.)

16 listopada 2015 r. w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich zorganizowano seminarium poświęcone problematyce opieki medycznej w jednostkach penitencjarnych. Obok pracowników Biura RPO z Zespołu do spraw Wykonywania Kar oraz z Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji, w seminarium uczestniczyli: zastępca dyrektora generalnego Służby Więziennej – płk Andrzej Pecka, dyrektor Biura Służby Zdrowia, naczelnny lekarz więziennictwa – płk Leszek Markuszewski, dyrektor Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Opolu, członek Rady Społecznej RPO – płk Lidia Olejnik, członek CPT – Marzena Ksel, przedstawiciele Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, przedstawiciel Najwyższej Izby Kontroli i Ministerstwa Spraw Zagranicznych.

Seminarium otworzył płk Krzysztof Olkowicz, zastępca RPO, przedstawiając aktualne problemy więziennej służby zdrowia. Wskazał m.in., że więzienna służba zdrowia nie zawsze odpowiednio dokumentuje przemoc, jakiej dopuszczają się w stosunku do osadzonych inni więźniowie lub funkcjonariusze SW. Protokół Stambulski¹ powinien być uwzględniany w praktyce więziennych lekarzy, którzy zgodnie z jego treścią powinni odpowiednio dokumentować wszelkie obrażenia ciała osób pozbawionych wolności. Podkreślił również, że brakuje zaufania pacjenta do lekarza i odwrotnie, zwrócił uwagę na niedostateczną liczbę lekarzy specjalistów, nadużywanie w jednostkach penitencjarnych stosowania przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Wskazał, że RPO interesuje się w szczególności opieką

¹ Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania – oficjalny dokument Organizacji Narodów Zjednoczonych opracowany w 1999 r. W dniu 27.10.2015 r. RPO skierował w sprawie Protokołu Stambulskiego wystąpienie generalne m.in. do dyrektora generalnego SW, nr sprawy w Biurze RPO II.402.1.2015.

nad osadzonymi z zaburzeniami psychicznymi, upośledzonymi umysłowo, nad osobami w podeszłym wieku oraz chorymi na wirusowe zapalenie wątroby (wzw) typu C.

Następnie Ewa Dawidziuk, dyrektor Zespołu do spraw Wykonywania Kar w Biurze RPO, zwróciła uwagę, że temat seminarium nie został zawężony, ale seminarium odbywa się w gronie ekspertów, osób doskonale znających przedmiotowe zagadnienie, przede wszystkim po to, aby zastanowić się nad obecnym modelem funkcjonowania więziennej służby zdrowia i tym, czy wymaga on zmian, oraz wyłonić te aspekty więziennej służby zdrowia, które mogą być usprawnione.

W dalszej kolejności głos zabrała Jolanta Nowakowska, główny specjalista w Zespole do spraw Wykonywania Kar w Biurze RPO. Przedmiotem jej wypowiedzi był problem chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C w jednostkach penitencjarnych, który został zasygnalizowany rzecznikowi praw obywatelskich przez prezesa Zarządu Stowarzyszenia Pomocy Chorym z HCV „Prometeusz”. Z pisma wynikało, że Stowarzyszenie otrzymuje setki listów od chorych przebywających w jednostkach penitencjarnych, którzy skarżą się na brak leczenia adekwatnego do stanu ich zdrowia. Więzienna służba zdrowia uznaje bowiem zdecydowaną większość chorych za niezdolnych do standardowego leczenia (interferonem i rybawiryną) z powodu dysfunkcji psychicznych. Prelegentka przedstawiła problemy, jakie rysują się w listach skazanych skierowanych do Biura RPO. Mianowicie, skazani skarżą się na: długość oczekiwania na postępowanie diagnostyczne, brak informacji o terminie rozpoczęcia terapii, długie oczekiwanie na wdrożenie leczenia, co następuje po ok. 2-3 latach, gdy stan zdrowia pacjenta ulega takiemu pogorszeniu, iż istnieją przesłanki do pilnego skierowania na terapię. O stanowisko w sprawie dostępności świadczeń medycznych dla osób chorych na wzw typu C rzecznik praw obywatelskich poprosił CZSW, który jednak opiekę medyczną nad osobami chorymi na wzw ocenił jako dobrą, nie dostrzegając niepokojących zjawisk w tym zakresie. W wypowiedzi poinformowano, że RPO zwrócił się także do Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia o informację, jakie są standardy postępowania leczniczego wobec osób z wzw, korzystających z publicznej służby zdrowia. Jak podkreśliła Ewa Dawidziuk, w odpowiedzi Biuro RPO zostało jedynie poinformowane, że kwestie związane z systemem opieki zdrowotnej w jednostkach penitencjarnych pozostają w gestii ministra sprawiedliwości. Tymczasem Europejski

Trybunał Praw Człowieka (ETPC) niejednokrotnie oceniając, czy doszło do naruszenia postanowień EKPC, dokonuje porównania, jaką opiekę w zakresie określonej jednostki chorobowej zapewnia się na wolności, a jaką w jednostce penitencjarnej.

Kolejnym zagadnieniem wprowadzającym do dalszej dyskusji było orzecznictwo ETPC dotyczące opieki medycznej, w szczególności w sprawach przeciwko Polsce. Przedstawiła je Ewelina Brzostymowska, specjalista w Zespole do spraw Wykonywania Kar w Biurze RPO. Rozpatrując skargi dotyczące niewłaściwej opieki medycznej w warunkach więziennej izolacji ETPC bada je przede wszystkim pod kątem naruszenia art. 3 EKPC, a niekiedy także art. 2 EKPC. Wśród przytoczonych wyroków Trybunału w Strasburgu znalazły się m.in.: Dzieciak v. Polska, Musiał v. Polska, Wenerski v. Polska, Kaprykowski v. Polska, Musiałek i Baczyński v. Polska, D.G. v. Polska, Grzywaczewski v. Polska. Jako przykład można wskazać, iż w sprawie Dzieciak przeciwko Polsce (wyrok ETPC z 9 grudnia 2008 r., skarga nr 77766/01), ETPC uznał, że doszło do naruszenia art. 2 Konwencji z powodu zaniedbania przez władze polskie ochrony życia skarżącego m.in. przez niezapewnienie mu w odpowiednim czasie opieki medycznej adekwatnej do jego schorzeń. Sprawa ta dotyczyła tymczasowo aresztowanego, który po 4 latach od zastosowania środka zapobiegawczego zmarł w jednostce penitencjarnej. W sprawie Musiał przeciwko Polsce (wyrok ETPC z 20 stycznia 2009 r., skarga nr 28300/06) Trybunał stwierdził, że doszło do naruszenia art. 3 Konwencji, gdyż osadzony nie miał zapewnionej dostatecznej opieki medycznej (nie był objęty stałym nadzorem psychiatry) i przebywał w nieodpowiednich warunkach, które negatywnie wpływały na stan jego zdrowia i dobre samopoczucie. ETPC wskazał, iż osoby aresztowane, które cierpią na zaburzenia umysłowe, o wiele łatwiej poddają się poczuciu niższości i bezsilności. W sprawie Wenerski przeciwko Polsce (wyrok ETPC z 20 stycznia 2009 r., skarga nr 44369/02) Trybunał stwierdził naruszenie art. 3 Konwencji, podkreślając, że obowiązek zapewnienia leczenia ma charakter bezwzględny i dotyczy wszystkich sytuacji chorobowych. Nie ma znaczenia, czy choroba występowała jeszcze przed uwięzieniem, czy też została nabyta w trakcie pobytu w jednostce penitencjarnej. Nie jest również istotne to, czy osadzony sam przyczynił się do swoich kłopotów zdrowotnych. Z kolei w sprawie Kaprykowski przeciwko Polsce (wyrok ETPC z 3 lutego 2009 r., skarga nr 23052/05), stwierdzając naruszenie art. 3 Konwencji, Trybunał uznał, że poniżające traktowanie polegało

na niezapewnieniu osadzonemu, który cierpiał m.in. na epilepsję, przez wiele lat odpowiedniej opieki medycznej. Trybunał wyraził dezaprobatę dla sytuacji, w której personel jednostki penitencjarnej przerzuca ciężar odpowiedzialności za udzielenie pomocy osadzonemu przez współwięźniów. Ponadto, w sprawie D. G. przeciwko Polsce (wyrok ETPC z 12 lutego 2013 r., skarga nr 45705/07), Trybunał stwierdził, że mimo, iż utrzymywanie środka izolacyjnego samo w sobie nie było niezgodne ze stanem zdrowia skarżącego, to pozbawienie go wolności przez okres 18 miesięcy w placówce nieprzystosowanej do pobytu osób niepełnosprawnych fizycznie oraz brak podjęcia rozsądnych wysiłków w celu racjonalnego dostosowania miejsca pobytu skarżącego do jego szczególnych potrzeb zrodziło poważne wątpliwości w kontekście Konwencji. W sprawie tej Trybunał stwierdził, że pozbawienie wolności osoby, która jest „przykuta” do wózka inwalidzkiego i cierpi na poważne schorzenia, w warunkach, w których ma ograniczony dostęp do prysznic, podkładów higienicznych oraz jest uzależniona od pomocy ze strony współosadzonych, osiąga próg dolegliwości, który prowadzi do uznania naruszenia art. 3 Konwencji, stanowiąc poniżające i nieludzkie traktowanie.

W dalszej części seminarium głos zabrał Wojciech Sadownik, specjalista w Zespole Krajowy Mechanizm Prewencji w Biurze RPO, który przedstawił prezentację pt. „Standardy CPT dotyczące opieki medycznej”, zwracając uwagę na: dostęp do lekarza, równowagę opieki, zgodę pacjenta i poufność, opiekę profilaktyczną, potrzebę zwrócenia uwagi na wrażliwe kategorie osadzonych (matkę i dziecko, nieletnich), niezależność zawodową lekarzy więziennych i w tym kontekście zalecenie CPT, aby personel medyczny był w maksymalnym stopniu związany z systemem ogólnej opieki zdrowotnej w społeczeństwie, jak również na profesjonalizm lekarzy więziennych. Następnie prelegent przedstawił zasadnicze uwagi zawarte w 23. Sprawozdaniu Ogólnym CPT – *Dokumentowanie i zgłaszanie medycznych dowodów złego traktowania*. Mianowicie, w przypadku obrażeń ciała zapis badania lekarskiego powinien być wykonywany na specjalnym formularzu, w formie rysunku ciała z miejscami do zaznaczania obrażeń. W przypadku zaś odnotowania przez pracowników służby zdrowia obrażeń ciała, które pokrywają się z zarzutem złego traktowania, zgłoszonym przez osobę pozbawioną wolności, informacja taka powinna być natychmiast przekazywana właściwemu organowi, niezależnie od woli osadzonego. Jeśli zatrzymany nosi ślady obrażeń, które wyraźnie wskazują na złe traktowanie, ale nie chce ujawnić ich przyczyn,

to jego oświadczenie powinno być dokładnie udokumentowane i zgłoszone do właściwego organu, wraz z pełnym opisem medycznym. Przekazywaniu dowodów medycznych, wskazujących na niewłaściwe traktowanie, do odpowiedniego organu, muszą towarzyszyć skuteczne gwarancje ochrony osoby, której sprawozdanie dotyczy.

Ostatni referat, przedstawiony w trakcie seminarium, zaprezentowała Magdalena Filipiak, radca w Zespole Krajowy Mechanizm Prewencji w Biurze RPO, a dotyczył on wniosków płynących z wizytacji KMP w latach 2011-2015. Opierał się on na analizie SWOT. Prelegentka wskazała, że mocnymi stronami więziennej służby zdrowia, na podstawie raportów przedstawicieli KMP, jest posiadana baza: zatrudnieni pracownicy, zaplecze (sprzęt i aparatura medyczna, pomieszczenia), słabymi zaś, niewłaściwa postawa personelu medycznego wobec osadzonych, zaniedbania w udzielaniu świadczeń medycznych, naruszenie relacji pacjent-lekarz; braki personalne, błędne zarządzanie bazą lokalową. Przedstawiciele KMP szanse dostrzegają w szkoleniach, zmianach (organizacyjnych, ekonomicznych, poznawczych) oraz w możliwościach wdrożenia zaleceń przedstawicieli KMP. Jeśli chodzi natomiast o zagrożenia, to zauważalne są w braku współpracy ze strony cywilnych placówek opieki medycznej oraz braku koordynacji działań ze strony różnych instytucji. Jeśli chodzi o zasoby, jakimi dysponuje więzienna służba zdrowia, to przedstawiciele KMP rzadko wydawali zalecenia dotyczące doposażenia wizytowanych jednostek penitencjarnych w sprzęt i aparaturę medyczną. Natomiast deficyty, jakie dostrzeżono w więziennej służbie zdrowia, to: niewłaściwa postawa personelu medycznego wobec osadzonych, zaniedbania w udzielaniu świadczeń medycznych, naruszenie relacji pacjent-lekarz, niezapewnienie pacjentom prawa do prywatności, braki personalne, błędne zarządzanie bazą lokalową.

Kolejną i zasadniczą częścią seminarium były wypowiedzi zaproszonych gości i dyskusja. Jako pierwszy głos zabrał płk Andrzej Pecka – zastępca dyrektora generalnego Służby Więziennej, który odniósł się do zaprezentowanych w trakcie seminarium wyroków ETPC. Jego zdaniem były to wyroki historyczne i od ich wydania wiele się zmieniło. Natomiast co do chorych na wzv typu C – płk A. Pecka zauważył konieczność odniesienia się do tego, jak ludzie zarażeni wirusem HCV leczeni są w warunkach wolnościowych.

W odpowiedzi na zarzuty dotyczące historyczności orzecznictwa ETPC głos zabrała Katarzyna Wiśniewska – przedstawicielka

Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, według której przytoczone wyroki są bardzo istotne i nie można nazwać ich historycznymi. Podobnie płk Krzysztof Olkowicz – zastępca RPO, podkreślił, że nadal występują problemy, które uprzednio wytknął Polsce ETPC w sprawach dotyczących więziennej służby zdrowia, stąd zaprezentowane orzecznictwo Trybunału ma znaczenie.

Następnie płk Leszek Markuszewski – naczelny lekarz więziennictwa, w swoim komentarzu dotyczącym osób chorych na wzw typu C wskazał, że w skali roku przyjmowanych jest do leczenia ok. 100 osób, z tego 15 osób do leczenia interferonem. Stwierdził, że pacjenci-więźniowie nie narzekają na badania, ponieważ wchodzi bez kolejki. Ponadto, wspomniał, że pieniądze na leczenie HCV nie są ograniczone. Wielokrotnie sygnalizował potrzebę rozbudowania bazy szpitalnej. Wskazał szpital na Mokotowie jako najgorszy ze szpitali, mimo że znajduje się w centrum Warszawy i jest wizytowany np. przez CPT. Bardzo obszernie opowiedział o działaniach więziennej służby zdrowia. Podał informację, że w 2013 r. została opracowana koncepcja pozostawienia opieki medycznej nad osadzonymi w więziennictwie.

W odpowiedzi głos zabrał płk Andrzej Pecka, który podkreślił, że w Areszcie Śledczym Warszawa Mokotów funkcjonuje już tylko oddział psychiatryczny. Według niego nie jest istotne, czy opieka medyczna zostanie zapewniona „wewnątrz”, czy też na „zewnątrz” więziennictwa. Wspomniał również o konieczności podniesienia standardów szpitali więziennych, jakie nakłada na Służbę Więzienną rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 5 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności. Kwestia, w jakim zakresie można przystosować zgodnie z rozporządzeniem np. szpital w Areszcie Śledczym na Mokotowie, jest badana i uwarunkowana względami ekonomicznymi. Płk Andrzej Pecka wspominał, że prowadzone są rozmowy ze szpitalami zewnętrznymi, czy jest możliwość wydzierżawienia oddziału dla więźniów. Wskazał również, że nie ma planów co do 3 oddziałów chirurgicznych w Polsce. Prawdopodobnie co najmniej jeden będzie zachowany.

Naczelny lekarz więziennictwa podkreślił konieczność docenienia więziennej służby zdrowia środkami pieniężnymi, potrzebę szkoleń oraz trudności w znalezieniu chętnych do pracy wśród lekarzy. Warunki, jakie im się stwarza, nie są najlepsze.

W następnej kolejności głos zabrała Marzena Ksel – lekarz, członek CPT. Mówiła o konieczności oceny sytuacji w chwili obecnej i zastanowienia się nad problemami. Domeną oceny CPT jest dostęp do opieki zdrowotnej osób pozbawionych wolności. Istnieje silny trend, że opieka zdrowotna w kraju powinna stanowić jedność, a nie być wydzielana dla więziennictwa. W większości krajów nie jest to realizowane na zewnątrz, ale wewnątrz SW. Następnie Marzena Ksel przedstawiła, jak kształtuje się sytuacja w innych krajach. We Francji w roku 1994 motywem przeniesienia odpowiedzialności do Ministerstwa Zdrowia były zarobki lekarzy. Kolejnym krajem, który również przeniósł odpowiedzialność z Ministerstwa Sprawiedliwości była Wielka Brytania. Swoją pracę zakończyła 2 lata temu. Wśród innych krajów można wymienić również Włochy, Słowenię, Szwecję. Obecnie pracuje nad tym Gruzja. Rosja wydzieliła pion medyczny z władztwa penitencjarnego. Szefem więziennej służby zdrowia jest osoba w randze generała, która podlega dyrektorowi generalnemu Służby Więziennej, ale lekarze nie podlegają dyrektorom jednostek. Ponadto mówiła o potrzebie zmiany mentalności lekarzy więziennych. Lekarze z zewnątrz wchodząc do więzienia przenoszą cywilny standard – do każdego więźnia podchodzą jak do pacjenta.

Kolejną osobą, której oddano głos, była Joanna Żuchowska – lekarz współpracujący z Krajowym Mechanizmem Prewencji, która zrelacjonowała swoje doświadczenia związane z wizytacjami KMP. Pierwszą rzeczą, na jaką zwróciła uwagę, jest dostępność. W większości przypadków lekarz ma pod opieką swoje określone oddziały i czas oczekiwania wynosi przeciętnie kilka dni, do tygodnia. W jednej placówce planowe przyjęcia były organizowane co 2-3 tygodnie. W niektórych placówkach wszyscy pacjenci przyjmowani byli jednego dnia. Funkcje lekarzy rodzinnych pełnią lekarze różnych specjalności, np. ginekolodzy. Część lekarzy to osoby, które rozpoczęły pracę od razu po studiach. Skarżą się oni na niemożność szkoleń i rozwijania się. Lekarze z zewnątrz są zatrudnieni zazwyczaj na cząstkowym wymiarze godzin i częściach etatu. Kolejną poruszaną sprawą były przyjęcia przez lekarzy. W kilku placówkach nie było funkcjonariuszy podczas badania medycznego. Bywało, że pacjenci przyjmowani byli w pozycji stojącej. W niektórych jednostkach zwracano się do osadzonych w sposób niestosowny. Według części lekarzy zwracanie się do pacjenta po imieniu ma na celu zmniejszenie dzielącego ich dystansu. J. Żuchowska wskazała również na zaniedbania samych pacjentów – cierpią na świerzb, mają próchnicę, zwiększa się

też liczba zachorowań na gruźlicę. Natomiast w przypadku konsultacji psychiatrycznych brak jest kontrolnych wizyt, w związku z czym osadzeni czasem latami biorą te same leki. Podkreślono również pozytywne strony: nie zauważono w trakcie wizytacji jednostek penitencjarnych żadnych braków jeżeli chodzi o leki, ani ich przeterminowania. Odnosząc się do izby chorych i cel dla niepełnosprawnych J. Żuchowska podkreśliła, że nie są one przystosowane do celów, jakim mają służyć. Także prowadzona dokumentacja medyczna nie jest, według niej, konkretna.

Naczelnny lekarz więziennictwa podniósł konieczność organizowania kursów i szkoleń dla lekarzy. Wspomniał o przeprowadzonych platformach edukacyjnych.

Kolejną osobą, która zabrała głos, był Marek Trosiński - wicedyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli. Mówił o przeprowadzonych przez NIK kontrolach w roku 2012. Kontrolujących wówczas interesowały trzy płaszczyzny: dostępność, stan techniczny obiektów, wyposażenie więziennych podmiotów leczniczych w sprzęt. Co do dostępności, to w ocenie przedstawicieli NIK jednostki penitencjarne zapewniły ją. Zdaniem M. Trosińskiego nie da się porównać świadczeń medycznych w ramach jednostek penitencjarnych z tym, co jest oferowane przez powszechną opiekę zdrowotną.

W następnej kolejności głos zabrała Maria Ejchart-Dubois – przedstawicielka Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, która mówiła o konieczności wypracowania jednego kierunku, w jakim powinna podążać więzienna służba zdrowia.

Z kolei płk Lidia Olejnik – dyrektor Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Opolu, członek Rady Społecznej przy RPO, zwróciła uwagę, że zdaniem osadzonych leczenie na wolności jest o wiele lepsze.

Seminarium podsumowała Ewa Dawidziuk oraz płk Krzysztof Olkowicz. Jako zasadniczy postulat wskazano powołanie międzyresortowego zespołu, poza Biurem RPO, który podjąłby się dyskusji nad wybraniem modelu funkcjonowania więziennej służby zdrowia w Polsce.