



Warszawa, 31-07-2023 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.573.5.2023.KK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Zakładu
Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Sejnach (ul. Wojska Polskiego 60 D)**

1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

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. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT, Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)².

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 Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2023 r., poz. 1058).

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 organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. 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 jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁴.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, 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 wizyjnego⁵. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁶.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁷.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁸. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz

³ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁴ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁵ Zob. art. 20 OPCAT.

⁶ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁷ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2020 r., Część II – Jak pracuje KMPT?.

⁸ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt. 6. Zobacz 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, New York and Geneva 2018, s. 4-6.

zapropozowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ⁹ oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu ujawni  ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które już zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT  adna osoba (np. pacjent, pracownik, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informacj , nie może ponie c jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie od tego, czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej b d  fałszywej i  adna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

3. Uwagi wstępne na temat wizytacji

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 23-25 maja 2023 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytacj  Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Sejnach (ul. Wojska Polskiego 60 D).

⁹ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

W skład zespołu wizytującego wchodził: Klaudia Kamińska, Marcin Kusy oraz Michał Żłobecki (prawnicy).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania pacjentów przebywających w placówce, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawienie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków pobytu pacjentów i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania placówki, przekazanych przez Annę Pietruszkiewicz – pielęgniarkę koordynującą Zakład;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pacjentów placówki, w tym m.in.: pokoi pacjentów, sanitariatów, miejsc przeznaczonych do rehabilitacji;
- przeprowadzeniu rozmów indywidualnych z pacjentami i pracownikami placówki, bez obecności osób trzecich, w warunkach zapewniających poufność;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowali Ewę Janulewicz – Naczelną Pielęgniarkę Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sejnach – o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem placówki.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie pacjentów przez personel placówki, kwalifikacje zawodowe personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem

zewnątrznym, prawo do ochrony zdrowia, swoboda praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W niniejszym raporcie uwzględniono mocne strony, które wyróżniają placówkę, oraz obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Scharakteryzowany został również problem systemowy wymagający zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania.

4. Ogólna charakterystyka placówki

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy jest częścią Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sejnach i położony jest przy ul. Wojska Polskiego 60D. ZPO zapewnia pielęgnację pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji, ale nie są samodzielni ze względu na stan zdrowia i u których ocena wg skali Barthel nie przekracza 40 punktów.

Placówka posiada 30 miejsc i przeznaczona jest dla kobiet i mężczyzn. W trakcie wizytacji w Zakładzie przybywało 26 osób, w tym 1 osoba ubezwłasnowolniona.

5. Mocne strony

5.1 Opieka psychologiczna

Wizytujący pozytywnie ocenili dostęp pacjentów do pomocy psychologicznej. W placówce zatrudniony jest psycholog na umowę zlecenie w wymiarze ok. 19 godzin tygodniowo. Za dobrą praktykę przedstawiciele KMPT uznali fakt, iż w chwili przyjęcia do placówki każdy pacjent konsultowany jest nie tylko przez lekarza, ale również przez psychologa. Ponadto zarówno psycholog, jak i terapeuci są dostępni dla pacjentów również w weekend.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur podkreśla, iż zapewnienie właściwej i kompleksowej opieki psychologicznej jest szczególnie istotne, aby pokonać trudności adaptacyjne w nowym miejscu. W wielu wypadkach osoby trafiające do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych nie potrafią pogodzić się ze swoim losem, czemu często

towarzyszą silne emocje, napięcie psychiczne, spadek nastroju czy opór. Rola psychologa pracującego z pacjentem w tym okresie jest zatem bardzo ważna.

5.2 Oddziaływania terapeutyczne i rehabilitacja

Każdy pensjonariusz ma prowadzoną Indywidualną Kartę Usprawniania Pacjenta. Rehabilitacja i fizykoterapia jest dobierana indywidualnie do stanu zdrowia każdego pensjonariusza.

Jeśli chodzi o rodzaje terapii zajęciowej prowadzonej w placówce, to wymienić wśród nich należy: muzykoterapię, biblioterapię, filmoterapię, silvoterapię, ludoterapię, ergoterapię, socjoterapię oraz arteroterapię.

Placówka prowadzi również rehabilitację przyłóżkową w salach indywidualnie z pacjentem, ćwiczenia grupowe oraz korzysta z rehabilitacji niebędącej częścią ZOL, a mieszczącej się w tym samym budynku.

6. Problemy systemowe

6.1 Niestandardowe formy zabezpieczenia

W dniach wizytacji w ZPO przebywała pacjentka, wobec której stosowano niestandardową formę opieki: przywiązywanie za pomocą apaszki do wózka, w celu zabezpieczenia jej przed upadkiem. O stosowaniu ww. metody decydował personel, nie lekarz. Stosowanie powyższego sprzętu zabezpieczającego nie było odnotowywane w dokumentacji. Kierownictwo placówki nie opracowało formalnych, pisemnych wytycznych w tym zakresie. Zidentyfikowane w tym zakresie przez KMPT braki stanowią realne zagrożenie w zakresie ewentualnych nadużyć w stosowaniu tego typu form opieki.

Powyższa sytuacja obrazuje istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw

Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.¹⁰, w którym Rzecznik zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym.

Zaznaczyć należy, że w procesie opiekuńczym istnieją sytuacje, gdy stosowanie środków zabezpieczających jest niezbędne dla ochrony zdrowia pacjenta. W związku z tym ich stosowaniu musi towarzyszyć szereg gwarancji o charakterze proceduralnym i materialnym. Z punktu widzenia art. 31 ust. 3 Konstytucji RP wszelkie ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych praw i wolności muszą zostać uregulowane na poziomie ustawowym. Doprecyzowanie w ustawie takich sytuacji pozwoli również na ujednolicenie praktyki w placówkach opiekuńczych i uniknięcie ewentualnych rozbieżności interpretacyjnych dotyczących stosowania prawa, w szczególności oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni.

Na potrzebę uregulowania w ustawie stosowanych przez personel opiekuńczy środków zabezpieczenia wskazała również grupa robocza Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, opiniująca wprowadzoną przez jeden z zakładów opiekuńczo-leczniczych procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki¹¹.

Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także 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 barierek z jednej lub obu stron łóżka w nocy)¹² czy też „środków ograniczających ruch”, które obejmowały między innymi uniemożliwienie podopiecznemu opuszczenie oddziału poprzez zablokowanie wyjścia za pomocą kodu, przypięcie mieszkańców do wózka inwalidzkiego za pomocą pasów bezpieczeństwa oraz montaż szyn po bokach łóżka¹³.

¹⁰ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w DPS.

¹¹ 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.

¹² Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 174.

¹³ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80.

CPT wskazał także inne restrykcyjne praktyki w postaci specjalnej odzieży/środków mających na celu zachowanie bezpieczeństwa mieszkańców. Były to np. 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 drzwi¹⁴. CPT, opisując takie niestandardowe formy opieki, wskazał na konieczność utworzenia przez władze państwowe centralnego rejestru stosowania środków ograniczających przemieszczanie się mieszkańców (oprócz wpisów w aktach osobowych mieszkańców). Ponadto 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 niej¹⁵. 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 rezydenta¹⁶. 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 pacjenta¹⁷.

W opinii KMPT zastosowanie wobec podopiecznego placówki specjalnych zabezpieczeń może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno jemu samemu, jak i osobom trzecim. Aby jednak wyeliminować potencjalne

¹⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

¹⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 82.

¹⁶ Tamże.

¹⁷ 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].

ryzyko nadużyć związane z taką formą zabezpieczania mieszkańców, KMPT rekomenduje zastosowanie następujących rozwiązań:

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia. W procedurze takiej należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z pacjentem, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, tj. lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla pacjenta oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujednolicić praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie warto też przypomnieć, że wszelkie zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z poszanowaniem godności człowieka i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.

2. Stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza.

Lekarz po zbadaniu pacjenta oraz indywidualnej ocenie stanu zdrowia i ryzyka powinien odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta potrzebę zastosowania środka, czas i okoliczności jego stosowania, ewentualne przeciwwskazania i inne uwagi istotne dla zapewnienia właściwej opieki. Potrzeba dalszego stosowania tego środka powinna podlegać regularnemu przeglądowi. Należy też dokumentować wszelkie urazy i obrażenia odniesione przez mieszkańca w trakcie stosowania tego środka oraz bezpośrednio po jego zakończeniu (obtarcia, skaleczenia, upadki itp.).

3. Wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1 Mechanizm skargowy i prawo do informacji

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT każdorazowo zwracają uwagę, czy placówka udostępnia w ogólnodostępnych miejscach informacje o instytucjach stojących na straży praw człowieka oraz o przyjętej procedurze skargowej. Możliwość kontaktu z takimi instytucjami przez osobę przebywającą w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym 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.

Zgodnie z informacją znajdującą się na tablicy ogłoszeń, skargi i wnioski dotyczące niewłaściwej realizacji świadczeń zdrowotnych przyjmowane są w formie pisemnej w sekretariacie SPZOZ w Sejnach.

Rozwiązaniem optymalnym byłaby możliwość złożenia skargi/wniosku bezpośrednio w Zakładzie, ze względu na stan chorobowy i ograniczoną możliwość poruszania się osób przebywających w placówce. KMPT zaleca zatem utworzenie stosownego rejestru skarg i wniosków dla Zakładu, który zawierać będzie następujące informacje: dane autora skargi bądź wniosku, jej przedmiotu, daty wniesienia oraz sposobu rozstrzygnięcia i ewentualnych działań o charakterze następczym podjętych przez kierownictwo placówki.

Funkcjonowanie rejestru skarg pozwala na odnotowywanie problemów pojawiających się w placówce, co ułatwia ich rozwiązywanie oraz sprawowanie nadzoru nad częstotliwością ich występowania. Jak bowiem wskazuje Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom, brak skarg nie musi być koniecznie uznawany za pozytywny. Przeciwnie, może to oznaczać niebezpieczne środowisko w placówce lub brak zaufania do systemu skargowego¹⁸. Ponadto Komitet podkreśla, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji

¹⁸ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2018) 4, § 91].

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 poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie. Dlatego też pacjenci placówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do osób lub organów rozpatrujących skargi.

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)¹⁹.

W trakcie oglądu Zakładu zwrócono uwagę, iż w ogólnodostępnym miejscu wywieszane były jedynie dane teleadresowe Biura Rzecznika Praw Pacjenta i Oddziału oraz Delegatury Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Białymstoku. KMPT rekomenduje poszerzenie wykazu danych o RPO i Helsińską Fundację Praw Człowieka.

6.2 Dokumentowanie obrażeń

Nowo przyjmowani pacjenci badani są przez lekarza, a następnie konsultowani z psychologiem. Personel medyczny nie stosuje specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy/schematy ciała, które byłyby pomocne, by precyzyjnie oznaczyć ujawnione na ciele pacjenta obrażenia (zasinienia, krwiaki, odleżyny, rozcięcia itp.) lub blizny.

Stosowanie map ciała rekomenduje przygotowany przez ONZ Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół stambulski)²⁰. Zawiera on ponadto praktyczne informacje, adresowane między innymi do personelu medycznego i psychologów, w zakresie metod tortur, ich objawów, sposobów

¹⁹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

²⁰ Dokument dostępny jest na stronie:

https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf.

identyfikacji, realizacji badania medycznego i dokumentowania śladów przemocy. Skupia się również na barierach psychologicznych mogących pojawić się w relacjach z ofiarami oraz kwestiach etycznych (w tym etyce lekarskiej).

Stosowanie Protokołu stambulskiego zalecane jest państwom będącym sygnatariuszami OPCAT (w tym Polsce) przez Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Tortur (SPT)²¹.

Poza opisywaniem i oznaczaniem obrażeń pożądane jest także ich fotografowanie i przechowywanie zdjęć w dokumentacji medycznej (za zgodą pacjentów). Krajowy Mechanizm pragnie zaznaczyć, iż dla celów dowodowych 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.

W związku z powyższym Krajowy Mechanizm zaleca dokumentowanie obrażeń pacjentów za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączany do dokumentacji medycznej pacjenta, a także przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do wskazówek w nim zawartych.

6.3 Personel

Z udostępnionych KMPT informacji wynika, że personel posiada odpowiednie do wykonywanych zadań kwalifikacje i doświadczenie zawodowe. Niemniej jednak z uwagi na specyfikę pracy w placówce, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca, by katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów wzbogacić o tematykę dotyczącą sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją,

²¹ Zob. Raporty SPT z wizyt w Peru [CAT/OP/PER/1, § 20], na Ukrainie [CAT/OP/UKR/1, § 46-48], Brazylii [CAT/OP/BRA/1, § 38-39].

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.

KMPT od lat podkreśla, że odpowiednio dobrany i wyszkolony personel jest w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki bez uciekania się do przemocy. Stanowi też skuteczną gwarancję chroniącą mieszkańców przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem. Dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu oraz możliwości codziennego kontaktu z mieszkańcami, ma możliwość bieżącego monitorowania ich zachowania i wyłapywania niepokojących sygnałów, świadczących 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).

6.4 Warunki bytowe

Warunki bytowe oceniono jako dobre, jednakże zdaniem Krajowego Mechanizmu pokoje przeznaczone dla pacjentów są zbyt małe. Przykładowo, w sali o powierzchni 29 m² znajduje się aż 6 łóżek. Zbyt małe pokoje uniemożliwiają dostęp do łóżek z trzech stron, co sprzeczne jest z § 18 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²².

W trakcie wizytacji zauważono również, że pokoje nie są wyposażone w instalację alarmowo-przyzywową. W ocenie KMPT taka instalacja powinna być dostępna we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pacjentów (zarówno w salach chorych, jak i toaletach). Podkreślić należy, iż instalacja przywoławcza umożliwia szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi pacjentów. Należy mieć na uwadze, iż

²² Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych²³ osoby te powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi oraz którym w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego powinno się zapewnić racjonalne usprawnienia.

Wizytujący stwierdzili ponadto, że placówka nie była w pełni dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością. W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb takich osób oraz poprawienia występujących mankamentów, przy okazji planowanych remontów i modernizacji warto mieć na względzie poniższe standardy:

- szerokość drzwi umożliwiająca wjazd wózkiem – min. 90 cm,
- wysokość włączników światła i przycisków sygnalizacji przyzywowej – 90-120 cm,
- schody powinny mieć oznaczenia kontrastowe (na dolnych i górnych stopniach) oraz oznaczenia przed biegiem stopni, co pozwoli na korzystanie z nich osobom niedowidzącym; to samo dotyczy oznaczeń przed każdym biegiem pochylni;
- czcionki we wszystkich pismach i tabelach wywieszanych na tablicach informacyjnych powinny być większe, aby z materiałami tymi mogły zapoznać się również osoby niedowidzące;
- poręcze przy schodach oraz przy pochylniach powinny mieć wysokość 90 cm (górną) i 75 cm (dolną), nadto prawidłowy rozstaw poręczy pochylni powinien wynosić 1-1,1 m;
- pochylnie wiodące do budynków mieszkalnych powinny mieć – w zależności od ich wysokości – kąt nachylenia, który nie przekracza 6% (przy wysokości powyżej 50 cm) i który nie przekracza 8% (przy wysokości poniżej 50 cm);
- w łazienkach wszystkie krany powinny mieć zamiast kurków przedłużoną dźwignię, ułatwiającą uruchomienie ich osobom ze słabszymi rękami, wysokość muszli ustępowej: 45-50 cm, poręcze powinny być w odległości 40 cm od osi muszli i umieszczone na wysokości: 70-85 cm, wysokość brodzika pod

²³ Przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowana przez Polskę w dniu 6 września 2012 r.

prysznicem do 2 cm, górna krawędź umywalki powinna być umieszczona na wysokości 85 cm, dolna krawędź lustra powinna zaczynać się od poziomu umywalki (by skorzystała z niego również osoba siedząca na wózku inwalidzkim), a górna – sięgać do wysokości stojącej osoby; należy też zapewnić swobodę manewrowania wózkiem (przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm); zaznaczyć należy, że rozwiązania te powinny również dotyczyć umywalk w pokojach mieszkańców poruszających się na wózkach inwalidzkich, a przestrzeń manewrowa jest ważna we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają te osoby;

- klamki okienne w pokojach mieszkańców powinny być zamontowane tak, aby dosięgnęła ich osoba siedząca na wózku inwalidzkim lub niskiego wzrostu, dotyczy to również wszelkich przycisków, kontaktów, skrzynek wrzutowych na skargi i wnioski, dozowników, wieszaków, z których korzystają osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich itp. Powinny one być na wysokości do 120 cm od powierzchni podłogi.

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

KMPT rekomenduje podjęcie działań na rzecz zwiększenia liczby i modernizacji pokoi pacjentów, poprawienie dostępności placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami podczas najbliższych remontów i modernizacji oraz wyposażenie pokoi w instalację przyzywową.

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają Dyrektorowi SPZOZ w Sejnach:

1. stworzenie rejestru skarg i wniosków, i prowadzenie go zgodnie ze wskazówkami wskazanymi w pkt 7.1 raportu;
2. umożliwienie składania skarg i wniosków pacjentom bezpośrednio w placówce;
3. 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);
4. dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca;
5. stosowanie wobec mieszkańców niestandardowych form zabezpieczeń wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta, stosownie do uwag wskazanych w pkt 6.1 raportu;
6. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańców wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
7. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi zabezpieczenia niestandardowymi formami opieki, stosownie do uwag zawartych w pkt 6.1 raportu;
8. przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego i wykorzystywanie zawartych tam wskazówek w codziennej pracy;
9. zorganizowanie personelowi szkoleń i warsztatów z zakresu: 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;

10. podjęcie działań na rzecz zwiększenia liczby i modernizacji pokoi pacjentów;
11. poprawę dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami podczas najbliższych remontów i modernizacji;
12. wyposażenie pokoi w instalację przyzywową.

Opracowała: Klaudia Kamińska

Za Zespół:

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/