



RZECZPOSPOLITA POLSKA
MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI

Warszawa, dnia 30 kwietnia 2010 r.

DL-P-IV-0700-4/10

BM-1-0700-127/10/3

P. J. K...
GABINET MARSZAŁKA SENATU
"Prac Senackich"
wpłynęło dn. 4. 05. 2010.
3138... podpis... 2542... podpis...
M... *B...*

Pan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku.

W odpowiedzi na oświadczenie senatora Andrzeja Grzyba w sprawie dotyczącej Regionalnych Ośrodków Psychiatrii Sądowej, przekazane przy piśmie Pana Marszałka z dnia 31 marca 2010 r., znak: BPS/DSK-043-2592/10, uprzejmie przedstawiam następujące informacje.

Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej działają na podstawie przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.). Są one samodzielnymi jednostkami budżetowymi podległymi i w całości finansowanymi przez Ministerstwo Zdrowia.

Do podstawowych zadań Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej należy wykonywanie środka zabezpieczającego w warunkach maksymalnego zabezpieczenia, orzeczanego przez sąd, na podstawie przepisów art. 94 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.). Ośrodek może również wykonywać obserwacje sądowo – psychiatryczne i badania sądowo – psychiatryczne ambulatoryjne, na polecenie sądu lub prokuratury. Realizuje on również inne zadania wynikające z przepisów prawa dotyczących współpracy Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Sprawiedliwości w realizacji zadań określonych w Kodeksie karnym.

Główne zadanie Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej polega zatem na wykonywaniu środków zabezpieczających – psychiatrycznej opieki zdrowotnej wobec szczególnie niebezpiecznych, niepoczytalnych sprawców wymagających specjalnego nadzoru w warunkach uniemożliwiających ucieczkę i zapewniających minimalizację zagrożenia dla pacjentów i personelu. Realizacja tych zadań wymaga względnie wysokiego standardu warunków pobytu (trudne warunki przyczyniają się m. in. do

niepożądanych zachowań), możliwości segregacji pacjentów w zależności od zachowania się oraz odpowiedniej ochrony zewnętrznej i wewnętrznej. Warunki uniemożliwiające ucieczkę i minimalizujące zagrożenia personelu i pacjentów to nie tylko wewnętrzne i zewnętrzne urządzenia ochronne, lecz przede wszystkim względnie liczny personel składający się z lekarzy, psychologów, pielęgniarek, terapeutów zajęciowych, asystentów społecznych, salowych, ale również i pracowników ochrony.

Kształt Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1845, z 2007 r. Nr 2 poz. 22 i z 2009 r. Nr 2, poz. 26). Przepisy tego rozporządzenia zawierają wykaz trzech typów zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego, różniących się stopniem zabezpieczenia. Są to: zakłady podstawowego zabezpieczenia, zakłady wzmocnionego zabezpieczenia oraz zakłady maksymalnego zabezpieczenia, do których należą Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej.


W tym miejscu należy wskazać, że wykonywanie środków zabezpieczających związanych z umieszczeniem sprawcy w zakładzie psychiatrycznym lub zakładzie leczenia odwykowego zostało uregulowane w rozdziale XII ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.). Art. 204a tej ustawy stanowi, że wobec sprawcy umieszczonego w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie leczenia odwykowego można stosować środki przymusu bezpośredniego na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

Zgodnie z art. 18 wskazanej wyżej ustawy przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis ustawy do tego upoważnia, albo osoby te dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu, w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w otoczeniu lub poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

W myśl art. 18 ust. 2 powołanej ustawy o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych oraz w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi polega na przytrzymywaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji. Szczegółowy sposób stosowania środków przymusu bezpośredniego określa wydane na podstawie art. 18 ust. 7 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514).

Kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, jakimi są Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej, określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. (Dz. U. Nr 30, poz. 300 i z 2007 r. Nr 9, poz. 20). Szczegółowe kwalifikacje określa Taryfikator Kwalifikacyjny, stanowiący załącznik do tego rozporządzenia. Zgodnie z nim pracownicy zatrudniani w publicznych zakładach opieki zdrowotnej mogą być zatrudniani na stanowiskach zakwalifikowanych do trzech grup: pracownicy działalności podstawowej, pracownicy administracyjni, techniczni i ekonomiczni, pracownicy gospodarczy i obsługi. W tym miejscu należy wskazać, iż w żadnej z trzech wymienionych wyżej grup pracowników nie zostało umieszczone stanowisko pracownika ochrony.

Wszystkie czynności takich pracowników, w tym stosowanie środków przymusu bezpośredniego, wykonywane są w bezpośrednim kontakcie z pacjentami ośrodka, co pozwala przypuszczać, że należą one do podstawowej działalności danego ośrodka. Mając powyższe na uwadze wydaje się, iż właściwym rozwiązaniem byłoby zaliczenie pracowników ochrony do pracowników działalności podstawowej.

2 powołaniem
Z upoważnienia
MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI

Stanisław Chmielewski
SEKRETARZ STANU