

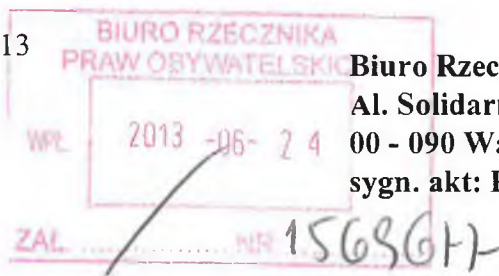
**KOMISJA PSYCHIATRYCZNA  
DO SPRAW ŚRODKÓW ZABEZPIELAJĄCYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA**

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

RPO-722087/13

Gostynin, dnia 12.06.2013r.

ROPS/KP/003/0/711/JN/912/13



**Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich**  
**Al. Solidarności 77**  
**00 - 090 Warszawa**  
**sygn. akt: RPO-722087-VII-720.1/13/AI**

Komisja uprzejmie informuje, że na posiedzeniu w dniu 12.06.2013r. zapoznała się z raportem Biura Rzecznika Praw Obywatelskich sporządzonym po wizytacji SP Szpitala Klinicznego Nr 1 Oddziału Sądowo – Psychiatrycznego Katedry i Kliniki Psychiatrii UM w Lublinie.

Łączę wyrazy szacunku

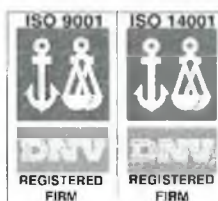
Sekretarz Komisji Psychiatrycznej  
ds. Środków Zabezpieczających

Dr n. med. Ryszard Wardeński



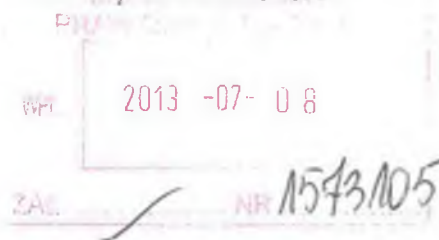
# Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie

RPO-722 084 / 13



L.dz. DN 656 /13 (MS 0603-VII-1)

Lublin, dnia 2013-07-04



20-081 Lublin  
ul. Staszica 16

*Szanowny Pan  
Wojciech Sadownik*

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

Sekretariat  
081 532-39-35  
081 532-50-43  
081 532-83-30

Fax  
081 532-94-86

e-mail:  
szpital@spsk1.lublin.pl

www.spsk1.lublin.pl

W odpowiedzi na Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji, przeprowadzonej w dniu 15 stycznia 2013 r., Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 – Kliniki Psychiatrii w Lublinie, niniejszym informuję o realizacji sformułowanych w nim Zaleceń.

Ad 1. Temat „niewłaściwego traktowania pacjentów oddziału sądowo-psychiatrycznego” był przedmiotem analizy i przeprowadzonej w bieżącym roku procedury wyjaśniającej, zarówno z Kierownikiem Kliniki Psychiatrii, jak i bezpośrednio zainteresowanymi – pacjentami oddziału (anonimowa ankieta w dniu 12.06.2013 r.). Spośród 16 pacjentów biorących udział w ankietowaniu, na pytanie nr 4: „Czy uważa Pan swoje relacje z pracownikami ochrony za poprawne?”, negatywnej odpowiedzi udzieliło 4. W związku z tym stanem poinformowałem pisemnie firmę realizującą umowę Usługi Nr w zakresie ochrony fizycznej pacjentów i pracowników oraz mienia Oddziału Sądowo-Psychiatrycznego Kliniki Psychiatrii SPSK Nr 1 w Lublinie o ustaleniach zawartych w raporcie KMP, a także wynikach ankiety, zobowiązując do przeprowadzenia odpowiedniego szkolenia personelu.

Ad 2. Odnośnie stosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, zgodnie z regulacją zawartą w § 7 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. 2012.740), informuję, że Szpital realizuje ww. obowiązek zgodnie z zapisem ust. 2 § 7 „w sposób (...) zapewniający poszanowanie godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób”, natomiast Kierownik Kliniki został zobowiązany do zorganizowania warunków umożliwiających „oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu” poprzez stosowanie parawanów.

Ad 3. W związku z nieprecyzyjnymi regulacjami prawnymi dotyczącymi warunków transportu pacjentów Oddziału Sądowo – Psychiatrycznego, szczególnie osób pozbawionych wolności, poddanych obserwacji oraz osób, wobec których zastosowano środki zabezpieczające, SPSK Nr 1 zwrócił się pisemnie do Ministerstwa Zdrowia z wnioskiem o ich określenie bądź podanie trybu i sposobu ich ustalania. „Procedura transportu pacjenta na konsultację poza Oddział Sądowo-Psychiatryczny i korzystania z pomocy pracowników ochrony przez inne oddziały Kliniki Psychiatrii SPSK Nr 1 w Lublinie” zostanie niezwłocznie dostosowana do wytycznych Ministerstwa. Jedynie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków, zakresu i trybu współdziałania podmiotów leczniczych z podmiotami leczniczymi dla osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności (Dz.U. 2012.547), w § 6 wskazuje procedurę dokonywania, pomiędzy kierownikiem podmiotu leczniczego, w którym przebywa osoba pozbawiona wolności a dyrektorem zakładu karnego, uzgodnienia warunków i sposobu zabezpieczenia transportu pacjenta pozbawionego wolności, którym udzielane są świadczenia zdrowotne niezbędne ze względu na stan jego zdrowia (konwojowanie przez funkcjonariuszy Służby Więziennej). Pozostałe rozporządzenia dotyczące osób pozbawionych wolności, poddanych obserwacji oraz osób, wobec których zastosowano środki zabezpieczające, nie wskazują trybu ustalania ani warunków transportu tych pacjentów.

Dotychczasowa praktyka (w oparciu o Procedurę konsultowaną z Policją i organami kierującymi: Sąd, Prokuratura) stosowania środków przymusu bezpośredniego w trakcie transportu na konsultacje pacjentów Oddziału Sądowo-Psychiatrycznego, jest z pewnością nieuzasadniona przesłankami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, natomiast musi zostać dostosowana do obowiązującego prawa z punktu widzenia zastosowania prewencji zdarzeń niepożądanych (np. próby ucieczki). Zgodnie z zaleceniem Zespołu KMP Szpital będzie stosował środki przymusu bezpośredniego zgodnie z przesłankami wymienionymi w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2011.231.1371 z późn. zm).

Ad 4 et 15. Pisemnie zobowiązałem Kierownika Kliniki Psychiatrii do złożenia wyjaśnień dotyczących stwierdzonym przez Zespół KMP nieprawidłowości oraz wzmożenia nadzoru nad terminowością przesyłanych do sądu opinii o stanie zdrowia pacjentów i ich postępach w leczeniu, a także nad sporządzaną przez personel Kliniki dokumentacją medyczną.

Ad 5, 6, 7, 17 et 19. Zalecenia obejmujące dostosowanie pomieszczenia do odwiedzin, stworzenie warunków umożliwiających wykonywanie połączeń telefonicznych pod nieobecność innych osób, dostosowanie spacerniaka dla osób aresztowanych, a Oddziału Sądowo-Psychiatrycznego do potrzeb osób niepełnosprawnych, będzie przedmiotem działań związanych z realizacją „Programu dostosowania pomieszczeń i urządzeń SPSK Nr 1 do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (...)” z 30 maja 2012 r. zaakceptowanego przez Lubelskiego Państwowego Inspektora Sanitarnego w Lublinie.

Zgodnie z tym dokumentem: „80% pomieszczeń Kliniki Psychiatrii tj. Oddziały: Leczenia Nerwic i Terapii Zaburzeń Odżywiania, Oddział Ogólnopsychiatryczny i Oddział Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży zostały wyremontowane i zmodernizowane, pozostaje do dostosowania i remontu Oddział Sądowo-Psychiatryczny.” Termin realizacji - do końca 2014 r.

Ad. 8, 9, 10, et 11. Odnośnie zapewnienia odpowiedniego poziomu obsady personelu lekarskiego podczas dyżurów, psychologa, terapeuty zajęciowego oraz pracownika socjalnego informuję, że „organizacja właściwego toku pracy Oddziału”, jak również „dbałość o prowadzenie

racjonalnej polityki kadrowej” leży w kompetencjach Kierownika Kliniki. Przeprowadzona na początku 2013 roku analiza minimalnego poziomu zatrudnienia personelu lekarskiego (w oparciu o obowiązujące akty prawne), wykazała nadwyżkę ok. 15 etatów lekarzy i psychologów w Klinice Psychiatrii. W zakresie poprawy efektywności kosztowej Szpital planuje redukcję zatrudnienia w Klinice Psychiatrii. Z powyższego wynika, że realizacja ww. zaleceń Zespołu KMP związana jest jedynie ze zmianą struktury organizacji pracy personelu, która zostanie niezwłocznie dokonana.

Potrzeba usprawnienia zarządzania pracą personelu medycznego Kliniki Psychiatrii, zawierającej w strukturze 5 oddziałów, determinowała potrzebę ogólnego określenia miejsc pracy we wszystkich umowach o pracę personelu Kliniki Psychiatrii – bez określania zakresu specjalności Oddziału, a jedynie jako: Klinika/Oddział Psychiatrii. W tym sposobie organizacji pracy istnieje możliwość elastycznego organizowania pracy w okresach nasilonej absencji pracowników np. okresie urlopowym. Dostosowanie obsady kadrowej do potrzeb jest kwestią jedynie organizacyjną, podlegającą kompetencyjnie lekarzowi koordynującemu pracę poszczególnych oddziałów Kliniki. Zobowiązałem Kierownika Kliniki do przedstawienia analizy zabezpieczenia obsady kadrowej w poszczególnych oddziałach.

Ad 12 et 13. Odnośnie zaleceń dotyczących doposażenia warsztatów terapii zajęciowej oraz wzbogacenia zajęć kulturalno- oświatowych prowadzonych na Oddziale Sądowo-Psychiatrycznym, informuję, że z uwagi na trudną sytuację finansową Szpitala, jak również niekorzystny wynik finansowy działalności Kliniki Psychiatrii (- 1,3 mln zł za 2012 r., -0,55 mln zł za 5 mies. 2013 r.), zakres realizacji ww. wniosków ZMP należy przyjąć jako kierunek należnych zmian.

Ad 14. Odnośnie zalecenia wyposażenia oddziału w instalację przywoławczą, w związku z ustaleniami Zespołu KMP dot. obecności personelu niemedycznego (pracowników ochrony podczas badania lekarskiego pacjentów Oddziału Sądowo-Psychiatrycznego), informuję, że po dokonaniu weryfikacji zasadności tego działania, ograniczono jego stosowanie do przypadków bezwzględnie koniecznych oraz uzależniono od uzyskania zgody pacjenta, zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2012.159.j.t. z późn. zm.) oraz Kartą Praw Pacjenta SPSK Nr 1.

Ad 16. Zgodnie z zaleceniem ZMP zamieszczono informacje o sposobach kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala psychiatrycznego SPSK Nr 1 oraz adresach instytucji stojących na straży praw człowieka, wymienionych w pkt. 7 Raportu KMP .

Ad 18. W zakresie zalecenia wyposażenia systemu monitoringu w funkcję utrwalania nagrań, informuję, że Klinika posiada dwa moduły nagrywające: jeden przechowuje nagrania 3 mies., drugi natomiast przechowuje nagrania 18 dni. Zgodnie z § 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. 2012.740) wymogi § 19 ust. 2-6 wchodzi w życie od 1 stycznia 2014 r.

Odnośnie powołania w SPSK Nr 1 w Lublinie Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, informuję, że w Szpitalu pełni tę funkcję Pani Justyna Dąbrowska, która jest pracownikiem Biura Rzecznika Praw Pacjenta i pracuje na terenie Kliniki Psychiatrii w czwartki od godz. 07,00 do godz. 15,00.

Rozbieżność pomiędzy faktyczną liczbą łóżek w Oddziale Sądowo-Psychiatrycznym, a liczbą łóżek określoną w Załączniku Nr 2 poz. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia 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. 2004. 179.1854 z późn.zm.), wynika z konieczności dostosowania do wymogów 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. 2012.739).

Wniosek w sprawie zmiany ww. danych w rozporządzeniu został pozytywnie rozpatrzony przez Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia (pismo MZ-ZP-P-0212-24707-3/JM/13 z 8 kwietnia 2013 r.).

2 wypracowań

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1  
w Lublinie  
Dr n. med. Adam Baranicki



Członek Zarządu  
Województwa Lubelskiego  
Tomasz Pękalski



Lublin, 4 lipiec 2013 r.

OZ-III.9041.1.23.2013.HK

**Jego Magnificencja**  
**Prof. dr hab. Andrzej Drop**  
**Rektor Uniwersytetu Medycznego**  
**w Lublinie**

Przekazuję Panu Rektorowi Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji w Klinice Psychiatrii – Oddziale Psychiatrii Sądowej SPSK Nr 1 w Lublinie przeprowadzonej z upoważnienia Rzecznika praw Obywatelskich - z prośbą o zajęcie stanowiska w ramach posiadanych kompetencji i uprawnień, jakimi dysponuje organ tworzący szpital.

Do wiadomości:  
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich  
Dot.RPO-722087-VII-720.1/13/AI

CZŁONEK ZARZĄDU  
WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO  
*Tomasz Pękalski*  
Tomasz Pękalski





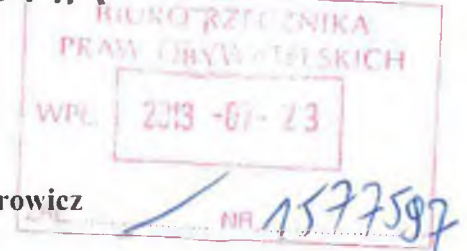
RZECZPOSPOLITA POLSKA  
Zastępca  
Rzecznika Praw Pacjenta  
*Izabela Jakubczak-Rak*

RzPP-SRzPP-073-4-2/BW/2013

Warszawa, .....*18.07*.....2013 r.



**KOPIA**



**Pan**

**dr n. med. Adam Borowicz**

**Dyrektor**

**Samodzielnego Publicznego**

**Szpitala Klinicznego Nr 1 – Oddział Katedry**

**i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego**

**w Lublinie**

**ul. Staszica 16**

**20-081 Lublin**

*Bezmówny Ponię Działaniej*

W związku z otrzymaną informacją o wynikach kontroli<sup>1</sup> odnośnie stopnia przestrzegania praw osób umieszczonych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym - Klinice Psychiatrycznej w Lublinie w ramach środka zabezpieczającego, zwracam się z prośbą o przesłanie do Rzecznika Praw Pacjenta informacji o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych Krajowego Mechanizmu Prewencji działającego z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich sformułowanych w ramach przedmiotowej kontroli.

Zakres stwierdzonych nieprawidłowości dotyczył m.in.:

- 1) liczby łóżek w Oddziale Psychiatrii Sądowej ww. Kliniki;

Zgodnie z załącznikiem<sup>2</sup> nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2010 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonego do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw*

<sup>1</sup> *Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym – Klinice Psychiatrii w Lublinie z dnia 03.06.2013 r. (RPO-722087-VII-720.1/13/AI)*

<sup>2</sup> *Wykaz zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia i ich pojemność.*



*środków zabezpieczających*<sup>3</sup>, Klinika Psychiatrii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 wyznaczona została do wykonywania środka zabezpieczającego w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla mężczyzn sprawców czynów zabronionych popełnionych w stanie niepoczytalności. W rzeczonym rozporządzeniu wskazano, iż ww. Klinika powinna dysponować 22 miejscami. Natomiast w przedmiotowym Oddziale stwierdzono 21 łóżek.

- 2) niezachowania terminu przesyłania opinii o stanie zdrowia pacjentów i o postępach w ich leczeniu lub terapii do sądu.

Zgodnie z art. 203 § 1 *ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny wykonawczy*<sup>4</sup>, kierownik zakładu zamkniętego, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie rzadziej niż co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię o stanie zdrowia sprawcy umieszczonego w tym zakładzie i o postępach w leczeniu lub terapii; opinię taką obowiązany jest przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia sprawcy uzna, że jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne.

Z uwagi, iż ww. opinia - jak słusznie podnoszą Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji - stanowi podstawę do wydania przez sąd orzeczenia w przedmiocie dalszego stosowania środka zabezpieczającego, tym samym wskazane jest w wymaganym terminie sporządzanie i przesyłanie do sądu przedmiotowych opinii.

- 3) zapewnienia obsady lekarzy dyżurnych w godzinach popołudniowych i nocnych;

W *Raporcie Krajowego Mechanizmu Prewencji* wskazano, iż w godzinach popołudniowych i nocnych w Klinice (obejmującej Izbę Przyjęć i 5 Oddziałów Psychiatrycznych) „pełni zaledwie jeden lekarz dyżurny”. W tym miejscu warto wskazać, iż zbyt mała liczba lekarzy dyżurujących na terenie podmiotu leczniczego może stanowić zagrożenie dla jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym bezpieczeństwa pacjentów. Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji, podnoszą, iż omawiana organizacja pracy może także „utrudniać pacjentom swobodny kontakt z lekarzem”.

- 4) braku pracownika socjalnego;

W przedmiotowym *Raporcie*, wskazano, iż obowiązki pracownika socjalnego pełni terapeuta zajęciowy. Nakładanie obowiązku na terapeutę zajęciowego (nieposiadającego stosownych kwalifikacji do wykonywania obowiązków pracownika socjalnego) dodatkowych zadań – jak słusznie wskazują Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji - „nie

---

<sup>3</sup> Dz. U. z 2010 r. Nr 170, poz. 1148 z późn. zm.

<sup>4</sup> Dz. U. z 1997 r. Nr 90, poz. 557 z późn. zm.

może być uznane za prawidłowe, gdyż przyczynia się ono do zmniejszenia i tak ograniczonego czasu przeznaczanego na terapię zajęciową.” Ponadto, przyjęte rozwiązanie w Oddziale może wskazywać na brak wystarczającego zabezpieczenia potrzeb socjalnych pacjentów.

5) sposobu prowadzenia terapii psychologicznej;

W *Raporcie Krajowego Mechanizmu Prewencji* wskazano, iż „*opieka psychologiczna realizowana jest w wymiarze 0, 1 etatu*”, czyli psycholog pełni dyżur przez 45 minut. Z uwagi na wskazany wymiar czasu pracy psycholog ma ograniczone możliwości prowadzenia psychoterapii. Zatem pacjenci nie są objęci świadczeniem specjalistycznym, jakim jest terapia psychologiczna.

6) ubogiej oferty terapii zajęciowej oraz dofinansowania pracowni terapii zajęciowej w zakresie materiałów do prowadzenia zajęć;

Z uwagi, iż terapeuta zajęciowy obciążony jest wykonywaniem innych zadań (wymienionych w pkt 4) zajęcia terapeutyczne odbywają się 2 razy w tygodniu do godziny 15:00. Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji wskazali również na niewystarczające wyposażenie pracowni terapii zajęciowej w materiały (w tym pomoce edukacyjne). Wykazany stan faktyczny zubaża możliwość twórczego realizowania programu zajęć terapeutycznych. Warto w tym miejscu podnieść, iż w doktrynie przedmiotu, terapia zajęciowa jest formą psychoterapii (...), pozwala na wykorzystanie aktywności chorych w leczeniu zaburzeń psychicznych (...), dostarcza pacjentowi wielu okazji do kierowania własną aktywnością i eksperymentowania w odgrywaniu nowych ról, w pokonywaniu bierności i zależności od otoczenia<sup>5</sup>. Ponadto podnosi się, iż „zajęcia terapeutyczne dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów powinny być integralną częścią postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego<sup>6</sup>”. Dobór metod oddziaływań terapeutycznych ustala się na podstawie określonych deficytów, potrzeb i możliwości poznawczych pacjenta. Takiej analizie dokonują członkowie zespołu rehabilitacyjnego, tj. lekarz, psycholog, pielęgniarka, terapeuta zajęciowy. Należy podnieść, iż w *rozkładach dnia zajęć rehabilitacyjnych* powinny być uwzględniane różnorodne formy zajęć, obejmujące zajęcia indywidualne i grupowe. Dobór zajęć powinien uwzględniać aktualny stan psychiczny, możliwości fizyczne i poziom społeczno-kulturalny pacjenta. Terapia zajęciowa stanowi

---

<sup>5</sup> J. Meder, *Rehabilitacja*, [w]: *Psychiatria Tom III Terapia Zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne*; pod redakcją A. Bilikiewicza, S. Pużyńskiego, J. Rybakowskiego, J. Wciórki, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner Wrocław 2003. s.315.

<sup>6</sup> S. Dąbrowski, [w]: S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, *ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 1997. s. 103.

tę formę rehabilitacji w psychiatrii, która stwarza pacjentom najmniej trudności i wymagań, a więc powinna być stosowana przede wszystkim w najcięższych przypadkach.

W *Raporcie Krajowego Mechanizmu Prewencji* podniesiono, iż „*materiały do zajęć plastycznych terapeuta finansuje z własnych środków, a na zakup artykułów, wykorzystywanych w cieszącym się największym zainteresowaniem treningu kulinarnym, pieniądze przeznaczają sami pacjenci. Także pozostały personel partycypuje w kosztach prowadzonej w oddziale terapii.*” Mając na uwadze powyższe, należy zgodzić się z opinią przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji, tj.: „*zapewnienie warunków niezbędnych do prowadzenia terapii zajęciowej jest obowiązkiem Dyrekcji Szpitala, który nie powinien być cedowany na personel, ani tym bardziej na pacjentów.*”

7) wprowadzenia ograniczenia pacjentom z możliwości korzystania ze spacerów;

Wprowadzone ograniczenie dotyczące możliwości korzystania ze spacerów wobec pacjentów tymczasowo aresztowanych – w ocenie Przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji – nie znajduje uzasadnienia w obowiązujących przepisach prawa. W związku z powyższym, w *Raporcie* zalecono stworzenie warunków umożliwiających tej kategorii pacjentów dostęp do świeżego powietrza. Ponadto, podniesiono, iż w przedmiotowym Oddziale przyjęto procedurę, zgodnie z którą czas trwania spacerów uzależniony jest od liczby chętnych (przynajmniej 4 osób) oraz pogody. W związku z powyższym, Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zalecili, cyt: „*każdemu pacjentowi przebywającemu w oddziale psychiatrii sądowej należy umożliwić codzienny spacer bez względu na warunki atmosferyczne oraz wolę wyjścia na powietrze innych osób*”.

8) braku/ograniczenia z możliwości do realizacji prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, tj.:

a) korzystania z telefonu komórkowego;

Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami (art. 33 ust. 1 cyt. ustawy). Analogiczny przepis znajdujemy w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*<sup>7</sup>. Artykuł 13 przywołanej ustawy stanowi, iż osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym lub w domu pomocy społecznej ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami; korespondencja takiej osoby nie podlega

---

<sup>7</sup> Tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.

kontroli. Komentowane przepisy obligują świadczeniodawcę do zapewnienia ww. prawa osobom hospitalizowanym.

Należy podnieść, iż ustawodawca wprowadził uprawnienia kierownikowi podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważnionemu przez niego lekarzowi do ograniczenia korzystania 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, także ze względu na możliwości organizacyjne zakładu. Zatem kierownik zakładu może ograniczyć prawo pacjenta, ale nie pozbawić pacjenta prawa do utrzymywania osobistych kontaktów z innymi osobami, jeżeli przemawiają za tym względy organizacyjne. Ponadto wydaje się, iż wprowadzenie rzeczonoego ograniczenia powinno być uzasadnione przez kierownika zakładu.

W nawiązaniu do powyższego oraz biorąc pod uwagę specyfikę szpitala psychiatrycznego, warto w tym miejscu przytoczyć opinię Pan dr n. med. Macieja Kuligowskiego, konsultanta w dziedzinie psychiatrii, który przedmiotowe zagadnienie przedstawia w następujący sposób:

*„(...) zakazy posiadania i używania takich telefonów przez pacjentów oraz odwiedzających, związane są z faktem, iż większość telefonów ma możliwość nagrywania audio i wideo oraz można nimi robić zdjęcia. Oddział psychiatryczny jest miejscem, gdzie intymność powinna być szczególnie chroniona. Niejednokrotnie w Internecie można znaleźć filmy zrobione z ukrycia przez nieodpowiedzialnych, często bezkrytycznych chorych. Ponadto, spora część pacjentów w okresie psychozy jest uwrażliwiona na wszelkie urządzenia typu RTV w związku z urojeniami prześladowczymi, ksobnymi i używanie telefonów przez innych, może być przyczyną lęku czy wrogich zachowań. W każdym oddziale istnieje możliwość korzystania z telefonów stacjonarnych na kartę i w mojej ocenie jest to rozwiązanie wystarczające. Ponadto w przypadkach wyjątkowych (np. pacjent leżący po próbie samobójczej, unieruchomiony w związku z licznym złamaniami) istnieje możliwość za zgodą ordynatora korzystania z telefonu przy łóżku chorego”.*

Konkludując, należy podnieść, iż przytoczona opinia wskazuje, że wprowadzane przez personel medyczny „ograniczenia” do korzystania przez pacjentów z urządzeń mobilnych powinny wiązać się z indywidualną oceną stanu zdrowia psychicznego pacjenta.

Niemniej, pacjenci przebywający w szpitalu psychiatrycznym, jako aresztowani nie mogą w pełni korzystać z prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Możliwości kontaktów z otoczeniem jest określona przez przepisy odpowiednich kodeksów karnych. Gdy postępowanie przygotowawcze nie jest jeszcze zakończone, to Prokurator,

któremu taka osoba podlega, zwykle podejmuje decyzje odnośnie możliwości korzystania z ww. prawa, tj. kontaktu telefonicznego, korespondencyjnego i odwiedzin.

Ponadto, w przedmiotowym *Raporcie* wskazano, iż usytuowanie aparatu telefonicznego może powodować naruszenie prywatności prowadzonych rozmów z uwagi na fakt, iż pozostają one w zasięgu słuchu personelu oddziału.

- b) braku odpowiednich warunków do realizacji odwiedzin pacjenta przez osoby bliskie;

W *Raporcie* wskazano, iż odwiedziny odbywają się w przejściu - tzw. służbie - między Oddziałem Psychiatrii Sądowej a pozostałymi oddziałami Kliniki. We wskazanym miejscu dochodzi do sytuacji, w których podczas odwiedzin doprowadzani są do ww. służby w kajdankach i pod konwojem funkcjonariuszy Policji „nowi” pacjenci. Usytuowanie i warunki tam panujące – jak podali Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji - nie czynią wskazanego miejsca odpowiednim do zapewnienia kontaktu pacjenta z osobami bliskimi. Podniesiono, iż w związku z powyższym w odwiedzinach nie mogą uczestniczyć dzieci do 16 roku życia. Mając na względzie powyższe, zalecono stworzenie pacjentom internowanym i ich rodzinom warunków do realizacji odwiedzin z zachowaniem prawa do prywatności i bezpieczeństwa osób odwiedzających.

- 9) nieetycznych zachowań personelu wobec pacjentów;

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji w przedmiotowym *Raporcie* przytaczają przykłady dotyczące postępowania pracowników ochrony, tj.: zwracanie się do pacjentów podniesionym głosem, wydawaniem poleceń, wprowadzaniem „wojskowej dyscypliny”.

W tym miejscu należy podnieść, iż temat dotyczący nieetycznego postępowania personelu został poruszony przez Rzecznika Praw Pacjenta w wystąpieniu<sup>8</sup> z dnia 6 października 2011 r. W przedmiotowym wystąpieniu – adresowanym do wojewodów - Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił z apelem do środowiska medycznego o podjęcie działań edukacyjnych w celu wyeliminowania zjawiska poniżania pacjentów szpitali psychiatrycznych (*napiętnowania*). Prezentowanie postawy poniżającej pacjenta oraz ograniczenia pacjentowi korzystania z przysługujących mu praw (wynikających z obowiązujących przepisów) - nie sprzyja efektywnej terapii.

---

<sup>8</sup> Wystąpienie udostępniono na stronie internetowej Biura Rzecznika Praw Pacjenta: [http://www.bpp.gov.pl/bip\\_w3.html](http://www.bpp.gov.pl/bip_w3.html)

10) pozostawiania pacjentów wobec których zastosowano środek przymusu bezpośredniego, w postaci unieruchomienia pasami bezpieczeństwa w salach wieloosobowych lub na korytarzu bez zastosowania parawanu;

Zgodnie z § 7 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania<sup>9</sup>, przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym. 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 zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób.

W przedmiotowym *Raporcie* wskazano, iż zapisy z nagrań monitoringu, rejestrujące przypadki zastosowania środka przymusu bezpośredniego przechowywane są przez okres 3 dni. W tym miejscu należy podnieść, iż wskazana praktyka jest sprzeczna z przepisem § 8 ust. 4 ww. rozporządzenia, zgodnie z którym zapis z monitoringu, o którym mowa w ust. 2, przechowywane jest przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy, jednak nie krócej niż przez 3 miesiące od dnia zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji.

Ponadto, Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zwrócili uwagę na fakt, iż przymus bezpośredni w formie unieruchomienia poprzez zastosowanie kaftana bezpieczeństwa stosowany jest każdorazowo podczas transportu pacjentów na konsultacje specjalistyczne realizowane poza Kliniką Psychiatrii. Powyższe potwierdził wynik analizy dokumentacji zastosowania przymusu bezpośredniego. W przedmiotowej dokumentacji jako przyczynę do zastosowania ww. środka przymusu odnotowywano: „*celem przewiezienia pacjenta na konsultację, konsultacja stomatologiczna poza kliniką, na czas transportu na konsultację.*”

Mając na uwadze powyższe, należy wskazać, iż przyjęta przez Oddział Psychiatrii Sądowej procedura transportu internowanych pacjentów na konsultacje specjalistyczne nie znajduje podstaw w obowiązującym stanie prawnym. Jak słusznie wskazano w *Raporcie* - zgodnie z art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, „(...) przymus bezpośredni może być stosowany jedynie w reakcji na wskazane w nim zachowanie pacjenta. Żaden z przepisów

---

<sup>9</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 740

*ustawy nie legitymuje natomiast możliwości prewencyjnego stosowania środków przymusu bezpośredniego.”*

11) sposobu prowadzenia badania lekarskiego;

W przedmiotowym *Raporcie* wskazano, iż pracownicy ochrony, niebędący pracownikami medycznymi, są obecni w trakcie badań lekarskich.

Powyższe, wskazuje na brak indywidualnych rozmów pacjenta z lekarzem w pokoju badań. Prowadzenie rozmów z pacjentem na temat jego stanu zdrowia, w tym omawianie planu terapeutycznego w obecności postronnych osób może naruszać zasady poufności, wpisujące się w prawo pacjenta do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. W celu realizacji ww. prawa, o którym mowa w art. 13 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta (art. 14 ust. 1 ustawy). Mając na uwadze powyższe, na świadczeniodawcy ciąży obowiązek - jak słusznie podnoszą Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji – zapewnienia stosownych warunków do prowadzenia badania pacjenta.

12) sposobu prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej, w szczególności *Kart zleceń lekarskich*;

Wynik analizy ww. dokumentacji medycznej wskazał na brak informacji o dawkach zlecanego leku oraz formy i drogi jego podania.

Art. 23 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, stanowi, iż pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielanych mu świadczeń zdrowotnych. W celu realizacji wskazanego prawa, podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną, zgodnie z przepisami art. 24 ust. 1- art. 27 ww. ustawy. Wskazana regulacja wiąże się z prawem pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1 ustawy). Przedmiotową kwestię dotyczącą sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*<sup>10</sup>.

13) warunków bytowych, tj.:

---

<sup>10</sup> Dz. U. z 2011 r. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.

Oddział Psychiatrii Sądowej – w ocenie Pracowników Krajowego Mechanizmu Prewencji - nie jest przystosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością i o obniżonej sprawności fizycznej. Ponadto, wskazano, iż baza lokalowa omawianego Oddziału nie spełnia wymagań do prawidłowej realizacji praw pacjentów oraz leczenia i terapii. Tym samym, zalecono zwiększenie zaplecza lokalowego Oddziału celem zapewnienia pacjentom odpowiednich warunków do uczestniczenia w terapii, spędzania czasu wolnego oraz przyjmowania gości.

Powyższe wskazuje na naruszenie następujących praw pacjenta, wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*<sup>11</sup> (dalej: ustawa), tj. do:

- świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. (art. 8 ustawy);
- świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy);
- informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1 w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy);
- poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 ustawy);

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



ZASTĘPCA  
RZECZNIKA PRAW PACJENTA  
Izabela Jakubczyk-Rak

<sup>11</sup> tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 159, poz. 742.



**Do wiadomości:**

- 1) Pani Irena Lipowicz, Rzecznik Praw Obywatelskich; Aleja Solidarności 77, 00-090 Warszawa;
- 2) Pan prof. dr hab. n. med. Andrzej Drop; Rektor Uniwersytetu Medycznego; Uniwersytet Medyczny w Lublinie; Al. Raławickie 1, 20-059 Lublin;
- 3) Pan prof. dr hab. Marek Jarema, Konsultant Krajowy w Dziedzinie Psychiatrii; Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa;
- 4) Prof. dr hab. Marek Masiak, Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii; Klinika Psychiatrii UM, ul. Głuska 1, 20-439 Lublin;
- 5) Prof. dr hab. n. med. Andrzej Czernikiewicz, Kierownik Kliniki Psychiatrii UM, ul. Głuska 1, 20-439 Lublin;
- 6) Pani Justyna Dąbrowska, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.