

Anna Maria Passaseo
Agnieszka Lewicka-Zelent
Ewa Grudziewska

Seniorzy w zakładach karnych w Polsce. Aspekty prawne i medyczne

Seniors in penal institutions in Poland. Legal and medical aspects

Populacja ludzi starzeje się. W większości krajów świata obserwuje się spadek liczby urodzeń. Obecnie liczba zgonów jest jeszcze intensyfikowana przez pandemię COVID-19. Zmniejszający się przyrost naturalny powoduje, że polityka musi być dostosowywana do zachodzących zmian. Dotyczy to organów władzy państwowej, wszelkich instytucji oraz podmiotów społecznych i gospodarczych, w tym zakładów karnych i aresztów śledczych, w których wzrasta liczba skazanych powyżej 60. roku życia. Wobec powyższego zdecydowano się na analizę sytuacji seniorów przebywających w zakładach karnych pod kątem opieki medycznej. Przedstawiono przegląd wybranych aktów prawnych o zasięgu międzynarodowym i krajowym dotyczących sprawowania opieki nad skazanymi w starszym wieku. Poza tym dokonano charakterystyki najstarszej grupy skazanych pod względem stanu zdrowia psychofizycznego wraz z sugestiami co do przyszłych kierunków modyfikacji pracy w jednostkach penitencjarnych, z uwzględnieniem wieku i stanu zdrowia skazanych. Dokonano go na podstawie przeglądu literatury z zakresu prawa, medycyny, pedagogiki resocjalizacyjnej i psychologii oraz danych statystycznych udostępnionych przez Centralny Zarząd Służby Więziennej.

Słowa kluczowe: seniorzy, skazani, opieka medyczna, zdrowie psychofizyczne

The population of human beings is getting older. In the majority of countries in the world the decline in the number of births is observed. Currently the number of deaths is yet intensified by the COVID-19 pandemic. The declining growth of population means that the politics has to be adjusted to the occurring changes. It pertains to government authorities, all the institutions and social and economic entities, including penal institutions and remand centres, in which the number of the convicted individuals over 60-year-old is on the rise. In view of the above, the decision was made to analyse the situation of seniors staying in penal institutions in terms of medical care. The overview of the selected legal acts of international and domestic scope concerning the provision of care for the convicts in old age was presented. Apart from that the characteristics of the oldest group of convicts in terms of psychophysical health was done, along with the suggestions as to the future directions in the modification of work in penitentiary units, with account taken of age and health condition of the convicts. It was performed based on the overview of literature from the fields of law, medicine, social rehabilitation pedagogy and psychology, as well as the statistical data as made available by the Central Board of the Prison Service.

Key words: seniors, convicts, medical care, psychophysical health

Wprowadzenie

Świat nieustannie się zmienia, a to za przyczyną ludzi, od których w znacznej mierze zależy to, co dzieje się na ziemi. Mają oni m.in. duży wpływ na to, ile posiadają potomstwa. Obecnie, z różnych względów, rodzi się coraz mniej dzieci, co oznacza, że populacja ludzka starzeje się. Można z dużym prawdopodobieństwem zakładać, że w niedługim czasie na całym świecie będą przeważały osoby po 60 r.ż. Wobec takiej zmiany demograficznej pojawia się mnóstwo pytań, o sposób sprawowania nad nimi opieki socjalnej i medycznej. W obawie przed przeciążeniem systemów opieki państwowej, opracowywane są strategie profilaktyczne i udzielania pomocy seniorom.

Wzrastające wskaźniki udziału osób po 65 r.ż. w populacji ludzi nadają tempa zmianom, jakie zachodzą we wszystkich płaszczyznach życia społecznego, politycznego oraz gospodarczego. Implikuje to konieczność

monitorowania aktualnej sytuacji przez Służbę Więzienną w zakresie udzielania wsparcia osobom skazanym w najstarszej grupie wiekowej¹. Więzienie jest instytucją totalną i z tego powodu stan dobrego samopoczucia społecznego i psychicznego osób przebywających w nim jest zagrożony. Osadzeni mają ograniczone możliwości pełnienia funkcji społecznych. Priorytetowa jest dla nich rola więźniów, którzy przebywają z osobami obcymi i mają ograniczone kontakty z najbliższymi. Warunki takie sprzyjają niestety pogarszaniu ich stanu zdrowia. Dlatego jednostki penitencjarne odpowiadają za zapewnienie niezbędnej pomocy medycznej oraz profilaktycznej, zwłaszcza skazanym z największymi potrzebami zdrowia psychofizycznego².

Celem niniejszego artykułu jest analiza sytuacji seniorów przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych w zakresie opieki medycznej. Dokonano przeglądu wybranych aktów prawnych o zasięgu międzynarodowym i krajowym dotyczących udzielania tej opieki skazanym w starszym wieku. Scharakteryzowano ich w aspekcie zdrowia psychofizycznego oraz zaproponowano przyszłe kierunki modyfikacji pracy z nimi w jednostkach penitencjarnych. Uczyniono to na podstawie przeglądu literatury z zakresu prawa, medycyny, pedagogiki resocjalizacyjnej i psychologii oraz danych statystycznych udostępnionych przez Centralny Zarząd Służby Więziennej.

Prawa skazanych w zakresie opieki medycznej w przepisach o zasięgu międzynarodowym

Sposób traktowania osób chorych, w tym tych przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych regulują przepisy międzynarodowe. Pomimo że w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela nie ma wprost odniesienia do ochrony zdrowia, to art. 1 i 2 gwarantują ludziom równość we wszystkich aspektach życia. Należy to odczytywać jako zapewnienie równości w dostępie do usług medycznych również przez

¹ S. Grzesiuk, *Gerontologia resocjalizacyjna i penitencjarna* [w:] M. Kilian (red.), *Pedagogika specjalna osób w starszym wieku*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2021, s. 347.

² P. Perska, P. Stępniaak, *The convict's health and functioning in prison*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2014, nr 1(51), s. 56–57.

osoby pozbawione wolności³. Także w Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności⁴ nie ma wprost nawiązania do ochrony zdrowia osób osadzonych. Niemniej jednak zwrócono w niej uwagę na prawo ludzi do życia, co można powiązać z zapewnieniem odpowiednich warunków ku temu. Poza tym art. 3 nakazuje podmiotowe, humanitarne traktowanie ludzi, co pośrednio wskazuje na prawo osób chorych do właściwej opieki, niezależnie od miejsca ich przebywania.

Z kolei Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli)⁵ stanowią swoisty drogowskaz dla Służby Więziennej (SW) w poszczególnych państwach. Reguły 22–35 dotyczą opieki zdrowotnej. Zgodnie z nimi skazani muszą mieć zapewnione zdrowe posiłki oraz aktywność fizyczną. „1. Zapewnienie więźniom opieki zdrowotnej stanowi odpowiedzialność państwową. Więźniowie powinni mieć dostęp do opieki zdrowotnej o takim samym standardzie, jaki dostępny jest tym, którzy nie są uwięzieni oraz powinni mieć dostęp do niezbędnych usług medycznych nieodpłatnie, bez dyskryminacji ze względu na ich status prawny. 2. Usługi medyczne powinny być zorganizowane w ścisłym powiązaniu z powszechną służbą zdrowia w sposób gwarantujący ciągłość leczenia i opieki, w tym leczenia HIV, gruźlicy oraz innych chorób zakaźnych, jak również uzależnienia od narkotyków.” (Reguła 24). Zadaniem SW jest promowanie, ochrona i poprawa zdrowia skazanych oraz dokonywanie ich oceny, dlatego służby medyczne muszą być wykwalifikowane, interdyscyplinarne. Prowadzą odpowiednio dokumentację medyczną i stosują się do zasad tajemnicy lekarskiej. Skazani muszą uzyskać szybką pomoc specjalistyczną na terenie zakładu karnego lub w wyspecjalizowanej instytucji lub szpitalu. Ważne jest rozpoznanie potrzeb zdrowotnych, a następnie podjęcie leczenia. Poza tym istotne jest wykrycie oznak złego traktowania i presji psychologicznej z powodu pozbawienia wolności, a także ryzyka samobójstwa, samouszkodzenia oraz objawów odstawiennych środków psychoaktywnych i podejmowanie w związku z tym indywidualnych działań zaradczych. Skazani podejrzewani o nosicielstwo chorób zakaźnych muszą być odpowiednio leczeni i nie mogą stwarzać zagrożenia dla innych osadzonych.

³ Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela z 26 sierpnia 1789 r., <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/francja-18.html> (dostęp: 30.07.2021).

⁴ Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, https://www.echr.coe.int/documents/convention_pol.pdf (dostęp: 30.07.2021).

⁵ Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli), https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Reguly_Mandeli_1.pdf (dostęp: 30.07.2021).

Wszyscy skazani powinni być poddani procesowi określenia ich fizycznych zdolności do podjęcia pracy, aktywności fizycznej i innych czynności (Reguła 30). Lekarz lub placówka publicznej służby zdrowia zobligowani są do regularnej kontroli i doradzania dyrektorowi jednostki penitencjarnej w sprawach związanych z żywieniem skazanych, zachowaniem higieny i czystości, działaniem urządzeń grzewczych, wentylacyjnych, sanitarnych, ubiorem, aktywnością fizyczną i uprawianiem sportu (Reguła 35).

Europejskie Reguły Więzienne eksponują prawo skazanych do godności. Oznacza to m.in., że powinni oni odbywać karę pozbawienia wolności w odpowiednich warunkach, z zapewnieniem właściwej ochrony zdrowia. Część III Europejskich Reguł Więziennych gwarantuje im dobrą organizację służby zdrowia w zakładzie karnym, zgodną z polityką zdrowotną danego państwa, w szybki dostęp do usług medycznych. Dokument chroni ich przed antydyskryminacyjną w zakresie ochrony zdrowia.

Ochrona zdrowia osób osadzonych w polskich jednostkach penitencjarnych

Na poziomie prawa krajowego podstawowym dokumentem gwarantującym Polakom prawo do ochrony zdrowia jest Konstytucja RP⁶. „Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”. Wynika z tego, że osoby pozbawione wolności, a szczególnie wskazane grupy, muszą mieć dostęp do odpowiedniej opieki zdrowotnej. Z dniem 1 stycznia 2016 roku weszła w życie Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, w myśl której organy administracji publicznej, państwowe jednostki organizacyjne oraz inne organizacje zaangażowane w kształtowanie sytuacji osób starszych zobowiązane są do monitorowania sytuacji osób po 60 r.ż.⁷

Poza tym organy administracji rządowej i samorządowej oraz inne podmioty (np. fundacje, stowarzyszenia, kościoły) zapewniają Polakom ochronę zdrowia psychicznego. Obejmuje ona: promocję zdrowia

⁶ Konstytucja Rzeczypospolita Polska z dnia 2 kwietnia 1997 r., art. 68, <https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm> (dostęp: 30.07.2021).

⁷ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705).

psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zapewnienie dostępu do opieki osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz kształtowanie wobec nich właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości oraz przeciwdziałania ich dyskryminacji⁸. Docelowo prawem tym objęci są także skazani. Jak twierdzą Magdalena Sadowska i Piotr Stępnik⁹ ich zdrowie psychiczne zależy zarówno od ich kondycji psychicznej, jak i warunków życia. Oznacza to, że odbywanie kary izolacyjnej sprzyja występowaniu zaburzeń psychicznych.

W oddziale 4. *Prawa i obowiązki skazanego* w Kodeksie karnym wykonawczym¹⁰ (k.k.w.) ustawodawca zapewnia skazanym prawo do „zachowania zdrowia, wyżywienia, odzieży, warunków bytowych, pomieszczeń oraz świadczeń zdrowotnych i odpowiednich warunków higieny.” W myśl art. 109. § 1 k.k.w. otrzymują oni „trzy razy dziennie napój i posiłki o odpowiedniej wartości odżywczej, w tym co najmniej jeden posiłek gorący, z uwzględnieniem rodzaju wykonywanej pracy i wieku skazanego, a w miarę możliwości także wymogów religijnych i kulturowych. Skazany, którego stan zdrowia tego wymaga, otrzymuje wyżywienie według wskazań lekarza.”. Szczegółowe wytyczne w tym zakresie zostały wskazane w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 lutego 2016 r. w sprawie wyżywienia osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych¹¹.

Skazani przebywają w celach mieszkalnych o ustalonej powierzchni oraz z zapewnionymi warunkami higieny życia (np. odpowiednia temperatura i oświetlenie), w której dysponują osobnym miejscem do spania. Posiadają niezbędne przedmioty, tj. odzież, środki czystości, pościel¹². Mają oni również prawo do minimum godzinowego spaceru i min. 8-godzinnego snu¹³. Przysługują im bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne, aczkolwiek nie mają prawa wyboru lekarza, pielęgniarki, świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, lekarza dentystry oraz szpitala. Z kolei protezy,

⁸ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 ze zm.) (art. 1.1., art. 2.1).

⁹ M. Sadowska, P. Stępnik, *Wybrane aspekty zdrowia psychicznego osób skazanych na dwie najsurowsze kary pozbawienia wolności w Polsce – rozważania teoretyczne*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2013, nr 4(50), s. 288.

¹⁰ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 Nr 90, poz. 557 ze zm.), art. 102 pkt. 1.

¹¹ Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 lutego 2016 r. w sprawie wyżywienia osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. poz. 302).

¹² Ustawa z dnia 6 czerwca..., *op. cit.*, art. 110 § 1, art. 111 § 1.

¹³ *Ibidem*, art. 112 § 1.

przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze powinni mieć zapewnione nieodpłatnie, ale tylko wtedy, gdy są one konieczne do zachowania zdrowia lub kontynuowania procesu resocjalizacji podczas odbywania kary pozbawienia wolności¹⁴. Świadczenia z zakresu ochrony zdrowia osadzonych pokrywane są ze środków publicznych. Natomiast zakup sprzętu, wyrobów medycznych, dostosowanie warunków lokalowych do potrzeb chorych finansowany jest z budżetu więziennictwa¹⁵.

Zapisy w oddziale 7. *Działalność kulturalno-oświatowa, społeczna, kultura fizyczna i zajęcia sportowe* stwarzają skazanym warunki do odpowiedniego spędzania czasu wolnego, dzięki możliwości wzięcia udziału w zajęciach kulturalno-oświatowych, sportowych, wychowania fizycznego oraz aktywnościach społecznych¹⁶. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności¹⁷ w Rozdziale 6. *Warunki opieki zdrowotnej i bytowe* stanowi podstawę zapewnienia takich warunków odbywania kary, aby skazani zachowali zdrowie.

W myśl art. 82 k.k.w. w celu zapewnienia zasady indywidualizacji w pracy ze skazanymi, zapobiegania nasileniu zdemoralizowania i zapewnienia im bezpieczeństwa dokonuje się odpowiedniego doboru systemu wykonywania kary, rodzaju i typu zakładu karnego oraz rozmieszczenia w celach mieszkalnych. W klasyfikacji bierze się pod uwagę m.in. wiek i stan zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego, w tym stopień uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych. Umożliwia to także dostosowanie opieki medycznej do indywidualnej sytuacji skazanego¹⁸. Również Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności¹⁹ reguluje sposób zapewnienia ochrony zdrowia skazanym. Przysługuje im prawo do korzystania ze świadczeń leczniczych, pielęgnacyjnych, opiekuńczych, rehabilitacyjnych i profilaktycznych na terenie zakładów karnych, a jeśli

¹⁴ *Ibidem*, art. 115 § 1, art. 115 § 2.

¹⁵ D. Sujka-Kujawiak, *Ochrona zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności*. Rozprawa doktorska przygotowana w Katedrze Prawa Karnego Międzynarodowego, Zakładzie Prawa Karnego Wykonawczego pod kierunkiem dr hab. Grzegorza Wicińskiego prof. nadzw. UŁ, Łódź 2019, s. 125.

¹⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca..., *op. cit.*, art. 135 § 1.

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. poz. 2231).

¹⁸ P. Perska, P. Stępiak, *The convici's ...*, *op. cit.*, s. 54.

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. poz. 738).

jest to niemożliwe – w pozawięziennych instytucjach leczniczych. Biorą udział w badaniach wstępnych, okresowych i kontrolnych, co umożliwiła stałe monitorowanie ich stanu zdrowia.

Służba Więzienna zobligowana jest do zapewnienia opieki zdrowotnej skazanym zgodnie z zapisami Ustawy o Służbie Więziennej z dnia 9 kwietnia 2010 roku. Gwarantuje to im humanitarne warunki bytowe i opiekę zdrowotną²⁰. Nadzorem i organizacją więziennej służby zdrowia zajmuje się Naczelny Lekarz Więziennictwa z zespołem specjalistów w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej. W każdym inspektoracie SW pracuje naczelny lekarz, który koordynuje pracę w podlegającym mu terenie²¹. Więzienna służba zdrowia zobowiązana jest do: prowadzenia badań osadzonych w celu profilaktycznym, diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym. Zapewnia usługi stomatologiczne, psychologiczne i terapeutyczne oraz edukacji prozdrowotnej, a także zaopatrzenie medyczne, tj. leki, aparaturę medyczną. Stale monitoruje warunki zdrowotne i żywieniowe oraz nawiązuje i podtrzymuje współpracę z publicznymi placówkami medycznymi świadczącymi usługi medyczne²². Rozdanie leków należy do zadań pielęgniarki lub podczas jej nieobecności – funkcjonariusza działu ochrony²³. Osoby skazane korzystają z ambulatorium z izbą chorych i gabinetów stomatologicznych (ok. 160). Mają dostęp do blisko 40 oddziałów specjalistycznych, w których wykonywane są skomplikowane zabiegi, których nie można przeprowadzić w jednostce penitencjarnej chociażby ze względu na brak odpowiedniej aparatury medycznej²⁴.

Ocena opieki medycznej nad skazanymi w polskich zakładach karnych i aresztach śledczych

Na podstawie analizy przepisów prawa można stwierdzić, że z legislacyjnego punktu widzenia sytuacja zdrowotna skazanych jest właściwie

²⁰ Ustawa o Służbie Więziennej z dnia 9 kwietnia 2010 roku (Dz. U. Nr 79, poz. 523).

²¹ D. Rogala, A. Banach, D. Jachimowicz-Gaweł, Ż. Skinder, M. Leźnicka, *System opieki zdrowotnej nad osobami osadzonymi w zakładach penitencjarnych w Polsce*, „Hygeia Public Health” 2013, nr 4(48), s. 444.

²² Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, (Dz.U. 2011 Nr 1, poz. 2).

²³ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r..., *op. cit.*

²⁴ A. Dańda, J. Buks, *Opieka medyczna w jednostkach penitencjarnych*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2013, nr 4(37), s. 232.

uregulowana. Mają oni prawo do świadczeń lekarskich, uczestniczenia w działaniach profilaktycznych oraz odbywania kary pozbawienia wolności w humanitarnych warunkach gwarantujących zachowanie zdrowia. Dlatego postanowiono sprawdzić, jak opieka zdrowia oceniana jest z perspektywy praktyki penitencjarnej. Okazało się jednak, że na gruncie naukowym sporadycznie podejmuje się problematykę z tego zakresu.

Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrolę w latach 2010–2013, której celem było dokonanie oceny skuteczności realizacji praw pacjenta w jednostkach penitencjarnych. Eksperti stwierdzili, że osadzeni mieli zapewnioną całodobową opiekę medyczną i szybką pomoc lekarską. Okres oczekiwania na wizytę u stomatologa wynosił średnio dwa tygodnie. Każdy osadzony dość często korzystał z porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W latach 2010–2011 zwiększono wydatki na pozawięzienne instytucje lecznicze, co wynikało ze złych warunków lokalowych przeznaczonych na ten cel oraz przestarzałej i niesprawnej aparatury medycznej w zakładach karnych. Kontrolerzy NIK stwierdzili, że nieprzestrzegane były terminy badań osadzonych, co jest i było istotne pod kątem zachorowalności na gruźlicę płuc. Zaobserwowano także, że często zmieniał się personel medyczny, co również utrudniało proces diagnostyczny i leczniczy pacjentów, zwłaszcza z chorobami przewlekłymi i z niepełnosprawnością²⁵.

Jak twierdzi Barbara Moraczewska, Europejski Trybunał Praw Człowieka wielokrotnie wydawał wyroki przeciwko Polsce w związku z nieprawidłowym postępowaniem wobec osób przewlekle chorych. W efekcie przeprowadzono „Program modernizacji Służby Więziennej w latach 2017–2020”, którego celem było podnoszenie jakości usług podmiotów leczniczych dla osób przebywających w warunkach izolacyjnych oraz modyfikacja istniejącego systemu zatrudnienia personelu medycznego. Niestety w programie tym nie uwzględniono zmiany w programach kształcenia przyszłej kadry penitencjarnej w kontekście opieki lekarskiej²⁶.

Dominika Sujka-Kujawiak²⁷ uważa, że „zakres świadczeń medycznych udzielanych osadzonym przez więzienną służbę zdrowia jest szeroki, a więzienne zakłady opieki zdrowotnej można by traktować jako samodzielne

²⁵ Informacja o wynikach kontroli. Sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności, NIK, 2012, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,4619,vp,5950.pdf>, s. 233–234 (dostęp: 20.06.2022).

²⁶ B. Moraczewska, *Przygotowanie pracowników zakładów karnych do pracy z osadzonymi cierpiącymi na choroby przewlekle wyzwaniem XXI wieku*, „Społeczeństwo Edukacja Język” 2021 t. 13, s. 160.

²⁷ D. Sujka-Kujawiak, *Ochrona zdrowia...*, op. cit., s. 125.

jednostki, które powinny być w stanie kompleksowo ochronić zdrowie osadzonych.”. Również wyniki badań Elżbiety Buchowieckiej wskazują, że skazani mają dobry dostęp do usług leczniczych i pielęgnacyjnych, dostosowany do ich potrzeb. Niemniej jednak nie mają prawa wyboru stomatologa, lekarza czy pielęgniarki²⁸.

Wyniki badań przeprowadzonych w 2012 roku świadczą o występujących nieprawidłowościach w jakości posiłków serwowanych skazanym. Ich wartość energetyczna była wyższa od dziennego zapotrzebowania kobiet. Z kolei posiłki mężczyzn były zbyt wysokotłuszczowe. Zaobserwowano niedobory błonnika pokarmowego, witaminy C, potasu, wapnia i magnezu. Równocześnie pozytywnie oceniono regularność dostarczania posiłków, co pomaga w utrzymaniu równowagi w zakresie stężenia glukozy we krwi, perystaltyki jelit i zachowania prawidłowej masy ciała²⁹. Posiłki przygotowywane są przez osoby osadzone, zatrudnione w danej jednostce penitencjarnej. Rozwożone są pod cele mieszkalne w stałych godzinach. Ich ciepło utrzymują termosy termoizolacyjne³⁰.

Lekarze (63%) pracujący ze skazanymi uznali, że najbardziej szkodliwym czynnikiem, wpływającym na stan ich zdrowia (w tym seniorów) jest przewlekły stres więzienny. Co czwarty z nich twierdził również, że niekorzystne są warunki bytowe i sanitarne w zakładzie karnym oraz nikotynizm wśród skazanych. Innymi czynnikami ryzyka w zakresie ich zdrowia są: samouszkodzenia (22%), wysokokaloryczna dieta (15%) oraz nadużywanie zbyt mocnej kawy i herbaty (11%)³¹.

Seniorzy w warunkach izolacyjnych. Dane statystyczne

Podobnie jak w populacji Polaków od lat obserwujemy spadek liczby urodzeń, a w związku z tym wzrost liczby osób starszych, w jednostkach penitencjarnych przebywa coraz więcej seniorów.

W latach 1999–2012 nastąpił ponad pięciokrotny wzrost liczby skazanych w wieku senioralnym. Dynamika wzrostu liczby osób skazanych była

²⁸ E. Buchowiecka, M. Urban, J. Szwarz-Woźniak, *Rola pielęgniarki więziennej w służbie zdrowia na przykładzie Aresztu Śledczego w Suwałkach*, „Zeszyty Naukowe WSA w Łomży” 2016, nr 64, s. 22.

²⁹ A. Kucharska, M. Gronau, B. Sińska, E. Michota-Katulska, M. Zegan, *Ocena realizacji zaleceń żywieniowych dla osób osadzonych na przykładzie wybranego aresztu śledczego*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2013, nr 4(94), s. 809.

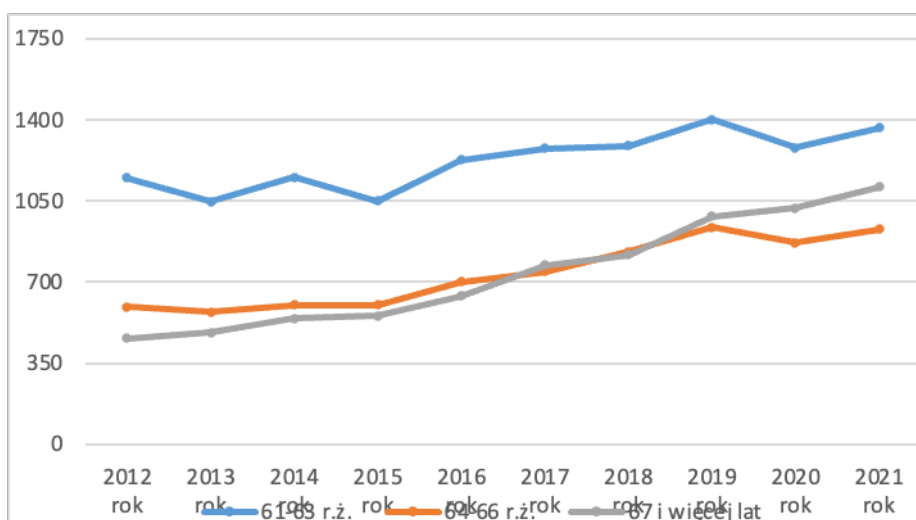
³⁰ *Ibidem*, s. 808.

³¹ P. Stępnia, *Sytuacja zdrowotna i ochrona zdrowia więźniów w zakładach karnych*, „Archiwum Kryminologii” 2013, nr XXXV, s. 351.

zdecydowanie większa od liczby tymczasowo aresztowanych seniorów (dwukrotny wzrost). W roku 2012 wskaźnik dynamiki wzrostu liczby kobiet wynosił 1050% w stosunku do 1999 roku. Ogólnie udział seniorów w populacji więziennej wzrósł z 0,3% do 1,25% w latach 1999–2012. Wśród seniorów 3% stanowiły osoby odbywające karę 25 lat pozbawienia wolności i niespełna 1% – karę dożywotniego pozbawienia wolności³².

W celu sprawdzenia, jakie zmiany zaszły w tym zakresie, dokonano analizy danych statystycznych upublicznionych przez Centralny Zarząd Służby Więziennej. Na wykresie 1 zamieszczono dane liczbowe osób po 60. r.ż., które w latach 2012–2021 przebywały w polskich aresztach śledczych i zakładach karnych. W danych uwzględniono trzy przedziały wiekowe: 61–63 r.ż., 64–66 r.ż. i 67 i więcej lat, co wynika takiego podziału przez CZSW.

Wykres 1. Liczba seniorów w zakładach karnych i aresztach śledczych w latach 2012–2021³³



Z zaprezentowanych danych wynika, że w latach 2012–2015 liczba skazanych seniorów utrzymywała się na względnie stałym poziomie. W granicach $n = 1000-1200$ zawierały się osoby między 61 a 63 r.ż. Około

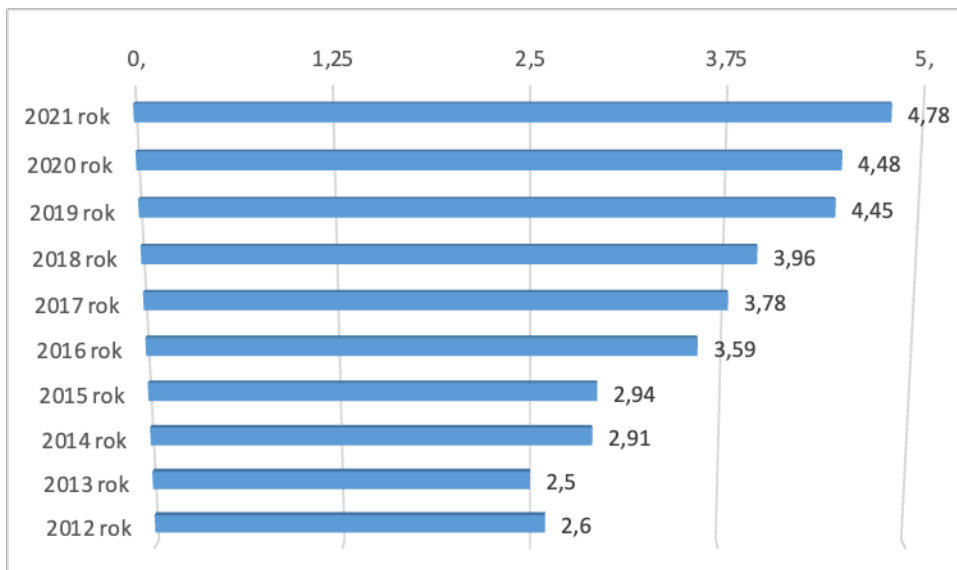
³² A. Nawój-Śleszyński, *Problemy indywidualizacji wykonywania kary pozbawienia wolności wobec więźniów w wieku senioralnym*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2014, nr 83, s. 104, 107.

³³ Statystyka roczna za lata 2012-2021, Centralny Zarząd Służby Więziennej, <https://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> (dostęp: 20.06.2022).

600 było skazanych w wieku 64-66 r.ż., a osób sześćdziesięciosiedmioletnich i starszych było od 400 do 600 w ciągu tych czterech lat. Od 2015 następuje stopniowy wzrost liczby seniorów (z niewielkim odstępstwem w roku 2020, co można wyjaśnić znacznie utrudnioną sytuacją pandemiczną panującą w jednostkach penitencjarnych). Nieustannie przez ostatnich 10 lat najwięcej seniorów miało do 63 lat. Drugą najbardziej liczną grupę stanowiły do 2017 roku osoby między 64 a 66 r.ż. Sytuacja ta zmieniła się, gdyż od 2018 roku przeważają nad nimi osoby powyżej 66 r.ż. Na tej postawie można przypuszczać, że w kolejnych latach w jednostkach penitencjarnych będzie coraz więcej najstarszych seniorów.

Dla lepszego zobrazowania dostępnych danych statystycznych dotyczących seniorów w zakładach karnych i aresztach śledczych w Polsce, przygotowano wykres 2, na którym zamieszczono dane procentowe osób najstarszych w jednostkach penitencjarnych (osoby powyżej 60 r.ż.) w latach 2012–2021. W tym celu zliczono sumy dla osób starszych w poszczególnych przedziałach wiekowych w każdym z dziesięciu ostatnich lat (61–63 r.ż., 64–66 r.ż., 67 i więcej lat), a następnie obliczono procent seniorów w odniesieniu do wszystkich osadzonych w danym roku.

Wykres 2. Udział procentowy seniorów w populacji więziennej w latach 2012–2021³⁴



³⁴ *Ibidem.*

Z przedstawionych danych wynika, że jedynie w roku 2013 odsetek seniorów w stosunku do wszystkich osadzonych był nieco niższy niż w roku poprzednim. Od tego roku następował stopniowy wzrost liczby osób najstarszych w populacji więziennej. Ogólnie udział seniorów w populacji skazanych wzrósł z 2,5% do 4,78% w latach 2012–2021. Odnosząc ten wskaźnik to tego uzyskanego w latach 1999–2012, obserwuje się ponad dwukrotne przyspieszenie dynamiki wzrostu.

Psychofizyczne funkcjonowanie seniorów w jednostkach penitencjarnych

Zmiany występujące w okresie starości są wielowymiarowe i dotyczą sfery biologicznej (zmiany degeneracyjne, patologia mnoga, zaburzenia widzenia i słuchu), psychospołecznej i psychologiczno-podmiotowej³⁵.

W przypadku seniorów przebywających w warunkach izolacyjnych, sprawa dotycząca ich stanu zdrowia jeszcze bardziej się komplikuje. O ich zdrowiu decyduje ich osobowość, poziom wykształcenia i rodzaj czynu przestępczego, jaki popełnili, co jest związane z ich trybem/stylem życia. Poza tym ważna jest jakość i częstota ich kontaktów ze współosadzonymi, ale także postawy i kompetencje funkcjonariuszy SW wobec osób starszych. Najbardziej dotkliwe są jednak dla nich warunki izolacyjne (ograniczenie czasu i przestrzeni, intymności i swobody, zewnętrzna kontrola, przynależność do podkultury przestępczej, przeludnienie jednostki, biurokratyzacja itd.)³⁶. Procesy straszenia się występują u wszystkich seniorów, a szybciej u skazanych ze względu na niezdrowy tryb życia (brak aktywności, używki)³⁷.

„W populacji seniorów przebywających w zakładach karnych proces starzenia się ma najczęściej charakter patologiczny, co pośrednio wiąże się z procesem tzw. kompresji populacji skazanych, która dotyczy zmniejszającego się w strukturze wyrokowania procentowej ilości bezwzględnej kary pozbawienia wolności. Oznacza to, że seniorzy przebywający w zakładach karnych to osoby o najgorszej prognozie kryminologiczno-społecznej,

³⁵ A. Szymanowska, *Wyzwania wobec działań penitencjarnych i postpenitencjarnych w świetle zmian demograficznych uwięzionych*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2016, nr 90, s. 17.

³⁶ S. Grzesiak, *Praca penitencjarna z więźniami seniorami*, Wrocław 2013, s. 401.

³⁷ A. Szymanowska, *Wyzwania...*, *op. cit.*, s. 18.

głęboko zdemoralizowane, wyniszczone przez prowadzony styl życia i częstą intoksykację alkoholową, odbywające długie kary za ciężkie przestępstwa.”³⁸

U osadzonych seniorów występuje depresja i zaburzenia dyssocjalne. Ponoszą skutki organicznego uszkodzenia centralnego układu nerwowego. Cierpią ze względu na „ociężałość umysłową”. U wielu z nich stwierdzono zespół uzależnienia od alkoholu. Leczą się m.in. na: nadciśnienie tętnicze, choroby układu krążenia, cukrzycę, udar mózgu, schorzenia narządu ruchu, zaćmę jaskrę, astmę, choroby płuc, prostatę, łuszczycę³⁹. Poza tym wraz z wiekiem wzrasta liczba symptomów zaburzeń snu (26% seniorów)⁴⁰. Seniorzy skarżą się na wiele chorób tj. choroby reumatyczne, choroby serca, miażdżyca, problemy z ciśnieniem, a większość z nich ma charakter przewlekły. Większość z nich potrzebuje rehabilitacji i protez, aparatów słuchowych, okularów. W związku z lekarze zalecają im częstsze spacer, czy zmianę diety. Wymagają także wsparcia psychologiczno-psychiatrycznego w związku z licznymi zaburzeniami psychicznymi, które najczęściej są skutkiem: zmian otepiennych, uszkodzeń organicznych, charakteropatii uzależnienia⁴¹.

Kamil Miszewski i Milena Miałkowska-Kozaryna dowodzą, że skazani na 25 lat pozbawienia wolności zgłaszają przeciętny poziom nasilenia symptomów PTSD w związku z przebywaniem w izolacji więziennej, aczkolwiek nasilenie tych symptomów wzrasta wprost proporcjonalnie do długości odbywania kary pozbawienia. Im dłużej przebywają w zakładzie karnym, tym zgłaszają więcej problemów zdrowotnych⁴². Dziewięciu z piętnastu skazanych odbywających karę pozbawienia wolności od min. 20 lat, korzystało z konsultacji psychologicznych, a trzech – z porad psychiatry. Sześciu odczuwało dolegliwości fizyczne⁴³.

Sławomir Grzesiak⁴⁴ dowiódł, że osoby starsze mają coraz więcej obaw o stan swojego zdrowia. Boją się niepełnosprawności i ośmieszenia, ale obniża się też u nich poziom lęku o sprawy bieżące. Okres starości wiąże się z podsumowywaniem życia, które często wypada niekorzystnie.

³⁸ S. Grzesiak, *Praca...*, *op. cit.*, s. 74.

³⁹ A. Nawój-Sleszyński, *Problemy...* *op. cit.*, s. 110.

⁴⁰ P. Stępiak, *Sytuacja...*, *op. cit.*, s. 345–346, 348.

⁴¹ S. Grzesiak, *Praca...*, *op. cit.*, s. 388.

⁴² K. Miszewski, M. Miałkowska-Kozaryna, *Dyskusja wokół problemu przizonizacji na kanwie badań własnych*, „Resocjalizacja Polska” 2020, nr 19, s. 329.

⁴³ K. Miszewski, *O (nie) szkodliwości kary długoterminowego pozbawienia wolności na psychikę i zdrowie fizyczne więźniów*, „Archiwum Kryminologii” 2017, t. XXXIX, s. 227–228.

⁴⁴ S. Grzesiak, *Praca...*, *op. cit.*, s. 61–62, 78.

Zasadniczo niezależnie od tego, czy osoba przebywa na wolności czy w zakładzie karnym, zachodzą nieuchronne zmiany o różnym nasileniu osobniczym. Wraz z wiekiem ludzie są coraz słabsi, mniej sprawni i mniej odporni fizycznie i psychicznie, trudniej adaptują się do nowych warunków, silniej odczuwają samotność, a związku z tym potrzebują pomocy innych i nierzadko są wykluczani społecznie⁴⁵. Osoby w starszym wieku częściej koncentrują się na swoim zdrowiu, mniej konfliktowi i sprawni fizycznie (psychomotorycznie, słabsze zmysły), wycofują się z kontaktów z innymi. Wymagają większego wsparcia psychologicznego, medycznego i wychowawczego i wymagają więcej pomocy w codziennym życiu. Częściej korzystają z porad lekarskich i konsultacji specjalistycznych, ale także przerw w odbywaniu kary kryminalnej⁴⁶.

Piotr Stępniań w badaniach prowadzonych na przełomie 2011/2012 roku dowiódł, że im niższy wiek skazanego, tym wyższa ocena własnego stanu zdrowia. Niespełna 1/3 seniorów oceniła go jako dobry lub zadawalający, co oznacza, że pozostałe osoby oceniły go jako zły lub niezadawalający⁴⁷. Zdecydowanie silniej odczuwają brak wolności i zdrowia, a w mniejszym stopniu potrzebują podtrzymywania kontaktów z innymi ludźmi w porównaniu do młodszych skazanych. Wraz z wiekiem narasta także krytycyzm zaspokajania potrzeb zdrowotnych w warunkach izolacyjnych⁴⁸. Skazani seniorzy bardziej koncentrują się na potrzebach zdrowotnych niż na relacjach z innymi, przez co gorzej oceniają pomoc medyczną w porównaniu z osobami młodszymi⁴⁹. Brak możliwości całkowitej kontroli nad własnym zdrowiem przyczynia się do wysokiego pozycjonowania zdrowia w hierarchii wartości i wytacza kierunki do realizowania jego ochrony⁵⁰.

Osoby skazane oczekują od pielęgniarek, że okażą im zrozumienie podczas choroby i podejmą z nimi wspierającą rozmowę. Wszyscy natomiast chcą mieć zapewnioną właściwą opiekę. Mniej są zainteresowani ich wykształceniem, a bardziej praktycznymi umiejętnościami⁵¹.

Seniorzy twierdzą, że są pomijani w programach reintegracyjnych. Często doświadczają dyskryminacji z uwagi na wiek i wiążące się z tym

⁴⁵ J. Piotrowski, *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1973, s. 38.

⁴⁶ A. Nawój-Śleszyński, *Problemy...* op. cit., s. 112–113.

⁴⁷ P. Stępniań, *Sytuacja...*, op. cit., s. 345–346, 348.

⁴⁸ *Ibidem*, s. 356–358.

⁴⁹ S. Grzesiak, *Praca...*, op. cit., s. 390.

⁵⁰ D. Sujka-Kujawiak, *Ochrona...*, op. cit., s. 112.

⁵¹ E. Buchowiecka, M. Urban, J. Szwarc-Woźniak, *Rola...*, op. cit., s. 25.

skutki. Są w mniejszym stopniu aktywowani podczas terapii, zajęć kulturalno-oświatowych czy sportowych. Znikoma część z nich uczy się lub pracuje. Oznacza to ich bierność podczas pobytu w zakładzie karnym⁵². Z drugiej strony wyniki badań świadczą o tym, że osoby powyżej 65 r.ż. nie odczuwają silnej potrzeby aktywności kulturalnej, intelektualnej i sportowo-ruchowej (jedynie 17%), co niepokoi w aspekcie utrzymania dobrej kondycji psychofizycznej i poznawczej osób w okresie późnej dorosłości⁵³.

„Ponad połowa badanych skazanych seniorów, dostrzegających potrzebę wprowadzenia zmian w zakładzie karnym dla polepszenia swojej sytuacji, najczęściej upatrywała jej we wprowadzeniu specjalnego, uprzywilejowanego traktowania z racji zaawansowanego wieku i potrzeb zdrowotnych.” Seniorzy oczekują poprawienia jakości więziennej opieki medycznej oraz zintensyfikowania działań profilaktycznych z zakresu zdrowia. Znacznym ułatwieniem byłoby dla nich rozmieszczanie na parterze, blisko ambulatorium oraz innych pomieszczeń, z których często korzystają, w celach mniej zaludnionych i dla niepalących. Chcą zajmować dolne łóżka⁵⁴. Według nich humanitarne byłoby osadzanie ich w zakładach otwartych i półotwartych oraz częstsze przedterminowe warunkowe zwolnienie⁵⁵. Aczkolwiek Aldona Nawój-Śleszyński⁵⁶ podkreśla, że okres życia seniorów przebiega według tych samych reguł jak więźniów w innym wieku, z czego rodzi się wątpliwość, czy należy przyjmować kryterium wieku w klasyfikacji więźniów do zakładów karnych dla seniorów. Jest to pytanie istotne zwłaszcza w kontekście wzrastającej liczby osób skazanych w tym wieku⁵⁷.

Pomimo że większość wyników badań i wypowiedzi naukowców oraz praktyków z zakresu penitencjarystyki twierdzi, że zdrowie fizyczne i psychiczne osób skazanych w starszym wieku jest w większym stopniu zagrożone w porównaniu do zdrowia seniorów przebywających na wolności, to pojawiają się też głosy przeczące tej tezie. Dla przykładu w latach 70-tych XX wieku Monika Reed i Francis Glamser, badając skazanych w starszym wieku, którzy odbywali wieloletnie kary pozbawienia wolności, doszli do wniosku, że ominęli oni wiele doświadczeń charakterystycznych

⁵² S. Grzesiak, *Praca...*, *op. cit.*, s. 394, 396–397.

⁵³ P. Stępnik, *Sytuacja...*, *op. cit.*, s. 355–356.

⁵⁴ S. Grzesiak, *Praca...*, *op. cit.*, s. 408.

⁵⁵ *Ibidem*, s. 409.

⁵⁶ A. Nawój-Śleszyński, *Problemy...*, *op. cit.*, s. 101.

⁵⁷ *Ibidem*, s. 102.

dla człowieka żyjącego na wolności (np. przejście na emeryturę czy strata współmałżonka). Seniorzy w więzieniach czuli się i wyglądali młodziej w stosunku do wieku życia. Poza tym bardziej efektywnie wykorzystywali swój czas wolny⁵⁸. „Wraz z długością odbywanej kary pozbawienia wolności spada u więźniów poziom lęku, a wzrasta sprężystość psychiczna, a więc zdolność do radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Tym samym stają oni (...) w opozycji do Clemmerowskiego założenia, że więzienie zawsze wywoła tylko negatywne zmiany u człowieka.”⁵⁹. Do takiego stanowiska przychyliła się również Kamil Miszewski, który prowadzi badania wśród osób odbywających długoterminowe kary pozbawienia wolności.

Dokonując oceny stanu zdrowia seniorów odbywających karę kryminalną, warto pamiętać, że „Mówiąc (...) o szkodliwości, musimy mieć na myśli konkretne warunki konkretnego więzienia, pawilonu czy nawet celi, a nie więzienie w ogóle.”⁶⁰. Poza tym pomimo, że skazani często nie do końca trafnie rozpoznają choroby, gdyż nastawieni są na deklarowanie w ich dużej liczbie, to przyznać trzeba, że stan zdrowia większości z nich nie satysfakcjonuje⁶¹.

Kierunek pracy penitencjarnej z osadzonymi seniorami

Barbara Moraczewska⁶² podkreśla, że zasadniczą rolę w walce z chorobami cywilizacyjnymi odgrywa profilaktyka, a w jej ramach – systematyczne badania. Prowadzenie działań w zakresie profilaktyki prozdrowotnej umożliwi utrzymanie wysokiej jakości życia osadzonych, która stanowi podstawę motywacji do podejmowania współpracy ze SW w procesie resocjalizacji. Z drugiej strony profilaktyka II-rzędowa służy zatrzymaniu choroby, procesu pogarszania się stanu zdrowia⁶³. W zakresie profilaktyki zdrowia psychicznego niezbędne jest uwzględnienie w oddziaływaniach cech charakterystycznych dla poszczególnych skazanych, jak np. wiek, stan zdrowia psychicznego i fizycznego, wykształcenie itd. Ustalenie potrzeb indywidualnych stanowi bowiem pierwszy krok w ich wsparciu

⁵⁸ K. Miszewski, M. Miałkowska-Kozaryna, *Dyskusja...*, *op. cit.*, s. 332.

⁵⁹ *Ibidem*, s. 333.

⁶⁰ K. Miszewski, *O (nie) szkodliwości...*, *op. cit.*, s. 229.

⁶¹ P. Stępnik, *Sytuacja...*, *op. cit.*, s. 355–356.

⁶² B. Moraczewska, *Przygotowanie...*, *op. cit.*, s. 151.

⁶³ D. Sujka-Kujawiak, *Ochrona...*, *op. cit.*, s. 111.

psychologicznym⁶⁴. W profilaktyce zdrowia, ale i w procesie leczenia istotna jest aktywność fizyczna oraz prawidłowa dieta. Zaburzenia w zakresie tych czynności doprowadzają do chorób układu kostno-stawowego oraz przewodu pokarmowego, występowania schorzeń dietozależnych, np. otyłości, cukrzycy typu 2 czy miażdżycy⁶⁵. Piotr Łapiński⁶⁶ twierdzi, że niestety działalność SW na rzecz promowania zdrowia nie jest wystarczająca. Proponuje powołanie terenowych promotorów zdrowia oraz zwiększenie współpracy funkcjonariuszy SW z personelem medycznym w celu inicjowania różnorodnych aktywności promocyjnych. Postuluje usystematyzowanie działań SW w zakresie promocji zdrowia, które należy poprzedzić pogłębioną diagnozą potrzeb.

Bardzo ważne jest odpowiednie przygotowanie personelu medycznego do udzielania opieki osobom osadzonym. Z uwagi na to, że pracuje on ze specyficzną grupą osób, istotne są zasady rekrutacji do Służby Więziennej, pod kątem cechy osobowości i umiejętności kandydatów⁶⁷. Specyfika opieki medycznej w zakładzie karnym polega na świadczeniu usług całodobowo, gdyż wiele niebezpiecznych zdarzeń ma miejsce nocą, co jest wynikiem różnych zaburzeń u skazanych. Od postępowania lekarzy i pielęgniarek zależy ich własne bezpieczeństwo, ale i osadzonych⁶⁸. „Zakres obowiązków personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego dopełniają regulaminowo określone prawa pacjenta, do których należy m.in. prawo do godnego oraz uprzejmego traktowania, otrzymywania świadczeń od personelu posiadającego odpowiednie kwalifikacje zawodowe, rzetelnej informacji o stanie zdrowia, pełnej dyskrekcji odnośnie choroby, pełnej informacji o proponowanych metodach leczniczych, pomocy w przygotowaniu do badań i zabiegów, wglądu do karty pacjenta.”⁶⁹. Dlatego konieczne jest podnoszenie kompetencji pracowników SW na temat profilaktyki i udzielania pomocy osobom z chorobami przewlekłymi. Oznacza to wprowadzanie do programów studiów wyższych przygotowujących kadrę penitencjarną przedmiotów z zakresu profilaktyki zdrowia⁷⁰.

⁶⁴ *Ibidem*, s. 112.

⁶⁵ E. Kucharska, T. Seidler, E. Balejko, A. Bogacka, M. Gryza, M. Szczuko, *Porównanie całodziennych jadłospisów osadzonych w niektórych aresztach śledczych i zakładach karnych*. „Bromatologia i Chemia Toksykologiczna” 2009, nr 1, s. 36–44.

⁶⁶ P. Łapiński, *Aktualne wyzwania polskiego systemu penitencjarnego w obszarze promocji zdrowia*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2012, nr 76-77, s. 144–145, 151–152.

⁶⁷ E. Buchowiecka, M. Urban, J. Szwarz-Woźniak, *Rola...*, op. cit., s. 8.

⁶⁸ *Ibidem*, s. 9–10.

⁶⁹ *Ibidem*, s. 12.

⁷⁰ D. Sujka-Kujawiak, *Ochrona...*, op. cit., s. 111.

Warto również rozważyć organizację studiów podyplomowych, szkoleń i warsztatów z zakresu pracy z osobami z chorobami przewlekłymi⁷¹.

Według kadry penitencjarnej najpilniejsze potrzeby seniorów w zakładach karnych dotyczą: odpowiedniego doboru współosadzonych do cel mieszkalnych (89%), zmniejszenia liczby osadzonych w celi (73%) oraz zwiększonej opieki lekarskiej (63%). Osoby pracujące z osadzonymi twierdzą, że seniorzy powinni odbywać karę w zakładach karnych przeznaczonych dla osób w starszym wieku lub w oddziałach zakładu karnego typu półotwartego. Niektóre wyrażały opinię, że nie powinni oni być „segregowani”, a raczej powinni odbywać karę na warunkach ogólnych zgodnie z zasadą indywidualizacji. Jeszcze inne osoby uważały, że kara pozbawienia wolności powinna być wykonywana w Systemie Dozoru Elektronicznego. Większość badanej kadry penitencjarnej stała na stanowisku, że seniorzy powinny przebywać w celi wieloosobowej, z możliwością doboru współosadzonych w podobnym wieku. Zwróciła uwagę na konieczność opracowania programu resocjalizacyjnego dla młodszych skazanych, których można przygotować do opieki nad starszymi współosadzonymi. Równie ważna jest dbałość o ich potrzeby: socjalne (np. pomoc w uzyskaniu emerytury), społeczne (np. pomoc w podtrzymywaniu kontaktów z członkami rodziny) czy edukacyjne (np. uczestnictwo w zajęciach kulturalno-oświatowych). Poza tym występuje potrzeba dostosowania warunków odbywania kary pozbawienia wolności do ich psychofizycznych możliwości oraz zwiększania ich motywacji do działania np. do podjęcia działań naprawczych na rzecz pokrzywdzonych, co w większym stopniu umożliwi system programowanego oddziaływania⁷².

Pomimo że są przesłanki do umieszczania seniorów w specjalnie do tego przeznaczonych miejscach, to przeciwko wykonywaniu kary pozbawienia wolności przez nich w osobnych oddziałach lub zakładach przemawiają względy wykluczenia społecznego, edukacyjne i zdrowotne. Aldona Nawój-Śleszyński zwraca bowiem uwagę na to, że taka klasyfikacja może służyć tworzeniu się swoistych „enklaw” sprzyjających stygmatyzacji. Ponadto pozbawia się w ten sposób młodszych więźniów możliwości brania przykładu ze starszych współwięźniów. Sprawniejsi fizycznie skazani nie będą mogli opiekować się seniorami, co jest znaczną wadą w kontekście procesu ich reintegracji społecznej⁷³. Dlatego warto

⁷¹ B. Moraczewska, *Przygotowanie...*, op. cit., s. 160.

⁷² A. Nawój-Śleszyński, *Problemy...* op. cit., s. 114–116.

⁷³ *Ibidem*, s. 112.

rozważyć propozycję Barbary Moraczewskiej, która twierdzi, że z uwagi na posiadane choroby seniorzy powinni karę izolacyjną odbywać w systemie terapeutycznym, ze względu na konieczność większej indywidualizacji oddziaływań i realizację procesu resocjalizacji według indywidualnego programu terapeutycznego⁷⁴.

Wnioski

Reasumując rozważania na temat opieki medycznej nad seniorami pozbawionymi wolności, można stwierdzić, że na gruncie prawnym istnieje wiele regulacji gwarantujących im opiekę zdrowotną. Oczywiście należy zastanowić się nad podniesieniem jakości świadczonych usług przez wykwalifikowany personel, co z pewnością wiąże się z jego szkoleniem i warunkami zatrudniania. Jeszcze większy problem dotyczy przestrzegania zapisów prawa, co jest zależne od wielu czynników, chociażby finansowo-materialnych i kadrowych. Problemy, jakie dotyczą opieki zdrowotnej w więzieniach, można porównać do tych, które dotyczą wszystkich Polaków pozostających na wolności. Chociaż warto ustalić te podobieństwa i różnice, realizując badania naukowe w tym zakresie. Może okazać się bowiem, że dostęp do służby zdrowia jest większy w zakładach karnych i aresztach śledczych niż w publicznych przychodniach, z których zazwyczaj korzystają obywatele. Przykład stanowi cena zakupu okularów, rejestracja na wizytę u lekarza specjalisty, np. psychiatry, czy czas oczekiwania na zabieg operacyjny. Niemniej jednak jak twierdzi Piotr Stępnik, z całą pewnością można stwierdzić, że przebywanie w warunkach izolacyjnych nie pozostaje bez zależności z jakością życia osadzonych w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym⁷⁵.

„Wobec obserwowanych powszechnie procesów starzenia się społeczeństw europejskich, w tym także polskiego, znaczenie ochrony zdrowia w zakładach karnych będzie rosło. Tak więc z uwagi na potrzebę jego ochrony współczesna przestrzeń penitencjarna wymagać będzie pewnej reorganizacji przez rozbudowę struktur więziennej służby zdrowia. Być może będzie to w przyszłości zadaniem pilniejszym od rozbudowy personelu penitencjarnego, ściślej zaś wychowawczego.”⁷⁶. Niepodejmowanie

⁷⁴ B. Moraczewska, *Przygotowanie...*, *op. cit.*, s. 155.

⁷⁵ A. Dańda, J. Buks, *Opieka...*, *op. cit.*, s. 235.

⁷⁶ P. Stępnik, *Sytuacja...*, *op. cit.*, s. 374.

wystarczających oddziaływań w zakresie ochrony zdrowia może skutkować działaniami pozornymi. Zdrowie bowiem dla ludzi zazwyczaj są znacznie ważniejsze od zmiany postaw, na której zależy wychowawcom penitencjarnym. Zatem dopiero po ustaleniu czynników wpływających na stan zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności oraz ich potrzeb, warto podejmować kolejne etapy procesu resocjalizacji⁷⁷. W pracy penitencjarnej z seniorami należy uwzględniać ich wiek, stan zdrowia, specyficzne potrzeby i plany na przyszłość, indywidualne doświadczenia związane z odbywaniem kary pozbawienia wolności i ich relacje społeczne z innymi⁷⁸. Osadzeni powinni być w celach z osobami, które nie będą stosowały wobec nich przemocy, z uwagi na ich słabość, choroby czy mniejszą sprawność. Zaleca, aby wprowadzić przepisy prawne, które będą regulowały sposób odbywania kary wolności przez osoby starsze oraz wypracować system pomocy po opuszczeniu ZK, w kontekście miejsca zamieszkania, środków socjalnych czy ewentualnej opieki⁷⁹. Wobec powyższych argumentów uzasadniony jest rozwój gerontologii resocjalizacyjnej i implementowania jej wyników badań na grunt resocjalizacji osób skazanych po 60 r.ż. w oddziaływaniach penitencjarnych⁸⁰.

Zdrowie jest dobrem, wartością. Dlatego pisząc o ochronie zdrowia, nie można myśleć wyłącznie w kategorii kosztów ponoszonych na nie, a w aspekcie inwestycji w przyszłość w sensie społecznym i jednostkowym⁸¹. W ocenie zdrowia przez osoby pozbawione wolności należy przyjąć, że odczuwanie pejoratywnych doznań jest silniejsze niż w przypadku osób przebywających na wolności, ze względu na ich izolację, uzależnienie od administracji więziennej i depryzację potrzeby swobody. Z tego powodu tak ważne jest, aby odbywali oni karę w warunkach jak najbardziej przypominających te poza więzieniem⁸².

⁷⁷ *Ibidem*, s. 350.

⁷⁸ S. Grzesiak, *Praca...*, *op. cit.*, s. 388.

⁷⁹ A. Szymanowska, *Wyzwania...*, *op. cit.*, s. 19–20.

⁸⁰ S. Grzesiak, *Praca...*, *op. cit.*, s. 79.

⁸¹ D. Sujka-Kujawiak, *Ochrona...*, *op. cit.*, s. 108.

⁸² *Ibidem*, s. 110

Bibliografia

Literatura:

- Buchowiecka E., Urban M., Szwarz-Woźniak J., *Rola pielęgniarki więziennej w służbie zdrowia na przykładzie Aresztu Śledczego w Suwałkach*, „Zeszyty Naukowe WSA w Łomży” 2016, nr 64.
- Dańda A., Buks J., *Opieka medyczna w jednostkach penitencjarnych*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2013, nr 4(37).
- Grzesiuk S., *Gerontologia resocjalizacyjna i penitencjarna* [w:] M. Kilian (red.), *Pedagogika specjalna osób w starszym wieku*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2021.
- Grzesiak S., *Praca penitencjarna z więźniami seniorami*, Wyd. Atut, Wrocław 2013.
- Kucharska A., Gronau M., Sińska B., Michota-Katulska E., Zegan M., *Ocena realizacji zaleceń żywieniowych dla osób osadzonych na przykładzie wybranego aresztu śledczego*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2013, nr 4(94).
- Kucharska E., Seidler T., Balejko E., Bogacka A., Gryza M., Szczuko M., *Porównanie całodziennych jadłospisów osadzonych w niektórych aresztach śledczych i zakładach karnych*. „Bromatologia i Chemia Toksykologiczna” 2009, nr 1.
- Łapiński P., *Aktualne wyzwania polskiego systemu penitencjarnego w obszarze promocji zdrowia*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2012, nr 76–77.
- Miszewski K., Miałkowska-Kozaryna M., *Dyskusja wokół problemu prizonizacji na kanwie badań własnych*, „Resocjalizacja Polska” 2020, nr 19.
- Miszewski K., *O (nie) szkodliwości kary długoterminowego pozbawienia wolności na psychikę i zdrowie fizyczne więźniów*, „Archiwum Kryminologii” 2017, t. XXXIX.
- Moraczewska B., *Przygotowanie pracowników zakładów karnych do pracy z osadzonymi cierpiącymi na choroby przewlekłe wyzwaniem XXI wieku*, „Społeczeństwo Edukacja Język” 2021 t. 13.
- Nawój-Śleszyński A., *Problemy indywidualizacji wykonywania kary pozbawienia wolności wobec więźniów w wieku senioralnym*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2014, nr 83.
- Perska P., Stępiak P., *The convict's health and functioning in prison*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2014, nr 1(51).
- Piotrowski J., *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1973.
- Rogała D., Banach A., Jachimowicz-Gaweł D., Skinder Ž, Leźnicka M., *System opieki zdrowotnej nad osobami osadzonymi w zakładach penitencjarnych w Polsce*, „Hygeia Public Health” 2013, nr 4(48).

- Sadowska M., Stępnia P., *Wybrane aspekty zdrowia psychicznego osób skazanych na dwie najsurowsze kary pozbawienia wolności w Polsce – rozważania teoretyczne*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2013, nr 4(50).
- Stępnia P., *Sytuacja zdrowotna i ochrona zdrowia więźniów w zakładach karnych*, „Archiwum Kryminologii” 2013, nr XXXV.
- Sujka-Kujawiak D., *Ochrona zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności*. Rozprawa doktorska przygotowana w Katedrze Prawa Karnego Międzynarodowego Zakładzie Prawa Karnego Wykonawczego pod kierunkiem dr hab. Grzegorza Wicińskiego prof. nadzw. UŁ, Łódź 2019.
- Szymanowska A., *Wyzwania wobec działań penitencjarnych i postpenitencjarnych w świetle zmian demograficznych uwięzionych*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2016, nr 90.

Akty prawne

- Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela z 26 sierpnia 1789 r., <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/francja-18.html> (dostęp: 30.07.2021).
- Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, https://www.echr.coe.int/documents/convention_pol.pdf (dostęp: 30.07.2021).
- Konstytucja Rzeczypospolita Polska z dnia 2 kwietnia 1997 r., <https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm> (dostęp: 30.07.2021).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. poz. 2231).
- Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 lutego 2016 r. w sprawie wyżywienia osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. poz. 302).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. poz. 738).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. 2011 Nr 1, poz. 2).
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705).
- Ustawa o Służbie Więziennej z dnia 9 kwietnia 2010 roku (Dz. U. Nr 79, poz. 523).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 Nr 90, poz. 557 ze zm.).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 ze zm.).

Wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli), https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Reguly_Mandeli_1.pdf (dostęp: 30.07.2021).

Źródła internetowe

Informacja o wynikach kontroli. Sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności, NIK, 2012, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,4619,vp,5950.pdf> (dostęp: 20.06.2022).

Statystyka roczna za lata 2012-2021, Centralny Zarząd Służby Więziennej, <https://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> (dostęp: 20.06.2022).