



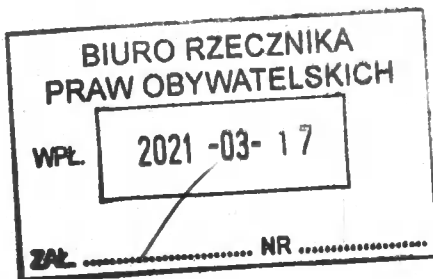
ZASTĘPCA
DYREKTORA GENERALNEGO
SŁUŻBY WIĘZIENNEJ

BSZ.055.3.2021.IK

Warszawa, dnia 08 marca 2021 r.



Data: 2021-03-17



Pan
Adam Bodnar
Rzecznik
Praw Obywatelskich

Pani
Hanna Machińska
Zastępczyni Rzecznika
Praw Obywatelskich

00-090 Warszawa
Aleja Solidarności 77

Stanowisko

Zapewnienie bezpieczeństwa osobom przebywającym w jednostkach penitencjarnych to jedno z podstawowych zadań Służby Więziennej. Szczególnej uwagi administracji więziennej wymagają osadzeni terminalnie chorzy, zwłaszcza w zakresie zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej. Jednocześnie odpowiadając na pismo z dnia 18.01.2021 r., sygn.IX.517.532.2019.JN oraz pismo z dnia 15.02.2021 r. sygn. IX517.532.2019.KK. oraz po zapoznaniu się z umieszczoną na stronie RPO analizą 10 przypadków zgonów osadzonych w jednostkach penitencjarnych, przeprowadzoną przez panią Marzannę Ksel - Teleśnicką - emerytowanego Dyrektora Biura Służby Zdrowia Centralnego Zarządu SW, jak również po przeprowadzeniu ponownej analizy postępowań zgonowych prowadzący przez OISW i dokumentacji medycznej informuję, że przedmiotowa analiza w zakresie sensu stricto przypadków medycznych jest zbieżna z ustaleniami poczynionymi przez Biuro.

Biuro podziela stanowiska zespołów okręgowych inspektoratów Służby Więziennej, które nie stwierdziły nieprawidłowości w czasie i przez zdarzeniem (1,3,4,5,6,7,8,9,10). Osadzeni mieli zapewnioną opiekę medyczną zgodnie z art. 115kkw i jak rozumiem niebudzącą u prowadzącej analizę wątpliwości, zgodną ze sztuką lekarską, co jest zbieżne z oceną Lekarzy Naczelnych OISW i Biura Służby Zdrowia.

Zgony opisanych przez Państwa pacjentów związane były nieuchronnie z chorobą terminalną, często nowotworową, w której rokowanie co do życia i poprawy zdrowia jest negatywne, niezależnie od systemów opieki zdrowotnej, nie tylko na terenie RP, jak również faktu czy dotyczy osób pozbawionych wolności czy też pozostałych obywateli.

Stwierdzone przez Państwa wątpliwości znajdujące odzwierciedlenie w materiałach postępowania, jak również w dokumentacji medycznej, wskazują na transparentne działanie Służby Więziennej, jednak ze względu na charakter schorzeń i ich stan zaawansowania, nie miały wpływu na ostateczne rokowanie pacjentów, które w każdym z analizowanych przypadków było jednoznacznie niepomyślne.

W analizie został pominięty aspekt zaangażowania personelu medycznego więziennych podmiotów leczniczych w celu zapewnienia pacjentom adekwatnej do stanu zdrowia opieki medycznej, jak również realizacji szeregu wysokospecjalistycznych procedur medycznych we współpracy z pozawieziennymi podmiotami leczniczymi. Należy zwrócić uwagę, że więzienna służba zdrowia nie zapewnia wielu specjalistycznych zabiegów w ramach swoich podmiotów leczniczych i w tym zakresie współpracuje z wysokospecjalistycznymi podmiotami pozawieziennymi. Ten sposób organizacji świadczeń zapewnia pacjentom dostęp do najnowszych technologii adekwatnych do ich potrzeb zdrowotnych i winien być znany osobie, która przeprowadziła przedmiotową analizę.

Zarzut dotyczący niewłaściwego rozmieszczenia pacjentów w szpitalach więziennych cyt.: „*bez bezpośredniego dostępu personelu medycznego*”, a tym samym sposób organizacji funkcjonowania w warunkach pozbawienia wolności dla osoby znającej specyfikę szpitali więziennych nie powinien stanowić jakichkolwiek wątpliwości, a tym bardziej być przedmiotem stawiania zarzutów.

Należy zwrócić uwagę, że przypadki zgonów pacjentów mają miejsce również w pozawieziennych podmiotach leczniczych w salach ogólnych - wieloosobowych w obecności innych pacjentów, zaś nie wszyscy pacjenci terminalni są kwalifikowani do leczenia w oddziałach intensywnej terapii medycznej, celem zapewniana im „*bezpośredniego dostępu do lekarza*”. W placówkach o charakterze hospicjów czy domów pomocy opieki nie jest zapewniony całodobowy dostęp do lekarza i stałego całkowicie bezpośredniego dostępu personelu pielęgniarskiego, jak również nie jest gwarantowane zapewnienie jednoosobowej sali i braku obecności innych pacjentów w tym niewątpliwie trudnym momencie choroby.

Poza przypadkiem nr 10 – zgon w jednostce bez całodobowej opieki medycznej, każdorazowo zapewniono opiekę medyczną z całodobowym dostępem do lekarza i personelu pielęgniarskiego. Zarzut dotyczący postawienia pacjentów tylko pod opieką współosadzonych wydaje się całkowicie nieuzasadniony. Fakt ewentualnego udzielania pomocy przez współosadzonego należy traktować jako chęć pomocy niezależną od miejsca pobytu, stanowiącą naturalny odruch drugiego człowieka.

Należy zwrócić uwagę, że fakt ewentualnego udzielenia przerwy w karze przez sąd penitencjarny nie w każdym przypadku oznacza dla pacjenta zapewnienie lepszego standardu opieki medycznej, w tym paliatywnej. Ze względu na sytuację rodzinną znajdującą odzwierciedlenie w dokumentacji penitencjarnej, brak stałego miejsca zamieszkania, czy brak stałych dochodów (renta, emerytura), braku ubezpieczenia zdrowotnego, to właśnie szpitale więzienne są miejscem, gdzie pacjent ma zapewnione nie tylko niezbędne świadczenia medyczne, całodobową opiekę pielęgniarską, ale również prozaiczne potrzeby egzystencjonalne w zakresie żywienia, ubrania czy higieny w terminalnym okresie swego życia.

Odnosząc się do przypadków poszczególnych pacjentów w zakresie wątpliwości przedstawionych w Państwa analizie informuję, że:

1. Przypadek Z.K. Dokumentacja medyczna osadzonego (książka zdrowia) zawiera szczegółowe informacje odnośnie schorzeń pacjenta i postępowania od momentu przyjęcia do zakładu karnego. Leczenie specjalistyczne było praktycznie realizowane w specjalistycznych placówkach pozawieziennych - dokumentacja w tym zakresie jest niezwykle szczegółowa, łącznie z odmowami i zgodami pacjenta na hospitalizację i procedury. Decyzję o wypisaniu pacjenta ze szpitala w Polanicy Zdroju w dniu 8.02.2019 r. podjęli lekarze tego ośrodka, zaś w dokumentacji medycznej znajduje się zlecenie na transport sanitarny do Szpitala AŚ w Bydgoszczy, również wystawione przez ten szpital. Z zaleceń karty informacyjnej wynika, że „Wskazane dalsze leczenie zachowawcze i objawowe w jednostkach więziennej służby zdrowia”. Historia choroby

pacjenta ze Szpitala AŚ w Bydgoszczy zawiera stosowne wpisy dotyczące tego, że decyzja o przeprowadzeniu zabiegu amputacji w szpitalu więziennym wynikała z braku miejsc monitorowanych w placówkach pozawięziennych i tym samym odmów przyjęcia pacjenta do ośrodków o wyższej referencyjności, pomimo licznych obciążeń. Dokumentacja zawiera chronologiczne konsultacje chirurgiczne, internistyczne i anestezyjologiczne przed wykonaniem zabiegu. Zakres świadczeń medycznych udzielonych pacjentowi z powodu rozpoznanych już przed przyjęciem schorzeń o złym rokowaniu – zarówno przez więzienną jak pozawięzienną placówkę medyczną był kompletny.

2. Przypadek J.W. Wątpliwości dotyczące ewentualnego braku świadomości pacjenta odnośnie rodzaju schorzenia, na które cierpiał i tym samym rokowania w kontekście zawartych w dokumentacji medycznej zgód pacjenta na badania niezbędne do rozpoznania choroby i chemioterapię, potwierdzonych własnoręcznym podpisem - nie znajdują uzasadnienia. Zgoda na leczenie znajduje się również na pierwszej stronie historii choroby. Proces diagnostyki i rozpoznania schorzenia jest szczegółowo udokumentowany w książce zdrowia wraz z wynikiem badania histopatologicznego, zaś pacjent był leczony w referencyjnym ośrodku onkologicznym. Pacjent nie podał adresu rodziny, jak również dwukrotnie nie upoważnił nikogo do przekazania informacji o swoim stanie zdrowia, stąd istotne wątpliwości czy po ewentualnym zwolnieniu z jednostki penitencjarnej mógłby on samodzielnie w swoim stanie zdrowia zorganizować sobie dostęp do adekwatnej opieki medycznej - jaką niewątpliwie był otoczony, w tym w czasie podczas hospitalizacji w szpitalu ZK Nr 2 w Łodzi, gdy jego choroba znajdowała się w stadium terminalnym i wymagała stałej opieki.
3. Przypadek M.K. Jak wynika z adnotacji na okładce książki zdrowia osadzonego oryginalna dokumentacja z lat 1994-2017 znajduje się w dyspozycji prokuratury. W dostępnej dokumentacji znajdują się jednak kserokopie pojedynczych zapisów z roku 2015: opis CT klatki piersiowej z dnia 20.10.2015 r. oraz zapisy z wizyt lekarskich w dniu 27.10.2015 r. i 5.11.2015 r. w czasie tych wizyt proponowano pacjentowi hospitalizację, celem dalszej diagnostyki w szpitalu AŚ Gdańsk – pacjent dwukrotnie odmówił i własnoręcznie podpisał swoją decyzję. Już te fragmentaryczne zapisy zawarte w pojedynczych kserokopiach dokumentacji z 2015 r. wskazują, że świadomie, co najmniej dwukrotnie, odmówił on diagnostyki i leczenia i tym samym opóźnił rozpoznanie pomimo, że jako palacz tytoniu z rozpoznaniem POCHP (spirometria xero 03.03.2015 r.) niewątpliwie musiał być świadomy, co do zagrożeń związanych z paleniem tytoniu. Pacjent miał zapewnione stosowne wysokospecjalistyczne świadczenia medyczne w szpitalu specjalistycznym w Prabutach. W dniu 30.01.2019 r. przyjęty do szpitala AŚ w Gdańsku, gdzie miał zapewnione stosowna świadczenia medyczne do zgonu w dniu 13.03.2019 r.
4. Przypadek J.S. Wstępne rozpoznanie choroby zostało postawione na podstawie rtg. kl. piersiowej wykonanego po przyjęciu do jednostki penitencjarnej a następnie pacjent był diagnozowany i leczony w Centrum Onkologii w Warszawie - trudno tym samym domniemać, że ten referencyjny ośrodek i personel w nim zatrudniony wykonał szereg procedur medycznych bez zgody i wiedzy pacjenta, z jakiego powodu są one realizowane. Poza zawartymi w książce zdrowia informacjami Służba Więzienna nie posiada dostępu do wewnętrznej dokumentacji Centrum Onkologii w Warszawie. Pacjent podobnie jak w wyżej opisanym przypadku nie podał adresu rodziny, jak również dwukrotnie nie upoważnił nikogo do przekazania informacji o swoim stanie zdrowia, stąd istotne wątpliwości, czy po ewentualnym zwolnieniu z jednostki penitencjarnej mógłby on samodzielnie w swoim stanie zdrowia (poruszał się na wózku inwalidzkim) zorganizować sobie dostęp do adekwatnej opieki medycznej - jaką niewątpliwie był otoczony w tym w czasie hospitalizacji w szpitalu ZK Nr 2 w Łodzi, gdy jego choroba znajdowała się w stadium terminalnym i wymagała stałej opieki.

5. Przypadek A.M. W dokumentacji medycznej znajduje się notatka lekarza stwierdzającego zgon pacjenta, który jednoznacznie określił przyczynę odstąpienia od czynności resuscytacyjnych. W/wym. notatka jest podpisana również przez dyrektora szpitala. W czasie hospitalizacji pacjent miał zapewnione całodobowe świadczenia medyczne, zaś organ dysponujący był poinformowany o bardzo złym rokowaniu pacjenta.
6. Przypadek A.S. Osadzony miał wykonane badania radiologiczne kl. piersiowej zgodnie z obowiązującymi przepisami tj. co najmniej raz na 24 miesiące. Rtg. kl. piersiowej: 29.05.2017 r., które jest Państwu znane i nie wykazało zmian; 14.05.2019 r. Sylwetka serca konfiguracji pulmonalnej. Przywłękowe zmiany włókniste. Pola płucne rozedmowe. Poza tym obraz odpowiedni do wieku. Badanie w dniu 16.10.2019 r.- wynik znany Państwu. Zgodnie z obowiązującymi przepisami pacjent nie musiał mieć wykonanego rtg kl. piersiowej w 2018 r., zaś w dokumentacji medycznej brak informacji, aby któryś z badających go lekarzy widział wskazania do zlecenia go w 2018 r. Zapisy w książce zdrowia z lat 2016 – 2018 są „nieliczne” z powodu faktu, że osadzony był w tych latach kilkakrotnie hospitalizowany, w tym przez ponad pół roku (14.11.2016 r. – 30.06.2017 r.) w Szpitalu AŚ Bytom, zaś w 2018 roku nie zgłaszał się do lekarza. Po zgłoszeniu się pacjenta w sierpniu 2019 r. i stwierdzeniu guza uda niezwłocznie rozpoczęto proces specjalistycznej diagnostyki w warunkach ambulatoryjnych, a następnie z powodu pogorszenia się stanu zdrowia i postępującego wyniszczenia pacjent został skierowany do Szpitala w Strzelcach Opolskich, wobec powyższego sugestie dotyczące bierności personelu ZK są całkowicie nieuzasadnione. W karcie informacyjnej z wyżej wymienionego szpitala zawarte są informacje o braku zgody pacjenta na wykonanie części procedur diagnostycznych w czasie hospitalizacji w Strzelcach Opolskich w dniach 15-18.10.2019 r.
7. Przypadek B.Z. w dokumentacji i medycznej pacjenta znajduje się stosowny zapis lekarza o przyczynie skierowania wniosku do SO w Łomży i postanowienie Sądu z dnia 25.06.2019 roku. W dniu 26.06.2019r. pacjent został przetransportowany do szpitala AŚ w Gdańsku, gdzie w historii choroby szczegółowo odnotowano proces diagnostyki i leczenia, w związku z powyższym nie można podzielić jakichkolwiek Państwa wątpliwości w tym zakresie. Dokumentacja medyczna pacjenta z 2015 r. nie zawiera informacji o przyczynie udzielenia przerwy w karze, w wywiadzie pacjent podawał uraz głowy w tym roku. W czasie hospitalizacji pacjent miał zapewnione całodobowe świadczenia medyczne.
8. Przypadek J.S. Wszelkie świadczenia medyczne wobec osadzonego udzielane były zgodnie z zaleceniami lekarzy specjalistów, w tym specjalisty z zakresu chorób płuc. Podkreślić należy, że pacjent był zadeklarowanym nałogowym palaczem papierosów w ilości od ok. 30 do 60 sztuk dziennie, a przeszłości ok. 80 sztuk dziennie. Wykonanie rutynowego badania rtg. klatki piersiowej w wymaganym przepisami terminie poza wiedzą na temat aktualnego stanu pacjenta i postępu choroby, nie uchroniłoby pacjenta przed negatywnymi skutkami nałogowego palenia papierosów w postaci nieoperacyjnego guza płuca. Podkreślić należy, że zgodnie z zaleceniem pulmonologa i w oparciu o jego doświadczenie kliniczne, pacjent początkowo był diagnozowany różnicowo w kierunku gruźlicy płuc, stąd najwidoczniej nie uznano wówczas konieczności objęcia pacjenta świadczeniami równoważnymi do tzw. karty DILO, ani nie zlecono badań w kierunku wczesnej diagnostyki nowotworu płuca, nie podejrzewając na podstawie wykonanego badania RTG klatki piersiowej charakteru rozrostowego uwidocznionej zmiany. Podejrzanie, że obserwowane u pacjenta zmiany mogą mieć charakter rozrostowy pojawiły się w opisie rtg klatki piersiowej dopiero w 2019 r. W momencie wysunięcia rozpoznania choroby nowotworowej pacjent był objęty świadczeniami równoważnymi z kartą DILO. Więzienna służba zdrowia nie posiada dostępu do systemu wystawiania kart DILO, zaś w posiadanej

dokumentacji medycznej brak jest informacji, czy powyższy obowiązek został zrealizowany przez placówki pozawięziennicze. Zakres i terminy realizacji diagnostyki i leczenia w Oddziale Pulmonologicznym WSS w Częstochowie, Szpitalu AŚ Bytom, gdzie pacjent był leczony w Instytucie Onkologii w Gliwicach – były adekwatne do rozpoznanego schorzenia.

9. Przypadek M.Cz. pacjent wyraził zgodę na gastroskopię w dniu 20.05.2019 r. w trakcie pobytu w ZK Barczewo, gdzie miał wykonane badania analityczne 22.05.2019 r., oraz USG jamy brzusznej 15.05.2019 r., rtg. odcinka piersiowego kręgosłupa 24.04.2019 r., zaś w dniu 17.07.2019 r. pacjent zostaje skierowany do Szpitala AŚ w Gdańsku, gdzie 19.07.2019 r. miał wykonaną gastroskopię, dalszą diagnostykę i leczenie. Ze względu na fakt, że oczekiwanie na badania ambulatoryjne są odległe, pacjenci zarówno w pozawięziennych jak i więziennych podmiotach leczniczych są często kierowani do szpitala, celem przyspieszenia i wykonania pilnej diagnostyki. Pacjent był diagnozowany i leczony w Centrum Copernicus - trudno tym samym domniemać, że ten referencyjny ośrodek i personel w nim zatrudniony wykonał szereg procedur medycznych bez zgody i wiedzy pacjenta z jakiego powodu są one realizowane. Poza zawartymi w książce zdrowia i historii choroby informacjami, Służba Więzienna nie posiada dostępu do wewnętrznej dokumentacji Centrum Copernicus, natomiast w historii choroby znajdują się podpisane przez pacjenta zgody na procedury medyczne związane z rozpoznaniem choroby nowotworowej, w tym chemioterapii paliatywnej.
10. Przypadek M.M. 13.11.2007 r. pacjent po urazie głowy 1984 r. i ZZA. TK głowy 13.11.2007 r. stwierdzono jamę malacyjną i zaniki korowo podkorowe. Już w 2008 r. w dokumentacji medycznej zawarte są informacje o zaburzeniach pamięci, osłabieniu sprawności kończyn lewych, które to zaburzenia ulegały nasileniu. U pacjenta pomimo stosowanego i modyfikowanego leczenia występowały napady padaczkowe, które powodowały stopniowe narastanie objawów uszkodzenia OUN (encefalopatia pourazowa z zaburzeniami charakteru, ZZA faza przewlekła z cechami psychodegeneracji). Rozpoznane schorzenia w sposób jednoznaczny miały wpływ na podstawowe czynności życiowe, w tym spożywanie posiłków, dbałość o higienę osobistą, czy czynności fizjologiczne. W bardzo obfitej dokumentacji penitencjarnej znajdują się informacje, że osoby z którymi teoretycznie utrzymywał kontakt, są nie do ustalenia w miejscu zamieszkania (wywiad środowiskowy), zaś osadzony pomimo posiadania renty nie jest osobą, która po ewentualnym opuszczeniu jednostki penitencjarnej byłaby zdolna do samodzielnego zapewnienia sobie egzystencji. W trakcie pobytu w jednostkach penitencjarnych osadzony miał zapewnioną opiekę medyczną, psychologiczną jak również pomoc współosadzonych przeszkolonych dla osób starszych, jak również dobranych po kątem bezpieczeństwa osobistego.

Reasumując powyższe, chciałbym dodać, że postępowanie funkcjonariuszy SW wobec osób pozbawionych wolności, a tym bardziej osadzonych chorych terminalnie, odbywa się według zasad humanitaryzmu. Zasada ta została wyraźnie ujęta w art. 4 Kkw. Zgodnie z jego treścią, kary, środki karne zabezpieczające i zapobiegawcze wykonuje się w sposób humanitarny z poszanowaniem godności ludzkiej skazanego. Odstępstwa od tej zasady zawsze będą spotykały się z moim stanowczym sprzeciwem oraz stosowną reakcją.

Pacjent w stanie terminalnym powinien zostać objęty opieką holistyczną, na którą w równym stopniu składa się opieka medyczna - realizowana przez lekarza, pielęgniarkę, jak również pozamedyczna - realizowana przez pozostały personel penitencjarny (psycholog, wychowawca). Istotne bywa również zapewnienie takiej osobie odpowiedniego wsparcia duchowego ze strony kapelana. Służba Więzienna zatrudnia wszystkie ww. osoby, co stwarza możliwość udzielania wsparcia w wielu aspektach, uzależnionych od potrzeb osoby chorej, jak również możliwości poszczególnych jednostek penitencjarnych. Udział chorego w życiu

społecznym, również w warunkach pozbawienia wolności, może być odbierany, jako zewnętrzny - behawioralny przejaw dobrostanu fizycznego i psychicznego.

W opinii Biura Służby Zdrowia w analizowanych przypadkach, powyższe zostało zapewnione osobom pozbawionym wolności.

Duże wątpliwości wzbudza wskazywanie na niewystarczające (w opinii Rzecznika) dokumentowanie sposobów komunikacji z chorym. Umiejętności związane z komunikowaniem się z osobą chorą/wymagającą wsparcia, są tym rodzajem kompetencji, którą każdy lekarz, psycholog czy wychowawca nabywa zarówno podczas studiów czy dodatkowych szkoleń, jak również w ramach wieloletniej praktyki. Służba Więzienna zatrudnia wysoko wykwalifikowany personel medyczny, często posiadający już wieloletnie doświadczenie zawodowe, zatrudniony dodatkowo w szpitalach, domach opieki czy hospicjach, a tym samym znający specyfikę pracy z pacjentem terminalnie chorym. Udzielanie wsparcia pozamedycznego przez pozostały personel więzienny, odbywa się z zachowaniem zasady indywidualizacji i jest dostosowane do potrzeb osadzonego. Ze względu na specyfikę funkcjonowania poszczególnych jednostek penitencjarnych czy też aktualnego stanu pacjenta terminalnie chorego, zakres udzielanego wsparcia może się różnić.

Przerzucenie odpowiedzialności w zakresie opieki nad pacjentem terminalnym na rodzinę, często o dalszym stopniu pokrewieństwa, czy też instytucję, nie może stanowić każdorazowo jedynej właściwej ścieżki postępowania, a winno być decyzją mającą na celu tylko i wyłącznie dobro pacjenta.

Informuję, że oryginalna dokumentacja medyczna pacjentów została poddana ponownej analizie w Biurze Służby Zdrowia, a następnie została zwrócona do jednostek penitencjarnych, w których nastąpił ich zgon i nie jest przechowywana w CZSW. Oryginalna dokumentacja z czynności wyjaśniających dot. poszczególnych przypadków znajduje się we właściwych terytorialnie okręgowych inspektoratach Służby Więziennej.

Z powrotem
ZASTĘPCA DYREKTORA GENERALNEGO
SŁUŻBY WIĘZIENNEJ
A. Leńżuk
gen. Andrzej Leńżuk

Wyk. w 3 egz.

Egz. nr 1 – adresaci

Egz. nr 2 – a/a

BSZ ()

Centralny Zarząd Służby Więziennej
ul. Rakowiecka 37a
02-521 Warszawa

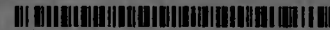
BSZ.055.3.2021.IK



OPLATA POBRANA
TAXE PERÇUE - POLOGNE
Umowa z Poczta Polska S.A. ID nr 443539/W

P. Mamma Machimska
Z-czyni
RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

AL. SOLIDARNOŚCI 77
00-090 WARSZAWA



86651-633-2-R

POLECONY

R

(00)259007731455666248

(00)259007731455666248

Poczta Polska

Oplata pobrana _____ zł _____ gr

2020

BIURO RZECZNIKA
PRAW OBYWATELSKICH

WPL. 2021-03-17

ZAL. NR