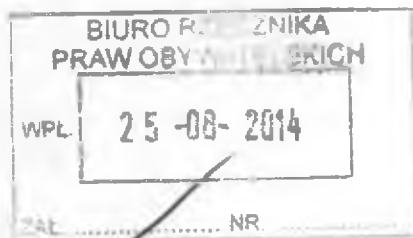




SPP ZOZ
IM. DR. ST. DERESZA
W CHOROSZCZY

**Samodzielny Publiczny Psychiatryczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
im. dr. St. Deresza w Choroszczy**
16 – 070 Choroszcz tel. +48 0 85 719 10 91
ul. Plac Z. Brodowicza 1 fax. +48 0 85 719 28 00

Choroszcz, 2014-08-20



**Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Krajowy Mechanizm Prewencji
Al. Solidarności 77
00-090 Warszawa**

SO. 0705 – 273/14

Dotyczy: Raportu przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji przeprowadzonej w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy (pismo o sygn. KMP.574.20.2014.MF z dnia 8 sierpnia 2014 r.) zwanego dalej Raportem.

Po zapoznaniu się treścią Raportu oraz jego zaleceniami, uprzejmie informuję o realizacji zaleceń/ przyczynie braku ich realizacji:

Ad. 1.1 wyeliminowanie nieprawidłowości w sposobie zwracania się pracowników do pacjentów.

Niewątpliwie niezwykle ważnym w procesie terapii pacjentów jest stosunek do nich personelu medycznego i pomocniczego. Mając na względzie trudne środowisko pracy, w celu redukcji napięcia emocjonalnego i nieprawidłowości w sposobie zwracania się pracowników do pacjentów realizowane są szkolenia wewnętrzne: w okresie od 01.01.2013 r. – 31.03.2014r. zrealizowano łącznie 178 szkoleń wewnętrznych, m. in. o następującej tematyce:

Nasza misja:

poprawa stanu zdrowia, jakości życia i samodzielności chorych oraz promocja zdrowia psychicznego.

Nasza filozofia:

pomoc przez wiedzę, życzliwość, partnerstwo i rozwój.

- Znaczenie kontaktu wzrokowego oraz dystansu fizycznego w komunikowaniu się pielęgniarki i pacjentów. Poszanowanie godności pacjenta.
- Co znaczy pozytywne wzmocnienie pacjenta w terapii?
- Relacje zespołu terapeutycznego.
- Edukacyjna rola pielęgniarki.
- Etyka w zawodzie pielęgniarki.
- Radzenie ze stresem i rozwiązywanie sytuacji trudnych.
- konflikty grupowe – rola mediacyjna pielęgniarki w zapobieganiu sytuacjom trudnym w oddziale.
- Obciążenia na pielęgniarskich stanowiskach pracy.
- Specyfika relacji pielęgniarka – pacjent w oddziale psychiatrycznym.
- Rozmowa z pacjentem – błędy w komunikacji terapeutycznej.
- Czynniki stresogenne w oddziałach psychiatrii sądowej.
- Rola i społeczne uwarunkowania komunikacji interpersonalnej w edukacji pacjenta.
- Radzenie sobie ze złością.

Ponadto, w okresie: marzec – maj 2014 r. zrealizowano również szkolenie kierowane do personelu pomocniczego (salowych i sanitariuszy) w temacie Postępowanie z pacjentem szpitala psychiatrycznego, w którym wzięło udział 98 pracowników. Szkolenie obejmowało również tematykę właściwego traktowania pacjentów.

Ad. 1.2. natychmiastowe wyeliminowanie prewencyjnego stosowania środków przymusu bezpośredniego.

W stosunku do istniejącej w naszym zakładzie praktyki konwojowania pacjenta z oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu poza oddział polegającej na przypinaniu do ręki pacjenta pasa bezpieczeństwa, (tj. środka zgodnego z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania) do ręki pracownika szpitala w celu np. przeprowadzenia badania - nie możemy się zgodzić z tezą zawartą w tym zaleceniu: zgodnie z art. 34 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz 1375) przymus bezpośredni można stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala psychiatrycznego przez osobę przyjętą do niego bez jej zgody. Przepis ten wprost mówi o prewencyjnym stosowaniu środka przymusu bezpośredniego. Niewątpliwie kategoria pacjentów, w stosunku do których taki rodzaj zabezpieczenia jest stosowny (kierowanych do

szpitala postanowieniem sądu), upoważnia do prewencyjnego stosowania środka przymusu bezpośredniego.

Mając na względzie powyższe – wnoszę o zmianę zaleceń w tym zakresie.

Ad. 1.3. prawidłowe dokumentowanie stosowania środków przymusu bezpośredniego, oraz Ad. 1.6 prawidłowo prowadzić kompleksową dokumentację medyczną pacjentów (...).

Pomimo stałej kontroli stanu dokumentacji medycznej incydentalnie zdarzają się sytuacje prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy. W kwietniu b.r. ponownie pisemnie przypomniano wszystkim pracownikom zasady obowiązujące przy prowadzeniu dokumentacji medycznej i zobowiązano do ich przestrzegania. W dalszym ciągu dokumentacja będzie przedmiotem naszej szczególnej uwagi, wierzymy, że wprowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej znacząco poprawi jej prowadzenie (obecny etap prac - przygotowania sieci szpitala). Opisane nieprawidłowości zostaną wykorzystane do doskonalenia prowadzenia dokumentacji i zapobieżenia powstawaniu w przyszłości stwierdzonych uchybień.

Należy zwrócić w tym miejscu uwagę na opisany w Raporcie (str. 7) brak przy wykonywaniu unieruchomienia pacjentów w sali wieloosobowej stosowania parawanów: podczas zastosowania przymusu bezpośredniego na sali wieloosobowej są stosowane parawany. Incydentalne braki parawanów podczas stosowania unieruchomienia pacjenta mają miejsce jedynie w przypadku, gdy stwarzają dodatkowe zagrożenie dla bezpieczeństwa również innych pacjentów, tj. w przypadkach, gdy na sali znajdują się pacjenci, którzy w przeszłości wykazywali zachowania agresywne, a parawan mógłby służyć jako dodatkowe niebezpieczne narzędzie, oraz w sytuacjach, gdy ustawienie parawanu uniemożliwia prowadzenie bieżącej obserwacji innych pacjentów. Obecnie realizujemy projekt budowlany, który zakłada wyposażenie nowego, przyjęciowego oddziału w cztery izolatki. Prognozujemy, iż będzie to liczba izolatek wystarczająca dla pacjentów w fazie ostrej, którzy po uzyskaniu stabilizacji stanu psychicznego byliby przenoszeni do innych oddziałów, gdzie potrzeba zastosowania przymusu w postaci unieruchomienia występowałaby znacznie rzadziej.

Ad. 1.4. Wyeliminowanie praktyki karania pacjentów w postaci odebrania możliwości robienia zakupów, oraz Ad. 1.14 wyeliminowanie postanowień III. Ust 7 pkt d regulaminów oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu (posiadanie przy sobie telefonów komórkowych).

Praktyka w postaci odebrania pacjentom możliwości robienia zakupów była stosowana tylko w jednym oddziale, którego regulamin został zmieniony i wyeliminowano z niego wszelkie zapisy mające znamiona kary. W obecnym stanie Regulamin oddziału jest zgodny z regulaminem wykonywania środków zabezpieczających określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. 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. Data wprowadzenia regulaminu: 18.07.2014 r.

Ad. 1.5. odstąpienie od zobowiązania pacjentów umieszczanych w salach obserwacyjnych do przebywania w nich przez cały czas w piżamach.

Nie ma obowiązku przebywania w sali obserwacyjnej przez cały czas w piżamach. Chodzenie przez pacjentów w piżamach ma wielorakie przyczyny: pacjenci bywają przywożeni przez konwój Policji w odzieży mocno zniszczonej, niekiedy zabrudzonej. Z chwilą uzyskania poprawy stanu psychicznego większość pacjentów jest w stanie doprowadzić swoją odzież do porządku, skontaktować się z rodziną, spowodować dowieszenie odzieży. Szpital udziela pacjentom pomocy w tym zakresie, ale równocześnie motywuje do samodzielności. Część pacjentów mimo takich możliwości nie przebiera się we własną odzież, w tych przypadkach nie używamy nacisku, lecz zachętę i motywowanie do troski o własny wygląd w ramach treningu higienicznego.

Ad. 1.7. wprowadzenie indywidualnych planów terapii uwzględniających nie tylko leczenie farmakologiczne, ale także terapię zajęciową i oddziaływania psychoterapeutyczne oraz Ad. 1.20 wprowadzenie obowiązku tworzenia indywidualnych planów terapii oraz motywowanie pacjentów do udziału w terapii niezależnie od głębokości ich zaburzenia

Dopiero rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz. U. z 2014 r. poz. 522), które weszło w życie w kwietniu b.r. wprowadziło obowiązek realizacji zajęć rehabilitacyjnych zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacji, opracowanym przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii zatrudnionego w oddziale i psychologa lub terapeutę zajęciowego, we współdziałaniu z pacjentem. To samo rozporządzenie wskazuje również miejsce wpisów z prowadzonych zajęć i jest to od dnia 25 kwietnia br. Historia choroby.

Obecnie obowiązek ten jest realizowany zgodnie z wymaganiami przywołanego wyżej rozporządzenia z dnia 8 kwietnia 2014 r.

Ad. 1.8. założenie oddziałowych rejestrów skarg pacjentów (...)

W trakcie realizacji.

Ad. 1.9. przekazywanie pacjentom informacji o stanie ich zdrowia dostosowanej odpowiednio do ich możliwości.

Dążymy do tego, by każdy pacjent uzyskał zrozumiałą dla niego informację na temat swego zdrowia oraz przyjętego sposobu leczenia.

Ad. 1.10. umożliwienie pacjentom wykonywania połączeń telefonicznych pod nieobecność innych osób, oraz Ad 1.16 zaklejanie obiektywów w telefonach komórkowych taśmą plombowniczą.

Zespoły terapeutyczne oddziałów zostały zapoznane z zapisami Raportu, przyjęto rozwiązanie o braku kontroli rozmów telefonicznych pacjentów oraz posiadanych telefonów komórkowych. Wobec powyższego zaklejanie obiektywów w telefonach komórkowych, jako metoda skuteczna, ale bardzo krótkotrwała (z uwagi na problematyczność jej stosowania: kontrola założenia taśmy na własności pacjenta, obawa pacjentów przed zniszczeniem aparatu i jako nowe potencjalne źródło konfliktu na linii pacjent – personel) nie będzie realizowane.

Ad. 1.11. dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

Oddziały realizujące środki zabezpieczające są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością również fizyczną, co potwierdzają stosowne decyzje inspekcji sanitarnej dla poszczególnych oddziałów. Prawdą jest, iż Szpital realizuje świadczenia w budynkach pierwotnie zaprojektowanych dla innych celów, jednak sukcesywne dostosowanie pomieszczeń do obowiązujących przepisów prawa (podjazdy dla niepełnosprawnych fizycznie, windy, łazienki dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych fizycznie) pozwalają stwierdzić, iż budynki zostały dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną.

Dokładamy wszelkich starań, by realizowane przez Szpital modernizacje budynków spełniały oczekiwania wszystkich grup pacjentów zarówno sprawnych, jak i niesprawnych fizycznie.

Ad. 1.12. udostępnianie informacji zawierających regulamin oddziałów prawa pacjenta oraz zasady panujące w placówce napisanych większą czcionką.

Ustalono, iż w/w informacje będą sporządzane czcionką nie mniejszą niż nr 12.

Należy zauważyć, iż w każdym oddziale niezależnie od informacji umieszczonych na tablicy ogłoszeń znajduje się egzemplarz powyższych informacji w wersji papierowej, który jest udostępniany wszystkim pacjentom, którzy wyrażą taką wolę, w szczególności mających problemy w poruszaniu się.

Ad. 1.13 stworzenie wszystkim pacjentom odpowiednich warunków do przechowywania ich osobistych, podręcznych rzeczy w szafkach zamykanych na klucz, oraz Ad. 1.23 wymienienie wyeksploatowanych mebli (...) w oddziałach psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu oraz Ad. 1.25 przeznaczenie środków finansowych na zorganizowanie miejsca, gdzie pacjenci oddziałów będą mogli spędzać czas na świeżym powietrzu (...).

Realizacja w/w zadań jest uzależniona od sytuacji ekonomicznej Zakładu, posiadania wolnych środków finansowych, którymi w chwili obecnej nie dysponujemy. Zbyt niskie finansowanie świadczeń, szczególnie świadczeń psychiatrii sądowej powoduje stale ubożenie szpitali je realizujących i dekapitalizację infrastruktury. Chęć przebywania pacjentów w godnych ich zdaniem warunkach nie idzie w parze z właściwym korzystaniem przez nich z wyposażenia, nie znajduje również odzwierciedlenia w sposobie finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który w przypadku świadczeń psychiatrycznych stacjonarnych finansuje: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, wyżywienie, działania edukacyjno – konsultacyjne dla rodzin. Trzykrotnie zwracaliśmy się do naszego organu założycielskiego o wyasygnowanie środków na zorganizowanie miejsca, gdzie pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu będą mogli spędzać czas na świeżym powietrzu, niestety zadanie to pozostaje ciągle w sferze planu.

Pomimo powyższego, mając na względzie, że pacjenci powinni być leczeni w odpowiednich warunkach przy realizacji następnych zakupów uwzględnimy zalecenia Raportu.

Ad 1.15 organizowanie wyjść na świeże powietrze codziennie w miarę sprzyjających warunków atmosferycznych i odnotowywanie ich w raportach pielęgniarskich

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania nie zobowiązuje do odnotowywania ich w raportach pielęgniarskich uczestnictwa w wyjściach na wolne powietrze. Niezależnie od powyższego wprowadzono obowiązek umieszczania w Raporcie pielęgniarskim adnotacji o wyjściach na świeże powietrze.

Ad 1.17. dostosowanie dostępu do łóżek pacjentów zgodnie z wymogami zawartymi w § 18 i 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r. poz. 739).

Nie wszystkie oddziały, o których mowa w raporcie muszą spełniać wymagania określone w § 18 i 19 w/w rozporządzenia – wyłączeniu podlega oddział odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu (na podstawie § 13 ust. 1 przedmiotowego rozporządzenia). Ponadto termin dostosowania pomieszczeń i urządzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą do wymagań określonych w w/w rozporządzeniu został ustalony na dzień 31 grudnia 2016 r. (art. 207 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.)).

Jak pisaliśmy w odniesieniu do pkt. 1.11 niniejszego pisma, Szpital realizuje świadczenia w budynkach pierwotnie zaprojektowanych dla innych celów, szacujemy, iż realizacja dostosowania pomieszczeń do wymogów rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r. będzie skutkować zmniejszeniem pojemności niektórych oddziałów nawet o ok. 30%.

Ad 1.18. rozważenie modyfikacji sposobu udzielania widzeń pacjentom (...).

Rozmowy z poszczególnymi zespołami terapeutycznymi kontrolowanych oddziałów dają podstawy, by stwierdzić, iż wszystkie praktyki opisane jako nieprawidłowe w pkt. 9 Raportu zostaną wyeliminowane. Będzie to obszar naszej działalności, który zostanie objęty wzmocnionym nadzorem, co skutkować powinno uniknięciem w przyszłości stwierdzonych zastrzeżeń.

Ad 1.19. wyasygnowanie niezbędnych środków finansowych na materiały niezbędne do terapii zajęciowej.

Z uwagi na konieczność stosowania przy realizacji zakupów, w tym zakupów materiałów do terapii zajęciowej, Prawa zamówień publicznych, może się wydawać, iż materiały używane

do terapii są zbyt mało zróżnicowane. W przyszłości udoskonalimy procedury w tym zakresie, by pracownicy realizujący terapię zajęciową mogli poszerzyć wachlarz zajęć o nowe czynności.

Ad 1.21. zapewnienie superwizji personelowi prowadzącemu oddziaływania terapeutyczne.

Zgodnie z wymogami udzielania świadczeń poszczególne zespoły terapeutyczne są objęte nadzorem certyfikowanych superwizorów (obecnie współpracujemy w trzema superwizorami na podstawie umów cywilno – prawnych), ponadto poszczególni pracownicy uzupełniający swoje wykształcenie zawodowe indywidualnie, niezależnie od pracy zespołu terapeutycznego poddają się superwizji. Superwizje te są elementem procesu szkolenia i nie leżą w gestii naszego Zakładu.

Ad 1.22. usunięcie śladów wilgoci zagrzybienia opisanych w pkt 11 Raportu.

Usunięto ślady wilgoci i zagrzybienia, co znajduje potwierdzenie w zapisach protokołu z przeprowadzonej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku kontroli w dniu 15 lipca b.r.

Ad 1.24. zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu: zasad poprawnej komunikacji oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Jak pisaliśmy w pkt 1 (Ad.1.1) niniejszego pisma, systematycznie odbywają się szkolenia wewnątrzzakładowe, które swoją tematyką obejmują w/w zagadnienia.

✓ powasanie

Z-ca DYREKTORA ZAKŁADU
ds. Lecznictwa

W. Wiktoria Rukiewicz

ZARZĄD
WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO
w Białymstoku
15-888 Białystok
ul. Kard. S. Wyszyńskiego 1



RPW/71305/2014 P
Data:2014-08-25



FORUM DLA KRAJOWEGO MECHANIZMU PREWENCJI

Białystok, 2014-08- 21

ZD-I. 9024.5.12.2014

BIURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH	
WPL.	25 -08- 2014
ZAL	NR

Pani
Justyna Róża Lewandowska
Dyrektor Zespołu
Krajowego Mechanizmu Prewencji

W nawiązaniu do Raportu przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy przesłanego pismem znak: KMP.574.20.2014 MF z dnia 08.08.2014r., uprzejmie informuję, co następuje:

Samorząd Województwa Podlaskiego jako podmiot tworzący SP Psychiatrycznego ZOZ im. dr. St. Deresza w Choroszczy w miarę możliwości finansowych budżetu Województwa Podlaskiego będzie wspierał finansowo realizację przez Szpital zaleceń wymagających nakładów finansowych, a także będzie wspierał działania Dyrektora w realizacji przedmiotowych zaleceń.

Karol Pilecki
CZŁONEK ZARZĄDU
Karol Pilecki



SPP ZOZ
IM. DR. ST. DERESZA
W CHOROSZCZY

**Samodzielny Publiczny Psychiatryczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
im. dr. St. Deresza w Choroszczy**
16 - 070 Choroszcz tel. +48 0 85 719 10 91
ul. Plac Z. Brodowicza 1 fax. +48 0 85 719 28 00

Choroszcz, 2014-11-03

BIURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH	
WPŁ.	2014 -11- 0 5
ZAK.	3 NR

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Krajowy Mechanizm Prewencji

Al. Solidarności 77

00-090 Warszawa

SO. 0705 – 273/14

Dotyczy: Raportu przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji przeprowadzonej w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy (pismo o sygn. KMP.574.20.2014.MF z dnia 8 sierpnia 2014 r.) - **nakazu natychmiastowego wyeliminowania prewencyjnego stosowania środków przymusu bezpośredniego.**

W nawiązaniu do naszej korespondencji z dnia 20 sierpnia b.r. uprzejmie informuję, iż wystąpiliśmy do Sądu Okręgowego w Białymstoku IV Wydziału Penitencjarnego i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych z prośbą o wskazanie właściwego sposobu postępowania w przypadku konieczności wykonania konsultacji poza oddziałem przebywania pacjentom umieszczonym w oddziałach o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. Załączam przedmiotową korespondencję.

Mając na względzie powyższe, uważamy, iż kategoria pacjentów, w stosunku, do których taki rodzaj zabezpieczenia jest stosowny (kierowanych do szpitala postanowieniem sądu), upoważnia do prewencyjnego stosowania środka przymusu bezpośredniego, gdyż zgodnie z art. 34 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz 1375) przymus bezpośredni można stosować w celu zapobieżenia

Nasza misja:

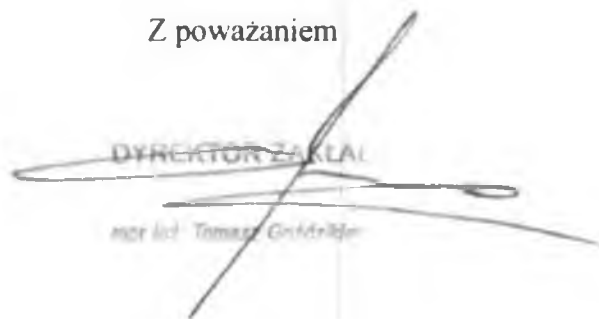
poprawa stanu zdrowia, jakości życia i samodzielności chorych oraz promocja zdrowia psychicznego.

Nasza filozofia:

pomoc przez wiedzę, życzliwość, partnerstwo i rozwój.

samowolnemu opuszczeniu szpitala psychiatrycznego przez osobę przyjętą do niego bez jej zgody. Praktyka konwojowania pacjenta z oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu poza oddział polegająca na przypinaniu do ręki pacjenta pasa (części) bezpieczeństwa, (tj. środka zgodnego z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania) do ręki pracownika szpitala w celu np. przeprowadzenia badania w naszej ocenie nie powinna być kwestionowana.

Z poważaniem


DYREKTOR ZAKŁADU
mgr lic. Tomasz Gródek

Załączniki:

1. Pismo kierowane do Sądu Okręgowego w Białymstoku IV Wydziału Penitencjarnego i Nadzoru Nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych SO.0705-273/14 z dnia 7 października 2014 r.
2. Pismo otrzymane z Sądu Okręgowego w Białymstoku IV Wydziału Penitencjarnego i Nadzoru Nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych o sygn. IV Pen 4001-7/14 z dnia 15 października 2014 r.

Otrzymują:

1. 1 egz. adresat,
2. 1 egz. a/a.

Choroszcz, 2014-10-07

Samodzielny Publiczny Psychiatryczny
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy
16-070 Choroszcz, Plac Z. Brodowicza 1
tel. 85 719 10 91, fax 85 719 28 00
REGON 050550458, NIP 966-12-29-572
-3-

SĄD OKRĘGOWY

IV Wydział Penitencjarny i Nadzoru

Nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych

ul. M. Skłodowskiej – Curie 1

15 – 950 Białystok

SO. 0705 -273/14

012

Dotyczy: Raportu przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji przeprowadzonej w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy (pismo o sygn. KMP.574.20.2014.MF z dnia 8 sierpnia 2014 r.) zwanego dalej Raportem.

W związku z otrzymaniem w/w Raportu, którego kopię załączam, zwracam się z uprzejmą prośbą o wskazanie właściwego sposobu postępowania w przypadku konieczności wykonania konsultacji poza oddziałem przebywania pacjentom umieszczonym w oddziałach:

- 1) Psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu;
- 2) Oddziale odwykowym o wzmocnionym zabezpieczeniu z pododdziałem sprawców przestępstw seksualnych.

W/w Raport zawiera m.in. zalecenie: natychmiastowe wyeliminowanie prewencyjnego stosowania środków przymusu bezpośredniego.

Stan faktyczny:

W naszym Zakładzie istnieje praktyka konwojowania pacjenta z oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu poza oddział polegająca na przypinaniu do ręki pacjenta pasa bezpieczeństwa, (tj. środka zgodnego z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania) do ręki pracownika szpitala w celu np. przeprowadzenia na badania. Naszym zdaniem delegacją do takiego postępowania w stosunku do tych pacjentów jest zapis art. 34 ustawy z dnia 19

POTWIERDZAM
ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM
KIEROWNIK
Sektora Organizacyjno-Administracyjnego

mgr Ewa Lipiszko
od strony 1 do 6

sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz 1375), zgodnie z którym przymus bezpośredni można stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala psychiatrycznego przez osobę przyjętą do niego bez jej zgody. Przepis ten wprost mówi o prewencyjnym stosowaniu środka przymusu bezpośredniego. Naszym zdaniem kategoria pacjentów, w stosunku do których taki rodzaj zabezpieczenia jest stosowny (kierowanych do szpitala postanowieniem sądu i przebywających w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia), upoważnia do prewencyjnego stosowania środka przymusu bezpośredniego.

Mając na względzie powyższe – wnoszę o wydanie opinii w tym zakresie.

DYREKTOR ZAKŁADU
mgr Józef Tarczynski

Otrzymują:

1. 1 egz. adresat,
2. 1 egz. a/a

Załączniki:

1. Kopia Raportu (pismo o sygn. KMP.574.20.2014.MF z dnia 8 sierpnia 2014 r.).

Sąd Okręgowy w Białymstoku
IV Wydział Penitencjarny i Nadzoru
nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych
ul. M. Skłodowskiej-Curie 1
15-950 Białystok
(085) 7459362
15-950 Białystok

Białystok, dnia 15 października 2014 r.

IV Pen 4001-7/14

SOA
20.10.14

Pan
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Psychiatrycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
im. dr Stanisława Deresza
w Choroszczy

Szanowny Panie

W odpowiedzi na pismo z dnia 07.10.2014 r. SO.0705-273/14 (data wpływu do tutejszego Wydziału – 10.10.2014 r.) uprzejmie informuję, że nie podzielam wyrażonego w raporcie przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji w SPP ZOZ im dr Stanisława Deresza (pismo o sygn. KMP.754.20.2014.MF) stanowiska, jakoby prewencyjne stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów szpitala było pozbawione podstawy prawnej.

W mojej ocenie powyższa opinia nie uwzględnia w pełni aktualnego stanu prawnego. W szczególności pomija fakt, iż zgodnie z art. 34 ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j.: Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375) *wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody przymus bezpośredni można stosować, poza okolicznościami określonymi w art. 18, także wtedy, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych, o których mowa w art. 33. Przymus bezpośredni można*

17. 10. 2014

także stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego

Powołany powyżej przepis stanowi *lex specialis* w stosunku do regulacji art. 18 ww. ustawy i według mnie umożliwia prewencyjne stosowanie środków przymusu bezpośredniego. Katalog tych ostatnich nie jest zamknięty.

W myśl art. 3 pkt 6 tego aktu prawnego *ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o: przymusie bezpośrednim, bez wskazania środka przymusu bezpośredniego, należy przez to rozumieć:*

- a) **przytrzymanie - doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,**
- b) **przymusowe zastosowanie leków - doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby - bez jej zgody,**
- c) **unieruchomienie - obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych,**
- d) **izolację - umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.**

W tej sytuacji istotne jest rozstrzygnięcie, czy stosowany dotychczas w SPP ZOZ w Choroszczy środek przymusu bezpośredniego w postaci opaski z rzemienia może być uznany za „pas”, czy też za „inne urządzenie techniczne”, o którym mowa w art. 3 pkt 6 ww. ustawy.

Wydaje się, nie znając faktycznego wyglądu przedmiotowej opaski, że może być ona traktowana jako „pas”. Za taką interpretacją przemawia powszechnie przyjmowane znaczenie obu tych słów. Zarówno „opaska”, jak „pas” to zazwyczaj odcinki z różnego rodzaju materiału - między innymi skóry, o różnej szerokości i długości, z mechanizmem blokowania, w tym przypadku służące do unieruchamiania-obezwładniania, ograniczania swobody ruchu danej osoby.

W mojej ocenie, przedmiotowa opaska rzemienna nie może być uznana za „inne urządzenie techniczne”. Według Słownika Języka Polskiego PWN urządzenie - to mechanizm lub zespół mechanizmów służących do wykonania określonych czynności. Wyrażenie to ma więc charakter otwarty ale równocześnie wskazuje na wymóg pewnej złożoności, budowy z wielu elementów, wzajemnie ze sobą współpracujących, w celu osiągnięcia zamierzonego skutku.

W przypadku jednak przyjęcia, iż taka opaska stanowi „inne urządzenie techniczne”, należy zwrócić uwagę na wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24.07.2013 r. sygn. akt

Kp 1/13, w którym uznano, że art. 1 pkt 6 ustawy z dnia 04.01.2013 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w części dotyczącej art. 42 ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości, w zakresie, **w jakim umożliwia stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia z użyciem „innych urządzeń technicznych”, jest niezgodny z art. 41 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 i zasadą poprawnej legislacji wywodzoną z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.**

W uzasadnieniu tego orzeczenia Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że ogólne wyrażenie „inne urządzenia techniczne”, użyte w badanym przepisie, powoduje, że nie ma możliwości obrony jego konstytucyjności przez wskazanie interpretacji zgodnej z Konstytucją. Doprecyzowanie otwartego katalogu środków technicznych służących stosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia zostało tu pozostawione podmiotom stosującym prawo. Trybunał podzielił stanowisko wyrażone we wniosku Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, że powoduje to niemożność ustalenia, czy ingerencja w konstytucyjnie gwarantowaną wolność (art. 41 ust. 1 Konstytucji) związana ze stosowaniem tych urządzeń nie będzie ingerencją nadmierną (art. 31 ust. 3 Konstytucji). Brak precyzyjnego określenia środków przymusu bezpośredniego powoduje, że mogą mieć one różny stopień intensywności, a nawet być w chwili uchwalania ustawy nieznanymi, a więc nie mogły być objęte „wolą” ustawodawcy jako środki dopuszczalne.

Równocześnie jednak Trybunał Konstytucyjny uznał, że zakwestionowane wyrażenie „inne urządzenia techniczne”, użyte w art. 1 pkt 6 ustawy zmieniającej, **nie przekreśla możliwości stosowania w izbach wytrzeźwień innych, określonych *expressis verbis* w tym przepisie, środków przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia.**

Uważam, że przedstawionego powyżej stanowiska Trybunału Konstytucyjnego nie sposób pominąć, przy ocenie możliwości dalszego stosowania wobec pacjentów szpitala psychiatrycznego prewencyjnego środka przymusu bezpośredniego w postaci „innych urządzeń technicznych”. Rozstrzygnięcie Trybunału dotyczy bowiem identycznego stanu prawnego, jak ten w art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Wprawdzie konstytucyjność tego ostatniego rozwiązania nie została dotychczas zakwestionowana ale nie oznacza to, że przepis ten nie budzi w tej sytuacji wątpliwości, co do jego zgodności z art. 41 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Reasumując, w mojej ocenie, brak przeszkód do stosowania w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala przez detencjonowanych na oddziałach psychiatrii

sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu określonych *expressis verbis* w art. 3 pkt 6 ustawy z dnia z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j.: Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375) środków przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, czy przytrzymania.

Z poważaniem

*Wizytator ds. karnych w zakresie nadzoru
nad wykonywaniem orzeczeń karnych*

Sędzia Sławomir Wołosik



Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.574.20.2014.MF

Pan
Tomasz Teodor Goździkiewicz
Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
im. dr St. Deresza w Choroszczy
ul. Plac Z. Brodowicza 1
16-070 Choroszcz

Szanowny Panie Dyrektore,

W odniesieniu do odpowiedzi na zalecenia zawarte w raporcie powizytacyjnym przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji zawartej w piśmie z dnia 20 sierpnia 2014 r. chciałabym przeprosić za zwłokę w odpowiedzi.

Jednocześnie pragnę zaznaczyć, iż z przedmiotowego pisma wynika, iż większość zaleceń sformułowanych przez pracowników BRPO spotkało się z akceptacją ze strony Kierownictwa Szpitala oraz zostało zrealizowanych lub planowana jest ich realizacja. Nadal pozostają jednak kwestie, które wymagają nawiązania dalszej dyskusji.

Tematem, który wzbudza największe kontrowersje, jest problematyka dotycząca zastosowania środków przymusu bezpośredniego. W tym temacie wpłynęły do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich przesłane przez Pana dwa pisma z dnia: 7 października 2014 oraz 19 grudnia 2014 r., do których treści pragnę się ustosunkować.

Realizując swój mandat na podstawie przepisu art. 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku z dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192, dalej: *OPCAT*) reprezentanci Mechanizmu stoją na stanowisku, iż panujący w kierowanym przez Pana Szpitalu zwyczaj zapinania nadgarstka pacjenta w pasy z jednoczesnym przypinaniem jej do ręki pracownika placówki w celu przemieszczenia pacjenta poza oddział, w którym on przebywa, stanowi niedopuszczalną praktykę, od której stosowania należy odstąpić.

Analiza stanu faktycznego, dostrzeżonego na miejscu wizytacji przez przedstawicieli KMP prowadzi do wniosku, iż w placówce stosowany jest *quasi* środek przymusu bezpośredniego podobny do środka przymusu bezpośredniego wymienionego w przepisie art. 12 ust. 1 pkt 2 lit. a ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz. U. 2013 r., poz. 628 ze zm.) kajdanki zakładane na ręce. Należy jednak mieć na uwadze fakt, iż pracownicy

szpitali psychiatrycznych nie znajdują się w kręgu podmiotów uprawnionych do stosowania tego środka przymusu bezpośredniego.

W pierwszej kolejności należy wskazać, iż z przekazanego za Pana pośrednictwem pisma z dnia 14 lipca 2014 r. o sygn. DPK-III-451-42/14 skierowanego do Rzecznik Praw Pacjenta wynika, że *wykonywanie środków zabezpieczających jest materia w znacznym stopniu niedoregulowaną w polskim prawie. Możliwość skierowania do sądu wniosku (...) odnośnie zmiany miejsca detencji oraz zabezpieczenia transportu internowanego, jak również trybu udzielania świadczeń leczniczych osobie internowanej, nie została wprost przewidziana w k.k.w.*

Przytoczona luka prawna nie daje żadnych podstaw do tego, aby wypełniać ją działaniami *de facto* poprzez wprowadzenie nieznanymi przepisom prawa praktyk. Przedstawiciele KMP wyrażają swoje zastrzeżenia zarówno w zakresie podstawy prawnej, na której personel wizytowanej placówki opiera opisaną praktykę, jak również co do samej metody jej realizacji.

Stosowana w placówce praktyka może być rozpatrywana na gruncie przepisów *Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania* (Dz. U. 1989 r. Nr 63, poz. 378) jako działanie noszące znamiona poniżającego traktowania, czyli takiego traktowania, które może powodować poczucie strachu i poniżenia. Opisany stan faktyczny prowadzi bowiem do złamania wszelkich ustawowych gwarancji, jakie przysługują osobie, wobec której zastosowano przymus bezpośredni. Jak wynika z przepisu art. 18 ust. 8 zd. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm., dalej: u.o.z.p) *przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby*. Trudno jest uznać publiczne stosowanie przymusu bezpośredniego, a za taki należy - w wypadku bronionej przez Pana tezy - uznać przypinanie paska do ręki pacjenta i pracownika placówki i prowadzenie go w ten sposób po terenie Szpitala w obecności i na widoku osób trzecich, za przymus bezpośredni stosowany z dbałością o dobro pacjenta.

Wprawdzie zgodnie z treścią art. 34 u.o.z.p., *wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody przymus bezpośredni można stosować, poza okolicznościami określonymi w art. 18, także wtedy, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych, o których mowa w art. 33*. Przymus bezpośredni można także stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego, to jednak **konieczność przeprowadzenia pacjenta z Oddziału Szpitala celem przeprowadzenia badania, wykonania konsultacji medycznej nie stanowi sama w sobie przesłanki zastosowania przymusu bezpośredniego.**

Przedstawiciele KMP wyrażają swoje wątpliwości w zakresie sposobu realizacji opisywanego środka przymusu bezpośredniego. Mianowicie przywiązanie paska do ręki pacjenta oraz do ręki pracownika - w opinii przedstawicieli KMP - nie stanowi przymusu bezpośredniego ani w postaci unieruchomienia, ani w postaci przytrzymania o których mowa jest w przepisie art. 3 pkt 6 lit. a oraz c u.o.z.p.

Odmienne stanowisko zostało wyrażone przez sędziego wizytatora ds. karnych w zakresie nadzoru nad wykonywaniem orzeczeń karnych Sądu Okręgowego w Białymstoku w piśmie z dnia 15 października 2014 r. o sygn. IV Pen 4001-7/14 przekazanym do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich przez Pana pismem z dnia 7 października 2014 r. o sygn. SO.0705-273/14. Sędzia wizytator ds. karnych w zakresie nadzoru nad wykonywaniem orzeczeń karnych Sądu Okręgowego w Białymstoku kwalifikuje stosowaną w szpitalu praktykę jako jeden ze środków przymusu bezpośredniego wymieniony w u.o.z.p. i przekonuje, iż stosowana w kierowanej przez Pana placówce opaska z rzemienia może być traktowana bardziej jako *pas* niż jako *inne urządzenie techniczne*. Konkluzja rozważań zaprezentowanych w przytoczonym piśmie jest taka, że *nie ma przeszkód do stosowania w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala przez detencjonowanych na oddziałach psychiatrii sądowej o wzmożonym zabezpieczeniu określonych expressis verbis w art. 3 pkt 6 u.o.z.p. środków przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, czy przytrzymania*.

Trudno jest zgodzić się ze stanowiskiem wyrażonym przez sędziego wizytatora ds. karnych w zakresie nadzoru nad wykonywaniem orzeczeń karnych Sądu Okręgowego w Białymstoku. Zgodnie z definicją legalną przytrzymanie jest to *doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej* (art. 3 ust. 6 lit. a u.o.z.p.) a unieruchomienie to *obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych* (art. 3 ust. 6 lit. c u.o.z.p.).

Należy zauważyć, iż desygnat pojęcia przytrzymanie stanowi takie działanie uprawnionych podmiotów, które prowadzi do chwilowego uniemożliwienia wykonywania ruchu lub przemieszczenia się pacjenta i stosowane może być wyłącznie przy użyciu siły fizycznej, zabronione jest natomiast posługiwanie się narzędziami lub przedmiotami.

Zarówno pojęcie unieruchomienie, jak i pojęcie obezwładnienie stanowią synonimy czynności, której celem jest pozbawienie swobody ruchów, uczynienie niezdolnym do działania (*Słownik Języka Polskiego SJP*, <http://sjp.pl/obezw%20adni%20E6>). Definicja legalna użytych w ustawie pojęć wskazuje wprost, iż intencją ustawodawcy było stworzenie takiej instytucji prawnej, która pozwalałaby naruszyć nietykalność osobistą człowieka w celu zatrzymania go, zahamowania jego ruchu, a która może być użyta tylko w precyzyjnie określonych sytuacjach wymienionych w ustawie. Wobec tego nie można przyjąć, iż wskazane środki przymusu bezpośredniego służą zabezpieczeniu przemieszczania się osoby, wobec której je zastosowano.

Kolejną wskazówkę dotyczącą zgodnego z obowiązującym prawem zastosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych, która wskazuje na intencje ustawodawcy, można znaleźć analizując przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r., poz. 740, dalej: rozporządzenie). Zgodnie z treścią przepisu § 7 ust. 1 rozporządzenia, *przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym*. Natomiast w myśl przepisu § 7 ust. 2 rozporządzenia, *w przypadku braku możliwości umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi w pomieszczeniu jednoosobowym przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu*

oraz zapewniających poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób.

Wobec powyższego należy zauważyć, iż unieruchomienie na charakter czynności biernej, stosowanej w celu przeciwdziałania przemieszczeniu się osoby, wobec której je zastosowano. Co więcej, jak wynika z przytoczonych przepisów, stosowanie unieruchomienia ma mieć miejsce w pomieszczeniu, a nie na terenie przestrzeni otwartej.

Konkludując przedstawiciele KMP nadal podtrzymują swoją decyzję i utrzymują w mocy zalecenie wyeliminowania w/w praktyki z działalności placówki.

Nie ulega wątpliwości, iż zgodnie z normą wynikającą z przepisu art. 207 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2011, nr 112, poz. 654 ze zm.) dostosowanie pomieszczeń i urządzeń do wymagań ustawowych – w tym m.in.: zapewnienie dostępu do łóżek w pokojach łóżkowych z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych ma nastąpić w wyznaczonym przez ustawodawcę terminie, tj. do dnia 31 grudnia 2016 r. Jednakże przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji działając na podstawie art. 19 *OPCAT* posiadają mandat pozwalający im w ramach swojej działalności opierać się nie tylko na przepisach prawa krajowego, ale także na przepisach i standardach międzynarodowych, w tym na odpowiednich normach Organizacji Narodów Zjednoczonych. Zalecenie wydane w Raporcie powizytacyjnym motywowane jest dobrem pacjenta. Dostępność łóżek z trzech stron gwarantuje w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia możliwość natychmiastowego udzielenia pierwszej pomocy.

W związku z tym, że trakcie wizytacji pracownicy BRPO uznali za konieczne sformułowanie zalecenia zapewnienia dostępu do łóżek w pokojach łóżkowych z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, nadal je podtrzymują, przyjmując do wiadomości informację, iż zostanie to zrealizowane nie później niż w dniu 31 grudnia 2016 r.

Przedstawiciele KMP nadal podtrzymują swoje stanowisko, iż placówka nie jest dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością, mimo istnienia w budynkach Szpitala rozwiązań ułatwiających funkcjonowanie osobom o ograniczonej sprawności fizycznej. Jednak infrastruktura sanitariatów nie pozwala na pełną samodzielność osobom z niepełnosprawnością, które mogą trafić do Państwa placówki w związku z realizacją wobec nich środków zabezpieczających. Podczas dokonywania oglądu placówki przedstawiciele KMP dostrzegli, że w łazienkach pacjentów brakowało uchwyty i poręczy przyściennych oraz siedzisk przyściennych pod prysznicami bezbrodzikowymi. Nie ulega wątpliwości bowiem, że z natrysków wyposażonych w wysokie progi brodzka osoby z niepełnosprawnością nie będą korzystać. Podobnie wyposażenie pokoi łóżkowych nie sprawiało, że wizytowane pokoje można by uznać za dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż zostaną podjęte prace na rzecz dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

Uprzejmie proszę o przesłanie egzemplarzy znowelizowanych regulaminów, których treść została zmieniona na skutek wizytacji przedstawicieli KMP.

Na podstawie przepisu art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2014 r., poz. 1648) proszę o przedstawienie informacji o podjętych działaniach lub zajętych stanowisku.

Magdalena Filipiak
Magdalena Filipiak
Radca

KMP



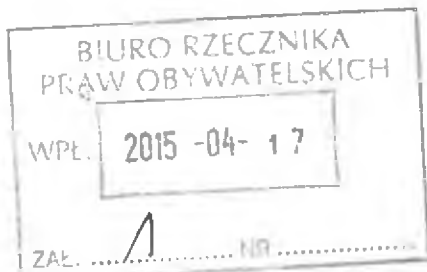
SPP ZOZ
IM. DR. ST. DERESZA
W CHOROSZCZY



RPW/24271/2015 P
Data: 2015-04-17

**Samodzielny Publiczny Psychiatryczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
im. dr. St. Deresza w Choroszczy**
16 – 070 Choroszcz tel. +48 0 85 719 10 91
ul. Plac Z. Brodowicza 1 fax. +48 0 85 719 28 00

Choroszcz, 2015-04-14



~~Urząd Marszałkowski
Województwa Podlaskiego
w Białymstoku
Departament Zdrowia
ul. Kard. S. Wyszyńskiego 1
15 – 888 Białystok~~

SO. 0704 - 310/14

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 kwietnia 2015 roku zgłaszam uwagi do bieżącej wersji projektu (z dnia 12.03.2015 r.) rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających – w załączeniu.

Jednocześnie zwracam uwagę na nadal nierozwiązane kwestie, które były przez nas zgłaszane w toku prac nad projektem rozporządzenia w ubiegłym roku (pismo o sygn. SO. 0704 - 310/14 z dnia 18.09.2014 r.), tj.:

1. Braku systemowego rozwiązania udzielania przepustek osobom internowanym.
2. Sposobu zabezpieczenia przed oddaleniem się pacjenta internowanego przeprowadzanego/przewożonego na konsultację w innej komórce organizacyjnej Zakładu/innego Zakładu (związane z koniecznością opuszczenia oddziału i budynku, w którym pacjent powinien przebywać i dotyczących jedynie sytuacji, w

Nasza misja:

poprawa stanu zdrowia, jakości życia i samodzielności chorych oraz promocja zdrowia psychicznego.

Nasza filozofia:

pomoc przez wiedzę, życzliwość, partnerstwo i rozwój.

których przedmiotowej konsultacji nie można wykonać w danym oddziale – zarówno Rzecznik Praw Obywatelskich, jak i Rzecznik Praw Pacjenta, pomimo zapisu art. 34 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego negatywnie oceniają prewencyjne zastosowanie przymusu bezpośredniego w takim przypadku).

Z-ca DYREKTORA ZAKŁADU
ds. Lecznictwa
[Signature]
lek. Wiesław Rutkiewicz

Otrzymują:

1. 1 egz. adresat,
2. 1 egz. a/a.

Do wiadomości:

1. Rzecznik Praw Obywatelskich,
2. Rzecznik Praw Pacjenta.



BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 2015 -04- 20

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.574.20.2014.MF

Pan
Tomasz Goździkiewicz
Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Psychiatrycznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej
ul. Plac Z. Brodowicza 1
16-070 Choroszcz

Szanowny Panie Dyrektore,

W nawiązaniu do pisma zastępcy dyrektora ds. lecznictwa SPP ZOZ im. dr S. Deresza w Choroszczu z dnia 14 kwietnia 2015 r. (SO.0704-310/4) skierowanego do Departamentu Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego w Białymstoku, a przesłanego do wiadomości Rzecznika Praw Obywatelskich, uprzejmie informuję.

W pierwszej kolejności należy wskazać, iż sygnalizowane w piśmie problemy: braku systemowego rozwiązania udzielania przepustek osobom, wobec których stosowny jest środek zabezpieczający oraz braku regulacji dot. sposobu zabezpieczenia przed oddaleniem się ww. pacjentów transportowanych na konsultację medyczną do innego podmiotu leczniczego był sygnalizowany przez przedstawicieli KMP w treści *Raportu Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2013*¹.


W tym miejscu warto zaznaczyć, iż materię dotyczącą udzielania zezwolenia na czasowy pobyt poza zakładem pod opieką członka rodziny lub osoby godnej zaufania, tzw. *przepustek* reguluje ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 396) w przepisie art. 4 pkt 93. Regulacja powyższa wejdzie w życie w dniu 1 lipca 2015 r. (art. 29 ww. ustawy).

Jednocześnie trzeba wskazać, iż przedstawiciele KMP nie mogą godzić się i przyzwalać na praktykę prewencyjnego stosowania przymusu bezpośredniego, w sposób który nie został uregulowany w przepisach powszechnie obowiązujących. Jednak przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji monitorują ten problem i w ramach swojej działalności prowadzą

¹ Zob. *Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2013*, s. 158-159 i 161-162. Dostęp: https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Raport_RPO_z_dzialalnosci_KMP_w_2013_r.pdf

inicjatywy mające na celu doprowadzenie do rozwiązania dostrzeganych w toku prowadzonych wizytacji prewencyjnych problemów. W ramach takiego działania zostało skierowane w dniu 7 kwietnia 2015 r. pismo Zastępcy Rzecznika Praw Obywatelskich adresowane do Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia², które odnosi się do braku regulacji dotyczącej konwojowania osób, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający poza placówkę.

Z pozdrowieniem



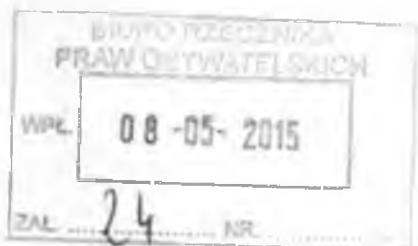
Zastępca Dyrektora Zespołu
dr Marcin Mazur

² Dostęp: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Pismo%20RPO%20z%20dnia%2007.04.2015%20r.%20do%20Podsekretarza%20Stanu%20w%20Ministerstwie%20Zdrowia.pdf>



**Samodzielny Publiczny Psychiatryczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
im. dr. St. Deresza w Choroszczy**
16 – 070 Choroszcz tel. +48 0 85 719 10 91
ul. Plac Z. Brodowicza 1 fax. +48 0 85 719 28 00

Choroszcz, 2015-05-04



**Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Krajowy Mechanizm Prewencji
Al. Solidarności 77
00-090 Warszawa**

SO. 0705 – 273/14/15

Dotyczy: KMP.574.20.2014 MF z dnia 1 kwietnia 2015 roku oraz KMP.574.20.2014 MF z dnia 20 kwietnia 2015 roku

W związku z otrzymaniem ww. korespondencji, uprzejmie informuję:

Ponownie w dniu 14 kwietnia 2015 roku wystąpiliśmy do Sądu Okręgowego w Białymstoku IV Wydziału Penitencjarnego i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych z prośbą o wskazanie właściwego sposobu postępowania w przypadku konieczności wykonania konsultacji poza oddziałem przebywania pacjentom umieszczonym w oddziałach o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. Załączam przedmiotową korespondencję i odpowiedź Sądu Okręgowego w Białymstoku IV Wydziału Penitencjarnego i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych w sprawie (pismo IV Pen 4001-7/14 z dnia 22.04.2015 r.).

Jedynym sposobem uniknięcia w przyszłości stwierdzonych naruszeń w zakresie sposobu przeprowadzania pacjentów wydaje się być rozwiązanie zaproponowane w odpowiedzi Sędziego Wizytatora ds. karnych Sławomira Wołosika, tj.: *wdrożenie jednolitej praktyki zwracania się do właściwego sądu o zabezpieczenie przez Policję transportu tymczasowo aresztowanego lub detencjonowanego, nawet na terenie szpitala pomiędzy jego różnymi budynkami*. Zgodnie z obecnymi potrzebami wynikającymi z procesu diagnostyczno – terapeutycznego takich zabezpieczeń w naszym Zakładzie będzie dodatkowo ok. 50 miesięcznie. Ważnym w tym miejscu jest zaznaczenie, iż w

Nasza misja:

poprawa stanu zdrowia, jakości życia i samodzielności chorych oraz promocja zdrowia psychicznego.

Nasza filozofia:

pomoc przez wiedzę, życzliwość, partnerstwo i rozwój.

przypadku potrzeby wykonania diagnostyki poza naszym szpitalem zabezpieczenie transportu ww. osób było i jest realizowane z udziałem Policji.

Mając na względzie, iż wykonywanie środka zabezpieczającego to przede wszystkim leczenie, trudno pominąć aspekt diagnostyczny pobytu pacjentów: np. błahe interwencje stomatologiczne jak usunięcie zęba, czy poważniejsze jak nie wymagające reakcji natychmiastowej konsultacje chirurgiczne, kardiologiczne będą uzależnione od możliwości logistycznych Policji. Realizacja szeroko rozumianej zasady poszanowania godności osoby w tym wypadku będzie miała istotny wpływ na realizację prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych.

Realizacja obowiązku zapewnienia dostępu do łóżek w pokojach łóżkowych z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych oraz dostosowanie naszej placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością, nastąpi nie później niż do dnia 31 grudnia 2016r. Załączam również zmienione Regulaminy oddziałów.

W związku z mającym wejść w życie w dniu 1 lipca 2015 roku art. 4 pkt 93 ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 396) dotyczącymi zezwolenia na czasowy pobyt poza zakładem osoby, wobec której stosowany jest środek zabezpieczający chcielibyśmy zwrócić uwagę na następujące zagadnienia związane z udzieleniem przepustek:

- 1) Braku określenia, jakie warunki muszą być spełnione, by móc określić osobę pod opieką której osoba, wobec której stosowany jest środek zabezpieczający może opuścić zakład na tzw. przepustkę, jako godną zaufania.
- 2) Braku wyłączenia małoletnich członków z kręgu osób mogących sprawować opiekę w czasie przepustki osoby, wobec której stosowany jest środek zabezpieczający.
- 3) Ze względu na definicję zakładu psychiatrycznego zastosowaną w § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz.1854 ze zm.) brak jednoznacznego wskazania czy kierownik zakładu, o którym mowa w mającym wejść w życie art. 204d § 3 ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, to: kierownik jednostki (dyrektor szpitala), w której wykonywany jest środek zabezpieczający, czy kierownik oddziału (ordynator/lekarz kierujący oddziałem), w którym wykonywany jest środek zabezpieczający.

Z poważaniem

~~DYREKTOR ZAKŁADU~~

~~mgr inż. Tomasz Goździkiewicz~~

2/3

Choroszcz, 2015-04-14

SĄD OKRĘGOWY
IV Wydział Penitencjarny i Nadzoru
Nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych
ul. M. Skłodowskiej – Curie 1
15 – 950 Białystok

SO. 0705 -273/14

W nawiązaniu do naszej korespondencji dotyczącej: *Raportu przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji przeprowadzonej w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczu (pismo o sygn. KMP.574.20.2014.MF z dnia 8 sierpnia 2014 r.)* uprzejmie informuję, iż Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich pismem KMP.574.20.2014MF z dnia 1 kwietnia 2015 r., ponownie nakazało odstąpienie od praktyki konwojowania pacjenta z oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu poza oddział polegającej na przypinaniu do ręki pacjenta pasa bezpieczeństwa do ręki pracownika szpitala w celu np. przeprowadzenia na konieczne badania.

Mając na względzie prawidłowe wykonywanie środka zabezpieczającego ponownie zwracam się z prośbą o wskazanie właściwego sposobu przeprowadzania pacjentów pomiędzy oddziałami/budynkami na niezbędne badania.

DYREKTOR ZAKŁADU

mgr inż. Andrzej Górecki

Otrzymują:

1. 1 egz. adresat,
2. 1 egz. a/a

Załączniki:

1. Kopia pisma KMP.574.20.2014MF z dnia 1 kwietnia 2015 r.

POTWIERDZAM
ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM
od strony 1 do 14

KIEROWNIK
Sekcji Organizacyjno-Administracyjnej
11
mgr Ewa Lipiszko

uzupełniono 15.04.2015r.

Sąd Okręgowy w Białymstoku
IV Wydział Penitencjarny i Nadzoru
nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych
ul. M. Skłodowskiej-Curie 1
15-950 Białystok
(085) 7459362
15-950 Białystok

Białystok, dnia 22 kwietnia 2015 r.

SOA

Z-ca DYREKTORA ZAKŁADU
Lecznicy
lek. Wiesław Rutkiewicz

IV Pen 4001-7/14

Pan
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Psychiatrycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
im. dr Stanisława Deresza
w Choroszcy

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Psychiatryczny
im. dr Stanisława Deresza
Choroszczy
Kowalczyka 1
16-100
27 04 2015
L. dz. 2591
Dn

Szanowny Panie,

W odpowiedzi na pismo z dnia 14.04.2015 r. SO.0705-273/14 (data wpływu do tutejszego Wydziału – 20.04.2015 r.) wraz z dołączonym do niego pismem Biura Rzecznika Praw Obywatelskich Krajowego Mechanizmu Prewencji KMP.754.20.2014.MF z dnia 01.04.2015 r., uprzejmie informuję że zapoznałem się z powyższymi dokumentami.

Po ich przeanalizowaniu, stwierdzam, że nie znajduję podstaw do zmiany mego stanowiska wyrażonego w piśmie z dnia 15.10.2014 r. sygn. IV Pen 4001-7/14.

Prezentuję przekonanie, że brak jest przeszkód prawnych do stosowania w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala przez detencjonowanych na oddziałach psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu określonych *expressis verbis* w art. 3 pkt 6 ustawy z dnia z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j.: Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375) środków przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, czy przytrzymania.

Zastrzeżenia Biura Rzecznika Praw Obywatelskich Krajowego Mechanizmu Prewencji w zakresie prewencyjnego stosowania pasów bezpieczeństwa przy przeprowadzaniu

detencjonowanych na badania pomiędzy oddziałami szpitala, nie wynikają *stricte* z obowiązujących regulacji prawnych, ale wydają się wynikać przede wszystkim z bardzo szeroko rozumianej zasady poszanowania godności osoby, wobec której są wykonywane kary, środki karne i środki zabezpieczające, określonej w art. 4 § 1 k.k.w.

Celem zminimalizowania wątpliwości na tym tle werbalizowanych przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, w mojej ocenie niezbędnym jest wdrożenie jednolitej praktyki zwracania się do właściwego sądu o zabezpieczenie przez Policję transportu tymczasowo aresztowanego lub detencjonowanego, nawet na terenie szpitala pomiędzy jego różnymi budynkami. Uzasadnieniem powyższego trybu postępowania jest izolacyjny charakter środków zabezpieczających i zapobiegawczych. To sąd lub prokurator określa miejsce wykonywania tymczasowego aresztowania, zaś w przypadku obserwacji sądowo-psychiatrycznej, czy środka zabezpieczającego wyłącznie sąd jest władny do jego zmiany. Podobne stanowisko przedstawiono także w piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości z dnia 20.11.2014 r. DPK-III-451-42/14, którego treść jest Panu Dyrektorowi znana.

Z poważaniem

Wizytator ds. karnych

sędzia Sławomir Wołosik



BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 2015 -06- 11

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.574.20.2014.MF

Pan
Tomasz Teodor Goździkiewicz
Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Psychiatrycznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej im. dr St. Deresza w
Choroszczy
ul. Plac Z. Brodowicza 1
16-070 Choroszcz

Szanowny Panie Dyrektore,

Odnosząc się do treści pisma z dnia 4 maja 2015 r. w sprawie polemiki, która wywiązała się na skutek wizytacji prewencyjnej przedstawicieli KMP w kierowanym przez Pana Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr S. Deresza w Choroszczy, chciałabym zaprezentować stanowisko przedstawicieli KMP.

Nie ulega wątpliwości, iż spoczywa na Panu jako dyrektorze placówki, w której realizowane są środki zabezpieczające, odpowiedzialność nie tylko za to, by udostępnić kierowanym do placówki pacjentom świadczenia medyczne o najwyższym standardzie, ale także zagwarantowanie wykonywania tej instytucji prawnej w sposób zgodny z przepisami prawa i wytycznymi w sprawie poszanowania godności i praw człowieka.

Nawiązanie współpracy z przedstawicielem Sądu Okręgowego w Białymstoku i prośba o opinię prawną w sprawie praktyki konwojowania pacjentów pomiędzy budynkami szpitala, odczytuję jako wyraz zaangażowania się w proces udoskonalania procedur funkcjonujących w placówce. Warto podkreślić, iż pomimo różnych poglądów, udało się ostatecznie wypracować konsensus. Dodam, że przedstawiciele KMP mają obszerne doświadczenie w wizytowaniu miejsc detencji, w tym szpitali psychiatrycznych, i konwojowanie pacjentów pomiędzy budynkami placówek przeprowadzane przez funkcjonariuszy Policji stanowi powszechną, standardową procedurę.

Dziękuję za przesłanie zmienionych regulaminów obowiązujących w szpitalu. Zapoznałam się z tymi, które obowiązują w oddziałach, gdzie umieszczani są pacjenci, wobec których stosowane są środki zabezpieczające. Porównałam ich treść z poprzednio obowiązującymi regulaminami. Zauważyłam, że w raporcie powizytacyjnym omyłkowo nie wskazałam stanowiska przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji w sprawie kontaktu pacjentów ze światem

zewnętrznym w postaci możliwości dostępu do internetu. Chciałabym wobec tego w tym miejscu wyjaśnić tę kwestię.

W załączniku nr 1 (regulamin II oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu) oraz załączniku nr 5 (regulamin oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu) do Zarządzenia wewnętrznego nr 100/2014 z dnia 23 grudnia 2014 r. dyrektora Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. dr S. Deresza w Choroszczy zmieniającego zarządzenie w sprawie ustalenia Regulaminów wewnętrznych oddziałów Szpitala oraz Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego z rehabilitacją psychiatryczną, zawarto następujące postanowienie wymienionych regulaminów: *16. W oddziale obowiązuje zakaz korzystania przez pacjentów z internetu.* Reprezentanci mechanizmu stoją na stanowisku, zgodnie z którym wszyscy pacjenci przez cały czas pobytu w szpitalu powinni mieć zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym poprzez możliwość prowadzenia niecenzurowanej i nieczytanej korespondencji (również elektronicznej, przy wykorzystaniu własnego urządzenia z dostępem do mobilnego internetu)¹.

Argumenty, które umacniają stanowisko reprezentantów mechanizmu znajdują swoje oparcie zarówno w przepisach obowiązującego prawa, jak i wynikają z przesłanek pragmatycznych. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na fakt, iż zgodnie z przepisem § 10 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. 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. z 2014 r., poz. 599, dalej: rozporządzenie), w *zakładach dysponujących warunkami podstawowego zabezpieczenia stosuje się przepisy regulaminu organizacyjno-porządkowego tego zakładu.* Warto podkreślić, że pacjenci przyjęci w związku z realizacją wobec nich środków zabezpieczających w warunkach podstawowego zabezpieczenia, mają być traktowani tak samo jak pozostali pacjenci szpitala. Nie można naruszać ich prawa do prywatności (w tym komunikacji drogą elektroniczną z otoczeniem). Co istotne, nie można poprzez wprowadzenie zakazu używania internetu, prowadzić do wykluczenia cyfrowego pacjentów. Powinni oni posiadać możliwość realizacji prawa do informacji na takich samych zasadach jak pozostali obywatele. Ponadto warto pamiętać, iż celem pobytu w szpitalu jest wyleczenie pacjentów i ich powrót do środowiska. Trudno sobie wyobrazić, aby w tak szybko zmieniającym się świecie, gdzie internet odgrywa kluczową rolę w komunikacji, byli oni pozbawieni możliwości korzystania z tego medium.

W związku z powyższym przedstawiciele KMP rekomendują umożliwienie pacjentom korzystania z narzędzi elektronicznych w celu kontaktu ze światem zewnętrznym.

z pozdrowieniem

Magdalena Filipiak

Magdalena Filipiak

Radca

¹ Patrz: Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2013, s. 172, dostęp: https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Raport_RPO_z_dzialalnosci_KMP_w_2013_r.pdf.



RPW/59643/2015 P
Data: 2015-09-22

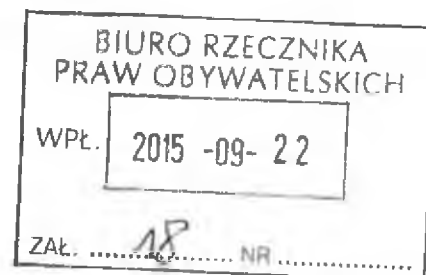


**Samodzielny Publiczny Psychiatryczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
im. dr. St. Deresza w Choroszczy**
16 – 070 Choroszcz tel. +48 0 85 719 10 91
ul. Plac Z. Brodowicza 1 fax. +48 0 85 719 28 00

Choroszcz, 2015-09-....

**Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Krajowy Mechanizm Prewencji**

**Al. Solidarności 77
00-090 Warszawa**



SO. 0705 – 273/14/15

Dotyczy: KMP.574.20.2014 MF z dnia 31 sierpnia 2015 roku

W związku z otrzymaniem ww. korespondencji, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego:

Realizacja środków zabezpieczających nakłada na podmioty lecznicze szereg obowiązków, których spełnienie nie może kolidować z prawami osób, wobec których realizowane są te środki, czyli pacjentów. Różnorakie i często sprzeczne, lub „inne” na przestrzeni czasu opinie do tych samych przepisów prawa budziły szereg wątpliwości przy wykonywaniu tych środków.

Kontrola dokonana przez Państwa zaowocowała szczegółowym wewnętrznym przeglądem naszych procedur dotyczących realizacji środków zabezpieczających. Przegląd ten był realizowany w oparciu o Państwa rekomendacje i stanowiska poszczególnych instytucji: Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Sprawiedliwości, oraz Sądu Okręgowego w Białymstoku.

Mając na względzie, że do zadań podmiotu leczniczego należy udzielanie świadczeń zdrowotnych, oraz w dalszej kolejności wykonywanie środka zabezpieczającego jako priorytet traktowane jest prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych, dlatego, w przypadku, gdy zdrowie jest zagrożone działamy w sposób możliwie najskuteczniejszy (w tym wypadku najszybsza możliwa reakcja na to, co się dzieje z pacjentem), dlatego nie możemy wykluczyć, że w przyszłości całkowicie będzie można zrezygnować z praktyki asysty pracowników szpitala związanej z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w różnych budynkach szpitala. Prawa pacjenta zdefiniowane w ustawie z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie podlegają gradacji. Ustawa nie wskazuje ich ważności, dlatego w naszej ocenie nie można powiedzieć, że poszanowanie godności,

Nasza misja:

poprawa stanu zdrowia, jakości życia i samodzielności chorych oraz promocja zdrowia psychicznego.

Nasza filozofia:

pomoc przez wiedzę, życzliwość, partnerstwo i rozwój.

które Państwo tak mocno akcentują w swoich rekomendacjach jest istotniejsze niż prawo do udzielania świadczeń odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Żaden pacjent nie będzie usatysfakcjonowany informacją, iż jego dolegliwości bólowe (np. ból zęba) zostaną właściwie, czyli w sposób odpowiadający wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, zdiagnozowane i leczone dopiero po uzyskaniu konwoju Policji (czyli najwcześniej w kolejnej dobie), podczas gdy pacjent doskonale wie, że gabinet stomatologiczny znajduje się w sąsiednim budynku. Takie podejście do pacjenta naszym zdaniem jest także sprzeczne z zasadą poszanowania intymności i godności, gdyż w takim właśnie wypadku – działania z opóźnieniem w stosunku do potrzeb pacjentów, tego prawa im odmawiamy.

Pomimo powyższego pracujemy nad wdrożeniem jednolitej praktyki zwracania się do właściwego sądu o zabezpieczenie przez Policję transportu tymczasowo aresztowanego lub detencjonowanego, nawet na terenie szpitala. Przy czym należy podkreślić, iż jednym z powodów opóźnienia w tym zakresie jest postawa samych detencjonowanych pacjentów, którzy często bardzo nerwowo reagują na wszelkie „opóźnienia” w realizacji świadczeń zdrowotnych.

Jak już informowaliśmy w naszym poprzednim piśmie z dnia 4 maja 2015 r., realizacja obowiązku zapewnienia dostępu do łóżek w pokojach łóżkowych z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych oraz dostosowanie naszej placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością, nastąpi nie później niż do dnia 31 grudnia 2016r.

Kolejnym tematem, na który zwróciliście Państwo uwagę w piśmie z dnia 11 czerwca 2015 roku, było zapewnienie pacjentom możliwości dostępu do internetu. *Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 40/2015 z dnia 10 lipca 2015 roku Dyrektora Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy zmieniającym zarządzenie w sprawie ustalenia Regulaminów wewnętrznych oddziałów Szpitala oraz Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego z rehabilitacją psychiatryczną regulaminy oddziałów, w których znajdowały się kwestionowane przez Państwa zapisy, zostały zmienione. Regulaminy czterech oddziałów, w których wykonywane są środki zabezpieczające Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 40/2015 z dnia 10 lipca 2015 roku dostosowano do nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz.1854 ze zm.).* W załączeniu przekazuję kopię przedmiotowego zarządzenia.

W związku z wcześniejszą korespondencją w sprawie Raportu powizytacyjnego przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji, w załączeniu przekazuję stanowisko Ministerstwa Sprawiedliwości z dnia 16 czerwca 2015 roku (znak: DWOIP-I-072-8/15) stanowiące odpowiedź na

zapytanie Pani Krystyny Barbary Kozłowskiej Rzecznika Praw Pacjenta w kwestii możliwości posiadania oraz używania przez pacjentów internowanych w ramach oddziału szpitala psychiatrycznego telefonów komórkowych, zaopatrzonych w funkcje aparatu, kamery oraz dostępu do Internetu. Z przedmiotowym stanowiskiem Ministerstwa Sprawiedliwości w pełni się zgadzamy.

Ponadto informuję, iż zwróciliśmy się z zapytaniem do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o ustosunkowanie się do zapytań dotyczących wykonywania środków zabezpieczających:

- 1) Czy podmiot leczniczy realizując środek zabezpieczający zobowiązany jest stosować zapisy art. 101 - 111 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 1997 r. Nr 90 poz. 557 z późn. zm.),
- 2) Czy realizując środek zabezpieczający w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia w celu zapobieżenia oddaleniu się pacjenta można stosować środek zapobiegawczy w postaci opaski przypinanej do ręki pacjenta i ręki pracownika podczas przeprowadzania pacjenta w obrębie szpitala na konsultacje wymagane procesem diagnostyczno – terapeutycznym?
- 3) W związku z mającym wejść w życie w dniu 1 lipca 2015 roku art. 4 pkt 93 ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (DZ. U. z 2015 r. poz. 396) dotyczącymi zezwolenia na czasowy pobyt poza zakładem osoby, wobec której stosowany jest środek zabezpieczający:
 - a) Jakie warunki muszą być spełnione, by móc określić jako godną zaufania osobę, pod opieką której osoba, wobec której stosowany jest środek zabezpieczający może opuścić zakład na tzw. przepustkę?
 - b) Czy małoletni członek rodziny może spełnić wymóg osoby sprawującej opiekę w czasie przepustki osoby, wobec której stosowany jest środek zabezpieczający?
 - c) Ze względu na definicję zakładu psychiatrycznego zastosowaną w § 2 pkt 1 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających* (Dz. U. Nr 179, poz.1854 ze zm.) proszę o wskazanie czy kierownik zakładu, o którym mowa w mającym wejść w życie art. 204d § 3 ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, to: kierownik jednostki (dyrektor szpitala), w której wykonywany jest środek zabezpieczający, czy kierownik oddziału (ordynator/lekarz kierujący oddziałem), w którym wykonywany jest środek zabezpieczający.

- korespondencję w sprawie wraz z odpowiedzią Ministerstwa Zdrowia załączam.

Z poważaniem

DYREKTOR ZAKŁADU

mgr inż. Tomasz Goździkowski

3/4



BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 2016 -07- 07

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.574.20.2014.MF

Pan
Tomasz Goździkiewicz
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Psychiatrycznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej
im. dr St. Deresza
pl. Z. Brodowicza 1
16-070 Choroszcz

Szanowny Panie Dyrektorze,

uprzejmie dziękuję za przesłanie odpowiedzi na pismo z dnia 31 sierpnia 2015 r.. Jednocześnie chciałbym podtrzymać stanowisko przedstawicieli KMP odnośnie stosowanego w kierowanej przez Pana Dyrektora placówce ograniczenia kontaktu ze światem zewnętrznym pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej.

Choć tak jak wskazuje przepis art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186 j.t.) *kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 (kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami), także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu*, to nie należy zapominać, że pacjent nie może zostać pozbawiony możliwości korzystania z tych praw. Jak podkreśla się doktrynie oznacz to, że przeszkoda związana z możliwościami organizacyjnymi zakładu powinna być jak najszybciej usunięta (powinna mieć przemijający charakter). Gdyby bowiem przeszkoda ta miała charakter stały, mielibyśmy w istocie do czynienia z pozbawieniem możliwości korzystania z tych praw¹.

Mając to na uwadze ponawiam zalecenie umożliwienie pacjentom oddziału o podstawowym zabezpieczeniu możliwości korzystania z Internetu .

Z poważaniem,

Wojciech Sadownik
WJS
Specjalista

¹Anna Augustynowicz, Alina Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Komentarz*, 2010 r., Warszawa, str. 27