

Opis przypadku S.W.

- stosowanie procedury określonej w art. 118 § 2 i 3 k.k.w. – zabieg lekarski bez zgody skazanego
- stosowanie środków przymusu bezpośredniego na podstawie przepisów ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej

1. Charakterystyka osadzonego i przebieg izolacji penitencjarnej

Osadzony ma 34 lata. Pierwszy pobyt w izolacji penitencjarnej zakończył w 2010 r. Ponownie został aresztowany w 2011 r., a następnie skazany na karę 13 lat pozbawienia wolności za przestępstwa z art. 13 § 1 k.k. w zw. z art. 148 § 1 k.k., art. 157 § 2 k.k., art. 178a § 1 k.k., art. 222 § 1 k.k., art. 224 § 2 k.k., art. 280 § 1 k.k., art. 281 k.k. i art. 288 k.k. Koniec kary przypada na dzień 3 stycznia 2026 r.

W dniu 20 marca 2024 r. decyzją komisji penitencjarnej został skierowany do oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo i przetransportowany do Zakładu Karnego w Potulicach. Do ww. oddziału przybył z rozpoznaną w kwietniu 2023 r. schizofrenią. Od dnia 7 listopada 2024 r. przebywa w Zakładzie Karnym w Wołowie w związku z zakwalifikowaniem jako skazanego stwarzającego poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu – art. 88a § 1 k.k.w., po dokonaniu czynnej napaści na funkcjonariusza Służby Więziennej. Kontakt zewnętrzny w postaci rozmów telefonicznych, korespondencji oraz widzeń utrzymuje z ojcem i macochą.

S.W. od początku pobytu w izolacji penitencjarnej wymagał uwagi personelu więziennego oraz stosowania szczególnych środków penitencjarno-ochronnych. Osadzony był trudny w kontakcie, prezentował „dziwaczne” zachowania, m.in. nadmierną ruchliwość (w nocy chodził po celi mieszkalnej), nieadekwatne podwyższenie nastroju (śmiał się i mówił do siebie). Konfrontowany z tą sytuacją nie dostrzegał problemów w swoim zachowaniu. W okresie od sierpnia 2011 r. do września 2011 r. był poddany obserwacji sądowo-psychiatrycznej w oddziale psychiatrii sądowej Aresztu Śledczego

w Poznaniu. U osadzonego nie rozpoznano poważnej choroby psychicznej ani niepełnosprawności intelektualnej, zdiagnozowano natomiast osobowość nieprawidłową oraz politoksykomanie¹.

We wrześniu 2012 r. osadzony ponownie został przyjęty do oddziału psychiatrii sądowej w związku z prezentowaniem zachowań autoagresywnych, które objawiały się m.in. uderzaniem w drzwi celi, co doprowadziło do obrzęków rąk. S.W. miał stany obniżonego nastroju, nie odzywał się do innych osób, mówił sam do siebie, widoczna była chaotyczna, nieproduktywna aktywność (chodził po celi i przekładał przedmioty z miejsca na miejsce). Z uwagi na deklarowane myśli samobójcze oraz tendencje do zachowań manipulacyjnych objęto go profilaktyką presuicydalną II rzędu.

Osadzony prezentował również zachowania agresywne wobec przełożonych. W maju 2011 r. S.W. dokonał napaści na funkcjonariusza Służby Więziennej, uderzając go pięścią w twarz podczas doprowadzenia na konsultację psychiatryczną. W konsekwencji zakwalifikowano go do kategorii osadzonych wymagających osadzenia w oddziale lub celi zapewniającej wzmożoną ochronę zarówno dla społeczeństwa, jak i bezpieczeństwa aresztu. Oceniono, że osadzonego charakteryzuje osłabiona uczuciowość wyższa, obniżony krytycyzm wobec swojego postępowania, egocentryzm oraz brak szacunku dla norm społecznych i etycznych. Stawał się szczególnie pobudzony i agresywny po dłuższych okresach nieprzyjmowania leków zleconych przez psychiatrę. Do ostrej dekompensacji stanu psychicznego doszło w maju 2014 r. – osadzony uderzał głową w ścianę, rozmawiał ze sobą podniesionym głosem, dokonał samouszkodzenia, co wymusiło kolejną hospitalizację w oddziale psychiatrycznym Aresztu Śledczego w Poznaniu. Stwierdzono aktywną psychozę i zlecono leki przeciwpsychotyczne. Stan choroby wymagał stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

W 2016 r. u skazanego wystąpiły objawy paranoidalne – stał się podejrzliwy, pobudzony, lękliwy i ksobny, co wymagało leczenia szpitalnego. Po hospitalizacji jego stan psychiczny uległ stabilizacji, ale wkrótce zaprzestał przyjmowania leków i ponownie pojawiły się objawy psychotyczne, w tym paranoidalne myśli i autoagresja. S.W. nie wyrażał zgody na hospitalizację. Do umieszczenia go w szpitalu psychiatrycznym i wdrożenia przymusowego leczenia doszło za zgodą Sądu Okręgowego w Poznaniu, którą wydano w dniu 27 września 2016 r. Podczas pobytu w szpitalu osadzony uchylał się od leczenia oraz

¹ Politoksykomania – jednoczesne nadużywanie lub uzależnienie od wielu substancji psychoaktywnych (na przykład alkoholu, narkotyków i leków).

dwukrotnie dokonał samoagresji przez przecinanie skóry na nadgarstkach (informował, że musi używać krwi do pisania, ponieważ nie ma tuszu).

Stan psychiczny S.W. ponownie pogorszył się w 2022 r. W kwietniu 2023 r. prezentował treści o charakterze urojeniowym. Podjęto decyzję o natychmiastowej hospitalizacji w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Gnieźnie. Zdiagnozowano u niego schizofrenię z objawami maniakalnymi. Skazany po powrocie do jednostki penitencjarnej nadal przejawiał paranoiczne myślenie, odmawiał przyjmowania leków i eskalował agresję wobec funkcjonariuszy. Dopuszczał się obnażania przed funkcjonariuszami, zakłócał ciszę nocną, wydawał głośne okrzyki, włączał muzykę i kierował wulgarne obelgi pod adresem personelu. W konsekwencji trafił ponownie do szpitala psychiatrycznego w Poznaniu. Po zakończeniu leczenia i zakwaterowaniu w „zwykłym” oddziale mieszkalnym izolował się od innych osób - nie chciał wychodzić z celi, odmawiał spotkań i realizacji rozmów z psychologiem.

W styczniu 2024 r. za zgodą sądu skazany został przymusowo poddany badaniom w ośrodku diagnostycznym. W rozmowie z psychologiem S.W. twierdził, że jest osobą chorą psychicznie i administracja powinna rozważyć wystąpienie z wnioskiem o przerwę w karze z uwagi na leczenie psychiatryczne. Jednocześnie nie wyrażał zgody na diagnostykę, nie chciał realizować konsultacji psychiatrycznych ani psychologicznych. W orzeczeniu psychologiczno-penitencjarnym z dnia 20 marca 2024 r. zalecono, by skazany odbywał karę w systemie terapeutycznym, stwierdzono: *„występujące trudności adaptacyjne w warunkach ogólnych, podejrzliwość, ksobne nastawienie, leczenie psychiatryczne, okresowe dekompensacje stanu psychicznego, osadzenie w celi pojedynczej monitorowanej decyzją lekarza psychiatry – skazany wymaga specjalistycznych oddziaływań w OT [oddział terapeutyczny] dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo. Skazany nie jest zmotywowany do uczestnictwa w proponowanych oddziaływaniach. Przyjmuje postawę na przekór, uważa, że jest osobą zresocjalizowaną”*.

Dnia 26 marca 2024 r. S.W. rozpoczął pobyt w oddziale terapeutycznym w Zakładzie Karnym w Potulicach. Systematycznie odmawiał korzystania z oddziaływań terapeutycznych. W maju 2024 r. S.W. przestał przyjmować leki przeciwpsychotyczne. W październiku 2024 r. za zgodą sądu penitencjarnego wdrożono przymusowe leczenie psychiatryczne osadzonego (szerzej w pkt 3). W dniu 2 listopada 2024 r. S.W. po dokonaniu napaści na funkcjonariuszy przez ich oplucie został przez komisję penitencjarną zakwalifikowany jako osadzony stwarzający poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu i przeniesiony do Zakładu Karnego w Wołowie.

2. Ocena działań Służby Więziennej wobec S.W. jako osoby chorującej psychicznie

2.1. Umieszczenie osoby chorującej psychicznie w oddziale terapeutycznym dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo.

Objawy zaburzeń psychicznych pojawiały się u S.W. od początku aktualnego pobytu w izolacji penitencjarnej (2011 r.). Wstępnie były one na tyle niespecyficzne – jak np. stany napięcia, drażliwość, trudności w porozumiewaniu się z innymi osobami, agresja – że sądzono, iż są to zachowania manipulacyjne. Podejrzewano też, że skazany celowo fałszuje i wyolbrzymia chorobę psychiczną, motywowany dającymi się określić pobudkami zewnętrznymi (przede wszystkim by uniknąć odpowiedzialności karnej). Później pojawiają się jednak poważniejsze zaburzenia: dziwaczne zachowania, zanik aktywności, izolowanie się od otoczenia, autoagresja. Ma również miejsce agresja w stosunku do innych osób. W maju 2022 r. podczas otwarcia celi mieszkalnej osadzony zaatakował funkcjonariusza, uderzając go pięścią w twarz. Zastosowano środki przymusu bezpośredniego: siłę fizyczną, kajdanki, celę zabezpieczającą, pas obezwładniający wieloczęściowy. W lipcu 2014 r. po raz pierwszy u osadzonego stwierdzono aktywną psychozę. Później kilkakrotnie pojawiały się ostre stany psychotyczne, które wymagały leczenia szpitalnego. W 2023 r. zdiagnozowano schizofrenię.

Historia choroby S.W. wskazuje, że ma ona przebieg nawrotowy i przewlekły. W okresach remisji choroby skazany z sukcesem osiągał wyznaczone cele, np. 2014 r. w Zakładzie Karnym w Rawiczu podjął naukę w liceum ogólnokształcącym, w sposób wzorowy podchodził do obowiązków szkolnych, był aktywnym i ambitnym słuchaczem. Przystąpił do egzaminu maturalnego, który zdał z pozytywnym wynikiem. Był też zatrudniony nieodpłatnie jako roznoszący artykuły żywnościowe w oddziale mieszkalnym, sumiennie wywiązywał się z powierzonych mu obowiązków pracowniczych, był nagradzany za dobre zachowanie. Uczestniczył w spotkaniach AA. Podejmował konstruktywne działania ukierunkowane na przeniesienie do zakładu karnego typu półotwartego, by móc rozpocząć studia. Od momentu zaprzestania przyjmowania leków zauważalny był wyraźny regres w zachowaniu, spowodowany pogarszającym się stanem zdrowia psychicznego. Gdy objawy chorobowe nasilały się, odpowiedzią Służby Więziennej na potrzeby osadzonego, po krótkotrwałych pobytach w szpitalach psychiatrycznych, były decyzje

o skierowaniu go do oddziałów terapeutycznych: w 2013 r. był to oddział dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych, w 2014 r. i 2023 r. – oddział przeznaczony dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo.

Wykonując karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, w postępowaniu ze skazanymi uwzględnia się w szczególności potrzebę zapobiegania pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywracania równowagi psychicznej oraz kształtowania zdolności współżycia społecznego i przygotowania do samodzielnego życia. Prowadzone wobec S.W. oddziaływania psychokorekcyjne przynosiły w początkowym okresie odbywania kary oczekiwane rezultaty, o czym była mowa wyżej. Z biegiem czasu ta forma oddziaływań była już niewystarczająca. Nawroty ostrych objawów choroby pojawiały się coraz częściej. Coraz częściej też skazany odmawiał leczenia. Personel terapeutyczny oceniał, że skazany *„pozostaje odporny na próby psychokorekcji”, „nie jest zmotywowany do uczestnictwa w proponowanych oddziaływaniach”*.

Należy zauważyć, że jest wiele czynników ryzyka, które utrudniają prowadzenie specjalistycznych oddziaływań terapeutycznych, m.in. występujące organiczne zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego i dysfunkcje psychiczne o etiologii organicznej, utrwalone i głębokie zaburzenia osobowości, uzależnienia, zaburzenia samokontroli zachowania czy całkowity brak lub niskie kompetencje w przewidywaniu skutków własnych zachowań. Takim czynnikiem jest także choroba psychiczna. W przypadku osób z psychotycznymi objawami choroby oferta oddziałów terapeutycznych dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami jest nieadekwatna do potrzeb chorego. W takim przypadku mamy do czynienia przede wszystkim z pacjentem i najważniejsze jest zapewnienie mu właściwej opieki zdrowotnej i ochrona prawa do zdrowia i życia, a cele kary pozbawienia wolności, choć niezwykle istotne, nie mogą być traktowane jako jedyne i priorytetowe. Oba te dążenia: poprawa stanu zdrowia i resocjalizacja nie wykluczają się wzajemnie, muszą się natomiast uzupełniać. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego w art. 2 ust. 1 pkt 2 wymienia świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi jako jedno z trzech zadań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i określa je następująco: *„zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym”*. Tymczasem w jednostkach penitencjarnych, zapewniających świadczenia ambulatoryjne i w ograniczonym

stopniu – z uwagi na niewielką liczbę łóżek psychiatrycznych – leczenie szpitalne, nie ma wyspecjalizowanych oddziałów, które pełniłyby rolę funkcjonujących na wolności poradni zdrowia psychicznego. W poradniach tych wykonywane są porady lekarskie diagnostyczne, terapeutyczne i kontrolne, jak również porady psychologiczne, sesje psychoterapii indywidualnej i grupowej, rodzinnej, ukierunkowane na potrzeby osoby chorującej psychicznie. Oddziały takie mogłyby zapewniać świadczenia dla chorych, u których stan zdrowia wymaga częstszych kontroli lekarskich, intensywnego wsparcia psychologicznego, nadzoru nad przyjmowaniem leków, a u których nie ma wskazań bezwzględnych do leczenia w szpitalu (na wolności zadania te są realizowane w psychiatrycznych oddziałach dziennych). Taki pacjent miałby sporządzony indywidualny plan terapii, obejmujący leczenie farmakologiczne oraz zapewnione różne formy terapii psychospołecznej. Metody pracy byłyby dobierane do odpowiedniego rodzaju zaburzeń, etapu choroby i indywidualnych cech i problemów psychologicznych pacjenta. Istniałaby realna możliwość organizowania terapii grupowej – zajęć psychoedukacyjnych prowadzonych przez profesjonalistę pełniącego rolę eksperta, odbywających się w grupie, w której pacjenci dzielą się wzajemnie swym doświadczeniem związanym z chorobą psychiczną i udzielają sobie wzajemnie wsparcia.

W pracy zespołu terapeutycznego konieczny jest udział wielu profesjonalistów: lekarza psychiatry, psychologa, psychoterapeuty, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki. Tworzenie i ewaluowanie planu terapeutycznego powinno odbywać się w zespole z udziałem pacjenta oraz – o ile to możliwe – także jego rodziny i bliskich.

2.2. Wymierzanie kar dyscyplinarnych

Analizując sposób traktowania S.W. w izolacji penitencjarnej, można odnieść wrażenie, że był on postrzegany przede wszystkim jako osoba odbywająca karę pozbawienia wolności, która jest zobowiązana do przestrzegania obowiązujących zakazów i nakazów wynikających z faktu pobytu w więzieniu, a uwarunkowania, jakie niesie za sobą choroba psychiczna i wynikające z tego konsekwencje, były niejednokrotnie pomijane. Ocenę tę ilustruje przebieg postępowań dyscyplinarnych prowadzonych wobec S.W. w 2024 r. w Zakładzie Karnym w Potulicach. Skazany prezentował określone zachowania i był za nie karany dyscyplinarnie:

1/ 24 kwietnia – uderzał w sprzęt kwaterunkowy i wznosił głośne okrzyki, był pobudzony – pozbawienie możliwości korzystania z widzeń i samoinkasującego aparatu telefonicznego na okres 14 dni;

2/ 10 lipca – prowadził głośne rozmowy ze współosadzonym podczas apelu wieczornego – nagana;

3/ 13 sierpnia – siedział na łóżku podczas apelu – pozbawienie możliwości korzystania z widzeń i samoinkasującego aparatu telefonicznego na okres 14 dni;

4/ 27 sierpnia – pisał teksty, w których obrażał funkcjonariuszy Służby Więziennej oraz inne organy państwowe – kara łączna z przekroczeniem z dnia 29 sierpnia;

5/ 29 sierpnia – zachowywał się w sposób arogancki, używał wulgarnego słownictwa, uderzał w drzwi celi mieszkalnej oraz zakłócał porządek w oddziale mieszkalnym przez wznoszenie głośnych okrzyków – pozbawienie możliwości dokonywania zakupów artykułów żywnościowych na okres 3 miesięcy;

6/ 5 września – wyrzucił w porze nocnej pod drzwiami celi na korytarz oddziału mieszkalnego żyletki od maszynki jednorazowej oraz pocięte kartki, dodatkowo podczas apelu był ubrany w pidżamę i wznosił głośne okrzyki – pozbawienie możliwości otrzymania paczek żywnościowych na okres 2 miesięcy;

7/ 20 września – zwrócił się w sposób wulgarny do funkcjonariusza dokonującego kontroli celi, odmówił podania danych umożliwiających jego identyfikację – umieszczenie w celi izolacyjnej na 14 dni;

8/ 3 października – zakłócał posiedzenie komisji penitencjarnej, zachowywał się arogancko w stosunku do jej członków, skracał dystans, odmówił podania danych osobowych, nie reagował na zwracane uwagi: *"to wy możecie wykonywać moje polecenia"* – pozbawienie możliwości korzystania z widzeń i samoinkasującego aparatu telefonicznego na okres 21 dni;

9/ 31 października – zakłócał posiedzenie sądu i insynuował, że posiada od Dyrektora Zakładu Karnego informacje o przyjmowaniu przez sędziego łapówek – umieszczenie w celi izolacyjnej na 14 dni;

10/ 1 listopada – trzy wnioski – splunął pod nogi oddziałowego na korytarzu oddziału mieszkalnego, ponownie to zrobił podczas wydawania obiadu oraz opluł dowódcę zmiany podczas zakładania kajdanek na ręce – kara łączna umieszczenia w celi izolacyjnej na 14 dni.

W postępowaniu dyscyplinarnym prowadzonym na okoliczność ww. zdarzeń ani razu nie wspomniano, że skazany doświadcza kryzysu psychicznego. Wychowawca, zobowiązany do odebrania od skazanego wyjaśnień

i przedstawienia swojego stanowiska, w każdym przypadku ograniczał się do krótkich ocen: „skazany bezkrytyczny”, „wina ewidentna” i proponował wymierzenie kary dyscyplinarnej. Psycholog zaś, w przypadku proponowanej kary w postaci umieszczenia w celi izolacyjnej na okres do 28 dni, zawierał identyczne oceny: *„Aktualnie nie stwierdzam przeciwwskazań natury psychologicznej do wymierzenia osadzonemu kary dyscyplinarnej w postaci umieszczenia w celi izolacyjnej. Z uwagi na skłonność do prezentowania zachowań buntowniczych oraz impulsywnych proponuję celę monitorowaną. Zdolny do odbycia kary”*. Podczas kontroli stanu psychicznego S.W. w trakcie wykonywania kary umieszczenia w celi izolacyjnej odnotowywano, że pozostaje on „*bezkrytyczny wobec wykroczenia. (...) nie przyjmuje wyjaśnień do wiadomości. Reaguje wówczas emocjonalnie i nerwowo*”. Zauważono również, że *„kara dyscyplinarna nie przynosi oczekiwanych rezultatów, jeśli chodzi o samokrytycyzm skazanego czy zmianę jego jakiegokolwiek zachowania wobec funkcjonariuszy”*.

Wnioski dyscyplinarne sporządzano nawet w okresie, gdy wobec skazanego zapadło postanowienie sądu penitencjarnego o wykonaniu zabiegu lekarskiego wbrew woli pacjenta na podstawie art. 118 k.k.w.:

1/ 10 października 2024 r. odmówił wykonania polecenia wyjścia z celi mieszkalnej w celu udania się do lekarza psychiatry;

2/ 10 października 2024 r. nie wstał i nie założył odzieży skarbowej do apelu wieczornego;

3/ 11 października 2024 r. odmówił wykonania polecenia wyjścia z celi mieszkalnej w celu poddania się zabiegowi lekarskiemu;

4/ 12 października 2024 r. leżał na łóżku, nie wstał oraz nie założył odzieży skarbowej;

5/ 13 października 2024 r. nie wstał podczas wizytacji przełożonych, leżał na łóżku.

W tych przypadkach wychowawca także nie uwzględnił w ocenie zachowania skazanego stanu jego zdrowia psychicznego i okoliczności związanych z wydaniem zgody na przymusowe leczenie. Swoje stanowisko wyraził w sposób następujący: „*postawa bezkrytyczna*” i zaproponował kary dyscyplinarne: pozbawienie możliwości korzystania z widzeń i samoinkasującego aparatu telefonicznego na okres do 28 dni, pozbawienie możliwości dokonania zakupów artykułów żywnościowych lub wyrobów tytoniowych na okres do 3 miesięcy, nagana. Ostatecznie dyrektor jednostki odstąpił od wymierzenia kary dyscyplinarnej w związku z opinią lekarza psychiatry: *„ww. przewinienia (...) miały związek ze stanem psychicznym. Uważam, że nie powinien ponosić konsekwencji*

dyscyplinarnych ze względu na stan zdrowia". Należy zauważyć, że o opinię lekarza psychiatry zwrócono się wyłącznie raz – zaś dziewięciokrotnie zdecydowano o wymierzeniu skazanemu kary dyscyplinarnej bez posłkowania się stanowiskiem lekarza psychiatry bądź zespołu terapeutycznego czy terapeuty prowadzącego. Jednocześnie od stosowania powziętej opinii specjalisty odstąpiono już niecałe dwa tygodnie po jej wydaniu – choć trudno uznać, że zachowanie S.W. nie miało już związku z jego stanem psychicznym, w szczególności zważywszy na objęcie go procedurą przymusowego leczenia psychiatrycznego.

Takie postępowanie może świadczyć o braku poszanowania praw i godności osób chorujących psychicznie. Specjaliści są zgodni, że piętnowanie tych osób przez formy behawioralne np. wymierzanie kar przyczynia się do gorszego przebiegu klinicznego choroby: zwiększa się ryzyko zaostrzenia objawów i ryzyko nawrotu choroby. Problem stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie jest na tyle poważny, a negatywne postawy tak rozpowszechnione, że ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, jako trzecie zdanie ochrony zdrowia psychicznego wymienia: *„kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji”* (art. 2 ust. 1 pkt 3).

2.3. Stosowanie wobec S.W. środków przymusu bezpośredniego z ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej

W dniu 10 i 11 października 2024 r., na podstawie art. 11 pkt 1 oraz art. 12 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej, doszło do zastosowania wobec S.W. środków przymusu bezpośredniego (dalej: ś.p.b.): siły fizycznej w postaci technik obezwładnienia i technik transportowych oraz kajdanek zakładanych na ręce trzymane z tyłu.

Analiza zebranej dokumentacji² oraz zapisu monitoringu³ doprowadziła do ustalenia następującego stanu faktycznego.

W dniu 10 października 2024 r., celem poinformowania skazanego o postanowieniu Sądu Okręgowego w Bydgoszczy o zastosowaniu wobec niego leczenia w postaci podania leku przeciwpsychotycznego bez zgody (art. 118 § 2 k.k.w.), wezwano S.W. na konsultację psychiatryczną. Skazany odmówił wykonania polecenia opuszczenia celi, powołując się na prawo do odmowy poddania się zabiegom medycznym – wskazywał przy tym, że jest osobą zdrową psychicznie i nie przyjmuje leków. Podczas rozmowy osadzony stał w znacznej odległości od drzwi celi i spokojnym, stanowczym tonem przedstawiał funkcjonariuszom swoje stanowisko. W odpowiedzi dowódca zmiany wezwał osadzonego do wykonania polecenia (wyjścia z celi i udania się do gabinetu lekarskiego) i uprzedził go, że w przypadku jego niewykonania zostaną zastosowane środki przymusu bezpośredniego. Osadzony domagał się okazania postanowienia Sądu – dowódca zapowiadał, że wszystkie informacje zostaną mu przedstawione podczas wizyty u lekarza psychiatry. Następnie wydano polecenia wystawienia rąk celem założenia kajdanek. Wobec niepodporządkowania się wezwaniu funkcjonariusze wyposażeni w środki ochrony osobistej zastosowali wobec osadzonego ś.p.b.: siłę fizyczną w postaci technik obezwładnienia i technik transportowych – położyli skazanego na podłodze, a następnie założyli mu kajdanki zakładane na ręce trzymane z tyłu. Po przeprowadzeniu kontroli pobieżnej osadzony został podniesiony z podłogi i wyprowadzony z celi mieszkalnej w przodopochyleniu i przy zabezpieczaniu go tarczą. Doprowadzono go do pomieszczenia ambulatorium. Podczas rozmowy z lekarzem (lekarz siedział za biurkiem) pacjent był przytrzymywany przez funkcjonariuszy, pozostawał w przodopochyleniu z głową skierowaną w dół i rękami z zapiętymi kajdankami trzymanymi na plecach, zabezpieczany tarczą.

S.W. powtórzył, że odmawia konsultacji psychiatrycznej, i wskazał, że nie występuje zagrożenie dla jego zdrowia i życia. Lekarz poinformował osadzonego o treści postanowienia Sądu i przedstawił plan leczenia. Rozmowa trwała 2–3

² Notatka z użycia środka przymusu bezpośredniego 11 października 2024 r., notatka służbowa dotycząca użycia środków przymusu bezpośredniego w dniu 11 października 2024 r. na terenie Zakładu Karnego w Potulicach wobec osadzonego, raport przebiegu służby zmiany nr IV z 11 października 2024 r., notatka z użycia środka przymusu bezpośredniego 10 października 2024 r., notatka służbowa dotycząca użycia środków przymusu bezpośredniego w dniu 10 października 2024 r. na terenie Zakładu Karnego w Potulicach wobec osadzonego, raport przebiegu służby zmiany nr II z 10 października 2024 r.

³ Kamery umieszczonej w celi mieszkalnej zajmowanej przez osadzonego, trzech kamer zlokalizowanych na korytarzu oddziału mieszkalnego, kamery przenośnej oraz kamery nasobnej funkcjonariusza.

minuty. Następnie osadzony został wyprowadzony z pomieszczenia ambulatorium i zaprowadzony do dyżurki oddziałowego, gdzie wobec złożenia deklaracji poprawnego zachowania zakończono stosowanie środków przymusu bezpośredniego.



Pacjent w takiej pozycji pozostawał podczas rozmowy z lekarzem psychiatrą w gabinecie lekarskim.

Następnego dnia (11 października) funkcjonariusze ponownie zastosowali wobec S.W. środki przymusu bezpośredniego w związku z jego werbalną odmową udania się do ambulatorium w celu przymusowego podania leku. Tym razem funkcjonariusze założyli kajdanki skazanemu, gdy ten pozostawał w pozycji stojącej, a następnie przy użyciu środków przymusu bezpośredniego: siły fizycznej w postaci technik obezwładnienia i transportowych, skazany został doprowadzony do gabinetu zabiegowego i położony na kozetce. Pielęgniarka wykonała iniekcję. S.W. był spokojny, nie stawiał czynnego oporu. Następnie doprowadzono go do celi mieszkalnej, posadzono na podłodze, zdjęto kajdanki i zakończono użycie środków przymusu bezpośredniego.

Rzecznik Praw Obywatelskich dokonał oceny zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osadzonego i sformułował następujące zastrzeżenia:

1/ brak przesłanek do zastosowania ś.p.b. w dniu 10 października 2024 r.;

Z notatki z użycia środka przymusu bezpośredniego z dnia 15 października 2024 r. wynika, że środków przymusu użyto wobec S.W. w celu wyegzekwowania wymaganego prawem zachowania zgodnie z wydanym przez uprawnionego poleceniem. Osadzony odmówił bowiem wykonania polecenia opuszczenia celi mieszkalnej w celu udania się do pomieszczenia ambulatorium i odbycia wizyty u lekarza psychiatry.

Przepisy ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (art. 11 pkt 1) przewidują możliwość użycia środków przymusu bezpośredniego w przypadku konieczności wyegzekwowania wymaganego prawem zachowania zgodnie z wydanym przez uprawnionego poleceniem, jednak rodzi się wątpliwość, czy w omawianej sytuacji miała miejsce faktyczna przesłanka do przymusowego doprowadzenia pacjenta do lekarza.

Na wstępie należy przywołać prawo każdego pacjenta do samostanowienia w kwestiach swego zdrowia – ma on prawo do wyrażenia zgody lub odmowy wyrażenia zgody na udzielanie mu świadczeń zdrowotnych. Prawo to jest gwarantowane w Konstytucji RP, ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Istnieją jednak sytuacje, gdy dozwolone jest i prawnie usankcjonowane ograniczenie samostanowienia w kwestiach zdrowia – warunki postępowania bez zgody pacjenta określają ustawy: o chorobach zakaźnych⁴, alkoholizmie⁵, narkomanii⁶, ochronie zdrowia psychicznego, a także Kodeks karny wykonawczy w art. 118.

W dniu 10 października osadzony miał zostać doprowadzony do ambulatorium w celu poinformowania go przez lekarza psychiatrę o treści postanowienia Sądu Okręgowego w Bydgoszczy, tj. o wydaniu przez Sąd w trybie art. 118 k.k.w. zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego pod przymusem. Wobec sprzeciwu skazanego, wyrażonego przez odmowę udania się do lekarza w ww. celu, w ocenie Rzecznika zastosowanie winny znaleźć przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 9 ust. 4) oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 31 ust. 3). W myśl przywołanych przepisów, pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych

⁴ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, t.j.: Dz. U. z 2024 r. poz. 924.

⁵ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, t.j.: Dz. U. z 2023 r. poz. 2151.

⁶ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, t.j.: Dz. U. z 2023 r. poz. 1939.

metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Mając zatem na uwadze, że każdy pacjent – także ten przebywający w zakładzie karnym lub areszcie śledczym – ma prawo do odmowy leczenia i prawo do odmowy bycia poinformowanym o leczeniu, należy uznać, że w analizowanym przypadku brak było podstaw do wydania osadzonemu polecenia opuszczenia celi mieszkalnej i udania się do lekarza psychiatry w celu otrzymania informacji o planowanym sposobie realizacji postanowienia Sądu Okręgowego w Bydgoszczy. Jak wskazano powyżej, przepisy ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej pozwalają na użycie ś.p.b. w celu wyegzekwowania wymaganego prawem zachowania zgodnie z poleceniem wydanym przez uprawnioną osobę. W ocenie RPO w analizowanym przypadku wydane w dniu 10 października polecenie dotyczyło zachowania, które nie było wymagane prawem. Do poddania się temu poleceniu nie zobowiązywał osadzonego przymus, o którym zdecydował Sąd Okręgowy w Bydgoszczy – odnosił się jedynie do wykonania zabiegu lekarskiego, nie obejmował natomiast obowiązku zapoznania się przez osadzonego ze sposobem realizacji sądowego postanowienia. Należy zatem uznać, że funkcjonariusze Służby Więziennej byli uprawnieni do doprowadzenia S.W., mimo jego sprzeciwu, do ambulatorium celem wykonania zabiegu (podanie leku), ale nie byli uprawnieni do doprowadzenia go pod przymusem do lekarza w celu przedstawienia mu informacji o zaplanowanym wobec niego postępowaniu medycznym.

Jeśli lekarz psychiatra miał wątpliwości co do treści oświadczenia pacjenta w zakresie jego „prawa do niewiedzy”, a tym samym zwolnienia go z obowiązku wynikającego z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, powinien szukać innych sposobów potwierdzenia – np. udać się do celi mieszkalnej (S.W. był zakwaterowany w celi jednoosobowej). Niezależnie jednak od woli S.W. co do poinformowania go w omawianym zakresie lub nieudzielenia mu takich informacji, mając na uwadze stan zdrowia skazanego oraz istniejące uwarunkowania zewnętrzne (możliwość przekazania informacji bez obecności osób postronnych – innych osadzonych, niepodejmowanie działań, które mogą eskalować konflikt i wpływać na pojawienie się niepożądanych zachowań osoby chorującej psychicznie), poinformowanie osadzonego o wydaniu przez Sąd Okręgowy zgody o przymusowym podaniu leku mogło nastąpić w celi mieszkalnej. Byłoby to wyrazem poszanowania godności osobistej pacjenta.

2/ nieproporcjonalne użycie ś.p.b. i poniżające traktowanie;

Zgodnie z art. 6 ww. ustawy, środki przymusu bezpośredniego stosuje się w sposób niezbędny do osiągnięcia ich celów, proporcjonalnie do stopnia

zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości. Dodatkowo art. 7 ustawy stanowi, że środków tych używa się w sposób wyrządzający możliwie najmniejszą szkodę.

W dniach 10 i 11 października 2024 r. osadzony nie przejawiał oznak agresji ani wobec siebie, ani względem otoczenia – w rozmowie z funkcjonariuszami Służby Więziennej zachowywał spokój i prowadził merytoryczną dyskusję. Wskazywał na prawne wymogi poddania go przymusowym zabiegom medycznym oraz swoje prawo do odmowy wyrażenia zgody na udzielanie mu świadczeń zdrowotnych. Co więcej, S.W. współpracował z funkcjonariuszami podczas stosowania ś.p.b., m.in. stał w bezpiecznej odległości od wejścia, przyjmował postawę sprzyjającą założeniu kajdanek. Zachowanie skazanego nie powodowało więc konieczności obezwładnienia go podczas interwencji w dniu 10 października 2024 r. (położenie na podłodze) oraz prowadzenia go w przodopochyleniu przy zabezpieczeniu tarczą. Powyższe należy odnieść również do sposobu doprowadzenia osadzonego na zabieg w dniu 11 października 2024 r.

Na szczególną uwagę zasługuje moment rozmowy lekarza z pacjentem – pozycja, w jakiej pacjent był utrzymywany przez funkcjonariuszy, mogła powodować u niego poczucie niższości i upokorzenia. Prawo do poszanowania godności pacjenta, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń medycznych, zostało określone w art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Z prawa tego wynika zakaz podejmowania jakichkolwiek działań, które naruszałby godność pacjenta, oraz nakaz podejmowania takich działań, które ochronią jednostkę przed sytuacjami nie do pogodzenia z jej godnością. Z analizy monitoringu wynika, że lekarz nie podjął interwencji w celu powstrzymania działań, które wartości te naruszały. Rzecznik uznał, że doszło do poniżającego traktowania S.W.

Istotne znaczenie w tej sprawie ma również zasada określona w art. 4 § 1 k.k.w. W myśl tego przepisu kary, środki karne, środki kompensacyjne, przepadek, środki zabezpieczające i środki zapobiegawcze wykonuje się w sposób humanitarny, z poszanowaniem godności ludzkiej skazanego. Zakazuje się stosowania tortur lub niehumanitarnego albo poniżającego traktowania i karania skazanego. W ocenie RPO działanie polegające na tym, iż skazany zostaje przez funkcjonariuszy posadzony na podłodze po doprowadzeniu go celi, a następnie ma miejsce zakończenie stosowania środków przymusu bezpośredniego przez zdjęcie kajdanek założonych na ręce, przeczy tym zasadom.

3/ niezakończenie stosowania ś.p.b. po doprowadzeniu osadzonego do ambulatorium w dniu 11 października 2024 r.;

Zgodnie z art. 7 ust. 2 ww. ustawy od użycia lub wykorzystania środków przymusu bezpośredniego lub broni palnej należy odstąpić, gdy cel ich użycia lub wykorzystania został osiągnięty. Wobec powyższego stosowanie ś.p.b. mających na celu doprowadzenie osadzonego do ambulatorium powinno zostać zakończone w momencie realizacji tego celu. Natomiast w celu przymusowego podania S.W. leku należało – w razie wystąpienia takiej konieczności – zastosować przymus bezpośredni z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. O ewentualnym zastosowaniu przymusu bezpośredniego decydowałby lekarz i określił rodzaj zastosowanego środka przymusu. Lekarz osobiście też nadzorowałby wykonanie przymusu zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 18 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Następnie zastosowanie środka przymusu bezpośredniego byłoby odnotowane w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej. Wykluczone byłoby wówczas stosowanie kajdanek, ponieważ ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie przewiduje takiego rodzaju przymusu bezpośredniego⁷.

Z kolei zastosowanie ś.p.b. na czas doprowadzenia osadzonego z powrotem do celi mieszkalnej powinno znajdować uzasadnienie w niewłaściwym zachowaniu osadzonego oraz zostać poprzedzone ostrzeżeniem go o możliwości zastosowania ś.p.b. Tymczasem podczas zdarzenia wobec osadzonego środki te stosowano nieprzerwanie, od momentu założenia kajdanek na ręce trzymane z tyłu do momentu ich zdjęcia po powrocie do celi mieszkalnej.

Powyższe uchybienie przepisom zostało odnotowane w notatce służbowej dotyczącej użycia środków przymusu bezpośredniego w dniu 11 października 2024 r. sporządzonej przez Zastępcę Kierownika Działu Ochrony Zakładu Karnego w Potulicach.

3. Stosowanie przymusowego leczenia w trybie art. 118 § 2-3 k.k.w. podczas pobytu w Zakładzie Karnym w Potulicach

W opinii administracji więziennej S.W. stanowczo odmawiał jakiegokolwiek współpracy w procesie terapeutycznym. Wykazywał duży poziom napięcia i gniewu, swoje funkcjonowanie ograniczał do formułowania coraz to bardziej

⁷ Art. 3 pkt 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wyróżnia: a) przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej, b) przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody, c) unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa, d) izolację – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

absurdalnych próśb lub skarg. Jak stwierdzono, był nieświadomy swojej choroby. Uważał, że nie wymaga pomocy psychologicznej ani psychiatrycznej. Z uwagi na zaostrzenie objawów urojeniowych nie był podatny na prowadzone oddziaływania.

W opinii z dnia 29 sierpnia 2024 r. psycholog wskazał, że od czasu zaprzestania przyjmowania zleconych leków (w dniu 21 maja 2024 r.) u osadzonego nastąpiło znaczne pogorszenie funkcjonowania. Skazany skupiał przede wszystkim uwagę na pisaniu pism, w których podważał kompetencje organów Służby Więziennej i administracji państwowej, a korespondencję tę zanieczyszczał moczem i kałem. O stanie zdrowia S.W. wypowiedział się także lekarz psychiatra: „osadzony w zaostrzeniu, urojeniowy, bezkrytyczny. Odmawia przyjmowania leków. Dalszy brak leczenia z dużym prawdopodobieństwem doprowadzi do pogorszenia funkcjonowania. W mojej opinii celowe jest zwrócenie się do sądu o wydanie zgody na leczenie wbrew woli”. Pod opinią podpisał także lekarz chirurg – dyrektor szpitala Zakładu Karnego w Potulicach.

Na podstawie powyższych opinii Dyrektor Zakładu Karnego w Potulicach zwrócił się w dniu 29 sierpnia 2024 r. do Sądu Okręgowego w Bydgoszczy z wnioskiem o „udzielenie zezwolenia na przeprowadzenie koniecznego zabiegu lekarskiego (podanie leku przeciwpsychotycznego) wobec skazanego [imię i nazwisko]”. W uzasadnieniu opisano szeroko przebieg izolacji penitencjarnej osadzonego, a w podsumowaniu wniosku Dyrektor wskazał: „mimo prowadzonych rozmów, zachęcania do podjęcia leczenia i zaangażowania się w proces terapeutyczny osadzony stanowczo odmawia jakiegokolwiek współpracy. (...) Z uwagi na zaostrzenie objawów urojeniowych nie jest podatny na prowadzone oddziaływania. Wykazuje duży poziom napięcia i gniewu, swoje funkcjonowanie ogranicza do formułowania coraz to bardziej absurdalnych skarg. Od czasu zaprzestania przyjmowania leków widoczny jest regres w zachowaniu spowodowany pogarszającym się stanem zdrowia psychicznego osadzonego. Sam skazany twierdzi, że jest osobą spokojną, zdrową, a wszystkie próby motywowania do zaangażowania się w proces terapeutyczny odbiera jako atak na swoją niezależność i łamanie praw”. Oceniono także, że „podjęcie leczenia psychiatrycznego jest niezbędne, aby osadzony mógł powrócić do względnie prawidłowego funkcjonowania i tym samym uczestniczyć w procesie resocjalizacyjnym oraz terapeutycznym. Niepodjęcie go spowoduje znaczne pogorszenie się jego stanu zdrowia, co może stanowić zagrożenie dla zdrowia także fizycznego, a nawet życia zarówno jego jak i innych osób z jego otoczenia”.

W dniu 7 października 2024 r. Sąd Okręgowy w Bydgoszczy V Wydział Penitencjarny i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń wydał postanowienie, w którym „na podstawie art. 118 par. 2 k.k.w. postanowił zastosować wobec

skazanego [imię i nazwisko] (...) i wyrazić zgodę na leczenie w postaci podania leku przeciwpyschotycznego". Postanowienie uzasadniono następująco: „u skazanego rozpoznano schizofrenię paranoidalną. Skazany jest nieświadomy swojej choroby, pozostaje bezkrytyczny wobec swojego zachowania i objawów. Konfrontowany, odmawia udziału w dalszej rozmowie, czemu towarzyszą napady złości. Podjęcie leczenia psychiatrycznego jest konieczne, aby mógł powrócić do względnie prawidłowego funkcjonowania i tym samym uczestniczyć w procesie resocjalizacji oraz terapeutycznym. W opinii lekarzy niepodjęcie leczenia spowoduje znaczne pogorszenie się jego stanu zdrowia, co w sytuacji dekompensacji może stanowić zagrożenie dla jego zdrowia psychicznego, fizycznego jak i innych osób z jego otoczenia”.

Na podstawie orzeczenia zaplanowano długoterminowe leczenie osadzonego, które obejmowało iniekcję trzech dawek leku w pierwszym tygodniu leczenia oraz kolejnych podawanych w interwałach co dwa tygodnie. Pierwszą dawkę leku otrzymał w dniu 11 października 2024 r. Osadzony niezmiennie odmawiał poddania się leczeniu, złożył także zażalenie na postanowienie Sądu Okręgowego w Bydgoszczy do Sądu Apelacyjnego w Gdańsku. W dniu 24 października 2024 r. odnotowano stabilizację stanu osadzonego i poprawę jego zachowania, lecz w dniu 1 listopada 2024 r. dokonał on napaści na funkcjonariusza Służby Więziennej, opluwając go w reakcji na brak zgody na posiadanie w celi mieszkalnej flagi Stanów Zjednoczonych – zastosowano ś.p.b. w postaci umieszczenia w celi zabezpieczającej. Następnie skazanemu wymierzono karę dyscyplinarną umieszczenia w celi izolacyjnej, nadano status osadzonego tzw. niebezpiecznego, a w dniu 7 listopada 2024 r. przetransportowano go do Zakładu Karnego w Wołowie.

W dniu 6 grudnia 2024 r. Sąd Apelacyjny w Gdańsku „po rozpoznaniu w sprawie [imię i nazwisko] na skutek zażalenia skazanego na postanowienie Sądu Okręgowego w Bydgoszczy z 7 października 2024 r. w przedmiocie przymusowego leczenia (...) postanowił uchylić zaskarżone postanowienie i przekazać Sądowi Okręgowemu w Bydgoszczy do ponownego rozpoznania". W uzasadnieniu Sąd wskazał, że „mając na uwadze znajdującą się w aktach sprawy opinię psychiatryczną dotyczącą [imię i nazwisko], Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że Sąd pierwszej instancji przedwcześnie ocenił, że w przedmiotowej sprawie ziściły się przesłanki uzasadniające dokonanie koniecznego zabiegu lekarskiego przewidziane w art. 118 par. 2 i 3 k.k.w. tj. iż życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo. W przedmiotowej opinii znajduje się stwierdzenie dwóch lekarzy, że dalszy brak leczenia osadzonego z dużym prawdopodobieństwem doprowadzi do pogorszenia jego funkcjonowania i konieczne jest uzyskanie zgody sądu na leczenie skazanego,

niemniej poczynienie przez Sąd Okręgowy samodzielnego ustalenia co do zagrożenia życia skazanego nie było uprawnione”.

3.1. Ocena zastosowania wobec osadzonego przymusowego leczenia w trybie art. 118 § 2–3 k.k.w.

Rzecznik Praw Obywatelskich krytycznie ocenił działania administracji Zakładu Karnego w Potulicach dotyczące zawnioskowania o zgodę na wykonanie koniecznego zabiegu lekarskiego wbrew woli osadzonego w trybie art. 118 § 2–3 k.k.w.

Należy wskazać, iż przepis ten w swojej istocie nie jest nakierowany na przeprowadzenie długotrwałego leczenia psychiatrycznego. Wskazuje bowiem na możliwość dokonania koniecznego zabiegu lekarskiego, który ma służyć zażegnaniu poważnemu niebezpieczeństwu grożącemu życiu skazanego (*„W wypadku gdy życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo, stwierdzone co najmniej przez dwóch lekarzy, można dokonać koniecznego zabiegu lekarskiego, nie wyłączając chirurgicznego, nawet mimo sprzeciwu skazanego”*). Tymczasem nieodłączną cechą leczenia psychiatrycznego jest jego ciągłość i długotrwałość – uzyskanie pozytywnych efektów wymaga, by pacjent przyjmował zleconą farmakologię w sposób cykliczny przez okres co najmniej kilka tygodni, jeśli nie na stałe.

W ocenie Rzecznika we wniosku Dyrektora Zakładu Karnego w Potulicach z dnia 29 sierpnia 2024 r. nie udowodniono spełnienia przesłanek z art. 118 § 2 k.k.w., tj. występowanie poważnego niebezpieczeństwa dla życia skazanego. Wskazano na potrzebę przywrócenia takiego stanu zdrowia osadzonego, który pozwoli mu uczestniczyć w procesie resocjalizacyjnym i terapeutycznym. Postawiono także tezę, że brak leczenia w przyszłości może spowodować pogorszenie się stanu zdrowia S.W. Przywołane powody nie mogą być przesłanką do zastosowania art. 118 § 2 k.k.w. Należy więc ocenić, że Sąd Okręgowy w Bydgoszczy nie miał podstaw uznać, iż życiu skazanego zagraża poważne niebezpieczeństwo, i postanowić o podaniu skazanemu leku przeciwpyschotycznego bez jego zgody – co zauważył Sąd Apelacyjny w Gdańsku, uchylając postanowienie.

Należy również podnieść, iż choć w sentencji postanowienia Sądu Okręgowego w Bydgoszczy wskazano, że zgoda dotyczy jednorazowego podania osadzonemu leku, administracja Zakładu Karnego w Potulicach zinterpretowała je jako zezwolenie na przymusowe prowadzenie długotrwałych oddziaływań. Tym samym każde podanie osadzonemu leku bez jego zgody, gdy życiu skazanego nie groziło poważne niebezpieczeństwo, zostało zrealizowane bez podstawy prawnej i z naruszeniem prawa S.W. do odmowy poddania się zabiegom medycznym.