



Warszawa, 23-04-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.574.10.2024.SK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego,
Centrum Medyczne Grupa Zdrowie w Kraszewie-Czubakach**

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 polecenia

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 dnia 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/spt>.

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

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 21–24 października 2024 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego, Centrum Medyczne Grupa Zdrowie w Kraszewie-Czubakach, Kraszewo-Czubaki 23A (dalej: ZOL, Zakład, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodził: Mikołaj Kidoń (prawnik), Sylwia Kozarzewska (specjalista w dziedzinie profilaktyki społecznej i resocjalizacji) i Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z Janiną Bieńkowską (dyrektor ds. opieki stacjonarnej) oraz Marzeną Szczechowicz (pielęgniarką oddziałową), dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z pacjentami i pracownikami oraz zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją.

12. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi Janinie Bieńkowskiej, Marzenie Szczechowicz oraz Markowi Kuminiarczykowi (dyrektorowi ds. medycznych) w czasie rozmowy podsumowującej.

13. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanej przez placówkę dokumentacji i informacji pisemnych.

14. 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

15. Zakład Opiekuńczo-Leczniczny Psychiatryczny w Kraszewie Czubakach jest podmiotem leczniczym prowadzonym przez spółkę Grupa Zdrowie sp. z o.o. z siedzibą w Płońsku, ul. Henryka Sienkiewicza 7.

16. Wizytowana placówka udziela całodobowych świadczeń medycznych w zakresie długoterminowej opieki i pielęgnacji osób dorosłych. Do Zakładu przyjmowane są osoby, które wymagają leczenia, pielęgnacji oraz rehabilitacji

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

ze względu na kontynuację leczenia lub schorzenia przewlekłe. Warunkiem przyjęcia jest m.in. bardzo niska ocena według skali Barthel (40 pkt lub mniej).

17. W całym Centrum Medycznym Grupa Zdrowie w Kraszewie-Czubakach jest 700 łóżek. Pojemność Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego wynosi 280 miejsc, które przeznaczone są dla kobiet i mężczyzn.

18. Oprócz wizytowanego ZOL Psychiatrycznego znajdują się tam oddziały: dla dzieci do lat 8 – 66 miejsc; długoterminowy – 180 miejsc; dla osób wentylowanych – 13 miejsc; rehabilitacji neurologicznej – 65 miejsc; rehabilitacji kardiologicznej – 55 miejsc oraz hospicjum stacjonarne.

IV. Problem systemowy

19. **[Pracownik opiekunem prawnym pacjenta]** Delegacja uzyskała informację, że kilka osób wśród personelu placówki jest opiekunami prawnymi dla ubezwłasnowolnionych całkowicie pacjentów¹³. Z rozmów, jak również z przeanalizowanych dokumentów wynika, że sądy wyznaczają opiekunów prawnych dla osób ubezwłasnowolnionych z personelu, gdy żadna z bliskich osób nie chce lub nie może podjąć się tej funkcji. W trakcie wizytacji jedna osoba z pracowników placówki była opiekunem prawnym dla czterech pacjentów. Taka sytuacja jest problematyczna. Jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być bowiem monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. W sytuacji, gdy pracownik podmiotu leczniczego jest jednocześnie opiekunem prawnym ubezwłasnowolnionego pacjenta, zachodzi ryzyko konfliktu interesów. Pracownikom placówek może być trudno zachować obiektywizm podczas pełnienia funkcji opiekunów, szczególnie że może się to wiązać z działaniami wobec pracodawcy. Nałożenie dodatkowych obowiązków może także prowadzić do braku motywacji i rzetelności wykonywanych obowiązków. Na problem ten wskazuje również Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), który podkreśla, że należy znaleźć alternatywne rozwiązania, które lepiej zagwarantują niezależność i bezstronność opiekunów¹⁴.

¹³ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działania Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z 2023 r., s. 127.

¹⁴ Zob. Standardy CPT przedstawione w dokumencie pt. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 32.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Legalność pobytu

20. W dokumentacji niektórych mieszkańców brak było zgody sądów opiekuńczych na umieszczenie przez opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych całkowicie w tego typu placówce¹⁵. W ocenie KMPT zgoda sądu opiekuńczego na umieszczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym stanowi ważne prawne zabezpieczenie pacjentów przed arbitralnym pozbawieniem wolności i służy ochronie ich praw.

21. **KMPT rekomenduje uzupełnienie dokumentacji o zgody sądów opiekuńczych na pobyt pacjentów ubezwłasnowolnionych całkowicie w placówce oraz weryfikowanie przy przyjęciu nowych pacjentów, czy ich przedstawiciele ustawowi posiadają takie zgody.**

B. Traktowanie

22. W czasie analizy dokumentów przedłożonych przez placówkę wizytujący znaleźli zapis w regulaminie mówiący o stosowaniu kar¹⁶. W rozmowie personel przekonywał, że „zapis jest martwy” i kar nie stosuje się. Wymierzanie kar pozostaje w ścisłym związku z wolnością osobistą jednostki, chronioną przez art. 41 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym każda regulacja dotycząca wolności osobistej musi mieć wyraźne umocowanie ustawowe. W aktualnym stanie prawnym brak jest takiego

¹⁵ 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 wiążą 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).

¹⁶ Par. 12 Regulaminu porządkowego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Kraszewie-Czubakach, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi, zwany dalej „ZOL OoZP”.

umocowania. Ponadto istnienie takich regulacji zwiększa ryzyko poniżającego traktowania pacjentów.

23. **KMPT rekomenduje usunięcie z regulaminu zapisu dotyczącego karania pacjentów.**

24. Z ustaleń wynika, że w 2024 r. nie stosowano przymusu bezpośredniego, a w 2023 r. stosowano go tylko raz – były to pasy unieruchamiające na kończyny górne. W latach wcześniejszych przymus bezpośredni również był zdarzeniem jednostkowym. W niektórych przypadkach w dokumentacji (w latach 2017–2022) brakowało wpisanej godziny zakończenia stosowania środków przymusu bezpośredniego. Ponadto w kartach zastosowania przymusu znalazł się zbyt ogólny opis skutków stosowania przymusu bezpośredniego, np. „chory wyciszył się” albo „środek nie przyniósł negatywnych skutków”. Precyzyjne opisanie skutków zastosowania przymusu bezpośredniego, a także dokładne określenie czasu jego trwania jest niezbędne do ustalenia, czy przymus został zastosowany zgodnie z przepisami prawa.

25. **KMPT zaleca precyzyjne odnotowywanie przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego w dokumentacji.**

C. Dokumentowanie obrażeń pacjentów

26. Po przyjęciu do ZOL pacjenci badani są przez lekarza, a następnie konsultowani z psychologiem. Ewentualne obrażenia dokumentowane są w historii choroby i karcie występowania odleżyn. Nie wykonuje się jednak zdjęć obrażeń. Personel medyczny nie stosuje specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego schematy ciała, które byłyby pomocne, by precyzyjnie oznaczyć ujawnione na ciele pacjenta obrażenia (zasinienia, krwinki, odleżyny, rozcięcia itp.) lub blizny. Stosowanie „map ciała” rekomenduje przygotowany przez ONZ Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół stambulski)¹⁷. Stosowanie Protokołu stambulskiego zalecane jest państwom będącym sygnatariuszami OPCAT (w tym Polsce) przez Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)¹⁸.

¹⁷ 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>.

¹⁸ Zob. Raporty SPT z wizyt w Peru [CAT/OP/PER/1, par. 20], na Ukrainie [CAT/OP/UKR/1, par. 46-48], Brazylii [CAT/OP/BRA/1, par. 38-39].

27. Poza opisywaniem i oznaczaniem obrażeń pożądane jest także ich fotografowanie i przechowywanie zdjęć w dokumentacji medycznej (za zgodą pacjentów). Badanie i dokumentowanie obrażeń jest podstawą gwarancji prewencji tortur. Krajowy Mechanizm pragnie zaznaczyć, że konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była twarz osoby fotografowanej, a przy obrażeniu znajdowała się linijka lub inny przyrząd pozwalający określić rozmiar obrażenia. Tak wykonane fotografie powinny być przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

28. Z przeprowadzonych rozmów wynikało, że personel nie znał Protokołu stambulskiego. Stanowi on kluczowy instrument wykrywania i dokumentowania przypadków tortur i wszelkich form przemocy. Ponadto zawiera praktyczne wytyczne adresowane między innymi do personelu medycznego i psychologów.

29. **W związku z powyższym KMPT zaleca dokumentowanie obrażeń za pomocą zdjęć i specjalnego formularza zawierającego mapy ciała do ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej pacjenta, a także przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.**

D. System monitoringu wizyjnego

30. W wizytowanej placówce dostrzeżono, że w częściach wspólnych obiektu, tj. na korytarzach oraz salach terapii, a także w jednej sali łóżkowej działa system monitoringu wizyjnego. Personel poinformował wizytujących, że kamera znajdująca się w sali jest wyłączona (wstępnie sala była przygotowana jako obserwacyjna, ale nie jest w ten sposób wykorzystywana), jednakże nie była ona w żaden sposób zasłonięta. W trakcie wizytacji w wyżej wskazanej sali przebywali pacjenci.

31. 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.)¹⁹, a także przepisów wykonawczych, m.in. par. 29 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁰. Zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa oraz potrzeba związana z procesem leczniczym przy uwzględnieniu konieczności

¹⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.

²⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 402 ze zm.

poszanowania ich godności i intymności są podstawowymi przesłankami, którymi powinien kierować się podmiot zarządzający placówką przy podejmowaniu decyzji o wprowadzeniu systemu monitoringu wizyjnego. Instalowanie kamer może stanowić ingerencję w prywatność i intymność pacjentów²¹. Przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób umożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych jest nie do pogodzenia z wymaganiami określonymi we wskazanych przepisach.

32. 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.

33. Z art. 23a ust. 1 u.o.d.l. wynika, że kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń. Podmiot leczniczy, podejmując decyzję o monitoringu, nie może jednak postępować dowolnie. 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 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 bezpieczeństwa²².

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

²¹ Dla legalności stosowania tego typu nadzoru istotne jest, aby spełniała ona przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. Jest to szczególnie ważne w kontekście poszanowania prawa do prywatności określonego w art. 47 Konstytucji. Także art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581) stanowi, że każdy pacjent ma prawo do poszanowania jego intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.

²² Zob. publikację Rzecznika Praw Pacjenta pt. „Monitoring wizyjny w podmiotach leczniczych. Nowy przewodnik dla kierowników placówek medycznych”, Warszawa 2023, s. 30, 32, 39.

E. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

35. Na tablicach informacyjnych znajdujących się z ZOL nie wyeksponowano istotnych informacji – aktualnego tekstu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka, do których pacjenci lub ich bliscy mogliby zwrócić się w przypadku naruszenia ich praw. Tymczasem, jak podkreśla CPT, dostęp do mechanizmów skargowych stanowi minimalną gwarancję prewencji tortur. Z uwagi na powyższe informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla pacjenta. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)²³.

36. **KMPT rekomenduje zatem, by na tablicach ogłoszeń znalazła się informacja o instytucjach, do których pacjenci lub ich rodziny mogliby zwrócić się w przypadku naruszenia ich praw (np. Rzecznika Praw Obywatelskich z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676, Rzecznika Praw Pacjenta, Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka), a także aktualny tekst ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**

F. Warunki bytowe

37. W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT zaobserwowali, że w pokojach i w toaletach nie było instalacji przyzywowej. W ocenie KMPT taka instalacja powinna być dostępna we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pacjentów (zarówno w salach pacjentów, jak i toaletach). Podkreślić należy, że instalacja przywoławcza umożliwia szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi pacjentów. CPT w swoich raportach z wizytacji placówek medycznych wielokrotnie rekomendował montaż i konserwację urządzeń służących do wezwania pomocy²⁴.

38. **KMPT rekomenduje zapewnienie pacjentom dostępu do instalacji przyzywowej oraz wytłumaczenie im, w jaki sposób mogą wezwać za jej pośrednictwem pomoc.**

²³ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91].

²⁴ Zob. Raporty CPT z wizyt w: Hiszpanii [CPT/Inf (2007) 28, par. 132], Turcji [CPT/Inf (99) 2, par. 198], na Węgrzech [CPT/Inf (2006) 20, p. 134 oraz CPT/Inf (2010) 16, par. 95].

G. Personel

39. Personel w placówce jest wykwalifikowany oraz dobrze oceniany. Jednakże z przeprowadzonych rozmów i analizy przekazanych informacji wynika, że szkolenia dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego miały charakter jedynie teoretyczny. Ponadto delegacja ustaliła, że nie wszyscy pracownicy przeszli w tym zakresie odpowiednie szkolenie.

40. **Z uwagi na powyższe oraz wcześniejsze uwagi dotyczące sposobu dokumentowania przymusu (pkt 24–25 raportu) Krajowy Mechanizm rekomenduje zapewnienie pracownikom praktycznego szkolenia z prawidłowego i bezpiecznego stosowania przymusu bezpośredniego oraz odpowiedniego jego dokumentowania. Ponadto KMPT zaleca przeprowadzenie szkoleń i warsztatów dotyczących sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pacjentem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.**

41. W placówce personel nie ma zapewnionych regularnych supervizji. Personel w trakcie rozmów z przedstawicielami KMPT wyrażał chęć podjęcia pracy z zewnętrznym supervizorem. Taka forma konsultacji pozwoliłaby na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków i mogłaby również przyczynić się do zapobieżenia wypaleniu zawodowemu i podniesienia jakości pracy personelu medycznego. **Mając na uwadze powyższe, KMPT zaleca zorganizowanie pracownikom regularnych supervizji, prowadzonych przez zewnętrznego supervizora.**

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca **zarządowi Grupa Zdrowie sp. z o.o. z siedzibą w Płońsku:**

- a. przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, a także intymnych części ciała pacjentów;
- b. opracowanie wewnętrznego regulaminu dotyczącego funkcjonowania monitoringu wizyjnego i zasad jego stosowania;
- c. uzupełnienie dokumentacji o zgody sądów opiekuńczych na pobyt pacjentów ubezwłasnowolnionych całkowicie w placówce oraz

- weryfikowanie przy przyjęciu nowych pacjentów, czy ich przedstawiciele ustawowi posiadają takie zgody;
- d. usunięcie z regulaminu zapisu dotyczącego stosowania kar;
 - e. dokumentowanie obrażeń za pomocą zdjęć i specjalnego formularza zawierającego „mapy ciała”;
 - f. przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie zawartych w nim wytycznych;
 - g. precyzyjne odnotowywanie przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego w dokumentacji;
 - h. przeszkolenie personelu z prawidłowego i bezpiecznego stosowania przymusu bezpośredniego oraz odpowiedniego jego dokumentowania;
 - i. przeprowadzenie szkoleń i warsztatów dotyczących sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pacjentem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;
 - j. zapewnienie personelowi dostępu do regularnej superwizji;
 - k. umieszczenie na tablicach ogłoszeń aktualnego tekstu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz informacji o instytucjach, do których pacjenci lub ich rodziny mogliby zwrócić się w przypadku naruszenia ich praw (np. Rzecznika Praw Obywatelskich z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676, Rzecznika Praw Pacjenta, Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka);
 - l. zapewnienie pacjentom dostępu do instalacji przyzywowej, umożliwiającej wezwanie personelu w sytuacji kryzysowej, i wytłumaczenie pacjentom, w jaki sposób mogą wezwać za jej pośrednictwem pomoc.

Opracowała: Sylwia Kozarzewska

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/