



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa,

Adam Bodnar

IX.517.3524.2016.MK

**Pan
gen. Jacek Kitliński
Dyrektor Generalny
Służby Więziennej**

ul. Rakowiecka 37a
02-521 Warszawa

W ostatnim czasie w podległym mi Biurze badano stosowanie wobec osób przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych przymusu bezpośredniego na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Pracownicy Biura przeprowadzili czynności w czterech jednostkach penitencjarnych, w których funkcjonują szpitale więzienne: w Zakładzie Karnym w Czarnem, Areszcie Śledczym w Krakowie, Areszcie Śledczym w Bydgoszczy oraz Zakładzie Karnym Nr 2 w Łodzi. Szczegółowe ustalenia poczynione podczas każdej z wizytacji przedstawiano dyrektorom poszczególnych jednostek penitencjarnych, jak również właściwym dyrektorom okręgowym Służby Więziennej, o wynikach wizytacji przeprowadzonej w Zakładzie Karnym w Czarnem informowaliśmy także Pana Dyrektora pismem z dnia 17 czerwca 2015 r.

W toku przeprowadzonych czynności ujawniono liczne nieprawidłowości, o różnej skali, od mniej znaczących, do których zaliczyć można uchybienia w prowadzeniu dokumentacji, po takie, w których oceniono, że doszło do poniżającego i niehumanitarnego traktowania pacjentów. Spotkano się bowiem z przypadkami nadużywania stosowania przymusu bezpośredniego, kiedy przymus w postaci unieruchomienia był stosowany długotrwale, nawet przez kilka dni (np. 65 godzin, 70 godzin, 115 godzin, a nawet przez 170 godzin – ponad tydzień). Stwierdzono przypadki, kiedy pacjentom nie zapewniano krótkotrwałego, choćby częściowego uwolnienia nawet przez cały okres stosowania przymusu, bądź obowiązek ten był realizowany z niedostateczną częstotliwością (np. po raz pierwszy uwolniono pacjenta nie po 4 godzinach, jak nakazują przepisy, ale dopiero po 115 godzinach, czyli po blisko pięciu dniach). W wielu przypadkach wątpliwości budziły

przesłanki zastosowania przymusu bezpośredniego, jak również podstawy do wydania decyzji o kolejnym przedłużeniu jego stosowania. Analiza dokumentacji w konfrontacji z oglądem nagrań z monitoringu pozwoliła na ujawnienie przypadków, gdy przedłużając stosowanie przymusu lekarz w ogóle nie badał pacjenta, zaś stan fizyczny pacjenta nie był kontrolowany przez pielęgniarkę w sposób zgodny z przepisami, co 15 minut. Pacjenci przez kilka, a nawet kilkanaście godzin byli pozostawieni bez możliwości nawiązania jakiegokolwiek kontaktu z personelem medycznym. Stwierdzono przypadki, gdy pacjentom podczas wielogodzinnego unieruchomienia nie zapewniano posiłków oraz stosowano upokarzającą praktykę zakładania wszystkim pacjentom pieluch jednorazowych, także tym w pełni świadomym, mogącym kontrolować czynności fizjologiczne (w załączeniu kopie wszystkich notatek z przeprowadzonych wizytacji).

W rezultacie dokonanych ustaleń sformułowano wnioski w sferze zmian legislacyjnych, które zostały już przedłożone właściwym podmiotom. Istnieją również podstawy do sformułowania postulatów w zakresie praktyki stosowania przymusu. Przedstawiając Panu Dyrektorowi te konkluzje wyrażam jednocześnie nadzieję, że staną się one przyczynkiem do podjęcia działań, które pozwolą na pełniejsze respektowanie praw pacjentów, wobec których stosowany jest przymus bezpośredni.

1. Zastosowanie przymusu bezpośredniego jest interwencją terapeutyczną służącą leczeniu chorego, a zwłaszcza pomocy w odzyskaniu przez niego zdolności samokontroli. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje cztery formy zastosowania przymusu: przytrzymanie, podanie leku pod przymusem, unieruchomienie oraz izolację. Przepisy ustawy stanowią, że podejmując decyzję o zastosowaniu przymusu należy wybierać środek możliwie najmniej uciążliwy dla pacjenta, zachowując jednocześnie szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby. Jak ustalono, w wizytowanych jednostkach w zdecydowanej większości przypadków stosowano unieruchomienie, w nielicznych przypadkach podanie leku pod przymusem. Przytrzymanie rzadko stosowano samoistnie, najczęściej było ono nieodłączną częścią stosowania innego środka. W żadnej z wizytowanych jednostek nie stosowano natomiast przymusu w postaci izolacji, z uwagi na to, że w żadnym ze szpitali nie funkcjonowało pomieszczenie do stosowania izolacji.

W niektórych przypadkach zabezpieczenie przed niepożądanym zachowaniem i uzyskanie poprawy stanu psychicznego pacjenta jest możliwe do osiągnięcia przy zastosowaniu mniej dolegliwego niż unieruchomienie rodzaju przymusu bezpośredniego, jakim jest izolacja. W pomieszczeniu do stosowania izolacji zachowanie pacjenta jest monitorowane, podlega więc stałej kontroli. Łatwiej jest też włączyć zintensyfikowane oddziaływania psychokorekcyjne przez wychowawcę, psychologa lub terapeutę.

We wnioskach powizytacyjnych każdorazowo postulowano utworzenie pomieszczenia do stosowania izolacji - w dwóch przypadkach uzyskaliśmy zapewnienie, że takie pomieszczenia powstaną. W mojej ocenie na podstawie dokonanych ustaleń należy

uznać za wskazane, aby w szpitalach, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne lub oddziały, na których przebywają pacjenci z objawami odstawicznymi w przebiegu choroby alkoholowej, a więc tam, gdzie potencjalnie może być stosowany przymus bezpośredni, zostały utworzone pomieszczenia do izolacji. Umożliwi to dostosowanie formy przymusu do sytuacji i stanu pacjenta, a tym samym wypełnianie dyspozycji ustawowych.

2. Przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przewidują, że zachowanie pacjenta, wobec którego stosowany jest przymus, jest kontrolowane. W przypadku stosowania izolacji, oprócz osobistej kontroli pielęgniarki co 15 min., przepisy nakazują monitorowanie zachowania pacjenta za pomocą kamery. Tego dodatkowego obowiązku ustawa nie nakłada natomiast w przypadku stosowania unieruchomienia. Ustalenia poczynione podczas wizytacji przekonują, iż przedmiotowe zróżnicowanie nie znajduje uzasadnienia. U pacjenta unieruchomionego może wystąpić szereg negatywnych reakcji organizmu, prowadzących nawet do zagrożenia życia. Obserwacja prowadzona za pomocą kamer monitoringu pozwala personelowi medycznemu na natychmiastowe podjęcie w razie potrzeby koniecznych działań, adekwatnych do stanu pacjenta. Monitorowanie jest też mechanizmem, który może i powinien być pomocny w kontrolowaniu zasadności i prawidłowości stosowania przymusu bezpośredniego.

Wyniki przeprowadzonych wizytacji pokazały, że w większości pomieszczeń do unieruchomienia były zainstalowane kamery, co wskazuje, że personel medyczny docenia znaczenie tej metody obserwacji zachowania pacjenta. Mając na uwadze, że przepisy Kodeksu karnego wykonawczego dają możliwość zastosowania monitoringu w pomieszczeniach jednostki, w mojej ocenie, w trosce o dobro pacjentów, należy podjąć działania w celu wyposażenia wszystkich funkcjonujących w zakładach karnych i aresztach śledczych pomieszczeń do stosowania unieruchomienia w urządzenia do monitoringu pozwalające na utrwalenie obrazu i dźwięku.

Informuję jednocześnie, że wniosek o wprowadzenie stosownej zmiany do przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego został przeze mnie przedstawiony Ministrowi Zdrowia w opinii na temat nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

3. W stosowaniu przymusu bezpośredniego oprócz pracowników służby zdrowia każdorazowo uczestniczą funkcjonariusze Służby Więziennej. Udzielają pomocy personelowi medycznemu, który w przeważającej części stanowią kobiety, przy przytrzymaniu pacjenta w celu podania leku lub zapięcia w pasy. Pomoc funkcjonariuszy niewątpliwie jest potrzebna, jednak budzi wątpliwości, czy obowiązujące przepisy uprawniają ich do podejmowania takich działań.

W świetle przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego podmiotami uprawnionymi do stosowania przymusu bezpośredniego są lekarz, pielęgniarka oraz kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Przepis art. 18 ust. 9 ustawy wskazuje ponadto podmioty zobowiązane do udzielenia lekarzowi i pielęgniarce na

ich żądanie pomocy przy stosowaniu przymusu bezpośredniego - są to: Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policja oraz Państwowa Straż Pożarna. Żaden przepis ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie wymienia natomiast Służby Więziennej jako podmiotu uprawnionego do wykonywania czynności związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego.

Uprawnień dla funkcjonariuszy Służby Więziennej w tym zakresie nie zawierają również przepisy Kodeksu karnego wykonawczego, ani ustawa o Służbie Więziennej. W chwili obecnej za podstawę do wykonywania przez funkcjonariuszy Służby Więziennej czynności związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego uważa się przepis § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania, który stanowi, że *przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym, w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej oraz w przypadkach o których mowa w art. 18 ust. 5, art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3 ustawy, może być wykonywany wyłącznie przez odpowiednio poinstruowane w tym zakresie osoby*. W oparciu o tę regulację przyjmuje się, że jeżeli funkcjonariusz Służby Więziennej otrzymał odpowiednie instrukcje co do sposobu wykonywania przymusu bezpośredniego, to jest uprawniony do podejmowania czynności w tym zakresie.

Delegację do podejmowania działań w tak wrażliwej sferze wolności i nietykalności osobistej, sformułowaną w przepisach rangi podustawowej, należy uznać za niewystarczającą. Wolność jest konstytucyjnym prawem każdego człowieka. Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób (art. 31 ust. 3 Konstytucji RP). Nikt nie może być zatem ograniczony w korzystaniu ze swej wolności inaczej niż na warunkach określonych w ustawie.

Dostrzegając potrzebę ustawowego unormowania przedmiotowej kwestii Rzecznik Praw Obywatelskich stoi jednocześnie na stanowisku, że właściwym miejscem do jej uregulowania jest ustawa o ochronie zdrowia psychicznego i w związku z tym wystąpił do Ministra Zdrowia o podjęcie inicjatywy prawodawczej w tym zakresie. Legalność działań Służby Więziennej podczas stosowania przymusu bezpośredniego nie powinna bowiem budzić wątpliwości, a zakres jej uprawnień winien być jasno sformułowany.

4. Dla praworządnego stosowania przymusu bezpośredniego ogromne znaczenie ma prowadzenie rzetelnej kontroli. Wiele nieprawidłowości stwierdzonych podczas wizytacji można byłoby ujawnić wcześniej i odpowiednio na nie zareagować, gdyby kontrola stosowania przymusu bezpośredniego była właściwie sprawowana przez uprawnione

podmioty: dyrektora szpitala, okręgowy inspektorat Służby Więziennej i Centralny Zarząd Służby Więziennej, sędziego penitencjarnego, sędziego sądu rodzinnego.

Ustalenia poczynione w toku wizytacji wykazały, że w okresie objętym badaniem tylko w dwóch jednostkach penitencjarnych działalność szpitala była kontrolowana przez organy więziennictwa. W jednym przypadku kontrolę przeprowadziła naczelną lekarz okręgowego inspektoratu Służby Więziennej, jednak mimo, iż zakres kontroli formalnie obejmował stosowanie przymusu bezpośredniego, podjęte w jej ramach działania nie doprowadziły do ujawnienia żadnej z licznych nieprawidłowości stwierdzonych następnie przez przedstawicieli Biura Rzecznika. W drugim przypadku kontroli dokonał Centralny Zarząd Służby Więziennej, jednak w jej zakresie nie uwzględniono zagadnienia stosowania przymusu bezpośredniego. W pozostałych dwóch jednostkach w okresie co najmniej roku poprzedzającego wizytację przedstawicieli Biura Rzecznika w ogóle nie przeprowadzano kontroli działalności szpitala.

Zważywszy, że stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób wykazujących zaburzenia psychiczne jest działaniem, podczas którego zagrożenie wystąpieniem naruszeń jest szczególnie nasilone, co pokazują też wyniki przeprowadzonych wizytacji, należy stwierdzić, iż istnieje potrzeba objęcia tej sfery szczególną uwagą. Zasadnym wydaje się więc wprowadzenie do planów kontroli, dokonywanych przez zwierzchnie organy więziennictwa w jednostkach penitencjarnych dysponujących oddziałami szpitalnymi, także kwestii dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego.

5. Obok regularnej kontroli stosowania przymusu prowadzonej przez kierownika podmiotu leczniczego oraz organy więziennictwa, duże znaczenie ma również kontrola sprawowana przez niezależne podmioty zewnętrzne. Jednym z organów uprawnionych do prowadzenia kontroli stosowania przymusu bezpośredniego jest Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, funkcjonujący na podstawie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Zarówno przepisy tej ustawy, jak i wydane na jej podstawie rozporządzenia (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, Dz. U. z 2006 r. Nr 16, poz. 126 ze zm.) odnoszą się w równym stopniu do pacjentów szpitali psychiatrycznych publicznej służby zdrowia, jak i pacjentów więziennych szpitali psychiatrycznych. Niestety, z ustaleń poczynionych w toku wizytacji w dwóch jednostkach penitencjarnych, w których funkcjonują szpitale z oddziałami psychiatrycznymi (Areszcie Śledczym w Krakowie i Zakładzie Karnym Nr 2 w Łodzi) wynika, że rzecznicy nie prowadzą w nich żadnych działań, a pacjenci nie są poinformowani o przysługującym im prawie do uzyskania pomocy rzecznika w ochronie ich praw. Mając to na uwadze zwróciłem się do Rzecznika Praw Pacjenta, który sprawuje nadzór nad działalnością rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, o podjęcie działań, które spowodują, że rzecznicy, na których terytorialnym obszarze działania

znajdują się jednostki penitencjarne ze szpitalami psychiatrycznymi, obejmą swoim działaniem pacjentów tych szpitali.

Podnieść należy przy tym, że przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nakładają także na świadczeniodawców, którymi w tym przypadku są jednostki penitencjarne, obowiązki związane z funkcjonowaniem Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego na terenie szpitala więziennego. Świadczeniodawca ma obowiązek informowania pacjentów o zakresie działania i sposobie kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, jak również zapewnienia Rzecznikowi warunków do wykonywania jego zadań na terenie szpitala więziennego. Z ustaleń dokonanych podczas wizytacji wynika, że ten obowiązek informacyjny nie jest realizowany przez administrację więzienną i więzienną służbę zdrowia, nie są też podejmowane inicjatywy w celu nawiązania kontaktu z właściwymi terytorialnie rzecznikami. Istnieje zatem konieczność spowodowania, aby we wszystkich jednostkach, w których funkcjonują więzienne szpitale psychiatryczne, administracja więzienna i więzienna służba zdrowia podjęły skuteczne działania w celu stworzenia pacjentom tych szpitali możliwości korzystania z przysługującego im prawa do pomocy Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w obronie ich praw.

Mając na uwadze powyższe, na podstawie art. 16 ust 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 poz. 1648, ze zm.), zwracam się z uprzejmą prośbą do Pana Dyrektora o przeanalizowanie przedstawionych wniosków i powiadomienie o zajęтым stanowisku.