



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 15-02-2021 r.

Adam Bodnar

IX.517.532.2019.KK

Pan
gen. Jacek Kitliński
Dyrektor Generalny
Służby Więziennej

Szanowny Panie Dyrektorze Generalny,

od 2019 r. w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich prowadzone są zintensyfikowane działania związane z monitorowaniem sytuacji osób ciężko chorych, będących w stanie terminalnym. Temat ten jest niezwykle istotny z uwagi na zobowiązanie państwa do ochrony zdrowia i życia osób pozbawionych wolności.

W ramach podjętych działań moi współpracownicy przeprowadzili czynności mające na celu zbadanie na terenie zakładów karnych i aresztów śledczych sytuacji osób ciężko chorych lub wymagających świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Wnioski z przeprowadzonych badań zostały przedstawione Panu Dyrektorowi Generalnemu w wystąpieniu z dnia 22 marca 2019 r.

Pragnę przypomnieć, iż analiza zebranego materiału pozwoliła na wyodrębnienie trzech grup osadzonych: chorzy w stanie terminalnym (grupa I), chorzy, którzy wymagają dalszego specjalistycznego leczenia, a więzienna służba zdrowia nie jest w stanie zapewnić im odpowiednich świadczeń medycznych (grupa II) oraz osoby z głębokim zespołem otępiennym, których stan zdrowia uniemożliwia osiągnięcie celów kary, o których mowa w art. 67 k.k.w. (grupa III). Bez wątpienia wszystkie te osoby wymagają szczególnego traktowania.

Wskazałem, że w przypadku osób będących w stanie terminalnym, a więc takim, w którym nie ma rokowań na poprawę stanu zdrowia, dyrektorzy jednostek penitencjarnych powinni zwiększyć aktywność w kierowaniu do sądów penitencjarnych wniosków o udzielenie skazanemu przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności. Zgodnie bowiem z art. 153 § 1 k.k.w. w zw. z art. 150 § 1 k.k.w., ciężka choroba uniemożliwiająca wykonanie kary jest przesłanką do obligatoryjnego udzielenia przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności. Postulowałem również o zwiększenie aktywności dyrektorów jednostek penitencjarnych w zakresie informowania sądów karnych o

ciężkim stanie zdrowia skazanego, co może być przesłanką do podjęcia z urzędu procedury o umorzenie albo zawieszenie postępowania wykonawczego, stosownie do treści art. 15 k.k.w. Ponownie pragnę bowiem podkreślić, że wobec osób w stanie terminalnym, cel izolacyjno-zabezpieczający musi ustąpić miejsca na rzecz wyrażonej w art. 4 k.k.w. zasady humanitarnego traktowania i przekonania o braku celowości kontynuowania pozbawienia wolności w świetle stanu zdrowia skazanego.

W przywołanym wystąpieniu z dnia 22 marca 2019 r. zwróciłem się do Pana Dyrektora Generalnego z prośbą o przeprowadzenie badań mających na celu rzetelne zbadanie sytuacji osób, które przebywają w jednostkach penitencjarnych, a których stan zdrowia określany jest jako ciężki. Deklaracja przeprowadzenia takich badań padła ze strony pana płk. Grzegorza Fedorowicza, ówczesnego Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, w trakcie zorganizowanego w dniu 4 marca 2019 r. spotkania z przedstawicielami Centralnego Zarządu Służby Więziennej. Swoją prośbę w tym zakresie ponowiłem w wystąpieniu z dnia 14 czerwca 2019 r. Uzyskane dotychczas odpowiedzi¹ nie zawierają niestety informacji czy postulowane badania zostały przeprowadzone i do jakich wniosków doprowadziły one Służbę Więzienną.

Zdiagnozowane w 2019 r. problemy pokazały, że istnieje potrzeba kontynuowania sprawy i dogłębnego zbadania zagadnienia. W związku z tym, zwrócono się do dyrektorów jednostek penitencjarnych, przy których funkcjonują szpitale więzienne (ZK w Potulicach, AŚ w Bydgoszczy, AŚ w Gdańsku, AŚ w Bytomiu, AŚ w Krakowie, AŚ w Poznaniu, AŚ we Wrocławiu, ZK w Czarnem, ZK Nr 2 w Łodzi), z prośbą o poinformowanie o liczbie zgonów skazanych ciężko i przewlekle chorych w okresie od stycznia 2018 r. do kwietnia 2020 r. W odniesieniu do tego samego okresu czasu wnioskowano również o przedstawienie informacji w zakresie liczby złożonych przez dyrektorów wniosków o udzielenie przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności z powodu ciężkiej i przewlekłej choroby skazanego, a także liczby skierowanych do sądu skazującego zawiadomień o ciężkim stanie zdrowia skazanego, celem rozważenia przez sąd wszczęcia procedury określonej w art. 15 k.k.w. Ponadto, poproszono o wskazanie, czy na terenie poszczególnych jednostek penitencjarnych miały miejsce zgony ciężko chorych osób tymczasowo aresztowanych.

Aktualnie prowadzone w Biurze RPO działania skoncentrowane są na analizie przypadków zgonów osadzonych, które miały miejsce w szpitalach więziennych, w okresie od 1 stycznia 2018 r. do 30 czerwca 2020 r. Gromadzony jest materiał dotyczący 50 osadzonych ciężko chorych, który będzie poddany szczegółowej ocenie w zakresie:

- I. sprawowanej nad osadzonymi opieki wychowawczej i psychologicznej,

¹ Pisma z dnia 8 maja 2019 r. (l.dz. BSZ.055.3.2019) i 12 lipca 2019 r. (l.dz. BSZ.055.10.2019).

II. działań podejmowanych przez dyrektorów jednostek penitencjarnych (kierowanie wniosków o udzielenie przerwy w karze, informowanie sądu karnego o stanie zdrowia skazanego bądź organu dysponującego o stanie zdrowia tymczasowo aresztowanego),

III. decyzji sądów penitencjarnych w przedmiocie udzielania przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności.

Dotychczas dokonano analizy 10 przypadków zgonów osadzonych z przyczyn naturalnych w latach 2019-2020. Z uwagi na powagę sprawy, wstępnyimi uwagami postanowiłem podzielić się z Państwem w trakcie webinarium zorganizowanego w Biurze RPO w dniu 4 lutego 2021 r. Organizacji spotkania przyświecała również myśl, iż w tym roku minie 20 lat od śmierci tymczasowo aresztowanego Zbigniewa Dzieciaka. Przebywając w izolacji więziennej nie miał on zapewnionej właściwej opieki medycznej, adekwatnej do stanu zdrowia, co w konsekwencji doprowadziło do jego śmierci. W tej sprawie Europejski Trybunał Praw Człowieka po raz pierwszy stwierdził naruszenie przez Polskę art. 2 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka². Wyrok ten był zdecydowanym sygnałem, że należy z uwagą przyjrzeć się jakości i skuteczności opieki medycznej w jednostkach penitencjarnych. Brak zapewnienia właściwej opieki medycznej, adekwatnej do potrzeb więźnia należy bowiem rozpatrywać w kategoriach niehumanitarnego traktowania (art. 3 EKPC), a w przypadku jego śmierci naruszenia prawa do życia (art. 2 EKPC).

Na spotkanie zaproszeni zostali Dyrektorzy Biur CZSW i ich współpracownicy: Biura Służby Zdrowia i Biura Penitencjarnego, naczelnicy lekarze okręgowych inspektoratów SW, dyrektorzy jednostek penitencjarnych, w których funkcjonują oddziały szpitalne, lekarze tam zatrudnieni i przedstawiciele działu penitencjarnego w tych jednostkach. Mimo otrzymanych wstępnych deklaracji uczestnictwa, dzień przed spotkaniem, zaproszeni przedstawiciele Służby Więziennej zrezygnowali z wzięcia w nim udziału. Było to dla mnie i organizatorów webinarium znaczącym doświadczeniem. Ostatecznie w spotkaniu uczestniczył pan płk Włodzimierz Głuch, Dyrektor Biura Penitencjarnego w CZSW.

Zgromadzony w Biurze RPO materiał, tj. sprawozdania z przeprowadzonych przez poszczególnych dyrektorów okręgowych SW postępowań wyjaśniających okoliczności zgonu oraz dokumentacja medyczna zmarłych pacjentów, został poddany analizie i ocenie przez dr Marzenę Ksel-Teleśnicką. Biuro RPO zleciło doktor Marzenie Ksel – Teleśnickiej przedmiotową analizę ze względu na jej wykształcenie, doświadczenie w pracy w Służbie Więziennej i liczne wizytacje, jakie przeprowadziła w ramach Europejskiego Komitetu do spraw Zapobiegania Torturom (CPT) w państwach członkowskich Rady Europy, gdy była przedstawicielem Polski w tym Komitecie i

² Wyrok ETPC z dnia 9 grudnia 2008 r. w sprawie Dzieciak przeciwko Polsce, skarga nr 77766/01.

Pierwszą Jego Wiceprzewodniczącą. Jej wnioski płynące z tej kwerendy zostały przedstawione w trakcie debaty.

Całość opracowania przesyłam Panu Dyrektorowi Generalnemu ufając, że zostanie ono poddane wnikliwej analizie. Podkreślenia wymaga bowiem fakt, iż w ocenie naszego eksperta każdy z badanych przypadków kwalifikował się do obligatoryjnego udzielenia przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności w myśl art. 153 § 1 k.k.w. w związku z art. 150 § 1 k.k.w., a w przypadku tymczasowo aresztowanego do uchylenia aresztu ze względów humanitarnych.

W przypadku osób ciężko chorych istotnym jest również, czy w trakcie pobytu w izolacji więziennej przebywają oni w odpowiednich, dostosowanych do ich potrzeb, warunkach bytowych. Przedstawione w trakcie debaty indywidualne przypadki osób ciężko chorych pokazują, że w sytuacji, w której osoby te umieszczane są w zwykłych oddziałach mieszkalnych, nie mają zapewnionej właściwej opieki. Potwierdzeniem tego jest historia osadzonego, ze sparaliżowaną całą lewą częścią ciała, który przebywał w celi wieloosobowej. W trakcie rozmowy z przedstawicielami Rzecznika wychowawca osadzonego wyjaśnił, że wyznaczono opiekunów do pomocy osadzonemu. Ich zadania miały ograniczać się do zrobienia herbaty, podania obiadu, poprawienia poduszki. Nie mogli jednak wykonywać czynności, które związane były ze sferą intymności chorego, takich jak mycie, zmiana pieluch jednorazowych, pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych. Na pytanie, kto miał to robić, moi współpracownicy nie otrzymali odpowiedzi.

Stwierdzić zatem należy, że jeśli chory w stanie paliatywnym, z różnych przyczyn musi pozostać w więzieniu, to powinien przebywać w szpitalu, a co najmniej w izbie chorych. Chorem należy zapewnić godne warunki pobytu. W takiej sytuacji Służba Więzienna powinna opracować system nadzoru medycznego nad chorem i procedur dotyczących zapewnienia mu całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.. Niedopuszczalne jest, by ciężar odpowiedzialności za chorego spoczywał na współwięźniach. Stałą opiekę nad chorem pacjentem powinien sprawować personel medyczny.

Wychowawcy i psychologowie powinni natomiast łagodzić cierpienia psychiczne i duchowe ciężko chorego więźnia. Tymczasem, analiza treści notatek wychowawców i psychologów z rozmów ze skazanymi uwidacznia problem braku przygotowania kadry penitencjarnej do pracy z osobami ciężko chorymi. Przedstawione w wystąpieniu z dnia 22 marca 2019 r. przykłady nieadekwatnych działań kadry penitencjarnej w stosunku do osób będących w stanie paliatywnym zostały również przywołane w trakcie trwania debaty.

Wystąpienie wysłuchali obecni na spotkaniu: Naczelnny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego, prawnicy, sędziowie penitencjarni oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych. Zebrani goście zgodni byli co do tego, iż chorzy w stanie

paliatywnym nie powinni przebywać w izolacji więziennej. Natomiast do czasu zwolnienia winni mieć zapewnioną właściwą opiekę medyczną i odpowiednie warunki bytowe.

Obecni na spotkaniu lekarze podnosili, że nie można mówić o właściwej opiece nad osobą ciężko chorą, jeżeli przebywa ona w jednostce, w której nie ma zapewnionej całodobowej opieki medycznej. A dzieje się tak niejednokrotnie, ponieważ liczba miejsc w szpitalach więziennych jest niewystarczająca.

Sędziowie penitencjarni, dzieląc się swoimi obserwacjami, wskazywali, że do szpitali więziennych często przywożeni są chorzy będący już w tak bardzo ciężkim stanie, że umierają zanim zostanie zakończona procedura udzielenia przerwy w wykonywaniu kary. Sygnalizowali również systemowy problem z umieszczaniem chorych w hospicjach czy zakładach leczniczo-opiekuńczych.

Głos środowiska naukowego wskazywał, że omówione w trakcie spotkania indywidualne przypadki osób ciężko chorych, są przykładem sytuacji, w której państwo polskie narusza art. 3 EKPC zakazujący tortur i niehumanitarnego traktowania. Skazani w stanie terminalnym nie mogą przebywać w celach wieloosobowych, pozbawieni pomocy ze strony administracji więziennej i zdani na pomoc współosadzonych, dla których opieka nad ciężko chorym oraz bycie świadkiem ich cierpienia i powolnej śmierci, jest traumatycznym przeżyciem. Dlatego też w każdym przypadku osób w stanie terminalnym, mających wsparcie w rodzinie, Służba Więzienna powinna korzystać z przewidzianych prawem procedur, pozwalających na powrót umierającego więźnia do bliskich.

Pozbawienie wolności może skończyć się naturalną śmiercią skazanego długo zmagającego się z ciężką chorobą, jednakże przypadki te powinny być wyjątkowe i dotyczyć jedynie osób bezdomnych, samotnych. W takim przypadku koniecznym jest zapewnienie tym osobom warunków godnego umierania, a opieka paliatywna musi mieć charakter zinstytucjonalizowany, jak to ma miejsce w oddziale szpitalnym dla przewlekle chorych w Zakładzie Karnym w Czarnem. Zobowiązani zatem jesteśmy do podjęcia takich działań, które doprowadzą do wypracowania właściwego modelu postępowania z osadzonymi w stanie terminalnym, których miejscem umierania jest więzienie.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 627), uprzejmie proszę Pana Dyrektora Generalnego o poinformowanie, czy została przeprowadzona zapowiadana analiza sytuacji osób ciężko chorych przebywających w jednostkach penitencjarnych, a jeśli tak, proszę o wskazanie, jakie problemy w tym zakresie zidentyfikowała Służba Więzienna.

Z uwagi na wagę sprawy proszę również o podzielenie się refleksjami wynikającymi z opracowania przygotowanego przez dr Marzenę Ksel-Teleśnicką oraz przedstawienie ewentualnych

kierunków działań, zmierzających do wypracowania rozwiązań organizacyjnych, które będą lepiej chroniły prawa grupy więźniów, której dotyczyło badanie.

Ponadto, widząc potrzebę kontynuowania tego tematu, pragnę zaprosić przedstawicieli Biura Służby Zdrowia i Biura Penitencjarnego w CZSW do dalszej dyskusji. Uważam, że w tej debacie nie możemy pominąć regulacji wprowadzonych w życie dnia 1 lipca 2015 r. Zobowiązują one Służbę Więzienną do przyjmowania do aresztu śledczego lub zakładu karnego osoby, która jest ciężko chora. Stanowi o tym rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności³. W myśl tych przepisów każda tymczasowo aresztowana albo skazana osoba, choćby nawet była w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, musi być najpierw przyjęta do jednostki penitencjarnej, by dopiero później móc mieć zapewnioną odpowiednią opiekę lekarską⁴.

Centralny Zarząd Służby Więziennej, w toku prowadzonych w kwietniu 2015 r. prac legislacyjnych nad rozporządzeniem, zgłosił szereg uwag do projektu w wersji przedstawionej do konsultacji przez Departament Legislacyjny Ministerstwa Sprawiedliwości. Opinią Służby Więziennej nie wzięto jednak pod uwagę i w obecnym stanie prawnym do jednostek penitencjarnych, nawet tych, które nie mają zaplecza medycznego, są przyjmowane osoby wymagające zapewnienia natychmiastowego leczenia szpitalnego ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia. Czas pokazał, że Państwa obawy, w związku z wprowadzeniem w życie przepisu § 35 ust. 1 rozporządzenia, były uzasadnione.

Zaniepokojenie wprowadzonymi zmianami w omawianym zakresie sygnalizował Panu Dyrektorowi Generalnemu mój były Zastępca, pan Krzysztof Olkowicz, w 2016 r.⁵. W mojej ocenie sprawa ta jest nadal aktualna. Z pisma pana płk. Grzegorza Federowicza⁶ wynika, że Służba Więzienna wciąż widzi potrzebę nowelizacji ww. rozporządzenia. Zmiana przedmiotowych przepisów to jedno z rozwiązań, które będzie zapobiegać umieszczaniu w jednostkach penitencjarnych osób w ciężkim stanie zdrowia, a tym samym oddalać niebezpieczeństwo naruszenia fundamentalnych praw konstytucyjnych: prawa do ochrony zdrowia i życia oraz prawa do wolności od nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.

Wyrażam nadzieję, że w otwartej i życzliwej atmosferze, doprowadzimy do wypracowania rozwiązań zgłoszonych problemów. Zwracam się zatem do Pana Dyrektora Generalnego z uprzejmą

³ Tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 869.

⁴ § 35 ust. 1 rozporządzenia

⁵ Pismo z dnia 1 marca 2016 r., IX.517.2.2015.

⁶ Pismo z dnia 8 maja 2019 r., BSZ.055.3.2019.AP.

prośbą o wyznaczenie dogodnego dla Państwa terminu spotkania w gronie przedstawicieli CZSW oraz pracowników Biura RPO.

Zał. opracowanie.

Z poważaniem

Adam Bodnar

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-podpisano elektronicznie/

Marzena Ksel-Teleśnicka

Analiza 10 przypadków zgonów osób pozbawionych wolności w szpitalach przywięziennych w latach 2019-2020

Wprowadzenie

Pozbawienie wolności to obecnie najostrzejsza kara przewidziana w systemie prawnym w Polsce. W ostatnich dziesięciu latach obserwujemy systematyczny spadek liczby osób pozbawionych wolności, a mimo tego z danych publikowanych przez Centralny Zarząd Służby Więziennej¹ wynika, że wzrosła liczba zgonów skazanych oraz towarzyszy temu zjawisku znaczne zmniejszenie liczby udzielanych przerw w wykonaniu kary pozbawienia wolności.

Jednym z powodów zwiększenia liczby zgonów z przyczyn naturalnych, może jak się wydaje być zaniechanie stosowania art. 153 k.k.w. w zw. z art. 150 k.k.w., pozwalającego na udzielenie przerwy w karze z powodu ciężkiej choroby, uniemożliwiającej jej wykonanie.

Analizie poddano materiały dotyczące 10 wybranych przypadków zgonów zaistniałych z przyczyn naturalnych w jednostkach penitencjarnych w latach 2019 – 2020: sprawozdania z postępowań wyjaśniających przeprowadzonych w związku z zaistnieniem zdarzenia nadzwyczajnego, jakim w każdym przypadku jest zgon osoby pozbawionej wolności oraz

¹ <https://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna>.

dokumentację medyczną. Zapoznano się również z kilkoma postanowieniami sądów penitencjarnych o odmowie udzielania skazanemu przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności.

W niniejszej pracy przedstawiono wyniki przedmiotowej analizy, a także krajowe regulacje prawne oraz standardy międzynarodowe i wyroki Europejskiego Trybunału Praw Człowieka dotyczące analizowanej problematyki.

Dane statystyczne dotyczące zgonów osób pozbawionych wolności

Z przedstawionych w zamieszczonej poniżej tabeli danych można wyciągnąć następujące wnioski. W latach 2009 – 2019, zgodnie ze wspomnianą powyżej statystyką publikowaną na stronach internetowych Centralnego Zarządu Służby Więziennej, średnioroczne zaludnienie jednostek penitencjarnych zmniejsza się systematycznie - w roku 2009 wynosiło 83 384, a w roku 2019 wynosiło 74 564², co oznacza spadek o około 13%. W odniesieniu do populacji osadzonych umieszczanych w jednostkach penitencjarnych przez okres całego roku kalendarzowego, to spadek procentowy pomiędzy rokiem 2009 (177 570) a rokiem 2019 (157 631) jest tylko nieco niższy i wynosi około 11%.

Inaczej przedstawia się sytuacja w problematyce zgonów osób pozbawionych wolności.

W opisywanym okresie liczba zgonów ogółem wrosła ze 125 w roku 2009 do 159 w roku 2019, co daje wzrost o około 27%, a w odniesieniu do zgonów z przyczyn naturalnych ten wzrost jest jeszcze wyższy, bo wynosi ponad 53%, z 84 odnotowanych zgonów w 2009 r. do 129 w 2019 r. Ten wzrost przebiega równolegle ze:

- zmniejszeniem się liczby udzielanych przerw w wykonaniu kary pozbawienia wolności z 2343 w roku 2009 do 916 w roku 2019 – spadek o 60% oraz
- zmniejszeniem liczby zaświadczeń lekarskich wystawianych przez lekarzy zakładów opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności ze wskazaniem „nie może być leczony w zakładzie karnym” – z 1182 w roku 2009 do 538 w roku 2019 - 54% spadek.

² Na dzień 31.12.2020 r. w zakładach karnych i aresztach śledczych przebywało 67894 osoby pozbawione wolności.

Tabela 1. Dane z lat 2009 - 2019 dotyczące zgonów i wydanych świadectw lekarskich osób osadzonych.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Zgon ogółem	125	135	105	107	109	107	105	123	153	171	159
Zgon z naturalnych przyczyn	84	91	102	89	80	75	79	93	124	136	129
Liczba przerw w karze	2337	2322	2343	2252	2185	1980	1930	969	851	918	899
Liczba Świadectw Lekarskich ogółem	11929	10926	10975	11350	11599	10673	11052	10443	10580	10397	10725
Liczba Ś. L. z wnioskiem „nie może być leczony w z.k.*	1182	1215	1268	1537	1524	1508	1714	694	517	485	538
Liczba osadzonych średnia w roku	85384	82863	82558	84399	83898	78087	74814	71456	73807	74097	74564
Liczba całkowita osadzonych**	77570	71814	72.078	73462	72961	63144	53595	49902	55202	51682	57631

*- z.k.: zakład karny

**- to liczba osób pozbawionych wolności na dzień 1 stycznia danego roku plus liczba osób przyjętych do osadzenia, w ciągu całego roku (ang. turn over population)

Podsumowując, porównanie danych statystycznych w latach 2009 – 2019, w tematyce objętej analizą wykazuje, że nastąpiła wyraźna zmiana dotycząca praktyki stosowanej wobec osób pozbawionych wolności w odniesieniu do możliwości uzyskania przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności ze względu na stan zdrowia. Przy porównywalnie takiej samej liczbie świadectw lekarskich wystawianych w ciągu roku, znacznie mniej więźniów uzyskuje opinie, że „nie może być leczona w zakładzie karnym” i w efekcie znacznie więcej z osadzonych umiera podczas wykonywania kary pozbawienia wolności.

Opis poszczególnych przypadków zgonów osób pozbawionych wolności

Informacje dotyczące 10 przypadków zgonów pochodzą z postępowań wyjaśniających okoliczności zgonu jako zdarzenia określanego w pkt. 19 wykazu zdarzeń stanowiących załącznik nr 1 do Zarządzenia nr1/2018 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z 3 stycznia 2018 r. Zespołowi wyjaśniającemu zgodnie z powyższym Zarządzeniem przewodniczył Naczelny Lekarz Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej, na terenie którego doszło do zgonu. Dysponowano również dokumentacją medyczną zmarłych - to jest książeczką zdrowia i/lub historią choroby osoby pozbawionej wolności.

Przypadek 1 - dotyczy pana Z.K., lat 67, zmarłego w dniu 19 lutego 2019 r.

Analizie poddano informacje zawarte w: postępowaniu wyjaśniającym zgon, książeczce zdrowia osadzonego, historii choroby ze szpitala Aresztu Śledczego w Bydgoszczy, notatce służbowej Naczelnego Lekarza OISW w Bydgoszczy oraz w postanowieniach Sądu Okręgowego w Świdnicy oraz Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu.

Skazany na łączny wymiar kary 13 lat pozbawienia wolności z artykułów 280§2; 279§1; 273, 157§1 i 2; 64§1; 270 k.k. oraz art. 62 ust.1 k.k. Pan Z.K. przebywał w warunkach izolacji penitencjarnej od 10.08.2018 r., ostateczny koniec kary 9.10.2020 r.³, był to już kolejny wyrok pozbawienia wolności, a nadana podgrupa to R2/p.

W dniu 8 października 2018 r. sąd penitencjarny odmówił mu udzielenia przerwy w wykonaniu kary, jak podano w uzasadnieniu – „Wniosek nie zasługuje na uwzględnienie. Jednoznaczne w swej treści świadectwo lekarskie nie daje podstaw do przyjęcia, że dobrodziejstwo przerwy w karze zostanie wykorzystane zgodnie z celem tej instytucji”. Pan Z.K. odwołał się od tej decyzji, ale Sąd Apelacyjny we Wrocławiu 21 grudnia 2018 r., postanawia utrzymać w mocy postanowienie sądu penitencjarnego.

³ ZK został skazany na 12 lat i 2 m-ce pobawienia wolności – zaliczono mu okres tymczasowego aresztowania, a później odbywał karę w latach 2005-2015. Po zakończeniu odbywania kary, wpłynął kolejny wyrok 2 lat i wydano wyrok łączny 13 lat pozbawienia wolności i taki wyrok odbywał – dlatego też pozostało mu do odbycia 2 lata. Został przyjęty do zakładu karnego w dniu, w którym mógł się ubiegać o warunkowe przedterminowe zwolnienie.

Nabycie uprawnień do warunkowego przedterminowego zwolnienia to 10 sierpnia 2018 r. Czy pan Z.K. wnioskował o warunkowe przedterminowe zwolnienie - na ten temat w piśmie z Sądu Okręgowego w Świdnicy V Wydział Penitencjarny z dnia 25 listopada 2020 r. do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich stwierdzono, że nie odnotowano wniosku skazanego Z. K. w 2018 r., natomiast w książeczce zdrowia pana Z.K. pod datą 15 stycznia 2019 r. znajduje się wpis: „Na wokandzie dostał skurczu łydki prawej”.

Pozostawał w dobrych relacjach z rodziną – dwie córki i wnuki, był regularnie odwiedzany przez kuzynkę i koleżankę.

Pan Z.K. przed uwięzieniem był hospitalizowany od 7 do 10 sierpnia 2018 r. w Oddziale Chorób Wewnętrznych ZOZ Kłodzko (niestety brak jest karty informacyjnej z tej hospitalizacji), skąd bezpośrednio trafił do ZK Kłodzko.

Badanie wstępne wykonano 13 sierpnia 2018 r., w którym stwierdzono „obecnie bez istotnych dolegliwości, zgłasza bóle głowy, świąd skóry, krążeniowo i oddechowo wyrównany”. Ze względu na liczne schorzenia w wywiadzie lekarz zleca „ustalić konsultacje w oddziale chirurgii naczyniowej w trybie pilnym”.

W opinii lekarskiej z 26 września 2018 r., wydanej przez kierownika ambulatorium Zakładu Karnego w Kłodzku, na wniosek Sądu Okręgowego w Świdnicy (w związku z wnioskiem pana Z.K. o przerwę w wykonaniu kary) rozpoznanie chorób to: Zespół mielodysplastyczny. Niedokrwistość wtórna. Utrwalone migotanie przedsionków. Tętniak aorty brzusznej. Kamica pęcherzyka żółciowego. Kamica nerki lewej. Powiększenie i stłuszczenie wątroby. Uchyłkowatość esicy. Przerost gruczołu krokowego. Sub-kliniczna nadczynność tarczycy. We wnioskach wpisano – może być leczony w zakładzie karnym. W trakcie diagnostyki.

W powyższej opinii o stanie zdrowia brak jest natomiast rozpoznania „Miażdżyca zarostowa kończyn dolnych”, które zostaje postawione dopiero w końcu listopada 2018 r., w trakcie leczenia w cywilnym szpitalu i to schorzenie staje się bezpośrednim powodem pogorszenia się stanu zdrowia pana Z.K. i w ostateczności jego zgonu 19 lutego 2019 r.

W przeciągu niespełna 6 miesięcy uwięzienia pan Z.K. jest wielokrotnie hospitalizowany w cywilnym szpitalu w Kłodzku z powodu narastającej niedokrwistości (poziom Hemoglobiny spadał do 6- 6,3g/dl), wymagającej przetoczeń krwi. Pacjent odmówił jednak poddania się transfuzji krwi.

W dniach 4-8 lutego 2019 r. leczony szpitalnie w specjalistycznym Centrum Medycznym w Polanicy Zdroju z powodu krytycznego niedokrwienia kończyny dolnej prawej,

wymagającej doraźnego zabiegu operacyjnego, uzyskano poprawę ukrwienia kończyny, wypisany 8 lutego o godzinie 9.00, jak zapisano w karcie informacyjnej, z poprawą w stanie dobrym.

Pan Z.K. 8 lutego 2019 r. został przetransportowany do szpitala w Areszcie Śledczym w Bydgoszcy, tam przy przyjęciu o godz. 21.00, po 12 godzinach transportu, nie stwierdzono tętna po operowanej stronie na tętnicy grzbietowej stopy.

Co się następnie działo z pacjentem w kolejnych dwóch dniach hospitalizacji tj. 9 i 10 lutego – nie wiadomo, bo brak jest wpisów w historii choroby, kolejny zapis z 11 lutego 2019 r. mówi o tym, że pacjent jest przygotowany do amputacji kończyny dolnej. Po konsultacji anestezyjologicznej podjęto próbę skierowania pacjenta do leczenia w cywilnej placówce zdrowia – ale został on odesłany 12 lutego 2019 r. ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszcy, z powodu braku miejsca w Oddziale Chirurgii i Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz z powodu braku uzgodnienia takiego przyjęcia. Amputację kończyny dolnej prawej na poziomie uda przeprowadzono dopiero (bo zgodnie z wpisami w historii choroby decyzję o konieczności amputacji podjęto 11 lutego) 15 lutego 2019 r., w szpitalu Aresztu Śledczego w Bydgoszcy.

Po zabiegu stan pacjenta początkowo się poprawił, ale 18 lutego 2019 r. w godzinach wieczornych wystąpiło pogorszenie wraz z zatrzymaniem krążenia i niewydolnością wielonarządową. Podjęto akcję resuscytacyjną, która początkowo przyniosła dobry skutek, ale nastąpiło kolejne zatrzymanie krążenia i po nieskutecznej kolejnej próbie resuscytacji stwierdzono zgon.

Należy dodać, że od dnia operacji do dnia śmierci, pan Z. K. przebywał w celi nr 118 wraz z czterema innymi osadzonymi, i jak wynika z materiałów postępowania wyjaśniającego – „w dniu 19.02.2019 r. o godzinie 22.12 podczas kontroli zachowania osadzonych funkcjonariusz ochrony zauważył, że pan Z.K się nie porusza i wtedy wezwał współosadzonych, aby pospieszili zobaczyć co się dzieje, jeden z osadzonych stwierdził, że pan Z.K. nie daje oznak życia”.

Prokuratura Rejonowa Bydgoszcz Południe zdecydowała o przeprowadzeniu sądowej sekcji zwłok, w wyniku której stwierdzono, że zgon nastąpił w wyniku niewydolności krążeniowo - oddechowej z obrzękiem płuc, która wystąpiła na podłożu samoistnych schorzeń układu krwiotwórczego i sercowo-naczyniowego. W dniu 28.08.2019 r. śledztwo w sprawie nieumyślnego spowodowania śmierci zostało umorzone.

Pytania nasuwające się po analizie całości dokumentacji dotyczącej zgonu pana Z.K. to:

- czy w rzeczywistości stan zdrowia pana Z.K., zwłaszcza w okresie od listopada 2018 r., kiedy niedokrwienie stopy prawej zaczęło się manifestować klinicznie, odpowiadał możliwościom opieki świadczonej przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności?
- kto i w oparciu o jakie przesłanki zdecydował o przetransportowaniu pana Z.K., będącego w stanie zdrowienia po trombektomii (zabieg usunięcia skrzepliny z naczynia) ze szpitala w Polanicy Zdroju do Bydgoszczy, narażając go na 12-godzinną podróż, nadto brak jest informacji o rodzaju środka transportu, który użyto?
- czy szpital Aresztu Śledczego w Bydgoszczy zapewnia równoważną, pod względem poziomu opiekę medyczną, w porównaniu do placówek cywilnych, pozostawiając pacjenta po zabiegu operacyjnym z towarzyszącymi ciężkimi chorobami w celi pozbawionej bezpośredniej obserwacji personelu medycznego?
- czy pan Z.K. miał większe szanse na pozostanie przy życiu, gdyby był leczony w ośrodku o „wyższej referencyjności, przede wszystkim celem zabezpieczenia monitorowania na okres pooperacyjny” przytaczając sformułowanie Naczelnej Lekarskiej Izby w Bydgoszczy?
- dlaczego w odpowiednim czasie lekarze SW nie zawiadomili sąd penitencjarny o znacznym pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta?

Przypadek 2 - dotyczy pana J.W., lat 73, zmarłego 11 marca 2019 r.

Skazany na łączny wymiar kary 4 lat pozbawienia wolności za czyny z art. 178a§1, art. 177§2, art. 162§1 k.k., przebywał w uwięzieniu od 28 sierpnia 2016 r., koniec kary obliczono na 25 sierpnia 2020 r. Analizę przeprowadzono w oparciu o informacje zawarte w opinii Naczelnego Lekarza OISW w Łodzi, dane z historii choroby szpitala ZK Nr 2 w Łodzi oraz informacje z niekompletnej książeczki zdrowia (od grudnia 2018 roku). Nie dysponowano postępowaniem wyjaśniającym zdarzenie oraz informacją o postępowaniu prokuratury po zgonie skazanego i czy wykonywano sekcję zwłok.

Była to pierwsza kara pozbawienia wolności pana J.W., a mimo to Sąd Okręgowy w Sieradzu odmówił mu udzielenia przedterminowego zwolnienia, z uwagi na „negatywną

prognozę społeczno-kryminologiczną”. Jest to o tyle niepokojące, że pan J.W. swój wniosek z 25 września 2018 r. o warunkowe przedterminowe zwolnienie motywuje między innymi „poważnym stanem zdrowia, stanowiącym uciążliwość dla współosadzonych, jak i dla niego samego”, a także prosi sąd o zasięgnięcie opinii o stanie jego zdrowia w zakładzie karnym.

W dokumentach dotyczących warunkowego przedterminowego zwolnienia pana J.W. – to jest w opinii zakładu karnego (negatywnej co do wniosku, brak jest informacji na temat stanu zdrowia) oraz w protokole z posiedzenia sądu z 28 stycznia 2019 r. i w postanowieniu o odmowie warunkowego przedterminowego zwolnienia, brak jest informacji, czy sąd wiedział o chorobie nowotworowej pana J.W., rozpoznanej dwa lata wcześniej, u którego już zastosowano bez powodzenia chemioterapię i że został on zdyskwalifikowany od dalszego leczenia onkologicznego. Co więcej w protokole z posiedzenia sądu wpisano, jakoby pan W.J. stwierdził „dość dobry jest stan mojego zdrowia, od czasu do czasu mam kaszel” - więc albo nie wiedział o złym rokowaniu albo nie zdawał sobie z tego sprawy. Odnotować też trzeba, że w posiedzeniu sądu w sprawie warunkowego przedterminowego zwolnienia pan W.J. był reprezentowany przez adwokata „z urzędu” który (literalnie) poza „popieraniem” wniosku klienta, zwraca się jedynie o zasądzenie kosztów obrony.

Pan J.W. utrzymywał korespondencyjne kontakty z ciotką i siostrzeńcem.

Guzowatą zmianę we wnętrzu płuca lewego stwierdzono u niego już w styczniu 2017 r. (jak wynika z załączonej kopii wyniku badania radiologicznego klatki piersiowej), a rozpoznanie nieoperacyjnego raka płuca lewego postawiono w marcu 2017 r. (brak jest informacji, gdzie i jak do tego doszło). W trakcie odbywania kary pozbawienia wolności w zakładzie karnym w Sieradzu, zakwalifikowany do leczenia chemioterapią, ale jak wynika z późniejszych wpisów w dokumentacji medycznej, ze względu na brak poprawy pan J.W., został zdyskwalifikowany od dalszego leczenia onkologicznego.

Do Oddziału wieloprofilowego Szpitala Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi został przewieziony 8 lutego 2019 r. (czyli 10 dni po omawianym uprzednio posiedzeniu sądu w sprawie w.p.z.), z powodu postępującego wyniszczenia organizmu spowodowanego chorobą nowotworową.

Zmarł w celi o wzmożonym, stałym dozorcze pielęgniarskim, ze względu na zaawansowany przebieg choroby nowotworowej. Odstąpiono od czynności resuscytacyjnych.

Wiadomo jest także, że „nie sporządzano wobec niego opinii lekarskiej do sądu w sprawie ubiegania się o udzielenie przerwy w karze ze względu na stan zdrowia.”

Bez wątplenia pan J.W. cierpiął na nieuleczalną chorobę, ale pytanie **czy zdawał sobie sprawę z bardzo ciężkiego, nierokującego poprawy stanu swojego zdrowia, pozostaje bez odpowiedzi.**

Bez odpowiedzi pozostaje także pytanie, **czy personel medyczny poinformował sąd penitencjarny o terminalnym stanie zdrowia pana J.W.**

Odrębnym pytaniem, niezwiązanym bezpośrednio ze stanem zdrowia pana J.W. jest - **jaką korzyść odniósł pan J. W. z tak wykonywanej wobec niego pomocy prawnej, jak przytoczono w wyżej wspomnianym protokole z posiedzenia sądu w sprawie warunkowego przedterminowego zwolnienia?**

Przypadek 3 - dotyczy pana M.K., lat 62, zmarłego 13 marca 2019 r.

Analizowano informacje zawarte w sprawozdaniu z czynności wyjaśniających okoliczności zgonu, w licznych kartach informacyjnych z pobyków szpitalnych w latach 2017 – 2018, w historii choroby z pobytu szpitalnego w oddziale wieloprofilowym szpitala Aresztu Śledczego w Gdańsku oraz w części książeczki zdrowia osadzonego od roku 2017⁴, tj. od czasu postawienia diagnozy nowotworu płuca prawego z przerzutami do węzłów chłonnych.

Skazany na karę pozbawienia wolności 1 roku i 6 miesięcy w związku z popełnieniem czynów z art. 208, 60§2, 61 k.k., na karę 25 lat pozbawienia wolności w związku z popełnieniem czynu z art.148§1, 60§2, 210§1, 208, 205§1 k.k. oraz na karę 6 miesięcy pozbawienia wolności w związku z popełnieniem czynu określonego w art. 233§1 k.k. W izolacji więziennej przebywał od 4 lipca 1994 r., koniec kary obliczono na 27 marca 2020 r. uprawnienie do w.p.z. po 15 latach przypadało na 5 kwietnia 2008 r; była to dziewiąta kara pozbawienia wolności.

Przez ostatnie lata nie był przez nikogo odwiedzany.

Rozpoznanie raka płaskonabłonkowego płuca prawego postawiono w marcu 2017 r., w cywilnym szpitalu specjalistycznym w Prabutach, w stadium nieoperacyjnym. W okresie od marca 2017 r. do stycznia 2019 r. – pan M.K. był 15 razy krótkotrwanie hospitalizowany w ww. szpitalu w związku ze stosowaną chemioterapią paliatywną.

⁴ Brak książeczki zdrowia od przyjęcia do więzienia w 1994r. do roku 2017.

Do szpitala przy Areszcie Śledczym w Gdańsku został przewieziony w dniu 30 stycznia 2019 r. w celu leczenia objawowego i opieki hospicyjnej (jak podano w epikryzie karty informacyjnej)

Zgon pana M.K. 13 marca 2020 r. w celi nr 112 oddziału wieloprofilowego, w której przebywał razem z innym więźniem. Nie podejmowano akcji resuscytacyjnej z powodu rozległej choroby nowotworowej. Prokuratura nie prowadziła postępowania w związku ze zgonem pana M.K. W dostępnej dokumentacji medycznej brak jest informacji, aby lekarze wydawali opinię lekarską lub informowali sąd penitencjarny o systematycznym pogarszaniu się stanu zdrowia pana M.K. i możliwości zgonu w nieodległym okresie czasu?

Koniecznym ponadto wydaje się być postawienie następującego pytania:

- jak to się stało, że pacjentowi, będącemu pod opieką więziennej służby zdrowia, gdzie zgodnie z przepisami⁵, obowiązkiem jest wykonanie badania radiologicznego klatki piersiowej raz na 24 miesiące – postawienie rozpoznania nowotworu płuca nastąpiło z takim opóźnieniem, że zmianę nowotworową wykryto dopiero w stadium nieoperacyjnym?

Przypadek 4 - dotyczy pana J.S., lat 63, zmarłego 17 marca 2019 r.

Analizę przeprowadzono na podstawie sprawozdania z postępowania wyjaśniającego, książeczki zdrowia osadzonego oraz historii choroby ze Szpitala Zakładu Karnego w Łodzi. W izolacji więziennej przebywał od 18 października 2018 r.. Odbycwał karę 6 miesięcy pozbawienia wolności oraz 10 dni zastępczej kary pozbawienia wolności (brak informacji o artykułach kodeksu karnego). Koniec kary obliczono na 23 kwietnia 2019 r. Utrzymywał kontakt korespondencyjny z siostrą, nikt go nie odwiedzał.

Pan J.S. od przyjęcia do jednostki penitencjarnej niesamodzielny, poruszający się na wózku inwalidzkim, wymagający stałej opieki osób trzecich, ze względu na utrwalone przykurcze w stawach biodrowych, kolanowych i skokowych z powodu niechodzenia, po przebytych złamaniu podudzia prawego w styczniu 2018 r. Odbycwał karę w Areszcie Śledczym

⁵ §4.2 i §5.1 Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 roku w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności.

w Warszawie-Białołęce, a 21 lutego 2019 r. został przetransportowany do oddziału wieloprofilowego szpitala Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi.

Rozpoznanie raka płaskonabłonkowego płuca prawego w stanie zaawansowanym zostało postawione po przyjęciu do Aresztu Śledczego w Warszawie Białołęce w listopadzie 2018 r. Pan J.S. został zakwalifikowany do paliatywnej radioterapii. Zabieg paliatywnej radioterapii wykonano w trybie ambulatoryjnym w Centrum Onkologii w Warszawie w dniach od 14 do 18 stycznia 2019 r.

Stan ogólny pana J.S. ulegał stopniowemu pogorszeniu i dlatego został przetransportowany do szpitala ZK Nr 2 w Łodzi, gdzie przebywał od 21 lutego 2019 r. do 16 marca 2019 r. w sali ogólnej. Do sali intensywnego nadzoru pielęgniarskiego został przeniesiony na dobę przed zgonem.

Jak wynika z załączonej dokumentacji medycznej, leczenie przeciwbólowe włączono 1 marca 2019 r., mimo że w codziennych wpisach dotyczących przebiegu choroby brak jest informacji dotyczący zgłaszania przez pana J.S. jakichkolwiek dolegliwości, w tym bólowych.

Akcji resuscytacyjnej nie podejmowano ze względu na zaawansowaną chorobę nowotworową.

Prokuratura Rejonowa zdecydowała o przeprowadzeniu sekcji sądowo-lekarskiej, w wyniku której stwierdzono, że przyczyną zgonu była niewydolność krążeniowo-oddechowa w przebiegu choroby nowotworowej płuc. W dniu 30 kwietnia 2019 r. umorzyła postępowanie w sprawie nieumyślnego spowodowania śmierci.

W analizowanym materiale brak jest informacji o tym, że pan J.S. został poinformowany o zaawansowaniu, a właściwie terminalnym stanie jego choroby oraz czy został w ostatnich dniach swojego życia otoczony opieką psychologiczną.

Brak jest również informacji, czy o terminalnym stanie zdrowia osadzonego został poinformowany sąd penitencjarny.

Przypadek 5 – dotyczy pana A.M., lat 52, zmarłego 6 czerwca 2019 r.

Analizie poddano informacje zawarte w sprawozdaniu z czynności wyjaśniających okoliczności zgonu, w książeczce zdrowia osadzonego i w kartach informacyjnych z pobytów szpitalnych oraz historii choroby z pobytu w oddziale wieloprofilowym Szpitala AŚ w Gdańsku.

Skazany na 2 lata i 10 miesięcy pozbawienia wolności w związku z popełnieniem czynów określonych w art. 197§1, 11§2, 13§1, 46§1, 280§1 i 64§2 k.k.

W izolacji więziennej od 7 lipca 2017 r., koniec kary obliczono na 6 maja 2020 r., uprawnienia do w.p.z. 25 sierpnia.2019 r., była to już 7 kara pozbawienia wolności.

Utrzymywał telefoniczny kontakt z ojcem.

Karę odbywał początkowo w AŚ Suwałki, a następnie w AŚ Białystok, a 15 lutego 2019 r. został przetransportowany do oddziału wieloprofilowego Aresztu Śledczego w Gdańsku w związku z zaawansowaną chorobą nowotworową.

Rozpoznanie guza nerki lewej oraz przerzutów do płuc postawiono w trakcie pobytu w Areszcie Śledczym w Białymstoku we wrześniu 2018 r. i podczas hospitalizacji w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku, gdzie wykonano zabieg usunięcia nerki lewej. Pan A.M. pozostawał w kontroli onkologicznej i z powodu nagłego osłabienia kończyn i bólów głowy, ponownie hospitalizowany w ww. szpitalu w dniach 7 – 15 lutego 2019 r., gdzie zdiagnozowano przerzuty nowotworowe do mózgu, nerki prawej oraz ekspansje przerzutów w płucach. **Po przyjęciu do szpitala w Gdańsku przebywał w celi ogólnej, a w związku z pogorszeniem stanu zdrowia został przeniesiony do celi monitorowanej medycznie, ale w dniu śmierci znajdował się w celi dwuosobowej wraz z innym osadzonym. To współosadzony w godzinach wczesnorannych powiadomił funkcjonariusza ochrony o niepokojącym stanie pana A.M., który wezwał personel medyczny. Lekarz po niezwłocznym przybyciu stwierdził stan terminalny, a po około 10 minutach zgon.**

W dniu 6 marca 2019 r. wystawiono opinię o stanie zdrowia pana A.M., opisując pacjenta w przebiegu nieuleczalnej rozsianej choroby nowotworowej, kwalifikowany do leczenia objawowego (szacowany czas przeżycia to kilka miesięcy). Rozpoznanie: C64: nowotwór złośliwy nerki, stan po nefrektomii, rozsiana choroba nowotworowa z przerzutami do mózgu i płuc. Naciek nowotworowy kości potylicy i mięśni karku. Wnioski: Może być leczony w zakładzie karnym. Decyzję o niepodejmowaniu akcji resuscytacyjnej ze względu na zaawansowaną chorobę nowotworową podjęła dyrektor szpitala 24 kwietnia 2019 r., jak podano w sprawozdaniu z czynności wyjaśniających zgon, ale w historii choroby nie znaleziono takiego wpisu.

Prokuratura zdecydowała o odstąpieniu od wykonywania sekcji zwłok, a 31 lipca 2019 r. wydała postanowienie o umorzeniu śledztwa w trybie art. 308 k.p.k.

Natomiast na zlecenie zastępcy Dyrektora Aresztu w Gdańsku, współosadzonego, który towarzyszył panu A.M. w ostatnich chwilach życia, poddano badaniu na obecność alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych.

Przypadek 6 – dotyczy pana A.S., lat 69, zmarłego 19 października 2019 r.

Analizę przeprowadzono w oparciu o sprawozdanie z czynności wyjaśniających przeprowadzonych w związku ze zgonem, notatkę służbową Naczelnego Lekarza OISW w Katowicach, książeczką zdrowia skazanego oraz historię choroby z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Aresztu Śledczego w Bytomiu.

W izolacji więziennej od 5 marca 2001 r. Skazany na 25 lat pozbawienia wolności w związku z popełnieniem czynów określonych w art. 148§2 pkt 1, 64§1, 164§1, 157§1 k.k. Koniec kary obliczono na 27 lutego 2026 r., uprzednio 10 pobyków w izolacji więziennej.

Nie ma wiadomości, czy i z kim z rodziny utrzymywał kontakty, poza prośbą pana A.S. z 8 września 2015 r. do Dyrektora Zakładu w Strzelcach Opolskich o wyrażenie zgody na dostarczanie mu przez rodzinę witamin, która to prośba została zaopiniowana przez lekarza zakładu karnego negatywnie.

Karę odbywał w głównej mierze w Zakładzie Karnym Nr 2 w Strzelcach Opolskich. Podczas uwięzienia leczony z powodu krwawień z przewodu pokarmowego z następującą niedokrwistością. W roku 2016 przeszedł wieloogniskowy niedokrwienny udar lewej półkuli mózgu. Wpisy w książce zdrowia osadzonego dość regularne, są prawie nieobecne w latach 2016 – 2018, mimo że w tych latach oprócz wymienionego powyżej udaru niedokrwiennego, był parokrotnie hospitalizowany z powodu krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Brak jest informacji o tym, czy w roku 2018 pan A.S. miał wykonane badanie radiologiczne klatki piersiowej (w badaniu 16 października 2019 r. stwierdzono: „drobne zmiany włókniste w lewym środkowym polu płucnym z owalnym przejaśnieniem o średnicy 14 mm. w różnicowaniu „jamka” rozpadowa”, a poprzednie badanie wykonano, jak się wydaje, 29 maja 2017 r., które nie wykazywało zmian patologicznych).

W sierpniu 2019 r. pan A.S. zgłasza się z powodu dolegliwości bólowych w okolicy uda prawego, badania wykazują guza uda prawego o typie fibrolipoma. Stwierdzono pogorszenie stanu ogólnego, wyniszczenie i odleżyny. Hospitalizowany w dniach 14-18 października 2019 r.

w Oddziale Wewnętrznym Szpitala w Strzelcach Opolskich, wypisany z rozpoznaniem: Wyniszczenie. Podejrzanie rozsiewu nowotworowego. Fibrolipoma uda prawego.

W dniu wypisu z wyżej wymienionego Oddziału, pan A.S. został przetransportowany do Oddziału Wewnętrznego Szpitala AŚ w Bytomiu, w stanie bardzo ciężkim. Mimo kontynuowanej terapii stan pacjenta ulegał pogorszeniu, a 19 października 2019 r. „ze względu na kłopoty z oddychaniem oddziałowy wezwał pielęgniarkę i lekarza do pacjenta”. Lekarz dyżurny stwierdził zgon i nie podejmował akcji resuscytacyjnej, „ze względu na pewne oznaki śmierci”.

Prokuratura Rejonowa w Bytomiu zleciła sekcję zwłok, w wyniku której stwierdzono: cechy wyniszczenia, miażdżycę uogólnioną tętnic znacznego stopnia, zwłaszcza sercowych, przerost mięśnia sercowego rozstrzeń serca, zmiany podejrzane o nacieczenia nowotworowe w płucach, zmianę guzowatą w dolnej części uda prawego, cechy wodogłowia wewnętrznego, ogniska malacyjne (będące wynikiem martwicy) w mózgu i jako przyczynę zgonu uznając zaawansowane zmiany chorobowe oraz znaczne wyniszczenie ogólne. Prokuratura umorzyła śledztwo w sprawie nieumyślnego spowodowania śmierci.

Po analizie materiałów dotyczących przypadku pana A.S. nasuwają się następujące pytania:

- jak jest to możliwe, by nikt z personelu penitencjarnego lub medycznego w jednostce penitencjarnej „nie zauważył” pogarszania się stanu zdrowia i postępującego wyniszczenia?
- dlaczego pan A.S. nie miał wykonanego zgodnie z przepisami badania radiologicznego klatki piersiowej?

Przypadek 7 – dotyczy pana B.Z. lat 54, zmarłego 24 listopada 2019 r.

Analizie poddano sprawozdanie z postępowania wyjaśniającego okoliczności zgonu, informacje w książeczce zdrowia osadzonego oraz w historii choroby z hospitalizacji w oddziale wieloprofilowym szpitala AŚ w Gdańsku.

Skazany na 26 miesięcy pozbawienia wolności (10 miesięcy + 10 miesięcy +6 miesięcy), w związku z popełnieniem czynów określonych w art. 178a§1, 178a§1,4 242§3 k.k. Podgrupa klasyfikacyjna P1/t.

W izolacji więziennej od 21 stycznia 2015 r., początkowo w AŚ Białystok, a potem w Grądy Woniecko, gdzie przebywał do marca 2015 r. i jak wynika z wpisu w książeczce zdrowia miał udzieloną przerwę w karze pozbawienia wolności.

Utrzymywał kontakt z matką i siostrzenicą, które go odwiedziły w trakcie odbywania kary.

Kolejny wpis w książeczce zdrowia 20 listopada 2018 r., po niepowrocie z przerwy w karze w Zakładzie Karnym w Czerwonym Borze. Wykonane badanie rentgenowskie klatki piersiowej 20 listopada 2018 r. – bez zmian patologicznych. W okresie pobytu w ZK Czerwony Bór miał wystawione dwie opinie lekarskie: pierwszą 4 lutego 2019 r.: aktualnie stan pacjenta dobry. Rozpoznanie Z02.8. Inne badania do celów administracyjnych. Cukrzyca leczona dietą. Nadciśnienie tętnicze. Wnioski: może być leczony w zakładzie karnym, kolejna opinia lekarska datowana na 11 czerwca 2019 r. Wydaje się, że osadzony w obecnym stanie nie powinien odbywać kary pozbawienia wolności z uwagi na konieczność ciągłej opieki osób trzecich w codziennych czynnościach. Rozpoznanie: I69.3 Następstwa zawału mózgu. Wnioski: proszę o wyznaczenie terminu przyjęcia do szpitala.

W tym samym czasie tj. 13 czerwca.2019 r. Dyrektor ZK w Czerwonym Borze skierował do Sekcji Penitencjarnej Sądu Okręgowego w Łomży pismo następującej treści : „*W związku ze stale pogarszającym się stanem zdrowia osadzonego B.Z. syna K. i brakiem możliwości skutecznego leczenia w warunkach więziennych ze względu na postępujące otępienie wywołane zespołem uzależnienia od alkoholu oraz pourazowe i spowodowany tym brak współpracy w procesie leczenia. Mimo, że nie występuje u osadzonego bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia, ale stan jego zdrowia uniemożliwia osiągnięcie celów kary (...). Kara spełnia jedynie cel sprawiedliwościowy i izolacyjny. Wobec powyższego w myśl art. 153 § 2a k.k.w. wnioskuję o udzielenie ww. osadzonemu przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności*”.

Natomiast postanowienie z 25 czerwca 2019 r. ww. sądu odnosi się do wniosku Dyrektora ZK w Czerwonym Borze o wyrażenie zgody na przymusowe leczenie i karmienie skazanego; takiego wniosku Dyrektora w dokumentacji medycznej brak! Sąd wyraził zgodę na

dokonanie koniecznych zabiegów lekarskich wobec skazanego B.Z., w postaci podania płynów drogą parenteralną i żywienia dojelitowego.

W książeczce zdrowia brak jest informacji, czy takie postępowanie wdrożono, ale pan B.Z. został przetransportowany 26 czerwca 2019 r. do szpitala w Areszcie Śledczym w Gdańsku z powodu „osłabienia, nasilenia zaburzeń pamięci i orientacji, niekontrolujący potrzeb fizjologicznych, z utrudnionym kontaktem”. Przy przyjęciu do szpitala lekarz wpisał: pacjent z zespołem otępiennym, bez kontaktu z otoczeniem.

W trakcie pięciu miesięcy hospitalizacji w tym szpitalu stan pana B.Z. ulegał stopniowemu pogorszeniu wraz z rozwojem niewydolności oddechowej. Rozpoznanie ostateczne to: miażdżyca uogólniona. Zespół zależności alkoholowej w wywiadzie. Stan po urazie głowy. Zespół otępienny. Uszkodzenie OUN. Prawostronne zapalenie płuc. Rak płuca z przerzutami do węzłów chłonnych, bez określenia typu histopatologicznego. Nadciśnienie tętnicze. Cukrzyca typu 2.

Pacjent w trakcie pobytu w oddziale wieloprofilowym szpitala AŚ w Gdańsku parokrotnie zmieniał cele, zmarł w celi zakwaterowany z jednym współosadzonym, który był świadkiem zgonu.

Brak jest informacji, czy prokuratura zleciła przeprowadzenie sekcji zwłok.

W odniesieniu do tego przypadku nasuwają się następujące pytania:

- Z jakiego powodu pan Z.B. miał udzieloną przerwę w karze w 2015 roku?
- Dlaczego pacjenta w takim stanie umieszczono z innym osadzonym w celi pozbawionej bezpośredniego nadzoru pielęgniarstwa?

Przypadek 8 dotyczy pana J.S., lat 64, zmarłego 20 stycznia 2020 r.

Analizę przeprowadzono na podstawie sprawozdania z postępowania wyjaśniającego sprawę zgonu, informacji zawartych w książeczce zdrowia i historii choroby.

Skazany na 9 lat pozbawienia wolności w związku z popełnieniem czynów określonych w art.178a§1 i 4, 156§1, 244, 148§1, 13§1, 14§1, 11§2 i 3, 91§1 k.k.

W izolacji więziennej od 5 listopada 2014 r., koniec kary obliczono na 29 marca 2023 r., była to jego pierwsza kara pozbawienia wolności. Utrzymywał kontakt ze szwagierką.

Zmianę w płucu lewym („miętko-tkankowe guzkowe zacinienie śr.10 mm”) stwierdzono w badaniu radiologicznym klatki piersiowej 7 listopada 2014 r. (badanie przy przyjęciu do jednostki penitencjarnej). Konsultowany dopiero po 3 miesiącach tj. 30 stycznia 2015 r. – zlecono badanie bakteriologiczne płwociny w kierunku gruźlicy. Rozpoznanie: „obserwacja płuca lewego”.

Wykonane 2 lutego 2015 r. badanie bakteriologiczne płwociny, prątków nie wyhodowano i na tym poprzestano.

Kolejne badanie radiologiczne klatki piersiowej wykonano 26 stycznia 2017 r., zaobserwowano progresję zmiany w płucu lewym. Konsultacja ftyzjatryczna 10 lutego 2017 r. – u tego samego lekarza – zalecenia jak i rozpoznanie identyczne jak w roku 2015.

Następne badanie radiologiczne przeprowadzono dopiero 22 sierpnia 2019 r. (z powodu złego samopoczucia, kaszlu, temperatury i bóli w klatce piersiowej po stronie lewej), wykazało obecność guza w płucu lewym o wymiarach 7,5cmx6,5cmx5cm, naciekający i przekraczający ścianę klatki piersiowej z penetracją do dołu pachowego na głębokość 2 cm.

Leczony w dniach od 18-24 września .2019 r. w oddziale Chorób Płuc w specjalistycznym szpitalu w Częstochowie – tam wykonano bronchoskopię, a następnie 27 września 2019 r. pobrano materiał do badania histopatologicznego z biopsji przezskórnej – w wyniku którego zdiagnozowano rak gruczołowo-komórkowy płuca prawego.

24 września 2019 r. został przetransportowany do szpitala w Areszcie Śledczym w Bytomiu. Tam jego stan zdrowia stopniowo ulega pogorszeniu, pojawiają się przerzuty odległe, pacjent poddawany jest paliatywnej radioterapii w Instytucie Onkologii w Gliwicach w okresie od 10 – 30 grudnia 2019 r. Ze względu na dolegliwości bólowe stosowane są różne leki przeciwbólowe oraz przezskórne plastry z Buprenorfiną (narkotyczny środek przeciwbólowy).

W trakcie 4 miesięcy pobytu w szpitalu w Areszcie Śledczym w Bytomiu, trzy razy wydawano opinie o stanie zdrowia osoby pozbawionej wolności. 25 października.2019 r. opinia wystawiona na wniosek Sądu Okręgowego w Częstochowie kończyła się konkluzją:

w trakcie diagnostyki. W dniach 5 grudnia 2019 r. i 7 stycznia 2020 r., opinie⁶ wystawione na wniosek Sądu Okręgowego w Katowicach zakończone tak samo brzmiącym wnioskiem: *może być leczony w zakładzie karnym*.

Zgon nastąpił 20 stycznia 2020 r., w celi wieloosobowej, kiedy to współosadzony zgłosił, że pan J.S. stracił przytomność. Lekarz dyżurny stwierdził brak kontaktu, poszerzone źrenice, ze względu na zaawansowanie stanu nowotworowego nie podejmowano resuscytacji.

Prokurator Rejonowy nie podjął czynności na miejscu zdarzenia, jak i nie zlecił przeprowadzenia sekcji zwłok oraz odmówił wszczęcia śledztwa w sprawie nieumyślnego spowodowania śmierci.

W odniesieniu do tego zgonu konieczne jest zadanie następujących pytań:

- dlaczego pan J.S. nie miał wykonywanych badań klatki piersiowej, zgodnie z przepisami, raz na 24 miesiące?
- dlaczego u mężczyzny palącego przez ponad 40 lat po około 60 papierosów dziennie, przy wykryciu zmiany w płucach nie zlecono badań w kierunku wczesnej diagnostyki nowotworu płuca – który jest w Polsce najczęstszym nowotworem u mężczyzn!
- dlaczego pan J.S. nie był objęty równoważnym do tzw. Zielonej karty DiLO, trybem diagnostyki i leczenia z wystawieniem tzw., która obowiązuje w cywilnej służbie zdrowia od 2015 r.⁷.
- dlaczego lekarz wystawiający opinię o pacjencie w stanie terminalnym/agonalnym nie zawiera tego w wystawianym dokumencie (vide rozpoznanie w odwołaniu nr 7)?

Przypadek 9 – dotyczy pana M.Cz., lat 62, zmarłego 12 maja 2020 r.

Pan M.Cz był tymczasowo aresztowany do dyspozycji Sądu Okręgowego w Olsztynie, w związku z podejrzeniem popełnienia czynu określonego w art. 148§1 k.k. Był to jego

⁶ Jako rozpoznanie wpisano: C34,8: zmiana przekraczająca granice oskrzela i płuca. Guz płuca lewego z naciekaniem ściany klatki piersiowej i dołu pachowego. HP nr 5806/19/ Cellulalae adenocarinomatosae (14.10.2019) Limfadenopatia obwodowa. Niedokrwistość wtórna. Nadpłytkowość. Guzek nadnercza. Cukrzyca niewyrównana.

⁷ Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, potocznie zielona DiLO została wprowadzona 1 stycznia 2015 roku wraz z pakietem onkologicznym – grupa przepisów mających na celu poprawę diagnostyki i usprawnienie leczenia raka w Polsce.

pierwszy pobyt w jednostce penitencjarnej. Analizę tego przypadku wykonano w oparciu o sprawozdanie z czynności wyjaśniających zgon oraz informacje zawarte w książeczce zdrowia osadzonego oraz w historii choroby z leczenia w szpitalu AŚ w Gdańsku.

W izolacji więziennej przebywał od 20 lutego 2019 r., kiedy został doprowadzony do ZK w Barczewie, gdzie przebywał do 18 lipca 2019 r., kiedy to został przetransportowany do szpitala Aresztu Śledczego w Gdańsku w związku z koniecznością diagnostyki trudności w połykaniu i bóli w klatce piersiowej.

Utrzymywał kontakt listowny z żoną.

W dniu przyjęcia do ZK w Barczewie 20 lutego 2019 r., poddany badaniu lekarskiemu, w którym poza zmianami tłuszczowymi nie stwierdzono odchyłeń od normy, waga 79 kg.

Kolejny raz badany 5 marca 2019 r., z powodu bóli w klatce piersiowej, które występowały od 2 tygodni, po posiłku bez związku z wysiłkiem fizycznym - zlecono badanie rentgenowskie odcinka piersiowego kręgosłupa i EKG oraz leczenie typowe dla choroby wrzodowej (Polprazol i Ranigast).

Następne badanie 3 kwietnia 2019 r. – pan M.Cz. nadal zgłasza „ból w rzucie przetyku i po posiłku czkawka – zlecono dietę miksowaną na 30 dni, badanie rtg odcinka piersiowego oraz do rozważenia gastroscopia”.

W dniu 23 kwietnia 2019 r. pan M.Cz. ponownie zgłasza zaparcie, zgagę, bóle za mostkiem po posiłku – zlecono lek na zaparcia (Lactulosum 15ml raz dziennie przez 3dni) oraz gastroskopię.

9 maja 2019 r. lekarz wpisuje – zaparcia, bóle w nadbrzuszu, zaburzenia snu, błądy – zlecono leki na zaparcia (tym razem 3: Parafina, Lactulosum i Bisacodyl przez 5 dni!), Polprazol i Hydroxyzynę oraz badanie analityczne krwi oraz USG jamy brzusznej.

20 maja 2019 r.: „bóle w nadbrzuszu, zaparcia (1x10dni), pije ok. 200ml/dobę!!!, zlecenia Lactulosum 30ml 1 raz przez 5 dni, gastroscopia, proszę wykonać badanie krwi z dn,9/05/19, dieta bogato-resztkowa/3miesiące oraz Polprazol 40mg 2x1tbl, Ranigast 150mg 2x1tbl, Bisacodyl 1x1 czopek APAP 3x1 przez 5 dni. Hydroxyzyna 25mg wieczorem przez 14dni.

Pacjent wyraził zgodę na gastroskopię dokonując wpisu w książeczce zdrowia.

Wykonane 22 maja 2019 r. badanie analityczne krwi nie wykazało odchyłeń od normy poza niskim (na granicy normy) poziomem żelaza.

10 czerwca 2019 r. kolejna wizyta u lekarza, odnotowano wagę – 63kg, „nadal bóle w nadbrzuszu, zaparcia zaburzenia snu”, zlecono gastroskopię, utrzymano leczenie farmakologiczne

26 czerwca 2019 r. waga 60 kg, „od wczoraj wymioty 6 razy wczoraj – treścią przejrzystą bez domieszek patolog. Bez nasilenia bólu brzucha. Zaparcia. Chudnie. Nie gorączkuje. Bez bólu głowy. Stan ogólny dobry. Brzuch miękki, niebolesny, perystaltyka+, bez obj. otrzewnowych, bez cech odwodnienia. Zlecenia: Metoclopropamid 1 ampułka domięśniowo. Jutro kontrolne badanie lekarskie. W razie utrzymywania się wymiotów skierować do SOR. Leczenie farmakologiczne utrzymane”.

Następne badanie dopiero 17 lipca 2019 r., waga 53kg, czyli utrata 26 kilogramów w ciągu 5 miesięcy. Bóle w nadbrzuszu, wymioty (ostatni stolec 7 dni temu). Pacjent skierowany do szpitala AŚ w Gdańsku 18 lipca 2019 r. transportem medycznym.

Rozpoznanie postawiono po wykonaniu 19 lipca 2019 r. badania endoskopowego, stwierdzając: guz przełyku, a w sierpniu po otrzymaniu wyników badań patomorfologicznych pobranych wycinków oraz badania tomografii komputerowej klatki piersiowej i jamy brzusznej, ustalono ostatecznie rozpoznanie – raka płaskonabłonkowego przełyku z przerzutami do płuc i regionalnych węzłów chłonnych.

Konsultowany onkologicznie – podjęto próbę paliatywnej chemioterapii, ale zaprzestano z powodu jej złej tolerancji, trzykrotnie zakładano protezę przełyku (zabieg ten w związku z migracją protezy musiano powtórzyć. Stosowano leki przeciwbólowe (opiaty), leki prokinetyczne, suplementy wysokobiałkowe diety.

W czasie pobytu w szpitalu w Gdańsku dwukrotnie lekarze udzielali informacji dotyczących stanu zdrowia pana M.Cz., raz odpowiadając na zapytanie prokuratury z 18 lipca 2019 r., dotyczące przewidywanej długości leczenia, pismem z 23 lipca 2019 r., stwierdzając, że pacjent jest w trakcie diagnostyki guza przełyku, a przewidywany okres pobytu w szpitalu nie jest możliwy do określenia na obecnym etapie. Drugi raz, w odpowiedzi na zapytanie Sądu Okręgowego w Olsztynie z 28 października 2019 r, odnośnie zdolności do uczestnictwa w rozprawie i schematu leczenia pana M.Cz. , przesłano pismo 4 grudnia 2019 r. z informacją, o „zdiagnozowaniu u pacjenta zaawansowanej choroby nowotworowej przełyku wraz z przerzutami do płuc i węzłów chłonnych, stan ogólny chorego jest średniociężki, pacjent leżący, osłabiony...Stan ten można określić jako terminalny, prowadzone leczenie paliatywne – objawowe, mające jedynie na celu zmniejszenie dolegliwości oraz poprawę komfortu

u schyłku życia – opieka hospicyjna. W związku z powyższym stan jego zdrowia nie pozwala na przeprowadzenie czynności procesowych poza terenem szpitala”.

Stan pana M.Cz. stopniowo przez kolejne pięć miesięcy się pogarszał, 12 maja 2020 r. doszło do zgonu w celi szpitalnej w obecności dwóch współosadzonych, którzy poinformowali, że pan M.Cz. nie daje oznak życia.

Czynności resuscytacyjnych nie podejmowano ze względu na zaawansowaną chorobę nowotworową.

Prokuratora Okręgową w Gdańsku odstąpiła od wykonywania czynności procesowych z udziałem policji oraz prokuratury.

Podstawowym pytaniem odnoszącym się do postępowania leczniczego jest, **dlaczego mimo ewidentnych objawów choroby w zakresie górnego odcinka przewodu pokarmowego w okresie od 23 kwietnia do 17 lipca 2019 w trakcie pobytu w ZK w Barczewie nie wykonano zleconej gastrokopii**⁸. Wyjaśnienie przesłane przez Dyrektora OISW w Olsztynie pismem z 5 sierpnia 2020 r. odnoszące się do tego faktu jest jedynie potwierdzeniem zaniechań i zaniedbań w postępowaniu personelu medycznego ZK w Barczewie, które z bliżej nieznanego powodu nie znalazły odzwierciedlenia w postępowaniu wyjaśniającym zdarzenie zgonu.

Nadto w analizowanej dokumentacji brak jest informacji, czy pan M. Cz. zdawał sobie sprawę z terminalnego stanu swojego zdrowia i czy zwracał się do sądu z wnioskiem o uchylenie tymczasowego aresztowania ze względu na stan zdrowia?

Przypadek 10 – dotyczy pana M.M., lat 65, zmarłego 15 października 2020 r.

Analizie poddano informacje zawarte w: sprawozdaniu z czynności wyjaśniających dotyczących zgonu, dokumentacji medycznej osadzonego oraz dokumentacji sporządzanej przez zespół oddziału terapeutycznego.

Skazany na 3 miesiące pozbawienia wolności w związku z popełnieniem czynów określonych w art. 278§1 i 5 w związku z art. 64§1 k.k. oraz na karę 15 lat pozbawienia wolności za popełnione czyny z art. 148§1 w związku z art. 31§2 k.k.

⁸ Lekarz przyjmujący do szpitala AŚ Gdańsk wpisał w historii choroby między innymi: „leczony objawowo, w kwietniu zalecono do wykonania gastrokopię – bez informacji, dlaczego do dziś nie została wykonana”

W izolacji więziennej od 10 października 2006 r., koniec kary obliczono na 31 grudnia 2021 r. To była już czwarta kara pozbawienia wolności, w trakcie jej odbywania, nie powrócił z 5-dniowej przepustki otrzymanej w celu wzięcia udziału w pogrzebie żony.

Utrzymywał kontakt telefoniczny z córką i siostrą.

Karę odbywał w Zakładach Karnych w Wojkowicach, Nowym Wiśniczu, Cieszynie, a od 5 grudnia 2014 r. przebywał w oddziale terapeutycznym dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo w Zakładzie Karnym Nr 2 w Strzelcach Opolskich. W materiałach z postępowania wyjaśniającego stwierdzono, że **„z uwagi na znaczne zmiany organiczne w ośrodkowym układzie nerwowym, liczne schorzenia oraz utrudniony kontakt, możliwość podejmowania wobec skazanego oddziaływań psycho-korekcyjnych była praktycznie niemożliwa. W oddziale terapeutycznym funkcjonował biernie. Nie potrafił zadbać o swoje podstawowe potrzeby, wymagał opieki osób trzecich – w celi był zakwaterowany m.in. ze współosadzonym przyuczonym do zawodu opiekuna osób starszych, chorych i niepełnosprawnych.”**

Pan M.M. przy przyjęciu do jednostki penitencjarnej w 2006 r. skarżył się na padaczkę pourazową (po wypadku komunikacyjnym w roku 1984 r., przeszedł trepanację czaszki). W trakcie uwięzienia wielokrotnie hospitalizowany w szpitalach więziennych z powodu gromadnych napadów drgawkowych. Od 2011 r. skarżył się na uogólnione osłabienie, drętwienie lewych kończyn, a w kolejnych latach drzenie spoczynkowe. W grudniu 2014 r. został skierowany do Ośrodka Diagnostycznego przy Areszcie Śledczym w Katowicach, gdzie zdiagnozowano zmiany otępienne powodujące dezorganizację życia pana M.M.

W roku 2015 zwracał się o przerwę w karze, jak napisano w sprawozdaniu, ale sąd penitencjarny postanowił o nieudzieleniu przerwy, bo jak wynikało z opinii o stanie zdrowia osoby pozbawionej wolności – pan M.M. *mógł być leczony w zakładzie karnym*, w analizowanej dokumentacji medycznej nie odnaleziono kopii tego świadectwa.⁹

Od 2017 r., kiedy to pojawiły się zaburzenia czynności fizjologicznych pan M.M. został zaopatrzony w pampersy.

⁹ Jedyna kopia świadectwa lekarskiego to z dnia 21.10.2008r. *Z rozpoznaniem Stan po urazie czaszkowo-mózgowym z padaczką pourazową. Zespół zależności alkoholowej. Niedostuch obustronny. Bezzębność. I wnioskiem : może być leczony w zakładzie karnym.*

Mimo dokonania drobiazgowej analizy dokumentacji medycznej jest bardzo trudno odpowiedzieć na pytanie, jaki był rzeczywisty stan zdrowia pana M.M. z powodu nieczytelnych i bardzo lakonicznych wpisów dokonywanych w ambulatorium Zakładu Karnego w Strzelcach.

Dla zobrazowania: w roku 2020 w książeczce zdrowia dokonano pięciu wpisów – trzy identyczne z kontroli psychiatrycznej : F60->F07 F10.2->F19.2->G40. Stłuczenie mózgu w 1983 r., zlecono Symla 50 – 0 -100mg i Dopakina Chrono 1000 -0-1000 na 12 tygodni; oraz dwa wpisy lekarza ogólnego w dniu 19.02.2020 r : źle słyszy i (*nieczytelne 4 słowa*) zlecono Witamina B complex 2x1. I w dniu 4.03.2020 r.: zmiany (*nieczytelne 1 słowo*) stóp, ocieplenie dobre. Skóra bez zmian. Bez leczenia.

Więcej informacji jest zawartych w protokołach z rozmów z panem M.M. przeprowadzonych przez personel oddziału terapeutycznego oraz w ocenach okresowych wystawianych w tym oddziale. Wynika z nich, że w ostatnich latach tj. od 2019 roku „nie potrafił on zadbać o swoje podstawowe potrzeby, wymaga opieki osób trzecich, ponadto „czasem na zadawane pytania odpowiada zgodnie z linią pytań, ale niejednokrotnie nieadekwatnie i nedorzecznie”, a w ostatnim okresie wymagał również karmienia, jak zapisano w raporcie z postępowania wyjaśniającego. W raporcie z ostatniej rozmowy z psychologiem w dniu 12 października 2020 r. wpisano „*Wymaga szczególnego doboru składu osobowego celi, bowiem wymaga nadzoru w codziennym funkcjonowaniu, utrzymaniu właściwej higieny*”.

Pan M.M. zmarł 15 października 2020 r., w trakcie karmienia zupą przez współosadzonego, jak wpisano w sprawozdaniu z czynności wyjaśniających, mimo wdrożonej akcji resuscytacyjnej pierwotnie przez funkcjonariuszy ochrony, a następnie przejętej przez personel medyczny zespołu ratownictwa medycznego (Pogotowie Ratunkowe).

W Karcie medycznych czynności ratunkowych wpisano: pacjent nieprzytomny, bez oznak życia, oddechu, tętna, źrenice szerokie. Z licznymi obciążeniami chorobowymi, kachektyczny (*wyniszczony*), paliatywny, wymagał stałej opieki. Diagnoza: zgon nieoczekiwany.

Ani Policja, ani Prokuratura Rejonowa w Strzelcach Opolskich nie przeprowadzała oględzin zwłok i „wobec braku uzasadnionego podejrzenia spowodowania zgonu w następstwie czynu zabronionego”, Prokuratura odstąpiła od zlecenia sekcji zwłok. Zgon pana M.M, jak to napisano w postępowaniu wyjaśniającym, „nastąpił z przyczyn naturalnych,

ale w związku z odstąpieniem od sekcji, brak jest możliwości ustalenia bezpośredniej przyczyny śmierci”.

Po przeanalizowaniu wszystkich danych odnośnie śmierci pana M.M. pojawiają się następujące pytania:

- jaki był powód kacheksji, czyli wyniszczenia¹⁰, konieczności bycia karmionym przez współosadzonych i dlaczego brak jest jakichkolwiek informacji na ten temat w dokumentacji medycznej?
- czy pan M.M. w związku z występującym u niego otępieniem miał świadomość bycia poddawany karze?
- dlaczego opiekę nad panem M.M. sprawowali współosadzeni i czy tak funkcjonujący system tożsamy dla zakładu opiekuńczo - leczniczego jest oparty o regulacje prawne i równoważny z takimi zakładami w cywilnej służbie zdrowia?
- dlaczego SW nie poinformowała sądu penitencjarnego o pogorszeniu stanu zdrowia?

Analiza materiału

W przedstawionych powyżej informacjach dotyczących 10 zgonów mężczyzn (średnia wieku 63 lata), w większości już odbywających karę pozbawienia wolności (tylko jeden zgon dotyczył mężczyzny tymczasowo aresztowanego), długość kary pozbawienia wolności wahała się od 6 miesięcy do 26 lat, w 6 przypadkach nie była to pierwsza kara uwięzienia.

Odnosząc się do analizowanego materiału pod kątem wykonywania zapisów kodeksu karnego wykonawczego, przede wszystkim artykułu 153 k.k.w. w zw. z art. 150 k.k.w., należałoby uwzględnić parę różnych wymiarów omawianego zagadnienia, a mianowicie aspekt: medyczny dotyczący rodzaju i zawansowania schorzeń, kontrolny – w zakresie jakości monitorowania świadczonej opieki medycznej oraz prawny – dotyczący stosowania obowiązującego prawa i standardów międzynarodowych.

¹⁰ Wpisy na ten temat pochodzą: ze świadectwa lekarskiego z roku 2008 r.: wzrost 169 cm, waga 71 kg, z badania przy przyjęciu do ZK w Cieszynie w dniu 21.08.2014 – waga 66 kg, wzrost 165 cm, notabene brak jest informacji na temat wagi ciała przy przyjęciu do uwięzienia w roku 2006.

Aspekt medyczny

Jeśli chodzi o schorzenia stwierdzone w analizowanej grupie - to w ośmiu przypadkach rozpoznanie dotyczyło procesu nowotworowego w stadium zaawansowanym, we wszystkich tych przypadkach powtarzającym się określeniem, odnotowywanym w analizowanej dokumentacji medycznej jest „stan terminalny” oraz konieczność stosowania leczenia paliatywnego.

W jednym przypadku nr 1 dotyczącym pana Z.K. - zdiagnozowano schorzenia obarczone dużym ryzykiem terapeutycznym, a mianowicie: zarostowa miażdżyca kończyn dolnych - ze współistniejącymi: zespołem mielodysplastycznym i niedokrwistością wtórną, utrwalonym migotaniem przedsionków, cukrzycą typu II oraz tętniakiem aorty (rozwarstwiającym, jak się okazało w badaniu sekcyjnym). Wspomniana powyżej miażdżyca kończyn ostatecznie doprowadziła do amputacji kończyny i następnie do zgonu.

W przypadku nr 10 dotyczącym zgonu pana M.M. podstawowym schorzeniem, jak się wydaje, była padaczka pourazowa z towarzyszącym otępieniem, wyniszczenie, natomiast brak jest informacji, co było bezpośrednią przyczyną śmierci.

Podsumowując, wszystkie choroby w analizowanych 10 przypadkach trzeba uznać za ciężkie, źle rokujące co do wyleczenia i oczekiwanej długości życia, bez wątplenia można określić więc, że wszyscy ci pacjenci osiągnęli terminalny stan zdrowia. Warty przytoczenia jest to, że *stanem terminalnym określa się takie stadium choroby, „kiedy nie jest możliwe leczenie przyczynowe, a jedynie objawowe i jest to stadium prowadzące nieuchronnie do śmierci¹¹ albo tak zaawansowane stadium danej choroby, że nie można już jej leczyć przyczynowo, a jedynie objawowo. Działania mające na celu złagodzenie objawów takiej choroby i poprawę jakości życia chorego określa się mianem leczenia paliatywnego”*.

Dlatego dziwić może stanowisko orzecznicze lekarzy opiekujących się takimi pacjentami, bo w przeanalizowanej dokumentacji medycznej w czterech ¹² przypadkach (nr 1, 5, 7, 8) odnotowano opinie lekarskie, które kończyły się wnioskiem „może być leczony w zakładzie karnym”. W pozostałych sześciu przypadkach brak jest informacji o tym, czy lekarze

¹¹ Wikipedia, Segen's Medical Dictionary.

¹² W przypadku 10, odnoszącym się do zgonu pana M.M., świadectwa lekarskie były wystawione na wiele lat przed zaistniałym zgonem, zaś w przypadku 5, gdzie odnotowano, że „szacowany czas przeżycia to kilka miesięcy”, zaś w przypadku 7 mimo, że wpisano: „Wydaje się, że osadzony w obecnym stanie nie powinien odbywać kary pozbawienia wolności z uwagi na konieczność ciągłej opieki osób trzecich w codziennych czynnościach”, to nie zakończono wnioskiem, że nie może być leczony w zakładzie karnym.

informowali organ nadzorujący wykonanie kary pozbawienia wolności albo organ w którego dyspozycji pozostaje tymczasowo aresztowany o pogorszeniu stanu zdrowia.

Zastosowanie takiego lapidarnego określenia jak „może być leczony w zakładzie karnym” powinno być, jak się wydaje, zarezerwowane do sytuacji, w której leczenie pacjenta może być zakończone sukcesem lub przynajmniej utrzymaniem zdrowia w stanie nie pogorszonym. W przeciwnym wypadku wniosek „może być leczony w zakładzie karnym” można by wystawić w 100% opinii lekarskich, bo przecież każdy może być leczony, tylko pytanie z jakim skutkiem?

Trzeba również pamiętać, że opinie lekarskie wydawane są na użytek sądu, który nie mając wiedzy medycznej nie zawsze jest w stanie rozszyfrować właściwie, zawarte w opinii lekarskiej rozpoznanie oraz jego konsekwencje rokujące co do zdrowia i życia osadzonego.

Jak to zostało ujęte w dokumentacji medycznej - pacjenci wymagali opieki całodobowej, część z nich ze względu na dolegliwości bólowe wymagało podawania silnych środków przeciwbólowych (narkotycznych).

Koniecznym odnotowania jest także to, że w przeważającej liczbie przypadków tymi ciężko chorymi opiekowali się współosadzeni, znajdowali się w czasie śmierci w celach pozbawionych monitoringu lub bezpośredniego dostępu personelu medycznego i w siedmiu przypadkach na dziesięć, to właśnie współosadzeni byli świadkami zgonu. Należy dodać, że tylko w jednym sprawozdaniu wyjaśniającym wspomniano o opiece psychologicznej, którą objęto współosadzonego – świadka zgonu.

Odrębnym problemem, wychodzącym poza zakres tego opracowania, jest poziom opieki medycznej świadczonej przez personel podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności, chociaż dane dotyczące zaniedbań w tym zakresie, uwzględniono w formie pytań w przedstawionej analizie w odniesieniu do każdego z opisywanych przypadków.

Aspekt kontrolny

Zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora Generalnego SW nr 1/2018, każdy fakt zgonu w jednostce penitencjarnej jest poddany czynnościom wyjaśniającym, a w odniesieniu do zgonów z tak zwanych „przyczyn naturalnych” przewodniczącym zespołu wyjaśniającego jest Naczelny Lekarz Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej (par.10.4 wyżej wymienionego Zarządzenia).

Jest to o tyle istotne, że punkt 11 paragrafu 10 ww. Zarządzenia stanowi o konsekwencjach „w przypadku ujawnienia w czasie prowadzenia czynności, okoliczności wskazujących na popełnienie przestępstwa lub wykroczenia, a także czynu, za który ustawowo przewidziana jest odpowiedzialność karna lub zawodowa, dyrektor składa zawiadomienie od właściwego terytorialnie organu.”

W analizowanym materiale wszystkie przypadki zgonów były wyjaśniane przez lekarzy naczelnych, wnioski dotyczące ewentualnych uchybień lub nieprawidłowości brzmią jednogłośnie:

- „Zespół nie stwierdził nieprawidłowości w postępowaniu funkcjonariuszy i pracowników przed i w czasie zaistnienia zdarzenia” (1,3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).
- Osadzony miał zapewnioną opiekę medyczną i był leczony prawidłowo, zgodnie ze sztuką lekarską (1).
- Tok diagnostyki i leczenia podjęty przez penitencjarną służbę zdrowia należy uznać za prawidłowy. Powyższe zdarzenia było z medycznego punktu widzenia możliwe z uwagi na wyjściowe obciążenie zdrowotne. Nie można było jednak przewidzieć czasu wystąpienia tego zdarzenia (7).

Wszystkie zaś wykazane uchybienia nie miały, jak stwierdzono w sprawozdaniach we wszystkich dziesięciu przypadkach, wpływu na powstanie i przebieg zdarzenia.

Przedstawione powyżej wnioski stoją w oczywistej sprzeczności z przedstawionymi w analizie uchybieniami dotyczącymi:

- braków w dokumentacji medycznej danych dotyczących stanu zdrowia fizycznego i psychicznego (przypadki 6 i 10);
- umieszczenie ciężko/terminalnie chorych pacjentów w celach pozbawionych bezpośredniego dostępu personelu medycznego (przypadki 1, 3, 5, 7, 9);
- włączenie współosadzonych do sprawowania opieki;
- brak informacji czy pacjent był informowany o terminalnym stanie zdrowia (przypadki 4, 9);

- nieinformowanie sądu penitencjarnego lub organu dysponującego (prokuratury, sądu karnego) o pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta lub terminalnym stanie choroby pacjenta (wszystkie dziesięć przypadków).

Aspekt prawny

Polski kodeks karny wykonawczy w przytoczonych poniżej artykułach odnosi się do analizowanej tematyki:

- Art. 4 § 1. 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.**
- Art. 67 § 1. Wykonywanie kary pozbawienia wolności ma na celu wzbudzenie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanych postaw, **w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa.**
- Art. 118 § 1. W wypadku, **gdy wykonywanie kary pozbawienia wolności może zagrażać życiu skazanego lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo**, dyrektor zakładu karnego, na wniosek lekarza, niezwłocznie powiadamia o tym sędziego penitencjarnego.
- Art. 150 § 1. Wykonanie kary pozbawienia wolności w wypadku choroby psychicznej lub innej **ciężkiej choroby uniemożliwiającej wykonywanie tej kary sąd odracza do czasu ustania przeszkody.**
- Art. 153. § 1. Sąd penitencjarny udziela przerwy w wykonaniu kary w wypadku określonym w art. 150 § 1 do czasu ustania przeszkody.
- Art. 153. § 2. Sąd penitencjarny może udzielić przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności, jeżeli przemawiają za tym ważne względy rodzinne lub osobiste. Przepisy art. 151 § 3-5 stosuje się odpowiednio.

Jeśli zaś chodzi o standardy międzynarodowe to Rada Europy już w 1998 r w Rekomendacji Komitetu Ministrów¹³ w paragrafie 51 odniosła się do problematyki więźniów, których, gdy mają postawioną diagnozę choroby terminalnej, z krótkoterminowym rokowaniem śmiertelnym, powinno się przenieść do szpitala cywilnego w oparciu o decyzję medyczną. Ponadto, należy zbadać możliwość ułaskawienia lub wcześniejszego zwolnienia z powodów medycznych.

W Europejskich Regułach Więziennych¹⁴, które zostały zrewidowane w 2020 r. znajdziemy zapisy dotyczące kwestii postępowania z ciężko chorymi więźniami:

- reguła 43.3 dotyczy obowiązku nałożonego na lekarza, który ma zgłosić dyrektorowi, gdy zdrowie więźnia jest poważnie zagrożone.

W komentarzu¹⁵ Komitetu Penologicznego Rady Europy do tej reguły można przeczytać: W przypadku chorych terminalnie więźniów, należy wziąć pod uwagę, czy nie powinni zostać wcześniej zwolnieni z odbywania kary. Każda diagnoza lub porada udzielona przez personel medyczny więzienia powinna być oparta na profesjonalnym osądzie i w najlepszym interesie więźnia. Zalecenie nr Rec. (98) 7 Komitetu Ministrów wskazuje, że decyzja, jak i kiedy tacy pacjenci powinni być przeniesieni do szpitala cywilnego, powinna być podejmowana ze względów medycznych. W wyroku z listopada 2002 r. Europejski Trybunał Praw Człowieka stwierdził naruszenie art. 3 EKPC w zakresie leczenia więźnia śmiertelnie chorego - *Mouisel v France*¹⁶.

- reguła 46 odnosząca się do zapewnienie opieki zdrowotnej stanowi, iż: 46.1 Chorzy więźniowie, którzy wymagają specjalistycznego leczenia przenoszeni są do specjalistycznych instytucji lub państwowych szpitali, jeśli taka kuracja nie jest dostępna w zakładzie karnym. 46.2 W sytuacji, gdy zakład karny posiada pomieszczenia szpitalne to dysponują one odpowiednią kadrą i wyposażeniem, tak by zapewnić skierowanym do nich więźniom właściwą opiekę i leczenie.

¹³ Council of Europe Recommendation No R (98) 7 of the Committee of Ministers to member States concerning the ethical and organizational aspects of health care in prison <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>

¹⁴ https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016809ee581

¹⁵ Punkt 7 <https://rm.coe.int/pc-cp-2018-1-e-rev-2-epr-2006-with-changes-and-commentary-22-may-2018/16808add21>

¹⁶ [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{"itemid":\["001-60732"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{)

W komentarzu do tej reguły znajdujemy: art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka nie może być interpretowany jako ustanawiający ogólny obowiązek zwolnienia chorych więźniów lub umieszczenia ich w szpitalu. Niemniej jednak nakłada na państwo obowiązek ochrony zdrowia fizycznego więźniów. W szczególnie poważnych przypadkach choroby, mogą zaistnieć sytuacje, w których właściwe wykonywanie wymiaru sprawiedliwości wymaga podjęcia „środków humanitarnych”, takich jak przewiezienie do szpitala cywilnego lub nawet zwolnienie. Czynniki, które Europejski Trybunał Praw Człowieka bierze pod uwagę w tym kontekście to: (1) stan zdrowia więźnia, (2) jakość zapewnianej opieki oraz (3) czy skazany nadal powinien odbywać karę ze względu na stan zdrowia.

Również w standardach¹⁷ Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu dotyczących opieki zdrowotnej świadczonej w zakładach karnych zostało zapisane w odniesieniu do problemu osadzonych niedostosowanych do długotrwałego pozbawienia wolności:

„Typowym przykładem osadzonych tego rodzaju są śmiertelnie i ciężko chorzy, którzy nie mogą być właściwie leczeni w warunkach więziennych, osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności, czy też osoby w podeszłym wieku. Długotrwałe pozbawienie wolności takich osób w otoczeniu więziennym może stworzyć dla nich sytuację nie do wytrzymania. W takich przypadkach do zadań lekarza więziennego powinno należeć sporządzenie raportu i przekazanie go właściwym władzom, celem zastosowania środków alternatywnych wobec pozbawienia wolności”.

Problem kontynuowania uwięzienia mimo stwierdzenia ciężkiego, terminalnego schorzenia odnajdujemy w stosunkowo licznych wyrokach Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu. A mianowicie wspomniana już wcześniej sprawa *Mouisel przeciwko Francji* (2003) oraz *Guilay Cetin przeciwko Turcji*¹⁸ (2013), *Dorneanu przeciwko Rumunii*¹⁹ (2018) oraz *Kondrulin przeciwko Rosji*²⁰ (2017).

Sprawa Mouisel przeciwko Francji dotyczyła skargi pana J Mouisela, który został skazany w roku 1996 na karę 15 lat więzienia, a u którego w roku 1999 rozpoznano białaczkę

¹⁷ Standardy opieki zdrowotnej w zakładach karnych *CPT/Inf(93)12-part* <https://rm.coe.int/16806ce93a>

¹⁸ [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{"itemid":\["001-116946"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{)

¹⁹ [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-179193"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{)

²⁰ [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{"itemid":\["001-166744"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{)

i rozpoczęto leczenie (chemioterapię), które prowadzone w cywilnej placówce służby zdrowia było związane z częstym konwojowaniem i stosowaniem środków przymusu bezpośredniego. Wystosowana przez pana J.M. w roku 2000 prośba o ułaskawienie została rozpatrzona negatywnie. Dopiero w 2001 roku sąd penitencjarny zawiesił wykonywanie kary do 2005 r. w celu kontynuowania leczenia. Rozpatrując skargę pana J.M. Trybunał zauważył, że chociaż art. 3 Konwencji nie może być interpretowany jako ustanawiający ogólny obowiązek zwolnienia osadzonych ze względów zdrowotnych, to jednak nakłada on na państwo obowiązek ochrony dobrostanu fizycznego osób pozbawionych wolności, na przykład poprzez zapewnienie im wymaganej pomocy (sprawa Hurtado v Switzerland). Finalnie ECHR stwierdził, że władze nie zapewniły wystarczającej opieki, kontynuując uwięzienie po rozpoznaniu nowotworu i konieczności chemioterapii, naruszyły godność pana J.M. i spowodowały dodatkowe cierpienia wykraczające poza zwykle związane z uwięzieniem i leczeniem raka. W 2003 r., wyroku ECHR uznał, że skarżący został poddany nieludzkiemu i poniżającemu traktowaniu z powodu kontynuacji wykonywania kary pozbawienia wolności, naruszając Artykuł 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka.

Sprawa Guilay Cetin przeciwko Turcji - w swoim wniosku z 2010 roku do ECHR, pani Cetin zarzuciła, że opóźnienie w rozpoznaniu jej choroby, doprowadziło do postawienia diagnozy raka dopiero w stadium terminalnym. Ponadto podnosiła, że odmowa uchylecia tymczasowego aresztowania lub zawieszenia postępowania uniemożliwiła jej podjęcie właściwego leczenia. Pani Cetin zmarła w więzieniu w 2011 roku. Trybunał w wyroku z 2013 roku stwierdził, że procedura zastosowana w jej sprawie przedkładała formalności prawne ponad względy humanitarne, uniemożliwiając jej godne spędzenie ostatnich dni życia. Kontynuowanie uwięzienia bez dostępu do adekwatnego systemu ochrony zdrowia naruszyło jej godność i spowodowało trudności przekraczające nieunikniony poziom cierpienia związanego z pozbawieniem wolności i leczeniem raka. Doszło zatem do naruszenia artykułu 3 Konwencji.

Sprawa Dorneanu przeciwko Rumunii - w 2013 r. pan Florin Dorneanu, który cierpiął na nieuleczalnego raka gruczołu krokowego, złożył skargę do ECHR na warunki życia w więzieniu i brak adekwatnej opieki medycznej. Informował, że wykorzystał wszystkie możliwe instancje krajowe w prośbach o zawieszenie kary, łącznie z Prezydentem Republiki Rumuńskiej, wyjaśnił, że umiera i chciałby mieć swoją rodzinę przy sobie, jego stan jest

tragiczny, będąc „przykutym” do łóżka, ślepy i głuchym. Nie ma nikogo, kto by mu pomagał w codziennych czynnościach. W grudniu 2013 roku pan Florin Dorneanu zmarł w więzieniu. Trybunał w finalnym wyroku w roku 2018 stwierdził, że doszło do naruszenia artykułu 3 EKPC poprzez kontynuowanie uwięzienia pomimo zbliżającego się końca życia. Ponadto, warunki w więzieniu utrudniały właściwe leczenie. Trybunał zauważył także, że w kontekście stanu terminalnego, brak staranności ze strony władz czyni tę osobę jeszcze bardziej bezbronną i narusza jej godność w obliczu i tak tragicznego, nieuchronnego finału nieuleczalnej choroby.

Sprawa Kondrulin przeciwko Rosji - skarżący się w 2015 roku Vladimir I. Kondrulin zarzucił, że podczas pobytu w areszcie nie był w stanie uzyskać skutecznej opieki medycznej, dla leczenia nowotworu prostaty, co postawiło go w sytuacji zagrożenia życia i naraziło go na poważne cierpienia fizyczne i psychiczne, z naruszeniem gwarancji określonych w artykule 3 Konwencji. Jego głównym argumentem było to, że raka nie zdiagnozowano u niego na czas, że nie był leczony aktywnie i był przetrzymywany w placówce medycznej, która nie miała uprawnień do świadczenia wymaganych usług medycznych. Pan V. I. Kondrulin zmarł w październiku 2015 w więzieniu. Trybunał w wyroku wydanym w 2017 roku stwierdził, że doszło do naruszenia artykułu 3 Konwencji. Zauważył, że brak kompleksowego i adekwatnego leczenia skutkowało narażeniem skarżącego na długotrwałe cierpienia psychiczne i fizyczne oraz stanowił obrazę jego godności ludzkiej i konstytuował nieludzkie i poniżające traktowanie.

Wszystkie powyżej przytoczone skargi do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka dotyczyły osób pozbawionych wolności, u których rozpoznano chorobę nowotworową, w trzech przypadkach dopiero w krańcowym stadium, która doprowadziła do śmierci w trakcie uwięzienia. Mimo, że Konwencja Praw Człowieka, jak argumentuje Trybunał, nie nakłada na Państwa obowiązku ułaskawienia lub zwolnienia osoby osadzonej ze względu na stan zdrowia, to w odniesieniu do konkretnych skarg dotyczących właśnie kontynuowania uwięzienia mimo krańcowo ciężkiego stanu zdrowia, zapadły wyroki skazujące ze względu na naruszenie artykułu 3 Konwencji, czyli zakazu nieludzkiego i poniżającego traktowania.

Wnioski

Kodeks karny wykonawczy odnosi się do analizowanej problematyki - kontynuowania uwięzienia mimo stwierdzenia ciężkiej, nieuleczalnej choroby i jak się wydaje w sposób niebudzący wątpliwości stanowi, że wykonywanie kary pozbawienia wolności powinno odbywać się w sposób humanitarny, z poszanowaniem godności, przywracać osoby skazane społeczeństwu (art. 4 § 1 i art. 67 § 1 k.k.w.). Ponadto, Kodeks wprowadza *humanitarny mechanizm zabezpieczający* (w postaci artykułu art. 153 § 1 w zw. z art. 150 § 1 k.k.w.) *osobę ciężko (terminalnie) chorą* przed wykonywaniem przez nią kary pozbawienia wolności. Zobowiązuje także lekarza opiekującego się pacjentem – więźniem „z zagrożeniem życia i zdrowia”, do poinformowania o takim fakcie dyrektora zakładu karnego, odpowiadającego kodeksowo za dobrostan powierzonych mu osadzonych, a który niezwłocznie ma obowiązek poinformować sędziego penitencjarnego (art. 118 § 1 k.k.w.).

Polski Ustawodawca przesądził więc w sposób jednoznaczny, że kary pozbawienia wolności nie można wykonywać w odniesieniu do ciężko chorych, a przecież poddany analizie materiał odnosi się do takiej kategorii zdarzeń. Dlatego jest oczywiste, że wszyscy ci ciężko chorzy ludzie mieli prawo do godnego zakończenia życia poza jednostką penitencjarną, znaczna większość z nich w otoczeniu bliskich, z którymi utrzymywali kontakt.

Należy podkreślić, że stanowisko polskiego ustawodawcy jest zbieżne w tym zakresie z przytoczonymi powyżej międzynarodowymi standardami i regulacjami oraz z wyrokami Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

Podsumowując, istnieje pilna potrzeba przypomnienia zapisów kodeksu karnego wykonawczego dotyczących wykonywania kary pozbawienia wolności wobec ciężko chorych więźniów - osobom odpowiedzialnym za ich właściwe stosowanie, lekarzom zatrudnionym w jednostkach penitencjarnych, kierownictwu tych jednostek oraz właściwym organom nadzorującym pracę w Służbie Więziennej, a także sędziom z nadzoru penitencjarnego.