



Warszawa, 17-07-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Zespół do spraw Wykonywania Kar

IX.517.169.2025.MK

**Raport z wizytacji w Zakładzie Karnym w Potulicach
przeprowadzonej w dniach 3–6 lutego 2025 r.**

Przedstawicielki Rzecznika Praw Obywatelskich z Zespołu do spraw Wykonywania Kar, tj. Zastępca Dyrektora Zespołu Jolanta Nowakowska, ekspert Małgorzata Kiryluk, prawniczka Natalia Kowalik oraz prawnik Agnieszka Porębska, działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich¹, przeprowadziły w dniach 3–6 lutego 2025 r. wizytację w Zakładzie Karnym w Potulicach (dalej również: Zakład Karny, jednostka).

Celem wizytacji było zbadanie na miejscu przypadków objęcia skazanych procedurą określoną w art. 118 Kodeksu karnego wykonawczego² – wykonanie zabiegu lekarskiego bez zgody skazanego – w tym również przypadków przymusowego leczenia psychiatrycznego. W związku z tym zapoznano się z sytuacją osób chorujących psychicznie przebywających w tej jednostce penitencjarnej. Przeanalizowano również dokumentację dotyczącą stosowania środków przymusu bezpośredniego na podstawie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej³ z okresu od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia wizytacji, skupiając szczególną uwagę na przypadkach stosowania tych środków wobec osób, u których zdiagnozowano chorobę psychiczną.

¹ Tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 1264 ze zm.

² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy, tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r. poz. 911.

³ Tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r. poz. 555.

Przedstawicielki RPO przeprowadziły rozmowy z: Dyrektorem Zakładu Karnego w Potulicach i jego Zastępcami, Dyrektorem Szpitala i Ambulatorium z Izbą Chorych, p.o. Kierownika oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo oraz psychologami i wychowawcami w oddziale, osadzonymi odbywającymi karę pozbawienia wolności w oddziale terapeutycznym, a także osadzonymi przebywającymi w celach przejściowych w oddziale dla tymczasowo aresztowanych.

Zapoznano się z treścią porządku wewnętrznego obowiązującego w oddziale terapeutycznym, czyli zarządzeniem nr 100/2024 Dyrektora Zakładu Karnego w Potulicach z dnia 1 października 2024 r. w sprawie porządku wewnętrznego w oddziałach penitencjarnych, terapeutycznych oraz szpitalnych Zakładu Karnego w Potulicach działających w zakładzie karnym typu zamkniętego. Podczas spotkania podsumowującego z kierownictwem jednostki przedstawicielki Rzecznika omówiły wątpliwości i uwagi co do treści porządku wewnętrznego.

Analizie poddano także karty zaleceń profilaktyczno-ochronnych dwóch wybranych osadzonych przebywających w oddziale terapeutycznym dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, wybrane indywidualne programy terapeutyczne oraz decyzje o umieszczeniu w monitorowanej celi mieszkalnej oraz o umieszczeniu w celi izolacyjnej skazanego nieukaranego karą dyscyplinarną umieszczenia w takiej celi.

W trakcie wizytacji przedstawicielki Rzecznika dokonały również ogólnego oglądu pomieszczeń: cel mieszkalnych, cel przejściowych, cel izolacyjnych, cel zabezpieczających, sal zajęciowych w oddziale terapeutycznym oraz pomieszczeń sanitarnych.

1. Charakterystyka jednostki

Zakład Karny w Potulicach jest jednostką penitencjarną typu zamkniętego, dla skazanych mężczyzn odbywających karę po raz pierwszy. W Zakładzie znajdują się oddziały aresztu śledczego dla mężczyzn, zakład typu zamkniętego dla młodocianych, oddział terapeutyczny dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo oraz oddział terapeutyczny dla skazanych uzależnionych od alkoholu. W jednostce, zgodnie z jej przeznaczeniem, osadza się także kobiety i mężczyzn podlegających leczeniu szpitalnemu w oddziale leczenia gruźlicy. Do dnia 1 listopada 2024 r. w szpitalu Zakładu Karnego w Potulicach byli również leczeni chorzy z zapaleniem wątroby typu C. Obecnie terapia w tym zakresie realizowana jest w każdej jednostce penitencjarnej, a lekarze specjaliści z Zakładu Karnego w Potulicach służą konsultacjami w drodze tzw. teleporad, czyli zgodnie z przewidzianą

w art. 115 § 8a k.k.w. możliwością udzielania osobom pozbawionym wolności świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Pojemność jednostki została określona na 1557 miejsc. Na dzień wizytacji, tj. 3 lutego 2025 r., w Zakładzie Karnym przebywało 1148 osadzonych, w tym 29 tymczasowo aresztowanych.

2. Warunki bytowe

W Zakładzie Karnym cele mieszkalne są maksymalnie 5-osobowe. Z informacji udzielonych pracownikom Biura Rzecznika przez funkcjonariuszy Służby Więziennej wynika, że w jednostce nie ma cel mieszkalnych, w których umywalka znajdowałaby się poza kąciem sanitarnym lub w których kąci te byłyby niezabudowane.

Wizytujące dokonały oglądu wybranych cel mieszkalnych w budynku A oraz D. Wyposażenie wizytowanych cel odpowiadało wymogom określonym w załączniku nr 3 (tabela nr 1) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 grudnia 2016 r. w sprawie warunków bytowych osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych⁴. Dodatkowo każda z cel była wyposażona w suszarkę do ubrań.

Kąci sanitarne we wszystkich celach były zabudowane, wyposażone w miskę ustępową, umywalkę (ze stałym dostępem do ciepłej wody), lustro, plastikową miskę i szczotkę klozetową. Światło w kącikach sanitarnych włączało się automatycznie po wykryciu ruchu przez czujnik. W niektórych celach wizytujące zaobserwowały, że światło w kąciku pali się bez przerwy – osadzeni zakwaterowani w tych celach potwierdzili, że jest ono zapalone również w nocy i nie mają możliwości wyłączenia oświetlenia.

W każdej celi znajdował się egzemplarz porządku wewnętrznego. Funkcjonariusze Służby Więziennej poinformowali przedstawicielki RPO, że dysponują tłumaczeniami porządku wewnętrznego w językach obcych.

Podczas wizytacji cel mieszkalnych wizytujące nie odnotowały nieprawidłowości w zakresie umieszczenia osób palących z niepalącymi, poza jednym przypadkiem - w jednej celi osadzony wskazał, że choć jest umieszczony w celi dla osadzonych korzystających z wyrobów tytoniowych, sam ich nie używa. Przyznał jednak, że informacji tej nie zgłosił wcześniej administracji jednostki penitencjarnej. Po przekazaniu tej uwagi funkcjonariuszom uzyskano zapewnienie, że osadzony zostanie przeniesiony do celi dla osób niepalących.

⁴ Tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 1406.

W trakcie wizytacji dokonano oglądu czterech cel przejściowych znajdujących się w budynku D. Wyposażenie cel odpowiadało wymogom wyrażonym w ww. rozporządzeniu w sprawie warunków bytowych. Znajdowały się w nich także suszarki na pranie. Stan cel należy ocenić jako zadowalający – były one schludne, ściany były czyste, stan sprzętu kwaterunkowego był dobry, w celach panował porządek. W każdej z cel znajdował się egzemplarz porządku wewnętrznego. Administracja jednostki spełniła także wymogi dotyczące wyposażenia cel przejściowych wyrażone w § 12 ust. 1 instrukcji nr 4/24 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 17 października 2024 r. w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności – cele przejściowe zostały wyposażone w papier i przybory do pisania. Zrealizowano również dyspozycję § 12 ust. 2 ww. instrukcji – w celach były czajniki i odbiorniki telewizyjne.

Wszystkie cele przejściowe zlokalizowane na terenie jednostki są celami monitorowanymi. Na okoliczność objęcia zachowania osadzonego stałą obserwacją w Zakładzie Karnym wydawana jest pisemna decyzja. Wskazuje się w niej wszystkie kluczowe w ocenie Rzecznika elementy: podstawę prawną oraz faktyczną umieszczenia osadzonego w celi monitorowanej, okres obowiązywania decyzji oraz pouczenie o możliwości i trybie jej zaskarżenia. Egzemplarz decyzji jest wydawany osadzonemu.

Podczas wizytacji dokonano oglądu 10 spośród 12 cel izolacyjnych (dwie cele były wyłączone z użytkowania), zlokalizowanych w różnych oddziałach. Wszystkie cele były objęte monitoringiem, obraz z kamer był przekazywany z zastosowaniem maskowania stref intymnych. Cele zostały wyposażone zgodnie z załącznikiem nr 3 (tabela nr 3) do ww. rozporządzenia w sprawie warunków bytowych. Kąiki sanitarne były zabudowane, w każdej z cel izolacyjnych znajdowały się gniazdka elektryczne.

W przypadku umieszczenia w celi izolacyjnej osadzonego nieukaranego karą dyscyplinarną wydaje się pisemne decyzje, w których zawarta jest podstawa prawna i faktyczna takiego zakwaterowania, okres obowiązywania decyzji oraz pouczenie o możliwości i trybie wniesienia skargi. Egzemplarz decyzji wydawany jest osadzonemu.

Na terenie Zakładu Karnego znajdują się 3 cele zabezpieczające. Podczas oglądu cel przedstawicielki RPO stwierdziły zgodność ich wyposażenia z przepisami rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 czerwca 2013 r. w sprawie celi zabezpieczającej i izby izolacyjnej⁵ oraz załącznikiem nr 3 (tabela nr 20) ww. rozporządzenia w sprawie warunków bytowych. Wizytowane pomieszczenia –

⁵ Dz. U. poz. 638.

zarówno przedsionki, jak i pomieszczenia dźwiękochłonne – były objęte systemem monitoringu. Każda z cel zabezpieczających była wyposażona w przeznaczone do wydania osadzonemu środki higieny, komplet pościeli i dwa komplety (większy i mniejszy rozmiar) odzieży skarbowej. Ponadto na wyposażeniu cel zabezpieczających znajdowało się łóżko do stosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci wieloczęściowego pasa obezwładniającego. Pomieszczenia dźwiękochłonne miały zainstalowany system przyzywowy, który umożliwia osadzonemu nawiązanie kontaktu z funkcjonariuszami.

Podczas rozmów prowadzonych w trakcie wizytacji cel mieszkalnych osadzeni zgłosili nieliczne zastrzeżenia do warunków sanitarnych w celach, skarżąc się na obecność ognisk zagrzybienia na ścianach oraz niską temperaturę w pomieszczeniach. Podnosili ponadto, że nie jest wydawany napój do obiadu, jak przewidują to przepisy rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 lutego 2016 r. w sprawie wyżywienia osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych⁶.

Generalnie warunki bytowe w Zakładzie Karnym w Potulicach należy ocenić jako dobre. W jednostce jest zapewniony całodobowy dostęp do ciepłej wody oraz energii elektrycznej. Kąpiki sanitarne są w pełni zabudowane, nie występują przypadki umieszczenia umywalki poza kąpikiem sanitarnym. Stan sprzętu kwaterunkowego był dobry. Zgłoszone wizytującym zastrzeżenia w zakresie warunków bytowych i wyżywienia przedstawiono kierownictwu Zakładu Karnego podczas spotkania podsumowującego wizytację.

3. Oddział terapeutyczny dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo

W Zakładzie Karnym w Potulicach funkcjonuje oddział terapeutyczny dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo (dalej również: oddział terapeutyczny). Pojemność oddziału wynosi 90 miejsc, w dniu wizytacji przebywało w nim 70. osadzonych⁷.

Personel terapeutyczny oddziału stanowią: kierownik oddziału terapeutycznego (obecnie osoba pełniąca obowiązki kierownika), dwóch starszych wychowawców, młodszy wychowawca, trzech młodszych psychologów, specjalista ds. terapii uzależnień, instruktor ds. terapii zajęciowej oraz pielęgniarki.

⁶ § 2 ust. 2 – do każdego wydanego posiłku wydaje się napój, w szczególności w postaci wody zdatnej do picia, herbaty lub kawy zbożowej, Dz. U. poz. 302.

⁷ Stan na dzień 4 lutego 2025 r.

Świadczenia z zakresu psychiatrii w oddziale terapeutycznym realizowane są przez lekarza psychiatrę, zatrudnionego w Zakładzie Karnym na podstawie umowy cywilnoprawnej. Lekarz przyjmuje pacjentów oddziału terapeutycznego w ambulatorium oddziału raz w tygodniu, na podstawie listy skierowań od psychologa oddziału terapeutycznego i lekarza ogólnego. Osadzeni mogą również samodzielnie zgłosić prośbę o wizytę u lekarza psychiatrii.

Ponadto w Zakładzie Karnym pełni całodobowy dyżur także lekarz ogólny – w razie potrzeby na podstawie wystawionego przez niego skierowania możliwe jest przewiezienie osadzonego do pozawięziennej placówki medycznej celem odbycia pilnej konsultacji psychiatrycznej.

Wizytujące zapoznały się z ramowym tygodniowym rozkładem zajęć w oddziale terapeutycznym, z którego wynika, że osadzeni mają do dyspozycji zajęcia: terapii zajęciowej, socjoterapeutyczne, arteterapii, edukacji prospołecznej, edukacji prozdrowotnej, kultury fizycznej, profilaktyki przeciwważelnościowej, trening rozwoju osobistego, trening umiejętności społecznych oraz dyskusyjny klub filmowy. Z przedłożonej wizytującym dokumentacji wynika, że w zajęciach z zakresu socjoterapii, arteterapii, terapii zajęciowej uczestniczy każdego miesiąca średnio 20 osób pozbawionych wolności.

3.1 Umieszczanie osób chorujących psychicznie w oddziale terapeutycznym

Według stanu na dzień 4 lutego 2025 r. w oddziale terapeutycznym dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo przebywało 10 osadzonych ze zdiagnozowaną chorobą psychiczną w rozumieniu art. 3 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁸. Wizytujące szczegółowo zapoznały się z sytuacją trzech osadzonych, wobec których w związku z obserwowanym zaostrzeniem objawów choroby administracja jednostki wystąpiła do sądu penitencjarnego o wyrażenie zgody na zastosowanie zabiegu lekarskiego w trybie art. 118 k.k.w. Opisy tych przypadków przedstawiono w załącznikach 1, 2 i 3 do niniejszego Raportu.

Rzecznik Praw Obywatelskich od lat wyraża stanowisko, że osoby z chorobą psychiczną będące w stanie ostrej psychozy nie powinny przebywać w zakładzie

⁸ Tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 917.

karnym⁹. Osoby te w pierwszej kolejności wymagają kompleksowego leczenia, na które składa się nie tylko farmakoterapia, lecz również psychoedukacja, psychoterapia, terapia rodzin. Takiego leczenia nie można zapewnić w zakładzie karnym. W systemie więziennej opieki zdrowotnej znajdują się co prawda szpitalne oddziały psychiatryczne, jednakże są one ukierunkowane przede wszystkim na prowadzenie obserwacji sądowo-psychiatrycznej na mocy postanowienia sądowego. Nie są przygotowane do prowadzenia całościowej terapii, ponieważ nie dysponują odpowiednimi warunkami leczenia i rehabilitacji chorych psychicznie, w postaci niezbędnej bazy oraz wyspecjalizowanej kadry terapeutów i pracowników socjalnych¹⁰.

Obecnie w zakładach karnych nie ma takich oddziałów, w których osoby będące w fazie ostrej choroby psychicznej, lecz niekwalifikujące się do leczenia w szpitalu psychiatrycznym miałyby zapewnione dostosowane do ich potrzeb świadczenia lecznicze i terapeutyczne: leczenie farmakologiczne pod stałym nadzorem personelu medycznego, opiekę psychiatryczną, wsparcie psychologiczne, terapię w grupie wsparcia oraz indywidualnie opracowaną terapię psychospołeczną – analogicznie do świadczeń udzielanych w funkcjonujących w środowisku wolnościowym poradniach zdrowia psychicznego i oddziałach dziennego pobytu. Oddziały terapeutyczne dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, jak sama nazwa wskazuje, nie zostały przeznaczone do odbywania w nich kary przez osoby z zaburzeniami psychotycznymi. Personel oddziału nie ma odpowiednich narzędzi do prowadzenia terapii takich pacjentów, odbywające się w oddziale zajęcia w większości nie są dostosowane do potrzeb tych osób. Ponadto umieszczenie w oddziale terapeutycznym jest niekorzystne zarówno dla chorych, jak i dla pozostałych pacjentów oddziału. Uczestnicząc w zajęciach, osoby chore same nie odnoszą korzyści, a dodatkowo często uniemożliwiają prawidłowy przebieg zajęć, co zakłóca proces terapii pozostałych pacjentów.

Z wyjaśnień przekazanych przez personel oddziału wynika, że osadzeni, których przypadki poddano szczegółowej analizie – D.J., S.W. i I.B. – nie uczestniczyli w zajęciach grupowych prowadzonych w oddziale, odmawiali również uczestnictwa w terapii indywidualnej. Z uwagi na trudności ze zgodnym funkcjonowaniem w grupie współwięźniów byli najczęściej rozmieszczani w celach pojedynczo. Swoim

⁹ E. Brzostymowska, *Osoby pozbawione wolności z niepełnosprawnością psychiczną* [w:] E. Dawidziuk, M. Mazur (red.), *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną osadzone w jednostkach penitencjarnych*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2017, s. 189–210.

¹⁰ Tamże, s. 190–191.

zachowaniem wielokrotnie naruszali obowiązujące w Zakładzie Karnym zasady porządku wewnętrznego.

3.2 Stosowanie nagród i kar dyscyplinarnych w oddziale terapeutycznym

Karanie dyscyplinarne to jeden ze środków oddziaływania na skazanych, stosowany dla osiągnięcia celów kary pozbawienia wolności. Skazany podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za zawinione naruszenie nakazów lub zakazów wynikających z ustawy, regulaminu lub innych przepisów wydanych na jej podstawie albo ustalonego w zakładzie karnym lub miejscu pracy porządku (art. 142 § 1 k.k.w.). Przy wymierzaniu kary dyscyplinarnej przepisy nakazują uwzględnić stopień zawinienia i zasady indywidualizacji, mając w szczególności na względzie rodzaj i okoliczności czynu, stosunek skazanego do popełnionego przekroczenia, jego dotychczasową postawę, cechy osobowości i stan zdrowia oraz cele wychowawcze (art. 145 § 1 k.k.w.).

Z przedłożonej wizytującym dokumentacji wynika, że w okresie od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia 3 lutego 2025 r. w oddziale terapeutycznym wymierzono 276 kar dyscyplinarnych. Struktura wymierzonych kar przedstawiała się następująco:

- 62 razy wymierzono karę dyscyplinarną w postaci nagany;
- 39 razy wymierzono kary dyscyplinarne w postaci: pozbawienia możliwości dokonania zakupów wyrobów tytoniowych (8), pozbawienia możliwości dokonania zakupów artykułów żywnościowych (11) oraz pozbawienia łącznie możliwości dokonania zakupów artykułów żywnościowych lub wyrobów tytoniowych (20) – na okres do 3 miesięcy;
- 26 razy wymierzono karę dyscyplinarną w postaci pozbawienia możliwości otrzymywania paczek żywnościowych na okres do 3 miesięcy;
- 5 razy wymierzono karę dyscyplinarną w postaci udzielania widzeń w sposób uniemożliwiający bezpośredni kontakt z osobą odwiedzającą na okres do 3 miesięcy;
- 91 razy wymierzono karę dyscyplinarną w postaci pozbawienia możliwości korzystania z widzeń i samoinkasującego aparatu telefonicznego na okres do 28 dni;
- 53 razy wymierzono karę dyscyplinarną w postaci umieszczenia w celi izolacyjnej.

W tym samym okresie udzielono 91 nagród:

- 48 razy przyznano nagrodę w postaci pochwały;

- 24 razy przyznano nagrodę w postaci nagrody pieniężnej;
- 3 razy przyznano nagrodę w postaci zezwolenia na dokonywanie dodatkowych zakupów artykułów żywnościowych i wyrobów tytoniowych;
- 6 razy przyznano nagrodę w postaci zezwolenia na otrzymanie dodatkowej paczki żywnościowej;
- 1 raz przyznano nagrodę w postaci zezwolenia na przekazanie upominku osobie wskazanej przez skazanego;
- 9 razy przyznano nagrodę w postaci zezwolenia na dodatkowe skorzystanie z samoinkasującego aparatu telefonicznego na własny koszt lub na koszt rozmówcy.

Uwagę zwraca bardzo wysoka liczba wymierzonych kar dyscyplinarnych, trzykrotnie wyższa niż liczba udzielonych w tym okresie nagród. Wskazuje to na znaczny rygoryzm w podejściu kadry penitencjarnej do tej szczególnej kategorii osadzonych, jaką są pacjenci oddziału terapeutycznego, i niewykorzystywanie w dostatecznym stopniu możliwości wzmacniania pozytywnego.

Dużą część wymierzonych kar stanowiły kary polegające na ograniczeniu kontaktu z bliskimi (63%): pozbawienie otrzymania paczki, pozbawienie bezpośredniego kontaktu z bliskimi w czasie widzeń, pozbawienie widzeń i kontaktu telefonicznego, umieszczenie w celi izolacyjnej – przy czym ponad połowa (52%) wszystkich wymierzonych kar dyscyplinarnych polegała na pozbawieniu osadzonych kontaktu z rodziną w postaci widzeń i rozmów telefonicznych jednocześnie.

Kontakt z osobami bliskimi i uzyskiwane od nich wsparcie są, co do zasady, pożądane w procesie terapeutycznym, izolacja od bliskich może skutkować rozluźnieniem więzi rodzinnych i zwiększać ryzyko destabilizacji i pogorszenia się stanu psychicznego danej osoby. Wydaje się zatem, że stosowanie z dużą intensywnością tego rodzaju kar wobec osadzonych w oddziale terapeutycznym może przynosić skutek odwrotny od zamierzonego, działając na niekorzyść osiągnięcia pozytywnych zmian w zachowaniu.

Jak wynika z przedstawionych danych, nagradzanie jest stosunkowo rzadko wykorzystywanym przez personel oddziału instrumentem oddziaływania. W okresie objętym analizą pojedynczy osadzony otrzymywał nagrodę z częstotliwością średnio raz na 20 miesięcy. Ponad połowę udzielonych nagród (52,7%) stanowiły pochwały, przez okres dwóch lat ani razu nie przyznano nagrody w postaci dodatkowego lub dłuższego widzenia, a tylko 9 razy nagrodę w postaci zezwolenia na dodatkowy kontakt z bliskimi w postaci rozmowy telefonicznej. Wydaje się, że dla dobra prowadzonego procesu terapeutycznego należy rozważyć możliwość modyfikacji

polityki karania i nagradzania w taki sposób, aby zwiększyć udział wzmocnień pozytywnych, stosując przy tym nagrody rzeczywiście cenione przez osadzonych, oraz zminimalizować stosowanie kar polegających na ograniczaniu kontaktu pacjentów z bliskimi, aby nie wpływać na osłabienie tych relacji.

3.2.1. Stosowanie nagród i kar dyscyplinarnych wobec osób chorujących psychicznie

Analizując sytuację przebywających w oddziale terapeutycznym trzech osadzonych ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi – D.J., I.B. i S.W. – ustalono, iż podczas pobytu w oddziale nie otrzymali oni żadnych nagród, wielokrotnie były natomiast wymierzane im kary dyscyplinarne. Wobec D.J. w okresie 11 miesięcy pobytu w Zakładzie Karnym w Potulicach sporządzono 11 wniosków o ukaranie dyscyplinarne. Za popełnienie tych przekroczeń zostało mu wymierzonych 9 kar dyscyplinarnych (dwukrotnie kara łączna), w tym dwukrotnie była to najsurowsza kara umieszczenia w celi izolacyjnej. Psycholog konsultujący osadzonego przed wykonaniem tej kary oraz w trakcie jej odbywania odnotował, że osadzony choruje na schizofrenię paranoidalną, jednak nie uznał tego za przeciwwskazanie do odbywania przez niego takiej kary.

Wobec I.B. w okresie ostatnich 13 miesięcy pobytu w Zakładzie Karnym w Potulicach sporządzono 28 wniosków o ukaranie dyscyplinarne. Przekroczenia w przeważającej większości wynikały z przekonania osadzonego, iż jest przez administrację jednostki okradany z jedzenia, i polegały na kwestionowaniu wydawanych mu posiłków, odmowie przyjęcia posiłku, wyrzuceniu wydanego mu posiłku na korytarz. Za te przekroczenia 11 razy wymierzono mu karę dyscyplinarną (także kary łączne), w tym sześciokrotnie karę umieszczenia w celi izolacyjnej. Jeden raz odstąpiono od ukarania – powodem odstąpienia było uznanie, że w tym przypadku zachowanie skazanego (nieprzyjęcie posiłku) nie zmierzało do wymuszenia określonej decyzji lub postępowania administracji Zakładu Karnego. Psycholog konsultujący osadzonego każdorazowo w związku z wymierzeniem kary umieszczenia w celi izolacyjnej nie kwestionował jego zdolności do jej odbywania.

Wobec S.W. w okresie 10 miesięcy pobytu w Zakładzie Karnym w Potulicach sporządzono 17 wniosków o ukaranie dyscyplinarne, na podstawie których 9 razy wymierzono mu karę dyscyplinarną, w tym trzykrotnie karę umieszczenia w celi izolacyjnej. Psycholog, dokonując oceny zdolności osadzonego do odbycia kary umieszczenia w celi izolacyjnej, nie stwierdzał przeciwwskazań do jej odbywania. W przypadku pięciu przekroczeń, popełnionych w krótkim odstępie czasowym

i rozpatrywanych łącznie, zwrócono się o opinię lekarza psychiatry, czy z uwagi na stan zdrowia psychicznego osadzony może ponosić konsekwencje dyscyplinarne swoich zachowań. Psychiatra ocenił, że przekroczenia miały związek ze stanem psychicznym osadzonego i w związku z tym osadzony nie powinien ponosić konsekwencji dyscyplinarnych. Na tej podstawie odstąpiono od wymierzenia kary. Dwa tygodnie później ponownie podejmowana była decyzja w przedmiocie ukarania dyscyplinarnego osadzonego (przekroczenie polegające na opluciu funkcjonariusza), tym razem jednak nie zdecydowano się na zasięgnięcie opinii psychiatry – wymierzona została kara dyscyplinarna umieszczenia w celi izolacyjnej. Bezpośrednio po tym zdarzeniu osadzony został także umieszczony w celi zabezpieczającej, a następnie zakwalifikowany do kategorii osadzonych tzw. niebezpiecznych i przetransportowany do innej jednostki penitencjarnej.

W kontekście przedstawionych powyżej informacji podkreślenia wymaga, że w analizowanym okresie w przypadku każdego z trzech osadzonych administracja Zakładu Karnego w Potulicach miała wiedzę, iż osadzeni ci pozostają w kryzysie psychicznym, co więcej, widziała nawet niezbedność prowadzenia leczenia psychiatrycznego – znalazło to wyraz w skierowaniu wniosków do sądu penitencjarnego o wydanie zgody na podanie leku przeciwpsychotycznego mimo sprzeciwu osadzonego.

Zachowanie osób w psychozie jest determinowane chorobą i ta okoliczność powinna być uwzględniana przy doborze sposobów postępowania z takimi osadzonymi. W myśl przepisów skazany podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za zawinione naruszenie obowiązujących go nakazów lub zakazów (art. 142 § 1 k.k.w.), stopień zawinienia należy uwzględnić, wymierzając karę dyscyplinarną (art. 145 § 1 k.k.w.). W przypadku osób z uaktywnioną psychozą należy ze szczególną wnikliwością ocenić, czy w odniesieniu do konkretnego zdarzenia można mówić o zawinionym naruszeniu – a więc czy w ogóle doszło do popełnienia przekroczenia – gdyż ze względów chorobowych osoby te mają zaburzoną ocenę zdarzeń i nie są w stanie w pełni kontrolować swego zachowania. W ocenie Rzecznika w przypadku osób znajdujących się w fazie zaostrzenia choroby psychicznej opinię w tym przedmiocie powinien każdorazowo wyrazić lekarz psychiatra.

W przypadku osób, u których choroba psychiczna jest w fazie ostrej, nie można też oczekiwać, że środki oddziaływania stosowane do ogółu skazanych skutecznie spełnią swoją rolę. Stosowanie kar i nagród zakłada, że skazany będzie w stanie analizować swoje zachowanie i dokonywać świadomych wyborów. U osób znajdujących się w aktywnej fazie choroby zachowania nie są wynikiem racjonalnych decyzji, lecz trudności w kierowaniu swoim postępowaniem, wywołanych stanem

chorobowym. Remisja choroby nie zależy od woli osadzonego, a więc poprawa zachowania nie zostanie wywołana chęcią uniknięcia dolegliwości związanych z wymierzeniem kary. W analizowanych przypadkach, mimo wiedzy o tym, iż osadzeni pozostają w fazie zaostrzenia choroby psychicznej, stosowano wobec nich środki oddziaływania w postaci kar dyscyplinarnych. Budzi wątpliwości, czy dyrektywy wskazane w art. 142 § 1 i art. 145 § 1 k.k.w. były w tych przypadkach w należyтым stopniu uwzględniane.

Analiza kar dyscyplinarnych wymierzonych osadzonym D.J., I.B. i S.W. pokazuje ponadto, że 2/3 z nich stanowiły kary polegające na pozbawieniu lub ograniczeniu kontaktu osadzonych z rodziną. Oprócz kary umieszczenia w celi izolacyjnej osadzonym wymierzano kary pozbawienia widzeń i rozmów telefonicznych na okres do 28 dni (każdemu z nich trzykrotnie), ponadto D.J. dwukrotnie wymierzono karę udzielania widzeń w sposób uniemożliwiający bezpośredni kontakt z osobą odwiedzającą. Jak już wyżej wskazano, w ocenie Rzecznika stosowanie tego rodzaju kar może działać na niekorzyść osiągnięcia pozytywnych zmian w zachowaniu, w przypadku osób chorujących psychicznie w szczególności.

Warto w tym miejscu przywołać także stanowisko Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, który w swoim orzecznictwie zwraca uwagę na potrzebę szczególnego traktowania więźniów chorujących psychicznie przy wymierzaniu kar dyscyplinarnych. W przykładowej sprawie Renolde przeciwko Francji¹¹ Trybunał wyraził pogląd, że ze względu na obowiązek zapewnienia godnego traktowania więźniowie, o których wiadomo, że cierpią na poważne zaburzenia psychiczne, wymagają specjalnych środków odpowiednich do ich stanu. Trybunał podniósł, że umieszczenie w celi dyscyplinarnej prowadzi do izolacji więźniów przez pozbawienie wizyt i innej aktywności oraz zwiększa prawdopodobieństwo istniejącego już ryzyka samobójstwa. W związku z tym Trybunał ocenił, że wymierzona osadzonemu, u którego stwierdzano zaburzenia psychiczne, kara 45 dni izolacji w celi dyscyplinarnej mogła zagrozić jego odporności fizycznej i psychicznej. Uznał w związku z tym, że wymierzenie takiej kary było niezgodne ze standardem traktowania wymaganym w stosunku do osób chorujących psychicznie. Nieuwzględnienie tego standardu postępowania zostało ocenione przez Trybunał jako niehumanitarne i poniżające traktowanie i karanie, naruszające art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności¹².

¹¹ Wyrok ETPC z dnia 16 października 2008 r., skarga nr 5608/05.

¹² Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.

4. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego w trybie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej

Wizytujące zapoznały się z dokumentacją dotyczącą stosowania środków przymusu bezpośredniego na podstawie przepisów ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej wobec osadzonych w Zakładzie Karnym w Potulicach w okresie od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia wizytacji, w trzech przypadkach – osadzonych D.J., S.W. i I.B. – przeanalizowano również nagrania z monitoringu. Szczegółowe opisy stosowania środków przymusu wobec tych trzech osób zawierają załączniki 1, 2 i 3.

Z przedstawionych wizytującym informacji wynika, że w okresie objętym analizą w Zakładzie Karnym w Potulicach 49 razy stosowano środki przymusu bezpośredniego wobec 29 osadzonych, w tym w roku 2023 – 23 razy, w roku 2024 – 22 razy i w 2025 roku do dnia 3 lutego – 4 razy.

W 27 przypadkach zastosowano najsurowszy środek – umieszczenie w celi zabezpieczającej. Każdorazowo jednocześnie z umieszczeniem w celi zabezpieczającej stosowano dodatkowo jeszcze co najmniej jeden środek przymusu bezpośredniego: kajdanki zakładane na ręce trzymane z tyłu (21), kajdanki zakładane na ręce trzymane z tyłu i kask zabezpieczający (1), pas jednoczęściowy (2), pas jednoczęściowy i kask zabezpieczający (3 – w jednym z tych przypadków pas jednoczęściowy został następnie zamieniony na pas wieloczęściowy).

W 8 przypadkach umieszczenie w celi zabezpieczającej zakończono przed upływem 12 godzin, w 11 przypadkach czas umieszczenia mieścił się w przedziale 12-24 godziny, w 8 przypadkach osadzeni zostali zwolnieni z celi zabezpieczającej krótko przed upływem maksymalnego dopuszczalnego czasu umieszczenia, tj. przed upływem 48 godzin. W przypadku jednego osadzonego po upływie kilkunastu minut od zakończenia trwającego blisko 48 godzin umieszczenia w celi zabezpieczającej, ponownie umieszczono go w takiej celi. Drugie umieszczenie również trwało przez blisko 48 godzin – sytuacja taka miała miejsce dwukrotnie wobec tego samego osadzonego.

Skala stosowanych w Zakładzie Karnym w Potulicach środków przymusu bezpośredniego była duża i były to w większości środki o dużej dolegliwości – ponad połowę (55%) przypadków użycia środków przymusu stanowiło umieszczenie w celi zabezpieczającej, stosowane długotrwale (w 70% przypadków dłużej niż 12 godzin), każdorazowo z użyciem dodatkowo co najmniej jeszcze jednego środka (kajdanki, pas jednoczęściowy, pas wieloczęściowy).

Praktyka stosowania każdorazowo podczas umieszczenia w celi zabezpieczającej dodatkowego środka przymusu budzi zastrzeżenia Rzecznika. Ustawa dopuszcza stosowanie więcej niż jednego środka przymusu bezpośredniego, należy mieć jednak na uwadze, że może to mieć miejsce tylko w uzasadnionych sytuacjach (art. 8). Już sam sposób urządzenia i wyposażenia pomieszczenia dźwiękochłonnego w celi zabezpieczające minimalizuje możliwość wyrządzenia przez umieszczoną w nim osobę szkód w mieniu czy dokonania samouszkodzenia, co powoduje, że nawet w przypadku osoby pobudzonej i agresywnej nie zawsze będzie konieczność zastosowania już w momencie umieszczenia w pomieszczeniu dodatkowych środków przymusu. Zainstalowane w pomieszczeniu kamery pozwalają bowiem na stałą obserwację zachowania osadzonego, dając możliwość podjęcia interwencji niezwłocznie, gdyby wystąpiło zagrożenie dla jego bezpieczeństwa.

Kajdanki są stosowane rutynowo wobec umieszczonych w celi zabezpieczającej, niezależnie od tego, jakie zachowanie było przyczyną umieszczenia w celi zabezpieczającej i jakie zachowanie prezentowali podczas doprowadzania. W ocenie Rzecznika w przypadku gdy osadzony jest spokojny, nie przejawia zachowań agresywnych, użycie dodatkowych środków przymusu – niejako prewencyjnie – stanowi działanie nadmierne i nieuzasadnione, a co za tym idzie, naruszające prawa osadzonego.

Jak wynika z analizy dokumentacji, kajdanki są stosowane zwykle przez cały czas pobytu osadzonego w celi zabezpieczającej – często przez kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt godzin, także w porze nocnej. Nie są zdejmowane na czas załatwiania przez osadzonego potrzeb fizjologicznych, a jedynie zakładane na ręce trzymane z przodu. Rzecznik jest zdania, że kajdanki zakładane na ręce trzymane z tyłu nie mogą być w żadnym razie stosowane w porze nocnej. Jeżeli dla zapewnienia bezpieczeństwa osadzonemu konieczne jest ograniczenie mu ruchów, w porze nocnej należy zastosować środek, który zrealizuje ten cel jego zastosowania, ale jednocześnie umożliwi osadzonemu przyjęcie naturalnej pozycji ciała podczas snu (kajdanki na ręce trzymane z przodu, pas jednoczęściowy). Mając powyższe na uwadze, Rzecznik stoi na stanowisku, że stosowanie wspomnianego środka przymusu bezpośredniego w sposób tak dolegliwy – także w porze nocnej, bez uwolnienia na czas załatwiania potrzeb fizjologicznych – stanowi niehumanitarne i poniżające traktowanie.

Zastrzeżenia Rzecznika wzbudziły ponadto przypadki stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci siły fizycznej w celu doprowadzania osadzonych do psychologa. Należy mieć na uwadze, że skorzystanie z oferty resocjalizacyjno-terapeutycznej, jaką jest pomoc psychologa, jest prawem osadzonego, a nie jego obowiązkiem. Nie znajduje zatem uzasadnienia przymuszanie osadzonych siłą do

odbywania konsultacji psychologicznych. Wydaje się ponadto, że wartość terapeutyczna nawiązanego w ten sposób kontaktu z psychologiem będzie znikoma.

Zastrzeżenia budzi także użycie środka przymusu bezpośredniego w postaci siły fizycznej w celu doprowadzenia osadzonego do psychiatrii – przypadek ten, jako że dotyczył osadzonego S.W., został szczegółowo przedstawiony w załączniku 2 do niniejszego Raportu oraz omówiony w rozdziale 4.1, poświęconym stosowaniu środków przymusu bezpośredniego wobec osadzonych chorujących psychicznie.

4.1 Stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osadzonych chorujących psychicznie

Służba Więzienna jest uprawniona do stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych na podstawie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej. Rzecznik wielokrotnie wyrażał jednakże stanowisko, że jeżeli środek przymusu bezpośredniego miałby być zastosowany wobec osoby, co do której istnieje pewność albo choćby uzasadnione podejrzenie, iż zachowanie stanowiące podstawę do zastosowania środka jest spowodowane chorobą psychiczną, w pierwszej kolejności należy rozważyć podjęcie działań w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego¹³. Powodem, dla którego przebywające w zakładach karnych i aresztach śledczych osoby chorujące psychicznie powinny być objęte odrębnym trybem stosowania przymusu bezpośredniego, jest potrzeba zapewnienia traktowania tych osób w sposób uwzględniający ich stan zdrowia i wynikające z niego szczególne potrzeby. Więzień, u którego zdiagnozowano chorobę psychiczną, powinien być postrzegany przede wszystkim jako pacjent. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby z aktywną psychozą ma charakter środka leczniczego. Celem jego zastosowania jest nie tylko uniknięcie sytuacji bezpośrednio zagrażającej bezpieczeństwu pacjenta lub jego otoczeniu, ale także interwencja terapeutyczna, zwłaszcza poprzez pomoc w odzyskaniu przez niego zdolności do samokontroli. W takim przypadku o zastosowaniu przymusu decyduje lekarz i to on dokonuje wyboru środka (przytrzymanie, unieruchomienie, izolacja, podanie leku pod przymusem), kierując się przede wszystkim dążeniem do osiągnięcia celów zdrowotnych, mając na uwadze dobrostan pacjenta. Lekarz osobiście nadzoruje też wykonanie przymusu, a stan osoby unieruchomionej lub izolowanej jest kontrolowany

¹³ Por. wystąpienie RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 10 sierpnia 2018 r., IX.517.1564.2017; wystąpienie RPO do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 11 kwietnia 2022 r., II.574.1.2022.

przez personel medyczny z częstotliwością nie rzadszą niż co 15 minut oraz szczegółowo dokumentowany.

W przypadku osób w stanie psychozy każdy dodatkowy czynnik stresowy może potencjalnie wywołać dekompensację stanu psychicznego, która z kolei może prowadzić nawet do stanów bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia. Stąd stała kontrola stanu fizycznego takiej osoby, prowadzona przez fachowy personel, jest bardzo istotna. Zastosowanie wobec osób z uaktywnioną chorobą psychiczną procedur przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, a nie tych przewidzianych w ustawie o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej, zwiększa zatem gwarancje bezpiecznego i praworządnego stosowania tych środków.

U wszystkich trzech osadzonych, których przypadki poddano szczegółowej analizie, stwierdzono występowanie zaburzeń psychicznych w postaci psychozy. Mimo to we wszystkich trzech przypadkach zastosowane zostały środki przymusu bezpośredniego w trybie ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej. Analizując te zdarzenia, stwierdzono, iż również przepisy tej ustawy nie były w pełni respektowane.

Wobec S.W. dwukrotnie użyta została siła fizyczna w celu wyegzekwowania wykonania polecenia: w pierwszym przypadku polecenia udania się do lekarza psychiatry, aby mógł on przekazać osadzonemu informację o wpłynięciu zgody sądu na przeprowadzenie zabiegu lekarskiego wbrew woli osadzonego, w drugim przypadku polecenia udania się do ambulatorium w celu przyjęcia leku zgodnie z postanowieniem sądu. Ustawa o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej przewiduje możliwość użycia środków przymusu w celu wyegzekwowania wymaganego prawem zachowania zgodnie z wydanym przez uprawnionego poleceniem (art. 11 pkt 1). W analizowanym przypadku brak jest jednak podstaw do uznania, że osadzony był prawnie zobowiązany do wykonania polecenia polegającego na udaniu się do psychiatry. Należy mieć na uwadze, że każdy pacjent, także pacjent więziennej służby zdrowia, ma prawo do odmowy leczenia, jak i prawo do odmowy bycia poinformowanym o leczeniu, a więc również do odmowy kontaktu z psychiatrą. W przypadku S.W. doprowadzenie było realizowane w celu przekazania osadzonemu przez lekarza informacji o wpłynięciu zgody sądu na przeprowadzenie zabiegu lekarskiego wbrew woli osadzonego. O ile zatem za uzasadnione i konieczne należałoby uznać doprowadzenie do ambulatorium z użyciem siły fizycznej osadzonego stawiającego opór, w celu dokonania zabiegu zgodnie z postanowieniem sądu, to podejmowanie działań siłowych zmierzających do doprowadzenia osadzonego wbrew jego woli do lekarza, jedynie w celu przekazania mu informacji, należy uznać za pozbawione podstaw prawnych.

Wobec D.J. stosowane było umieszczenie w celi zabezpieczającej w reakcji na niewłaściwe zwrócenie się do funkcjonariusza, a następnie odmowę wykonania polecenia udania się do pokoju wychowawcy. Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o środkach przymusu bezpośredniego, środków tych używa się w sposób niezbędny do osiągnięcia celów tego użycia, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości. W świetle przywołanego przepisu wątpliwości budzi zastosowanie umieszczenia w celi zabezpieczającej w sytuacji, gdy osadzony stawiał jedynie bierny opór, był spokojny, nie przejawiał agresji. W ocenie Rzecznika dla pokonania oporu osadzonego wystarczające było zastosowanie siły fizycznej w celu wyprowadzenia go z celi i doprowadzenia do przełożonego. Rzecznik uznał zatem, że środek przymusu był stosowany wobec D.J. w sposób nieproporcjonalny.

5. Zastosowanie przymusowego leczenia w trybie art. 118 k.k.w.

Jak ustalono, w okresie od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia 3 lutego 2025 r. administracja Zakładu Karnego w Potulicach wystąpiła wobec czterech osadzonych z wnioskami do sądu penitencjarnego w trybie art. 118 § 2 k.k.w. W trzech przypadkach wnioski dotyczyły dokonania zabiegu lekarskiego wbrew woli pacjenta w przebiegu choroby psychicznej, w jednym przypadku – w związku z leczeniem gruźlicy. We wszystkich przypadkach sąd przychylił się do wniosków administracji.

Wizytujące zapoznały się z dostępną dokumentacją dotyczącą tych przypadków (wnioskami kierowanymi do sądu i postanowieniami sądu oraz dokumentacją medyczną i osobopoznawczą osadzonych), przeprowadziły również rozmowy z trzema osadzonymi, którzy przebywali w jednostce (jeden z osadzonych został wytransportowany z Zakładu Karnego w Potulicach w związku z zaliczeniem go do kategorii więźniów tzw. niebezpiecznych – art. 88a k.k.w.). Szczegółowe opisy wszystkich czterech przypadków zawierają dołączone do raportu załączniki.

Analiza poczynionych ustaleń nasunęła wątpliwości zarówno do postępowania administracji Zakładu Karnego w Potulicach, jak i procedowania przez Sąd Okręgowy w Bydgoszczy. W tym miejscu należy ponownie podkreślić, że każdy pacjent – także pacjent więziennej służby zdrowia – ma prawo do odmowy leczenia¹⁴. Prawo to może

¹⁴ „Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9” – art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 581.

podlegać ograniczeniom, jednak wyłącznie w ramach przewidzianych w przepisach ustawy¹⁵.

W stosunku do osób przebywających w jednostkach penitencjarnych dodatkowe ograniczenia ich praw w tym zakresie przewiduje Kodeks karny wykonawczy. Jednym z takich przepisów jest art. 118 § 2 k.k.w., który dopuszcza dokonanie koniecznego zabiegu lekarskiego (w tym chirurgicznego) mimo sprzeciwu skazanego, w wypadku gdy jego życiu grozi poważne niebezpieczeństwo, stwierdzone przez co najmniej dwóch lekarzy. Decyzja o dokonaniu takiego zabiegu należy do sądu penitencjarnego. W nagłym wypadku, gdy zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo śmierci skazanego, decyzję o konieczności zabiegu może podjąć jednoosobowo lekarz (art. 118 § 4 k.k.w.).

5.1 Przymus w leczeniu gruźlicy

W przypadku J.K.¹⁶, Dyrektor Zakładu Karnego w Potulicach skierował wniosek do Sądu Okręgowego w Bydgoszczy w trybie art. 118 § 2 k.k.w. o wyrażenie zgody m.in. na poddanie osadzonego przymusowemu leczeniu przeciwgruźliczemu. Sąd Okręgowy w Bydgoszczy, przywołując jako podstawę prawną swego rozstrzygnięcia art. 118 § 2 k.k.w., zezwolił m.in. na leczenie osadzonego polegające na podawaniu mu leków przeciwgruźliczych.

Należy mieć na uwadze, że kwestie leczenia gruźlicy, jako choroby zakaźnej, zostały uregulowane w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁷. Przepisy ustawy odnoszą się do osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 5 ust. 1), ustawa nie wprowadza w tym zakresie żadnych wyłączeń. Oznacza to, że ma ona zastosowanie także do osób przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych.

Zgodnie z przepisami ustawy, w celu zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, osoby chore na chorobę zakaźną albo osoby podejrzane o zachorowanie na chorobę zakaźną mogą podlegać obowiązkowej hospitalizacji (art. 34 ust. 1). Przepisy rozporządzenia precyzują, że dotyczy to m.in. osób chorych na gruźlicę w okresie prątkowania oraz osób z uzasadnionym podejrzeniem

¹⁵ Por. art. 19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; art. 21–24, art. 29–30, art. 33–34 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego; art. 34 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

¹⁶ Załącznik nr 4.

¹⁷ Tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 924.

o prątkowanie (§ 2 pkt 1)¹⁸. W świetle przepisów ustawy, w przypadku braku zgody pacjenta na hospitalizację lekarz może sam podjąć decyzję w tym przedmiocie, kierując się własną oceną stopnia zagrożenia dla zdrowia publicznego (art. 35 ust. 1). O przyjęciu do szpitala lekarz przyjmujący jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla szpitala (art. 35 ust. 2). Wobec osoby, która nie poddaje się obowiązkowej hospitalizacji, a u której podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, może być zastosowany środek przymusu bezpośredniego polegający na przytrzymywaniu, unieruchomieniu lub przymusowym podaniu leków (art. 36 ust. 1). Przez przymusowe podanie leków rozumie się doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu pacjenta, bez jego zgody (art. 36 ust. 8).

Jak wskazano powyżej, przepisy ustawy odnoszą się do wszystkich osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, bez wyjątków. W oparciu o przywołane przepisy, do wdrożenia przymusowego leczenia przeciwgruźliczego wobec osoby chorej na gruźlicę przebywającej w zakładzie karnym jest więc uprawniony lekarz więzienny. Zastosowanie przez niego przymusowego leczenia w postaci podania leków może nastąpić na podstawie przepisów ww. ustawy i nie wymaga wcześniejszego uzyskania zgody sądu penitencjarnego w trybie art. 118 k.k.w. W przypadku J.K. podjęcie przez administrację procedury uzyskania zezwolenia sądu penitencjarnego na zastosowanie leczenia w postaci podania leków przeciwgruźliczych nie było zatem potrzebne.

5.2 Przymus w leczeniu choroby psychicznej

Pozostałe trzy przypadki – osadzonych D.J., S.W. i I.B.¹⁹ – dotyczyły wdrożenia przymusowego leczenia w przebiegu choroby psychicznej. Dodać należy, że w przypadku D.J. taką procedurę inicjowano dwukrotnie – także podczas pobytu w Areszcie Śledczym w Dzierżoniowie, gdzie ostatecznie jednak, mimo wyrażenia zgody przez sąd, nie doszło do podania leków pod przymusem.

Analiza działań podjętych przez organy postępowania wykonawczego w trybie art. 118 § 2 k.k.w. daje podstawy do stwierdzenia, iż w toku tych działań doszło do nieprawidłowości, które zostały przedstawione poniżej w punktach.

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji w warunkach domowych, kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego, tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 668.

¹⁹ Szczegółowe opisy przypadków zawierają załączniki nr 1, 2 i 3.

1. Elementem niezbędnym do wszczęcia procedury przewidzianej w art. 118 § 2 k.k.w. jest stwierdzenie poważnego zagrożenia dla życia skazanego przez **co najmniej dwóch lekarzy**. W przypadku każdego z trzech osadzonych, przed złożeniem wniosku do Sądu Okręgowego w Bydgoszczy i Sądu Okręgowego w Świdnicy sporządzona została opinia, podpisana przez dwóch lekarzy: lekarza psychiatrę oraz lekarza innej specjalizacji (chirurga – dwukrotnie, internistę – dwukrotnie). Mimo że taki sposób postępowania spełnia wymóg formalny wskazany w art. 118 § 2 k.k.w., to jednak podać w wątpliwość należy, czy w pełni realizuje on zamysł ustawodawcy stojący za stworzeniem tej regulacji. Z wyjaśnień uzyskanych od Dyrektora Szpitala Zakładu Karnego w Potulicach wynika, że w jednostce jest zatrudniony tylko jeden psychiatra. W praktyce w tego rodzaju przypadkach opinię sporządza lekarz psychiatra, a lekarz innej specjalności, zawierając słuszności jego oceny, składa swój podpis pod tą opinią, najczęściej nie przeprowadzając nawet samodzielnego badania pacjenta. Należy podkreślić, że w oparciu o wskazaną opinię podjęta zostaje bardzo ważna decyzja o ingerencji w prawa osadzonego, dlatego niezbędna jest szczególna rzetelność przy jej formułowaniu. Należy oczekiwać, że każdy z lekarzy odrębnie i samodzielnie oceni stan zdrowia osadzonego pod kątem potrzeby poddania go przymusowemu zabiegowi, nie kierując się opinią drugiego lekarza, a także, że opinię tę będzie sporządzał lekarz dysponujący odpowiednią w danym przypadku wiedzą specjalistyczną, pozwalającą mu na dokonanie samodzielnej, rzetelnej oceny stanu zdrowia osadzonego w tym aspekcie.
2. Regulacja zawarta w art. 118 § 2 k.k.w. dopuszcza dokonanie zabiegu lekarskiego wbrew woli osadzonego jedynie w sytuacji, gdy jego życiu **grozi poważne niebezpieczeństwo**. Nie uprawnia zatem do dokonania zabiegu lekarskiego wbrew woli osadzonego stan poważnego niebezpieczeństwa dla jego zdrowia ani nawet stan niebezpieczeństwa dla życia – jeśli to zagrożenie nie jest określone jako poważne. Działania medyczne podjęte wbrew woli osadzonego powinny być też niezwłocznie przerwane, gdy zagrożenie dla życia osadzonego nie jest już definiowane jako poważne.

W żadnym z trzech postępowań prowadzonych przed Sądem Okręgowym w Bydgoszczy, jak również w postępowaniu przed Sądem Okręgowym w Świdnicy, opinie lekarskie będące podstawą do złożenia wniosku w trybie art. 118 § 2 k.k.w. nie zawierały informacji wskazujących na istnienie takiego zagrożenia. Opiniujący stwierdzali jedynie, że istnieje potrzeba poddania leczeniu osadzonych, ponieważ jego brak może prowadzić do pogorszenia funkcjonowania osadzonych. Z opinii w sprawie D.J.: „*spełnione są przesłanki do umieszczenia pacjenta w szpitalu psychiatrycznym z art. 29.1 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego. Brak internacji*

pacjenta spowoduje znaczne pogorszenie jego stanu psychicznego, samopoczucia [wyraz nieczytelny] choroby jak i również włączenie się dolegliwości somatycznych” (AŚ w Dzierżoniowie); „wszczęcie leczenia spowodowałoby poprawę funkcjonowania” (ZK w Potulicach). Z opinii w sprawie I.B.: „wymaga leczenia, a jego niepodjęcie spowoduje pogorszenie jego funkcjonowania”. Z opinii w sprawie S.W.: „brak leczenia z dużym prawdopodobieństwem doprowadzi do pogorszenia funkcjonowania”.

W świetle przywołanych opinii należy zatem stwierdzić, że stan osadzonych nie uzasadniał wystąpienia do sądu o wdrożenie procedur w trybie art. 118 § 2 k.k.w.

W przypadku S.W. wyrażone wyżej stanowisko podzielił Sąd Apelacyjny w Gdańsku, rozpatrując zażalenie osadzonego na postanowienie Sądu Okręgowego w Bydgoszczy. Sąd Apelacyjny uznał, że sąd pierwszej instancji przedwcześnie ocenił, iż w sprawie ziściły się przesłanki przewidziane w art. 118 § 2 k.k.w., tj. że życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo, i przekazał sprawę do ponownego rozpatrzenia, wskazując na potrzebę dopuszczenia dodatkowych dowodów w celu ustalenia rzeczywistego stanu zdrowia skazanego i zagrożenia dla jego życia.

3. W analizowanych przypadkach sąd w odpowiedzi na wniosek Dyrektora Zakładu Karnego wyraził zgodę odpowiednio: w sprawie I.B. – *„na dokonanie niezbędnego zabiegu lekarskiego w postaci podania leku przeciwpsychotycznego”*, w sprawie S.W. – *„na leczenie w postaci podania leku przeciwpsychotycznego”*, w sprawie D.J. – *„na przeprowadzenie niezbędnego zabiegu, w tym podanie leku oraz umieszczenie w szpitalnym oddziale psychiatrycznym, o ile taka potrzeba zostanie stwierdzona przez co najmniej dwóch lekarzy”* (Sąd Okręgowy w Świdnicy); *„na przeprowadzenie [...] koniecznego zabiegu lekarskiego – podania leku przeciwpsychotycznego”* (Sąd Okręgowy w Bydgoszczy).

Wyrażając zgodę na dokonanie zabiegu lekarskiego w trybie art. 118 § 2 k.k.w., sąd powinien każdorazowo ocenić, czy zaproponowany zabieg istotnie gwarantuje osiągnięcie celu, o którym mowa w tym przepisie, czyli doprowadzi do zniesienia niebezpieczeństwa zagrażającego życiu osadzonego. **Zgoda sądu powinna zatem dotyczyć konkretnego zabiegu.** Wskazanie w sentencji, iż zgoda obejmuje *„przeprowadzenie niezbędnego zabiegu, w tym podanie leku”*, nie jest wystarczające, ponieważ pozostawia poza decyzją sądu, jaki zabieg zostanie faktycznie przeprowadzony, uprawniając lekarza do wykonania także takiego zabiegu, który lekarz uzna za niezbędny, ale który nie był przedmiotem oceny sądu.

Wydając zgodę na podanie leku, sąd powinien jasno wskazać, **jakiego rodzaju leku ona dotyczy**, a także doprecyzować, czy zezwolenie dotyczy **jednorazowego czy wielokrotnego podania**. W dwóch analizowanych przypadkach sąd wskazał, że

chodzi o podanie leku przeciwpsychotycznego, w żadnym przypadku nie określił sposobu realizacji jego podania.

W przypadku S.W. **zgoda sądu została wyrażona nie na dokonanie „zabiegu lekarskiego”, jak przewiduje art. 118 § 2 k.k.w., ale na „leczenie”**, polegającego na podaniu leku przeciwpsychotycznego. Należy podkreślić, że sformułowanie „dokonanie zabiegu lekarskiego” nie jest tożsame z terminem „leczenie”. Oba te terminy są stosowane przez ustawodawcę w Kodeksie karnym wykonawczym, a o ich różnym zakresie znaczeniowym jednoznacznie świadczy treść art. 116 § 1 pkt 3 k.k.w., który określając obowiązki osadzonego, odrębnie wymienia obowiązek poddania się przewidzianemu przepisami leczeniu, obok obowiązku poddania się przewidzianym przepisami zabiegom lekarskim. Ustawodawca nie zdefiniował, co należy rozumieć pod pojęciem zabiegu lekarskiego. W świetle przepisów Kodeksu karnego wykonawczego nie ma jednak wątpliwości, że przez dokonanie zabiegu lekarskiego, o którym mowa w art. 118 § 2 k.k.w., nie można rozumieć prowadzenia długofalowego leczenia wbrew woli osadzonego. Z chwilą uzyskania poprawy stanu zdrowia pacjenta w takim stopniu, że nie występuje już poważne zagrożenie dla jego życia, art. 118 § 2 k.k.w. nie może stanowić podstawy do dalszego stosowania wobec niego procedur medycznych wbrew jego woli. Podjęte w tym trybie działania medyczne powinny być w takim przypadku niezwłocznie zakończone. Przyjęcie odmiennej interpretacji przy podejmowaniu działań w trybie art. 118 § 2 k.k.w. jest całkowicie nieuprawnione i może prowadzić do naruszenia praw pacjenta.

W przypadku D.J. Sąd Okręgowy w Świdnicy, orzekając w oparciu o art. 118 § 2 k.k.w., oprócz zgody na dokonanie niezbędnego zabiegu lekarskiego wyraził także **zgode na „umieszczenie w szpitalnym oddziale psychiatrycznym, o ile taka potrzeba zostanie stwierdzona przez co najmniej dwóch lekarzy”**. Należy przede wszystkim wskazać, że umieszczenia w szpitalu nie można zakwalifikować jako zabieg lekarski, zatem art. 118 § 2 k.k.w. nie może być podstawą do orzekania w przedmiocie hospitalizacji. Ponadto wskazać należy, że kwestie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie zostały szczegółowo uregulowane w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Zgodnie z przepisami ustawy osoba chora psychicznie może być poddana przymusowej hospitalizacji i leczeniu jedynie w wyjątkowych, wskazanych w ustawie przypadkach:

1) gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu choroby psychicznej zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (art. 23 ust. 1).

2) gdy dotychczasowe zachowanie tej osoby wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź gdy osoba ta jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia (art. 29 ust. 1).

O przyjęciu do szpitala w trybie art. 23 ust. 1 ustawy decyduje lekarz po osobistym zbadaniu pacjenta i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa (ust. 2), decyzja ta podlega następnie weryfikacji sądu opiekuńczego (ust. 4). Decyzję o przyjęciu do szpitala w trybie określonym w art. 29 ust. 1 ustawy podejmuje sąd opiekuńczy, na wniosek małżonka tej osoby, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę (ust. 2), a także organu do spraw pomocy społecznej, jeśli osoba ta była objęta oparciem społecznym (ust. 3). Określony w ustawie tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta nie przewiduje zatem udziału sądu penitencjarnego w tej procedurze.

Z dokonanych ustaleń wynika, że u wszystkich trzech osadzonych bezpośrednio przed skierowaniem wniosków do sądu penitencjarnego w trybie art. 118 § 2 k.k.w. o wydanie zgody na dokonanie zabiegu lekarskiego wbrew ich woli, zdiagnozowano chorobę psychiczną w fazie zaostrzenia, a osadzeni odmawiali poddania się leczeniu. Jednocześnie w ocenie lekarzy psychiatrów brak było wskazań do hospitalizacji i leczenia bez zgody pacjenta, w trybie określonym w art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Brak było również możliwości zainicjowania postępowania w celu przyjęcia osadzonych do szpitala w trybie art. 29 tej ustawy, z uwagi na to, że dyrektor zakładu karnego nie jest podmiotem uprawnionym do skierowania wniosku do sądu opiekuńczego w tym przedmiocie. Nie można było również, jak wskazano powyżej, poddać skazanego leczeniu na podstawie art. 118 § 2 k.k.w., ponieważ przepis ten uprawnia jedynie do wyrażenia przez sąd zgody na dokonanie zabiegu lekarskiego mającego na celu usunięcie poważnego niebezpieczeństwa dla życia osadzonego. Z chwilą zażegnania niebezpieczeństwa należy odstąpić od wykonywania zabiegu, mimo że nie doszło do całkowitego wyleczenia.

Mając na uwadze powyższe zdaniem RPO, we wszystkich trzech przypadkach, wdrażając wobec osadzonych przymusowe leczenie psychiatryczne, naruszono ich prawo do samostanowienia w zakresie odmowy poddania się leczeniu.

Należy jednocześnie podnieść, że Kodeks karny wykonawczy zawiera rozwiązania prawne odnoszące się do postępowania z osobami chorującymi psychicznie, wobec których wykonywana jest kara pozbawienia wolności. W przypadku zdiagnozowania u osadzonego zaostżenia choroby psychicznej dyrektor zakładu karnego może zwrócić się do sądu w trybie art. 153 § 1 k.k.w., który stanowi, że w wypadku choroby psychicznej sąd udziela przerwy w wykonaniu kary do czasu ustania przeszkody, albo w trybie art. 15 § 2 k.k.w., który przewiduje, że jeżeli zachodzi długotrwała przeszkoda uniemożliwiająca postępowanie wykonawcze, w szczególności jeżeli nie można wykonać orzeczenia z powodu choroby psychicznej skazanego, postępowanie zawiesza się w całości lub w części na czas trwania przeszkody.

6. Podsumowanie i wnioski

W toku wizytacji analizie poddano w szczególności postępowanie z osadzonymi chorującymi psychicznie przebywającymi w oddziale terapeutycznym. Poczynione ustalenia dały podstawy do stwierdzenia istotnych nieprawidłowości, w tym także takich, które skutkowały naruszeniem praw przysługujących osobom pozbawionym wolności.

- 1/ Podejmując decyzje o wymierzaniu kar dyscyplinarnych osadzonym, u których stwierdzano zaburzenia psychotyczne, nie uwzględniano w dostatecznym stopniu ich stanu zdrowia, w szczególności przy dokonywaniu oceny stopnia zawinienia, co **naruszało prawo osób chorujących psychicznie do wykonywania wobec nich kary w sposób humanitarny, z poszanowaniem godności ludzkiej.**
- 2/ Środki przymusu bezpośredniego wobec osadzonych, u których stwierdzano zaburzenia psychotyczne, były stosowane w sposób nadmierny i nieuzasadniony; nie respektowano dyrektyw niezbędności, proporcjonalności do stopnia zagrożenia i minimalizacji dolegliwości, **co naruszało prawo osadzonych do wykonywania kary w sposób humanitarny, z poszanowaniem godności ludzkiej i nosiło cechy poniżającego traktowania. W szczególności:**
 - za nieproporcjonalne uznano umieszczenie w celi zabezpieczającej osadzonego D.J., który odmawiał wyjścia z celi i udania się do wychowawcy, nie przejawiając przy tym agresji, stosując jedynie bierny opór; w celu wyegzekwowania zachowania zgodnego z wydanym poleceniem wystarczające było użycie mniej dolegliwych środków w postaci siły fizycznej, kajdanek;
 - za nieuzasadnione uznano użycie środków przymusu bezpośredniego wobec osadzonego S.W. w postaci siły fizycznej i kajdanek zakładanych na ręce trzymane z tyłu, w związku z jego odmową udania się do ambulatorium, gdzie

lekarz psychiatra miał mu przekazać informacje o treści postanowienia sądu w przedmiocie zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego pod przymusem – wydanie osadzonemu polecenia udania się w tym celu do ambulatorium nie znajdowało oparcia w przepisach prawa, zatem brak było podstaw do stosowania środków przymusu bezpośredniego w celu wyegzekwowania zachowania zgodnego z tym poleceniem;

- za nadmierne i nieproporcjonalne uznano rutynowe stosowanie kajdanek zakładanych na ręce trzymane z tyłu na czas pobytu osadzonych w celi zabezpieczającej, bez względu na powód umieszczenia oraz zachowanie przed i w trakcie umieszczenia w celi zabezpieczającej;
- za nadmierne i nieproporcjonalne uznano stosowanie w porze nocnej wobec osadzonych umieszczonych w celi zabezpieczającej kajdanek zakładanych na ręce trzymane z tyłu, co ograniczało osadzonym możliwość wypoczynku w nocy;
- za nadmierne uznano stosowanie wobec osadzonych D.J. i I.B. podczas umieszczenia w celi zabezpieczającej kajdanek zakładanych na ręce trzymane z przodu w czasie załatwiania potrzeb fizjologicznych.

3/ Wydanie przez sąd penitencjarny w trybie art. 118 § 2 k.k.w. zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego wbrew woli osadzonego, mimo iż nie została spełniona wskazana w tym przepisie przesłanka zaistnienia poważnego niebezpieczeństwa dla życia osadzonego, **naruszało prawo osadzonych do odmowy leczenia.**

4/ Wdrożenie przymusowego leczenia psychiatrycznego na podstawie zgody sądu penitencjarnego na wykonanie zabiegu lekarskiego wbrew woli osadzonego wydanej w trybie art. 118 § 2 k.k.w. **naruszało prawo osadzonych do odmowy leczenia.**

Mając na uwadze poczynione w toku wizytacji ustalenia, w tym w szczególności stwierdzone naruszenia praw osób chorujących psychicznie, sformułowano następujące rekomendacje:

1. Przy stosowaniu wobec skazanych chorujących psychicznie środków oddziaływania w postaci kar dyscyplinarnych należy uwzględniać ich stan zdrowia, w szczególności dokonując oceny stopnia zawinienia.

2. Przed podjęciem decyzji o wymierzeniu kary dyscyplinarnej osadzonemu, u którego występują zaburzenia psychiczne, wskazane jest zasięgnięcie każdorazowo opinii psychiatry.

3. Należy minimalizować stosowanie kar dyscyplinarnych, które polegają na ograniczeniu kontaktu osadzonego chorującego psychicznie z rodziną i osobami bliskimi.

4. W przypadku potrzeby zastosowania środka przymusu wobec osoby, co do której istnieje pewność albo uzasadnione podejrzenie, iż zachowanie stanowiące podstawę do zastosowania środka jest spowodowane chorobą psychiczną, należy każdorazowo rozważyć zastosowanie przymusu bezpośredniego w trybie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, które w pełniejszy sposób chronią prawa osób chorujących psychicznie.

5. Stosując środki przymusu bezpośredniego należy uwzględniać dyrektywy niezbędności, proporcjonalności do stopnia zagrożenia oraz minimalizacji dolegliwości.

6. Należy odstąpić od przymusowego doprowadzania osadzonych na konsultację psychologiczną, z użyciem środków przymusu bezpośredniego.

7. Należy bezwzględnie zrezygnować podczas umieszczenia w celi zabezpieczającej ze stosowania w porze nocnej kajdanek zakładanych na ręce trzymane z tyłu.

8. Wnioski kierowane do sądu penitencjarnego w trybie art. 118 k.k.w. powinny być oparte na sformułowanych niezależnie, odrębnych opiniach co najmniej dwóch lekarzy, potwierdzających istnienie poważnego niebezpieczeństwa dla życia osadzonego.

9. We wniosku kierowanym do sądu penitencjarnego w trybie art. 118 k.k.w. należy wskazywać konkretny zabieg lekarski, którego wykonanie jest niezbędne w celu usunięcia poważnego zagrożenia dla życia osadzonego.

10. W postanowieniu wydanym w trybie art. 118 k.k.w. sąd penitencjarny powinien jednoznacznie wskazywać, na wykonanie jakiego konkretnego zabiegu lekarskiego wyraża zgodę.

11. Postanowienie sądu penitencjarnego o zgodzie na wykonanie zabiegu lekarskiego mimo sprzeciwu osadzonego wydane w trybie art. 118 k.k.w. nie może być interpretowane przez więzienną służbę zdrowia rozszerzająco, jako zgoda na wdrożenie długotrwałego leczenia psychiatrycznego – działania lecznicze podejmowane w oparciu o wydaną w tym trybie zgodę sądu mogą być prowadzone jedynie do czasu usunięcia poważnego niebezpieczeństwa dla życia osadzonego.

12. Należy uwzględnić w szkoleniu sędziów penitencjarnych problematykę orzekania w trybie art. 118 k.k.w., ze szczególnym uwzględnieniem identyfikacji przesłanek, jakie muszą być spełnione, aby było możliwe wyrażenie zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego mimo sprzeciwu skazanego.

13. Należy zapewnić funkcjonariuszom Służby Więziennej szkolenia umożliwiające nabycie wiedzy i umiejętności w zakresie postępowania z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne.

14. Należy zapewnić funkcjonariuszom Służby Więziennej szkolenie z zakresu stosowania środków przymusu bezpośredniego, ze szczególnym uwzględnieniem respektowania ustawowych zasad niezbędności, proporcjonalności oraz minimalizacji dolegliwości, a także właściwego dokumentowania stosowania tych środków.

15. Należy zapewnić lekarzom zatrudnionym w więziennej służbie zdrowia szkolenie z zakresu zasad postępowania z pacjentami będącymi osobami pozbawionymi wolności, uwzględniające odrębności w traktowaniu tych pacjentów przy jednoczesnym wypełnieniu obowiązku respektowania praw przysługujących im jako pacjentom, w tym w szczególności szkolenie z zakresu realizacji przymusowych czynności medycznych wobec tych pacjentów oraz stosowania przymusu bezpośredniego w trybie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

16. Należy rozważyć potrzebę powołania w strukturze więziennej oddziałów, w których skazani z zaburzeniami psychicznymi (w stanie zaostrzenia objawów choroby psychicznej), niekwalifikujący się do leczenia w szpitalu psychiatrycznym, mieliby zapewnione świadczenia lecznicze i terapeutyczne dostosowane do ich potrzeb.

Sporządzili:

Jolanta Nowakowska
Małgorzata Kiryluk
Natalia Kowalik-Tencer
Agnieszka Porębska

Za Zespół podpisała:

Jolanta Nowakowska

Zastępca Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/

Załączniki cztery:

Zał. nr 1 – Opis przypadku D.J.
Zał. nr 2 – Opis przypadku S.W.
Zał. nr 3 – Opis przypadku I.B.
Zał. nr 4 – Opis przypadku J.K.