



Warszawa, 13-06-2022 r.

**RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH**

**Marcin Wiącek**

**KMP.573.9.2022.KK**

**Pan**  
**Adam Niedzielski**  
**Minister Zdrowia**

**ul. Miodowa 15**  
**00-952 Warszawa**

Szanowny Panie Ministrze,

Rzecznik Praw Obywatelskich od 2008 roku sprawuje funkcję krajowego mechanizmu prewencji w rozumieniu Protokołu fakultatywnego do Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192) [dalej OPCAT, Protokół]. Zadania Rzecznika Praw Obywatelskich w tym zakresie wykonuje powołany w Biurze Zespół - Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (KMPT; Krajowy Mechanizm).

Zadaniem KMPT jest podejmowanie działań zmierzających do minimalizacji ryzyka zaistnienia tortur lub niehumanitarnego albo poniżającego traktowania. Krajowy mechanizm prewencji uprawniony jest do regularnego sprawdzania sposobu traktowania osób

---

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich  
al. Solidarności 77  
00-090 Warszawa

Tel. centr. (+48 22) 55 17 700  
Infolinia obywatelska 800 676 676  
biurorzecznika@brpo.gov.pl  
bip.brpo.gov.pl

pozbawionych wolności w miejscach zatrzymań, za które w świetle art. 4 ust. 1 OPCAT uznaje się jakiegokolwiek miejsce pozostające pod jurysdykcją i kontrolą Państwa Strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem. Z kolei pozbawienie wolności oznacza jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej (art. 4 ust. 2 OPCAT).

Na podstawie art. 19 pkt b OPCAT, Rzecznik Praw Obywatelskich zobowiązany jest do przedstawiania rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków osób pozbawionych wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie normy Organizacji Narodów Zjednoczonych.

Podstawowym założeniem, na którym opiera się OPCAT jest współpraca krajowych mechanizmów prewencji z władzami. Adresaci do których RPO kieruje swoje uwagi i rekomendacje w zakresie prewencji tortur, powinni poddać je analizie i podjąć konstruktywny dialog w kierunku możliwości ich implementacji, zgodnie z art. 22 Protokołu.

Wśród wizytowanych przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur placówek znajdują się m.in. domy pomocy społecznej, placówki całodobowej opieki oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze.

Wizytując te miejsca pozbawienia wolności Krajowy Mechanizm zaobserwował praktykę stosowania wobec pensjonariuszy nieuregulowanych w przepisach prawa niestandardowych form opieki polegających na: zakładaniu pasów na ręce czy też skarpetek na dłonie mieszkańca w celu uniknięcia dotykania miejsc chorobowo zmienionych, przywiązywaniu mieszkańców za rękę paskiem do łóżka w celu zapobieżenia wypadnięciu lub wyrwaniu przezskórnej endoskopowej gastrostomii (tzw. PEG-a), zabezpieczaniu przed upadkiem oraz osunięciem się osób mających trudności z utrzymaniem pozycji siedzącej za pomocą ręczników, prześcieradeł, pasów

biodrowych lub rajstop przymocowywanych do foteli, krzeseł i wózków inwalidzkich, na których siedzą takie osoby.

W moim przekonaniu wszystkie wskazane wyżej przypadki ujawnione w trakcie wizytacji Krajowego Mechanizmu świadczą o istnieniu systemowego problemu stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim i jako takie nie zostały uregulowane w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>1</sup>, ale ograniczają faktycznie wolność osób poddanych ich działaniu, stwarzając tym samym ryzyko zbytnej i niekontrolowanej ingerencji w wolność jednostki. Wspomniane środki co prawda wykazują podobieństwo do użytego w art. 3 pkt. 6a w/w ustawy „przytrzymania” zdefiniowanego jako „doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej” oraz wymienionego w art. 3 pkt 6c „unieruchomienia” przez które ustawodawca rozumie „obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa”, jednakże w mojej ocenie nie mogą być uznane za środki przymusu bezpośredniego, szczególnie przez pryzmat przesłanek stosowania przymusu określonych na gruncie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Na gruncie obowiązujących przepisów prawa brakuje zatem regulacji i wytycznych, które określałyby przesłanki uzasadniające zastosowanie niestandardowych form zabezpieczania mieszkańców, procedurę stosowania zabezpieczeń oraz sprzęt stosowany do takich działań. Jak bowiem wynika z wizytacji przeprowadzonych przez KMPT, w trakcie stosowania niestandardowych form zabezpieczeń personel wykorzystuje przedmioty użytku codziennego, a tego typu sytuacje wymagają w mojej ocenie posługiwania się produktami specjalistycznymi posiadającymi odpowiednie atesty, dającymi gwarancję ich bezpiecznego stosowania wobec osób w podeszłym wieku i z niepełnosprawnościami. Ponadto bardzo rzadko fakt stosowania takich niestandardowych form zabezpieczeń jest odnotowywany w dokumentacji medycznej mieszkańca ze względu na brak wymogów w tym zakresie.

---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 685.

Dodatkowo zaznaczenia wymaga, że w większości przypadków z którymi spotkali się przedstawiciele KMPT, do stosowania niestandardowych środków zabezpieczających ze względu na brak regulacji w tym przedmiocie, nie były angażowane osoby dysponujące fachową wiedzą – lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Nie ulega wątpliwości, że to właśnie osoby posiadające wiedzę w zakresie specjalnych potrzeb niektórych podopiecznych placówek opiekuńczych i leczniczych, są w stanie zdecydować o potrzebie zastosowania takiego środka, czasie i warunkach jego stosowania oraz ewentualnych przeciwwskazaniach dla tego typu zabezpieczeń. Należy mieć także na uwadze wolę samej osoby, wobec której stosowane są takie niestandardowe zabezpieczenia. Jeżeli pensjonariusz jest w pełni świadomy, powinien mieć także możliwość wypowiedzenia się, co do sytuacji w której się znajduje i stosowanych wobec niego form opieki.

Uważam, że doprecyzowanie na gruncie ustawy opisanych powyżej elementów, pozwoli na ujednoczenie praktyki w placówkach opiekuńczych i uniknięcie ewentualnych rozbieżności interpretacyjnych dotyczących stosowania prawa, w szczególności oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni, czy też nie. Celem nowej regulacji powinno być także stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańców oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu.

Podkreślenia wymaga fakt, że w całym procesie opiekuńczym w którym znajduje się osoba wymagająca zastosowania szczególnych form opieki istnieją takie sytuacje, gdzie stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń jest niezbędne dla ochrony zdrowia i życia tego mieszkańca. Nie mniej jednak aby móc zastosować takie środki, które *de facto* ograniczają wolność jednostki należy przestrzegać przy tym szeregu gwarancji o charakterze proceduralnym i materialnym. Zgodnie bowiem z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i

praw. Nie można również zapominać o art. 2 Konstytucji, zgodnie z którym Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej.

W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego wskazuje się, że z wyrażonej w art. 2 Konstytucji zasady demokratycznego państwa prawnego wynika m.in. nakaz poprawnej legislacji, „to jest jasnego i zrozumiałego formułowania szczegółowych przepisów prawnych - konkretyzujących prawa i obowiązki obywateli, tak by zachowana była zasada zaufania do tworzonego prawa” (por. np. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 19 lutego 2008 r., sygn. P 48/06, OTK ZU nr 1/A/2008, poz. 4). Trybunał Konstytucyjny podkreślał także, że zasada określoności regulacji prawnych dotyczy w szczególności regulacji dotyczących podstawowych praw jednostki zagwarantowanych w Konstytucji. Zasada ta pozostaje w ścisłym związku z art. 31 ust. 3 ustawy zasadniczej, który ustanawia wymóg, aby ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych praw i wolności były ustanawiane w ustawie. Ustawa dotycząca praw i wolności konstytucyjnych musi jasno i precyzyjnie określać ograniczenia tych praw, tak aby adresat na podstawie samej tylko ustawy mógł zorientować się co do treści wszystkich istotnych ograniczeń swojego konstytucyjnego prawa lub wolności<sup>2</sup>. Ponadto Trybunał podkreślał, że art. 31 ust. 3 Konstytucji wskazuje trzy warunki, od których spełnienia zależy dopuszczalność ograniczenia korzystania z konstytucyjnych wolności i praw. Ograniczenia te po pierwsze - mogą być ustanowione tylko w ustawie, po drugie - mogą być ustanowione tylko wtedy gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla ochrony wskazanych wartości, a mianowicie: bezpieczeństwa lub porządku publicznego ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, wolności i praw innych osób, po trzecie - ograniczenia nie mogą naruszać istoty danej wolności lub prawa. Wymóg „konieczności w demokratycznym państwie” oznacza – zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego – nakaz zachowania zasady proporcjonalności<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Wyrok TK z 24.07.2013 r., Kp 1/13, OTK-A 2013, nr 6, poz. 83.

<sup>3</sup> Wyrok TK z 28.06.2000 r., K 34/99, OTK 2000, nr 5, poz. 142.

Na potrzebę uregulowania w ustawie stosowanych przez personel opiekuńczy niestandardowych środków zabezpieczenia wskazali również członkowie Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, opiniujący wprowadzoną przez jeden z zakładów opiekuńczo-leczniczych, procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki<sup>4</sup>.

W mojej ocenie pożądaną byłoby więc uregulowanie tej kwestii na poziomie ustawy, zgodnie ze standardami art. 31 ust. 3 Konstytucji.

Na przedmiotową kwestię zwrócił uwagę także Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), który w trakcie swoich wizytacji spotkał się z używaniem różnych mechanicznych środków służących zapobieganiu upadkom (pas na brzuch przymocowany do łóżka lub krzesła oraz barierki z jednej lub obu stron łóżka w nocy)<sup>5</sup> czy też „środków ograniczających ruch”, które obejmowały między innymi uniemożliwienie podopiecznemu opuszczenie oddziału poprzez zablokowanie wyjścia za pomocą kodu czy też przypięcie mieszkańców do wózka inwalidzkiego za pomocą pasów bezpieczeństwa oraz montaż szyn po bokach łóżka<sup>6</sup>. CPT wskazał także inne restrykcyjne praktyki w postaci specjalnej odzieży/środków mających na celu zachowanie bezpieczeństwa mieszkańców, takie jak kombinezony (jednoczęściowe wygodne ubrania noszone pod codziennymi ubraniami mieszkańców), kombinezony do spania (jednoczęściowa piżama zapinana na zamek błyskawiczny z tyłu), miękkie ochraniacze na kostki, szyny na nadgarstki i pasy oraz przymus fizyczny w postaci uchwytów ręcznych i ograniczeń środowiskowych, takich jak zamknięte drzwi<sup>7</sup>.

CPT opisując takie niestandardowe formy opieki wskazał na konieczność utworzenia przez władze państwowe centralnego rejestru stosowania środków ograniczających przemieszczanie się (oprócz wpisów w aktach osobowych mieszkańców). Ponadto

---

<sup>4</sup> Opinia Zespołu Ekspertów przy Krajowym Mechanizmie Prewencji Tortur z dnia 29 sierpnia 2019 r. Zob. również raport KMPT z wizytacji Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Warszawie, ul. Mehoffera 72/74, przeprowadzonej w dniach 28-29 marca 2018 r., KMP.573.5.2018.RK, pkt. 4.1. pt. Traktowanie pacjentów.

<sup>5</sup> Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 174.

<sup>6</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80.

<sup>7</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

podkreślił, że wpisy do rejestru powinny zawierać czas rozpoczęcia i zakończenia czynności, okoliczności sprawy, przyczyny zastosowania się do niej, nazwisko osoby, która ją zleciła lub zatwierdziła oraz pracowników, którzy brali w niej udział, opis wszelkich obrażeń odniesionych przez mieszkańców lub personel oraz czy środek został zastosowany za zgodą mieszkańca lub bez niej<sup>8</sup>. CPT podkreślił ponadto, aby za każdym razem, gdy środki ograniczające poruszanie się są stosowane bez ważnej zgody danego mieszkańca, były każdorazowo zlecane lub zatwierdzane przez lekarza po indywidualnej ocenie rezydenta<sup>9</sup>. Adekwatnie, takie rozwiązanie można byłoby przyjąć także do wszelkich innych niestandardowych form zabezpieczeń.

Należy mieć także na uwadze standardy międzynarodowe wskazujące na konieczność używania wyłącznie sprzętu specjalnie zaprojektowanego w celu ograniczenia szkodliwych skutków (najlepiej wyściełanych pasów z tkaniny), aby zminimalizować ryzyko odniesienia obrażeń i/lub cierpienia pacjenta<sup>10</sup>.

Warto również wskazać na Rekomendacje nr R(99)4 Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie zasad dotyczących ochrony prawnej niepełnosprawnych osób dorosłych<sup>11</sup>. Zgodnie bowiem z Zasadą 22 przywołanych Rekomendacji, jeżeli osoba dorosła, podlegająca środkowi ochrony, jest faktycznie zdolna do dobrowolnego i świadomego wyrażenia zgody na daną interwencję w dziedzinie zdrowia, interwencję można przeprowadzić tylko za jej zgodą. Zgoda powinna być uzyskana przez osobę uprawnioną do interwencji. Natomiast Zasada 24 wskazuje, że w prawie krajowym, zgodnie z odpowiednimi instrumentami międzynarodowymi, mogą zostać określone przepisy szczególne w odniesieniu do interwencji, które ze względu na swój szczególny charakter wymagają zapewnienia osobie zainteresowanej dodatkowej ochrony.

---

<sup>8</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 82.

<sup>9</sup> Tamże.

<sup>10</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Mołdawii, CPT/Inf (2020) 27, § 137; Raport CPT z wizyty na Cyprze, CPT/Inf (2018) 16, § 126; pkt. 3.3 Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu [CPT/Inf(2017)6].

<sup>11</sup> Zob. Rekomendacja nr R(99)4 Komitetu Ministrów Rady Europy z 23.02.1999 r. w sprawie zasad dotyczących ochrony prawnej niepełnosprawnych osób dorosłych; [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts\\_and\\_documents/Rec\(99\)4E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec(99)4E.pdf), [dostęp: 18.05.2022 r.].

W oparciu o standardy międzynarodowe podkreślenia wymaga także fakt, że w sytuacji w której osoba jest w pełni świadoma, państwo powinno zapewnić, że jakiegokolwiek środki przymusu osobistego stosowanego wobec osób starszych, powinny być stosowane za dobrowolną i świadomą zgodą osoby oraz jako proporcjonalną reakcję na ryzyko szkody<sup>12</sup>.

Z względu na rozbieżność stosowania opisanej wyżej praktyki w różnych instytucjach opiekuńczych i konieczność ochrony życia i zdrowia osób tam umieszczanych, a także kierując się potrzebą minimalizacji ryzyka zaistnienia tortur lub niehumanitarnego albo poniżającego traktowania, zwracam się do Pana Ministra z prośbą o zajęcie stanowiska w przedstawionej sprawie oraz rozważenie podjęcia działań zmierzających do uregulowania przedstawionego zagadnienia na poziomie ustawowym.

Z wyrazami szacunku

Marcin Wiącek  
Rzecznik Praw Obywatelskich  
/-podpisano elektronicznie/

---

<sup>12</sup> Zob. Zasada 40, Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich z 19.02.2014 r. w sprawie promocji praw osób starszych; <https://www.refworld.org/docid/53fdc73e4.html>, [dostęp: 18.05.2022 r.].