

**KOMISJA PSYCHIATRYCZNA
DO SPRAW ŚRODKÓW ZABEZPIELAJĄCYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA**

RPO- 413098 /13

Siedziba Komisji i Obsługi Kancelaryjno – Administracyjnej:
Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej, ul. Zalesie 1A, 09 - 500 Gostynin, skr. poczt. 139
tel. 24 235 79 92 fax 24 235 00 29
e-mail: komisja@rops-gostynin.pl

Gostynin, dnia 02.01.2013r.

ROPS/KP/003/0/30/AJ/44/13

BIURO RZECZNIKA
PRAW OBYWATELSKICH

WPE. 2013 -01- 16

ZAL. NR 1526066

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Al. Solidarności 77
00 - 090 Warszawa
sygn. akt: RPO-713098-VII-720.1/12/DK

2013 -01- 18

Komisja bardzo dziękuje za przesłanie Raportu z wizytacji szpitala psychiatrycznego w Olsztynie.
Był on przedmiotem analizy na posiedzeniu w dniu 02.01.2013r.

Łączę wyrazy szacunku

Sekretarz Komisji Psychiatrycznej
ds. Środków Zabezpieczających

Dr n. med. Tysard Wardeński

RPO-713098 112

BIURO RZECZNIKA
PRAW OBYWATELSKICH
2013 -01- 21
ZAL 1/10 NR 1526996



WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO

Olsztyn dnia 10.01.2013 r.

SDS-0810/1/13

Pan
Marcin Mazur
Z-ca Dyrektora Zespołu
„Krajowy Mechanizm Prewencji”
00- 090 Warszawa
Al. Solidarności 77

2013 -01- 24

Szanowny Panie Dyrectorze

Odpowiadając na pismo z dnia 19 grudnia 2012r., znak: RPO-713098-VII-720.1/12/DK (data wpływu 24.12.2012 r.), przedstawiam wyjaśnienia do wniosków zawartych w „ Raporcie Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie”.

Ad. 1.1.

Zgodnie z punktem 8a regulaminów oddziałów I - III WZLP każdy nowoprzyjęty pacjent trafia do odcinka obserwacyjnego (szczególnego nadzoru), a przeniesienie do części ogólnej uzależnione jest od aktualnego stanu zdrowia pacjenta, co należy także rozumieć, iż w przypadku, kiedy pacjent przebywa w odcinku ogólnym a jego stan zdrowia się pogorszy (niebezpieczne zachowania, tendencje samobójcze) zostaje przeniesiony do odcinka obserwacyjnego i jest to jedyne kryterium decydujące o pobycie pacjenta w wyżej wymienionych odcinkach.
Podstawa prawna:regulaminy oddziałów I-III WZLP.

Ad. 1.2.

Zgodnie z punktem 15 regulaminów oddziałów I - III WZLP pacjentów mogą odwiedzać członkowie rodzin i znajomi (za zgodą pacjenta) w godzinach od 10.30 do 19.00. Pacjenci z odcinka obserwacyjnego mogą mieć odwiedziny, za zgodą lekarza, w zależności od stanu zdrowia w części ogólnej oddziału. Odwiedziny mogą zostać ograniczone lub wstrzymane w przypadku:
-wystąpienia zagrożenia epidemicznego szpitala,
-ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.
Podstawa prawna: regulaminy oddziałów I - III WZLP; art. 5 ustawy z dnia 06 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Ad. 1.3.

Zgodnie z punktem 4.12. procedury stosowania przymusu bezpośredniego w WZLP, przymus bezpośredni w formie unieruchomienia należy stosować w pomieszczeniu jednoosobowym. W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi w pomieszczeniu jednoosobowym przymus bezpośredni w formie unieruchomienia należy stosować w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym



WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO

samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób. Na czas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych stosowany jest parawan.

Podstawa prawna: §7.1. ust.2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.

Przyjmując uwagę za zasadną dołożymy wszelkich starań by normą było, że na czas stosowania przymusu bezpośredniego w pomieszczeniu przebywała tylko osoba wobec której jest stosowany przymus a parawan był stosowany tylko w okolicznościach wyjątkowych.

Ad. 1.4.

Zgodnie z punktem 6 procedury stosowania przymusu bezpośredniego w WZLP lekarz zamieszcza w historii choroby informacje o:

- 1) zastosowanym środkiem przymusu bezpośredniego,
- 2) przyczynach zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym uzasadniających wybór środka przymusu bezpośredniego,
- 3) czasie stosowania przymusu bezpośredniego oraz przyczynach jego ewentualnego przedłużenia,

4) informację o uprzedzeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że środek ten ma zostać wobec niej podjęty - pieczętka o następującej treści: chorego poinformowano o powodach i konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego.

Pielęgniarka zamieszcza w indywidualnej karcie pielęgnacji i w raporcie pielęgniarskim informacje o:

- 1) zastosowanym środkiem przymusu bezpośredniego,
- 2) przyczynach zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym uzasadniających wybór środka przymusu bezpośredniego,
- 3) czasie stosowania przymusu bezpośredniego oraz przyczynach jego ewentualnego przedłużenia,
- 4) informację o uprzedzeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że środek ten ma zostać wobec niej podjęty - pieczętka o następującej treści: chorego poinformowano o powodach i konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego

oraz dodatkowo w raporcie pielęgniarskim odnotowuje informacje o:

- osobie zlecającej zastosowanie przymusu bezpośredniego,
- osobach wykonujących przymus bezpośredni,
- przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, w tym o skutkach stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, wobec której został on podjęty.

Podstawa prawna: §12 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.

Ad. 1.5.

Zgodnie z pkt 4. Zasad procedury zabezpieczenia rzeczy należących do pacjenta w WZLP,

4.1. Każdy pacjent na czas pobytu w szpitalu może przekazać swoje rzeczy do depozytu zgodnie z obowiązującą w szpitalu procedurą.

4.2. Jeżeli pacjent nie wyraża woli na złożenie rzeczy wartościowych do depozytu wówczas pielęgniarka dyżurna Izby Przyjęć odnotowuje ten fakt w historii choroby i prosi pacjenta o złożenie podpisu a w przypadku odmowy złożenia podpisu składa swój podpis.

4.3. Jeżeli pacjent, jego rodzina/opiekun prawny nie wyrażają zgody na zabezpieczenie rzeczy należących do pacjenta zgodnie z obowiązującą procedurą, tym samym biorą na siebie



WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO

odpowiedzialność za ich przechowywanie.

4.4. W przypadku konieczności oddania rzeczy wartościowych do depozytu w sytuacji, kiedy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, pielęgniarka dyżurna niezwłocznie sporządza spis przedmiotów zgodnie z procedurą i podpisuje się czytelnie. Rzeczy oddaje do depozytu. Niezwłocznie po ustaniu wymienionych okoliczności pracownik socjalny, w razie jego nieobecności sekretarka medyczna w dalszej kolejności pielęgniarka dyżurna oddziału na którym pacjent przebywa, zawiadamia pacjenta o złożeniu rzeczy wartościowych do depozytu. W przypadku wyrażenia woli dalszego ich przechowywania w depozycie pacjent składa podpis na karcie depozytowej wraz z aktualną datą. W przypadku trwania wymienionych okoliczności przez okres dłuższy niż 24 godziny od czasu przyjęcia pacjenta do szpitala pracownik socjalny, w razie jego nieobecności sekretarka medyczna w dalszej kolejności pielęgniarka dyżurna informuje o złożeniu rzeczy wartościowych do depozytu małżonka, wstępnych, zstępnych lub rodzeństwo pacjenta lub inne osoby uprawnione, na podstawie odrębnych przepisów, do dysponowania ruchomościami pacjenta.

4.5. W przypadku konieczności oddania do depozytu rzeczy innych niż wartościowe, takich jak: ubrania, dokumenty itp. w sytuacji, kiedy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji osoba uprawniona niezwłocznie sporządza spis przedmiotów zgodnie z procedurą i prosi drugą osobę pełniącą dyżur o złożenie podpisu. Rzeczy przekazywane są do depozytu. Niezwłocznie po ustaniu wymienionych okoliczności pracownik socjalny, w razie jego nieobecności sekretarka medyczna w dalszej kolejności pielęgniarka dyżurna oddziału na którym pacjent przebywa, zawiadamia o tym fakcie pacjenta.

Podstawa prawna: art.39 ustawy z dnia 06 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej.

W sytuacjach zgłoszenia przez pacjenta kradzieży rzeczy wartościowych, po uprawdopodobnieniu zdarzenia przez personel, proponujemy pacjentowi, za jego zgodą, powiadomienie organów ścigania. Takie sytuacje są odnotowywane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów.

Ad. 1.6.

Ustne skargi pacjentów są odnotowywane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów, a jeżeli sytuacja dotyczy szerszego kontekstu także dodatkowo w książce raportów pielęgniarskich.

Ad. 1.7.

W oddziałach I - III WZLP prowadzone są różnorodne zajęcia grupowe na podstawie harmonogramu zajęć wywieszonych na tablicy ogłoszeń, i/lub w sali terapii zajęciowej. Zgodnie z zasadami rehabilitacji psychiatrycznej odnoszącymi się m.in. do stanu zdrowia pacjenta, jego możliwości poznawczych i deficytów, liczby uczestników w grupie, która nie powinna przekraczać 10 osób a także podkreślającymi dobrowolność uczestniczenia w zajęciach (udział w rehabilitacji jest prawem a nie obowiązkiem pacjenta) nie wszyscy pacjenci mogą i/lub chcą w nich uczestniczyć. Niezależnie od tego personel medyczny zachęca pacjentów do podejmowania różnych form aktywności, jednakże nie zawsze uwieńczone jest to sukcesem.

Ad. 1.8.

Nie jest możliwe zapewnienie wszystkim pacjentom udziału w zajęciach w klubie, w spotkaniach o religijnym charakterze i nabożeństwach organizowanych na terenie szpitala, poza oddziałami z powodów, jak w pkt 1.7. ale także ze względu na ograniczoną powierzchnię Klubu i Kaplicy oraz



WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO

ze względów organizacyjnych związanych z liczbą dyżurującego personelu i możliwości zapewnienia opieki w czasie trwania zajęć lub nabożeństwa. Natomiast do oddziałów przychodzą księża, szpital zatrudnia dwóch duchownych wyznania katolickiego i greko-katolickiego (duże skupisko ludności ukraińskiej), którzy biorą aktywny udział w życiu społeczności pacjentów, uczestniczą w uroczystościach związanych z obchodzeniem świąt religijnych, są dostępni w szpitalu także w godzinach popołudniowych. W przypadku braku możliwości uczestniczenia we mszy pacjenci mogą poprosić o kontakt z duchownym na oddziale. Na życzenie pacjenta jest możliwość zaproszenia duchownych innych wyznań czy innych religii.

Ad. 1.9.

Zwrócono uwagę personelowi medycznemu na konieczność przestrzegania zasad starannego i rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej.

Ad. 1.10.

Na tablicy ogłoszeń w oddziałach I - III są zamieszczane różne informacje dotyczące m.in. harmonogramu zajęć, zebrań społeczności, regulaminu oddziału, godzin odwiedzin oraz ABC praw pacjenta WZLP (tutaj wskazane są osoby i instytucje do których pacjent może się zwrócić, jak również informacja o tym, że szczegółowe dane dostępne są w punktach pielęgniarskich oddziałów, izbie przyjęć, rejestracji poradni). Jednocześnie pragnę zwrócić uwagę na fakt, iż zamieszczane informacje są dość często zrywane przez pacjentów i wymagają uzupełniania na bieżąco.

Ad. 1.11.

Zrewidowanie pojemności oddziałów I - III nie jest zależne od naszych kompetencji i zależy od władz administracyjnych Regionu, organu założycielskiego i OW NFZ. Ilość łóżek psychiatrycznych uwzględnia potrzeby zdrowotne pacjentów naszego Regionu. Wojewódzki Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011 - 2015 zakłada zmniejszenie ilości łóżek w oddziałach ogólnopsychiatrycznych na rzecz miejsc w oddziałach dziennych i zwiększenia ilości pacjentów objętych opieką środowiskową, co będzie konsekwentnie realizowane. Okresowo zwiększone stany pacjentów w oddziałach wynikają z formuły funkcjonowania szpitala, którego izba przyjęć działa całą dobę w trybie ostrym, to znaczy, że lekarz dyżurny izby przyjęć nie może odmówić przyjęcia pacjenta przywiezionego w trybie interwencyjnym przez zespół ratownictwa, policję czy rodzinę w stanie zagrażającym otoczeniu lub swojej osobie z powodu braku miejsc. Ustawowe zapisy regulujące przyjęcia i wypisy ze szpitala psychiatrycznego nakazują przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w określonych sytuacjach i tak zgodnie z pkt 4.1. procedury przyjęcia i wypisania pacjenta do szpitala, WZLP nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

oraz pkt 4.5. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

(Podstawa prawna: art. 49 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375) - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego; art. 21-37 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375); art. 15, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej)

Ad. 1.12

W oddziałach jest wystarczająca liczba urządzeń sanitarnych do liczby miejsc rejestrowych .



WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO

Kontrole Powiatowego Inspektora Sanitarnego nigdy tego nie kwestionowały. Remontując kolejne oddziały uwzględniamy wszelkie normy wynikające z przepisów.

Ad. 1.13.

Niestety wyposażenie sal chorych wymaga wymiany, niedostateczny poziom finansowania psychiatrii nie pozwala na wydatkowanie znacznych sum na zakup wyposażenia czy remonty. Stworzenie wszystkim pacjentom odpowiednich warunków do przechowywania ich osobistych, podręcznych rzeczy będzie możliwe z chwilą pozyskania środków finansowych na ten cel - spoza NFZ. Z bieżących środków realizujemy tylko niecierpiące zwłoki zakupy, np. w ubiegłym roku zakupiliśmy 20 łóżek szpitalnych do oddziału dla dzieci i młodzieży w celu wymiany starych drewnianych łóżek niespełniających wymogów sanitarnych. W miarę poprawy sytuacji finansowej jednostki dokonamy odpowiednich zakupów sprzętu i wyposażenia.

Ad. 1.14.

Dostosowanie dostępu do łóżek pacjentów z 3 stron oraz takie ich ustawienie, aby nie tamować przejścia i zapewnić swobodny dostęp do pacjentów jest uwarunkowane liczbą hospitalizowanych pacjentów. Odpowiadając na potrzeby osób wymagających hospitalizacji, w warunkach jakimi dysponujemy, jest to trudne do zrealizowania, aczkolwiek będziemy dążyć do starań mających na celu poprawę komfortu pacjentów jak również warunków pracy dla personelu.

Ad. 1.15.

Zamontowanie drzwi do sal łóżkowych w odcinkach obserwacyjnych ze względów zapewnienia warunków do obserwowania pacjentów nie jest możliwe. Takie rozwiązanie przewiduje projekt architektoniczny zaakceptowany przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

Ad. 1.16.

Odnowienie ścian i wymiana wyeksploatowanych mebli oraz niezbędne modernizacje zostaną wykonane z chwilą pozyskania środków na ten cel. Jednocześnie nadmieniam, iż sukcesywnie w zależności od posiadanych środków poszczególne pomieszczenia są odnawiane oraz zakupuje się sprzęt czy meble.

Ad. 1.17.

W przeszłości podejmowano próby montowania dozowników mydła oraz pojemników na papier toaletowy i ręczniki jednorazowego użytku, co kończyło się dewastacją wymienionych urządzeń, kradzieżami papieru i mydła, wrzucaniem całej zawartości papieru i ręczników jednorazowych do misek klozetowych.

Odnosząc się do uwag zawartych w części opisowej Protokołu w rozdziale nr 3 "Legalność pobytu" chciałbym wyjaśnić, że prawdopodobnie w wyniku nieporozumienia komisja nie miała okazji zapoznać się z protokołem z kontroli sędziego penitencjarnego, która miała miejsce w dniach 13 -14 lutego 2012 r. W końcowym omówieniu i wnioskach sędziego penitencjarnego stwierdza, że " wykonywanie środka zabezpieczającego oraz obserwacji sądowo - psychiatrycznej w wizytowanej jednostce należy ocenić pozytywnie. Szpital zasługuje na bardzo dobrą ocenę, gdyż, co do legalności umieszczenia i przebywania sprawców, jak też co do warunków bytowych nie ma zastrzeżeń. Prawa osób osadzonych są w pełni przestrzegane. Nieliczne stwierdzone uchybienia obciążają przede wszystkim sądy (...), zaś nie mają wpływu na ocenę kontrolowanej jednostki". Kserokopię protokołu dołączam do wyjaśnień.

Odnosnie rozważenia propozycji prowadzenia rejestru zastosowania przymusu bezpośredniego zawartej w rozdziale nr 6 "Dyscyplinowanie" wyjaśniam, że nie ma obowiązku ustawowego prowadzenia przedmiotowego rejestru w szpitalu psychiatrycznym, z uwagi na fakt, iż istnieje obowiązek zamieszczania informacji o każdym zastosowaniu przymusu bezpośredniego



WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO

w dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorowej, a dodatkowa rejestracja powodowałaby nieuzasadnione zwiększenie obciążeń administracyjnych i nie wydaje się celowa.

Nie możemy zgodzić się ze stwierdzeniem zawartym w tym rozdziale, że umieszczenie w odcinku obserwacyjnym jest praktyką izolacji niektórych wcześniej przyjętych do szpitala pacjentów, jak zaznaczyliśmy w odpowiedzi na wniosek 1.1 jedynym powodem ponownego umieszczenia pacjenta w odcinku obserwacyjnym jest pogorszenie stanu zdrowia polegające na stwarzaniu zagrożenia dla innych pacjentów lub tendencji samobójczych.

Z uwagi na brak środków finansowych nie przyznajemy nagród pieniężnych, natomiast dla aktywnie uczestniczących pacjentów wręczane są dyplomy uznania, listy gratulacyjne itp.

Odnosząc się do uwag zawartych w rozdziale nr 10 " Oddziaływania kulturalno – oświatowe i terapeutyczne". Wyjaśniam, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć zajęcia rehabilitacyjne obejmują: ćwiczenia samoobsługi, rozwijanie umiejętności społecznych, działania edukacyjne, różnorodne formy terapii poprzez pracę oraz inne formy terapii dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta i tego typu oferta jest przez oddziały realizowana w oddziałach i w klubie pacjenta według harmonogramów opracowanych przez terapeutów zajęciowych. Ograniczenia udziału pacjentów w zajęciach wynikają ze stanu zdrowia pacjentów, możliwości poznawczych pacjentów, deficytów i potrzeb oraz limitu osób w grupie (do 10). Dotyczy to także pacjentów internowanych. Szpital, niestety, nie dysponuje salą gimnastyczną ale pacjenci, w tym także internowani mają możliwość wychodzenia do ogródka przyszpitalnego oraz na spacer w zależności od możliwości zapewnienia opieki przez dyżurujący personel.

Nie do wszystkich spostrzeżeń zawartych w raporcie możemy się odnieść z uwagi na fakt, iż sformułowane są zbyt ogólnie, co uniemożliwia przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, tj. analizy dokumentacji medycznej czy przeprowadzenia rozmów z pracownikami. Jednocześnie nadmieniam, że personel szpitala pracuje zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami, podnosząc kwalifikacje i odbywając stosowne przeszkolenia. Największym problemem, którego rozwiązanie zdecydowanie podniosłoby jakość świadczonych usług, poprawę warunków pobytu pacjentów i rozwijanie nowych działalności jest sposób finansowania psychiatrii przez NFZ a w szczególności zbyt niski odsetek budżetu, który NFZ przeznacza na ten cel.

Z poważaniem
DYREKTOR
WOJEWÓDZKIEGO ZESPÓŁU LECZNICTWA
PSYCHIATRYCZNEGO W OLSZTYNIE
Jan Cicho

Załączniki:

1. Sprawozdanie z wizytacji przeprowadzonej w dniu 13 i 14 lutego 2012 r. w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie przez sędziego penitencjarnego Sądu Okręgowego w Olsztynie – Cecylię Kotfica

Do wiadomości:

2. Marszałek Województwa Warmińsko - Mazurskiego



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Pacjenta
Krystyna Barbara Kozłowska

RzPP-ZZP-073-12-20/BW/AGU/2012/2013

Warszawa, 28 stycznia 2013 r.

BIURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH	
WPL.	2013-01-29
ZNL	1/1 4529364

RPO-413098/12

Pani
Irena Lipowicz
Rzecznik Praw Obywatelskich
Aleja Solidarności 77
00-090 Warszawa

D4
2013-01-31

Stanowi P.S. Rzecznik

W odpowiedzi na pismo z dnia 19 grudnia 2012 r., znak: RPO-713098-VII-720.1/12/DK dotyczące zalecenia Krajowego Mechanizmu Prewencji w zakresie podjęcia przez Rzecznika Praw Pacjenta działań na rzecz zapewnienia w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, uprzejmie informuję, co następuje:

W dniu 5 stycznia 2013 r. Dyrektor Generalny Biura Rzecznika Praw Pacjenta ogłosił kolejny nabór na stanowisko specjalisty pełniącego funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w ww. placówce. Do chwili wyłonienia kandydata na wskazane stanowisko, ochrona praw pacjentów jest realizowana przez Zespół ds. Zdrowia Psychicznego funkcjonujący w strukturze Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Zaznaczyć należy, iż do zadań Zespołu ds. Zdrowia Psychicznego należy między innymi realizacja prawa do pomocy w ochronie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych, przebywających w szpitalach psychiatrycznych, w których nie ma Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Ponadto informuję, iż w 2012 r. przeprowadzono 35 rekrutacji na stanowiska Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Niestety w trakcie naboru nie udało się wyłonić osoby do pełnienia przedmiotowej funkcji w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego Olsztynie.

Załącznik:

Kopia ogłoszenia o naborze nr 148516.

2, poczekaj!
K. Kozłowska



BIURO

RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

RPO-713098-VII-720.1/12/DK

00-090 Warszawa Tel. centr. 22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 22 827 64 53

Warszawa, 2013 -02- 13

Pan

Jacek Citko

**Dyrektor Wojewódzkiego Zespołu
Lecznictwa Psychiatrycznego
w Olsztynie**

Al. Wojska Polskiego 35

10-228 Olsztyn

Zespół
„Krajowy Mechanizm Prewencji”

Szanowny Panie Dyrektorze,

W związku odpowiedzią na Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji (dalej: KMP lub Mechanizm) z wizytacji przeprowadzonej w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie, przedstawioną w piśmie z dnia 10 stycznia 2013 r. (sygn. SDS-0810/1/13), należy podtrzymać wszystkie kwestionowane przez Pana i mieszczące się w Pana kompetencjach zalecenia Mechanizmu, wymienione w przesłanym Panu Raporcie poza częścią pkt 1.14, w którym proszony był Pan m.in. o rozważenie wprowadzenia zestawień stosowania przymusu bezpośredniego w poszczególnych oddziałach.

Jak wskazano w pkt. 6 Raportu nie jest to wymóg ustawy, ale wiele oddziałów prowadzi takie zestawienia celem monitorowania stosowania przymusu bezpośredniego. Jeżeli uważa Pan, że monitorowanie to nie jest potrzebne (a tego Pan nie wskazał w udzielonej odpowiedzi), Mechanizm nie będzie się w tej sprawie do Pana więcej zwracał. Wyjaśnić w tym miejscu należy, że zalecenia KMP wynikają często z międzynarodowych standardów oraz rozważań natury praktycznej i mają na celu prewencję niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności, nie muszą zatem bezpośrednio wynikać z treści prawa krajowego.

W udzielonej odpowiedzi wskazuje Pan głównie na wynikające z różnych aktów normatywnych zasady, które powinny obowiązywać w kierowanej przez Pana placówce. Tymczasem głównym przedstawionym problemem jest (nawiązując do kolejności prezentowanych przez Mechanizm zaleceń), że niejednokrotnie nie przestrzega się ich

ANALIZY

w praktyce, co stwierdzili przedstawiciele KMP w czasie wizytacji w dniu 2 października 2012 r. Zaznaczyć należy, że ustalenia poczynione przez Mechanizm oparte zostały na szeregu czynności, w tym m.in. na treści rozmowy wstępnej z Panem Dyrektorem, Pana zastępcą ds. leczenia oraz obecnymi w dniu wizytacji ordynatorami oddziałów I, II, III, podczas której jeden z ordynatorów – ~~dane osobowe~~ ~~usunięto~~ – wśród przyczyn cofnięcia pacjenta do etapu obserwacji, cofnięcia zgody na odwiedzin, a nawet wystąpienia do sądu o zmianę placówki, wskazał przemycanie alkoholu i leków. Następne czynności KMP, w tym bezpośrednie rozmowy z pacjentami, pozwalają na uznanie, że opisany sposób dyscyplinowania pacjentów nie należy do rzadkości. Zalecenia zawarte w pkt 1.1-1.2 Raportu są zatem aktualne.

Odnosząc się do zalecenia zawartego w pkt 1.5 (uwzględnienie w przyjętej *procedurze postępowania w przypadku zdarzenia niepożądanego* takich występków jak m.in. kradzieże), wskazał Pan na treść *procedury zabezpieczenia rzeczy należących do pacjenta w WZLP* (nie przedstawionej wcześniej Mechanizmowi), która nie zawiera informacji o postępowaniu w przypadku kradzieży. Nadto wciąż niezrozumiałe jest, z jakiego powodu definicja zdarzeń niepożądanych zawarta w *procedurze postępowania w przypadku zdarzenia niepożądanego* nie obejmuje takich występków, jak kradzież, a sam dokument procedury nie określa postępowania w tego typu przypadkach, o którym Pan pisze w udzielonej KMP odpowiedzi. Nieczytelne jest również, dlaczego sytuacje kradzieży rzeczy wartościowych odnotowywane są – zgodnie z Pana informacją – w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów. Zakres tej dokumentacji określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w *sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania* (Dz.U. Nr 88, poz. 966 z późn. zm.). Wskazany akt normatywny oraz rozporządzenia go zmieniające, nie dają podstawy do traktowania treści dokumentacji medycznej na zasadzie swobody. Trudno zatem, aby organ prowadzący ewentualne postępowanie karne zażądał kopii indywidualnej dokumentacji medycznej do sprawy kradzieży. Nadto dokumentacja ta ma określony czas przechowywania i dostęp do niej, ze względu na dane wrażliwe, jest ograniczony. Mając na względzie powyższe, zalecenie 1.5 również pozostaje aktualne.

Z tego samego względu trudno zrozumieć zasadność procedury odnotowywania ustnych skarg pacjentów (o skargach w Raporcie była mowa w kontekście zdarzeń

niepożądanych i złego traktowania) w indywidualnej dokumentacji medycznej, o której Pan pisze odnosząc się do zalecenia KMP zawartego w pkt 1.6 Raportu. Należy przy tym przypomnieć, że przekazany Panu Raport powstał m.in. w oparciu o rozmowy z pacjentami i analizę ich indywidualnej dokumentacji medycznej oraz książki raportów pielęgniarskich. Pacjenci w rozmowach indywidualnych wskazywali na problem bagatelizowania przez personel zgłoszonych ustnie spraw, a w przedstawionej Mechanizmowi dokumentacji, nie odnaleziono żadnych materiałów czy też notatek służbowych pracowników dowodzących, że wskazana przez Pana procedura faktycznie jest realizowana.

Przypomnieć również należy, odnosząc się do Pana informacji dotyczącej zalecenia, aby wzbogacić oddziaływania pozafarmakologiczne m.in. o formy grupowe, takie jak zebrania społeczności we wszystkich oddziałach (pkt 1.7), że Raport w tej części powstał w oparciu o ustalenia KMP, z których wynika m.in. że planowana jest dalsza likwidacja sal terapeutycznych (obecnie nie ma jej w oddziale II) w celu utworzenia w ich miejsce pokoi łóżkowych (kwestii tej Pan nie wyjaśnił), nadto nie we wszystkich wizytowanych oddziałach odbywają się spotkania społeczności, a w pozostałych nie wszyscy pacjenci wiedzą o tego typu spotkaniach (stąd również zalecenie zawarte w pkt 1.10, dotyczące konieczności poprawienia dopływu informacji do pacjentów i od pacjentów). Poza tym oferta zajęć pozafarmakologicznych została oceniona przez eksperta KMP – Jolantę Paszko (specjalistę psychiatrii) i uznana za niewystarczającą. Dodać też należy, że jak sam Pan wskazuje w kolejnym punkcie udzielonej odpowiedzi (związany z zaleceniem zawartym w pkt 1.8 Raportu), ze względów organizacyjnych nie jest możliwe zapewnienie wszystkim pacjentom udziału w zajęciach w klubie pacjenta oraz na świeżym powietrzu. Trudno się zatem z Panem zgodzić, że problemem w realizacji wskazanego w pkt 1.7 zalecenia Mechanizmu jest opór pacjentów.

Zaznaczyć w tym miejscu również należy, że problem organizacyjny (liczba dyżurującego personelu) nie był argumentem przedstawianym KMP w odniesieniu do wskazywanych w pkt. 1.8 zaleceń kwestii, ale uznanie ordynatorów, że każde wyjście poza oddział wymaga przepustki, której internowanym nie można udzielać (w tym przypadku doszło do oczywistej nadinterpretacji pojęcia przepustki czy też czasowego zwolnienia ze szpitala). Nadto kwestie organizacyjne nie mogą stanowić podstawy

do nierealizowania części zajęć pozafarmakologicznych, być podstawą do uniemożliwienia udziału części pacjentów w nabożeństwach (aktywny udział duchownych w życiu społeczności pacjentów, o którym Pan pisze nie może tego zastąpić) czy uniemożliwienia wyjść na świeże powietrze (niejednokrotnie przez kilka lat, jeśli weźmiemy pod uwagę możliwą długość pobytu pacjenta internowanego w szpitalu). Należy przy tym stwierdzić, że ustalenia KMP nie pozwalają na przyjęcie informacji o rzekomym wychodzeniu któregokolwiek z internowanych pacjentów do przyszpitalnego ogródka. Reasumując, zalecenia zawarte w pkt 1.7-1.8 oraz 1.10 również wymagają realizacji.

Zalecenia dotyczące warunków bytowych, w świetle opisu zastanej przez KMP sytuacji, zawartego w Raporcie, powinny być również spełnione. W tym miejscu należy zauważyć, że powołuje się Pan na wyniki kontroli innych instytucji, które nie są wiążące dla Krajowego Mechanizmu Prewencji i niejednokrotnie dotyczą innych zagadnień niż te, które są w zakresie zainteresowania Mechanizmu.

Trudno przy tym się do nich odnieść. Pani Cecylia Kotfica - sędzia penitencjarny Sądu Okręgowego w Olsztynie, na której stanowisko powołuje się Pan w udzielonej odpowiedzi, w swoim raporcie z wizytacji przeprowadzonej w dniach 13 i 14 lutego 2012 r. nie zawarła żadnych informacji, na jakiej podstawie wysnuła tak daleko idący, końcowy wniosek o dobrych warunkach bytowych/sanitarnych i pełnym przestrzeganiu praw osób osadzonych w kierowanej przez Pana placówce (poza kwestiami terminowości wysyłanych w sprawach ich dotyczących zawiadomień i opinii o stanie zdrowia sprawcy i postępach w leczeniu).

Trudno też się odnieść do Pana informacji o akceptacji projektu architektonicznego, w którym sale łóżkowe w odcinkach obserwacyjnych mają nie mieć drzwi, dokonanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego. W Raporcie KMP wyraźnie przedstawiono Panu przepisy dotyczące pokoi łóżkowych, określone w § 18-20 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 2012 r., poz. 739) oraz w załączniku nr 1 do tego rozporządzenia. Dalsza dyskusja dotycząca tej sprawy jest zatem niezrozumiała zwłaszcza, że w przedmiotowym przypadku przecież chodzi

o dobro pacjentów, pozbawionych w opisanej sytuacji intymności i odpoczynku od bezpośredniej obserwacji.

W udzielonej odpowiedzi zawarł Pan, odnosząc się do zaleceń wskazanych w pkt 1.13, 1.14 i 1.16 Raportu informację o dokładaniu starań mających na celu poprawę komfortu pacjentów (sprawa ustawienia łóżek m.in. w przejściach) oraz zamiarze wykonania modernizacji oraz napraw (m.in. stworzenie wszystkim pacjentom odpowiednich warunków do przechowywania ich osobistych, podręcznych rzeczy) z chwilą pozyskania środków finansowych na wskazane w zaleceniach Mechanizmu zadania. Uprzejmie proszę o uściślenie tych informacji, poprzez wskazanie, jakie konkretnie podjął Pan działania w tych sprawach i na jakim etapie są one obecnie.

Z poważaniem

DYREKTOR ZESPOŁU

Justyna Boza Lewandowska

Do wiadomości:

1. Rzecznik Praw Pacjenta
2. Przewodniczący III Wydziału Penitencjarnego i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych Sądu Okręgowego w Olsztynie
3. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Olsztynie



**WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA
PSYCHIATRYCZNEGO**

BIURO RZECZNIKA
PRAW OBYWATELSKICH

WPE.

2013 -03- 07

ZAL.

NR. 1538415

D-0810/3 /13

Olsztyn dnia 04 marca 2013r

RPO-713098/12

**Pani
Justyna Róża Lewandowska**

**Dyrektor
Zespołu „Krajowego Mechanizmu Prewencji”
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
00-090 Warszawa
Al. Solidarności 77**

Szanowna Pani Dyrektor

Odpowiadając na pismo z dnia 13 lutego 2013r., znak: RPO-713098-VII-720.1/12/DK (data wpływu 18.02.2013 r.), uprzejmie wyjaśniam:

Odnosnie zalecenia uwzględniania kradzieży w zdarzeniach niepożądanych:

Definicja zdarzenia niepożądanego zgodna z ideą zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych i bezpieczną praktyką medyczną jest następująca:

zdarzenie niepożądane to szkoda wywołana w trakcie lub w wyniku leczenia, nie związana z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia. Jest to zdarzenie, które nie powinno mieć miejsca, zagraża życiu, zdrowiu pacjenta lub jest przyczyną zgonu. Pojęcie szkody jest ściśle związane z prawem medycznym i w takim kontekście winno być rozpatrywane. Szkody związane ze świadczeniami medycznymi to przede wszystkim szkody na osobie.

Katalog zdarzeń niepożądanych:

- 1) niewłaściwy pacjent;
- 2) próby samobójcze, samobójstwo;
- 3) samowolne oddalenie pacjenta (ucieczka);
- 4) urazy w wyniku agresji, autoagresji, upadku;
- 5) zdarzenia niepożądane (wypadki lub błędy) związane z pobieraniem próbek, przechowywaniem krwi i jej składników, wpływających na ich jakość i bezpieczeństwo oraz wszelkie niepożądane zdarzenia związane z przeprowadzeniem zabiegu przetaczania;
- 6) zdarzenia niepożądane związane z działaniem produktu leczniczego;
- 7) zdarzenia niepożądane związane z ekspozycją pozazawodową;
- 8) zdarzenia niepożądane związane z zakażeniami zakładowymi;
- 9) pożar.

(źródło: m.in.

Zestaw Standardów Akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie; Kulik T.B., Kowalska A., Pacian A., Pacian J.: Szkoda, jako przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej. Zdr. Publ. 2009; 119 (4): 455-457;

Zalecenia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa dla Dobrej Praktyki Pielęgniarskiej Bezpieczny Szpital-Bezpieczny Pacjent).

W Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego wymienione zdarzenia są monitorowane i poddawane analizie, do tego katalogu nie należy kradzież. Przyjęta przez nas reguła, odnośnie odnotowywania wszelkich istotnych sytuacji i ich okoliczności związanych z pobytem pacjenta w dokumentacji medycznej ma swoje uzasadnienie m.in. w tym, iż niektóre zachowania pacjenta i/lub sposoby interpretacji obiektywnej rzeczywistości mogą być wynikiem urojeń. Nie istnieje katalog zdarzeń, których nie należy zamieszczać w dokumentacji medycznej, jak również nie istnieje akt prawny nakazujący podmiotom leczniczym rejestrowanie kradzieży. Wszystkim pacjentom zapewniamy (jest to prawo pacjenta a nie obowiązek) możliwość oddania rzeczy do depozytu i wówczas przejmujemy odpowiedzialność za ich przechowywanie. W sytuacjach kradzieży, na prośbę pacjenta, informujemy organa ścigania. Uważamy takie rozwiązanie za najbardziej poprawne, ponieważ nie jesteśmy uprawnieni do przeprowadzania czynności wyjaśniających w przedmiotowych sprawach, do takich działań powołane są odpowiednie organy ścigania. Jeżeli w przedstawionej dokumentacji nie było adnotacji odnośnie skarg pacjentów można domniemywać, iż pacjenci nie sygnalizowali żadnych problemów.

Odnośnie wzbogacenia oferty terapeutycznej:

Do stanowiska w kwestii oferty zajęć terapeutycznych, jak również sposobu ich organizowania mogę jedynie dodać, iż na ten problem należy patrzeć całościowo uwzględniając łącznie wszystkie jego elementy, tj.: aktualny stan zdrowia pacjentów (możliwości poznawcze, deficyty jak i potrzeby pacjentów), aktualna liczba pacjentów hospitalizowanych, ograniczona przestrzeń, określona liczba personelu, zasady pracy grupowej oraz zasady rehabilitacji. Ponadto chciałbym dodać, iż zgodnie ze standardami NFZ w oddziale psychiatrycznym wymagane jest zatrudnianie 1 terapeuty zajęciowego na 40 pacjentów. Realizujemy zajęcia zgodnie z harmonogramami uwzględniając uprzednio wymienione elementy. Odnośnie zebrań społeczności nie ma aktu prawnego obligującego do ich organizowania. Harmonogram oraz oferta zajęć dla pacjentów jest sprawą wewnętrzną danego oddziału, jego preferencji i możliwości, poza zadaniami obligatoryjnymi a odnoszącymi się do rehabilitacji psychiatrycznej. Jeżeli chodzi o informacje o tym, kiedy się odbywają zebrania społeczności, informacje takie znajdują się na tablicy ogłoszeń, niestety bardzo często są one zrywane i nie zawsze udaje się na bieżąco je uzupełniać. Nie planujemy likwidacji sal terapeutycznych, raczej zastanawiamy się w jaki sposób pozyskać salę w oddziale II.

Odnośnie umieszczania pacjentów w odcinku obserwacyjnym:

Podtrzymuję stanowisko, iż jedynym kryterium umieszczania pacjentów w odcinku obserwacyjnym jest stan zdrowia pacjenta. Ordynator oddziału I Lech Gadecki nie przypomina sobie wypowiedzi, na którą powołuje się „Krajowy Mechanizm Prewencji” w kontekście powodów do umieszczenia pacjenta w odcinku obserwacyjnym, natomiast wypowiedź dotycząca wniosku do sądu o zmianę placówki dotyczyła sytuacji gróźb pozbawienia życia kierowanych do lekarza przez internowanego pacjenta, który wcześniej odpowiadał za zabójstwo.

Odnośnie warunków bytowych/sanitarnych:

Zgadza się z opinią „Krajowego Mechanizmu Prewencji”, że warunki te nie są komfortowe ze względu na okresowe przeludnienie, ograniczoną przestrzeń, w większości stare umeblowanie i braki w infrastrukturze. Niestety warunki finansowe w jakich funkcjonuje psychiatria nie pozwalają nam uporać się z tym problemem w sposób satysfakcjonujący.

Obecnie jesteśmy w trakcie przygotowywania się do remontu dwóch oddziałów: oddziału ogólnopsychiatrycznego i oddziału dla dzieci i młodzieży. Uchwałą Sejmiku Województwa Warmińskiego-Mazurskiego przyznano nam na ten cel dotację w kwocie 1.500 000,00 zł. Zgodnie z art. 250 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych następnym etapem jest zawarcie umowy dotacyjnej pomiędzy Samorządem Województwa a Szpitalem i sporządzenie dokumentacji projektowej. Planujemy, że w trakcie prac projektowych, poprzez stworzenie dodatkowych miejsc w remontowanym oddziale ogólnopsychiatrycznym, stworzymy warunki do

zmniejszenia ilości łóżek w oddziałach I – III co pozwoli na utworzenie pracowni terapii zajęciowej w oddziale nr II, który obecnie korzysta z pracowni w klubie pacjenta.

Oдноśnie realizowania zajęć na świeżym powietrzu:

Pacjenci, w tym także internowani, korzystają z wyjść na spacery oraz do przyszpitalnego ogródka, jednakże nie można oceniać tego problemu w oderwaniu od wskazanych możliwości organizacyjnych oraz niemożności zapewnienia środków bezpieczeństwa, którymi dysponują, np. zakłady karne (gdzie miejsca przeznaczone do spacerów są ogrodzone, a spacery odbywają się pod nadzorem odpowiednio wyposażonych funkcjonariuszy służby więziennej). Nigdy nie twierdziliśmy, że wyjście poza oddział (np. do ogródka) przez internowanego wymaga zgody sądu, do dyspozycji którego pozostaje, natomiast spotykamy się z różnymi interpretacjami sądów na temat, czy dyrektor szpitala ma prawo udzielić przepustki, np. w celu załatwienia ważnych spraw rodzinnych czy osobistych.

Niezrozumiałe jest podważanie przez Panią stanowiska niezależnego Sędziego Pani Cecylii Kotficy zawartego w sprawozdaniu z wizytacji przeprowadzonej w dniach 13 i 14 lutego 2012 r. Sędzia Okręgowy Wydziału Penitencjarnego jest osobą powołaną do przeprowadzania wizytacji i przedstawiania wniosków, a z uwagi na orzekanie w sprawach karnych wykonawczych, dysponuje specjalistyczną wiedzą i doświadczeniem, ponadto ma skalę porównawczą oдноśnie warunków panujących w innych zakładach lecznictwa psychiatrycznego jak i zakładach penitencjarnych.

Oдноśnie architektury odcinków obserwacyjnych:

Odcinek obserwacyjny nie jest separatką, należy go traktować jako wyodrębnioną z oddziału całość będącą salą łózkową z osobnym węzłem sanitarnym podzieloną ściankami w celu zachowania intymności, jego architektura wynika z potrzeby zapewnienia szeroko rozumianego bezpieczeństwa. Chroni się w nim pacjentów, którzy przejawiają m.in. zamiary samobójcze, jak też chroni się innych pacjentów przed pacjentami agresywnymi, a także w czasie stosowania przymusu bezpośredniego. W odcinkach obserwacyjnych stale dyżurują dwie osoby z personelu medycznego (pielęgniarka i sanitariusz/opiekun medyczny), których zadaniem jest obserwacja zachowań pacjentów, zapewnienie bezpieczeństwa i opieki. Nie ma przepisów prawnych określających wymogi, jakie muszą spełniać odcinki obserwacyjne, jednakże istotą obserwacji jest takie zorganizowanie przestrzeni żeby umożliwić jej prowadzenie, zminimalizować ryzyko zagrożenia oraz umożliwić reagowanie w sytuacjach zagrażających zdrowiu i/lub życiu. Przepisy regulują tylko warunki, jakie ma spełniać separatka. We wszystkich szpitalach w odcinkach lub salach obserwacyjnych stosuje się podobne rozwiązania. Chciałbym zauważyć, że drzwi, jak i inne ruchome elementy wyposażenia w momencie agresywnego zachowania pacjenta generują dodatkowe niebezpieczeństwo użycia ich jako niebezpiecznego narzędzia zagrażającego życiu personelu, a także utrudniają interwencję personelu w momencie zagrożenia bezpieczeństwa zdrowia i/ lub życia pacjenta dokonującego aktu samoagresji lub ataku na inną osobę.

Z pak z... m
DYREKTOR
WOJEWÓDZKIEGO ZESPÓŁU LECZNICTWA
PSYCHIATRYCZNEGO W OLSZTYNIE
Jan Ciłko

Do wiadomości:

1. Rzecznik Praw Pacjenta
2. Przewodniczący III Wydziału Penitencjarnego i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych Sądu Okręgowego w Olsztynie
3. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny



BIURO

RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

RPO-713098-VII-720.1/12/DK

00-090 Warszawa Tel. centr. 22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 22 827 64 53

Warszawa, 2013 -04- 12

Pan

Jacek Citko

**Dyrektor Wojewódzkiego Zespołu
Lecznictwa Psychiatrycznego**

w Olsztynie

Al. Wojska Polskiego 35

10-228 Olsztyn

Zespół
„Krajowy Mechanizm Prewencji”

W związku z odpowiedzią z dnia 4 marca 2013 r. (znak: D-0810/3/13) na kolejne wystąpienie Krajowego Mechanizmu Prewencji, ponownie zawierającą polemikę z niektórymi zaleceniami zawartymi w raporcie Mechanizmu, pragnę wyjaśnić co następuje.

W dniu 18 stycznia 2008 r. Minister Sprawiedliwości, na podstawie uchwały Rady Ministrów Nr 144/2005 z dnia 25 maja 2005 r. - powierzył oficjalnie Rzecznikowi Praw Obywatelskich pełnienie funkcji Krajowego Mechanizmu Prewencji, w rozumieniu art. 3 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, zwanego dalej OPCAT (Dz.U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Powyższy Protokół, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku (w dniu 18 grudnia 2002 r.), został ratyfikowany przez Rzeczypospolitą Polską w dniu 2 września 2005 r., na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie - stanowi zatem część polskiego porządku prawnego i jest bezpośrednio stosowany, zgodnie z treścią art. 91 Konstytucji RP.

Państwo Polskie, w tym wszystkie państwowe instytucje i placówki, w których przebywają osoby pozbawione wolności są zobowiązane do współpracy w stosowaniu Konwencji, OPCAT oraz wynikających z nich międzynarodowych zaleceń i standardów.

ANALIZY

To przede wszystkim tymi standardami kieruje się Krajowy Mechanizm Prewencji, wskazując obszary działania poszczególnych jednostek, w których może dojść lub dochodzi do niewłaściwego traktowania tych osób i formułując w duchu międzynarodowych wskazań praktyczne rozwiązania stwierdzonych zagrożeń. Celem Mechanizmu nie jest potępienie działalności wizytowanych placówek, lecz poszukiwanie – w duchu współpracy – ewentualnych sposobów poprawy ochrony osób pozbawionych wolności.

Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT, zwanego dalej: Komitetem), w swoim Ósmym sprawozdaniu ogólnym stwierdził m.in., że *leczenie psychiatryczne powinno opierać się na zindywidualizowanym podejściu, które implikuje sporządzenie planu leczenia dla każdego pacjenta. Plan taki powinien obejmować szeroki zakres czynności rehabilitacyjnych i terapeutycznych, kontakt ze sztuką, teatrem, muzyką i sportem. Pacjenci powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokoiów rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu; pożądane jest także stworzenie pacjentom możliwości nauki i odpowiedniej pracy. (...) Komitet niestety bardzo często stwierdza, że te podstawowe składniki skutecznego leczenia społecznego i rehabilitacyjnego są nierozwinięte lub całkowicie ich brakuje, oraz że leczenie pacjentów polega przede wszystkim na farmakoterapii. Sytuacja taka może być wynikiem braku odpowiednio wykwalifikowanego personelu i właściwych warunków lub też w zakorzenionej filozofii opartej na dozorze pacjentów [CPT/Inf (98) 12].*

Krajowy Mechanizm Prewencji nie może poprzestać na odebraniu od Pana wyjaśnienia, że przeludnienie, ograniczona przestrzeń, stare umeblowanie, braki w infrastrukturze, określona liczba personelu oraz niemożność zapewnienia środków bezpieczeństwa stoją na przeszkodzie realizacji zaleceń, których celem jest leczenie psychiatryczne zgodne ze standardami Komitetu. Ze względów podanych w poprzednim piśmie nie może również zaakceptować informacji o pozytywnych wynikach wizytacji innych instytucji w kierowanym przez Pana Szpitalu.

Z Pana pisma wynika, że podjął Pan starania zmierzające do zmniejszenia liczby łóżek w oddziałach I-III i utworzenia pracowni terapii zajęciowej w oddziale II. Nie jest

jednak czytelne, czy pozwoli to również na realizację zaleceń wymienionych w punktach 1.12-1.17 zawartych w naszym raporcie. Uprzejmie proszę o wskazanie, jakie działania podejmował Pan w tym zakresie i na jakim etapie jest ta sprawa. Krajowy Mechanizm Prewencji będzie miał wówczas możliwość wsparcia Pana zabiegów w obszarze poprawienia warunków bytowych dla osób przebywających we wskazanych oddziałach.

Z tych samych względów proszę o przekazanie informacji, jakie działania do tej pory Pan podejmował, aby zapewnić odpowiednią liczbę personelu (dotyczy zarówno możliwości wzbogacenia oferty terapeutycznej, jak i zapewnienia bezpieczeństwa pozwalającego na wyjścia wszystkich pacjentów poza teren oddziałów np. do kaplicy) i z jakimi przeszkodami Pan się w tym zakresie spotkał. Zaznaczam, że z Pana pisma wynika, że mogą stać w tym miejscu na przeszkodzie pewne standardy NFZ, ale nie zostało to przez Pana uściślone i nie jest jasne, czy były podejmowane jakieś kroki zmierzające do pozytywnego załatwienia tej sprawy.

Odrębną sprawą są kwestie będące w wyłącznej kompetencji Pana Dyrektora.

W tym zakresie ponownie KMP podnosi sprawę warunków panujących w odcinkach obserwacyjnych. Faktem jest, że nie ma przepisów prawnych, które określają w sposób odrębny warunki w odcinkach lub salach obserwacyjnych. Należy zatem stosować wobec nich te same kryteria, jakie stosuje się wobec sal łóżkowych. A te nie są stosowane w kierowanym przez Pana Szpitalu. Szczegółowe uwagi dotyczące warunków bytowych w odcinkach obserwacyjnych opisane zostały w przekazanym Panu raporcie Mechanizmu i przypominane w poprzedniej korespondencji. Uwagi Mechanizmu w tym obszarze pozostają niezmienione. Jak wskazałam Panu w poprzednim piśmie dyskusja dotycząca tej sprawy jest niezrozumiała, albowiem przedmiotowym przypadku przecież chodzi o dobro pacjentów, pozbawionych w opisanej sytuacji intymności i odpoczynku od bezpośredniej obserwacji. Dodać należy, że w praktyce niektórych placówek stosuje się obserwację pacjentów umieszczonych w salach obserwacyjnych przez lustra fenickie i nie ma zatem potrzeby pozbawiać pacjentów drzwi do sal.

Kolejną sprawą są kryteria kierowania i sposób traktowania umieszczonych w odcinkach obserwacyjnych pacjentów. Wyjaśniono Panu Dyrektorowi metodologię wizytacji Mechanizmu, którego przedstawiciele nie tylko rozmawiają z personelem, ale

również analizują dokumentację oraz rozmawiają z pacjentami. W raporcie Mechanizmu widnieje następujący zapis: *Z relacji pacjentów wynika, że odbierają ponowne umieszczenie w odcinku obserwacyjnym i ograniczenia w kontakcie z innymi osobami (o tym problemie szerzej w pkt 9), jako formę kary oraz że niekoniecznie powrót do odcinka obserwacyjnego wiąże się z pobudzeniem wymagającym tego typu izolacji. W praktyce, kryteria pobytu niektórych pacjentów w salach obserwacyjnych są niejasne, a odcinki obserwacyjne pełnią rolę wieloosobowej izolatki (w oddziałach I, II i III nie ma pojedynczych izolatek). Fakt, że ordynator oddziału I obecnie nie przypomina sobie swojej wypowiedzi, nie świadczy, że opisany problem nie miał miejsca w dniu wizytacji. Co więcej, mając na względzie Pana wyjaśnienie co do zasady ponownego kierowania do odcinków obserwacyjnych tylko pacjentów przejawiających niebezpieczne zachowania, w tym przejawiające tendencje samobójcze (dot. odpowiedzi z dnia 10 stycznia 2013 r. SDS-0810/1/13), należy zwrócić uwagę, że przypadki takie wydają się kwalifikować raczej do stosowania środków przymusu bezpośredniego. Co więcej, Mechanizm zwraca uwagę na następujące stanowisko Komitetu:*

W każdym ośrodku psychiatrycznym może niekiedy okazać się konieczne ograniczenie swobody ruchu pobudzonych lub gwałtownych pacjentów (...). Komitet spotykał się niekiedy ze stosowaniem środków przymusu u pacjentów w ośrodkach psychiatrycznych przez okres dłuższy od jednego dnia; Komitet musi podkreślić, że taki stan rzeczy nie ma żadnego uzasadnienia terapeutycznego i – zdaniem Komitetu – oznacza złe traktowanie. Należy w tym miejscu odnieść się także do odosobnienia (tj. odizolowania w pomieszczeniu) pacjenta gwałtownego lub w inny sposób „nie do opanowania” – co ma w psychiatrii długą historię. Istnieje wyraźna tendencja we współczesnej psychiatrii w kierunku unikania odosabniania pacjentów, a Komitet z zadowoleniem odnotowuje, że tendencja ta ma miejsce w wielu krajach. Dopóki odosabnianie pozostaje stosowanym środkiem, powinno się zapewnić istnienie szczegółowych reguł w tym zakresie, dotyczących w szczególności: typów spraw, w jakich może być zastosowane odosobnienie, jego cele, czas trwania i potrzeba regularnej weryfikacji, istnienie właściwego kontaktu z pacjentem, potrzeby szczególnej dbałości ze strony personelu [Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT/Inf (98) 12].

Mając na względzie wskazane przez Pana kryterium i powyższe stanowisko Komitetu, KMP oczekuje, że ponowne umieszczenie pacjenta w odcinku obserwacyjnym będzie stosowane w wyjątkowych przypadkach, wyłącznie w razie konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji i będzie odbywać się zgodnie z przepisami prawa krajowego, określającymi m.in. czas trwania tego środka i nakazującymi stosowne jego udokumentowanie. Należy też przypomnieć, że Mechanizm w raporcie zalecał wyodrębnienie separarek do stosowania środków przymusu bezpośredniego (zalecenie 1.3). Skoro do odcinków obserwacyjnych są kierowani przede wszystkim nowoprzyjęci pacjenci, nie jest optymalnym rozwiązaniem, aby przebywali w tym samym pokoju, co pacjenci zachowujący się w sposób groźny dla siebie lub otoczenia.

Odnosząc się ponownie do zalecenia zawartego w pkt 1.6 raportu, podnieść należy, że jeżeli w przedstawionej dokumentacji nie było adnotacji o skargach pacjentów, to można domniemywać, że pacjenci nie sygnalizowali żadnych problemów. Po pierwsze, jak wskazano w raporcie KMP, pacjenci żalili się, że zgłoszenia kradzieży są bagatelizowane (a szafki, w których trzymają swoje rzeczy nie są zamykane na klucz), po drugie, zważywszy charakter kierowanej przez Pana placówki, doświadczenie życiowe nie pozwala na wiarę, aby nikt się w tego typu sprawach nie skarżył.

Zważywszy treść raportu Mechanizmu, moje poprzednie pismo w tej samej sprawie oraz stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 25 stycznia 2013 r. (sygn. RPP-ZZP-073-12-21/BW/AGU/2012/2013) oraz niniejsze wyjaśnienia, kolejny raz uprzejmie proszę o odpowiedź dotyczącą stwierdzonych przez KMP zagrożeń i naruszeń praw osób pozbawionych wolności, przebywających w kierowanym przez Pana Szpitalu.

DYREKTOR ZESPOŁU

Jolanta Boża Lewandowska

Do wiadomości:

1. Rzecznik Praw Pacjenta
2. Przewodniczący III Wydziału Penitencjarnego i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych Sądu Okręgowego w Olsztynie



**WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA
PSYCHIATRYCZNEGO**

RPO-713098/12



Olsztyn dnia 29 kwietnia 2013r.

SDS-0810/4/13

DU
2013-05-22

**Pani
Justyna Róża Lewandowska**

**Dyrektor
Zespołu „Krajowego Mechanizmu Prewencji”
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
00-090 Warszawa
Al. Solidarności 77**

Odpowiadając na pismo z dnia 12 kwietnia 2013r., znak: RPO-713098-VII-720.1/12/DK (data wpływu 18.04.2013 r.), uprzejmie informuję, że podtrzymuję wyjaśnienia, których udzieliłem w poprzedniej korespondencji. Ponadto chciałbym dodać, że dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić realizację świadczeń zdrowotnych na najlepszym poziomie, ale środki finansowe, jakimi dysponujemy, ograniczają w znaczny sposób nasze możliwości. Po raz kolejny zwracam uwagę na problem finansowania psychiatrii przez NFZ, a w szczególności zbyt niski odsetek budżetu, który NFZ przeznacza na ten cel, co przekłada się na warunki pobytu pacjentów, możliwości zapewnienia wszechstronnej oferty terapeutycznej oraz pozyskanie specjalistycznej kadry. W ostatnim okresie m.in. z powodu warunków pracy i płacy ubywa nam specjalistów, a na nasze oferty pracy nie ma odpowiedzi. Mimo to uważam, że w sytuacji w jakiej się obecnie znajdujemy, tylko dzięki zaangażowaniu pracowników, poziom naszej opieki nie odbiega od ogólnie przyjętych standardów diagnostyczno-terapeutycznych, a w codziennej praktyce posługujemy się procedurami uwzględniającymi obowiązujące regulacje prawne.

Z poważaniem
DYREKTOR
WOJEWÓDZKIEGO ZESPÓŁU LECZNICTWA
PSYCHIATRYCZNEGO w OLSZTYNIE
Jan Ciłko
Jan Ciłko

Do wiadomości:

1. Rzecznik Praw Pacjenta
2. Przewodniczący III Wydziału Penitencjarnego i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych Sądu Okręgowego w Olsztynie



BIURO

Warszawa,

2013 -06- 27

RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

RPO-713098-VII-720.1/12/DK

00-090 Warszawa Tel. centr. 22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 22 827 64 53

**Warmińsko-Mazurski Oddział
Wojewódzkiego Narodowego
Funduszu Zdrowia
ul. Żołnierska 16
10-561 Olsztyn**

Zespół
„Krajowy Mechanizm Prewencji”

W załączeniu przekazuję kopię Raportu Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji przeprowadzonej w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie (zwanym dalej: Szpitalem) wraz z kopią kolejnej odpowiedzi (z dnia 29 kwietnia 2013 r.) dyrektora wskazanej placówki na zalecenia zawarte w Raporcie.

Z pisma dyrektora Szpitala wynika, że realizacja zaleceń Mechanizmu w zakresie warunków pobytu pacjentów w Szpitalu i możliwości zapewnienia im wszechstronnej oferty terapeutycznej (przedstawiciele KMP rekomendowali m.in. wzbogacenie oddziaływań pozafarmakologicznych) nie jest możliwa ze względu na zbyt niskie środki przeznaczane na te zadania przez NFZ.

Uprzejmie proszę o zapoznanie się z raportem KMP oraz zawartymi w nim zaleceniami oraz ustosunkowanie się do nich w kontekście odpowiedzi udzielonej Rzecznikowi Praw Obywatelskich przez dyrektora Szpitala.

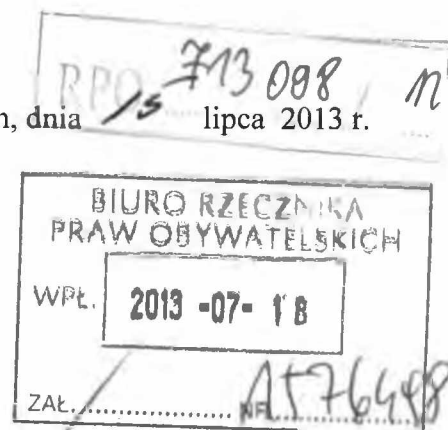
Załącznik 2

DYREKTOR ZESPOŁU

Julijana Boża Lewandowska
Julijana Boża Lewandowska

ANALIZY

znak: WSOZ – DKS -073/128/JS

Olsztyn, dnia *15* lipca 2013 r.

Pani
Justyna Róża Lewandowska
Dyrektor Zespołu
Biura Rzecznika Praw Obywatelskich
00-090 Warszawa

DG
2013-08-02

Szanowne Pani!

W odpowiedzi na pismo znak pisma: RPO-713098-VII-720.1/12/DK z dnia 27-06-2013 w sprawie finansowania przez NFZ świadczeń w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego, Warmińsko – Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie uprzejmie informuje, iż w celu przeprowadzenia właściwej analizy przedstawionej sytuacji należy przede wszystkim odnieść się do globalnych nakładów na świadczenia zdrowotne, które obecnie w naszym regionie są niższe od średniej krajowej o blisko 58,94 zł /osobę/ rok, natomiast w odniesieniu do najbardziej zasobnego regionu jakim jest województwo mazowieckie różnica ta wzrasta do 104,65 zł /osobę / rok.

Co prawda wydaje się, że kwota 104,65 złotych jest niewielką, jednak jeśli odniesiemy do ok. 1 416 399 ubezpieczonych skutkuje to sumą niemal 150 milionów złotych. Natomiast na przestrzeni lat 2010-2013 nakłady w dziedzinie psychiatrii wzrosły prawie o 10 500 000, 00 zł tj. o około 16 % (tab. Nr 1).

Tab. Nr 1 Nakłady finansowe - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień województwa
warmińsko – mazurskiego

rok	kontrakt roczny
1	2
2010	65 575 814,50 zł
2011	68 646 391,74 zł
2012	72 374 748,91 zł
2013	75 967 098,10 zł

Tab. Nr 2 Nakłady finansowe Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego

rok	kontrakt roczny
1	2
2010	18 531 400,00 zł
2011	19 169 628,36 zł
2012	19 820 925,24 zł
2013	20 628 953,18 zł

Dane przedstawione w powyższych tabelach obrazują proces systematycznego zwiększania nakładów finansowych na psychiatrię i uzależnienia

Jednocześnie informuję, że ceny proponowane przez oddział w leczeniu psychiatrycznym nie są najniższe w kraju. Poniżej prezentujemy zestawienie cen jednostkowych w innych Oddziałach, które niżej wyceniają te usługi.

Tab. Nr 3 Cena za punkt rozliczeniowy w roku 2013

nazwa zakresu	województwo	cena 2013
1	2	3
oddział psychiatryczny dla dorosłych	łódzkie	9,46 zł
	lubuskie	9,70 zł
	opolskie	9,97 zł
	lubelskie	10,02 zł
	dolnośląskie, podkarpackie	10,00 zł
	warmińsko- mazurskie	10,20 zł
	średnia krajowa	
oddział leczenia uzależnień	łódzkie	8,93 zł
	dolnośląskie	8,95 zł
	pomorskie	9,50 zł
	lubelskie	9,77 zł
	wielkopolskie	9,85 zł
	warmińsko- mazurskie	10,00 zł
	średnia krajowa	
oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji)	łódzkie	8,55 zł
	dolnośląskie, śląskie	9,00 zł
	kujawsko – pomorskie	9,70 zł
	zachodniopomorskie, lubuskie, opolskie, świętokrzyskie	10,00 zł
	warmińsko- mazurskie	10,00 zł
	średnia krajowa	

oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	Zachodniopomorskie, dolnośląskie	10,00 zł
	lubelskie	10,01 zł
	łódzkie	10,63 zł
	śląskie	10,90 zł
	podkarpackie	11,00 zł
	kujawsko – pomorskie	11,29 zł
	warmińsko– mazurskie	11,30 zł
średnia krajowa		11,30 zł

Niemniej jednak, Oddział Funduszu rozumiejąc potrzebę rozwoju, zawartych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, ambulatoryjnych i środowiskowych form leczenia, sukcesywnie od roku 2011 stara się je wdrażać. Z porównania województwa warmińsko – mazurskiego do wskaźników zawartych w ww. programie wynika, iż poziom zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w zakresie leczenia stacjonarnego psychiatrycznego (w tym odwykowego) jest zadowalający i dorównuje przeciętnej krajowej, a w niektórych zakresach nawet ją przewyższa. Przykładem może być oddział psychiatryczny, w przypadku którego zgodnie ze wskaźnikami zawartymi w programie liczba łóżek w przeliczeniu na populację naszego województwa powinna wynosić 566, podczas gdy w rzeczywistości wynosi ona aż 599.

Reasumując Oddział Funduszu pomimo systematycznego procesu zwiększania nakładów finansowych na psychiatrię (około 16 % wzrostu nakładów na przełomie czterech lat) nadal dysponuje jedynie określonymi, stosunkowo niskimi nakładami na świadczenia zdrowotne, stara się ochronić najbardziej wrażliwe dziedziny usług zdrowotnych. Dotyczy to sytuacji, w których brak dostępu do świadczeń lub ostrość schorzenia wymaga natychmiastowej interwencji (usługi stacjonarne). Działania Funduszu polegają na sukcesywnym podwyższaniu ceny usług (mając na uwadze średnie ogólnopolskie), przy jednoczesnym zachowaniu właściwej ich dostępności dla świadczeniobiorców. Problemy lokalowe szpitala są natomiast problemem inwestycyjnym będącym w gestii organu założycielskiego, w tym przypadku Marszałka.

Andrzej Zakrzewski
 Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego
 Narodowego Funduszu Zdrowia
 w Olsztynie
Andrzej Zakrzewski



BIURO

Warszawa,

2013 -09- 24

RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

RPO-713098-VII-720.1/12/DK

00-090 Warszawa Tel. centr. 22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 22 827 64 53

Zespół
„Krajowy Mechanizm Prewencji”

Pan

Jacek Protas

Marszałek Województwa

Warmińsko-Mazurskiego

ul. Emilii Plater 1

10-562 Olsztyn

Szanowny Panie Marszałku,

W ślad za przekazaną w dniu 19 grudnia 2012 r. kserokopią Raportu Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji przeprowadzonej w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie, w załączeniu uprzejmie przekazuję kopię odpowiedzi z dnia 15 lipca 2013 r. Dyrektora Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (sygn. WSOZ-DKS-073/128/JS) na moje wystąpienie z dnia 27 czerwca 2013 r., skierowane z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie środków przeznaczanych na realizację zadań przez Szpital (w zał.). Z odpowiedzi Dyrektora wynika, że problemy lokalowe placówki są problemem inwestycyjnym będącym w Pana gestii.

W związku z powyższym uprzejmie proszę o ustosunkowanie się do zawartych w Raporcie zaleceń przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji w zakresie warunków pobytu pacjentów w Szpitalu.

Załącznik 2

2 załącznikami

DYREKTOR ZESPOŁU
Justyna Róża Lewandowska
Justyna Róża Lewandowska



BIURO

Warszawa,

2013 -09- 24

RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

RPO-713098-VII-720.1/12/DK

00-090 Warszawa Tel. centr. 22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 22 827 64 53

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Zespół
„Krajowy Mechanizm Prewencji”

W dniu 18 stycznia 2008 r. Minister Sprawiedliwości, na podstawie uchwały Rady Ministrów Nr 144/2005 z dnia 25 maja 2005 r. - powierzył oficjalnie Rzecznikowi Praw Obywatelskich pełnienie funkcji Krajowego Mechanizmu Prewencji, w rozumieniu art. 3 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, zwanego dalej OPCAT (Dz.U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Powyższy Protokół, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku (w dniu 18 grudnia 2002 r.), został ratyfikowany przez Rzeczypospolitą Polską w dniu 2 września 2005 r., na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie - stanowi zatem część polskiego porządku prawnego i jest bezpośrednio stosowany, zgodnie z treścią art. 91 Konstytucji RP.

Państwo Polskie, w tym wszystkie państwowe instytucje i placówki, w których przebywają osoby pozbawione wolności (również osoby, wobec których stosowany jest środek zabezpieczającego, o którym mowa w art. 94 § 1 Kodeksu karnego) są zobowiązane do współpracy w stosowaniu Konwencji, OPCAT oraz wynikających z nich międzynarodowych zaleceń i standardów. To przede wszystkim tymi standardami kieruje się Krajowy Mechanizm Prewencji, wskazując obszary działania poszczególnych jednostek, w których może dojść lub dochodzi do niewłaściwego traktowania tych osób i formułując w duchu międzynarodowych wskazań praktyczne rozwiązania stwierdzonych zagrożeń.

ANALIZY

W załączeniu przekazuję kopię Raportu Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji przeprowadzonej w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie wraz z kopiami odpowiedzi dyrektora wskazanej placówki o polemicznym charakterze.

Należy zaznaczyć, że przedstawiciele Mechanizmu rozumieją, że część podniesionych w Raporcie kwestii nie leży w gestii samego dyrektora Szpitala i dlatego skierowano odrębne wystąpienia do Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanego dalej: NFZ) i Marszałka Województwa Warmińsko-Mazurskiego. Oczekujemy obecnie na odpowiedź Marszałka w sprawie treści wyjaśnień NFZ, z których wynika, że problemy lokalowe szpitala są problemem inwestycyjnym będącym w jego gestii.

Odrębną sprawą są kwestie będące w wyłącznej kompetencji kierownictwa wizytowanej placówki, na które - w ocenie pracowników KMP – nie udzielono pełnej i konkretnej odpowiedzi.

Wobec wagi przedstawionych w Raporcie zaleceń i faktu ograniczenia się przez dyrektora Szpitala do informacji o podtrzymaniu kwestionowanych przez przedstawicieli Mechanizmu wyjaśnień, działając na podstawie art. 14 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14 poz. 147 ze zm.) uprzejmie proszę o zajęcie stanowiska w tej sprawie i podjęcie ewentualnych działań mających na celu usunięcie zagrożeń dla pacjentów stwierdzonych przez Rzecznika pełniącego funkcję Krajowego Mechanizmu Prewencji.

Załącznik.

Z planowania

DYREKTOR ZESPOŁU

Justyna Łewandowska
Justyna Łewandowska

MINISTERSTWO ZDROWIA

RPO-713 098 / 12

Warszawa, 2013-10-08

Podsekretarz Stanu

Igor Radziewicz-Winnicki

MZ-ZP-P-073-27737-1/AA/13

BIURO RZECZNIKA
PRAW OBYWATELSKICH

WPL. 2013 -10- 1 0

ZAL. NR 1584836

Pani

Irena Lipowicz

Rzecznik Praw Obywatelskich

al. Solidarności 77

00-090 Warszawa

Szanowne Pani Prezium!

DU
2013 -10- 1 6

W odpowiedzi na pismo z dnia 24 września 2013 r. znak: RPO-713098-VII-720.1/12/DK, dotyczącego Raportu Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji przeprowadzonej w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie uprzejmie proszę o przyjęcie poniższej informacji.

Ministerstwo Zdrowia zwróci się do Pana Jana Citko, Dyrektora Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie z prośbą o doprecyzowanie wyjaśnień prezentowanych w korespondencji do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie zaleceń pokontrolnych wydanych przez Zespół Krajowego Mechanizmu Prewencji. Po otrzymaniu odpowiedzi od Pana Dyrektora zostanie ona przesłana do Rzecznika Praw Obywatelskich.

Równocześnie zwracam się z uprzejmą prośbą o przekazanie wniosków pokontrolnych dotyczących wszystkich podmiotów leczniczych kontrolowanych w 2012 r. w ramach Krajowego Mechanizmu Prewencji wraz z dokumentacją, na której oparto wnioski w Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2012.

Igor Radziewicz-Winnicki

PODSEKRETARZ STANU
w MINISTERSTWIE ZDROWIA

Igor Radziewicz-Winnicki



CZŁONEK ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO
Witold Wróblewski

BIURO RZECZNIKA
PRAW OBYWATELSKICH

RPO-713098/12

WPL.

2013 -10- 3 1

ZAL.

NR

1599827

Nasz Znak: Z-II.043. 14. 2013. JP.

Olsztyn, dnia 28 października 2013 roku

Pani

Justyna Róża Lewandowska

Dyrektor Zespołu

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowne Pani Dyrektor, ^{DK} 2013-11-04

W nawiązaniu do pisma RPO-713098-VII-720.1/12/DK z dnia 24 września br. uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

W naszej ocenie poziom finansowania leczenia psychiatrycznego jest dalece niewystarczający. Dotyczy to w szczególności podmiotów leczniczych prowadzących stacjonarne oddziały ogólnopsychiatryczne. Szpitale psychiatryczne często nie są w stanie wygenerować z przychodów środków finansowych umożliwiających przeprowadzenie prostych bieżących remontów.

Znając tę sytuację Samorząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego stara się wspierać z własnych środków utrzymanie we właściwym stanie infrastruktury leczenia psychiatrycznego. W celu poprawy warunków pobytu pacjentów w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie przy uchwalaniu budżetu na rok 2013 Samorząd Województwa podjął decyzję o przeznaczeniu w roku bieżącym kwoty 1,5 mln zł na realizację zadania inwestycyjnego obejmującego modernizację oddziałów szpitalnych WZLP w Olsztynie. Remont oddziałów tego szpitala jest w trakcie przeprowadzania.

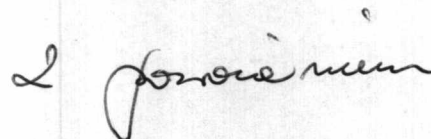
zespół
04.11.2013

Urząd Marszałkowski
Województwa Warmińsko-Mazurskiego
10-562 Olsztyn
ul. Emilii Plater 1

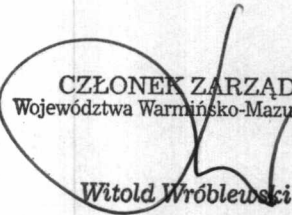
T: +48 89 521 91 25
F: +48 89 521 91 29
E: witold.wroblewski@warmia.mazury.pl
W: www.wrota.warmia.mazury.pl

Certyfikat Systemu
Zarządzania Jakością
ISO 9001:2008
Nr 388/2006

Ponadto w założeniach do budżetu województwa na rok 2014 uznano za konieczne zabezpieczenie dalszych środków na wsparcie modernizacji infrastruktury leczenia psychiatrycznego. Środki już przeznaczone na inwestycje w zakładach leczenia psychiatrycznego wraz z tymi, które uda się wygospodarować w latach następnych, zapewnią zdecydowanie lepsze warunki pobytu chorych w szpitalach psychiatrycznych, dla których Województwo Warmińsko-Mazurskie jest podmiotem tworzącym.



CZŁONEK ZARZĄDU
Województwa Warmińsko-Mazurskiego



Witold Wróblewski



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich

Ryszard CZERNIAWSKI

RPO-713098-VII-720.1/12/DK

00-090 Warszawa Tel. centr. 22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 22 827 64 53

Warszawa, *12 listopada 2013r.*

Pan
Igor Radziewicz – Winnicki
Podsekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia

1767889

Sporządzony przez *Ryszard Czerniawski*

W odpowiedzi na Pana prośbę, zawartą w piśmie z dnia 8 października 2013 r. (wasz znak: MZ-ZP-P-073-27737-1/AA/13) dotyczącym Raportu Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji przeprowadzonej w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie, przekazuję raporty z wizytacji prewencyjnych KMP przeprowadzonych w szpitalach psychiatrycznych w roku 2012 r. Jednocześnie jestem zmuszony odmówić Państwu przekazania dokumentacji, na której oparto wnioski zawarte w raportach, gdyż zawierają one poufne informacje objęte tajemnicą (art. 21 ust. 2 Protokołu Fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192).

Zał. 8

Ryszard Czerniawski

ANALIZY

1. 31.12
mandat 1. 31.12

MINISTERSTWO ZDROWIA

Podsekretarz Stanu

Igor Radziewicz-Winnicki

MZ-ZP-P-073-27737-3/AA/13

RPO-713098

Warszawa, 2013-12-13

BIURO RZECZNIKA
PRAW OBYWATELSKICH

WPL. 2013 -12- 18

ZAL. NR 1610.063

Pani

Prof. dr hab. Irena Lipowicz

Rzecznik Praw Obywatelskich

al. Solidarności 77

00-090 Warszawa

Du
2013 -12- 20

Szanowne Pani Rzecznik!

W ślad za pismem przesłanym w dniu 8 października 2013 r., znak: MZ-ZP-P-073-27737-1/AA/13, dotyczącym Raportu Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji przeprowadzonej w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie uprzejmie proszę o przyjęcie poniższej informacji.

Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do Pana Jana Citko, Dyrektora Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie z prośbą o doprecyzowanie wyjaśnień prezentowanych w korespondencji do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, w sprawie zaleceń pokontrolnych wydanych przez Zespół Krajowego Mechanizmu Prewencji i w odpowiedzi otrzymało pismo podtrzymujące stanowisko WZLP w Olsztynie, kierowane już do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich. Ponadto Ministerstwo Zdrowia uprzejmie prosi o przyjęcie informacji, iż nie jest w stanie na podstawie wniosków pokontrolnych bez załączonej dokumentacji ustosunkować się wobec przedmiotowej sprawy z uwagi na brak uczestnictwa w opisywanej kontroli i przedstawianą w wyjaśnieniach argumentację Pana Dyrektora. Ponadto uprzejmie informuję, iż organem nadzorującym bezpośrednio działalność ww. szpitala jest Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego i zwracam się z uprzejmą prośbą o skierowanie zapytania do ww. organu nadzorującego, który jest władny do całościowej i bezpośredniej oceny obszarów poruszanych w Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2012. Ponadto pragnę zapewnić, iż Ministerstwo Zdrowia na bieżąco analizuje napływające sygnały dotyczące nieprawidłowości w opiece psychiatrycznej, tak by podejmować adekwatne decyzje o wszczynaniu inicjatyw legislacyjnych w celu wypracowywania systemowych rozwiązań.

Igor Radziewicz-Winnicki

2

PODSEKRETARZ STANU
w MINISTERSTWIE ZDROWIA

Igor Radziewicz-Winnicki



**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Warszawa, 2014 -02- 26

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.574.18.2014.DK

**Pan
Jacek Protas
Marszałek Województwa
Warmińsko-Mazurskiego
ul. Emilii Plater 1
10-562 Olsztyn**

Stanowcy Państwu Marszałku,

W nawiązaniu do korespondencji związanej z zaleceniami przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji (dalej: KMP) adresowanymi do Dyrektora Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie (Wasz Znak: Z-II.043.14.2013.JP), uprzejmie informuję, że z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich zwróciłam się do Ministerstwa Zdrowia w sprawie nieudzielenia pełnej i konkretnej odpowiedzi przez kierownictwo zwizytowanej placówki.

Z udzielonej przez p. Igora Radziewicza-Winnickiego – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia odpowiedzi wynika, że należy w tej sprawie zwrócić się do organu nadzorującego bezpośrednio działalność wymienionego szpitala, który jest władny do całościowej i bezpośredniej oceny obszarów poruszanych w przekazanym Panu Raporcie z wizytacji pracowników KMP we wskazanej placówce, co też niniejszym czynię. Dodać należy, że Ministerstwo Zdrowia bezskutecznie zwracało się do dyrektora wymienionego wyżej szpitala z prośbą o doprecyzowanie wyjaśnień prezentowanych w korespondencji adresowanej do naszego Biura, w sprawie zaleceń powizytacyjnych wydanych przez pracowników KMP. W odpowiedzi dyrektor placówki przekazał jedynie pismo podtrzymujące swoje wcześniejsze stanowisko.

W załączeniu przedstawiam kopie korespondencji naszego Biura z dyrektorem wskazanej placówki i na podstawie art. 14 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), uprzejmie proszę o zajęcie stanowiska w tej sprawie i podjęcie ewentualnych działań mających na celu usunięcie zagrożeń dla pacjentów stwierdzonych przez Rzecznika pełniącego funkcję Krajowego Mechanizmu Prewencji.

Z powrotem

DYREKTOR ZESPOŁU

Justyna Róża Leonardowska
Justyna Róża Leonardowska

T: 31.03.14.

Załącz. 5



MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO
Jacek Protas



RPW/55130/2014 P
Data: 2014-06-26

BIURO RZECZNIKA
PRAW OBYWATELSKICH

WPL. 2014 -06- 26

ZAL. _____ NR _____

Olsztyn, 23. 06.2014 r.

K-SIW.040.3.2014

Pani
Justyna Róża Lewandowska
Dyrektor Zespołu
Krajowego Mechanizmu Prewencji
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowna Pani,

W nawiązaniu do pisma znak: KMP.574.18.DK z dnia 26.02.2014 r., dotyczącego zaleceń przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji skierowanych do dyrektora Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie, uprzejmie informuję co następuje.

W kwietniu br. trzyosobowy zespół kontrolujący pracowników Departamentu Kontroli i Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przeprowadził kontrolę doraźną w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie. Zakres działań kontrolnych obejmował realizację zadań statutowych Zespołu, w kontekście uwag i wniosków zawartych w *Raporcie z wizytacji* przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji, we wskazanej placówce. Wyniki kontroli dają podstawę do przedstawienia poniższych ustaleń w zakresie spraw podnoszonych w zaleceniach, skierowanych do dyrektora Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego.

Na wstępie należy zaznaczyć, iż opracowano projekty nowych Standardowych Operacyjnych Procedur Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie w szczególności *Procedurę postępowania w przypadku zdarzenia niepożądanego* oraz *Procedurę zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i personelowi*. Przygotowane dokumenty regulują w sposób kompleksowy zasady postępowania pracowników w sytuacjach wystąpienia poszczególnych zdarzeń niepożądanych oraz określają warunki, zapewniające bezpieczeństwo pacjentom

i personelowi. Integralną część procedur stanowią wzory dokumentów sporządzanych w określonych sytuacjach, np.:

- 1) Procedura postępowania w przypadku zdarzenia niepożądanego:
 - załącznik nr 1 Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego,
 - załącznik nr 2 Arkusz zbiorczy rejestru zdarzeń niepożądanych.
- 2) Procedura zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i personelowi:
 - załącznik nr 1 wzór Karty monitorowania sytuacji - część obserwacyjna,
 - załącznik nr 2 wzór Karty monitorowania sytuacji - część ogólna.

Mając powyższe na względzie zobowiązałem Dyrektora Zespołu do wdrożenia nowych procedur bez zbędnej zwłoki. Wskazać należy, iż zmieniony został Regulamin organizacyjny Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w zakresie, dotyczącym zasad funkcjonowania oddziałów, ze szczególnym uwzględnieniem odcinków obserwacyjnych. Wprowadzenie tego typu zmian pozwoli wyeliminować niezgodności stwierdzone przez zespół wizytujący KMP i wdrożyć nowoczesne standardy świadczenia usług medycznych.

Nadmieniam również, iż Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego w 2013 r. przyznał kwotę 1.500.000 zł na modernizację oddziału IV ogólnopsychiatrycznego i oddziału VI młodzieżowego. Dzięki pracom remontowym racjonalniej zagospodarowano istniejące pomieszczenia, powstały pokoje dwuosobowe oraz został podniesiony standard i bezpieczeństwo przebywania pacjentów.

Ponadto, Zespół w latach 2013-2014 znacząco poszerzył ofertę działań pozafarmakologicznych dla pacjentów-obecnie prowadzonych jest osiem programów terapeutycznych. Na terenie Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie działa Olsztyńskie Stowarzyszenie Pomocy Psychicznie i Nerwowo Chorym. Zadania Stowarzyszenia realizowane są na bazie Terapeutycznego Klubu Pacjenta, z którego oferty mogą korzystać nieodpłatnie osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego, zarówno pacjenci aktualnie hospitalizowani (w tym osoby internowane), jak i po przebytych leczeniu, a także osoby, które nie korzystały z instytucjonalnej pomocy. Z wyjaśnień złożonych kontrolującym wynika, że udział w zajęciach jest dobrowolny, jednak nie wszyscy pacjenci wyrażają chęć uczestniczenia. Natomiast ograniczenie udziału pacjentów może nastąpić jedynie ze

względów zdrowotnych lub organizacyjnych (określona liczba miejsc w Klubie Pacjenta, bądź w grupach zajęciowych).

W trakcie czynności kontrolnych Dyrektor Zespołu podjął decyzję o obowiązku prowadzenia na każdym oddziale rejestrów, w których pielęgniarki odnotowywać będą zgłaszane ustnie uwagi pacjentów oraz informację, w jaki sposób zostały rozpatrzone.

Należy również zaznaczyć, że od 26.07.2013 r. w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie funkcjonuje stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta, który z racji swojej funkcji, na bieżąco monitoruje stosowanie w Zespole właściwych standardów świadczonych usług medycznych.

Jednocześnie informuję, że zostaną podjęte działania nad wypracowaniem koncepcji poprawy obecnej sytuacji lokalowej Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie, która umożliwiłaby pozyskanie dodatkowej powierzchni użytkowej dla zapewnienia optymalnej liczby łóżek, na salach szpitalnych.

Wyrażam przekonanie, że podjęte działania naprawcze pozwolą na wyeliminowanie w przyszłości sytuacji poruszanych w Raporcie przez Przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji, które mogą budzić wątpliwości oraz zagwarantują prawidłową realizację zadań przez Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie.

2 poświadczam

Marszałek
Województwa Warmińsko-Mazurskiego

Jacek Protas