



Opieka zdrowotna w zakładach karnych

*Wyciąg z Trzeciego Sprawozdania Ogólnego,
opublikowany w 1993*

30. Opieka zdrowotna nad osobami pozbawionych wolności jest bezpośrednio związana z mandatem Komitetu¹. Nieodpowiedni poziom opieki zdrowotnej może szybko doprowadzić do sytuacji mieszczących się w zakresie pojęcia „niehumanitarne lub poniżające traktowanie”. Ponadto opieka zdrowotna w określonym zakładzie karnym może potencjalnie odegrać ważną rolę w zwalczaniu złego traktowania, zarówno na terenie zakładu, jak i gdzie indziej (w szczególności na terenie komisariatów policji). Wreszcie, właściwa opieka zdrowotna wywiera pozytywny wpływ na ogólny poziom życia w danym zakładzie karnym.

31. W następnych punktach opisano niektóre najważniejsze kwestie poruszane przez delegacje Komitetu przy zajmowaniu się usługami w zakresie opieki zdrowotnej na terenie zakładów karnych. Jednak na początku Komitet pragnie zaakcentować znaczenie, jakie przywiązuje do zasady ogólnej – uznanej już w większości, jeśli nie we wszystkich, krajach wizytowanych do tej pory przez Komitet – mianowicie że osadzeni są uprawnieni do tego samego stopnia opieki medycznej, co osoby żyjące w społeczeństwie zewnętrznym. Zasada ta jest wpisana w podstawowe prawa jednostki.

32. W trakcie wizytacji Komitet zwracał uwagę na następujące kwestie związane z opieką zdrowotną w zakładach karnych:

- a. Dostęp do lekarza
- b. Równoważność opieki
- c. Zgoda pacjenta i poufność
- d. Opieka profilaktyczna
- e. Wsparcie humanitarne
- f. Niezależność zawodowa
- g. Profesjonalizm

¹ Należy także wspomnieć o rekomendacji nr R (98) 7 dotyczącej etycznych i organizacyjnych aspektów ochrony zdrowia w zakładach karnych, przyjętej przez Komitet Ministrów Rady Europy 8 kwietnia 1998 r.

a. Dostęp do lekarza

33. Personel medyczny powinien zająć się niezwłocznie każdym osadzonym, który właśnie został umieszczony w danej placówce. W swoich dotychczasowych sprawozdaniach Komitet zalecał, aby z każdym nowo przybyłym osadzonym przeprowadzono rozmowę i – w razie potrzeby – poddano badaniu lekarskiemu jak najszybciej po przyjęciu. Należy dodać, że w niektórych krajach badanie wstępne przeprowadzane jest przez wykwalifikowaną pielęgniarkę, która składa sprawozdanie lekarzowi. To ostatnie rozwiązanie można uznać za bardziej wydajne korzystanie z dostępnego zaplecza.²

Wskazane jest także, aby wręczać osadzonym tuż po przybyciu ulotkę lub broszurę zawierającą informacje o istnieniu i funkcjonowaniu opieki zdrowotnej, a także przypominającą o podstawowych środkach utrzymania higieny.

34. W czasie pobytu w zakładzie karnym osadzeni powinni mieć dostęp do lekarza w każdym czasie, niezależnie od rygoru pozbawienia wolności obowiązującego w przypadku danego osadzonego (odnośnie dostępu do lekarza w przypadku osadzonych w izolacie, por. punkt 56 Drugiego Sprawozdania Ogólnego Komitetu: CPT/Inf (92) 3). Opieka zdrowotna powinna być tak zorganizowana, aby umożliwiać konsultacje z lekarzem bez zbędnej zwłoki.

Osadzeni powinni mieć możliwość korzystania z opieki zdrowotnej z zachowaniem zasady poufności, na przykład przekazując wniosek o konsultację w zalakowanej kopercie. Poza tym straż więzienna nie powinna kontrolować treści wniosków o wizytę u lekarza.

35. Opieka zdrowotna w zakładzie karnym powinna co najmniej obejmować regularne konsultacje ambulatoryjne oraz leczenie przypadków nagłych (rzecz jasna niekiedy spotyka się także dodatkowo pomieszczenia o charakterze szpitalnym ze stosownymi łózkami). Każdy osadzony powinien mieć możliwość korzystania z profesjonalnych usług dentystycznych. Poza tym lekarze więzienni powinni mieć możliwość kierowania osadzonych do lekarzy specjalistów.

Jeśli chodzi o leczenie przypadków nagłych, zawsze powinna istnieć możliwość wezwania lekarza. Ponadto na terenie zakładu karnego powinna zawsze znajdować się osoba kompetentna do udzielania pierwszej pomocy medycznej, najlepiej z kwalifikacjami pielęgniarskimi.

Opieka ambulatoryjna powinna być nadzorowana przez personel medyczny; w wielu przypadkach nie można uzależniać opieki uzupełniającej od inicjatywy samego osadzonego.

36. Należy zawsze umożliwić dostęp do pełnej opieki szpitalnej, zarówno w szpitalu otwartym, jak i więziennym.

Przy korzystaniu z opieki w otwartym szpitalu powstaje kwestia zachowania bezpieczeństwa. W tym względzie Komitet pragnie podkreślić, że osadzeni przebywający w szpitalu celem poddania się leczeniu nie powinni być – ze względów bezpieczeństwa – fizycznie przytwierdzeni do łóżek szpitalnych lub innych mebli. Można i trzeba znaleźć inne środki spełniające kryteria bezpieczeństwa; jednym z możliwych rozwiązań jest utworzenie oddziału więziennego w takich szpitalach.

² Wymóg ten został później przeredagowany i brzmi następująco: każdy nowo przybyły osadzony powinien jak najszybciej po przyjęciu przejść rozmowę z lekarzem i zostać poddany badaniu ciała. Z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, rozmowa/badanie powinna zostać przeprowadzona w dniu przyjęcia, zwłaszcza w aresztach śledczych. Badanie i rozmowa, o których mowa powyżej, mogą także być przeprowadzone przez wykwalifikowaną pielęgniarkę, która następnie zda sprawę lekarzowi.

37. Gdy zachodzi potrzeba hospitalizacji lub specjalistycznego badania w szpitalu, osadzeni powinni być transportowani sprawnie i w sposób, jakiego wymaga ich stan zdrowia.

b. Równoważność opieki

i) medycyna ogólna

38. Opieka zdrowotna w zakładzie karnym powinna obejmować opiekę lekarską i pielęgniarską, jak również właściwą dietę, fizjoterapię, rehabilitację lub wszelkie inne niezbędne zabiegi, przeprowadzane w warunkach porównywalnych z tymi, z jakich korzystają pacjenci na wolności. Implikuje to zapewnienie personelu medycznego, pielęgniarskiego i technicznego, jak również pomieszczeń, instalacji i sprzętu.

Należy także zadbać o właściwe zaopatrzenie zaplecza aptekarskiego oraz rozprowadzanie lekarstw. Ponadto przygotowywanie lekarstw powinno być zawsze powierzone wykwalifikowanemu personelowi (farmaceutyce/pielęgniarsce, itp.).

39. Dla każdego pacjenta należy prowadzić akta medyczne, zawierające informacje diagnostyczne, jak również stały rejestr stanu jego zdrowia oraz wyniki wszelkich przeprowadzonych badań specjalistycznych. W razie przeniesienia osadzonego do innego zakładu karnego, akta medyczne należy przekazać lekarzom w placówce przyjmującej.

Ponadto zespoły odpowiedzialne za opiekę zdrowotną powinny przechowywać codzienne raporty, w których należy odnotowywać wydarzenia związane ze stanem zdrowia pacjentów. Tego typu raporty są użyteczne, gdyż odzwierciedlają ogólną sytuację w zakresie opieki zdrowotnej w zakładzie karnym, uwidaczniając jednocześnie szczególne problemy, jakie mogą się pojawić.

40. Sprawne funkcjonowanie opieki zdrowotnej wymaga, aby lekarze i pielęgniarki mieli okazję do regularnych spotkań i współtworzenia zespołu pod kierownictwem doświadczonego lekarza stojącego na czele służby medycznej w danej placówce.

ii) opieka psychiatryczna

41. W porównaniu z resztą populacji, wśród osadzonych obserwuje się wysokie nasilenie symptomów o podłożu psychiatrycznym. Dlatego też w skład zespołu zajmującego się opieką zdrowotną w każdym zakładzie karnym powinien wchodzić lekarz psychiatra, ponadto część personelu pielęgniarskiego powinna przejść odpowiednie przeszkolenie w tym zakresie.

Zapewnienie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, jak również dostępność odpowiednich pomieszczeń w zakładzie karnym powinno umożliwiać przeprowadzanie regularnych programów terapii farmakologicznej, psychoterapeutycznej i zajęciowej.

42. Komitet pragnie podkreślić rolę, jaką odgrywa kierownictwo zakładu karnego we wczesnym wykrywaniu osadzonych, którzy cierpią na dolegliwości psychiczne (np. depresję, pobudliwość, itp.), a także w umożliwianiu takim osadzonym odpowiedniego przystosowania się do ich otoczenia. Działania tego typu mogą być stymulowane poprzez zapewnienie odpowiednich szkoleń w zakresie zdrowia psychicznego niektórym członkom personelu penitencjarnego.

43. Osadzony, który cierpi na chorobę psychiczną, powinien przebywać i mieć zapewnioną opiekę w odpowiednio wyposażonym szpitalu, z udziałem stosownie wyszkolonego personelu. Tego rodzaju placówką może być zwykły szpital psychiatryczny lub specjalnie wyposażona placówka psychiatryczna w ramach systemu więziennictwa.

Z jednej strony podnosi się często, iż – z etycznego punktu widzenia – psychicznie chorzy osadzeni winni być hospitalizowani poza systemem penitencjarnym, w instytucjach, za które odpowiada publiczna opieka zdrowotna. Z drugiej jednak strony można twierdzić, że funkcjonowanie placówek psychiatrycznych w ramach systemu więziennictwa umożliwia sprawowanie opieki w optymalnych warunkach bezpieczeństwa, a opieka medyczna i socjalna w ramach tego systemu jest zwiększona.

Niezależnie od wybranej opcji, należy zadbać o właściwe warunki zakwaterowania w placówce psychiatrycznej; zbyt często umieszczeniu w takiej placówce towarzyszy przedłużający się okres oczekiwania. Przenoszenie danej osoby do placówki psychiatrycznej powinno być potraktowane jako największy priorytet.

44. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, którzy stanowią niebezpieczeństwo dla otoczenia, powinni być poddani leczeniu pod ścisłym nadzorem, jak i ze wsparciem pielęgniarstwu, w połączeniu – gdy jest to wskazane – z podawaniem środków uspokajających. Korzystanie z przyrządów ograniczających pacjenta ruchowo jest uzasadnione jedynie wyjątkowo i musi być zawsze albo wyraźnie zarządzone przez lekarza, albo związane ze zwróceniem się do niego o zatwierdzenie zastosowania takich środków. Instrumenty ograniczające swobodę poruszania powinny być zdjęte, gdy tylko stanie się to możliwe. Nigdy nie należy stosować tego rodzaju instrumentów – lub przedłużać ich stosowania – w charakterze kary.

Użycie przyrządów ograniczających swobodę poruszania powinno być odnotowane zarówno w aktach pacjenta, jak i stosownym rejestrze, ze wskazaniem czasu zastosowania takiego środka i jego zakończenia, a także opisem okoliczności sprawy i powodów użycia danych przyrządów.

c. Zgoda pacjenta i poufność

45. Wolność wyrażania zgody oraz poszanowanie poufności należą do podstawowych praw jednostki. Są także istotne dla atmosfery zaufania, która stanowi niezbędną cechę relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, zwłaszcza w zakładach karnych, w których osadzony nie może swobodnie wybrać własnego lekarza.

i) zgoda pacjenta

46. Pacjentom należy udostępnić wszelkie właściwe informacje (w razie potrzeby w formie sprawozdania lekarskiego) o ich stanie, przebiegu leczenia i przepisanych lekarstwach. Najlepiej gdyby pacjenci mieli możliwość skonsultowania zawartości ich akt medycznych, chyba że jest to niewskazane z terapeutycznego punktu widzenia.

Pacjenci powinni mieć możliwość zwrócenia się o przekazanie powyższych informacji ich rodzinom, adwokatom lub lekarzowi z zewnątrz.

47. Każdy pacjent posiadający zdolność do kierowania swoim postępowaniem ma prawo odmowy poddania się leczeniu lub innym działaniom medycznym. Każde odstępstwo od tej podstawowej zasady powinno być przewidziane przez prawo i odnosić się wyłącznie do jasno i ściśle określonych okoliczności nadzwyczajnych, przewidzianych dla całości społeczeństwa.

Klasycznie trudna sytuacja powstaje, gdy decyzja pacjenta kłóci się z ogólnym obowiązkiem opieki spoczywającym na lekarzu. Może się to zdarzyć, gdy pacjent pozostaje pod wpływem osobistych przekonań (np. odmowa transfuzji krwi) lub kiedy ma zamiar wykorzystania swojego ciała czy nawet okaleczenia się w celu wysunięcia żądań, zaprotestowania przeciwko władzy lub zademonstrowania poparcia dla określonej sprawy.

W razie strajku głodowego, władze publiczne lub organizacje zawodowe w niektórych krajach mogą zobowiązać lekarza do interwencji w celu zapobieżenia śmierci, gdy tylko poważnemu osłabieniu uległa świadomość pacjenta. W innych krajach zasadniczo pozostawia się decyzje w tych sprawach lekarzowi, który podejmuje działania po przeprowadzeniu konsultacji i rozważeniu wszystkich faktów.

48. Odnośnie prowadzenia badań medycznych z udziałem osadzonych, należy podkreślić konieczność zachowania szczególnej ostrożności, biorąc pod uwagę ryzyko wpływu sytuacji osadzonego na jego zgodę uczestniczenia w badaniach. Powinno się zapewnić, że każdy osadzony, którego to dotyczy, wyraził w pełni wolną i świadomą zgodę.

Zasady stosowane w tym zakresie nie powinny odbiegać od reguł obowiązujących w całym społeczeństwie, włącznie z pośrednictwem właściwej rady ds. etyki. Komitet pragnie dodać, że popiera badania dotyczące patologii i epidemiologii w środowisku więziennym, a także innych aspektów specyficznych dla sytuacji osadzonych.

49. Zaangażowanie osadzonych w programy nauczania studentów wymaga zgody tych pierwszych.

ii) poufność

50. Poszanowanie tajemnicy medycznej powinno obowiązywać w zakładach karnych tak samo, jak poza nimi. Przechowywanie akt pacjentów powinno należeć do obowiązków lekarza.

51. Wszystkie badania medyczne osadzonych (zarówno tuż po przyjęciu, jak i na późniejszym etapie) powinny być przeprowadzane poza zasięgiem słuchu funkcjonariuszy służby więziennej, a także poza zasięgiem ich wzroku, chyba że lekarz w danej sprawie zgłosił zastrzeżenie przeciwne. Poza tym osadzeni powinni być badani pojedynczo, a nie grupowo.

d. Opieka profilaktyczna

52. Zadania opieki zdrowotnej w zakładzie karnym nie powinny ograniczać się do leczenia pacjentów z dolegliwościami. Opiece zdrowotnej powinno się także powierzyć obowiązki w zakresie medycyny społecznej i profilaktycznej

i) higiena

53. Do obowiązków opieki zdrowotnej w zakładzie karnym powinno zaliczać się – w razie potrzeby wspólnie z innymi władzami – nadzorowanie zaopatrzenia (ilość, jakość, przygotowanie i dystrybucja jedzenia) oraz warunków higienicznych (czystość ubrań i pościeli, dostęp do bieżącej wody, instalacje sanitarne), jak również ogrzewania, oświetlenia i wentylacji cel więziennych. Należy także wziąć pod uwagę kwestię wykonywania pracy i ćwiczeń na świeżym powietrzu.

Niezdrowość, przeludnienie, przedłużająca się izolacja i bezczynność mogą wymagać albo pomocy medycznej względem indywidualnych osadzonych lub też ogólnych działań medycznych w porozumieniu z właściwą władzą.

ii) choroby zakaźne³

54. Opieka medyczna w zakładzie karnym powinna zapewnić, aby informacje o chorobach zakaźnych (w szczególności żółtacze, AIDS, gruźlica, zakażeniach dermatologicznych) były regularnie przekazywane zarówno osadzonemu, jak i personelowi penitencjarnemu. W razie potrzeby powinno się przeprowadzać badania lekarskie u osób, z którymi osadzony ma stały kontakt (współosadzeni, personel penitencjarny, często zjawiający się goście).

55. Szczególnie w odniesieniu do AIDS należy zapewnić właściwe poradnictwo zarówno po jak i – w razie potrzeby – po dokonaniu testu. Powinno się zapewnić stałe szkolenia personelu penitencjarnego w zakresie stosowania środków profilaktycznych i przyjmowania właściwych postaw wobec zarażenia wirusem HIV, wraz ze stosownymi instrukcjami dotyczącymi niedyskryminacji oraz poufności.

56. Komitet pragnie podkreślić, że nie ma uzasadnienia medycznego dla segregacji osadzonego będącego nosicielem wirusa HIV, jeśli osadzony czuje się dobrze.⁴

iii) zapobieganie samobójstwom

57. Zapobieganie samobójstwom jest kolejną sprawą wchodzącą w zakres działalności opieki zdrowotnej w zakładzie karnym. Służba zdrowia powinna upewnić się, że w danej placówce panuje właściwa świadomość w tym zakresie oraz że są stosowane odpowiednie procedury.

58. Znaczną rolę w tym kontekście pełni badanie medyczne zaraz po przyjęciu oraz cały proces przyjmowania do placówki – jeśli odbędzie się on prawidłowo, przynajmniej niektórzy potencjalni samobójcy powinni zostać zidentyfikowani, a niepokój odczuwany przez wszystkich nowo przyjmowanych osadzonych powinien zostać w pewnym stopniu rozładowany.

Ponadto personel penitencjarny – niezależnie od rodzaju – powinien być wyczulony na symptomy ryzyka popełnienia samobójstwa, co implikuje przejście szkolenia w rozpoznawaniu tych symptomów. W związku z tym należy zauważyć, że okres bezpośrednio przed i po rozprawą sądową, a także – w niektórych sprawach – okres tuż przed zwolnieniem z zakładu karnego – łączy się ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa.

59. Osoba, u której zauważono ryzyko samobójstwa, powinna być poddana specjalnemu dozorowi tak długo, jak to konieczne. Poza tym takie osoby nie powinny mieć dostępu do przedmiotów, które mogą wykorzystać w celu popełnienia samobójstwa (kraty w oknie, odłamki szkła, paski, krawaty, itp.).

Należy także podjąć kroki w celu zapewnienia właściwego przepływu informacji – zarówno na terenie danej placówki, jak również pomiędzy zakładami karnymi (a konkretnie pomiędzy służbą zdrowia na ich terenie) odnośnie osób, z którymi wiąże się ryzyko popełnienia samobójstwa.

³ Zob. także „Pozbawienie wolności w zakładzie karnym”, podrozdział „Choroby zakaźne”.

⁴ Powyższa zasada została przededagowana i brzmi: nie ma uzasadnienia medycznego dla segregacji osadzonego tylko z tego powodu, że jest on nosicielem wirusa HIV.

iv) zapobieganie przemocy

60. Służba zdrowia w zakładzie karnym może przyczynić się do zapobiegania przemocy skierowanej przeciwko osobom pozbawionym wolności poprzez systematyczne rejestrowanie obrażeń ciała oraz – jeśli to wskazane – dostarczanie ogólnych informacji właściwym władzom. Można także przekazywać informacje o konkretnych przypadkach, chociaż co do zasady tego typu działania powinny być podejmowane za zgodą zainteresowanego osadzonego.

61. Wszelkie znaki wskazujące na doznaną przemoc u osadzonego poddawanego badaniu tuż po przyjęciu do zakładu karnego powinny być kompletnie odnotowane, włącznie z wszelkimi oświadczeniami osadzonego oraz wnioskami lekarskimi. Ponadto należy udostępnić te informacje osadzonemu.

To samo podejście należy stosować, gdy osadzony jest poddawany badaniu po wydarzeniu z użyciem przemocy, które miało miejsce na terenie zakładu karnego (por. także punkt 53 Drugiego Sprawozdania Ogólnego: CPT/Inf (92) 3), a także przy powtórnym przyjmowaniu do zakładu karnego po tymczasowym przeniesieniu do aresztu policyjnego dla celów śledztwa.

62. Służba zdrowia może dokumentować okresową statystykę w zakresie odnotowanych obrażeń ciała u osadzonych celem przedstawienia jej władzom zakładu karnego, ministerstwu sprawiedliwości, itp.

v) więzy społeczne i rodzinne

63. Służba zdrowia może także pomóc w ograniczaniu rozpadu więzów społecznych i rodzinnych, który zwykle idzie w parze z pozbawieniem wolności. Służba zdrowia powinna wspierać – w połączeniu z właściwymi organami socjalnymi – środki służące rozwijaniu kontaktów osadzonych ze światem zewnętrznym, np. dostępność odpowiednio zabezpieczonego pomieszczenia do odwiedzin, odbywające się we właściwych warunkach odwiedziny w gronie rodzinnym lub spotkania małżeńskie/partnerskie, a także przepustki służące życiu rodzinnemu, podejmowaniu określonych zajęć, nauki czy też z okazji wydarzeń społecznych i kulturalnych.

W zależności od okoliczności, lekarz więzienny może także podjąć kroki w celu uzyskania zapomogi lub stałego świadczenia ubezpieczeniowego przez osadzonego oraz jego rodzinę.

e. Wsparcie humanitarne

64. Należy wyróżnić kategorię szczególnie wrażliwych osadzonych. Służba zdrowia w zakładzie karnym powinna zwrócić szczególną uwagę na ich potrzeby.

i) matka i dziecko

65. Powszechnie przyjmuje się, że dzieci nie powinny rodzić się w zakładzie karnym, a z doświadczenia Komitetu wynika, że zasada ta jest respektowana.

66. Matka i dziecko powinny mieć możliwość pozostawania razem przynajmniej przez jakiś czas. Jeśli matka i dziecko przebywają razem w zakładzie karnym, powinno się im zapewnić warunki odpowiadające warunkom żłobka, a także wsparcie personelu wyszkolonego w opiece niemowląt i pielęgniarstwie.

Rozwiązania długofalowe, zwłaszcza przeniesienie dziecka do społeczeństwa poza zakładem karnym połączone z jego oddzieleniem od matki, powinny być stosowane indywidualnie i na podstawie opinii psychologicznych, lekarskich oraz społecznych.

ii) nieletni

67. Wiek dojrzewania jest okresem, który odznacza się pewną reorganizacją osobowości, co wymaga szczególnych starań w celu zmniejszenia ryzyka długiego okresu niedostosowania społecznego.

Nieletni przebywający w areszcie lub zakładzie karnym powinni mieć możliwość przebywania w stałym miejscu, w otoczeniu rzeczy osobistych, a także przyjaźnie nastawionych osób. Reżim stosowany w ich przypadku powinien być oparty na szerokiej aktywności, włączając w to spotkania o podłożu społecznym i naukowym, sport, naukę, doskonalenie zawodowe, wycieczki oraz dostępność innych właściwych zajęć.

iii) osadzeni z zaburzeniami osobowości

68. Wśród pacjentów więziennej służby zdrowia zawsze występuje pewna grupa nie zrównoważonych, marginalizowanych osób, którzy doświadczyli problemów rodzinnych, długotrwałego uzależnienia od narkotyków, konfliktów z władzą i innych niepowodzeń społecznych. Osadzeni z tej grupy mogą posuwać się do przemocy, zachowań samobójczych lub niewłaściwych zachowań seksualnych, ponadto są oni przez większość czasu niezdolni do kontrolowania oraz dbania o siebie.

69. Potrzeby takich osadzonych nie mogą być zaspokojone na gruncie medycznym, tym niemniej lekarz więzienny jest w stanie promować rozwój programów socjo-terapeutycznych służących omawianej grupie, przeprowadzanych we wspólnych i dokładnie nadzorowanych pomieszczeniach.

Tego typu pomieszczenia mogą zmniejszyć upokorzenia osadzonych, poczucie pogardy dla samego siebie i nienawiści oraz wpajać osadzonym poczucie odpowiedzialności i przygotować ich do reintegracji ze społeczeństwem. Inną bezpośrednią korzyścią wynikającą z przeprowadzania programów, o których mowa powyżej, jest aktywny udział i zaangażowanie personelu penitencjarnego.

iv) osadzeni niedostosowani do długotrwałego pozbawienia wolności

70. 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.

f. Niezależność zawodowa

71. Służba zdrowia w każdym zakładzie karnym jest potencjalnie narażona na ryzyko w tym zakresie. Obowiązek zapewnienia opieki pacjentom (chorym osadzonym) może często wchodzić w konflikt z względami bezpieczeństwa i organizacji w zakładzie karnym. To z kolei może powodować powstanie trudnych dylematów etycznych i konieczność wyboru. Komitet uważa, że w celu zagwarantowania niezależności służby zdrowia w sprawach opieki zdrowotnej, ważne jest, aby personel medyczny był w maksymalnym stopniu związany z systemem ogólnej opieki zdrowotnej w społeczeństwie.

72. Bez względu na oficjalne stanowisko piastowane przez lekarza więziennego, jego decyzje w zakresie leczenia powinny być oparte wyłącznie na kryteriach medycznych.

Jakość i efektywność pracy służby zdrowia powinna być oceniana przez odpowiednie władze medyczne. Podobnie, zarządzanie dostępnymi zasobami w zakresie służby zdrowia powinno należeć do tych władz, a nie organów odpowiedzialnych za bezpieczeństwo lub sprawy administracyjne.

73. Lekarz więzienny jest osobistym lekarzem pacjenta. W konsekwencji, w interesie zabezpieczenia właściwej relacji lekarz/pacjent, na tym pierwszym nie powinien spoczywać obowiązek wydawania zaświadczeń w zakresie zdolności osadzonego do odbywania kary. Lekarz więzienny nie powinien także przeprowadzać żadnych przeszukań lub badań, o które wnoszą władze, z wyjątkiem sytuacji nagłych, gdy nie można wezwać innego lekarza.

74. Należy także zauważyć, że wolność zawodowa lekarza więziennego jest ograniczona przez sytuację w zakładzie karnym: lekarz nie może swobodnie wybierać pacjentów, bowiem osadzeni nie mają do dyspozycji innej pomocy medycznej. Obowiązki zawodowe lekarza nie wygasają, nawet jeśli pacjent łamie zasady medyczne lub posuwa się do gróźb czy przemocy.

g. Profesjonalizm

75. Lekarze i pielęgniarki więzienne powinni posiadać specjalistyczną wiedzę, umożliwiającą im zajmowanie się poszczególnymi formami patologii w zakładach karnych oraz przystosowywanie metod leczenia do warunków związanych z pozbawieniem wolności.

W szczególności należy rozwijać postawę zawodową w zakresie zapobiegania przemocy oraz – gdy to wskazane – kontrolowania jej.

76. W celu zapewnienia odpowiedniej liczby personelu, pielęgniarkom często pomagają sanitariusze, z których część rekrutuje się spośród funkcjonariuszy straży więziennej. Wykwalifikowany personel z każdego poziomu powinien przekazywać personelowi pomocniczemu niezbędne doświadczenie.

Niekiedy pozwala się samym osadzonym pracować w charakterze sanitariuszy. Bez wątplenia tego typu podejście pozwala stworzyć pewnej liczbie osadzonych możliwość użytecznej pracy. Jednakże takie rozwiązanie powinno stanowić raczej ostateczność. Poza tym osadzeni pod żadnym pozorem nie powinni być angażowani do roznoszenia lekarstw.

77. Wreszcie, Komitet pragnie zasugerować, iż specyficzne cechy opieki zdrowotnej w środowisku zakładu karnego mogą uzasadniać wprowadzanie uznanej specjalności zawodowej, zarówno dla lekarzy, jak i pielęgniarek, nadawanej po przejściu szkoleń podyplomowych i regularnych kursów doszkalających.