



Rozwój koncepcji regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej (ROPS)

Development of the concept of regional forensic psychiatry centers (RFPC)

STANISŁAW DĄBROWSKI

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawiono etapy rozwoju regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej.

Przegląd. Omówiono: (1) opracowanie i prezentację pierwszej koncepcji, która przewidywała m.in. że „względnie nieliczną grupę sprawców z orzeczonym środkiem zabezpieczającym, szczególnie niebezpiecznych i wymagających specjalnego nadzoru... należy hospitalizować w innym zakładzie leczniczym dysponującym „warunkami i personelem należycie zabezpieczającym przed możliwością ucieczki” (1971 r.); (2) akceptację przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej koncepcji zakładu dla wspomnianych wyżej osób jako części „Raportu o stanie psychiatrii i kierunkach dalszego rozwoju” (1981 r.); (3) decyzję Ministra Zdrowia o adaptacji dla potrzeb regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej trzech dużych oddziałów szpitali psychiatrycznych położonych w północnej, środkowej i południowej części kraju (1993 r.); (4) akceptację przez Ministra Zdrowia „Wytucznych do założeń projektu adaptacji ROPS” (1993 r.); (5) ogłoszenie rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 26 lutego 2001 r. i z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie zakładów przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, m.in. regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej.

Wnioski. Obecnie wszystkie trzy ośrodki działają

SUMMARY

Objective. The stages of development of forensic psychiatry centers are presented.

Review. The following topics are reviewed: (1) development and presentation of the first concept which foresaw, e.g., that “a relatively small group of offenders with court sentences of security measures, particularly dangerous and requiring special supervision ... should be hospitalised in another medical facility which has “a setting and staff capable of safeguarding against the possibility of escape” (1971); (2) acceptance of the concept of a special facility for the aforementioned persons by the Ministry of Health and Social Welfare as part of the “Report on the Condition of Psychiatry and Directions for Further Development” (1981); (3) the Ministry of Health decides to adapt three large psychiatric wards for the needs of regional forensic psychiatric centers, located in the North, Central and South parts of the country (1993); (4) the Ministry of Health accepts the “Guidelines for the Rationale for the RFPC Adaptation Project (1993); (5) publication of the Ministry of Health instructions of 26 February 2001 and 10 August 2004 on facilities for the execution of security measures, including regional forensic psychiatry centers.

Conclusions. All three centers are now operating.

Słowa kluczowe: środki zabezpieczające / regionalne ośrodki psychiatrii sądowej

Key words: security measures / regional forensic psychiatry centres

Realizacja koncepcji ROPS ciągnęła się jeszcze dłużej niż prace legislacyjne nad ostatnim projektem ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (o.z.p.). Pierwszą koncepcję przedstawiono na konferencji „Wybrane zagadnienia orzecznictwa sądowno-psychiatrycznego w postępowaniu karnym”, zorganizowanej przez Generalną Prokuraturę w dniach 14 i 15 stycznia 1971 r. [1]. Koncepcja ta była odpowiedzią na opracowany w końcu 1970 r. projekt zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych przeznaczonych – zgodnie z art. 196 § 2 – do wykonywania środków zabezpieczających. Projekt Ministra przewidywał skupienie w 10 szpitalach psychiatrycznych większości sprawców wymagających środków zabezpieczających

i osób pozbawionych wolności kierowanych na obserwację w warunkach „należycie zabezpieczonych przed możliwością ucieczki”. Rozwiązanie to wydawało się nie do przyjęcia z wielu powodów.

Natomiast zgodnie ze wspomnianą koncepcją:

- większość sprawców wymagających środka zabezpieczającego należało nie skupiać, lecz rozproszyć po rejonowych szpitalach właściwych ze względu na miejsce zamieszkania,
- względnie nieliczną grupę sprawców z orzeczonym środkiem zabezpieczającym, szczególnie niebezpiecznych i wymagających specjalnego nadzoru, jak i obserwatorów pozbawionych wolności należało hospitalizować w „innym” zakładzie leczniczym dysponującym

„warunkami i personelem należyce zabezpieczającym przed możliwością ucieczki”.

Koncepcja ta była osnową wystąpienia Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1971 r. z prośbą o odstąpienie od wspomnianego w projekcie skupienia sprawców wymagających środków zabezpieczających i obserwantów w 10 szpitalach, rozproszenie ich we wszystkich rejonowych szpitalach oraz zorganizowanie odrębnego zakładu dla szczególnie niebezpiecznych osób.

Ministerstwo zgodziło się na propozycję rozproszenia [2], natomiast idea odrębnego zakładu została zaakceptowana dopiero po 10 latach w „Raporcie o stanie psychiatrii i kierunkach dalszego rozwoju” z 1981 r., zatwierdzonym do sukcesywnego wdrażania przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Punkt 5.2 Raportu przewidywał „zorganizowanie oddziału (zakładu) przeznaczonego dla osób z zaburzeniami psychicznymi szczególnie niebezpiecznych i wymagających specjalnego nadzoru” [3].

Na następny krok trzeba było czekać 12 lat. Zbiegł się on w czasie z końcowym etapem prac nad ostatnim projektem ustawy o o.z.p. i początkiem prac nad projektem Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, w którym uwzględniono również koncepcję centralnego szpitala dla pacjentów szczególnie niebezpiecznych z zaburzeniami psychicznymi [4].

W drugiej połowie 1992 r. odbyło się kilka narad w tej sprawie. Na spotkaniu w dniu 31 grudnia 1992 r. z udziałem przedstawicieli Departamentu Polityki Zdrowotnej, Departamentu Inwestycji, dyrektora Instytutu Psychiatrii i Neurologii i nadzoru specjalistycznego uczestnicy tego spotkania uznali realizację centralnego ośrodka psychiatrii sądowej za pilną potrzebę. Optymalnym rozwiązaniem wydawał się wtedy jeden obiekt zbudowany w „systemie pawilonowym (krzyżowym lub gwiazdowym)” zlokalizowany w pobliżu Warszawy, być może w Białołęce. Obiekt ten miałby podlegać bezpośrednio Ministrowi Zdrowia. W kwietniu 1993 r. kierownictwo Ministerstwa Zdrowia zdecydowało, że budowa centralnego ośrodka psychiatrii sądowej w formie jednego obiektu na ok. 200 łóżek w pobliżu Warszawy będzie rozwiązaniem zbyt kosztownym. W związku z tym dyrektor Instytutu wspólnie z Krajowym Zespołem Specjalistycznym zaproponowali tańsze rozwiązanie polegające, po pierwsze – na adaptacji trzech dużych oddziałów szpitali psychiatrycznych położonych w północnej, środkowej i południowej części kraju dla trzech regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej przeznaczonych głównie dla wykonywania środka zabezpieczającego, po drugie – ośrodki te powinny być finansowane przez budżet centralny, po trzecie – personel ośrodków będzie wynagradzany wg odrębnej siatki płac. Autora niniejszej informacji zobowiązano do opracowania wytycznych do założeń projektu adaptacji tych regionalnych ośrodków. Propozycje te zostały zatwierdzone w połowie maja 1993 r.

Zgodnie z Wytycznymi z dnia 23 czerwca 1993 r. [5], główne zadanie ROPS polega na wykonywaniu środków zabezpieczających – psychiatrycznej opieki zdrowotnej wobec szczególnie niebezpiecznych, niepoctylnych 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. Oprócz zadań leczniczo-rehabilitacyjnych ośrodek może również wykonywać zadania obserwacyjno-orzecznicze dla osób pozbawionych wolności i szczególnie niebezpiecznych.

Ośrodki będą adaptowane i finansowane z budżetu centralnego i nadzorowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Ośrodek składa się z następujących elementów.

1. Izba przyjęć – osobna izba przyjęć powinna być zlokalizowana przy głównym wejściu i składać się z co najmniej dwóch pomieszczeń: pokoju lekarskiego i pokoju pielęgniarskiego ze stanowiskiem do monitorowania dwóch separarek oddziału izolacyjno-zabezpieczającego.
2. Oddziały leczniczo-rehabilitacyjne. Przewiduje się 3 do 4 oddziałów (po 14 do 22 łóżek), stanowiących względnie samodzielne, wyodrębnione i nieprzechodnie jednostki organizacyjne.
3. Oddział izolacyjno-zabezpieczający (15–20 łóżek, w tym 2 separatki).
4. Międzyoddziałowy zespół rehabilitacyjno-rekreacyjny.
5. Administracja – 3 pokoje zlokalizowane blisko głównego wejścia.

Ze względu na zadania ośrodka należy przewidzieć następujące urządzenia ochronne:

1. Ochrona zewnętrzna:
 - dwie linie ogrodzenia składającego się z: a) gładkiego muru wysokości 5,5 m otaczającego cały ośrodek i zakończonego okrągłym lub eliptycznym zwieńczeniem uniemożliwiającym zaczepienie kotwicy, b) zewnętrznego lub wewnętrznego ogrodzenia z siatki drucianej o wysokości 3 m zlokalizowanego 2 m od muru,
 - punkty świetlne do oświetlenia linii ogrodzenia, terenu i budynków,
 - wejście do ośrodka powinno być zamknięte bramą z wziernikami. Brama wejściowa powinna być zabezpieczona kratą o silnej konstrukcji umiejscowioną w odpowiedniej odległości. Między bramą i kratą należy zlokalizować portiernię i pokój przeznaczony na odwiedziny pacjentów,
 - elektroniczne urządzenia do wykrywania przedmiotów metalowych,
 - urządzenie łączności przewodowej i bezprzewodowej, m.in. z najbliższą placówką policji.

2. Ochrona wewnętrzna:

- drzwi do sal sypialnych, drzwi wejściowe do oddziałów, względnie między oddziałami i kondygnacjami, o silnej konstrukcji, powinny otwierać się na zewnątrz,
- wszystkie okna powinny być okratowane (wskazane kraty wtopione w sztuczne tworzywo),
- w salach sypialnych oddziału izolacyjno-zabezpieczającego sprzęt kwaterunkowy powinien być na stałe przymocowany do podłogi; ściany zewnętrzne z oknem powinny być zawsze widoczne,
- dwie pojedyncze izolatki powinny mieć umywalnie i ubikacje, koszone kraty w drzwiach, wewnętrzne dwudzielne kraty okienne, zabezpieczenie instalacji elektrycznej, wodno-kanalizacyjnej i telewizyjnej (monitorowanej w pokoju pielęgniarskim izby przyjęć).

W praktyce okazało się, że oddział izolacyjno-zabezpieczający nie będzie potrzebny, liczba izolatek może być znacznie mniejsza, okna nie muszą być okratowane. W początkowym okresie znaczne opory budził wymóg 5,5 m muru otaczającego ośrodek. Dotychczas nie wymyślono lepszego zabezpieczenia zewnętrznego, a ogrodzenie w formie trudnej do pokonania siatki drucianej otaczającej tylko jeden z obiektów szpitalnych może rodzić szereg innych kłopotliwych problemów. Wytyczne były również podstawą adaptacji kolejnego – czwartego ośrodka o maksymalnym zabezpieczeniu dla nieletnich w Garwolinie, który został już uruchomiony.

Ostateczny kształt ROPS określają dwa rozporządzenia: *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lutego 2001 r.* w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, ich pojemności, zasad kierowania do nich oraz postępowania ze sprawcami w nich umieszczonymi, a także warunków zabezpieczenia tych zakładów [6] i *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r.* w sprawie zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających [7]*.

Przepisy te określają wykaz trzech typów zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego różniących się stopniem zabezpieczenia.

Zakłady podstawowego zabezpieczenia – ogólnopsychiatryczne oddziały w 32 szpitalach psychiatrycznych z 655 łózkami.

- Oddziały te zapewniają stały nadzór nad sprawcami w nich przebywającymi i
- posiadają drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające samowolne opuszczenie oddziału.

Zakłady wzmocnionego zabezpieczenia, w tym: 12 oddziałów dla mężczyzn z 510 łózkami, 2 oddziały leczenia odwykowego z 55 łózkami i 1 oddział psychiatryczny i odwykowy dla kobiet z 35 łózkami. Oddziały te spełniają oba wymagania zakładów podstawowego zabezpieczenia, a ponadto:

- są wyposażone w: (a) system telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek oraz korytarzy, (b) elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien,
- mają możliwość wydzielenia 10-łózkowych do 20-łózkowych pododdziałów,
- mają bezpośredni dostęp do ogrodzonego terenu rekreacyjnego,
- zatrudniają personel w liczbie co najmniej dwukrotnie większej niż pojemność zakładu.

Zakłady maksymalnego zabezpieczenia, w tym trzy regionalne ośrodki psychiatrii sądowej, w: Gostyninie (64 łóżka dla pięciu środkowych województw), w Starogardzie Gdańskim (70 łózek dla pięciu północnych województw), w Branicach (75 łózek dla sześciu południowych województw) i jeden koedukacyjny, Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie z 40 łózkami. Ośrodki te spełniają wymagania zakładów wzmocnionego zabezpieczenia, a ponadto:

- dysponują systemem osobistych elektronicznych urządzeń alarmowych sygnalizujących zagrożenie, w które jest wyposażony personel,
- są otoczone oświetlonym, nadzorowanym za pośrednictwem telewizji wewnętrznej, gładkim murem o wysokości co najmniej 5,5 m lub dysponują innymi zabezpieczeniami o porównywalnej skuteczności, uniemożliwiającymi samowolne oddalenie się sprawcy,
- zatrudniają personel w liczbie co najmniej dwu i półkrotnie większej niż pojemność zakładu, w tym personel sprawujący ochronę nad sprawcami czynów zabronionych w liczbie nie mniejszej niż jedna trzecia pojemności zakładu.

Wspomniane rozporządzenia określają również mechanizm zapewniający dobór właściwego zakładu zabezpieczającego oraz prawidłowego przenoszenia sprawców między zakładami w formie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających. Do zadań tej komisji należy również wizytowanie i ocena wszystkich zakładów wykonujących środki zabezpieczające. *Rozporządzenie z dnia 10 sierpnia 2004 r.* określa także regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających.

Regionalne ośrodki psychiatrii sądowej są państwowymi jednostkami organizacyjnymi prowadzonymi w formie jednostek budżetowych i otrzymują środki finansowe bezpośrednio z Ministerstwa Zdrowia.

Warunki uniemożliwiające ucieczkę i minimalizujące zagrożenia personelu i pacjentów, to nie tylko wewnętrzne i zewnętrzne urządzenia ochronne, lecz przede

* Projekt Rozporządzenia opracowali: L. Ciszewski, S. Dąbrowski, W. Kłosiński, W. Langiewicz, B. Pietrzykowska.

wszystkim względnie liczny personel składający się z lekarzy, psychologów, pielęgniarek, terapeutów zajęciowych, asystentów społecznych, salowych i pracowników ochrony. Jednakże nie tylko liczba personelu, lecz głównie kwalifikacje i rygorystyczne przestrzeganie regulaminu stanowią o tym, że m.in. nikt dotychczas samowolnie nie opuścił zakładu maksymalnego zabezpieczenia, nie było dokonanego samobójstwa, a liczba epizodów i osób, wobec których stosowano przymus bezpośredni jest wielokrotnie niższa niż w innych szpitalach psychiatrycznych. Zależy to nie tylko od liczby personelu, lecz także ich kwalifikacji, znajomości przepisów i tolerancji.

Każdy pacjent ROPS uczestniczy w intensywnym programie rehabilitacyjnym, co po krótszym lub dłuższym okresie prowadzi do poprawy zachowania i przeniesienia go do zakładu o wzmocnionym zabezpieczeniu. Brak jest dokładnych informacji o programach leczniczo-rehabilitacyjnych tych zakładów. Niektóre sygnały pochodzące m.in. od sprawców rehospitalizowanych w ROPS mogłyby świadczyć, że w postępowaniu rehabilitacyjnym zakładów o wzmocnionym zabezpieczeniu przeważa farmakoterapia, która w znikomym stopniu może przyczynić się do utrzymania doświadczeń nabytych w ROPS. A zatem w dążeniu do utrzymania i wzmocnienia umiejętności wyniesionych z jednego ogniwa całego systemu przeznaczonego do wykonywania środków zabezpieczających należy opracować kompleksowy program rehabilitacyjny dla wszystkich zakładów uwzględniający współpracę, wymianę informacji i ciągłość postępowania.

PIŚMIENNICTWO

1. Dąbrowski S. Wybrane zagadnienia orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego w postępowaniu karnym. Wystąpienia uczestników konferencji. Zeszyty problemowo-analityczne. Prokuratura Generalna 1972; 24: 122–5.
2. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 lutego 1973 r. w sprawie wykazu zakładów przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających. Dz. Urz. MZiOS z dnia 20 marca 1973 r., nr 4, poz. 19.
3. Raport o stanie psychiatrii oraz kierunki dalszego rozwoju opieki zdrowotnej i pomocy socjalnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (zatwierdzony dnia 18 grudnia 1980 r. przez Kierownika Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej – Dz. U. MZiOS z dnia 2 marca 1981 r., nr 2, poz. 12). Biul Inst Psychoneurol 1980; 1/2: 119–61.
4. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Post Psychiatr Neurol 1995; 4: 321–32.
5. Dąbrowski S. Wytoczne programowe do założeń projektu adaptacji regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej z dnia 23 czerwca 1993 r. (niepublikowane).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lutego 2001 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, ich pojemności, zasad kierowania do nich oraz postępowania ze sprawcami w nich umieszczonymi, a także warunków zabezpieczenia tych zakładów. Dz. U. nr 26, poz. 297.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie 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. 1854.

*Adres: Prof. Stanisław Dąbrowski, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*