



RZECZPOSPOLITA POLSKA

Zastępca  
Rzecznika Praw Pacjenta  
*Izabela Jakubczak-Rak*

RPO-701426/12

Warszawa, *24 lipca* 2012 r.

RPP-ZZP-073-13-5/BW/12

Pan

**Dr n. med. Ryszard Wardeński**

**Dyrektor**

**Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej**

**w Gostyninie**

**ul. Zalesie 1A**

**09-500 Gostynin**

*Szanowny Panie Dyrektore,*

W związku z otrzymaną informacją o wynikach kontroli<sup>1</sup> odnośnie sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej w Gostyninie w ramach środka zabezpieczającego, zwracam się z prośbą o przesłanie do Rzecznika Praw Pacjenta informacji o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych Krajowego Mechanizmu Prewencji działającego z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich sformułowanych w ramach przedmiotowej kontroli.

Zakres stwierdzonych nieprawidłowości dotyczył m.in.:

- 1) nieetycznych zachowań personelu wobec pacjentów.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji w przedmiotowym *Raporcie* przytaczają przykłady dotyczące postępowania sanitariuszy, tj.: „*nadużywają władzy przy egzekwowaniu realizowania przez pacjentów swoich obowiązków*”, „*(...) kierują pod adresem pacjenta złośliwe uwagi związane z jego wyglądem*”.

<sup>1</sup> *Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji w Szpitalu im. dr J. Babińskiego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łodzi z dnia 4.06.2012 r.*

W tym miejscu należy podnieść, iż temat dotyczący nieetycznego postępowania personelu został poruszony przez Rzecznika Praw Pacjenta w wystąpieniu z dnia 6 października 2011 r. W przedmiotowym wystąpieniu – adresowanym do wojewodów - Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił z apelem do środowiska medycznego o podjęcie działań edukacyjnych w celu wyeliminowania zjawiska poniżania pacjentów szpitali psychiatrycznych (*napiętnowania*). Prezentowanie postawy poniżającej pacjenta oraz ograniczenia pacjentowi korzystania z przysługujących mu praw (wynikających z obowiązujących przepisów) - nie sprzyja efektywnej terapii.

- 2) stosowania zbiorowych środków dyscyplinujących (zbiorowej odpowiedzialności),
- 3) nieczystego sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej w zakresie:
  - stosowania środka przymusu bezpośredniego (§ 12 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego<sup>2</sup>);
  - zamieszczania wpisów w *Kartach Informacyjnych z Leczenia Szpitalnego* (§ 10 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>3</sup>);

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji w raporcie zalecają, cyt.: „wskazane byłoby umieszczenie w wypisie z Ośrodka jakiegokolwiek informacji o terapii, psychoterapii prowadzonej w trakcie pobytu w Ośrodku i/lub wskazówek do oddziaływań psychologicznych i psychoterapeutycznych co umożliwiłoby kontynuowanie terapii psychologicznej zamiast rozpoczęcie jej od początku w kolejnej placówce.”

- 4) ograniczonej możliwości prowadzenia rozmów telefonicznych, (cyt.: „rozmowie przysłuchuje się strażnik”, „brak możliwości inicjowania rozmów telefonicznych”);
- 5) ograniczonej możliwości prowadzenia rozmów z osobami odwiedzającymi (cyt.: „rozmowie przysłuchuje się strażnik”);
- 6) ubogiej oferty programowej w zakresie prowadzonych zajęć w ramach terapii zajęciowej („nie uwzględnia potrzeb pacjentów”);

---

<sup>2</sup> Dz. U. Nr 103, poz. 514. Niniejsze rozporządzenie traci moc z dniem wejścia w życie rozporządzenia na podstawie art. 219 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092).

<sup>3</sup> Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.

- 7) braku informacji o Biurze Rzecznika Praw Pacjenta oraz innych instytucjach, do których pacjenci mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia ich praw;
- 8) braku opracowanej w Regulaminie Porządkowym:
  - procedury wnioskowo-skargowej (brak książki wniosków i skarg);
  - procedury postępowania z depozytem wartościowym (możliwość dysponowania przez pacjentów własnymi środkami finansowymi);
- 9) braku aktu regulującego zasady społeczności terapeutycznej, w tym zasad funkcjonowania samorządu pacjentów.

Powyższe wskazują na naruszenie następujących praw pacjenta, wynikających z ustawy z dnia 9 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*<sup>4</sup> (dalej: ustawa), tj. do:

- świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych (art. 8 ustawy);
- świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy);
- informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1 w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy);
- kontaktu osobistego z innymi osobami (art. 33 w zw. z art. 20 ust. 1 ustawy);
- poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 ustawy);

W związku z powyższym, wnoszę – jak na wstępie - o przesłanie do Rzecznika Praw Pacjenta informacji o podjętych działaniach naprawczych w kierowanej przez Pana Dyrektora Placówce.

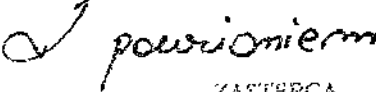

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż podjęto działania w zakresie skierowania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego do Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie, o czym zostanie Pan Dyrektor poinformowany w oddzielnym piśmie.

Obecnie ochrona praw pacjentów jest realizowana przez Zespół ds. Zdrowia Psychicznego funkcjonujący w strukturze Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Zaznaczyć należy,

---

<sup>4</sup> tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 159, poz. 742.

iż do zadań Zespołu ds. Zdrowia Psychicznego należy również realizacja prawa do pomocy w ochronie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych, przebywających w szpitalach psychiatrycznych, w których nie ma Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. W celu zapewnienia pacjentom oraz ich opiekunom pełnej informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w załączeniu przesyłam ulotki informacyjne do rozdystrybuowania na terenie kierowanego przez Pana Dyrektora Ośrodka.

  
ZASTĘPCA  
RZECZNIKA PRAW PACJENTA  
  
Izabela Jakubczak-Rak

**Do wiadomości:**

- 1) Pan Bartosz Arłukowicz, Minister Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa;
- 2) Pan prof. dr n med. Jacek Wciórka, Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii; Instytut Psychiatrii i Neurologii; ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa;
- 3) Pani Irena Lipowicz, Rzecznik Praw Obywatelskich; Aleja Solidarności 77, 00-090 Warszawa.

**Załącznik:**

- 1) Ulotki informacyjne (sztuk 50)
- 2) Kopia pisma Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 6.10.2011 r.

# REGIONALNY OŚRODEK PSYCHIATRII SĄDOWEJ

09-500 Gostynin, ul. Zalesie 1A, skrytka pocztowa 139, woj. mazowieckie

FORENSIC PSYCHIATRY REGIONAL CENTER

PL 09-500 GOSTYNIN, ul. ZALESIE 1A, P.O.B. 139, POLAND TEL. +48 24 235 71 54, +48 24 235 71 56 #AXIS+48 24 235 21 55

ROPS/DRA/2338/2012

RPO-701426/12

**Pani**

**Justyna Róża Lewandowska**

**Dyrektor**

**Zespołu Krajowego Mechanizmu Prewencji**

**Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich**

**Al. Solidarności 77**

**00-090 Warszawa**

W nawiązaniu do Państwa wystąpienia, znak RPO-701426-VII-720.1/12/WS dotyczącego przeprowadzonej wizytacji w naszym zakładzie tj. w Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej w Gostyninie bardzo dziękuję za przesłany protokół pokontrolny i zawarte w nim uwagi dotyczące funkcjonowania naszej instytucji.

Pragnąłbym zgodnie z Państwa sugestiami odnieść się do uwag i zaleceń sformułowanych przez Państwa w stosunku do zasad organizacyjnych i bieżącej działalności Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie.

W stosunku do rozdziałów w Państwa raporcie pt.: „Wprowadzenie”, „Ogólna Charakterystyka”, „Legalność Pobytu” nie wymagają one zajęcia stanowiska przez nas, gdyż zawierają wykaz z jednej strony umocowań prawnych funkcjonowania naszego Ośrodka, a z drugiej strony stanowią wykaz podjętych czynności przez osoby kontrolujące.

Sformułowania zawarte w rozdziale pt. „Traktowanie

Adres Administracji ROPS: 09-500 Gostynin, ul. Kutnowska 74 B, skrytka pocztowa 139

☎ 24 235 71 54, 24 235 71 56; Dyrektor ☎ 24 235 00 15, Fax 24 235 71 55; Z-ca Dyr. ds. Adm.-Ekonom. ☎ 24 235 85 47

Główna Księgowa ☎ 24 235 71 57; Sekcja Kadr i Szkolenia ☎ 24 235 71 58

<http://www.rops-gostynin.pl> e-mail: [administracja@rops-gostynin.pl](mailto:administracja@rops-gostynin.pl)

ROPS ul. Zalesie 1A ☎ 24 235 81 03, 235 79 93 Fax 24 235 00 29

Komisja Psychiatryczna ds. Środków Zabezpieczających ☎ 24 235 79 92

e-mail: [sekretariat.med@rops-gostynin.pl](mailto:sekretariat.med@rops-gostynin.pl)

e-mail: [komisja@rops-gostynin.pl](mailto:komisja@rops-gostynin.pl)

mieszkańców przez personel wizytowanej placówki” a dotyczące stwierdzeń niektórych pacjentów, że nie są oni traktowani jak osoby dorosłe oraz, że sanitariusze nadużywają swojej władzy przy egzekwowaniu od pacjentów realizacji swoich obowiązków, w naszej ocenie nie znajdują obiektywnego uzasadnienia. Jako przykład tych nieprawidłowych postaw personelu, niektórzy pacjenci wskazali, że nakazuje się im dokonanie czynności higienicznych np. umycia się po raz drugi, gdy tymczasem w ich ocenie pierwszy raz był wystarczający. Pragnę poinformować, że na bieżąco, codziennie zwracamy uwagę na postawy personelu i sposób komunikowania się z naszymi podopiecznymi. Personel szanuje godność naszych pacjentów, ich autonomię i bez rzeczywistych powodów nie podejmuje działań mających na celu skorygowanie ich zachowań. W żadnym wypadku nie występuje u naszych sanitariuszy postawa, którą można by nazwać nadużywaniem swojej roli i traktowanie podopiecznych jak osób niedojrzałych. Wręcz przeciwnie cały program terapeutyczny jest ukierunkowany na podkreślanie i wzmacnianie poczucia dorosłości i samodzielności naszych podopiecznych w zakresie podejmowanych działań i decyzji. Jeżeli istotnie wystąpi potrzeba zwrócenia uwagi pacjentowi w zakresie sposobu wykonywania zabiegów higienicznych, to zawsze jest to prośba o skrupulatniejsze umycie się, a nigdy nakaz. Nie wymuszamy na pacjentach tych zachowań, lecz sugerujemy je i prosimy o nie. Nigdy nie odbywa się to w atmosferze wrogości wobec pacjenta. Również nie jest to realizowane w sposób ostentacyjny i kategoryczny. Tak oczywiste zagadnienia dla ludzi zdrowych psychicznie jakimi są zabiegi higieniczne np. umycie się, dla osób chorych na schizofrenię stanowi często istotny problem w zakresie aktywności codziennej. Wynika to z występowania u nich objawów negatywnych schizofrenii, na które składają się m.in. apatia i abulia czyli brak woli i motywacji do podejmowania aktywności życiowych m.in. działań mających na celu zachowanie higieny osobistej. Dlatego pacjenci chorzy psychicznie całymi dniami przebywają w łóżku, nie

podejmują żadnych aktywności higienicznych i nie dbają o swój wygląd zewnętrzny. Z drugiej strony współczesne normy cywilizowanego społeczeństwa nakazują zachowanie pewnych standardów higienicznych. Gdyby pozostawić ten problem całkowicie własnemu biegowi, to pacjenci w tym skrajnie izolowanym społecznie środowisku jakim jest Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie, odgradzony od rzeczywistości murem wysokości 5,5 metra, po rocznym lub dwuletnim pobycie zatraciliby całkowicie zdolność do dostatecznego funkcjonowania społecznego w omawianym zakresie. Zasady funkcjonowania społecznego pacjentów obowiązujące w ROPS-Gostynin nie mogą być inne, niż te spotykane w rzeczywistym życiu społecznym. W przeciwnym razie pacjenci byłiby narażeni na uczenie się zachowań społecznych, które mają charakter dezadaptacyjny w stosunku do realiów społecznych. Nie jest tak, że sanitariusze zwracają uwagę pacjentowi bez powodu. Jeżeli dochodzi do takiej sytuacji, to pacjent rzeczywiście wykonał zabiegi higieniczne w sposób nieodpowiedni, powierzchowny. Reagując na to, personel przekazuje informacje zwrotne pacjentowi o niedostatecznej skuteczności podjętych przez niego działań higienicznych. Istotnie może to wywołać poirytowanie niektórych pacjentów albowiem w większości nie są oni w ogóle zainteresowani podejmowaniem jakichkolwiek zabiegów higienicznych. Nie należy jednak tego utożsamiać z wrogą i nieterapeutyczną postawą grupy zawodowej sanitariuszy. W sytuacji pojawienia się osób kontrolujących z zewnątrz niektórzy pacjenci chętnie będą podnosić tą problematykę przedstawiając w negatywnym świetle działania personelu, albowiem liczyć będą na to, że sprawy ich higieny osobistej zostaną odłożone przez personel ad acta. Trzeba mieć świadomość, że pacjenci, choć chorzy na schizofrenię posiadają zdolność do stosowania działań o charakterze socjotechnicznym. W ciągu 14-letniej działalności naszego Ośrodka kilka razy spotkaliśmy się z fałszywymi oskarżeniami ze strony pacjentów, które nie zostały potwierdzone w żadnym wymiarze przez kontrole zewnętrzne. Tak się

składa, że personel naszego Ośrodka wyjściowo zawsze jest podejrzany o niegodziwe zachowanie wobec pacjentów i pogląd ten wstępnie podzielają kontrolujący a pacjenci są spostrzegani jak osoby niejako z urzędu poszkodowane przez personel. Jest to fałszywy obraz często podzielany przez osoby kontrolujące, a który nie ma rzeczywistego odzwierciedlenia w obiektywnych faktach dotyczących funkcjonowania naszego Ośrodka. Kwestie poruszane przez Państwa w protokole pokontrolnym, a dotyczące sposobu realizacji higieny osobistej przez niektórych pacjentów nie mogą być postrzegane w sposób izolowany w stosunku do innych wydarzeń mających miejsce w Ośrodku. Są one bowiem częścią składową większej całości. Zagadnienia związane z higieną osobistą jako istotne kwestie w chorobowo zmienionej aktywności pacjentów cierpiących na schizofrenię, są objęte specjalnym programem terapeutycznym realizowanym w naszym Ośrodku. Program ten o nazwie „Trening umiejętności dnia codziennego” jest realizowany na bieżąco przez personel pielęgniarstwa i sanitariuszy. Składają się na niego: 1) ocena poziomu funkcjonowania pacjenta w zakresie dbałości o wykonanie toalety porannej i wieczornej - w tym kąpieli, dbałości o ubranie i wygląd zewnętrzny, ścielenie tapczanu i dbanie o jego czystość, dbałość o czystość i porządek w szafce przyłóżkowej oraz szafie ubraniowej i w całej sali pacjenta, dbałość o porządek i higienę w wc w związku z realizowaniem potrzeb fizjologicznych, dbałość o czystość i porządek w pozostałych pomieszczeniach zespołu, dbałość o higieniczne i estetyczne spożywanie posiłków, co jest realizowane w cyklach tygodniowych, 2) cotygodniowe podsumowanie motywacji i funkcjonowania pacjenta w zakresie realizacji dbałości o higienę osobistą i porządek w swoim najbliższym otoczeniu, realizowane w ramach grupowych spotkań pacjentów z danej sali z pielęgniarką oddziałową, co jest udokumentowane przez nią w notatkach z każdego spotkania, a które załączone są do dokumentacji pacjentów. Omawiany program terapeutyczny wykorzystuje specjalnie stworzone dla niego



instrumenty, na które składają się: a) Kwestionariusz oceny poziomu motywacji pacjenta do realizacji czynności dnia codziennego w okresie danego tygodnia, b) Kwestionariusz oceny poziomu funkcjonowania pacjenta w danym tygodniu, c) graficzne wykresy, oddzielne dla motywacji i rzeczywistego funkcjonowania pacjenta, które tworzone są w cyklach sześciomiesięcznych. Wszystkie omówione instrumenty pacjent otrzymuje do rąk własnych na cotygodniowych spotkaniach z pielęgniarką oddziałową. W ten sposób uzyskuje informację zwrotną jak jest oceniany przez personel w zakresie codziennego funkcjonowania w analizowanym obszarze aktywności. Jest to również tematem dyskusji na tych spotkaniach, w której poszczególni pacjenci omawiają w jaki sposób uzyskali dobry poziom funkcjonowania, a inni dzielą się trudnościami w realizacji czynności higienicznych i porządkowych. Pacjenci uzyskujący dobre wyniki w realizacji omawianego programu są nagradzani podarunkami, na które składają się kosmetyki. Natomiast pacjenci, którzy osiągają niskie wyniki nie są w żadnym stopniu karani, a jedynie zachęcani do uzyskiwania lepszych rezultatów. Dla pełniejszego obrazu omówionego programu terapeutycznego pt. „Trening umiejętności dnia codziennego” załączam kserokopie dokumentów odnoszących się do realizacji tego programu (załącznik nr 1). Część dokumentów odnosi się do pacjenta, który osiągał bardzo wysokie wyniki w ramach realizowanego programu, a druga część dotyczy pacjenta, który miał trudności w jego wykonaniu. Na koniec pragnę przypomnieć, że zgodnie z uregulowaniami prawnymi zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10.08.2004r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179 poz. 1854) oraz załączonym do niego Regulaminem organizacyjno-porządkowym wykonywania środków zabezpieczających, osoba wobec, której realizowany jest środek zabezpieczający ma obowiązek:

„stosować się do poleceń personelu”, „poprawnie traktować inne osoby”, „dbać o stan zdrowia i higienę osobistą”, „sprzątać pomieszczenia, w których przebywa i utrzymywać należyty porządek”. Także w Regulaminie Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie, z którym każdy pacjent jest szczegółowo zapoznawany, co potwierdza swoim podpisem, w paragrafie 28 znajduje się zapis „pacjenci Ośrodka są zobowiązani do dbałości o higienę osobistą oraz schludny wygląd”.

Stwierdzenia zawarte w protokole pokontrolnym a dotyczące tego, że samorząd pacjentów w istocie nie posiada cech samorządności, gdyż funkcjonuje na zasadzie społeczności terapeutycznej wywołuje nasze zdumienie. Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie zgodnie ze swoim statutem jest szpitalem psychiatrycznym. W związku z tym nie jest niczym dziwnym to, że wykorzystuje właściwe dla szpitalnictwa psychiatrycznego metody terapeutyczne, które opierają współpracę personelu z pacjentami na zasadach społeczności leczniczej. Nie jest to żaden błąd jak utrzymują osoby tworzące protokół pokontrolny, lecz profesjonalne wykorzystanie metod terapeutycznych obecnych w światowym leczeniu psychiatrycznym. Każdy członek społeczności naszego Ośrodka czyli pacjenci i personel mają przypisane role uzależnione od miejsca usytuowania w tej strukturze społecznej. Jednak działają dla wspólnego dobra, którym jest zdrowie pacjentów wykorzystując przy tym, w sposób demokratyczny przyznane im uprawnienia i możliwości. Przejawem tej zasady jest m.in. udział personelu w głosowaniu odbywającym się na zebraniu społeczności terapeutycznej. Podjęte wtedy decyzje w równym stopniu odnoszą się przecież do funkcjonowania pacjentów jak i personelu. W związku z powyższym trudno odmawiać personelowi prawa głosowania. Ponieważ odbywa się to na zasadzie demokratycznej większości głosów, to pacjenci pomimo głosów personelu i tak mają możliwość przeforsowania swojego punktu widzenia: liczba pacjentów obecnych na zebraniu społeczności to 12-16 osób a liczba

przedstawiciele personelu na zebraniu społeczności to 6-9 osób. Podnoszenie przez kontrolujących kwestii nieuregulowanego zakresu uprawnień jest zagadnieniem bezprzedmiotowym. Uregulowania te wynikają przecież jednoznacznie z usytuowania personelu i pacjentów w strukturze społeczności. Pracowników obowiązują regulaminy pracy, a pacjentów obowiązuje regulamin Ośrodka. Natomiast na płaszczyźnie wspólnych przedsięwzięć, które nie wynikają ze wskazanych uregulowań prawnych obowiązują zasady społeczności terapeutycznej. Jest to zagadnienie, które nie wymaga żadnych dodatkowych uregulowań prawnych. Postulowanie przez kontrolujących uregulowania zasad funkcjonowania samorządu pacjentów w zgodzie z proponowaną przez kontrolujących ideą samorządności jest kierowane pod złym adresem. Szpital psychiatryczny nie jest takim miejscem. Posiadam znajomość wielu instytucji psychiatrycznych w Polsce i w żadnej z nich nie spotkałem się z tak rozumianą samorządnością pacjentów jak oczekują to osoby kontrolujące. Przez 12 lat pracowałem jako adiunkt w III Klinice Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i tam też nikt nie słyszał o tak pojętej samorządności pacjentów. O ile orientuję się to w chwili obecnej w Klinikach Psychiatrycznych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, a więc w instytucji, która pełni rolę ośrodka o charakterze Krajowego Konsultanta do Spraw Psychiatrii również nie istnieje samorządność pacjentów w takiej formie w jakiej rozumieją to osoby kontrolujące nasz Ośrodek. W związku z tym rodzi się pytanie dlaczego są takie oczekiwania wobec naszego Ośrodka? Ponadto proszę mi wskazać przepisy prawne, które mówią o tym, że istnieje obowiązek w oddziale psychiatrycznym stworzenia samorządności pacjentów w formie jaką przedstawiają osoby kontrolujące nasz Ośrodek. Niezależnie od przedstawionych poglądów chcę powiedzieć, że jedyną i właściwą formą relacji pomiędzy pacjentami i personelem w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym o maksymalnym poziomie zabezpieczenia są zasady społeczności terapeutycznej, które ułatwiają

stworzenie wspólnej płaszczyzny porozumienia pomiędzy tymi grupami. Proponowane przez kontrolujących rozwiązania dotyczące mechanizmów samorządności społecznej, w sposób naturalny generują niebezpieczny podział na dwie zwalczające się nawzajem grupy społeczne: pacjentów i personel. Jest to również zachętą do tworzenia przez pacjentów drugiego życia Ośrodka, w którym dominującą rolę jak uczy doświadczenie zdobędą osoby o nasilonej patologii osobowościowej o charakterze dysocjalnym. A trzeba pamiętać o tym, że ROPS w Gostyninie poza tym, że jest szpitalem psychiatrycznym ma jednak swoją specyfikę. Polega ona na tym, że naszymi podopiecznymi są mężczyźni najciężej chorzy psychicznie w Polsce, którzy w przytłaczającej większości (80 - 90% naszych pacjentów) dokonali najcięższego czynu zabronionego tj. zabójstwa. Eksperymentowanie w takim miejscu z tworzeniem nowych relacji społecznych, które mają pełne uzasadnienie w warunkach wolnościowych jest niebezpiecznym procesem. Zagrożenie wynikające z tego odnosi się zarówno do pacjentów jak i personelu ponieważ może nasilić agresję obu stron. Przecież pacjenci, którzy przebywają w naszym Ośrodku leczą się nie z własnej woli lecz na mocy postanowienia sądowego, którego nie akceptują i są niezadowoleni z odebrania im wolności poprzez umieszczenie w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym i to jeszcze o maksymalnym poziomie zabezpieczenia. Ponadto nie przejawiają oni żadnego krytycyzmu chorobowego oraz krytycznej oceny dotyczącej popełnionego przestępstwa. Agresywne postępowanie ze strony pacjentów może eskalować odwetowe zachowania o tym samym charakterze ze strony personelu. Wprowadzanie do Ośrodka internacyjnego naturalnych procesów rozgrywających się w życiu społecznym jest w naszej ocenie nie do zaakceptowania. Ośrodek internacyjny powinien posiadać jednak ochronną atmosferę społeczną a nie być narażony na mechaniczne przenoszenie naturalnych procesów społecznych na jego teren. Wynika to z bezwzględnej potrzeby i obowiązku ciążyącym na Ośrodku zagwarantowania

bezpieczeństwa pacjentom i personelowi.

W rozdziale protokołu pokontrolnego pt. „Dyscyplinowanie” stwierdzono, że pacjenci zespołu A skarżyli się na stosowanie odpowiedzialności zbiorowej. Dotyczyło to sytuacji, gdy jeden z pacjentów dokonał samouszkodzenia przy użyciu elementów przenośnego radioodbiornika. Spowodowało to, że pozostałym pacjentom odebrano możliwość posiadania własnych odbiorników. Napisano, że dla pacjentów tego Zespołu było to dużą niedogodnością i dostrzegali oni nierówność w ich traktowaniu w stosunku do innych pacjentów, którzy mogą posiadać np. odtwarzacze MP3 itp. Kontrolujący w swoim raporcie podkreślili, że zbiorowa odpowiedzialność nie może mieć miejsca i konieczne jest stosowanie indywidualnego podejścia do pacjentów. Potwierdzam, że istotnie opisana przez kontrolujących sytuacja miała miejsce. W 2011 roku w Zespole Leczniczo - Rehabilitacyjnym A przebywał pacjent, który przejawiał nasilone zachowania o charakterze samouszkodzeń. Przybył on do nas ze szpitala psychiatrycznego w Pruszkowie, gdzie przebywał w oddziale o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia i również przejawiał tam znacznie nasilone zachowania o tym charakterze, które nie mogły być przez tamtejszy personel opanowane. Dokonanie samouszkodzenia w chwili obecnej przez tego pacjenta, stanowiło poważne zagrożenie dla jego zdrowia i życia. Wynikało to z przebycia przez niego w przeszłości wielokrotnych zabiegów operacyjnych, które spowodowały zmiany w obrębie jego jamy brzusznej. Polegały one na zrostach i znacznych uszkodzeniach powłok skórnych. Kolejny zabieg operacyjny niósł za sobą ryzyko nie zrośnięcia się powłok brzusznych a nawet pęknięcia tych powłok. Skutkiem tego doszłoby do rozległego zapalenia jamy brzusznej i ryzyka zgonu pacjenta. W czasie hospitalizacji w naszym Ośrodku pacjent dokonał już wcześniej czterech samouszkodzeń poprzez połknięcie przedmiotów niejadalnych. Dwa razy był to długopis, a następnie element plastikowy ze sphuczki wc oraz rączka szczotki do zębów. W takiej sytuacji połknięcie przez

niego ostrego metalowego przedmiotu jakim był fragment oderwanej metalowej anteny radiowej, zresztą własność innego pacjenta stanowiło znaczne zagrożenie dla jego zdrowia i życia. Z tego powodu chroniąc pacjenta przed jego własnymi niebezpiecznymi dla zdrowia i życia zachowaniami zmuszony byłem podjąć decyzję o zmniejszeniu w jego najbliższym otoczeniu liczby potencjalnych przedmiotów, które mogłyby zostać przez niego połknięte. Wśród tych przedmiotów znajdowały się przenośne odbiorniki radiowe jako rzeczy, które były już przez pacjenta wykorzystywane do celów samouszkodzeń. Gdybym tego nie zrobił to w przypadku niekorzystnego rozwoju wydarzeń mógłbym zostać oskarżony przez Prokuraturę Rejonową w Gostyninie o zaniechanie działań mających na celu ochronę pacjenta. Połknięcie przez niego ostrego metalowego przedmiotu jakim był fragment oderwanej anteny radiowej stanowiłoby znaczne zagrożenie dla jego zdrowia i życia. W zaistniałej sytuacji ochrona jednostki skutkowałą pewnymi niedogodnościami dla innych pacjentów. Trzeba jednak zdać sobie sprawę z tego, że działania te dla omawianego pacjenta, a więc jednostki były konieczne do ochrony jego zdrowia i życia, a dla pozostałych pacjentów stanowiły jedynie pewien dyskomfort dotyczący pobytu w tutejszym Ośrodku. Ponadto wśród uregulowań prawnych znajdujących się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10.08.2004r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179 poz. 1854) mówi się m.in. o tym, że personel zakładu zobowiązany jest do „zapewnienia prawidłowego procesu leczenia” i „dbania o bezpieczeństwo osób leczonych” i w tym duchu należy spostrzegać działania podjęte przeze mnie a nie jako stosowanie niedemokratycznej zasady odpowiedzialności zbiorowej. Chcąc zrekompensować pacjentom brak przenośnych radioodbiorników podjąłem decyzję o zakupie stacjonarnego radioodbiornika. Ponieważ opisywana sytuacja

tj. pozbawienie pacjentów przenośnych radioodbiorników wywołała żywy oddźwięk w społeczności Zespołu A postanowiłem uczestniczyć w zebraniu społeczności tego Zespołu. Na tym zebraniu w dniu 25.11.2011r. wyjaśniłem wszystkim pacjentom i personelowi przyczyny podjętych decyzji i obiecałem zmniejszyć niedogodności wynikłe z zaistniałej sytuacji poprzez zakup wspomnianego stacjonarnego radioodbiornika. Obietnica ta została przeze mnie zrealizowana. Na dowód istnienia tych faktów przedstawiam protokół z zebrania społeczności Zespołu A z dnia 25.11.2011r., który został sporządzony zarówno przez personel jak i przez pacjenta pełniącego wtedy funkcję sekretarza społeczności. Wszystkie te dokumenty znajdują się w załączniku nr 2. Na koniec chcę powiedzieć, że pacjenci, którzy tak żywo dopominali się kontaktu ze światem zewnętrznym poprzez słuchanie audycji radiowych i muzyki, gdy ponownie otrzymali taką możliwość (zakup stacjonarnego radia), to w ogóle z niej nie korzystali i nie korzystają do chwili obecnej.

Odnośnie przytoczonego przez kontrolujących faktu, iż jeden z pacjentów twierdził, że nie otrzymał do rąk własnych tekstu Regulaminu naszego Ośrodka a jedynie wskazano miejsce do zapoznania się z nim uważam, że taka sytuacja nie mogła w ogóle mieć miejsca. Wynika to z faktu, że jako rutynowe, standardowe postępowanie wobec nowoprzyjętego pacjenta do naszego Ośrodka stosowane jest zawsze szczegółowe i wyczerpujące zapoznanie go z regulaminem. Odbywa się to przez kilka dni, a następnie pacjent podpisuje i datuje formularz Regulaminu, który załączany jest do jego historii choroby. Drugi egzemplarz Regulaminu pacjent zawsze otrzymuje na własny użytek. Nie ma żadnych powodów, dla których opisana procedura funkcjonująca w naszym Ośrodku od 14 lat w przypadku jakiegokolwiek pacjenta nie byłaby dochowana. Nie pracujemy pod presją wielu przyjęć pacjentów w ciągu jednego dnia. Tak więc zawsze przyjęcie pacjenta jest pewnym istotnym wydarzeniem w życiu Ośrodka i nie ma presji czasowej i organizacyjnej, która

potencjalnie skutkowałyby przeoczeniem jakiejś procedury łączącej się z hospitalizacją nowego pacjenta. Gdybym znał nazwisko tego pacjenta to mógłbym udowodnić, że na pewno podpisał on Regulamin i dokument ten musiałby się znajdować w jego historii choroby. Twierdzenie przez tego nieokreślonego pacjenta, że wskazano mu jedynie miejsce gdzie może znaleźć tekst Regulaminu jest zacytowaniem przez niego dodatkowej procedury, która zawsze jest obecna w całym procesie zapoznawania pacjenta z Regulaminem Ośrodka. Mianowicie po omówieniu z pacjentem wszystkich punktów Regulaminu, przekazaniu mu jednego egzemplarza tego dokumentu jest on na koniec informowany o tym, że również w świetlicy jest dostępny Regulamin Ośrodka.

Odnośnie lepszego określenia procedury związanej ze składaniem przez pacjentów skarg i wniosków, to podzielam stanowisko osób kontrolujących, iż powinno to być opisane bardziej szczegółowo. Co prawda w Regulaminie Ośrodka w paragrafie 68 wskazano, że pacjent ma prawo do składania skarg i wniosków, a w paragrafie 69 odnotowano, że skargi i wnioski są omawiane na zebraniach społeczności terapeutycznej, to jednak takie uregulowanie wewnętrzne należy uznać w chwili obecnej za niewystarczające. W związku z powyższym Ośrodek przystąpi do zmodyfikowania dotychczasowych uregulowań dotyczących procedury składania przez pacjentów skarg i wniosków.

Podzielam również pogląd wizytujących, że w przypadku hospitalizacji obcokrajowca Regulamin naszego Ośrodka powinien być dostępny jego wersji językowej. W czasie wizytacji osób kontrolujących w naszym Ośrodku przebywał i przebywa nadal jeden obywatel Ukrainy. Celem przygotowania właściwej dla niego wersji językowej Regulaminu nawiązano kontakt z tłumaczem przysięgłym języka ukraińskiego, który jest wpisany na listę biegłych Ministerstwa Sprawiedliwości. Jest to Pani Elina Guba, zamieszkała ul. Wiślanego Nurtu 25, 04-987 Warszawa, tel. 501-929-664. Wskazany tłumacz przygotował nam



ukraińską wersję Regulaminu Ośrodka. W chwili obecnej wersja ta została już przedstawiona naszemu pacjentowi narodowości ukraińskiej. Zapoznał się z nią i złożył stosowny podpis. Omawiana wersja językowa naszego Regulaminu znajduje się w załączniku nr 3. Odnośnie Karty Praw Pacjenta i potrzeby przeredagowania tego dokumentu, co zostało dostrzeżone przez osoby kontrolujące, to musimy stwierdzić, że takie działania podjęte wprost przez nas nie mogą być zrealizowane. Wynika to z faktu, że dokument ten w całej rozciągłości został przygotowany i zredagowany przez Ministerstwo Zdrowia. Tak więc uwagi kontrolujących dotyczące nadmiernego używania sformułowań prawniczych w Karcie Praw Pacjenta, co może być niezrozumiałe dla osoby nieposiadającej stosownego wykształcenia powinny być kierowane nie do nas, lecz do osób, które stworzyły ten dokument w Ministerstwie Zdrowia. Jednak podzielamy pogląd kontrolujących, że tekst Karty Praw Pacjenta jest bardzo skomplikowany i w sposób nieprzejrzysty dla przeciętnego obywatela opisuje prawa związane z opieką zdrowotną. W zaistniałej sytuacji nie mając prawa do zmiany zasadniczego tekstu Karty Praw Pacjenta podejmiemy wysiłek mający na celu wyjaśnienie sformułowań tam zawartych w postaci oddzielnego dokumentu załączonego do Karty Praw Pacjenta. Postaramy się przedstawić komentarz tekstu Karty Praw Pacjenta w sposób przystępny i zrozumiały dla przeciętnego odbiorcy. Popieramy stanowisko wyrażone przez kontrolujących, a dotyczące tego, że każdy pacjent powinien mieć udostępnione na stałe adresy instytucji, do których może zwrócić się w sytuacji, gdy jego prawa nie są przestrzegane. Po otrzymaniu raportu pokontrolnego zalecenie to zostało przez Ośrodek zrealizowane. W każdym Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym na tablicach ogłoszeń, które znajdują się na świetlicach zostały umieszczone nazwy i adresy stosownych instytucji.

Realizacja prawa pacjentów do kontaktu ze światem zewnętrznym w postaci możliwości przeprowadzania przez nich rozmów

telefonicznych, od wielu lat sprawiała problem dla Ośrodka w zakresie możliwości ich pełnego wykonania. Wynikało to i wynika nadal z niedostatecznej infrastruktury związanej z telekomunikacją. Audyt przeprowadzony przez Telekomunikację potwierdził brak możliwości technicznych zainstalowania automatów wrzutowych na posiadanych przez Ośrodek liniach telefonicznych. Kontrola linii telefonicznych przeprowadzona w tym roku potwierdziła ponownie brak możliwości technicznych zainstalowania automatów wrzutowych lub obsługiwanych przez karty magnetyczne. W zaistniałej sytuacji podjęto decyzję o realizacji przez pacjentów kontaktów telefonicznych poprzez korzystanie z aparatu telefonicznego znajdującego się w dyżurce pielęgniarskiej. Odbywa się to jednak w ograniczonym zakresie tj. jedynie osoby z zewnątrz mogą telefonować do pacjentów. Natomiast pacjenci takiej możliwości nie posiadają. Ustalenia te wynikały z konieczności zapewnienia choć w minimalnym stopniu możliwości realizowania czynności zawodowych przez pielęgniarki będące na dyżurze. Gdyby tego nie dokonano dyżurka pielęgniarska zamieniłaby się - szczególnie w ciągu dnia w budkę telefoniczną, paraliżującą całkowicie pracę pielęgniarek. Rozmowa pacjenta z osobą, która do niego telefonuje odbywa się w obecności pielęgniarki, ponieważ nie może ona opuścić tego pokoju ze względów profesjonalnych i potrzeby zabezpieczenia sprzętu komputerowego i pielęgniarskiego znajdującego się w tym pomieszczeniu. Rozwiązanie to nie jest doskonałe, lecz alternatywą byłoby całkowite pozbawienie pacjentów kontaktów telefonicznych. Ostatnio udało nam się znaleźć przy pomocy Telekomunikacji rozwiązanie opisanych problemów. Zostanie zainstalowana nowa centrala telefoniczna, która umożliwi podłączenie 4 aparatów telefonicznych spełniających rolę automatów i poprzez to pacjenci uzyskają nieskrępowany dostęp do rozmów z osobami bliskimi. W załączniku nr 4 przedstawiona jest specyfikacja techniczna tego nowego rozwiązania telekomunikacyjnego. Możliwości finansowe Ośrodka nie pozwalają jednak na realizację tego przedsięwzięcia w tym

roku budżetowym. Będzie ono możliwe w 2013r.

Odnosnie obecności strażnika podczas odwiedzin gości u pacjenta to należy stwierdzić, iż przedstawione rozwiązanie podyktowane jest względami bezpieczeństwa. W 14-letniej historii Ośrodka spotkaliśmy się z całkowitym brakiem odpowiedzialności ze strony osób, które odwiedzały pacjentów. Przejawiało się to tym, że przemycali oni w produktach dostarczanych pacjentom takie rzeczy jak żyletki, ostrza do golenia, napoje alkoholowe oraz środki narkotyczne. Nadmienić należy, że dostęp do przyrządów do golenia pacjenci mają zagwarantowany przez Ośrodek, lecz odbywa się to przy zastosowaniu odpowiednich procedur. Przykładem tragicznych konsekwencji nienadzorowanych odwiedzin u pacjenta było dokonanie przez jednego z nich przecięcia naczyń tętniczych w okolicy szyi co miało miejsce 12 lat temu. Narzędziem, którym pacjent dokonał samouszkodzenia był nożyk do golenia. Został on przemycony przez osoby odwiedzające go w zaklejeniach znajdujących się w kopercie do listu, tak więc na pierwszy rzut oka nie były one widoczne. Jedynie dzięki szczęśliwemu zbiegowi okoliczności pacjent nie umarł, gdyż dokonał takiego nacięcia szyi, że ominęło ono główną tętnicę szyjną i nie doszło do całkowitego wykrwawienia się poszkodowanego. Racjonalne argumenty, aby obecność strażników ograniczyć wyłącznie do odwiedzin niektórych pacjentów, którzy swoim zachowaniem stwarzają zagrożenie niestety w przypadku naszego Ośrodka nie może być zastosowane. Omówione wcześniej niebezpieczne zachowania związane z odwiedzinami były również przejawiane przez pacjentów, którzy przebywając u nas zachowywali się spokojnie i nie sprawiali żadnych kłopotów. Powinnością Ośrodka zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia z dnia 10.08.2004r. jest m. in. dbanie o bezpieczeństwo osób leczonych, personelu i osób odwiedzających. Opisane wcześniej procedury w odniesieniu do odwiedzin pacjentów są realizacją tej powinności.

Stwierdzenia zawarte w raporcie a dotyczące tego, że pacjenci w

pierwszym tygodniu po przybyciu do Ośrodka nie mają możliwości korzystania z żadnych form kontaktu ze światem zewnętrznym są nieprawdziwe. Ośrodek w tym zakresie nie stawiał i stawia żadnych barier. Odwiedziny pacjenta mogą odbyć się już w pierwszej godzinie jego hospitalizacji w tutejszym Ośrodku. Natomiast ograniczenia ale innego rodzaju obowiązujące w pierwszym tygodniu hospitalizacji dotyczą wyłącznie tego, że pacjent nie uczestniczy w aktywnościach realizowanych poza oddziałem, w którym przebywa. Chodzi tu o niekorzystanie z pobytów w pracowni terapii zajęciowej. Ten czas poświęcony jest na zapoznanie pacjenta z Regulaminem Ośrodka, obserwację jego zachowania, zwłaszcza ewentualnych zachowań o charakterze agresywnym. Po tym tygodniowym okresie pacjent może już uczestniczyć, jeżeli nie ma przeciwwskazań we wszystkich aktywnościach dostępnych mu na terenie Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej. Opisane ograniczenia nigdy nie dotyczyły odwiedzin oraz kontaktów ze światem zewnętrznym w ramach możliwości posiadanych przez nasz Ośrodek.

Zgadzamy się z sugestiami zawartymi w raporcie, że zasady dysponowania przez pacjentów własnymi środkami pieniężnymi powinny zostać umieszczone w regulaminie Ośrodka.

Nie podzielam opinii kontrolujących, że świadczenia medyczne dla naszych pacjentów dokonywane poza ROPS-Gostynin nie powinny być realizowane w obecności strażnika a jedynie z zasady wyłącznie w obecności personelu medycznego. Postulat ten jest niemożliwy do zrealizowania przy uwzględnieniu, że nasi pacjenci są najczęściej zaburzonymi psychicznie osobami, które dokonały najpoważniejszych przestępstw. Przebywając poza terenem Ośrodka każdy pacjent dysponuje możliwością zrealizowania ucieczki. Ponadto większość zewnętrznego personelu medycznego, który realizuje świadczenie zdrowotne dla naszych pacjentów prosi o taką asystę, obawiając się zachowań agresywnych ze strony naszych podopiecznych. Badania medyczne dotyczące sfer intymnych np. badanie urologiczne,

proktologiczne odbywają się bez obecności strażnika. Odnośnie bólu przy ekstrakcji zęba, to omawiana konsultacja stomatologiczna była realizowana w ramach usług świadczonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jeśli chodzi o ocenę pracy psychologów w naszym Ośrodku, to zarzut braku prowadzenia systematycznej terapii indywidualnej pacjentów jest chybiony. Systematyczna psychoterapia indywidualna rozumiana jako profesjonalna działalność psychologiczna według zasad określonej szkoły psychoterapeutycznej nie znajduje zastosowania w przypadku terapii osób przewlekle psychotycznych czyli przejawiających objawy choroby psychicznej. Wieloletnie doświadczenia ogólnoswiatowe w zakresie stosowania różnorodnych systemów psychoterapeutycznych w terapii psychotyków wskazują na nikłą przydatność tego typu terapii. Doświadczenia te ponadto wskazują na to, że na pewnym etapie systematycznej psychoterapii indywidualnej pojawia się osobista problematyka pacjenta, która stanowi dla niego znaczne zagrożenie. Efektem tego jest nawrót ostrych doznań psychotycznych co powoduje konieczność podniesienia dawki leków psychotropowych pobieranych przez pacjenta. Oczekiwanie przez kontrolujących prowadzenia systematycznej psychoterapii indywidualnej naszych pacjentów, a więc psychotyków świadczy o tym, że nie posiadają one żadnego rozeznania w zakresie leczenia osób chorych psychicznie. Mechanicznie przenoszą posiadaną wiedzę psychologiczną lub swoje doświadczenia zawodowe wyrosłe z kontaktów terapeutycznych z osobami zdrowymi psychicznie, przejawiającymi zaburzenia neurotyczne albo inne zakłócenia funkcji psychicznych o podobnym charakterze na pole poważnej patologii psychicznej jaką są psychozy. Opisana w pokontrolnym raporcie działalność naszych psychologów jako „pomoc psychologiczna z elementami interwencji kryzysowej” jest właściwą terapią psychologiczną, która może być zaoferowana osobom chorym psychicznie przebywającym w naszym Ośrodku. Dodatkowo należy

stwierdzić, że kontrolujący w ogóle nie zwracają uwagi na dwie kwestie mające ogromne znaczenie w prowadzonej terapii psychologicznej w naszym Ośrodku. Pierwsza z nich to to, że nasi pacjenci przebywają w Ośrodku wbrew własnej woli. Powoduje to, że przejawiają oni ogromną niechęć do aktywnego uczestnictwa w programach terapeutycznych – nie są to osoby, które same szukają pomocy i chcą rozwiązać swoje problemy zdrowotne, w tym psychologiczne. Druga z nich to fakt, iż podstawowym naszym pacjentem jest osoba cierpiąca na przewlekłą schizofrenię. W naturalnym przebiegu tej psychozy, pomimo stosowanych leków występują tzw. objawy negatywne. Składają się na nie m. in. apatia i abulia czyli brak woli i motywacji do podejmowania aktywności życiowej, w tym również o charakterze terapeutycznym. Większą część czasu psychologowie naszego Ośrodka poświęcają na uzyskanie jakiegokolwiek motywacji ze strony naszych pacjentów do realizacji programów terapeutycznych. Przy takich realiach uzyskanie współpracy pacjenta w ramach chociażby pomocy psychologicznej jest dużym sukcesem.

Terapia zajęciowa realizowana w ROPS-Gostynin, tak jak każda tego typu terapia stosowana w zakładach psychiatrycznych kieruje się zadaniami i celami, które są przypisane tej formie oddziaływań terapeutycznych. Nie jest ona, jak twierdzą kontrolujący przygotowaniem „do życia i pracy”, lecz formą spędzania wolnego czasu, która może być zaoferowana osobom ciężko chorym psychicznie czyli przejawiającym psychozy, zaburzenia funkcji psychicznych w związku z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego oraz posiadającym deficyt funkcji intelektualnych. Kontrolujący myślą działalność jaka przypisana jest zamkniętemu zakładowi psychiatrycznemu o maksymalnym poziomie zabezpieczenia z ośrodkiem resocjalizacyjnym przeznaczonym dla osób zdrowych psychicznie, które odbywają karę pozbawienia wolności.

Ocena dotycząca funkcjonowania Krajowego Ośrodka Seksuologii Sądowej dokonana przez kontrolujących charakteryzuje się całkowitym

brakiem profesjonalizmu. Nie dość, że została ona niewłaściwie przedstawiona w sensie organizacyjnym to jeszcze zawiera niemerytoryczne uwagi.

Podzielam pogląd kontrolujących, że w celu właściwej kontroli postępowań skargowych pacjentów konieczne jest uporządkowanie tych spraw w postaci prowadzenia Książki Skarg. W chwili obecnej proces rozpatrywania skarg pacjentów jest realizowany, lecz jego dokumentowanie jest rozproszone w różnych miejscach.

Pomimo, że w wielu punktach nie zgadzamy się z przedstawionymi uwagami dotyczącymi organizacji i funkcjonowania Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie, bardzo dziękuję za przeprowadzoną wizytację. Uwagi przedstawione przez Państwa przyczynią się do poprawy warunków pobytu pacjentów w naszym Ośrodku oraz poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Łączę wyrazy szacunku

DYREKTOR  
Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej  
*dr n. med. Ryszard Wardencki*

Gostynin, dnia 27.09.2012r.