



DYREKTOR GENERALNY
Służby Więziennej

Rzecznik Praw Pacjenta Warszawa dnia

29 grudnia 2011 r.

Krystyna Barbara Kozłowska

BSZ-072 - 159/11/1243

dot. spr: RzPP-ZPP-0713-5-1/MO/11

RZECZNIK PRAW PACJENTA	
WPLYNEŁO	
10.01.2012 Kozłowska	
(datownik)	
Znak	RzPP-36/2012

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA	
Wniosek	09 STY. 2012
data	
Znak	RzPP 457

Pani
Krystyna Barbara Kozłowska
Rzecznik Praw Pacjenta

ZESPÓŁ ZDROWIA PSYCHICZNEGO	
WPLYNEŁO	
1.1. STY. 2012	
(datownik)	
Znak	RzPP-ZPP-0713-5-1/MO/11

Szanowna Pani Rzecznik

W odpowiedzi na pismo z dnia 08.12.2011 r. sygnatura RzPP-ZPP-0713-5-1/MO/11 dotyczące realizacji zadań wynikających z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w Sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (dalej Program), uprzejmie informuje, że został przygotowany projekt „Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym wśród osadzonych w aresztach śledczych i zakładach karnych 2011 - 2015”(załącznik nr 1). W celu realizacji zadań Programu zaproponowano:

1.1.1. a) w celu zwiększenia dostępności ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej w ramach przygotowanego projektu - dodatkowe zatrudnienie 50 psychiatrów (etaty lub umowy kontraktowe) - orientacyjny koszt oszacowano na około 3 mln złotych rocznie. Brak możliwości wyasygnowania powyższej kwoty w ramach posiadanych środków,

b) przygotowanie lub uaktualnienie istniejących analiz kosztów zwiększenie ilości miejsc leczniczych w oddziałach psychiatrycznych penitencjarnej służby zdrowia i modernizacji infrastruktury. Poza oddziałem psychiatrii AŚ w Szczecinie odremontowanym w 2010 r., jedynie AŚ Warszawa Mokotów posiada wstępne studium budowy szpitala – ze względu na szacunkowy koszt tj. około 80 mln złotych nie zostało uwzględnione w planach inwestycyjnych na 2012 r. Planowany remont i modernizacja szpitala AŚ w Łodzi również nie zostały uwzględnione w planach inwestycyjnych na rok 2012. Pozostałe jednostki penitencjarne, w których znajdują się oddziały psychiatryczne ze względu na brak środków finansowych nie znalazły się

w planach na rok 2012. Ewentualne rozpoczęcie modernizacji któregośkolwiek z w/wym. szpitali dysponujących oddziałami psychiatrycznymi zależy od możliwości budżetu państwa.

W związku z brakiem przyznania jakichkolwiek dodatkowych środków finansowych zadania programu są realizowane jedynie w oparciu o dotychczas istniejącą bazę kadrową oraz istniejące zaplecze ambulatoryjne i szpitalne. Dodatkowo zadania określone w punktach 1.2.1 do 1.2.4 są realizowane w sposób ciągły w oparciu o Instrukcję Nr 16/10 Dyrektora Generalnego z dnia 13.08.2010 r. w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności (załącznik nr 2).

W 2010 r. w jednostkach penitencjarnych (około 80 tys. osadzonych + rotacja skazanych) odnotowano łącznie 135 zgonów w tym:

- a) zgony z przyczyn naturalnych w jednostce penitencjarnej - 69,
- b) zgony z przyczyn naturalnych poza jednostką penitencjarną - 22,
- c) zgony z powodu autoagresji w jednostce penitencjarnej - 31,
- d) zgony z powodu autoagresji poza jednostką penitencjarną - 3,
- e) inne 10.

W przypadku każdego zgonu osadzonego powiadamiana jest stosowna prokuratura oraz prowadzone jest wewnętrzne postępowanie wyjaśniające. Pełne dane z roku 2011 będą znane w końcu stycznia 2012 r.

Zadania Programu w zakresie celów 1.3.1 do 1.3.4. dotyczące dostosowania obowiązujących przepisów prawnych realizowane są przez Biuro Prawne Centralnego Zarządu Służby Więziennej przy współudziale innych komórek merytorycznych.

Ze względu na brak przyznania jakichkolwiek dodatkowych środków na realizację programu, jego zadania realizowane są jedynie w oparciu o istniejącą bazę - przedstawiona poniżej.

Opiekę zdrowotną zapewnia się osadzonym w każdej jednostce penitencjarnej przy wykorzystaniu infrastruktury medycznej 157 ambulatoriów ulokowanych w obszarze 15 Okręgowych Inspektoratów Służby Więziennej i 13 szpitali z 37 specjalistycznymi oddziałami szpitalnymi w 11 okręgowych inspektoratach SW. Szpitale nie funkcjonują na terenie Okręgowych Inspektoratów SW w Białymstoku, Opolu, Lublinie i Rzeszowie.

W zakresie opieki psychiatrycznej więzienne oddziały obserwacji sądowo - psychiatrycznej funkcjonują w: AŚ w Krakowie, ZK Nr 2 w Łodzi, AŚ w Poznaniu, AŚ w Warszawie - Mokotowie, AŚ we Wrocławiu i AŚ w Szczecinie. Poniższe zestawienie

przedstawia liczbę miejsc obserwacyjnych i leczniczych w zakresie psychiatrii w poszczególnych oddziałach szpitalnych.

Jednostka penitencjarna	Ilość miejsc		
	Obserwacyjnych	Leczniczych	Łącznie
AŚ Kraków	33	5	38
ZK Nr 2 Łódź	36	5	41
AŚ Poznań	24	5	29
AŚ Warszawa	46	5	51
A Ś Wrocław	23	23	46
AŚ Szczecin	28	29	57
Razem	190	72	262

W 2010 r. w oddziałach psychiatrii na obserwacji sądowo – psychiatrycznej przebywało 446 pacjentów, natomiast leczonych było 827 osadzonych. Lekarze psychiatrzy sporządzili łącznie 481 opinii sądowo – psychiatrycznych, w tym 68 z wnioskiem o internację. Wykorzystanie miejsc przeznaczonych do leczenia osadzonych wymagających szpitalnego leczenia psychiatrycznego wynosiło odpowiednio w latach: 2006 – 169 %, 2007 – 177 %, 2008 – 198 %, 2009 – 247 %. Natomiast wykorzystanie miejsc obserwacyjnych kształtowało się na poziomie: 2006 – 63 %, 2007 – 63 %, 2008 – 52 %, 2009 – 27,4 %.

Dane statystyczne wskazują, że więzienna służba zdrowia od wielu lat boryka się z problemem leczenia psychiatrycznego. Zapotrzebowanie na psychiatryczne miejsca lecznicze jest zdecydowanie dużo wyższe niż posiadana baza. Poza oddziałem psychiatrii w Areszcie Śledczym w Szczecinie, który został wyremontowany w 2010r., wszystkie oddziały psychiatryczne pozostające w strukturach Służby Więziennej wymagają znacznych nakładów finansowych, celem powiększenia bazy leczniczej i dostosowania do obecnie obowiązujących standardów. Powyższe wydaje się niemożliwe, ponieważ w latach 2005 - 2010 przeznaczono na zadania remontowe na rzecz więziennych zakładów opieki zdrowotnej kwotę około 6 877 000 PLN, zaś na inwestycje kwotę około 13 778 000 PLN. **Szacunkowy koszt dostosowania szpitali do obowiązujących wymogów wynosi około 77 milionów złotych, natomiast ambulatoriów około 40 milionów złotych.**

W roku 2010 udzielono porad w trybie ambulatoryjnym, w zakresie psychiatrii ogółem – **66 109** w jednostkach penitencjarnych i **927** w pozawięziennej służbie zdrowia. Poniżej zostały przedstawione dane dotyczące struktury zatrudnienia lekarzy

psychiatrów w poszczególnych jednostkach organizacyjnych z rozbiem na Okręgowe Inspektoraty Służby Więziennej (dane dotyczące zatrudnienia na dzień 31.05.2011 r. - pełne dane za rok 2011 będą znane na początku 2012 r.):

OISW BIAŁYSTOK

AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ (etat)	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO- PRAWNA	Uwagi
AŚ Białystok	1		0,25			Wg ustalonego grafiku
AŚ Giżycko	1			1		2-7 wizyt w miesiącu
AŚ Suwałki	1		1,0			codziennie
AŚ Ostrołęka	0					w tym miesiącu zatrudnienie psychiatry, konsultacje w pozawięziennych zoz
AŚ Hajnówka	1				1	2-7 wizyt w miesiącu
ZK Czerwony Bór	1		0,3			wg ustalonego grafiku
ZK Białystok	1		0,25			wg ustalonego grafiku
ZK Grądy Woniecko	1				1	Konsultacje w zależności od potrzeb
Ogółem	7	0	1,8	1	2	

OISW BYDGOSZCZ

AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO- PRAWNA	Uwagi
AŚ Bydgoszcz	2			1	1	2x w tygodniu i na wezwanie
AŚ Chełmno	1		0,7			4x w tygodniu
AŚ Chojnice	0					Konsultacje w pozawięziennym zoz w razie potrzeby
AŚ Inowrocław	1				1	1x w tygodniu
AŚ Toruń	1		0,2			wg ustalonego grafiku
ZK Bydgoszcz Fordon	1		0,6			3x w tygodniu
ZK Czersk	0					Konsultacje w pozawięziennym zoz w razie potrzeby
ZK Nr 1 Grudziądz	1				1	1x w tygodniu
ZK Nr 2 Grudziądz	1				1	1x w tygodniu
ZK Koronowo	1		0,3			2x w tygodniu
ZK Potulice	2				2	2x w tygodniu
ZK Włocławek	1		0,5			2-3x w tygodniu
Ogółem	12	0	2,3	1	6	

OISW GDAŃSK

AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO-	Uwagi
-------	-----------------------	-------------------------	------------------	-------------------	-------------------	-------

					PRAWNA	
AŚ Elbląg	1		0,2			1x w tygodniu
AŚ Gdańsk	3	1	0,2		1	wg ustalonego grafiku
AŚ Starogard Gdański	1		0,5			2-3 x w tygodniu
AŚ Wejherowo	1		0,25			1x w tygodniu
ZK Braniewo	1		0,3			2 w tygodniu
ZK Gdańsk Przeróbka	1				1	Konsultacje w zależności od potrzeb
ZK Kwidzyn	1		0,25			1x w tygodniu
ZK Malbork	1				1	Konsultacje w zależności od potrzeb
ZK Sztum	1	1				codziennie
Ogółem	11	2	1,7	0	3	

OISW KATOWICE

AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO-PRAWNA	Uwagi
AŚ Bielsko Biała	1		0,4			2x w tygodniu
AŚ Bytom	1		0,5			2-3 x w tygodniu
AŚ Częstochowa	1			1		1x w tygodniu
AŚ Gliwice	1				1	16 godz/miesiąc i w pilnych przypadkach
AŚ Katowice	1				1	4-6 razy w miesiącu
AŚ Mysłowice	1		0,4			2-3x w tygodniu
AŚ Sosnowiec	1		0,25			2x w tygodniu
AŚ Tarnowskie Góry	1		0,25			2x w tygodniu
AŚ Zabrze	1				1	16 godz/miesiąc
ZK Cieszyn	1			1		1x w tygodniu
ZK Herby	1		0,3			2x w tygodniu
ZK Jastrzębie Zdrój	1				1	15 godz/miesiąc
ZK Lubliniec	1		0,6			3x w tygodniu
ZK Racibórz	1		0,5			3x w tygodniu
ZK Wojkowice	3		0,5	2		3x w tygodniu
ZK Zabrze	1		0,3			2x w tygodniu
Ogółem	18	0	4	4	4	

OISW KOSZALIN

AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO-PRAWNA	UWAGI
AŚ Koszalin	1		0,4			przyjmuje 1-2x w tyg.
AŚ Słupsk	1		0,2			Przyjmuje 1x w tyg.; pilne po wezwaniu telefonicznym
AŚ Złotów	1				1	wzywany w razie potrzeby
ZK Czarne	2		1,3			1-2 x w tyg. 2x w tyg.
ZK Koszalin	1	1				codziennie
ZK Stare	1		0,3			2x w tyg.

Borne						
ZK Szczecinek	0			1		1x w miesiącu, pilne po wezwaniu telefonicznym, umowa z nzo
ZK Wierchowo	1		0,4			2x w tyg.
Ogółem	8	1	2,6	1	1	

OISW KRAKÓW

AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO-PRAWNA	Uwagi
AŚ Kielce	3		0,9	1		2-4x w tygodniu
AŚ Kraków	6		4,4		1	Liczba psychiatrów pracujących w oddziale obserwacji sądowo-psychiatrycznej oraz konsultacje w ambulatorium
AŚ Kraków Podgórze	1		0,25			1x w tygodniu
ZK Nowa Huta	1		0,5			codziennie
ZK Nowy Sącz	1		1			codziennie
ZK Nowy Wiśnicz	1		0,2			1x w tygodniu
ZK Pińczów	1		0,3			codziennie
ZK Tarnów	1		0,3			3x w tygodniu
ZK Tarnów Mościce	1		0,2			1x w tygodniu
ZK Trzebinia	0					Konsultacje w AŚ Kraków
ZK Wadowice	1		0,3			2x w tygodniu
Ogółem	17	0	8,35	1	1	

OISW LUBLIN

AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO-PRAWNA	UWAGI
AŚ Lublin	1		0,75			wg ustalonego grafiku
AŚ Krasnystaw	1				1	Konsultacje w zależności od potrzeb
ZK Chełm	1		0,5			wg ustalonego grafiku
ZK Hrubieszów	1				1	Konsultacje w zależności od potrzeb
ZK Opole Lubelskie	1				1	1 w tygodniu ok. 15 pacjentów
ZK Włodawa	1		0,25			wg ustalonego grafiku
ZK Zamość	0			1		Konsultacje-umowa ze szpitalem
ZK Biała Podlaska	1			1		Konsultacje w zależności od potrzeb
Ogółem	7	0	1,5	2	3	

OISW ŁÓDŹ

AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO-	Uwagi
-------	--------------------	----------------------	---------------	----------------	----------------	-------

					PRAWNA	
AŚ Łódź	1		0,35			2x w tygodniu
AŚ Piotrków Trybunalski	1			1		50 pacjentów/miesią c
ZK Garbalin	0					Konsultacje w ZK 2 Łódź, pozwążezienny zoz
ZK Łowicz	2		0,5 (długotrwałe zwolnienie lekarskie)	1		Ok. 40 pacjentów/miesią c oraz wg ustalonego grafiku
ZK Nr 1 Łódź	2		0,25 (długotrwałe zwolnienie lekarskie)	1		Ok. 20 pacjentów/miesią c oraz wg ustalonego grafiku
ZK Nr 2 Łódź	3		2			Liczba psychiatrów pracujących w oddziale obserwacji sądowo- psychiatrycznej oraz konsultacje w ambulatorium
ZK Płock	1		1			codziennie
ZK Sieradz	1			1		40 godz/miesiąc
Ogółem	11	0	4,1	4	0	

OISW OLSZTYN

AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO- PRAWNA	UWAGI
AŚ Bartoszyce	1		0,1			2x w miesiącu
AŚ Działdowo	0					osadzeni są dowożeni do innych jednostek
AŚ Olsztyn	1		0,5			3x w tyg.
AŚ Ostróda	0					osadzeni są dowożeni do innych jednostek
AS Szczoty	0					osadzeni są dowożeni do ZK Barczewo
ZK Barczewo	1		0,7			2-3x w tyg.
ZK Dublino	1		0,2			1x w tyg.
ZK Iława	1		0,65			0.5 et. terapeut.
ZK Kamiński	1				1	2 godz. w tyg.
Ogółem	6	0	2,15	0	1	

OISW OPOLE

AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO- PRAWNA	Uwagi
AŚ Kędzierzyn Koźle	0			1		Konsultacje w pozwążeziennym zoz
AŚ Opole	1		0,25			2 x w tygodniu
AŚ Prudnik	1		0,25			2x w tygodniu,

						wezwanie w pilnych przypadkach
ZK Brzeg	1				1	1x w tygodniu, wezwanie w pilnych przypadkach
ZK Głubczyce	1				1	2 x w tygodniu, wezwanie w pilnych przypadkach
ZK Grodków	1				1	1x w miesiącu wezwanie w pilnych przypadkach
ZK Kluczbork	1			1		2x w miesiącu wezwanie w pilnych przypadkach
ZK Nysa	1				1	1 x w tygodniu, wezwanie w pilnych przypadkach
ZK Opole	0					Konsultacje realizowane w AŚ w Opolu
ZK Nr 1 Strzelce Opolskie	2		0,4	1		W zależności od potrzeb i wg ustalonego grafiku
ZK Nr 2 Strzelce Opolskie	1		0,44			2 x w tyg. wezwanie w pilnych przypadkach tygodniu
Ogółem	10	0	1,34	3	4	

OISW POZNAŃ

AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO-PRAWNA	UWAGI
AŚ Leszno	1			1		W razie potrzeby konsultacja
AŚ Lubsko	1		0,3			Wg ustalonego grafiku
AŚ Nowa Sól	0					Konsultacje w pozawięzienny m zoz
AŚ Ostrów Wlkp.	0			2		Konsultacje w pozawięzienny m zoz
AŚ Poznań	4	3			1	oddział obserwacji sądowo-psychiatrycznej oraz konsultacje w ambulatorium
AŚ Szamotuły	0					Konsultacje w pozawięzienny m zoz
AŚ Śrem	0					Konsultacje w pozawięzienny m zoz
AŚ Środa Wlkp.	0					Konsultacje w pozawięzienny m zoz
AŚ Zielona Góra	1		0,35			Wg ustalonego grafiku
ZK Gębarzewo	1			1		Konsultacje w pozawięzienny m zoz
ZK Kalisz	0					Konsultacje w pozawięzienny m zoz

ZK Koziegłowy	0					Konsultacje w pozawięziennym zoz
ZK Krzywianiec	1		0,5			Wg ustalonego grafiku
ZK Rawicz	1				1	1x w tyg.
ZK Wronki	1				1	1x w tyg.
Ogółem	11	3	1,15	4	3	

1. OISW RZESZÓW

AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO-PRAWNA	UWAGI
AŚ Nisko	0			1		umowa z pozawięziennym zoz
AŚ Sanok	1		0,25			2x w tyg.
ZK Dębica	1		0,5			20 pacjent-ów w tyg.
ZK Jasło	0			1		umowa z pozawięziennym zoz
ZK Łupków	0			1		umowa z pozawięziennym zoz
ZK Medyka	0			1		umowa z pozawięziennym zoz
ZK Przemyśl	1				1	15 osób w miesiącu
ZK Rzeszów Załęże	2				2	70 osób w miesiącu
ZK Uherce	1				1	10 osób w miesiącu
Ogółem	6	0	0,75	4	4	

OISW SZCZECIN

AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO-PRAWNA	UWAGI
AŚ Choszczno	1			1		wg potrzeb konsultacje
AŚ Kamień Pomorski	0					Konsultacje w pozawięziennych zoz
AŚ Międzyrzec	1		0,5			Wg ustalonego grafiku
AŚ Szczecin	8	4	1,7			Liczba psychiatrów pracujących w oddziale obserwacji sądowo-psychiatrycznej oraz konsultacje w ambulatorium
AŚ Świnoujście	0					Konsultacje w AS Szczecin
ZK Goleniów	1		0,5			Wg ustalonego grafiku
ZK Gorzów Wlkp.	1		1,0			codziennie
ZK Nowogard	1		0,25			1x w tygodniu
ZK Stargard Szczeciński	1		0,15			1x w tygodniu
Ogółem	14	4	4,1	1	0	

OISW WARSZAWA						
AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO- PRAWNA	UWAGI
AŚ Warszawa Mokotów	8	1	7,0			Liczba psychiatrów pracujących w oddziale obserwacji sądowo- psychiatrycznej oraz konsultacje w ambulatorium
AŚ Warszawa Służewiec	2		0,75			Wg ustalonego grafiku
AŚ Warszawa Białołęka	1		0,5			Wg ustalonego grafiku
AŚ Grójec	1		0,2			Wg ustalonego grafiku
AŚ Warszawa Grochów	1		0,5			Wg ustalonego grafiku
AŚ Płońsk	0					Konsultacje w AŚ Warszawa Mokotów
AŚ Radom	1		0,2			Wg ustalonego grafiku
ZK Warszawa Białołęka	1		0,15			Wg ustalonego grafiku
ZK Siedlce	1		0,6			Wg ustalonego grafiku
ZK Żytkowice	0					Konsultacje w AŚ Warszawa Mokotów
Ogółem	16	1	9,9	0	0	

OISW WROCŁAW						
AŚ/ZK	LICZBA PSYCHIATRÓW	ETAT FUNKCJONARIUSZA	UMOWA O PRACĘ	UMOWA ZLECENIE	UMOWA CYWILNO- PRAWNA	UWAGI
AŚ Dzierżoniów	1				1	1 x w tygodniu
AŚ Jelenia Góra	1				1	Konsultacje w zależności od potrzeb
AŚ Lubań	0					Konsultacje w AŚ Wrocław lub w pozawięziennych zoz
AŚ Wałbrzych	1				1	1x w tygodniu
AŚ Wrocław	5	2	3			Liczba psychiatrów pracujących w oddziale obserwacji sądowo- psychiatrycznej oraz konsultacje w ambulatorium
AŚ Świdnica	1				1	1 x w tygodniu
ZK Kłodzko	1				1	1x w tygodniu
ZK Strzelin	1		0,3			2x w tygodniu
ZK Ząbów	1				1	1x w tygodniu
ZK Wołów	0					Konsultacje w AŚ Wrocław
ZK 1 Wrocław	1		0,58			Wg ustalonego grafiku
ZK 2	0					Konsultacje w AŚ

Wrocław						Wrocław
ZK Oleśnica	1		0,5			Wg ustalonego grafiku
ZK Głogów	0					Konsultacje w AŚ Wrocław
Ogółem	14	2	4,38	0	6	

Osiągnięcie celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w zakresie zadań związanych z opieką psychiatryczną nad osobami pozbawionymi wolności wymaga przyznania na ten cel dodatkowych środków, które pozwoliłyby na pozyskanie lekarzy psychiatrów do pracy w jednostkach penitencjarnych. Jak wynika z przedstawionych powyżej danych ilość specjalistów psychiatrów w przeliczeniu na etaty, zatrudnionych obecnie w AŚ/ZK jest niewystarczająca. Nie pozwala na zapewnienie dostępu do specjalisty nawet w dni robocze - zaś całodobowa opieka psychiatryczna jest dostępna jedynie w jednostkach dysponujących oddziałami psychiatrycznymi. Osiągnięcie w/wym. celów wymagałoby pozyskania dodatkowych środków finansowych szacowanych na około 3.000.000 zł rocznie. Brak możliwości wyasygnowania takich środków w obecnym budżecie.

Uzyskanie informacji o realnych kosztach modernizacji połączonej ze zwiększeniem ilości miejsc leczniczych w oddziałach psychiatrycznych (AŚ Warszawa Mokotów, AŚ Poznań, AŚ Kraków, ZK Nr 2 Łódź, AŚ Wrocław). - pozwoliłoby na ewentualne, w miarę przyznawanych środków finansowych, rozpoczęcie prac modernizacyjnych w kolejnych latach. W 2012 r. ewentualne projekty modernizacji w/wym. oddziałów nie zostały uwzględnione w planie wydatków.

Uzyskane dodatkowe środki finansowe (grudzień 2011 r.) pozwoliły jedynie na pokrycie zobowiązań powstałych w bieżącym roku.

z pozdrowieniami

gen. Jacek Włodarski

Wyk. 2 egz.

1. Adresat + 2 załączniki
 2. a/a
- IK

1

2

Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym wśród osadzonych w aresztach śledczych i zakładach karnych 2011 – 2015 Biuro Służby Zdrowia

Założenia ogólne

Promocję zdrowia psychicznego należy rozumieć:

1. jako proces umożliwiający zwiększenie kontroli nad zdrowiem oraz jego polepszenie poprzez podnoszenie poziomu wiedzy o sposobach zapobiegania chorobom, w celu długotrwałej poprawy stanu zdrowia całej populacji osadzonych
2. jako system działań, których celem jest utrzymanie dobrego stanu zdrowia i poprawa jakości życia osadzonych, a nie tylko likwidowanie zagrożeń dla zdrowia (tym zajmuje się profilaktyka).

Ważnym elementem promocji zdrowia jest edukacja na temat wpływu na zdrowie człowieka określonego stylu życia, na który składają się między innymi takie elementy: aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, umiejętności radzenia sobie ze stresem, stosowanie środków psychoaktywnych.

Podjęmowane działania edukacyjne zmierzają do tego, aby każdy osadzony:
rozumiał, że;

- ✓ jest odpowiedzialny za swoje zdrowie, zdrowie najbliższych i współosadzonych;
- ✓ chciał i umiał chronić swoje zdrowie i utrzymywał je w dobrym stanie;
- ✓ był świadomy tego, co wpływa na przedłużenie życia i co przyczynia się do wewnętrznej harmonii psychofizycznej człowieka;
- ✓ wiedział, kiedy i jak korzystać z pomocy lekarskiej, a kiedy można radzić sobie samemu;
- ✓ był przekonany, że od jego własnej, aktywnej postawy zależy zdrowie i dobre samopoczucie.

Niezbędne jest uświadomienie osadzonym, że oni sami:

- ✓ podejmują decyzje i wybory, które mogą mieć znaczący wpływ na stan własnego zdrowia,
- ✓ ponoszą odpowiedzialność za zdrowie własne, a także innych osób w swoim otoczeniu,

Zdrowie psychiczne, zgodnie z Kartą Ottawską, utworzoną podczas Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie w 1986 roku, dotyczy higieny psychicznej, akceptowania siebie oraz posiadania dobrych kontaktów z innymi osobami. Dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne można osiągnąć jeżeli posiada się zdolność i możliwość do:

- ✓ określenia i realizacji własnych aspiracji,
- ✓ zaspokojenia własnych potrzeb,
- ✓ zmiany lub radzenia sobie ze środowiskiem.

Według Światowej Organizacji Zdrowia do czynników warunkujących zdrowie należą:

- ✓ pełne korzystanie z praw i swobód obywatelskich,
- ✓ możliwość zatrudnienia i praca w odpowiednich warunkach,
- ✓ dobre warunki mieszkaniowe,
- ✓ utrzymanie kondycji psychofizycznej stosownej do wieku i płci,
- ✓ uzyskanie odpowiedniego wykształcenia,
- ✓ odpowiednie zaopatrzenie w żywność i odpowiedni stan odżywienia,
- ✓ poczucie bezpieczeństwa,
- ✓ możliwość gromadzenia oszczędności,
- ✓ komunikacja i łączność z innymi ludźmi,

- ✓ możliwość wypoczynku,
- ✓ regeneracja sił i rozrywki
- ✓ dostępność odpowiedniej odzieży.

Określono cztery grupy czynników mających największy wpływ na utrzymanie zdrowia przez człowieka:

- ✓ styl życia (około 50% wszystkich wpływów),
- ✓ środowisko (ok.20%),
- ✓ cechy genetyczne (ok.20%)
- ✓ opieka zdrowotna (ok.10%).

Programy promocji powstaną w oparciu o:

- ✓ definicję „stylu życia” – całokształt cech charakterystycznych dla człowieka lub zbiorowości, wyróżniający się w życiu codziennym, w postawach (wobec pracy, sposobu spędzania czasu wolnego, konsumpcji, stroju), w stosunkach międzyludzkich,
- ✓ analizę środowiska – charakter i warunki osadzenia w jednostkach penitencjarnych, w szczególności czynniki psychospołeczne, zagrożenie stresem, zaburzenia psychiczne.

Oczekiwane efekty:

- ✓ utrzymanie osadzonych dobrej kondycji psychicznej,
- ✓ zmniejszenie ilości samouszkodzeń, prób samobójczych związanych z psychospołecznymi czynnikami ryzyka chorób związanych z warunkami osadzenia
- ✓ zmniejszenie występowania zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania skutkujących ilością wypadków nadzwyczajnych
- ✓ zmniejszenie niezadowolenia z warunków osadzenia .

Odbiorcy programu : osadzeni w jednostkach penitencjarnych.

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu

Zadania:

- 1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości
termin realizacji: do 06.2011 r.
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów; a) zwiększenie dostępności ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki psychiatrycznej poprzez zatrudnienie dodatkowych lekarzy psychiatrów b) przygotowanie lub uaktualnienie istniejących analiz kosztów zwiększenie ilości miejsc leczniczych w oddziałach psychiatrycznych penitencjarnej służby zdrowia i modernizacji infrastruktury
- 1.1.2. opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości (np. uwzględniających problematykę zdrowia psychicznego w programach resocjalizacyjnych w więziennictwie)
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane dokumenty
- 1.1.3. realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości (np. uwzględniających problematykę zdrowia psychicznego w programach resocjalizacyjnych w więziennictwie)

Planowane koszty ; 0 zł.

Termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011

Wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Podmiot odpowiedzialny za realizację zadania - Biuro Służby Zdrowia, Dyrektorzy Okręgowi Służby Więziennej wraz z naczelnymi lekarzami.

Cel szczegółowy:

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadania:

- 1.2.1. monitorowanie opracowanego programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji osób pozbawionych wolności.
termin realizacji: ciągły od 06.2011
wskaźnik monitorujący: Instrukcja Nr 16/10 Dyrektora Generalnego z dnia 13.08.2010 r. w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności.
- 1.2.2. realizacja programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji osób pozbawionych wolności.
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźniki monitorujące: zmiana rocznych wskaźników zarejestrowanych zaburzeń depresyjnych, samobójstw dokonanych i prób samobójczych w populacji osadzonych j, odsetek populacji objętej programem/rok
- 1.2.3. opracowanie programu zapobiegania przemocy w populacji osób pozbawionych wolności
termin realizacji: ciągły od 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument
- 1.2.4. realizacja programu zapobiegania przemocy w populacji osób pozbawionych wolności.
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Planowane koszty: 0 zł.

Termin realizacji - od czerwca 2011 r.

Wskaźnik monitorujący – wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Podmiot odpowiedzialny za realizację zadania - Biuro Służby Zdrowia, Dyrektorzy Okręgowi Służby Więziennej wraz z naczelnymi lekarzami.

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

- 1.3.1. przegląd obowiązującego ustawodawstwa pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista koniecznych uzupełnień i zmian
- 1.3.2. wprowadzenie do obowiązującego ustawodawstwa zmian przeciwdziałających nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu
termin realizacji: do 12.2013
wskaźnik monitorujący: przygotowany wykaz wprowadzonych zmian
- 1.3.3. opracowanie programu szkoleń dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej, ułatwiających zrozumienie zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałających postawom nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 1.3.4. realizacja programu szkoleń dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej, ułatwiających zrozumienie zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałających postawom nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu

termin realizacji: od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok
Planowane koszty: 0 zł.

Podmiot odpowiedzialny za realizację zadania – Biuro Prawne – zgodnie z decyzją Dyrektora Generalnego Służby Więziennej.

Cel główny 2:

zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

- 2.1.1. zapewnienie osobom przebywającym w instytucjach wymiaru sprawiedliwości pełnego dostępu do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego, w szczególności w ośrodkach dla młodocianych
termin realizacji: ciągły od 06.2011 r.
wskaźnik monitorujący: odsetek ośrodków z pełnym dostępem do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego; liczba psychiatrów/psychologów pracujących na rzecz ośrodka

Zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu porad psychiatrycznych:

- a) zwiększenie dostępności ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki psychiatrycznej poprzez zatrudnienie dodatkowych lekarzy psychiatrów w ilości 50 (etaty lub równoważna ilość godzin w postaci umów cywilno-prawnych)
b) przygotowanie lub uaktualnienie istniejących analiz kosztów zwiększenie ilości miejsc leczniczych w oddziałach psychiatrycznych penitencjarnej służby zdrowia i modernizacji infrastruktury (AŚ Warszawa Mokotów, AŚ Poznań, AŚ Kraków, ZK Nr 2 Łódź, AŚ Wrocław), poza oddziałem psychiatrycznym AŚ Szczecin (modernizacja zakończona 2010 r.).

Przewidywane koszty (w miarę przyznanych dodatkowych środków finansowych): a/ 2011r. – 1.500.000 zł (5000 PLN x 50 specjalistów x 6 miesięcy), 2012r. – 3.000.000 zł (5000 PLN x 50 specjalistów x 12 miesięcy), 2013r. – 3.000.000zł, 2014r. – 3.000.000zł, 2015r. – 3.000.000zł. b/ 0 zł

Termin realizacji – ciągły od 06.2011 r.

Wskaźnik monitorujący – a/ odsetek ośrodków z pełnym lub minimum 3 x w tygodniu dostępem do ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego; liczba psychiatrów/psychologów pracujących na rzecz ośrodka, b/ wzrost liczby miejsc leczniczych w oddziałach psychiatrycznych w porównaniu z danymi z 2011 r.

Podmiot odpowiedzialny za realizację zadania: Dyrektor Generalny, Dyrektorzy Okręgowi Służby Więziennej wraz z naczelnymi lekarzami, Biuro Służby Zdrowia.

Cel główny 3:

rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy:

- 3.1. przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych

Zadania:

- 3.1.1. przeprowadzenie badań populacji osób przebywających w zakładach karnych, służących ocenie ich potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu
termin realizacji: do 12.2012
wskaźnik monitorujący: przygotowany raport

Instrukcja nr 16 /10
Dyrektora Generalnego Służby Więziennej
z dnia 13. 08. 2010 r.

w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności

Na podstawie art. 11 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2010 r. Nr 79, poz. 523) ustala się, co następuje:

Rozdział 1
Ogólne zasady profilaktyki samobójstw

§ 1. Instrukcja określa zasady zapobiegania samobójstwom osób tymczasowo aresztowanych, skazanych lub ukaranych, zwanych dalej „osadzonymi”.

§ 2. Samobójstwom osadzonych zapobiega się poprzez prowadzenie:

- 1) profilaktyki presuicydalnej pierwszego rzędu, którą obejmuje się ogół osadzonych;
- 2) profilaktyki presuicydalnej drugiego rzędu, którą obejmuje się osadzonych wymagających nasilonych oddziaływań, ze względu na wzmożone ryzyko samobójcze;
- 3) profilaktyki postsuicydalnej trzeciego rzędu, którą obejmuje się osadzonych, po nieskutecznej próbie samobójczej.

§ 3. Oddziaływania, o których mowa w § 2 pkt 1, polegają na:

- 1) tworzeniu warunków sprzyjających zachowaniu zdrowia psychicznego;
- 2) ograniczaniu negatywnych skutków pobytu w warunkach izolacji;
- 3) zapewnieniu dostępności opieki lekarskiej, wychowawczej i psychologicznej;
- 4) kształtowaniu postawy afirmacji życia i nietolerancji dla autoagresji;
- 5) uczeniu umiejętności samokontroli, uzyskiwania wsparcia społecznego, technik relaksacji oraz akceptowanych społecznie sposobów rozwiązywania problemów i konfliktów;
- 6) zwracaniu uwagi na krytyczne momenty w warunkach izolacji;
- 7) uwrażliwianiu kadry na zgłaszane problemy, zmiany w zachowaniu lub sytuacji osadzonego;
- 8) eliminowaniu zjawisk nietolerancji, dyskryminacji i wykluczenia społecznego;
- 9) zapobieganiu negatywnym sposobom przystosowania do warunków izolacji penitencjarnej;
- 10) zapewnieniu w oddziałach mieszkalnych dostępu do środków technicznych ratujących życie;
- 11) szkoleniu kadry i osadzonych w zakresie udzielania pomocy przedmedycznej osobom, które targnęły się na własne życie.

§ 4. Oddziaływania, o których mowa w § 2 pkt 2, polegają na:

- 1) ustaleniu występowania czynników ryzyka samobójczego, czynników chroniących oraz dokonaniu oceny stopnia ryzyka samobójczego;
- 2) objęciu osadzonego wzmożoną opieką wychowawczą;

- 3) określeniu przez psychologa indywidualnych mechanizmów autoagresji i opracowaniu odpowiednich zaleceń do prowadzonego wobec osadzonego oddziaływania;
- 4) objęciu osadzonego pomocą psychologiczną;
- 5) objęciu osadzonego farmakoterapią według wskazań psychiatry;
- 6) zwracaniu uwagi na zachowania sygnalizujące bezpośrednie niebezpieczeństwo podjęcia próby samobójczej;
- 7) umieszczaniu w celach mieszkalnych wieloosobowych;
- 8) niepozostawianiu osadzonego samotnie w celi mieszkalnej;
- 9) tworzeniu technicznych i organizacyjnych barier utrudniających podjęcie próby samobójczej;
- 10) obejmowaniu zachowania zwiększonym nadzorem ochronnym.

§ 5. Oddziaływania, o których mowa w § 2 pkt 3, polegają na:

- 1) bezzwłocznym udzieleniu osadzonemu pierwszej pomocy;
- 2) poddaniu osadzonego badaniu lekarskiemu;
- 3) ustaleniu okoliczności w jakich miała miejsce próba samobójcza;
- 4) poddaniu osadzonego badaniu psychologicznemu w celu ustalenia:
 - a) motywów podjęcia próby samobójczej,
 - b) potrzeby objęcia skazanego pomocą psychologiczną,
 - c) zaleceń odnośnie sposobu dalszego postępowania wychowawczego w związku z podjętą próbą samobójczą.

Rozdział 2

Szczegółowe zasady i procedury zapobiegania samobójstwom

§ 6. 1. W prowadzeniu oddziaływań, o których mowa w § 2, uczestniczą wszyscy funkcjonariusze i pracownicy oraz wszystkie służby zakładu karnego lub aresztu śledczego, zwanego dalej „jednostką penitencjarną”.

2. Każdy funkcjonariusz i pracownik jednostki penitencjarnej obowiązany jest zwracać uwagę na zachowania osadzonego oraz inne sygnały lub informacje, mogące świadczyć o zagrożeniu samobójstwem.

3. W razie zaobserwowania zachowań, sygnałów lub uzyskania informacji, o których mowa w ust. 2, funkcjonariusz albo pracownik:

- 1) przekazuje je właściwemu przełożonemu i innym osobom, których działania mogą być istotne dla zapobieżenia samobójstwu;
- 2) podejmuje stosowne działania profilaktyczne, właściwe dla reprezentowanego pionu służby i zajmowanego stanowiska.

4. Dyrektor jednostki penitencjarnej zapewnia sprawny, dostosowany do specyfiki jednostki przepływ informacji, pomiędzy poszczególnymi pionami służby, w sprawach dotyczących zapobiegania samobójstwom.

§ 7. 1. W przypadku podejrzenia występowania skłonności samobójczych, wychowawca:

- 1) zakłada i przekazuje oddziałowemu kartę osadzonego zagrożonego samobójstwem, stanowiącą załącznik nr 1 do zarządzenia;
- 2) odnotowuje w aktach osobopoznawczych część „B” przyczyny podejrzeń;
- 3) obejmuje osadzonego wzmoczoną opieką wychowawczą;

- 4) zgłasza osadzonego do psychologa, z podaniem podejrzenia skłonności samobójczych, jako przyczyny zgłoszenia.

2. Osadzonego podejrzanego o skłonności samobójcze, psycholog przyjmuje w pierwszej kolejności oraz sporządza opinię, o której mowa w § 12. ust. 2 pkt. 4 ppkt c) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości, z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, zwanego dalej „rozporządzeniem”, w której potwierdza lub weryfikuje potrzebę objęcia go nasilonymi oddziaływaniami profilaktycznymi, ze względu na wzmożone ryzyko samobójcze.

3. W przypadku potwierdzenia potrzeby, o której mowa w ust. 2, psycholog:

- 1) uzupełnia kartę osadzonego zagrożonego samobójstwem;
- 2) obejmuje osadzonego pomocą psychologiczną;
- 3) zgłasza osadzonego do psychiatry, z podaniem skłonności samobójczych jako przyczyny zgłoszenia.

4. W przypadku odstąpienia od obejmowania osadzonego oddziaływaniami, o których mowa w ust. 2, psycholog odnotowuje ten fakt w karcie, o której mowa w § 7 ust. 1 pkt 1.

§ 8. 1. Stopień ryzyka samobójczego u osadzonych, o których mowa w § 7 ust. 3, weryfikuje się w miarę potrzeb, nie rzadziej niż raz w miesiącu.

2. Weryfikacji, o której mowa w ust. 1, dokonują w porozumieniu: psycholog i wychowawca osadzonego, odnotowując fakt ten fakt w karcie, o której mowa w § 7 ust. 1 pkt 1.

3. Kartę, o której mowa w par. § 7 ust. 1 pkt 1 dołącza się do karty identyfikacyjnej osadzonego, a po zweryfikowaniu potrzeby, o której mowa w § 7 ust. 2, umieszcza się ją w aktach osobopoznawczych części „B”.

§ 9. Do zadań kierownika działu penitencjarnego, a w jednostce, w której powołano oddziały penitencjarne, koordynatorów ds. penitencjarnych i ochronnych, w zakresie zapobiegania samobójstwom osadzonych, należy koordynowanie oddziaływań, o których mowa w § 2, a w szczególności monitorowanie liczebności i rozmieszczenia osadzonych, którzy zostali zaliczeni do wymagających nasilonych oddziaływań profilaktycznych, ze względu na wzmożone ryzyko samobójcze.

§ 10. Podczas pobytu osadzonego w jednostce penitencjarnej, zwraca się szczególną uwagę na jego zachowanie w krytycznych momentach izolacji, do których zalicza się w szczególności:

- 1) pierwsze 14 dni w warunkach izolacji;
- 2) przełomowe momenty wyznaczone orzeczeniami i postanowieniami sądów, prokuratur, a także decyzjami administracji penitencjarnej;
- 3) wystąpienie poważnych komplikacji w stosunkach rodzinnych lub z innymi osobami bliskimi;
- 4) wystąpienie poważnych komplikacji w relacjach ze współosadzonymi;
- 5) wystąpienie poważnych problemów zdrowotnych.

§ 11. 1. Celę przejściową oprócz wyposażenia, wynikającego z norm określonych w odrębnych przepisach, wyposaża się w prasę, papier i przybory do pisania.

2. Celę, o której mowa w ust. 1, w miarę możliwości, wyposaża się ponadto w odbiornik telewizyjny oraz czajnik i sytuuje się ją w pobliżu dyżurki oddziałowego lub pokoju wychowawcy.

§ 12. 1. W celi jednoosobowej nie umieszcza się osadzonych, którzy;

- 1) przebywają w celi przejściowej;
- 2) uprzednio dokonywali prób samobójczych;
- 3) przejawiają utrwaloną tendencję do samoagresji;
- 4) wykazują objawy zespołu odstawienego;
- 5) mają szczególne trudności w adaptacji do warunków izolacji penitencjarnej;
- 6) są pozbawieni wsparcia społecznego i izolowani w grupie skazanych;
- 7) są objęci nasilonymi oddziaływaniami profilaktycznymi, ze względu na wzmożone ryzyko samobójcze.

2. Osadzonych, o których mowa w ust. 1, nie pozostawia się samotnie w celi wieloosobowej ani innych pomieszczeniach jednostki, z wyjątkiem pomieszczeń monitorowanych, umożliwiających stałą kontrolę zachowania.

§ 13. 1. Na wyposażeniu każdego funkcjonariusza działu ochrony, pełniącego służbę w oddziale mieszkalnym, znajduje się bezpieczny nóż.

2. W każdej dyżurce oddziałowego znajduje się, w miarę możliwości, zestaw reanimacyjny.

§ 14. Szkoleniem, o którym mowa w § 3 pkt 11, funkcjonariuszy działu ochrony pełniących służbę w oddziale penitencjarnym obejmuje się nie rzadziej niż raz w roku.

§ 15. Zwiększony nadzór ochronny, o którym mowa w § 3 pkt 2, polega na:

- 1) zintensyfikowaniu częstotliwości kontroli celi mieszkalnej zarówno w porze dziennej jak i nocnej;
- 2) zwracaniu szczególnej uwagi na posiadane w celi leki, substancje oraz przedmioty, mogące służyć do przeprowadzenia zamachu samobójczego;
- 3) zwracaniu szczególnej uwagi na zmiany w nastroju i zachowaniu osadzonego objętego nadzorem;
- 4) realizacji zaleceń zawartych w karcie, o której mowa w § 7 ust. 1 pkt 1.

§ 16. Wzmoczona opieka wychowawcza, o której mowa w § 7 ust. 1 pkt 3, polega na:

- 1) zintensyfikowaniu i pogłębieniu kontaktu wychowawczego;
- 2) częstszym wizytowaniu celi mieszkalnej;
- 3) odpowiednim doborze współosadzonych;
- 4) szczególnie wnikliwym rozpatrywaniu problemów zgłaszanych przez osadzonego;
- 5) podejmowaniu innych oddziaływań wychowawczych mających na celu zmniejszenie ryzyka samobójstwa.

§ 17. Opinia psychologiczna, o której mowa w § 12. ust. 2 pkt 4 ppkt c) rozporządzenia, zawiera:

- 1) określenie czynników ryzyka samobójczego i czynników chroniących;
- 2) określenie stopnia ryzyka samobójczego;
- 3) propozycje wyeliminowania lub modyfikacji możliwych do zmiany czynników ryzyka;
- 4) zalecenia dotyczące sposobu postępowania z osadzonym.

§ 18. 1. Pomoc psychologiczna, o której mowa w § 4 pkt 4, polega na:

- 1) regularnym monitorowaniu stanu emocjonalnego osadzonego;
- 2) inicjowaniu i wspieraniu osadzonego w budowaniu sieci wsparcia;
- 3) redukowaniu napięcia emocjonalnego;

- 4) uczeniu osadzonego rozpoznawania czynników ryzyka i suicydalnych sygnałów ostrzegawczych;
 - 5) przedstawieniu alternatywnych i bezpiecznych dla życia osadzonego sposobów radzenia sobie z trudnościami;
 - 6) uczeniu osadzonego konkretnych technik radzenia sobie z trudnymi emocjami lub myślami bądź też suicydalnymi sygnałami ostrzegawczymi;
 - 7) wspieraniu osadzonego w przezwyciężaniu bieżących problemów, ukazywanie innych ich aspektów i możliwych rozwiązań;
 - 8) budowaniu u osadzonego zaufania do siebie i wzmacnianiu poczucia własnej wartości.
2. Pomoc psychologiczna, o której mowa w § 5 pkt 4, ppkt b), polega ponadto na:
- 1) przepracowaniu aktu samobójczego na płaszczyźnie emocjonalnej i poznawczej;
 - 2) omówieniu znaczenia tego zdarzenia dla przyszłego życia.

§ 19. 1. Świadców samobójstw lub prób samobójczych obejmuje się odpowiednimi oddziaływaniami profilaktycznymi i wspierającymi.

2. Oddziaływania, o których mowa w ust. 1, prowadzą:

- 1) wobec osadzonych - funkcjonariusze i pracownicy oddziałów penitencjarnych;
- 2) wobec funkcjonariuszy i pracowników - właściwe terenowo jednostki służby medycyny pracy.

Rozdział 3 **Przepisy końcowe**

§ 20. Wprowadza się do stosowania „Kartę osadzonego zagrożonego samobójstwem”, której wzór określa załącznik do Instrukcji.

§ 21. Instrukcja wchodzi w życie z dniem 13 sierpnia 2010 r.



Dyrektor Generalny Służby Więziennej

płk Kajetan Dubiel

.....
Imię i nazwisko osadzonego, imię ojca

Przyczyna zaliczenia:

Uwagi i zalecenia wychowawcy:

.....
Data, podpis i pieczęć wychowawcy

Uwagi i zalecenia psychologa:

.....
Data, podpis i pieczęć psychologa

Zapoznałem się
Data podpis oddziałowego

Zapoznałem się
Data podpis oddziałowego

Zapoznałem się
Data podpis oddziałowego

Zapoznałem się
Data podpis oddziałowego

Zapoznałem się
Data podpis oddziałowego

Zapoznałem się
Data podpis oddziałowego

Zapoznałem się
Data podpis oddziałowego

Zapoznałem się
Data podpis oddziałowego

DOKONANO OCENY POTRZEBY DALSZEGO OBEJMOWANIA OSADZONEGO NASILONYMI ODDZIAŁYWANIAM I PROFILAKTYCZNYMI, ZE WZGLĘDU NA WZMOŻONE RYZYKO SAMOBÓJCZE

1.
Data podpis i pieczętka wychowawcy podpis i pieczętka psychologa
2.
Data podpis i pieczętka wychowawcy podpis i pieczętka psychologa
3.
Data podpis i pieczętka wychowawcy podpis i pieczętka psychologa
4.
Data podpis i pieczętka wychowawcy podpis i pieczętka psychologa
5.
Data podpis i pieczętka wychowawcy podpis i pieczętka psychologa
6.
Data podpis i pieczętka wychowawcy podpis i pieczętka psychologa
7.
Data podpis i pieczętka wychowawcy podpis i pieczętka psychologa
8.
Data podpis i pieczętka wychowawcy podpis i pieczętka psychologa
9.
Data podpis i pieczętka wychowawcy podpis i pieczętka psychologa
10.
Data podpis i pieczętka wychowawcy podpis i pieczętka psychologa
11.
Data podpis i pieczętka wychowawcy podpis i pieczętka psychologa
12.
Data podpis i pieczętka wychowawcy podpis i pieczętka psychologa

ZWERYFIKOWANO POTRZEBĘ OBEJMOWANIA OSADZONEGO NASILONYMI ODDZIAŁYWANIAM I PROFILAKTYCZNYMI, ZE WZGLĘDU NA WZMOŻONE RYZYKO SAMOBÓJCZE

.....
Data podpis i pieczętka wychowawcy podpis i pieczętka psychologa