



Warszawa, 26-03-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.573.26.2024.RKU

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego, działającego w Centrum Opieki
Stacjonarnej „MAXMED 1” w Koninie przy ul. Południowej 3**

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

1. Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)¹.

2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)² i krajowe mechanizmy prewencji. W Polsce funkcję krajowego mechanizmu prewencji wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą funkcjonującego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)³.

3. KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa-strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie

¹ Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim: Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).

² Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies>.

³ Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1264).

polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „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 jakiejkolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁵.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urzędzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁶. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁷. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁸.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁹. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności oraz przedstawienie zaleceń mających na celu ich wyeliminowanie.

6. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ¹⁰.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji¹¹.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie Krajowemu Mechanizmowi informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiejkolwiek sankcji lub

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

⁷ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁸ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r., Część II – Jak pracuje KMPT?

⁹ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, p. 6.; Zob. również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, Nowy Jork i Genewa 2018, s. 4-6.

¹⁰ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

II. Wprowadzenie

9. W dniach 27–29 listopada 2024 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Centrum Opieki Stacjonarnej „MAXMED 1” w Koninie przy ul. Południowej 3 (dalej: ZPO, zakład, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły Sylwia Kozarzewska (specjalista w dziedzinie profilaktyki społecznej i resocjalizacji) i Renata Kłyż-Urbańska (prawnik, kryminalistyk).

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły wstępną rozmowę z Panią Agatą Kazimierską (Prezesem spółki M.A.R. sp. z o.o. z siedzibą w Koninie i zarazem Koordynatorem Medycznym), dokonały oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń i terenu zewnętrznego, przeprowadziły poufne rozmowy z mieszkańcami, pracownikami oraz osobami odwiedzającymi pacjentów, zapoznały się z zapisami monitoringu wizyjnego, dokonały analizy wybranej dokumentacji i sporządziły dokumentację fotograficzną. Na koniec wizyty, w czasie rozmowy podsumowującej, delegacja KMPT przekazała Koordynatorowi swoje wstępne uwagi.

12. Po zakończeniu wizytacji przedstawicielki KMPT dokonały analizy przekazanej dokumentacji oraz pisemnych informacji.

13. Niniejszy raport sygnalizuje problem systemowy wymagający zmiany obowiązującego prawa (pkt IV) oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt V).

III. Charakterystyka placówki

14. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Centrum Opieki Stacjonarnej „MAXMED 1” w Koninie prowadzony jest przez spółkę M.A.R. sp. z o.o. z siedzibą w Koninie (KRS 0000267621). Spółka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Wielkopolskiego (nr księgi rejestrowej 000000020043)¹³.

15. Zadaniem placówki jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją, rehabilitacją oraz kontynuacją leczenia osób przewlekle chorych, które nie wymagają

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

¹³ Zob. <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl>.

dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym, jednak ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji powinni przebywać w zakładzie pielęgnacyjnym. Warunkiem przyjęcia jest m.in. bardzo niska ocena według skali Barthel (40 punktów lub mniej).

Zakład posiada 19 miejsc i przeznaczony jest dla osób pełnoletnich, kobiet i mężczyzn. W trakcie wizytacji w placówce przebywało 19 osób, w tym osoby ubezwłasnowolnione całkowicie. Większość pacjentów stanowią osoby leżące.

IV. Problem systemowy

16. Do ZPO przyjmowane są między innymi osoby pełnoletnie, nieubezwłasnowolnione, których stan zdrowia i poziom świadomości może nie pozwalać na złożenie skutecznego oświadczenia woli co do pobytu w placówce i podpisania niezbędnych dokumentów przy przyjęciu, w tym wyrażenia zgody na monitoring. Formalności z tym związane dopełniane są w takiej sytuacji przez rodziny pacjentów.

17. Rzecznik Praw Obywatelskich w swoich wystąpieniach generalnych¹⁴ zwracał uwagę na problem braku regulacji prawnej przyjęć do ZPO pełnoletnich osób nieubezwłasnowolnionych, które w związku ze swoim stanem zdrowia nie są w stanie samodzielnie podpisać wniosku i nie posiadają jednocześnie przedstawicieli ustawowych, którzy mogliby tego obowiązku dopełnić. W ocenie Rzecznika wskazany problem ma charakter systemowy. Polega on na braku legitymacji procesowej osób z kręgu rodziny pacjenta nieubezwłasnowolnionego i jednocześnie niezdolnego do wyrażenia woli do wystąpienia do sądu z wnioskiem o umieszczenie ich bliskiego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym czy też pielęgnacyjno-opiekuńczym. W swoim wystąpieniu Rzecznik podawał przykład rozwiązania prawnego zaobserwowanego podczas wizytacji KMPT w Zakładzie opiekuńczo-leczniczym „Dom Rodzinny” w Nowym Dworze Mazowieckim¹⁵; władze tej placówki przyjęły praktykę, by w miejscu przeznaczonym na podpis świadczeniobiorcy znajdowała się adnotacja lekarza: „pacjent nie jest w stanie świadomie wyrazić zgody”. Kolejno, w przypadku takich pacjentów, kierowano wnioski o umieszczenie w placówce na mocy postanowienia sądu.

¹⁴ Zob. wystąpienie generalne do Ministra Zdrowia z dnia 9 grudnia 2018 r. oraz 3 października 2023 r., KMP.573.18.2018.

¹⁵ Zob. Raport przedstawicieli KMPT z wizytacji Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego „Dom Rodzinny” w Nowym Dworze Mazowieckim z dnia 3 października 2019 r. (KMP.573.8.2019). Raporty KMPT dostępne są na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/wizytacje-krajowego-mechanizmu-prewencji>.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Legalność pobytu

18. Dokumentacja niektórych pacjentów była niekompletna. Przykładowo, brak było zgody sądów opiekuńczych na umieszczenie przez opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych całkowicie w tego typu placówce¹⁶. W dokumentacji jednej z pacjentek znajdowała się co prawda kopia postanowienia sądu opiekuńczego zezwalającego na jej umieszczenie, ale w domu pomocy społecznej. KMPT podkreśla, że zezwolenia sądu opiekuńczego dotyczącego umieszczenia w domu pomocy społecznej nie można stosować na zasadzie analogii do umieszczenia w ZPO. Są to dwa odrębne rodzaje placówek, których funkcjonowanie regulują odmienne akty prawne. W ocenie KMPT, zgoda sądu opiekuńczego na umieszczenie w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym daje gwarancje ochrony praw osób ubezwłasnowolnionych, również w kontekście prewencji tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania.

19. KMPT rekomenduje pozyskanie zgód sądów opiekuńczych na pobyt pacjentów ubezwłasnowolnionych całkowicie w placówce oraz weryfikowanie przy przyjęciu nowych osób, czy ich przedstawiciele ustawowi posiadają takie zgody.

20. Niezależnie od powyższego, w niektórych dokumentacjach brak było podpisów na wnioskach o skierowanie do zakładu oraz pod wywiadem pielęgniarki środowiskowej. Na kilku zaświadczeniach o skierowaniu do ZPO nie określono także (przez skreślenie na formularzu), czy pacjent powinien być skierowany do zakładu

¹⁶ Zgodnie z art. 593 zdanie pierwsze ustawy z 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 1568 ze zm.), zezwolenia we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku osoby pozostającej pod opieką, udziela sąd opiekuńczy na wniosek opiekuna. Przepisy dotyczące opieki nad ubezwłasnowolnionym znajdują się także w art. 175–177 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2023 r. poz. 2809 ze zm.). Pomimo braku ustawowej definicji „ważniejszych spraw”, wyjaśnienia pojęcia można poszukiwać w doktrynie i orzecznictwie. Przykładowo za sprawy ważniejsze uznaje się oznaczenie miejsca pobytu osoby pozostającej pod opieką, wyrażenie zgody na dokonanie zabiegu lekarskiego (Komentarz do Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, red. J. Wierciński, teza 4 do art. 156, LEX/el. 2014), umieszczenie podopiecznego w domu pomocy społecznej (por. wyrok NSA z 18 maja 1999 r., I SA 114/99). Sąd opiekuńczy, dokonując oceny w przedmiocie udzielenia zezwolenia w ważniejszych sprawach, realizuje przy tym zadania nadzoru nad opieką. Bierze pod uwagę dobro ubezwłasnowolnionego, czy istnieje w ogóle konieczność podjęcia danej czynności przez opiekuna, czy jest ona celowa, czy wiąże się z nią korzyści dla ubezwłasnowolnionego i jakie zagrożenia niesie dla interesu ubezwłasnowolnionego (por. postanowienie SN z 24 lutego 1995 r., II CRN 155/94, LEX nr 497751).

opiekuńczo-leczniczego, czy do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego. W przypadku jeszcze innych zaświadczeń lekarz w ogóle nie oznaczył, czy pacjent wymaga skierowania do zakładu. KMPT zwraca uwagę, że prawidłowo wypełniona dokumentacja stanowi podstawę umieszczenia w wybranych przez pacjentów zakładach opiekuńczych o odpowiednim profilu. Daje także gwarancję na uzyskanie odpowiednich ze względu na stan zdrowia pacjentów świadczeń medycznych.

21. KMPT zaleca każdorazowe sprawdzenie przez personel medyczny przy przyjęciu do ZPO, czy dostarczana dokumentacja jest kompletna, prawidłowo wypełniona i podpisana przez właściwe osoby.

B. System monitoringu wizyjnego

22. W placówce działa system monitoringu wizyjnego, który obejmuje zarówno części wspólne, jak i sale pacjentów. Rozwiązania dotyczące stosowania monitoringu nie są zawarte w Regulaminie organizacyjnym placówki. Wewnątrz budynku w ciągach komunikacyjnych znajdują się pisemne informacje o treści: „Monitoring służy do ochrony mienia i bezpieczeństwa Pacjentów”. Dostęp do bieżącego podglądu monitoringu mają w swoim gabinecie pielęgniarki, natomiast możliwość odtwarzania monitoringu ma Koordynator.

23. Z przeglądu nagrań z monitoringu wizytowanej placówki wynikało, że w salach pacjentów rejestrowane są również wykonywane przez personel medyczny czynności higieniczne wobec pacjentów, tj. toaleta i zmiana pieluch. Nie są przy tym zasłaniane czy też maskowane miejsca intymne pacjentów.

24. Obecnie istniejące przepisy pozwalają na instalowanie monitoringu w podmiotach leczniczych po spełnieniu określonych prawem przesłanek, wymienionych przede wszystkim w art. 23a ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej: u.o.d.l.)¹⁷, a także przepisów wykonawczych, m.in. § 29 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁸. Zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa oraz potrzeba związana z procesem leczniczym przy uwzględnieniu konieczności poszanowania ich godności i intymności są podstawowymi przesłankami, którymi powinien kierować się podmiot zarządzający placówką przy podejmowaniu decyzji o wprowadzeniu systemu monitoringu wizyjnego. Przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób umożliwiający ukazywanie intymnych czynności

¹⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.

¹⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 402 ze zm.

fizjologicznych jest nie do pogodzenia z wymaganiami określonymi we wskazanych przepisach.

25. KMPT rekomenduje wprowadzenie odpowiednich rozwiązań technicznych w systemie przekazywania obrazu z monitoringu, aby uniemożliwić on ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, a także intymnych części ciała pacjentów.

26. Informacja przeznaczona dla pacjentów o występowaniu w placówce monitoringu ma formę oświadczenia. Analiza dokumentacji wskazuje, że oświadczenia te (w miejscu podpisu pacjenta) były w niektórych przypadkach opatrywane podpisem statystyka medycznego placówki oraz adnotacją o tym, że pacjent nie jest w stanie go podpisać z uwagi na stan zdrowia.

27. KMPT wskazuje, że statystyk medyczny nie jest osobą uprawnioną do wypowiadania się na temat oceny stanu zdrowia pacjenta i nanoszenia adnotacji o braku możliwości podpisywania oświadczeń przez pacjenta. Osobą posiadającą kwalifikacje do badania stanu zdrowia oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich jest lekarz¹⁹. Tego typu praktyka nie chroni pacjentów w należyty sposób oraz może prowadzić do nadużyć w zakresie prawa do samostanowienia i wyrażania woli.

28. KMPT rekomenduje, aby adnotacje o stanie zdrowia pacjentów i informacje o ewentualnym braku możliwości podpisania przez nich oświadczenia o monitoringu i wyrażenia świadomej zgody były dokonywane przez uprawnione do tego osoby, tj. lekarzy w oparciu o przeprowadzone badania medyczne.

29. Z art. 23a ust. 1 u.o.d.l. wynika, że kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń. Takie rozwiązania nie znalazły się jednak w Regulaminie organizacyjnym wizytowanej placówki. KMPT zwraca uwagę, że z jednej strony zainstalowanie systemu monitoringu wizyjnego służy niewątpliwie poprawie bezpieczeństwa w placówce i samych pacjentów, m.in. przez skrócenie czasu reakcji personelu w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia pacjenta. Ponadto z punktu widzenia kierownika podmiotu monitoring może stanowić ważne uzupełnienie codziennej pracy personelu medycznego. Podmiot leczniczy, podejmując decyzję o monitoringu, nie może jednak kierować się uznaniowością i dowolnością. Monitoring musi być prowadzony zgodnie z przepisami prawa, w tym prawami pacjentów. Niewłaściwie prowadzony może naruszać prywatność pacjentów, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku. Dlatego też decyzja o wprowadzeniu monitoringu

¹⁹ Zob. art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.).

w salach pacjentów powinna być podjęta przez kierownika podmiotu leczniczego w oparciu o analizę zdarzeń niepożądanych. Kierownik posiada bowiem wiedzę niezbędną do dokonania oceny, czy monitoring wizyjny będzie wsparciem pracy personelu w zapewnieniu pacjentom bezpieczeństwa²⁰.

30. KMPT rekomenduje opracowanie wewnętrznego regulaminu dotyczącego funkcjonowania monitoringu wizyjnego, zasad jego stosowania, z uwzględnieniem ochrony prawa pacjenta do poszanowania godności i intymności.

C. Opieka medyczna

31. Personel medyczny podczas przyjęcia pacjentów do placówki bada występowanie u nich obrażeń oraz odleżyn. Opisywane jest to również w dokumentacji medycznej. Ponadto z informacji uzyskanych od Koordynatora wynikało, że jeśli nie ma przy przyjęciu pacjenta opiekunów prawnych albo członków rodziny, pacjentom z widocznymi obrażeniami wykonywane są zdjęcia. Przedstawicielki KMPT odnotowały, że w dokumentacjach pacjentów brak było tego typu zdjęć. Natomiast znajdowały się w niej dostępne formularze NFZ do lokalizacji bólu, na której jednak nie było żadnych adnotacji.

32. KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za minimalną gwarancję chroniącą pacjentów przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce. Sposób dokumentowania obrażeń należy wzbogacić o dokumentację fotograficzną, która powinna być uzupełnieniem dokumentacji medycznej pacjenta (dokumentacja fotograficzna powinna być zawsze sporządzona za zgodą pacjenta)²¹.

33. KMPT rekomenduje dokumentowanie obrażeń pacjentów za pomocą specjalnego formularza zawierającego tzw. mapy ciała do zaznaczenia ich umiejscowienia²². Powyższe formularze wraz ze zdjęciami urazów (wykonywanymi za świadomą zgodą pacjenta) powinny zostać włączone do

²⁰ Zob. publikację Rzecznika Praw Pacjenta pt. „Monitoring wizyjny w podmiotach leczniczych. Nowy przewodnik dla kierowników placówek medycznych”, Warszawa 2023, s. 30, 32, 39.

²¹ Zob. Raport CPT z wizyty przeprowadzonej w Polsce w dniach 5-17 czerwca 2013 r., CPT/Inf (2014) 21, § 78.

²² Zob. Protokół stambulski: Podręcznik skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (wydanie z 2022 r.). Polska wersja językowa dostępna na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

dokumentacji medycznej pacjentów. Fotografie powinny być ponadto przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

34. KMPT, w ślad za Podkomitetem ONZ ds. Zapobiegania Torturom²³, zaleca również przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych. Publikacja ta pozostaje nieznana pracownikom, mimo że odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur. Znajomość Protokołu stambulskiego pomoże pracownikom w wykrywaniu i dokumentowaniu przypadków poniżającego traktowania, co wzmocni ich potencjał zawodowy.

D. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

35. KMPT każdorazowo zwraca uwagę, czy placówka w ogólnodostępnych miejscach (np. na tablicach informacyjnych na korytarzach) zamieszcza informacje o instytucjach stojących na straży praw człowieka oraz o przyjętej procedurze skargowej. Możliwość kontaktu z takimi instytucjami przez osobę przebywającą w ZPO lub np. odwiedzających ją krewnych stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem. Analogiczne zabezpieczenie stanowi również jasna i ogólnodostępna informacja dotycząca mechanizmu skargowego funkcjonującego w konkretnej placówce.

36. W jadalni znajdowała się tablica informacyjna. Nie zawierała ona jednak wszystkich niezbędnych informacji, o których mowa powyżej. Ponadto tablica umieszczona była w słabo widocznym miejscu.

37. **KMPT rekomenduje wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych (np. na tablicach informacyjnych na korytarzach, przy wejściu do placówki), do których dostęp mają zarówno pacjenci, jak i osoby odwiedzające, również danych teleadresowych instytucji, do których można się zwrócić w przypadku naruszenia praw pacjenta. Takimi instytucjami mogą być chociażby Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676), organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).**

38. W ZPO założony jest zeszyt skarg i wniosków. Zeszyt znajduje się w dyżurce pielęgniarskiej. Skargi i wnioski można złożyć pisemnie i ustnie, a informacja o tej możliwości była wyeksponowana na tablicy ogłoszeń w jadalni. Podczas wizytacji przedstawicielki KMPT zaobserwowały, że w zeszycie tym jest tylko

²³ Zob. Raporty SPT z wizyt: w Peru, CAT/OP/PER/1, § 20; w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, § 46-48; w Brazylii, CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

jeden wpis z 2019 r. W ocenie KMPT taki sposób lokalizacji zeszytu skarg i wniosków nie gwarantuje poufności (skarga może przecież dotyczyć również pracy pielęgniarek), co może zniechęcać pacjentów lub inne osoby do ich składania, w obawie przed ewentualnymi działaniami odwetowymi ze strony personelu. KMPT widzi potrzebę rejestrowania skarg, jednakże sam rejestr powinien mieć charakter poufny, służyć jako narzędzie zarządzania kierownictwa placówki i być dostępny dla osoby zarządzającej pracą personelu, ewentualnie wyznaczonego pracownika. **Krajowy Mechanizm rekomenduje zmianę lokalizacji rejestru skarg i wniosków i zasad dostępu do tego dokumentu.**

39. Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT) wskazuje, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności. Mogą bowiem nie tylko łagodzić napięcia między pacjentami a personelem, ale także przyczynić się do budowania pozytywnych relacji przez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie. Dlatego też pacjenci placówki oraz ich rodziny powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do osób lub organów rozpatrujących skargi. Ponadto Komitet podkreśla, że brak skarg nie musi być koniecznie uznawany za zjawisko pozytywne. Przeciwnie, może to oznaczać niebezpieczne środowisko w placówce lub brak zaufania do systemu skargowego²⁴.

40. W celu zwiększenia efektywności dostępu do wewnętrznego mechanizmu skargowego i lepszego zabezpieczenia praw pacjentów, KMPT rekomenduje zamontowanie skrzynki na skargi i wnioski, z której pacjenci i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. wyznaczony pracownik administracyjny). Skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze skarg i wniosków.

E. Personel

41. Zaniepokojenie wizytujących zwrócił brak regularnych szkoleń dla personelu. Pracownicy ZPO w 2024 r. brali udział tylko w jednym szkoleniu wewnętrznym, dotyczącym przypomnienia zasad żywienia u pacjentów w zakładzie opieki długoterminowej. Wizytujące uzyskały również informacje o potrzebie

²⁴ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, § 91.

zorganizowania szkoleń z zakresu wypalenia zawodowego, radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami oraz superwizji.

42. KMPT podkreśla, że szkolenie personelu jest mechanizmem zapobiegania torturom i budowy odpowiedniej kultury organizacyjnej. Odpowiednio dobrany i wyszkolony personel jest w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki. Stanowi też skuteczną gwarancję chroniącą mieszkańców przed torturami, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem. Dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu oraz możliwości codziennego kontaktu z mieszkańcami na bieżąco monitoruje ich zachowania i wyłapuje niepokojące sygnały świadczące o złym traktowaniu. Może także podjąć skuteczne środki zaradcze w przypadku stwierdzenia niepokojących zdarzeń (np. poprzez podjęcie interwencji, udzielenie pomocy czy zgłoszenie przełożonym swoich obaw i podejrzeń).

43. KMPT zaleca wsparcie szkoleniowe pracowników, w szczególności przeszkolenie ich z Protokołu stambulskiego (zob. pkt 34 raportu). Krajowy Mechanizm rekomenduje również włączenie do programów szkoleniowych personelu tematów związanych ze zgłaszaniem i monitorowaniem zdarzeń niepożądanych, sposobami radzenia sobie ze stresem, agresją i wypaleniem zawodowym, kontaktem z trudnym pacjentem, dialogiem motywacyjnym, interwencją kryzysową oraz międzynarodowymi standardami w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanymi na zapobieganie torturom i innym formom okrutnego i poniżającego traktowania.

44. Z uwagi na charakter placówki, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT rekomenduje rozważenie zapewnienia **pracownikom regularnej superwizji, prowadzonej przez zewnętrznego superwizora**. Taka forma konsultacji będzie stanowić cenne wsparcie w sytuacjach trudnych i pomoże w profilaktyce wypalenia zawodowego.

F. Warunki bytowe

45. W placówce panują bardzo dobre warunki bytowe. Sale pacjentów są duże, zapewniony jest dostęp z trzech stron do łóżka każdego pacjenta. Każda sala wyposażona jest w instalację alarmowo-przyzywową, łazienkę, telewizor, klimatyzację lub wentylację. Pomieszczenia są czyste i zadbane. Pomimo tego przedstawicielki KMPT zwróciły uwagę, że nie wszystkie łazienki w pokojach pacjentów były dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Brakowało poręczy przy muszli

sedesowej oraz zamontowania na odpowiedniej wysokości luster przy umywalkach. Nadmienić należy, że nie wszystkie osoby przebywające w ZPO są osobami leżącymi.

46. W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto pamiętać o następujących zasadach, poprawiających jakość dostosowania:

- szerokość drzwi nie mniejsza niż 90 cm,
- progi do wysokości 2 cm (pożądany byłby brak progów),
- wysokość klamek, włączników światła, przycisków itp. – 90–120 cm,
- przestrzeń manewrowa – 150 cm x 150 cm,
- w sanitariatach: brodzik nieposiadający progu lub do 2 cm wysokości; wysokość muszli ustępowej powinna oscylować między 45 a 55 cm; poręcz przy muszli ustępowej zainstalowana w odległości 40 cm od osi muszli do osi poręczy, na wysokości 70–85 cm (mierzone od wierzchu górnej poręczy); umywalka na wysokości 85 cm – górna krawędź i 70 cm – dolna krawędź z możliwością podjazdu wózkami; lustra w łazienkach zawieszane na wysokości do 100 cm od posadzki (dolna krawędź; pożądane byłoby lustra umożliwiające ich pochylanie); stosowanie baterii jednouchwytowych z wydłużoną rączką lub na fotokomórkę, ułatwiającą korzystanie z nich osobom z niedowładem kończyn górnych; uchwyt do papieru umieszczony na wysokości do 120 cm,
- w jadalni wysokość stołu powinna wynosić między 67 a 80 cm (miejsce na nogi osoby siedzącej na wózku powinno wynosić min. 30 cm),
- tablice informacyjne powinny znajdować się na wysokości od 80 cm (dolna krawędź) do 180 cm (górna krawędź).

Wymienione standardy ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier, zgodnie z zasadami planowania dostępności, i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT.

47. Zgodnie z wymogami Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawach osób z niepełnosprawnościami²⁵, osoby te powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi; w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego powinno się im zapewnić „racjonalne usprawnienia”.

48. KMPT rekomenduje dokonanie przeglądu pomieszczeń pod kątem potrzeb osób z niepełnosprawnościami i uwzględnienie tej kwestii podczas planowanych remontów i modernizacji.

²⁵ Zob. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169).

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca **Zarządowi spółki M.A.R. sp. z o.o. z siedzibą w Koninie:**

1. uzupełnienie dokumentacji pacjentów ubezwłasnowolnionych całkowicie, przebywających w placówce, o zgody sądów opiekuńczych na pobyt w ZPO;
2. weryfikowanie, czy dokumentacja pacjenta będąca podstawą jego przyjęcia do ZPO jest kompletna i prawidłowo wypełniona;
3. przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, a także intymnych części ciała pacjentów;
4. dokonywanie przez lekarza oceny stanu zdrowia pacjentów co do możliwości lub braku możliwości podpisywania przez nich dokumentacji;
5. opracowanie wewnętrznego regulaminu dotyczącego funkcjonowania monitoringu wizyjnego, zasad jego stosowania, z uwzględnieniem ochrony prawa pacjenta do poszanowania godności i intymności;
6. dokumentowanie obrażeń pacjentów za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej;
7. przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego i wykorzystywanie zawartych tam wskazówek w codziennej pracy;
8. wsparcie szkoleniowe pracowników oraz włączenie do programów szkoleniowych personelu tematów wskazanych w pkt 43 raportu;
9. rozważenie zapewnienia pracownikom regularnej superwizji, prowadzonej przez zewnętrznego superwizora;
10. uzupełnienie tablic informacyjnych o dane teleadresowe instytucji stojących na straży praw człowieka oraz instytucji właściwych do rozpatrywania skarg na funkcjonowanie placówki (zwłaszcza Rzecznika Praw Obywatelskich i Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka), a także wyeksponowanie tablicy w łatwo dostępnym miejscu;
11. zmianę lokalizacji rejestru skarg i wniosków i zasad dostępu do tego dokumentu;

12. zamontowanie skrzynki skarg i wniosków oraz odnotowywanie sygnałów przekazywanych w ten sposób w rejestrze;
13. dokonanie przeglądu pomieszczeń pod kątem potrzeb osób z niepełnosprawnościami i uwzględnienie tej kwestii podczas planowanych remontów i modernizacji.

Opracowała: Renata Kłyż-Urbańska

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/