

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

(NR 15)

z dnia 8 lipca 2025 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego (nr 15)

8 lipca 2025 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia psychicznego, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marty Golbik (KO)**, przewodniczącej podkomisji, i posła **Grzegorza Napieralskiego (KO)**, zastępcy przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– **informację na temat przeciwdziałania nasilającym się w społeczeństwie postawom i zachowaniom agresywnym wobec pracowników ochrony zdrowia.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Arkadiusz Myrcha** sekretarz stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości wraz ze współpracownikami, **Jakub Bydłoń** dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego Ministerstwa Zdrowia, **Agnieszka Tuderek-Kuleta** dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia, **Agata Furgała** dyrektor Departamentu Porządku Publicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji wraz ze współpracownikami, **Janusz Heitzman** pełnomocnik ministra zdrowia do spraw psychiatrii sądowej, **Ewa Szymczuk** dyrektor Departamentu ds. Służb Mundurowych Narodowego Funduszu Zdrowia, **Marzanna Bieńkowska** zastępca dyrektora Departamentu Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Piotr Zakrzewski** naczelnik Wydziału ds. Legislacyjnych i Ustrojowych w Zespole Prawa Karnego Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, **Andrzej Tytuła** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Grzegorz Wrona** sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikami, **Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak** przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego wraz ze współpracownikami, **Władysław Krajewski** wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Marek Rutka** członek Rady Mediów Narodowych oraz **Sebastian Stykowski** radca prawny Biura Rzecznika Praw Lekarza.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Łukasz Sarnecki**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Szanowni państwo, otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego.

Witam członków podkomisji i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat przeciwdziałania nasilającym się w społeczeństwie postawom i zachowaniom agresywnym wobec pracowników ochrony zdrowia. Przedstawiają minister zdrowia, minister sprawiedliwości, minister spraw wewnętrznych i administracji.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone w folderze SDI na iPadach, dostępne są również w formie papierowej. Informuję, że minister zdrowia upoważniła pana Jakuba Bydłonia, dyrektora Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie Zdrowia, do przedstawienia stanowiska ministra zdrowia. Minister administracji i spraw wewnętrznych upoważnił panią Agatę Furgałę, dyrektora Departamentu Porządku Publicznego w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji, do przedstawienia stanowiska ministra administracji i spraw wewnętrznych.

Bardzo proszę przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Sprawiedliwości oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji o przedstawienie informacji. I poprosiłabym... Jest z nami pan minister Arkadiusz Myrcha, minister sprawiedliwości. Bardzo proszę o przedstawienie informacji w pierwszej kolejności.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości Arkadiusz Myrcha:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Wysoka Komisjo, dziękuję za zaproszenie i podjęcie tego tematu. My oczywiście z racji zagadnień, które są w obrębie Ministerstwa Sprawiedliwości, może mniej na temat samego zjawiska, które dzisiaj jest przedmiotem dyskusji, natomiast o pewnych propozycjach zmian legislacyjnych, które mają wychodzić naprzeciw w tym fatalnym zjawiskom i ukrócić ataki na personel medyczny, ratowników medycznych.

Zmiany, które proponujemy w Kodeksie karnym, w Kodeksie wykroczeń, traktują ten problem szerzej – obejmują nie tylko funkcjonariuszy publicznych, ale wszystkie osoby, które niosą pomoc. Kodeks karny penalizuje dzisiaj czyny, które są podejmowane w stosunku zarówno do funkcjonariuszy czy osób im przybranych, jak i w ogóle w stosunku do osób fizycznych, które udzielają pomocy. Te czyny są w tej chwili karane.

Natomiast na tle zdarzeń, które miały miejsce w ostatnich miesiącach zaproponowaliśmy cztery zmiany w Kodeksie karnym i pewną zmianę w Kodeksie wykroczeń, tak żeby objąć szerszą ochroną – a także zaostreniem kar w stosunku do pewnych zjawisk – nie tylko te osoby, ale też miejsca, w których te czyny są podejmowane. Tak więc staramy się do tego problemu podejść kompleksowo i w związku z tym do Kodeksu karnego proponujemy zmiany, które będą zaostrzały kary za czyny narażające na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia zarówno osoby niosące pomoc, jak i funkcjonariuszy publicznych. Chodzi o to, że żeby nie mieć wątpliwości, że te ataki, które narażają na utratę zdrowia, były surowiej karane.

Personel medyczny (lekarze, pielęgniarki, ratownicy) i ogólnie funkcjonariusze publiczni zmagają się z wieloma sytuacjami, z którymi przeciętny człowiek miałby problem, żeby się zmierzyć. Oni jednak podejmują wysiłek, ryzykują własnym zdrowiem i należy im się z tego tytułu szersza ochrona. W tym projekcie w wyniku propozycji, które składało też w toku uzgodnień międzyresortowych Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, a także Ministerstwo Zdrowia – dziękuję obu resortom za zaangażowanie przy pracach nad tym projektem – dokonujemy także zmian w Kodeksie wykroczeń.

Dziś art. 51 Kodeksu wykroczeń penalizuje zachowania o charakterze chuligańskim czy zachowania podejmowane w miejscach publicznych pod wpływem alkoholu. Chcemy te regulacje rozszerzyć o zachowania tego typu, które występują na terenie placówek leczniczych w rozumieniu ustawy, czy też w urzędach. Chcemy zachowania karać surowiej, kara grzywny będzie na poziomie minimum 1000 zł. W porównaniu do dzisiejszej stawki minimalnej... Jeżeli dobrze pamiętam, to minimalna stawka grzywny to jest chyba 20 zł. W tym wypadku ta kara minimalna wyniesie 1000 zł.

Przy czym będzie także możliwość zastosowania tzw. trybu przyspieszonego. Co to powoduje? Mianowicie w sytuacji, kiedy dochodzi do takiego zachowania o charakterze chuligańskim czy o charakterze naruszającym porządek w danej placówce medycznej czy w danym urzędzie będzie możliwość szybkiej interwencji funkcjonariuszy publicznych i nałożenia grzywny w postaci mandatu, co wydaje się oczekiwaną reakcją na tego typu zjawisko.

Projekt ustawy jest już po konsultacjach, po uzgodnieniach – jak wspomniałem – został przez nas skierowany już do rozpatrzenia przez Komitet Stały RM, czyli jest w tym przedstosunku Rady Ministrów. Mam nadzieję, że oba etapy będą miały miejsce w lipcu i następnie projekt ten zostanie skierowany do prac w Sejmie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękujemy, panie ministrze.

Poproszę teraz o zabranie głosu pana Jakuba Bydłonia, dyrektora Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie Zdrowia.

Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego Ministerstwa Zdrowia Jakub Bydłoń:

Dziękuję.

Szanowni państwo, dostaliście państwo informację pisemną. Ja bardzo pokrótce przedstawię taką informację o charakterze ogólnym, natomiast potem, w części dotyczącej ratowników medycznych i czynności techniczno-organizacyjnych i legislacyjnych, jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, oddałbym głos pani dyrektor Agnieszce Tuderek-Kulecie, aby omówiła zagadnienie.

Zaraz po tragicznych zdarzeniach z 29 stycznia w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie ministry zdrowia pani Izabeli Leszczyny z przedstawicielami Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Komendy Głównej Policji i rzecznika praw pacjenta, które było poświęcone personelowi medycznemu. Wówczas zdecydowano o tym, żeby zostały podjęte działania o charakterze legislacyjnym, organizacyjnym oraz technicznym, które mają poprawić bezpieczeństwo w całym sektorze ochrony zdrowia. Były one szczególnie ukierunkowane na ratownictwo medyczne.

Po tragicznej śmierci lekarza w czasie pracy w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie 5 maja br. pani ministra spotkała się również z panem ministrem Adamem Bodnarem, z panem ministrem Siemoniakiem oraz z komendantem głównym Policji nadinsp. Markiem Boroniem. Wówczas podjęto decyzję m.in. o tym, żeby zwrócić się do komendanta głównego Policji, jednostek Policji o to, żeby podjęli ścisłą współpracę z samorządami zawodów medycznych jako taką najszerszą reprezentacją zawodów medycznych, jak również pomiędzy Policją a okręgowymi izbami samorządów zawodów medycznych. Celem było upowszechnienie wśród medyków wiedzy, w jaki sposób należy reagować na różnego rodzaju sytuacje, zagrożenia, na sytuacje, w których występuje agresja, w jakim trybie należy je zgłaszać, aby to zgłoszenie było skuteczne, jakie prawa w tym zakresie dla ochrony bezpieczeństwa przysługują osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych.

Ministerstwo Zdrowia w tym zakresie prowadzi w tej chwili roboczą współpracę z Komendą Główną Policji. Z informacji, które przekazała nam Komenda Główna Policji, wynika, że odbyły się już takie spotkania z ratownikami medycznymi, z samorządem ratowników medycznych, z samorządem lekarskim, z samorządem pielęgniarek i położnych. Planowane są kolejne tego typu spotkania.

Ministerstwo Zdrowia prowadzi również działania edukacyjne, promocyjne, które mają wskazywać właściwe postawy społeczne w stosunku do osób wykonujących zawody medyczne. Jeżeli chodzi o te działania, to przez Ministerstwo Zdrowia prowadzone są: kampania edukacyjna na temat tego, jak istotna jest praca zespołów ratownictwa medycznego, jaka jest ich rola w systemie ochrony zdrowia, jak należy współpracować z ratownikami oraz w jaki sposób ich wspierać, aby mogli nieść swoją pomoc w sposób efektywny i maksymalnie skuteczny. Te działania są prowadzone z wykorzystaniem mediów społecznościowych, telewizji, radia oraz przy okazji różnego rodzaju eventów, które są organizowane z udziałem Ministerstwa Zdrowia.

Od połowy lutego do marca 2025 r. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło kampanię w swoich mediach społecznościowych z wykorzystaniem materiałów graficznych i filmowych, która miała na celu podkreślenie roli i znaczenia oraz realiów pracy ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych. Działania te, oprócz celów wskazanych wyżej, miały również zwiększyć świadomość społeczną na temat odpowiedzialnego korzystania z systemu ratownictwa medycznego. Dlatego też były one ukierunkowane na takie działania, jak: wskazanie i opisanie codziennej pracy i skali działań ratowników medycznych (pamiętajmy, że to jest około 3,2 mln wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w ciągu roku), charakterystykę wykonywania tego zawodu, ochronę prawną ratowników medycznych jako funkcjonariuszy publicznych, znaczenie pracy dyspozytorów medycznych jako pierwszego ogniwa w łańcuchu ratunkowym oraz edukację społeczną, czyli takich apeli o to, żeby w sposób umiemytny oraz odpowiedzialny korzystać z numerów alarmowych i nie blokować karetek nieuzasadnionymi wezwaniami i zgłoszeniami. Kampania realizowana była przy ścisłej współpracy z samorządem ratowników medycznych. Liczba wyświetleń na kanałach Ministerstwa Zdrowia sięgnęła blisko 1 mln w ciągu półtora miesiąca.

Teraz Ministerstwo Zdrowia, po przeprowadzeniu procedury przetargowej, jest na etapie realizacji spotów do ogólnopolskich kampanii społecznych, których emisja planowana jest w drugiej połowie br. zarówno w telewizji, jak i w radiu. Celem tego działania jest budowanie zrozumienia współpracy z ratownikami, którzy wykonują swoją pracę w ekstremalnych warunkach oraz wzmocnienie postawy społecznej polegającej na współpracy i odpowiednim zachowaniu w sytuacjach ratowania zdrowia i życia. W sezonie letnim we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia są również planowane akcje przybliżające pracę i znaczenie ratowników medycznych oraz innych pracowników ochrony zdrowia. Działania te mają być realizowane w ramach eventów, w których uczestniczyć będzie Narodowy Fundusz Zdrowia, a także w tych miejscach, które w tej chwili w związku z wydawaniem karty

EKUZ są najbardziej oblegane, jeżeli chodzi o Narodowy Fundusz Zdrowia, czyli na salach obsługi NFZ.

A teraz, jeżeli pani pozwoli, to pani dyrektor Tuderek-Kuleta.

Dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia Agnieszka Tuderek-Kuleta:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, ja w uzupełnieniu do tego, co już powiedział pan dyrektor Jakub Bydłoń.

Jeżeli chodzi o pozostałe działania, które zostały podjęte przez resort zdrowia, mające na celu zwiększenie bezpieczeństwa personelu medycznego, to są zmiany, które zostały wprowadzone m.in. do nowelizowanej w ostatnim czasie ustawy o państwowym ratownictwie medycznym. Tam wprowadzone zostały m.in. rozwiązania umożliwiające tworzenie trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, wprowadzające dla członków zespołów ratownictwa medycznego obowiązkowe, cykliczne szkolenia z technik deeskalacyjnych i samoobrony, a także systemowe wsparcie psychologiczne.

Jeżeli chodzi o szkolenia z samoobrony, aktualnie takie szkolenia są prowadzone przez Policję. Jest to wynik porozumienia między Ministerstwem Zdrowia a Komendą Główną Policji. Do szkoleń zgłosiło się 185 z 221 dysponentów zespołów ratownictwa medycznego. Zadeklarowali oni uczestnictwo 8838 członków zespołów ratownictwa medycznego i na dzień dzisiejszy przeszkolone już zostały 2103 osoby. Poza tymi szkoleniami dysponenti sami podejmują działania mające na celu szkolenia w tym zakresie, m.in. korzystają ze współpracy lokalnych struktur Policji czy Służby Więziennej. Jeżeli chodzi o te szkolenia, to skorzystało z nich na dzień dzisiejszy 349 osób. Jeżeli chodzi o szkolenia wynikające z ustawy, te szkolenia te będą cykliczne i obowiązkowe. Takie przeszkolenie będzie się odbywało co 5 lat.

Jeżeli chodzi o inne działania, które zostały wprowadzone i wynikają z postulatów zgłoszonych przez środowiska ratownicze po tragicznym wydarzeniu, które miało miejsce w tym roku w Siedlcach, to zaktualizowana została procedura korzystania i użycia przycisku „pomoc”. To jest przycisk, który zespoły ratownictwa medycznego mają na tablecie i w sytuacji jakiegoś zagrożenia mogą z niego korzystać. Ta procedura została wprowadzona jako jednolita w skali kraju, we wszystkich dyspozytorniach medycznych. Po pojawieniu się takiego wezwania dyspozytor medyczny obsługujący dany obszar dysponowania natychmiast przerywa dotychczasowe działania i zajmuje się już kwestią tego wezwania. Oczywiście w trakcie prowadzenia rozmowy ze zgłaszającym dyspozytor ma również możliwość nawet zadysponowania Policji na miejsce, kiedy z rozmowy wynika, że zespół może być zagrożony bądź taką informację przekazuje zespołowi jeszcze przed wyjazdem do zdarzenia.

Jeżeli chodzi o inne działania, aktualnie w Ministerstwie Zdrowia wspólnie z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego finalizowane są prace mające na celu monitorowanie przypadków agresji wśród zespołów ratownictwa medycznego. Będzie to narzędzie do zgłaszania wszelkich incydentów, jeżeli chodzi o jakąkolwiek agresję – czy to słowną czy inną formę agresji. Takie rozwiązanie zostanie udostępnione dla użytkowników w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, mając na uwadze, że zespoły ratownictwa medycznego dysponowane są najczęściej do zdarzeń w ramach przypisanych im obszarów działania.

Ministerstwo Zdrowia wystąpiło również do dysponentów zespołów ratownictwa medycznego o przeprowadzenie analizy i zidentyfikowanie na obsługiwanym przez nich obszarze lokalizacji oraz typów takich zdarzeń, w których może wystąpić podwyższone ryzyko agresji skierowanej przeciw członkom zespołów spowodowanej różnymi czynnikami.

Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia wystąpiło do dysponentów, aby podjęli działania mające na celu zminimalizowanie wystąpienia ataku wobec członków zespołów ratownictwa medycznego, m.in. poprzez dążenie do zorganizowania jak największej liczby zespołów trzyosobowych, odpowiednie skonfigurowanie zespołów pod względem płci, wieku, predyspozycji psychofizycznych, a także włączanie do składu zespołów ratownictwa medycznego tych osób, które już ukończyły szkolenie z zakresu samoobrony oraz technik deeskalacyjnych.

Kolejnym działaniem, które zostało podjęte, jest działanie w zakresie wyposażenia zespołów w kamizelki nożoodporne jako wyposażenie obligatoryjne wynikające z umów z NFZ. Jest to również jeden z postulatów zgłoszonych przez środowisko ratownicze. Pani minister podjęła ostateczną decyzję co do wyposażenia zespołów w kamizelki nożoodporne. Informacja

została przekazana do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Stanowi ona podstawę do nowelizacji zarządzenia. Te kamizelki będą na wyposażeniu zespołów ratownictwa medycznego i to wyposażenie będzie w zależności od liczebności zespołu ratownictwa medycznego.

Dodatkowo we współpracy i dzięki rekomendacjom przekazanym m.in. przez Krajową Radę Ratowników Medycznych zostały wypracowane wytyczne dotyczące wymagań co do tych kamizelek szpikulco- i nożoodpornych, jakie powinny one spełniać w zakresie norm i atestów. Oczywiście ministerstwo podejmuje też działania mające na celu wsparcie dysponentów w pozyskaniu kamizelek dla zespołów ratownictwa medycznego. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Poproszę teraz o przedstawienie informacji panią Agatę Furgalę, dyrektora Departamentu Porządku Publicznego w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Dyrektor Departamentu Porządku Publicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Agata Furgala:

Dziękuję bardzo.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowny panie ministrze, szanowni państwo, w zasadzie część informacji, które mam do przekazania, po pierwsze, została przekazana państwu w materiale informacyjnym skierowanym do podkomisji. Natomiast w zasadzie będą się dublowały, co świadczy niejako o synergii naszych działań, bowiem tak naprawdę resort spraw wewnętrznych i administracji przystąpił niezwłocznie wspólnie z przedstawicielami Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Zdrowia i oczywiście Policji do działań, można powiedzieć, naprawczych, które miałyby poprawić bezpieczeństwo personelu medycznego, o czym wspominał już pan minister.

Powstał tak ad hoc, już w styczniu br. zespół roboczy, który wypracował działania chociażby z obszaru ochrony prawnokarnej, o których szczegółowo informował pan minister. Była również mowa o cyklu szkoleń, o czym wspominali pan i pani dyrektor z resortu zdrowia. Faktycznie, niezależnie od działań systemowych, legislacyjnych podejmowanych na szczeblu centralnym, Policja rozpoczęła cykl szkoleń z zakresu samoobrony. Do grudnia tego roku zobowiązała się do przeszkolenia około 15 tys. ratowników medycznych. Mam nawet troszkę świeższe dane, niż były prezentowane przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Bowiem na ten moment z danych z Policji, które otrzymałam, wynika, że przeszkolono 2320 przedstawicieli personelu medycznego.

Może powiem krótko o założeniach tego programu szkolenia, bo to szkolenie obejmuje 5 godzin i ma dużo komponentów praktycznych zawierających właśnie pokaz, ćwiczenia, tak aby przygotować ratowników medycznych, panie pielęgniarce, lekarzy z zespołów ratownictwa medycznego do reagowania na zachowania agresywne podczas prowadzenia działań ratowniczych. Program szkoleniowy przewiduje również poznanie podstawowych technik samoobrony, zastosowanie tych technik w przypadku ataku na personel. Aby osiągnąć odpowiedni efekt tego szkolenia, żeby faktycznie praktycznie przygotować personel medyczny, zajęcia prowadzone są przez dwóch instruktorów taktyk i technik interwencji policyjnych dla grup szkoleniowych nie więcej niż dwudziestoosobowych.

Ponadto w marcu odbyło się również spotkanie u prokuratora krajowego z udziałem komendanta głównego Policji, zastępcy komendanta głównego Policji wraz z przedstawicielami związków zawodowych ratowników medycznych. Mówię o tym dlatego, że w wyniku tego spotkania komendant główny Policji wydał polecenie komendantom wojewódzkim, komendantowi stołecznemu Policji, aby wszystkie interwencje związane z ratownikami medycznymi traktować jako pilne, a do ich realizacji niezwłocznie kierować siły i środki adekwatne do skali zdarzenia, tak aby natychmiast ta pomoc była udzielana.

Równolegle – uwzględniając wydarzenia związane z przypadkami agresji na pracowników personelu medycznego, w tym tego tragicznego zdarzenia w Krakowie – resort spraw wewnętrznych i administracji zarekomendował działania, które mogą poprawić bezpieczeństwo w samych placówkach medycznych. Może nie będę ich wymieniała, są w tej informacji. Natomiast takie rekomendacje wystosowaliśmy 9 maja w odpowiedzi na apel Naczelnej Rady Lekarskiej do władz publicznych. Chodziło o podjęcie działań w celu powstrzymania hejtu i każdej formy przemocy w środowisku lekarskim. Poszczególne jednostki organizacyjne

Policji skontaktowały się bądź kontaktują się na bieżąco z przedstawicielami medycznych samorządów zawodowych, Policja rozpoczęła w ten sposób serię spotkań. W wyniku tych spotkań również wypracowane zostaną wnioski i rekomendacje.

Na koniec wspomnę tylko jeszcze o jednym aspekcie, a mianowicie na podstawie wspólnej inicjatyw Komendy Głównej Policji, MSWiA oraz Ministerstwa Zdrowia uruchomiono linię wsparcia psychologicznego dla służb mundurowych, ratowników medycznych i ich rodzin. Ta linia jest czynna codziennie w godzinach 16.00 – 24.00. Jest obsługiwana przez psychologów posiadających doświadczenie we współpracy z funkcjonariuszami służb mundurowych lub pracownikami systemu ratownictwa medycznego. Ten numer jest oczywiście bezpłatny, można z niego korzystać za pośrednictwem telefonu bądź też poczty e-mail.

Podsumowując, można stwierdzić, że zarówno postulowane nowelizacje przepisów prawnych, działania szkoleniowe, organizacyjne czy właśnie wprowadzenie obowiązku szybszego reagowania służb na incydenty zgłaszane przez placówki medyczne to jest taka konkretna reakcja na te zagrożenia. I oczywiście wszelkie diagnozowane luki czy możliwości wsparcia na pewno spotkają się z przychylnością kierownictwa resortu spraw wewnętrznych i administracji. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Otwieram dyskusję.

Pan poseł Cieszyński, bardzo proszę.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Dziękuję bardzo.

Przede wszystkim chciałem bardzo podziękować Ministerstwu Sprawiedliwości – rozumiem, że to pan minister ten projekt prowadzi – bo widziałem, że w tej ostatniej wersji datowanej na koniec czerwca jest też zmiana przewidująca możliwość zastosowania trybu przyspieszonego. Myślę, że to jest dobry postulat, ponieważ ochrona pracowników medycznych w prawie, taka zwiększona, funkcjonuje od dawna, ale w praktyce często okazuje się, że nie ma natychmiastowości tej kary. Wydaje mi się, że to jest bardzo dobra zmiana.

I tu też podziękowania dla Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, bo tak jak sobie wyczytałem, to właśnie z MSWiA przyszły zmiany czy propozycje, które skutkowały wprowadzeniem tej zmiany. Bardzo dziękuję za profesjonalne podejście do tematu.

Mam kilka pytań. Czy planowane jest wdrożenie – o tym mówiła w jakimś wymiarze izba lekarska, o tym mówili medycy – rejestru osób agresywnych, który wskazywałby, że osoba, do której udaje się zespół, była skazana za przestępstwa z użyciem przemocy? Tego dotyczy moje pytanie, bo wiem, że postulaty formułowane przez izbę lekarską były dalej idące. Ale to już tak trochę pozasądowym załatwianiem tych spraw, więc nie wiem, czy to jest w ogóle możliwe i słuszne. Niemniej jednak czy wobec osób, co do których wiadomo, że zostały skazane za czyny z użyciem przemocy, nie byłoby takiej możliwości? Przecież ratownictwo medyczne jest wyposażone od wielu lat w informatyczny system wspomagania. Ratownicy mają tablety, dzięki którym wiedzą, dokąd się udają. Wydaje się, że w przypadku osób, co do których wiemy, gdzie mogą przebywać, taka informacja przed mogłaby być przydatna.

Mam też pytanie do MSWiA, czy w systemie informacyjnym, z którego korzysta Policja, są dla funkcjonariuszy – takich na co dzień pracujących – dostępne od ręki informacje pozwalające ustalić, że pod danym adresem są osoby, które mogą być agresywne? W przypadku systemu informacyjnego Policji, jak rozumiem, w sytuacji, w której jest to wyłącznie do wewnętrznego użytku Policji, już te moje obawy dotyczące prowadzenia takiego rejestru są mniej poważne. Więc pytanie, czy funkcjonariusze dysponują taką wiedzą?

Mam też pytanie, w jaki sposób poszkodowany medyk może uzyskać profesjonalną pomoc. Jesteśmy na podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego, to wydaje się oczywiste, że taki atak w trakcie pracy, w trakcie niesienia pomocy może być bardzo traumatyczny. Czy są jakieś rozwiązania, które pozwalają, żeby takim osobom udzielić tego wsparcia w pierwszej kolejności? Czy są osoby, które specjalizują się w udzielaniu pomocy w tego rodzaju sprawach? Wydaje się, że jeżeli jest możliwe zorganizowanie takiego systemu, który by poprawił dostęp do pomocy w takich sytuacjach, to byłoby to ze wszech miar wskazane.

Jeszcze mam pytanie... Bo przede wszystkim była rozmowa o zespołach ratownictwa medycznego, ale wiemy przecież, że w ostatnich miesiącach była też straszna sytuacja w szpitalu w Krakowie, gdzie zginął lekarz. Czy Ministerstwo Zdrowia ma wiedzę o tym, czy placówki ochrony zdrowia są wyposażone w monitoring wizyjny, który pozwalałby w szybki sposób ustalić tożsamość ewentualnego sprawcy agresji? I czy ministerstwo rozważa – jeżeli to nie jest jeszcze uregulowane – wprowadzenie tego w formie jakiegoś standardu, że na przykład jeżeli ktoś udziela świadczeń w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, to dla zabezpieczenia osób, które tych świadczeń udzielają, powinien w swojej placówce wdrożyć taki system monitoringu? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Ze strony parlamentarzystów nie widzę... A, pan poseł Giziński. Bardzo proszę.

Poseł Włodzisław Giziński (KO):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Przede wszystkim dziękuję za podjęcie tego tematu. Podobnie dziękuję ministrom spraw wewnętrznych i administracji, sprawiedliwości, zdrowia za podjęte działania.

Ale pozwólcie państwo na rozszerzenie tego niewątpliwego problemu. Rosnąca agresja wobec pracowników ochrony zdrowia jest skutkiem wielu rzeczy. Chciałbym zwrócić uwagę na trzy z nich.

Po pierwsze, rosnące przyzwolenie, a nawet promowanie zachowań agresywnych w życiu społecznym – walki w klatkach promowane przez olbrzymie pieniądze bukmacherskie czy agresja w mediach społecznościowych. Widzimy to na co dzień. Niewiele z tym robimy. Po drugie, rola alkoholu towarzyszącego, a według wielu wywołującego akty agresji. W Bydgoszczy, która ma 350 tys. mieszkańców, nadal mamy więcej punktów sprzedaży alkoholu niż w całej Danii. Promowanie picia alkoholu przez zestawianie go ze sportem, zdrowym stylem życia towarzyszy nam na co dzień. Czy robimy wystarczająco? Każdy z nas, przyzna, że nie. Po trzecie, nadużywanie środków psychoaktywnych. Nie od dzisiaj, nie od dwóch lat w izbach przyjęć psychiatrycznych mamy problem z agresją pacjentów pod wpływem środków psychoaktywnych. Czy psychiatrzy, czy Ministerstwo Zdrowia poradzi sobie z tym bez Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, bez Ministerstwa Sprawiedliwości, bez Ministerstwa Edukacji Narodowej? Promowanie zachowań agresywnych wśród twórców kultury, często filmy tworzone z publicznych pieniędzy – czy coś z tym robimy? Kiedy zaczniemy z tym coś robić?

Dobrze, że podejmujemy działania, które polegają na cerowaniu dziur, które powstają codziennie. Narzędzia, które prowadzą do dziurawienia naszej tkanki społecznej, niestety mają się dobrze. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę, teraz strona społeczna.

Sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej Grzegorz Wrona:

Grzegorz Wrona, Naczelna Rada Lekarska.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie, panie ministrze, tak na dobrą sprawę to nie bardzo wiem, od czego zacząć, bo temat jest niesłychanie szeroki. Zacznę więc być może od banałów, ale wydaje mi się, że pewne banały trzeba powtarzać.

Bezpieczny medyk to bezpieczny pacjent. Jeżeli wszyscy przyjmimy tego rodzaju założenie, bo wcześniej czy później każdy z nas będzie pacjentem, to pewnie temat, nad którym dzisiaj dyskutujemy, będzie takim tematem, który będzie uważany za istotny. Mało tego, ten temat będzie tematem trwałym, a nie akcyjnym.

W drugim punkcie mojego wystąpienia chciałem bardzo podziękować panu ministrowi Bodnarowi. Dzień po śmierci doktora Tomasza otrzymaliśmy od pana ministra, otrzymaliśmy od człowieka zwykłe, normalne słowa współczucia. Panie ministrze, proszę przekazać moje ukłony panu profesorowi właśnie za to, że od człowieka otrzymaliśmy wyrazy współczucia. Zaraz za tymi wyrazami współczucia nastąpiły kroki, o których państwo mówiliście. Za te kroki też serdecznie dziękuję. Dziękuję w imieniu całej społeczności lekarskiej. I bardzo bym

pragnął, aby te kroki nie zakończyły się na kartkach papieru i na głosowaniach posłów, tylko żeby rzeczywiście zostały wprowadzone w życie.

Przy czym od razu chcę podkreślić, że środowisku lekarskiemu... Myślę, że całemu środowisku medycznemu nie zależy na wysokości kar, to jest chyba mniej istotną rzeczą od tego, aby interwencje, które będą następowały – bo mam nadzieję, że będą następowały – były natychmiastowe, nieuniknione i skuteczne. I to nie przez najbliższy rok czy najbliższe dwa lata.

Szanowni państwo, wszyscy zapomnieliśmy o tym, że w roku 1985 w Poznaniu zamordowano dwóch lekarzy, bo wtedy nie było Internetu, bo wtedy media tak intensywnie nie działały, bo sensacja przestała być sensacją i zapomnieliśmy o tym. Śmierć pana doktora Tomasza nie jest śmiercią pierwszą. W związku z tym bardzo proszę wszystkich nas o konsekwencję.

Dziękuję panu posłowi Cieszyńskiemu, że powiedział o tym, iż bardzo byśmy sobie życzyli, żeby powstał rejestr agresji. Nie chodzi o to, żeby stygmatyzować osoby, mnie o to nie chodzi. Chodzi o to, aby w polskim społeczeństwie była świadomość, jak to jest istotny i groźny temat. Dziękuję za to, że mówiliście państwo o natychmiastowych interwencjach. Ja z tytułu swojej funkcji dość regularnie w przeszłości występowałem z różnego rodzaju doniesieniami do placówek prokuratury. Dla nas placówką miejscową jest Prokuratura Rejonowa Warszawa-Mokotów. I powiem szczerze, czasami byłem zatrzwożony liczbą spraw, w przypadku których prokuratorzy podejmowali decyzję o tym, aby odmówić wszczęcia postępowania. Mało tego, zeznania na Policji składałem po trzech, czterech, czasem po pięciu miesiącach od momentu, kiedy z taką informacją wystąpiłem.

Panie ministrze... Panowie ministrowie – tak powinienem powiedzieć, bo ta współpraca pomiędzy Ministerstwem Sprawiedliwości a Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji jest mnie fizycznie bardzo dobrze znana – bardzo proszę, żeby takich sytuacji rzeczywiście nie było. Ja rozumiem, że dzisiaj prokuratury są zarzucone tysiącami spraw, nie mam co do tego żadnych wątpliwości. Rozumiem, że tak jak my, lekarze, ustalamy dla siebie pewne priorytety działania to państwo też to robicie. I rozumiem, że pobicie pielęgniarki będzie mniej istotne niż morderstwo, które jest dokonane. Nie, muszą być równie istotne. To pobicie pielęgniarki będzie niosło za sobą kolejne czynności.

Cała zabawa rozpoczyna się przecież wcale nie od tego, że ktoś zostanie pobity, ale od czegoś innego, o tym powiem kilka słów. Te wszystkie informacje czy te wszystkie kwestie, z którymi ja się zapoznałem, przekazaliśmy pani prokurator Kwiatkowskiej z prośbą o interwencję. Oczywiście podjęliśmy cały szereg rozmów i z rzecznikiem praw obywatelskich, i z ministrem sprawiedliwości, i z ministrem zdrowia, i z komendantem głównym Policji, a raczej jego przedstawicielami.

Szanowni państwo, dziękuję panu posłowi, że przywołał to, co wywołuje to, o czym dzisiaj rozmawiamy. Tę sytuację wywołują zachowania na górze, również zachowania, wypowiedzi posłów, zachowania ludzi, którzy na tej sali bywali. Nie będę przytaczał nazwisk. My naprawdę to obserwujemy. Nie mówię o nazwiskach posłów, mówię o tych osobach, które mają swoje poglądy i usiłują koniecznie zdobyć poklask społeczny tzw. negatywnym PR. Z tym rzeczywiście należy skończyć. Ja też sam sobie zadaję pytanie, jak wychować społeczeństwo, co zrobić, aby zapobiec powszechnemu hejtowi. Bo to hejt powoduje nasilenie agresji słownej. Ta agresja słowna we wszystkich kontaktach, nie tylko w kontakcie pacjent–lekarz, lekarz–pacjent, prowadzi do konfliktu. Konflikt prowadzi do agresji fizycznej, potem pojawiają się narzędzia, a na końcu następuje to, co nastąpiło w Krakowie i nie tylko w Krakowie, bo przecież również w Siedlcach.

Bardzo się cieszę, że pani dyrektor powiedziała o różnego rodzaju szkoleniach. Jestem po tych wszystkich szkoleniach jako osoba, która bardzo długo funkcjonowała w ratownictwie medycznym. Szanowni państwo, kiedy docieram do pacjenta, kiedy rzeczywiście w sytuacji nadzwyczajnej chcę komuś pomóc, mam czarną mgłę przed oczami, proszę mi wierzyć. Nie pamięta się wtedy o odruchach, a my, lekarze, mamy szkolić i ćwiczyć zupełnie co innego niż samoobronę. To jest potrzebne, ale bardzo bym prosił, żeby to nie było rzeczą podstawową. Podstawowa rzecz, tak jak powiedziałem, jest gdzie indziej.

Pan poseł powiedział o monitoringu. Patrząc na to tak samo jak i na bramki w szpitalach – z pewną dozą ostrożności. Po drugiej stronie jest tajemnica lekarska. Nie jestem orędownikiem monitoringu w karetkach, kiedy rzeczywiście obnażamy pacjenta, kiedy zbieramy wywiad – tajemnice, które ma pacjent, są po prostu do uszanowania. Natomiast oczywiście

pewnie pani dyrektor też skoncentrowała się na zespołach ratownictwa medycznego, ale ten hejt, ta agresja odbywa się w szpitalnych oddziałach ratunkowych, czyli w miejscach, które są najbardziej wrażliwe na takie społeczne odium odpowiedzialności.

Na samo zakończenie raz jeszcze chciałbym podziękować za to, że ten temat został podjęty, i prosić o to, żeby nie został zapomniany. Jednego mi brakuje na pewno, moi drodzy państwo, brakuje mi tego, aby rzeczywiście została sfinansowana i była notorycznie prowadzona kampania medialna – nie przez media, tylko przez instytucje – dotycząca tego, o czym powiedziałem na samym początku: bezpieczny medyk to bezpieczny pacjent. I ta kampania musi trwać bez przerwy. Bardzo zabiegam o to, żeby wspólnie ustalić, jakie powinny być zasady tej kampanii, gdzie ona powinna być prowadzona i w jaki sposób powinna być prowadzona.

Bardzo dziękuję. Bardzo przepraszam za moje emocje.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję panu za głos i proszę za emocje nie przepraszać, one są absolutnie jak najbardziej konieczne, szczególnie przy takiej ważnej dyskusji. Bardzo dziękuję za ten głos.

Nie widziałem... Może od byłego pana posła zaczniemy. Bardzo proszę, panie pośle, oddaję głos.

Członek Rady Mediów Narodowych Marek Rutka:

Dziękuję, panie przewodniczący, wysoka podkomisjo, panie ministrze.

Szanowni państwo, Marek Rutka, członek Rady Mediów Narodowych i – tak jak pan poseł powiedział – członek Komisji Zdrowia minionej kadencji, członek podkomisji do spraw zdrowia psychicznego oraz przewodniczący Parlamentarnego Zespołu do spraw Systemu Ratownictwa Medycznego w ubiegłej kadencji.

Chciałem zwrócić uwagę na kwestię, która została poruszona, a mianowicie kwestię związaną z edukacją społeczeństwa, co też mieści się oczywiście jako jedno z misyjnych zadań mediów państwowych, mediów publicznych. Chodzi o to, aby była kampania społeczna, która zwróci uwagę na kwestie statusu pracowników systemu ochrony zdrowia, statusu funkcjonariusza publicznego... Chodzi o to, aby obywatele mieli świadomość, że podniesienie ręki na ratownika medycznego, pielęgniarke czy lekarza niesie za sobą takie konsekwencje prawne jak atak na policjanta. To jest bardzo ważne. Prewencja, aby naprawdę ten szacunek do pracownika systemu ochrony zdrowia był większy i żeby naprawdę ten potencjalny sprawca miał większą świadomość tego, jaka kara go spotka, jeśli tę rękę na tego pracownika podniesie.

W minionej kadencji byłem autorem ustawy o nadaniu statusu funkcjonariusza publicznego pracownikom w publicznym transporcie zbiorowym – konduktorom, drużynom konduktorskim, kierowcom, motorniczym. To jest ustawa, która weszła w życie 2 lata temu i muszę powiedzieć, że ona zmieniła naprawdę sporo, jeśli chodzi o bezpieczeństwo kilkudziesięciu tysięcy pracowników w Polsce. Liczba ataków, agresji na pracowników w publicznym transporcie zbiorowym zmalała. Karanie dzisiaj jest z tzw. oskarżenia publicznego, to znaczy, że w momencie wystąpienia czynu zabronionego motorniczy, kierowca nie musi występować z oskarżenia prywatnego, tylko dzieje się to z oskarżenia publicznego. To naprawdę działa.

Wiązało się to z szeroką kampanią edukacyjną i informacyjną w środkach komunikacji publicznej. Teraz podobne zadanie postawione jest przed ochroną zdrowia. Ale ja bym apelował o to, aby włączyć samorząd lekarski, samorząd pielęgniarstwa czy tworzący się samorząd ratowników medycznych w tę kampanię informacyjną.

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na jedną kwestię. Otóż ci sprawcy, którzy podnoszą rękę na pierwsze ogniwo systemu, czyli na ratowników medycznych czy na zespoły ratownictwa medycznego, często trafiają do placówek psychiatrycznych. Ja bym apelował o zwrócenie uwagi na podniesienie bezpieczeństwa pracowników w oddziałach psychiatrycznych i szpitalach psychiatrycznych. Pielęgniarki, przede wszystkim pielęgniarce, są naprawdę narażone na bardzo trudne warunki pracy, nieraz niebezpieczne. Apeluję o to, żeby być mądrzejszym przed szkodą.

Często podejmujemy działania akcyjne. Chodzi o to, żebyśmy zwrócili większą uwagę na bezpieczeństwo pracowników systemu ochrony zdrowia w szpitalach, placówkach psychiatrycznych. Chociażby na jedną kwestię chciałbym zwrócić uwagę – pracownicy systemu ochrony zdrowia w szpitalach psychiatrycznych mają niewystarczające uprawnienia, jeśli chodzi chociażby o – tak szeroko bym powiedział – przeszukiwanie pacjentów. Kwestia

nielegalnego dostawiania się substancji psychoaktywnych na oddziały w szpitalach psychiatrycznych jest wielkim zagrożeniem dla bezpieczeństwa pacjentów, personelu medycznego i samych potencjalnych sprawców czynów zabronionych i przemocy, agresji, która w tych szpitalach psychiatrycznych, można powiedzieć, jest normą. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję, panie pośle, za głos.

Pozwólcie, po kolei zgłoszenia... Bardzo proszę, pan tutaj, później pani i przechodzimy do następnego rzędu. Pan profesor też oczywiście, jasne.

Wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Władysław Krajewski:

Szanowni państwo, Władysław Krajewski, Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

Drodzy państwo, chciałem podziękować za wszystkie zmiany, które zostały podjęte w zakresie bezpieczeństwa medyków, przede wszystkim jako przedstawiciel środowiska lekarskiego, ale również środowiska medycznego.

Miałbym dwie kwestie, na które chciałbym zwrócić uwagę przy okazji dyskusji o tych zmianach. Mianowicie oczywiście jako środowisko medyczne nie możemy inaczej aniżeli pozytywnie odbierać zmian prawnych oraz ich wprowadzenia, ich egzekwowania w systemie ochrony zdrowia. Ale chcemy zaznaczyć, że przede wszystkim nie tylko samo wprowadzenie dodatkowej kary czy jej wymiar będą skuteczne, a – co zostało poruszone wcześniej – przede wszystkim nieuchronność tej kary, kiedy napastnik albo ogółem społeczeństwo wie, że w przypadku napaści na personel medyczny ta kara będzie nieuchronna.

Dlatego cieszymy się oczywiście z wprowadzenia przyspieszonego trybu w tych przypadkach, ale nadal chciałbym zwrócić uwagę, że pod względem kampanii społecznych i świadomości naszego środowiska... Środowisko pracując na przykład na izbach przyjęć, na SOR obawia się przede wszystkim tego, że jeżeli zgłosi jakąkolwiek szkodę albo agresję, zanim dojdzie do tragedii, to nie zostanie to rozpatrzone w sposób przede wszystkim skuteczny i bezpieczny dla medyków i dla pacjentów.

Chcielibyśmy więc zwrócić uwagę na to, że my, jako środowisko medyczne, nie możemy niestety w nieskończoność czekać na to kolejne ruchy całej maszyny biurokratycznej, ponieważ – tak jak zostało zauważone wcześniej – 1 stycznia został zabity ratownik medyczny podczas wykonywania swoich czynności, 29 kwietnia podczas pracy w poradni został zamordowany lekarz, 1 maja pielęgniarka została okaleczona i pobita w pracy. Więc jak widzimy, przez ostatnie pół roku, drodzy państwo, nie było ani jednego miesiąca bez zgłoszenia przejawów jawnej agresji w stosunku do personelu medycznego. Mówię to też jako lekarz, który jeszcze tydzień temu pełnił dyżur na własnym oddziale, konsultując pacjentów na SOR i razem z koleżanką musiałem uspokajać i narażać się na agresję niektórych pacjentów pod wpływem substancji psychoaktywnych, ale też na przykład rozjuszonych ze względu na oczekiwania na oddziale ratunkowym.

Drodzy państwo, ta koleżanka, która była w tym samym momencie narażona na tę agresję, półtora roku temu była duszona przez pacjenta. Półtora roku temu również oczywiście to zgłosiła, teraz walczy w sądzie o swoją rację, ale nadal walczy. Chcę zwrócić uwagę, że półtora roku temu kobieta została w taki sposób potraktowana przez pacjenta, niosąc mu pomoc – przecież dlatego się zgłosił na szpitalny oddział ratunkowy. Teraz musi walczyć o to, żeby udowodnić swoją rację.

Drodzy państwo, kto z państwa wyobraża sobie, że idzie do pracy ze świadomością, że dzisiaj może być duszony, ugodzony nożem albo w jakikolwiek inny sposób znieważony? Tak wygląda codzienność tak naprawdę w polskich szpitalach. Drodzy państwo, do takich sytuacji nie powinno dochodzić, dlatego tak ważne są postulaty o wprowadzeniu przede wszystkim nieuchronności kary, co powinno poprawić sytuację bezpieczeństwa medyków, którzy odzyskają zaufanie przede wszystkim do wymiaru sprawiedliwości.

Chciałbym również powiedzieć, dlaczego mówimy o tych zmianach, które w nieskończoność wprowadza biurokracja. Ze względu na to, że my – tak jak zwróciłem uwagę – przez ostatnie pół roku narażając się na całą tę agresję, widzimy, że każdy dzień opóźnienia we wdrożeniu

jakichkolwiek zmian dla bezpieczeństwa medyków może działać na szkodę czyjegoś zdrowia, oby nie życia.

Droży państwo, chcę też zaznaczyć, że jako społeczeństwo nie potrzebujemy kolejnej tragedii, żeby po prostu zrozumieć i przyjąć taką prostą prawdę, tak jak zostało powiedziane wcześniej, że bezpieczeństwo medyka to jest bezpieczeństwo pacjenta. Dodam też do tego, że bez medyka nie będzie żadnego leczenia w szpitalach, więc nie możemy pozwolić sobie w żadnym wypadku na to, żeby medycy byli wypaleni, narażeni albo, co najgorsze, zabici podczas wykonywania swojej pracy, niosąc pomoc ludziom. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję za ten głos, myślę, że... Ja widzę te wszystkie zgłoszenia i oczywiście głosu udzielię.

Chciałem tylko dodać taki krótki komentarz, że przynajmniej ja i wielu z nas ma poczucie... Widzimy to, co dzieje się w naszym kraju, tę agresję, która narasta nie tylko jeżeli chodzi o system ochrony zdrowia, ale pojawia się w różnych miejscach. Pan zapytał, czy czujemy, czy myślimy, że ktoś nas kiedyś pobije, udusi, poddusi. Na tej sali są osoby, które były dosyć brutalnie potraktowane, pełniąc swój mandat poselski. Więc to się zdarza w różnych miejscach niestety. I po części my, jako politycy, ponosimy za to odpowiedzialność, dlatego staramy się nad tym jakoś zapanować, stąd dzisiejsze posiedzenie podkomisji czy w ogóle nasze dyskusje.

Szanowni państwo, widziałem, ale gdybyście państwo pozwolili, pani poseł Wicha chciałaby krótko zabrać głos. Ponieważ jest posłanką i członkinią Komisji Zdrowia, to oddam głos. I zaraz do państwa wracam. Dobrze? Bardzo proszę, pani poseł.

Posel Joanna Wicha (Lewica) – spoza składu podkomisji:

Bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Przepraszam za spóźnienie, ale byłam na innej komisji niestety.

Proszę państwa, choć nie byłam od początku, to mam nadzieję, że nie będę się powtarzała. Chciałam poruszyć parę kwestii, które wybrzmiały również na specjalnej konferencji zorganizowanej w Senacie dotyczącej m.in. tak naprawdę pomocy psychologa dla medyków. Ale oprócz tego wybrzmiała też kwestia przemocy wobec zawodów medycznych. Ja mam dosyć duże doświadczenia, jeśli chodzi o obserwację takich zachowań, bo 37 lat pracowałam w szpitalu jako pielęgniarka. W związku z tym chciałam się podzielić kilkoma punktami.

Po pierwsze, ochrona w szpitalu. Oczywiście to jest problem, który bardzo często jest pomijany. Panowie ochroniarze, bo głównie są to panowie, czasami zdarzają się panie, są to zwykle państwo już w wieku emerytalnym albo zbliżającym się do wieku emerytalnego, którzy ochraniają zarówno personel, jak i pacjentów, jak również rodziny, które ich odwiedzają. I podkreślam to za każdym razem, kiedy toczy się taka dyskusja. Oczywiście nie chcę odbierać seniorom prawa do podejmowania dodatkowej pracy na emeryturze, ale akurat w tym przypadku uważam, że powinniśmy zmienić te standardy. Takie funkcje powinni podejmować po prostu młodzi, silni ludzie. Na dodatek powinni mieć również przeszkolenie z odpowiedniego pełnienia tej funkcji, żeby w sytuacji zagrożenia potrafili zareagować, kiedy zdarza się czy agresywny pacjent, czy agresywny odwiedzający, czy ktokolwiek inny, kto się pojawia w przestrzeni szpitala.

Nie zawęzałabym również przebywania takiej osoby tylko i wyłącznie do miejsca, gdzie się wchodzi do szpitala. Może to zabrzmieć niedobrze, ale też nie mówię o jakimś totalitaryzmie, czyli wprowadzaniu Policji do szpitala, bo tego bym nie chciała. Natomiast tacy panowie czy panie ochroniarze powinni się po prostu przechadzać po korytarzach szpitalnych po to, żeby byli widoczni, po to, żeby osoby, którym przychodzi do głowy jakaś agresja, miały z tyłu głowy, że w tym szpitalu jest ktoś, kto zareaguje w sytuacji, kiedy oni zachowują się agresywnie. Oczywiście, jak ktoś jest pobudzony, pod wpływem alkoholu czy z różnych innych powodów, to prawdopodobnie nie będzie na to patrzył racjonalnie, ale zawsze będzie to dodatkowe zabezpieczenie.

Kolejna rzecz: sanitariusze na oddziałach psychiatrycznych, neurologicznych, tam, gdzie często są pacjenci pobudzeni. Niby wszyscy wiemy, że tacy sanitariusze powinni być, ale na koniec dnia się okazuje, że jest na przykład jeden sanitariusz na dwa oddziały – na neurologię i na psychiatrię. I tak naprawdę kiedy coś się dzieje, to on nie wie, w którą stronę ma się udać.

Jest taki przepis, to znaczy był jeszcze w czasach, kiedy ja pracowałam w szpitalu, czyli dokładnie dwa lata temu, że w ramach tzw. poprawności i nietykalności pacjenta – mówię akurat o pacjentach pediatrycznych, bo pracowałam na oddziale dziecięcym – nie można wobec pacjenta użyć siły fizycznej, w takim grubym cudzysłowie. Oczywiście jest to absolutnie zrozumiałe, że nie wolno siły fizycznej używać, ale chodzi o przytrzymanie pacjenta w czasie pobierania krwi. W którymś momencie panie pielęgniarki zabiegowe i w ogóle pielęgniarki dostały, podpisywały nawet takie zobowiązanie, że nie mogą przytrzymywać pacjenta. Ja teraz pytam, jak pobrać krew u dziecka, które się wyrывa, które po prostu nie chce tego pobierania krwi, bo się boi, a jednocześnie nie można tego pacjenta w żaden sposób przytrzymać?

Kiedyś było tak, że po prostu sadzało się dziecko na kolanach i się go przytrzymywało – jedna pielęgniarka przytrzymywała, druga pobierała krew. Teraz to jest niemożliwe, proszę państwa. To znaczy za zgodą rodzica, jeśli rodzic wyrazi zgodę – tak, ale jeśli rodzic nie wyrazi zgody i zobaczy taką sytuację, może podać personel medyczny do sądu, zaskarżyć takie zachowanie jako przemoc wobec ich dziecka. Jest to o tyle trudne, że bardzo często ci rodzice, tacy, którzy najbardziej chcą takie rzeczy zgłaszać, sami założą rękę na rękę i tylko obserwują, co się dzieje. Nie pomogą, ale mają bardzo wielkie pretensje o to, że ta cała procedura odbywa się źle. Ja to mówię po prostu z doświadczenia, bo wiem, jak to wyglądało.

Już ostatnia rzecz: przemoc słowna. Proszę państwa, przemoc to nie tylko przemoc fizyczna, ale również przemoc słowna. Mam na myśli i jak najbardziej chciałabym się zgodzić ze słowami pana... Przepraszam, zapomniałam nazwiska.

Członek RMN Marek Rutka:

Marek Rutka.

Posel Joanna Wicha (Lewica) – spoza składu podkomisji:

Pana Rutki. Przepraszam cię, Marku, emocje.

Takie osoby, które pracują w zawodach medycznych, jak najbardziej powinny mieć status osoby publicznej po prostu, funkcjonariusza publicznego.

Również jedną z kategorii przemocy powinna być agresja słowna. Proszę państwa, z jakim hejtem spotykają się pracownicy i pracownice medyczne, to państwo świetnie wiecie, bo jesteście z tego świata. Czasami naprawdę to jest bardzo trudne do zniesienia. Jeszcze przy tym wszystkim nie ma pomocy psychologicznej. Bo, jak dobrze wszyscy wiemy, w szpitalach nie ma pomocy psychologicznej – to jest kolejny problem – dedykowanej pracownikom medycznym. A nawet jak jest, to się odsyła do psychologa, który jest dedykowany na przykład pacjentom. Wyobraźcie sobie sytuację, kiedy ja jako pielęgniarka idę do psychołóżki, która jest moją koleżanką, którą zapraszam do swoich pacjentów. To się po prostu kupy nie trzyma. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo, pani poseł, dziękuję za ten głos.

Po kolei: najpierw pani, później pan profesor i potem przechodzimy do drugiego rzędu. Wasze dwa głosy również widzę, za chwilę do nas wróć. Bardzo proszę.

Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak:

Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Ja chciałabym się upomnieć o psychologów. Wśród zawodów medycznych, wśród personelu medycznego nie zostali ani razu wymienieni psychologowie, którzy pracują z pacjentami tak naprawdę sam na sam, za zamkniętymi drzwiami i są z nimi przez długi czas, ponieważ nasze badania diagnostyczne bardzo często są niewidoczne dla pozostałych. Pracujemy w różnego rodzaju poradniach, poradniach seksuologicznych i patologii współżycia, w poradniach zdrowia psychicznego, które są ulokowane w różnych miejscach, najczęściej w szpitalach. To są dziwne miejsca gdzieś za rogiem, gdzieś na strychu albo prawie w piwnicy. Nie ma dostępu... Na przykład w szpitalu, w którym pracowałam, poradnia patologii współżycia, do której przychodzili na badania psychologiczne przestępcy seksualni, była ulokowana razem z poradnią patologii noworodka.

Takie sytuacje są i my, jako psychologowie... Pracujemy z różnego rodzaju pacjentami, którzy są i zaburzeni, i chorzy psychicznie, i z zaburzeniami osobowości, którzy godzą się na badania diagnostyczne bądź też nie godzą się na takie badania. Ich zachowania w stosunku

do nas, psychologów, są różne. Myślę, że każdy z nas mógłby opowiedzieć swoje historie o tym, jak pacjent siedząc na krześle, mówi: „A co by się stało, gdybym panią na przykład zabił?”.

Ale jeszcze chciałabym poprzeć głos ani poseł, która zwróciła uwagę na firmy ochroniarskie. Rzeczywiście w szpitalu, kiedy skradziono czy wykradziono pacjentkę – dwóch panów przyszło, wzięło ciężarną pacjentkę z porażeniem mózgowym, z ciążą obumarłą i przerzuciło przez płot – to firma ochroniarska po prostu uciekła. Panowie emeryci, do tego jeszcze z grupami niepełnosprawności... Wiem, dlatego że przecież sama badam pacjentów, którzy przychodzą po orzeczenie psychologiczne, gdyż będą składali swoje zaświadczenia przed komisją do spraw orzekania stopnia niepełnosprawności, bo właśnie pracują w firmie ochroniarskiej. Chciałabym zwrócić na to uwagę. Mówimy o monitorowaniu, ale mówimy też o kadrze, która ma nas ochraniać, a tak naprawdę nas nie ochrania.

Prosiłabym o uwzględnienie psychologów w grupie osób narażonych na agresję bądź też zagrożenie ze strony pacjentów.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Dziękuję bardzo.

Chciałem tylko dodać, że od jutra zaczynamy pracę, chyba pierwszy raz, nad ustawą dotyczącą zawodu psychologa. Może tam też jest miejsce na dyskusję na taki temat, który pani dzisiaj proponowała. Więc proszę o takie wnoszenie... Jutro jest pierwsze czytanie – dobrze mówię – to bardzo proszę, żeby mieć to na uwadze, bo będzie też na pewno przestrzeń do takiej dyskusji. Bardzo dziękuję za ten głos.

Panie profesorze, bardzo proszę, oddaję panu głos.

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw psychiatrii sądowej Janusz Heitzman:

Janusz Heitzman, pełnomocnik ministra zdrowia do spraw psychiatrii sądowej, Polskie Towarzystwo Psychiatrii Sądowej i Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Panie przewodniczący, szanowne panie i szanowni panowie posłowie, bardzo się cieszę z tych głosów. Muszę powiedzieć, że w tej chwili zaangażowanie Ministerstwa Sprawiedliwości i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji jest dostrzegane i ważne. Natomiast czy rzeczywiście musimy patrzeć na to tylko od strony środków ochrony prawnej? Na pewno tak. Niezwykle istotne jest potraktowanie tych ataków na pracowników zawodów medycznych... Do zawodów szczególnego ryzyka zaliczam oczywiście psychologów, bo tego nie da się wyłączyć i wykluczyć, nie chodzi tylko o ratowników i lekarzy, ale również o psychologów, pielęgniarki, sanitariuszy itd.

Szczególne ryzyko wynika z tego, że z osobami, z którymi pracujemy, musimy umieć rozmawiać, wiedząc równocześnie, że oni mogą być w różnym stanie psychicznym, nie tylko – tak jak mówił pan poseł – pod wpływem alkoholu, środków psychoaktywnych, ale również pod wpływem cierpienia, bólu, traumy i wszystkich obciążeń, które powodują, że musimy patrzeć na nich nieco inaczej, nie jak na przestępców, którzy chcą nas od razu zaatakować. To nie jest tak, że lekarz, każdy pracownik medyczny ma się bać swojego pacjenta. Musimy umieć rozmawiać również z osobami, które potencjalnie mają prawo do tego, żeby być wściekle, niezadowolone, bo ich wszystko boli, bo mają poczucie krzywdy, że ich dotknęła choroba.

W związku z tym z naszej strony, tj. ze strony psychiatrów, ze strony psychologów, podejmujemy działania, które mają uczyć rozładowywania agresji. Ja tego typu zajęcia i szkolenia prowadzę nie tylko zresztą w środowisku medycznym, ale również zwraca się do mnie na przykład związek zawodowy policjantów. Nie chodzi o to, żeby nauczyć ich odpowiadać siłą na siłę, ale żeby wiedzieli, co to jest przestrzeń osobista, jakim tonem rozmawiać z osobą agresywną, w jaki sposób rozmawiać, jak się wycofywać z różnych interakcji. Bardzo często to jest też sztuka negocjacji.

Trzeba powiedzieć, że wiele przyczyn agresji źródło ma w braku edukacji, braku edukacji w każdym obszarze zawodowym, ale przede wszystkim w braku edukacji wśród ludzi młodych w szkołach, co to znaczy rozładowywać sytuacje konfliktowe, jak sobie radzić z sytuacją konfliktową bez użycia przemocy, jak rozładowywać agresję między sobą, jak umieć rozmawiać, jak przedstawiać swoje racje. Wielu sytuacji by się wtedy uniknęło.

Nie tak dawno pod Warszawą prowadziłem szkolenie dla 300 lekarzy interdyscyplinarnych właśnie na temat, jak sobie radzić z agresją w pracy, w pracy medycznej, w POZ i nie tylko. Byli tam w większości psychiatrzy, których zapytałem: „Ilu z państwa było narażonych na przemoc?”.

Wszyscy podnieśli ręce, wszyscy. Więc spytałem: „Dobrze, a werbalna?” – wszyscy. „Fizyczna?” – około połowy. To znaczy, że 50% z 300 osób, czyli 150 osób, doznało przemocy fizycznej. Jakiej? Popchnięcie, szarpnięcie, oplucie (najczęściej jest plucie), siniaki na rękach.

Dwa miesiące temu na podkomisji dostaliśmy informację, że w Koszalinie pani lekarz psychiatra w gabinecie została pobita przez pacjenta, miała rozbitą laptopem głowę i złamaną rękę. To jest sytuacja szczególna, ale nie możemy też z tego wyciągać wniosku, że wszyscy pacjenci psychiatryczni są agresywni. Tak nie jest. Na pewno tak nie jest. Nie możemy też zajmować się tym, żebyśmy idąc do pracy, wyposażali się w kamizelki nożo-odporne, gaz pieprzowy, paralizatory o niskim napięciu – czytałem w tych materiałach, że takie były próby – czy w jakieś inne środki fizycznej ochrony osobistej. Brakuje tylko psów służbowych w szpitalach. Nie tędy droga. Umiejętność rozładowywania agresji powinna być w programie studiów medycznych, a tego nie ma. To jest też do nas taki... My sami też musimy podejmować szereg działań edukacyjnych.

Pan doktor pytał, czy idziemy do pracy, myśląc, że zostaniemy zabici. To zależy, z kim się pracuje. Ja 44 lata pracuję jako lekarz psychiatra, w tym 40 lat jako psychiatra sądowy. Wyroków śmierci albo grózb, że mnie ktoś zabije, miałem przynajmniej kilkanaście, bo opiniuję głównie zabójców, i to takich potrójnych: „Nie doczekasz. Ja wyjdę, to ciebie, twoją rodzinę, twojej dzieci... Ty już nie żyjesz”. Takie sytuacje wielokrotnie przeżywałem.

Pan doktor Wrona z Naczelnej Izby Lekarskiej mówił, że najważniejszą kwestią w tej chwili jest przyzwolenie na hejt, na poniżanie, na naruszanie godności, na bezpodstawne oskarżanie. Jeżeli lekarz, psycholog czy inny pracownik medyczny chce to zgłosić, to dostaje bardzo często komunikat: „Przecież pan wie, z kim pan pracuje. Przecież pan wiedział, na co się pan godzi. Idzie pan do pracy szczególnego ryzyka”.

W odniesieniu jeszcze do słusznej uwagi i pytania pana posła Cieszyńskiego, czy robić listę osób agresywnych, mnie się wydaje... W Stanach Zjednoczonych jest tak, że każdy atak na policjanta jest zaznaczony w kartotece i wyświetla się czerwone kółeczko. Jeżeli byśmy tam dodali każdy atak na funkcjonariusza publicznego, obszar szczególnego ryzyka, tobyśmy byli bardziej przygotowani. To nie chodzi o to, żeby ubierać się w zbroję, jadąc do takiego domu z przemocą, ale żeby być przygotowanym, być może na taką interwencję wziąć negocjatora, który umie rozmawiać z pacjentem, który umie nawiązać kontakt, który tę agresję potrafi zmniejszyć. Nie chodzi o to, żebyśmy się zbroili, tylko chodzi o to, żeby tego nie było – tej szczególnej agresji.

Na koniec jeszcze kolejna kwestia: Czy rzeczywiście pacjent agresywny ma poczucie takiej bezkarności? Myślę, że to też od nas zależy. Myślę, że konieczna jest akcja uświadamiająca, być może nie tyle monitoring, ale powinny być jakieś informacje, że pracownik medyczny jest funkcjonariuszem publicznym. To już wystarczy. To już jest jakaś prewencja, to jest taka dyskretna nauka, w jaki sposób można być potraktowanym, jeżeli się przekroczy pewne granice. A tak jak powiedziałem na początku, to przekraczanie granic przez pacjenta bardzo często jest też spowodowane jego cierpieniem. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję, panie profesorze.

Bardzo proszę o głos.

Radca prawny Biura Rzecznika Praw Lekarza Sebastian Stykowski:

Doktor nauk prawnych Sebastian Stykowski, reprezentuję Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie, Biuro Rzecznika Praw Lekarza.

Szanowni państwo, w pierwszej kolejności chcę wskazać... Chcę oczywiście podziękować, myślę, jak wszyscy ze środowiska lekarskiego za zaostrenie tych przepisów. Przy czym to nie jest rozwiązanie tak naprawdę tego, co ma miejsce. Przypomina mi się taki cytat jednego sędziego, który wskazywał, że nawet najbardziej surowy przepis, najbardziej doprecyzowany nie zastąpi myślenia i mądrego stosowania tych przepisów.

Dlaczego o tym mówię, szanowni państwo? Tu zwracam się do Ministerstwa Sprawiedliwości, żeby oczywiście też zauważyło ten problem. Moi przedmówcy, panowie doktorzy, wskazywali, że problem jest już na poziomie kwalifikacji danych przestępstw. Szanowni państwo, art. 44 ustawy o zawodach lekarza definiuje, że lekarz w określonych przypadkach może mieć ochronę przysługującą funkcjonariuszowi publicznemu. I tu się zaczyna problem.

Dlaczego organy ścigania, właściwie funkcjonariusze Policji, prokuratury nie stosują z urzędu tego artykułu?

Nie chcę im oczywiście zarzucać złej woli, tylko może brak jakiejs wiedzy, szkolenia – tak jak tu panowie doktorzy wskazywali – czy świadomości tego, że w danych sytuacjach lekarz może skorzystać z tej ochrony, a prokurator czy policjant w zakresie czy to naruszenia nietykalności cielesnej, czy to zniesławienia, znieważenia powinien zastosować przepisy z urzędu i wszcząć postępowanie z urzędu. Bo tym się różni zniesławienie... Każdy z nas, jeżeli zostanie zniesławiony przez drugą osobę, może wnieść w trybie prywatnoskargowym... Może iść na Policję i złożyć zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa. Wtedy prokurator tak naprawdę co do zasady nie ma z tym nic wspólnego.

A w ochronie zastrzonej, jeśli chodzi o funkcjonariuszy publicznych, polega to na tym, żeby właśnie nie ten medyk chodził na komendę i przebiegał się przez Policję, przez prokuraturę, tylko żeby organy ścigania z urzędu wszczynały te postępowania i badały – oczywiście wzywając na przesłuchanie danego lekarza czy medyków – czy doszło do naruszenia przepisów. To jest bardzo ważne.

Taki apel do Ministerstwa Sprawiedliwości, żeby szkolić osoby, które stosują te przepisy, bo niestety, szanowni państwo, z mojej praktyki, tak jak i z praktyki pana doktora Wrony z Naczelnej Izby Lekarskiej wychodzi, że prokuratorzy czy policjanci kompletnie nie stosują tego przepisu, jeśli chodzi o funkcjonariuszy publicznych. A wręcz niestety muszę przytoczyć taki przykład, żeby działał na wyobraźnię – w przypadku na przykład zniesławienia, kiedy pacjent wypisywał na znanym portalu społecznościowym, że lekarze to mordercy w kitlach i należy im się tylko jedna droga – tak jak pan doktor Wrona wskazał i ja też miałem taki przypadek – odmówiono wszczęcia postępowania

W uzasadnieniu wskazywano, że taka osoba, pojedynczy lekarz może sam pójść i złożyć zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa. Co ciekawe, w takim uzasadnieniu pojawiła się informacja, że to nie leży w interesie publicznym, to jest najgorsze. Zgadza się więc z tym, że należy szkolić, należy edukować, ale też funkcjonariuszy. Bo może nie do końca to jest ich wina. Musimy trochę przestawić ich na określone tory. To jest pierwsza kwestia, jeśli chodzi o status lekarza jako osoby, która korzysta z przysługujących uprawnień funkcjonariusza publicznego.

Dzisiaj rozmawiałem... Cieszę się, że poruszyliście państwo temat szpitali psychiatrycznych. Tam rzeczywiście, biorąc pod uwagę specyfikę tej dziedziny medycyny, pojawia się więcej tej agresji, dlatego że tam na przykład na izby przyjęć przyjeżdżają osoby, które są nietrzeźwe, pod wpływem narkotyków, czyli środków odurzających. Dlatego rzeczywiście należy zwrócić na to uwagę i należy też o tym na pewno mówić i dyskutować.

Idę w tym kierunku i myślę, że samorząd zawodowy też dąży do tego, żeby jednak te szkolenia, ale już młodych lekarzy, na stażu podyplomowym... Zwracam się do Ministerstwa Zdrowia. W ramach ramowego programu stażu podyplomowego nie we wszystkich, ale w danych dziedzinach medycyny, jak psychiatria czy też właśnie ratownictwo... Chodzi o to, żeby wprowadzić do programów szkoleniowych, po pierwsze, deeskalację agresji, bo to często można na poziomie podstawowym zdeeskalować. Po wtóre, ważne, żeby lekarz w ogóle miał świadomość, jakie ma prawa i co może zrobić w danej sytuacji, czyli należy wyrobić w nim automatyczne mechanizmy. A po trzecie chodzi o to, żeby lekarz miał poczucie, że jeżeli rozmowa zawiedzie, to stoi za nim prawo, stoją za nim organy ścigania, które będą go wspierały w miejscu pracy. I to jest, myślę, ważne.

Dzisiaj spotkałem się z lekarzami ze szpitali psychiatrycznych. Razem z rzecznikiem praw obywatelskich, rzecznikiem praw pacjenta mieliśmy długą rozmowę na temat bezpieczeństwa w psychiatrii. Jest problem, szanowni państwo. Na pewno ta nowelizacja to jest jakiś element zmiany, jak najbardziej dobry element, ale żeby on zadziałał, musi być połączenie jeszcze innych rozwiązań. I myślę, że my, specjaliści, oraz doświadczone osoby, tak jak na przykład pan doktor Wrona, jesteśmy za tym, żeby współpracować i szukać rozwiązań z organami administracji rządowej. Dziękuję państwu.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo serdecznie panu dziękuję.

Proszę uprzejmie, pan ma głos.

Naczelnik Wydziału ds. Legislacyjnych i Ustrojowych w Zespole Prawa Karnego Biura Rzecznika Praw Obywatelskich Piotr Zakrzewski:

Piotr Zakrzewski, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.

Proszę państwa, dyskutowaliśmy dzisiaj o projekcie UD223. To jest projekt nowelizujący Kodeks karny w zakresie m.in. podniesienia kar. Zgodzimy się... Cieszę się z tych głosów medyków, że podniesienie kar niekoniecznie jest im potrzebne, bo gdy kara jest do trzech lat pozbawienia wolności, a będzie do pięciu, to – nie szukamy się – to nie zmieni nic więcej. W związku z tym taka kosmetyka, którą można byłoby zauważyć przy działaniach afektywnych – byśmy powiedzieli – jako reakcję na zdarzenia społeczne, nie jest dobrym mechanizmem tworzenia prawa.

Wywodzę się z Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, tam jest wydział medyczny. Rozmawiałem z medykami i oni zapytali mnie: „Co zrobić, jak mam agresywnego pacjenta? Nie wtedy, jak go skazają na trzy, na pięć lat itd., tylko co ja mam zrobić wtedy, kiedy mam tę sytuację?”. No i tu jest jeden postulat już od lat zgłaszany przez rzecznika, to znaczy mamy ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, art. 18 tej ustawy – stosowanie środków przymusu bezpośredniego poza placówkami, które świadczą usługi w ramach tej ustawy. Na razie ten przepis nie pozwala na tego typu sytuacje. To znaczy trzeba wezwać do takiego pacjenta ratowników medycznych, którzy udzielają świadczeń medycznych z tej ustawy, żeby można było takiego pacjenta zaopiekować. Medycy, którzy pracują w szpitalu, który nie świadczy tego typu usług z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, nie mogą tego zrobić.

Tu pojawia się szara strefa, to znaczy szara strefa polegająca na tym, że taki medyk zastanawia się, czy może na przykład samodzielnie takiego pacjenta zabezpieczyć poprzez użycie środków farmakologicznych. Być może rozwiązaniem, żeby ta szara strefa się nie pojawiała, byłoby rozszerzenie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego na sytuacje niezwiązane bezpośrednio ze świadczeniem medycznym związanym z zaburzeniami psychicznymi. Chodzi o użycie środków przymusu bezpośredniego. To jest postulat zgłaszany do Ministerstwa Zdrowia już jakiś czas. I to jest pytanie do Ministerstwa Zdrowia, czy ten postulat będzie podjęty i czy te prace będą prowadzone?

Druga rzecz jest taka. Proszę państwa, mamy art. 12 ustawy o zawodzie pielęgniarek i położnych, mamy art. 56 ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych i oczywiście art. 30 z ustawy o zawodach lekarza. I powstaje pytanie, czy lekarz może odmówić świadczenia medycznego w sytuacji, kiedy miałby go udzielić agresywnemu pacjentowi, którego zachowanie naraża tego lekarza na utratę życia albo zdrowia? Bo na to pytanie w kontekście art. 26 § 5 Kodeksu karnego nie ma dobrej odpowiedzi. Nie ma dobrej odpowiedzi, bo te przepisy wprost nie zezwalają lekarzowi na odstępianie od świadczeń medycznych.

Tu znowu jest pytanie do Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Sprawiedliwości również, bo będzie to dotyczyć Kodeksu karnego i kolizji obowiązków, czy tego typu rozwiązania są planowane? W sytuacjach, kiedy to świadczenie medyczne będzie planowe, to wiadomo, że może odstąpić, bo nie ma zagrożenia życia i zdrowia. Sytuacjami trudnymi są te, w których z jednej strony mamy zagrożenie życia i zdrowia pacjenta, jednakowoż pacjenta agresywnego, a z drugiej strony ochronę własnego życia, co więcej życia innych pacjentów, bo to też przecież musimy wziąć pod uwagę, oraz życia innych członków personelu medycznego, co też musimy wziąć pod uwagę na drugiej szali. Żaden z przepisów ustaw okołomedycznych, że tak nazwę je zbiorczo, nie pozwala lekarzowi na odstępianie od świadczenia medycznego.

Trzecia rzecz, która dzisiaj nie padła, to jest ochrona medyków – powiem tak szeroko – którzy pracują w niepublicznych albo w prywatnych ośrodkach. O tym w ogóle dzisiaj nie mówiliśmy. Przecież taki medyk w prywatnej klinice spotyka się z taką samą agresją jak medyk w państwowym szpitalu, a jemu ta ochrona nie przysługuje. W związku z tym to jest trzecie pytanie: Czy Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Sprawiedliwości zapewnią tym medykom ochronę? Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję.

Tylko bardzo proszę krótko, bo mamy ograniczoną salę, a jeszcze będę chciał poprosić ministerstwo o krótką informację. Więc bardzo proszę tak...

Wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL Władysław Krajewski:

Bardzo krótko.

Droży państwo, chciałem tylko dodać do swojej wypowiedzi, że tak jak my wszyscy, pacjenci mają prawo do odczuwania negatywnych uczuć. Co więcej, nasze działania pokazują, że chcemy uświadamiać pacjentów, że jesteśmy z nimi, jesteśmy z pacjentami po jednej stronie. Tak samo każdego dnia doświadczamy niewydolności systemu, więc rozumiemy też pewne emocje naszych pacjentów. Ale chcemy jasno zaznaczyć, że to nie może być przyzwoleniem na jakiegokolwiek ataki, na agresję wobec pracowników ochrony zdrowia, niezależnie od emocji, stanu zdrowia czy innych pobudek napastnika. Właśnie dlatego środowiska medyczne postulowały i postulują o stosowanie nieuchronności kary przede wszystkim, bo przez lata takich tłumaczeń poszczególnych ataków na personel medyczny mamy obecną sytuację i dzisiaj właśnie dyskutujemy, w jaki sposób możemy poprawić bezpieczeństwo. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Dziękuję bardzo.

Mam pytanie, czy ktoś z ministerstwa jednego bądź drugiego chciałby zabrać głos jeszcze na koniec? Bardzo proszę, oddaję głos.

Dyrektor Departamentu Prawa Karnego Ministerstwa Sprawiedliwości Michał Hara:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący, Michał Hara, Departament Prawa Karnego Ministerstwa Sprawiedliwości.

Pozwolę sobie pokrótce odnieść się do kilku takich punktowych kwestii, które zostały podniesione, a później jednej bardziej przekrojowej. Po pierwsze, można było odnieść wrażenie z wypowiedzi pana doktora, że art. 44 ustawy o zawodzie lekarza jest niejako fakultatywny. Nie, jest stosowany zawsze, on po prostu aktualizuje się wtedy, kiedy mamy do czynienia z osobą, o której w tym przepisie jest mowa. Nie jest zależne od decyzji organów ścigania, czy on będzie stosowany, czy nie. Po prostu jest stosowany – to jest przepis bezwzględnie obowiązujący.

Radca prawny BRPL Sebastian Stykowski:

Powinien być.

Dyrektor departamentu MS Michał Hara:

Tak, zdecydowanie. Ale też trudno mi sobie wyobrazić, żeby prokurator był nieświadomy jego istnienia, aczkolwiek oczywiście różne mogą być permutacje.

Jeśli chodzi o kwestie zniesławienia, to funkcjonariusze publiczni nie korzystają ze szczególnej ochrony przed zniesławieniem, więc może stąd wynika ta kwestia, o której pan doktor wspomina. Zastosowanie znajdują tutaj ogólne przepisy dotyczące każdego obywatela. Art. 226 mówi o znieważeniu, a nie zniesławieniu.

Radca prawny BRPL Sebastian Stykowski:

Nie, ja powiedziałem: znieważenie albo zniesławienie, w tym kontekście.

Dyrektor departamentu MS Michał Hara:

To trzeba rozróżnić w takiej sytuacji, bo znieważenie jest inaczej penalizowane, a zniesławienie inaczej. Dotyczy to oczywiście wszystkich funkcjonariuszy publicznych. Mamy przecież odrębne przestępstwo z art. 223b, który penalizuje ujawnianie na przykład danych z życia funkcjonariusza, czyli w takim wypadku też medyka, bez jego zgody lub wiedzy.

Jeśli chodzi o kwestię tego, czy podnoszenie kar jest skuteczne, zgadzam się w pełni z panem doktorem. Nie, samo podnoszenie kar nie jest skutecznym środkiem zapobiegania przestępczości. Natomiast to, co proponujemy w tym projekcie UD223 – co, nawiasem mówiąc, jest świetnym numerem dla tego projektu, bo m.in. zmiany art. 223 są w nim przewidywane – to jest rozróżnienie przypadków ze względu na ich wagę.

Aktualnie art. 222 mówi wprost o naruszeniu nietykalności cielesnej tego funkcjonariusza bez rozróżnienia – z wyjątkiem odniesienia do przepisów ogólnych – jaki będzie skutek tego naruszenia. To może być po prostu popchnięcie czy splunięcie na taką osobę, co będzie traktowane jako naruszenie nietykalności cielesnej, a może być to tak silne uderzenie, że może spowodować wstrząśnienie mózgu i bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia. I o to chodzi. Nie o to, żeby po prostu wprost podnosić kary i taki populizm uprawiać, ale żeby rozróżnić te

wypadki właśnie ze względu na to, jakie mogą one mieć konsekwencje w postaci zagrożenia dla życia i zdrowia osoby pokrzywdzonej.

Natomiast jeśli chodzi o kwestię przekrojową, to mam czasami takie poczucie – może trochę nieuprawnione, bo ja patrzę z innej strony na to – że panuje przekonanie, że jeśli ktoś nie jest traktowany jako funkcjonariusz publiczny, to w ogóle nie podlega ochronie prawnej, a przestępstwa na jego szkodę nie są ścigane. Tak nie jest. Pamiętajmy, że katalog funkcjonariuszy publicznych określony w art. 115 Kodeksu karnego jest katalogiem zamkniętym i są to osoby, które występują w imieniu państwa: sędziowie, funkcjonariusze Policji i innych służb mundurowych czy chociażby posłowie. Te osoby reprezentują państwo. Zawód medyczny – lekarza, farmaceuty, ratownika medycznego czy pielęgniarza – takim zawodem ze swojej natury nie jest. Tak że w ogóle fakt, że ta ochrona została nadana analogicznie jak wobec funkcjonariusza publicznego, stanowi wyłom od ogólnej zasady, że szczególną kategorię przepisów stosuje się właśnie do tych przedstawicieli państwa.

Więc w tym zakresie chciałbym taki mīt, można powiedzieć, rozproszyć. To nie jest tak, że jeśli ktoś nie jest funkcjonariuszem, to w ogóle nie jest chroniony przez państwo. To nie jest prawda. Wszystkie te przepisy części ogólnej stosuje się tak jak do każdego innego obywatela. A zawodom medycznym w określonych sytuacjach jest nadany wyższy poziom ochrony właśnie ze względu na to, że oni w takich sytuacjach realizują konstytucyjny nakaz, który każe państwu chronić życie i zdrowie swoich obywateli. Zatem właśnie dlatego ten zakres jest do tych czynności ograniczony. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję.

Ad vocem, ale bardzo proszę bardzo krótko. Nie chcę zamykać tej dyskusji, tylko mamy ograniczenia techniczne.

Radca prawny BRPL Sebastian Stykowski:

Oczywiście, jak najbardziej.

Szanowni państwo, cieszę się, jak najbardziej podzielam stanowisko Ministerstwa Sprawiedliwości, że to nie jest fakultatywne. Po prostu w danej sytuacji przysługuje ochrona danej osobie, przysługuje ochrona jak funkcjonariuszowi publicznemu. Niestety takie sytuacje się zdarzają i mamy dosyć sporo postanowień o odmowie wszczęcia postępowania czy umorzeniu postępowania pod kątem tego właśnie, że w ogóle z urzędu nie zostało to powzięte. Prześlemy to oczywiście Ministerstwu Sprawiedliwości, żeby zapoznało się z argumentacją stosowaną przez prokuratorów. Myślę, że to też będzie dla państwa takim dobrym feedbackiem, jak to wygląda, nazwijmy to, na poziomie wykonawczym. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję za ten głos.

Szanowni państwo, stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpałmy porządek dzienny posiedzenia.

Zamykam posiedzenie podkomisji.

Bardzo dziękuję wszystkim za obecność. Chciałem też przeprosić w imieniu posłów i posłanek, że tak wchodziliśmy i wychodziliśmy, ale jest posiedzenie Sejmu, każdy z nas ma różne komisje, więc to nie jest brak szacunku dla was, tylko niestety inne obowiązki. Ale dziękuję za obecność, za dzisiejszą dyskusję na ten ważny temat. Do widzenia, wszystkiego dobrego.