

RPO-74289 1/13

MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa, 2013-09-30

Podsekretarz Stanu

Igor Radziewicz-Winnicki

MZ-ZP-P-078-27558-2/AA/13

BIURO RZECZNIKA
PRAW OBYWATELSKICH

Pan 2013 -10- 17

Ryszard Czerniawski
Zastępca Rzecznika 1596396

Praw Obywatelskich

Stanowcy Panie Rzeczniku!

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 września 2013 r. znak: RPO-742891-VII-720/13/MMa, dotyczącego ustosunkowania się do *Raportu Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2012* uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska, odnoszącego się do części o izbach wytrzeźwień i szpitalach psychiatrycznych.

Na wstępie należy zaznaczyć, iż w pełni popieram podjęcie inicjatywy w celu zebrania informacji o sposobach funkcjonowania tak szczególnych miejsc jak izby wytrzeźwień czy szpitale psychiatryczne wykonujące środki zabezpieczające.

Zaprezentowany w raporcie pogląd dotyczy konieczności uregulowania w ustawie kwestii organów uprawnionych do doprowadzania do izby wytrzeźwień jest nie do końca zrozumiały gdyż to zagadnienie reguluje ustawa z dnia 4 stycznia 2013 r. *o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, gdzie w zmienionym art. 40 ust. 3 określono nie tylko podmioty uprawnione do doprowadzania ale także zasady dokumentowania czynności doprowadzania.

W odniesieniu do zagadnienia uregulowania w przepisach ustawy kwestii stosowania monitoringu w izbach wytrzeźwień należy zauważyć, iż ww. ustawa stanowi, iż: *„Pomieszczenia i urządzenia izby wytrzeźwień lub placówki odpowiadają wymaganiom odpowiednim do wykonywanych zadań, w tym są wyposażone w system umożliwiający obserwację osób w nich umieszczonych w celu zapewnienia bezpieczeństwa tych osób”*. Niezależnie od powyższego w opinii Ministerstwa Zdrowia za celowe i pełniące funkcję gwarancyjną należy uznać, wprowadzenie obowiązku monitoringu umożliwiającego stały nadzór nad osobami przebywającymi w izbach wytrzeźwień, jak również kontrolę stosowanych w izbie środków przymusu bezpośredniego.

Wątpliwości natomiast budzi zgłoszona w raporcie propozycja nałożenia na wszystkie organy samorządu terytorialnego w miastach liczących powyżej 50 tysięcy mieszkańców obowiązku tworzenia izby wytrzeźwień lub innych placówek sprawujących opiekę nad osobami w stanie nietrzeźwości. Rozwiązanie to wydaje się sprzeczne z wyrażoną w art. 165 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polski* (Dz. U. z 1997 r., Nr. 78, poz. 483 z późn. zm.) zasadą samodzielności jednostek samorządu terytorialnego. Wziąwszy pod uwagę, iż skala problemów związanych z nietrzeźwością w miejscach publicznych kształtuje się odmiennie w poszczególnych społecznościach lokalnych w ustawie z dnia 26 października 1982 r. *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356), przyjęte zostało rozwiązanie pozostawiające poszczególnym jednostkom samorządu terytorialnego swobodę w zakresie uregulowania powyższej kwestii. Ponadto przyjęcie propozycji oznaczałoby, że na terenie kraju miałyby funkcjonować 91 izb wytrzeźwień (tyle jest bowiem miast liczących powyżej 50 tys. mieszkańców), co jak wskazuje obecna praktyka wydaje się być całkowicie nieracjonalnym postulatem tak w odniesieniu do rzeczywistych potrzeb jak i z perspektywy wydatkowania środków publicznych. Dobrym kierunkiem natomiast jest dofinansowywanie działań izb wytrzeźwień w ramach porozumień międzygminnych, po uprzedniej analizie zapotrzebowania na uruchomienie takiej izby.

Należy zdecydowanie sprzeciwić się pomysłowi finansowania działalności izb wytrzeźwień ze środków pochodzących z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Zgodnie z art. 18² ustawy z dnia 26 października 1982 r. *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* dochody z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych powinny być wykorzystywane jedynie w celu realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Oznacza to, że środki te powinny być przekazywane wyłącznie na realizację zadań własnych gmin w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Bieżące funkcjonowanie izb wytrzeźwień jest natomiast zadaniem gmin związanym z zabezpieczeniem porządku publicznego, wynikającym z ustawy z dnia 7 marca 1990 r. *o samorządzie gminnym* (Dz. U. z 2013r., poz. 594, z późn. zm.). W obecnym stanie prawnym możliwe jest wsparcie finansowe realizacji dodatkowych programów skierowanych do osób zatrzymanych w izbie, które wykraczają poza statutowe zadania izby, takich jak motywowanie do podjęcia leczenia odwykowego czy udzielanie pomocy psychologicznej. Rozwiązanie to posiada także walor zachęty w kierunku rozwijania przez funkcjonujące izby wytrzeźwień oferty skierowanej do osób nadużywających alkoholu.

W odniesieniu do kwestii przekształcenia istniejących izb wytrzeźwień w placówki nowego typu, kierunek ten jest warty poddania dyskusji, aczkolwiek niezależnie od tego obecnie obowiązujące unormowania w pełni dopuszczają możliwość tworzenia lub wskazywania przez jednostki samorządu terytorialnego placówek sprawujących opiekę nad osobami w stanie nietrzeźwości, pozostawiając w tym zakresie swobodę zarówno co do formy organizacyjno-prawnej takich podmiotów jak i zakresu oferty adresowanej do osób w stanie nietrzeźwości. Zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 26 października 1982 r. *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* leczenie odwykowe jest nieodpłatne a ponadto powinno być powszechnie dostępne. Równocześnie system leczenia odwykowego kieruje do członków rodzin z problemem alkoholowym bogatą ofertę pomocy. Obecnie w Polsce działa 2207 punktów konsultacyjno-informacyjnych, w których członkowie rodzin z problemem alkoholowym mogą otrzymać wsparcie w przewycięzaniu szerokiej gamy problemów związanych z codziennym funkcjonowaniem z osobą uzależnioną od alkoholu. W związku z tym wydaje się, iż nie ma konieczności poszerzenia istniejącej oferty w zakresie leczenia odwykowego oraz oferty kierowanej dla członków rodzin z problemem alkoholowym. Jednakże słuszny jest wniosek, iż należałoby udzielać osobom zatrzymanym w izbach wytrzeźwień kompleksowej informacji na temat możliwości podjęcia leczenia odwykowego.

W odniesieniu do wniosków pokontrolnych w szpitalach psychiatrycznych wykonujących środki zabezpieczające należy podkreślić, iż zgodnie z zasadą wynikającą z art. 93 *Kodeksu karnego* z 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.), sąd może orzec środek zabezpieczający związany z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym lub skierowaniem na leczenie ambulatoryjne tylko wtedy, gdy jest to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego związanego z jego chorobą psychiczną, zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego. Przed orzeczeniem tego środka sąd wysłuchuje biegłych lekarzy psychiatrów oraz psychologa, a w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych także lekarza seksuologa. Istotą środków izolacyjno-leczniczych jest umieszczenie w placówce o charakterze zamkniętym, gdzie sprawca poddawany jest przymusowemu leczeniu. Nadrzędną rolą tych środków jest zabezpieczenie społeczeństwa przed ujemnym zachowaniem ze strony sprawcy. Umieszczenie sprawcy w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym jest obligatoryjne, gdy sprawca w stanie niepoczytalności popełnił czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości i zachodzi wysokie

prawdopodobieństwo, że popełni taki czyn ponownie. W związku z powyższym wydaje się nieuzasadnione stwierdzenie Rzecznika o „deficycie regulacji prawnych dotyczących osób internowanych”, szczególnie, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykonywania środków zabezpieczających składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854 z późn. zm.) dosyć dokładnie określa warunki, które powinny być umieszczone w regulaminie organizacyjno-porządkowym obowiązującym w zakładzie wykonującym orzeczenie sądu. Można rozważyć zasadność wprowadzenia podobnych zasad dotyczących internowanych pacjentów w warunkach podstawowego zabezpieczenia ale wydaje się, że stosowanie ogólnego regulaminu obowiązującego w szpitalu jest korzystniejsze dla tych pacjentów, szczególnie, że w warunkach podstawowego zabezpieczenia powinni przebywać pacjenci dobrze rokujący i ci, którzy nie popełnili wyjątkowo brutalnych i niebezpiecznych czynów zabronionych. Natomiast nieuzasadnione wydaje się umożliwianie internowanym pacjentom w warunkach wzmocnionego czy maksymalnego zabezpieczenia automatyczne zagwarantowania praw pacjentów, wobec których nie orzeczono środka zabezpieczającego. Szczególnie, gdy dotyczy to prawa do: przepustek, bez względu na ich oczywisty walor terapeutyczny, swobodnego korzystania z form komunikacji ze światem zewnętrznym, posiadania przedmiotów osobistych uznanych za niebezpieczne, innych reguł określanych szczegółowo w regulaminie ogólnym jednostki leczniczej. Trudno również przykładać opisany przez Rzecznika model psychiatrii środowiskowej do modelu leczenia pacjentów przebywających w warunkach wzmocnionego czy maksymalnego stopnia zabezpieczenia, z pominięciem kontekstu i powodu z jakiego właśnie w ten sposób zostali odizolowani od społeczeństwa. Oczywistym jest, że podstawowe prawa człowieka takie jak prawo do godności i poszanowania intymności a także okazywanie szacunku przez personel, bezzwłoczna reakcja personelu na wydarzenia takie jak kradzież czy agresja, swoboda wyboru ubrania czy decydowania o spacerze powinny pozostawać bez dyskusji wobec pacjentów internowanych bez względu na powód ich pobytu w zakładzie zamkniętym. Należy jednak pamiętać, iż pozorne *zmuszenie* pacjenta do spaceru może mieć w istocie nieoceniony walor terapeutyczny. Podobnie trudno jednoznacznie ocenić przytoczony przez Rzecznika przykład pacjenta przewożonego w piżamie czy zakaz odwiedzania się pacjentów w salach, szczególnie w odniesieniu do podnoszonych przez Rzecznika postulatów swobodnego decydowania o ubiorze czy zapobiegania kradzieżom lub zachowaniom agresywnym pacjentów. Argument, iż trzeba mieć na względzie, iż zachowania agresywne pacjentów wynikają między innymi z braku odpowiednich zajęć należałoby poddać dyskusji środowiska

ekspertów bezpośrednio związanych z pracą w oddziałach wykonujących środki zabezpieczające.

Kolejną poruszoną przez Rzecznika kwestią jest czas detencji pacjentów i wątpliwości Rzecznika wyrażone w stwierdzeniu, iż: „*Przedstawiciele Mechanizmu podczas wizytacji w szpitalach psychiatrycznych również spotkali się z przypadkami pacjentów, którzy nie wymagali już przymusowego pobytu w ośrodku psychiatrycznym, ale w dalszym ciągu potrzebowali leczenia i/ lub opieki w środowisku zewnętrznym*”. Niezrozumiałym jest na jakiej podstawie przedstawiciele mechanizmu powzięli takie przekonanie w kontekście procedury określonej przez art. 94 § 1 i 2 obowiązującego Kodeksu karnego, która wyraźnie wskazuje, iż nie orzeka się czasu detencji z góry, gdyż jego określenie jest niemożliwe w momencie orzekania i w związku z tym sąd orzeka zwolnienie sprawcy, jeśli jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne. Czas pobytu sprawcy jest determinowany przez bardzo wiele czynników ale przede wszystkim rodzaj i przebieg zaburzeń stanu psychicznego sprawcy i podlega ocenie w toku wykonywania tego środka zabezpieczającego. W orzecznictwie przyjmuje się, że jeżeli z opinii biegłych psychiatrów wynika, że stan zdrowia detencionowanego nie uległ istotnej poprawie, to nadal zachodzi wysokie prawdopodobieństwo popełnienia przez niego czynu zabronionego¹. Procedurę kontroli czasu przebywania pacjenta internowanego dokładnie określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w *sprawie wykonywania środków zabezpieczających składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających*. Opinia o stanie zdrowia pacjenta i jego postępach w terapii musi być przesyłana przez kierownika zakładu zamkniętego do sądu nie rzadziej niż na 6 miesięcy lub niezwłocznie jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia sprawcy uzna, że jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne. W opinii Ministerstwa Zdrowia jest to wystarczające zapewnienie gwarancji, aby pacjent nie pozostawał internowany dłużej niż jest to niezbędne. Jednocześnie oczywistym jest, iż ww. procedura musi podlegać bardzo restrykcyjnej kontroli kierownika zakładu leczniczego i dotrzymywania z niezwykłą starannością wszystkich obowiązujących terminów. Odmienną natomiast kwestią jest wskazany przez Rzecznika jeden przypadek przyjęcia pacjenta bez orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego, który jest postępowaniem nagannym. Ministerstwo Zdrowia będzie zwracać się do podmiotów leczniczych wykonujących środki zabezpieczające o wskazanie zastosowania zaleceń sędziów wizytatorów.

¹ Postanowienie SA w Krakowie z dnia 7.12.2004 r., II AKzw 748/04, KZS 2004, z.12, poz. 24

W związku z przedstawieniem wątpliwości, co do walorów merytorycznych sporządzanych opinii psychiatrycznych należy pamiętać, iż to sąd orzekający może w każdym czasie zażądać opinii o stanie zdrowia, stosowanym leczeniu i terapii oraz ich wyników, a w razie potrzeby może zasięgnąć opinii innych biegłych. Przytoczony przez Rzecznika argument o bezrefleksyjnym kopiowaniu opinii psychiatryczno-psychologicznych jest niepokojący i wymaga doprecyzowania oraz dokładnego przeanalizowania.

Proponowane rozwiązanie dotyczące umieszczania pacjentów internowanych w Domach Pomocy Społecznej przystosowanych do warunków zorganizowanych na potrzeby pacjentów internowanych wydaje się nietrafione. Domy Pomocy Społecznej nie są podmiotami leczniczymi i jeśli pacjent nadal wymaga diagnostyki i leczenia w kontekście rokowania wysokiego ryzyka popełnienia przez niego czynu zabronionego to musi pozostać w warunkach detencji. Jeśli jednak w opinii biegłych pacjent może zostać zwolniony z zakładu zamkniętego, a zachodzą wątpliwości czy zostanie mu zapewniona opieka bliskich, to nie ma przeciwwskazań aby kierownik szpitala lub przedstawiciel opieki społecznej wystąpił do sądu z wnioskiem o umieszczenie takiej osoby w placówce opiekuńczej. Wyżej wymienione regulacje szczegółowo obejmuje ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2011 r., Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.).

Odcinki obserwacyjno-diagnostyczne w oddziałach posiadających warunki zabezpieczenia mają przede wszystkim służyć realizacji zadań nakładanych art. 203 *Kodeksu postępowania karnego* z 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. Nr 89, poz. 555 z późn. zm.), chyba że stan zdrowia oskarżonego pozwala na jego przebywanie poza tym odcinkiem. Jednocześnie wydaje się uzasadnione, iż w odcinkach tych mogą przebywać pacjenci wobec których zastosowano środek przymusu bezpośredniego pod bezdyskusyjnym warunkiem zachowania wszystkich wytycznych rozporządzenia z dnia 28 czerwca 2012 r. w *sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania* (Dz. U. poz. 740), ze szczególną uwagą na zapewnienie bezpieczeństwa tym pacjentom oraz z zapewnieniem poszanowania ich godności. Wskazane przez Rzecznika mieszanie funkcji przymusu bezpośredniego w postaci izolacji i funkcji obserwacyjno-diagnostycznej odcinków wymaga doprecyzowania, tak by móc szczegółowo przeanalizować poważne nieprawidłowości w stosowaniu przymusu bezpośredniego w formie izolacji. Podnoszone przez Rzecznika nieprawidłowości w stosowaniu i dokumentacji środków przymusu bezpośredniego a także traktowania izolacji jako kary np. za samouszkodzenie są w obszarze bardzo intensywnego zainteresowania Ministra Zdrowia.

Odnosząc się do zagadnienia całkowitego zakazu palenia w zamkniętych warunkach przebywania należy nadmienić, iż warunki te wynikają ze szczególnych funkcji oddziału, t.j. realizacji detencji na określonym poziomie zabezpieczenia, a regulamin oddziału musi być dostosowany do tych funkcji. Osoby przebywające w warunkach zabezpieczenia przebywają tam nie przypadkowo, a na podstawie wyroków sądowych. Zatem już sam fakt umieszczenia w takim ośrodku stanowi ograniczenie wolności i może być odczuwany przez dotknięte tym ograniczeniem osoby jako krzywda lub dyskryminacja. Szczegółowe zasady i warunki pobytu wynikają z funkcji oddziału i muszą zapewniać bezpieczeństwo. Wiąże się to m. in. z zakazem posiadania różnych przedmiotów mogących zagrażać bezpieczeństwu, a zwłaszcza z zakazem używania otwartego ognia i posiadania (używania) akcesoriów mogących ogień wznieść. Używania przez pacjentów ognia nie może usprawiedliwiać uzależnienie od tytoniu, gdyż poza zagrożeniem bezpieczeństwa nie daje się to pogodzić z funkcją profilaktyczno-leczniczą podmiotu leczniczego. W przypadku nie dającego się opanować głodu nikotynowego szpital dysponuje odpowiednimi środkami terapeutycznymi (np. preparaty nikotynowe).

Zaproponowane przez Rzecznika opracowanie systemu motywowania i nagradzania pacjentów jest słusznym kierunkiem, który powinny wziąć pod rozwagę placówki lecznicze wykonujące warunki zabezpieczenia. Warto jednak zaznaczyć, iż jasne kryteria stosowania kar dyscyplinarnych powinny być adekwatne i przewidywalne dla internowanych pacjentów. Nieprawidłowe jest stosowanie odpowiedzialności zbiorowej, jednakże trudno jest rozważyć bez analizy kontekstu sytuacji czy np. czasowe wstrzymanie wobec internowanych wychodzenia na spacer ma bardziej walor zapewniający im bezpieczeństwo niż jest kara.

Ministerstwo Zdrowia stara się na bieżąco analizować napływające informacje dotyczące sposobu informowania pacjentów o ich prawach a także dostępności do dokumentów regulujących te prawa. W związku z tym budujący wydaje się wniosek Rzecznika, iż tylko w jednej z wizytowanych placówek nie były ogólnodostępne obowiązujące regulaminy. Wskazane przez Rzecznika wady w dokumentacji medycznej, brak programów terapeutycznych, niedostateczna komunikacja personelu w przedmiocie oddziaływań wobec pacjenta, skromna oferta zajęć kulturalno-oświatowych, niedostateczne wykształcenie personelu i jego liczebności wymaga głębszej analizy. Jednocześnie należy zaznaczyć, iż za stan szpitala odpowiedzialne są w dużej mierze lokalne władze i w ostatnim czasie Ministerstwo Zdrowia na bieżąco otrzymuje informacje o remontach prowadzonych w specjalistycznych placówkach zamkniętych. Ponadto planowane są rozmowy

z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Ministerstwem Sprawiedliwości w zakresie pełnego finansowania leczenia pacjentów psychiatrycznych ze współistniejącymi schorzeniami somatycznymi a także systemowych rozwiązań dotyczących kierowania, przebywania oraz leczenia internowanych pacjentów.

Z poważaniem

PODSZEFKARZ STANU
w MINISTERSTWIE ZDROWIA

Igor Rządziejcz-Winnicki