



Warszawa, 09-04-2024 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur**

**KMP.573.11.2023.PB**

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji  
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Dar-Med w Łodzi (ul. Mylna 2)**

**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)<sup>1</sup>. 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)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> 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 przyzwoleniem<sup>3</sup>. 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”<sup>4</sup>.

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 wizyjnego<sup>5</sup>. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane<sup>6</sup>. Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu<sup>7</sup>.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg<sup>8</sup>.  
Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko

---

<sup>3</sup> Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

<sup>4</sup> Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

<sup>5</sup> Zob. art. 20 OPCAT.

<sup>6</sup> Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

<sup>7</sup> 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 2021 r., Część II – Jak pracuje KMPT?.

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

wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka.

Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ<sup>9</sup> oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu ujawnią 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 żadna osoba (np. pacjent, pracownik, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść 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 bądź fałszywej i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób”.

## **3. Uwagi wstępne na temat wizytacji**

---

<sup>9</sup> Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 11-14 września 2023 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Łodzi przy ul. Mylnej 2 (dalej jako: ZOL, Zakład, placówka).

W skład zespołu wizytacyjnego wchodził: Justyna Józwiak (dr nauk społecznych w zakresie socjologii), Rafał Kulas i Paweł Borkowski (prawnicy).

Celem wizytacji było sprawdzenie sposobu traktowania pacjentów i warunków ich pobytu oraz przedstawienie rekomendacji, które wzmocnią ich ochronę przed ryzykiem tortur i innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu szczegółowych informacji na temat funkcjonowania placówki udzielonych delegacji KMPT przez p. Joannę Chymę (księgową);
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pacjentów placówki, w tym m.in.: pokoi pacjentów, sanitariatów, miejsc przeznaczonych do rehabilitacji;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów indywidualnych z pacjentami, pracownikami placówki oraz członkami rodzin pacjentów bez obecności osób trzecich, w warunkach zapewniających poufność;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej;
- wykonaniu dokumentacji fotograficznej.

Przedstawiciele KMPT poinformowali p. Joannę Chymę (księgową) o wstępnych ustaleniach wynikających z wizytacji. Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem placówki.

Raport wskazuje problemy systemowe, wymagające zmiany prawa lub praktyki jego stosowania (pkt 5), oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu prewencji tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania (pkt 6).

#### **4. Ogólna charakterystyka placówki**

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Dar-Med w Łodzi prowadzony jest przez spółkę A. I A. KAROS „DAR-MED.” SPÓŁKA JAWNA (NIP 7292567489, REGON 10000451000024).

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

Placówka posiada 77 miejsc i przeznaczona jest dla kobiet i mężczyzn. Podczas wizytacji przebywało w niej 69 osób.

#### **5. Problemy systemowe**

##### **5.1. Legalność pobytu osób, które nie są ubezwłasnowolnione, a których stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy**

Rzecznik Praw Obywatelskich zwraca uwagę na brak regulacji prawnej przyjęć do ZOL 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 RPO wskazany problem ma charakter systemowy. Polega on na braku legitymacji procesowej osób z kręgu rodziny pacjenta nieubezwłasnowolnionego i jednocześnie niezdolnego do wyrażenia woli z powodu schorzeń natury somatycznej

do wystąpienia do sądu z wnioskiem o umieszczenie ich bliskiego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Należy również podkreślić, że problem dotyczy tylko ZOL o charakterze ogólnym. W odniesieniu do takich placówek o profilu psychiatrycznym umieszczenie osoby nieubezpieczonej i niezdolnej do wyrażenia własnej woli z powodu choroby psychicznej następuje bowiem w oparciu o art. 21 w zw. z art. 3 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (dalej: u.o.z.p.<sup>10</sup>).

Powyższy problem był przedmiotem wystąpień generalnych<sup>11</sup>, które Rzecznik Praw Obywatelskich kierował do Ministra Zdrowia w dniu 9 grudnia 2018 r. oraz 3 października 2023 r.

## **5.2. Niestandardowe formy zabezpieczenia**

W dniach wizytacji w ZOL przebywali pacjenci, wobec których stosowano niestandardową formę opieki: stroje zapinane z tyłu, tzw. pajace. Są one noszone przez mieszkańców całą dobę, by uniemożliwić zabrudzenie kałem otoczenia. O stosowaniu tej formy zabezpieczenia nie decyduje lekarz, nie jest ono również odnotowywane w dokumentacji medycznej. Ponadto kierownictwo placówki nie opracowało formalnych pisemnych wytycznych w tym zakresie. Zidentyfikowane przez KMPT braki stanowią realne zagrożenie w zakresie ewentualnych nadużyć w stosowaniu tego typu form opieki.

Opisana sytuacja świadczy o istnieniu problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki.

---

<sup>10</sup> Zob. Wystąpienie Generalne do Ministra Zdrowia z dnia 9 grudnia 2018 r. oraz 3 października 2023 r. KMP.573.18.2018.

<sup>11</sup> Dz. U. z 2022 r., poz. 2123.

W wystąpieniu generalnym z dnia 13 czerwca 2022 r.<sup>12</sup> Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Zdrowia o uregulowanie wspomnianej kwestii 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 opieki<sup>13</sup>.

Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej: CPT) wskazał, że stosowanie niestandardowych form opieki<sup>14</sup> powinno być odnotowywane w utworzonym przez władze państwowe centralnym rejestrze stosowania środków ograniczających przemieszczanie się mieszkańców (oprócz wpisów w aktach osobowych mieszkańców).

---

<sup>12</sup> Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

<sup>13</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>14</sup> Zob. Raporty CPT z wizyt: we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 174; Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80; Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

Wpisy takie powinny zawierać: czas rozpoczęcia i zakończenia czynności, okoliczności sprawy, przyczyny zastosowania niestandardowej formy opieki, 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>15</sup>.

W ocenie CPT za każdym razem, gdy środki ograniczające poruszanie się są stosowane bez ważnej zgody danego mieszkańca, powinny być one każdorazowo zlecane lub zatwierdzone przez lekarza po indywidualnej ocenie rezydenta<sup>16</sup>. 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>17</sup>.

KMPT stoi na stanowisku, że zastosowanie wobec pacjenta ZOL niestandardowych form zabezpieczeń może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno jemu samemu, jak i osobom trzecim. **Jednak aby uniknąć ewentualnych nieprawidłowości związanych z ich stosowaniem, KMPT rekomenduje przyjęcie 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.

---

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

<sup>16</sup> Tamże.

<sup>17</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].



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. Legalność pobytu i dokumentacja**

Przedstawiciele KMPT każdorazowo zapoznają się z dokumentacją – w tym dokumentacją medyczną – prowadzoną przez wizytowaną placówkę. Jej szczegółowa analiza pozwoliła ustalić, że w niektórych przypadkach dochodziło do nieprawidłowości, takich jak:

- brak podpisu pacjenta na wniosku o wydanie skierowania do ZOL (w miejscu przeznaczonym na podpis pacjenta figurował podpis lekarza);
- zastępowanie podpisu odciskiem palca pacjenta, który zgodnie z dokumentacją w chwili przyjęcia był zdolny do złożenia samodzielnego podpisu;
- zamieszczanie we wnioskach o wydanie skierowania do ZOL adnotacji w brzmieniu: „brak możliwości złożenia podpisu”;
- brak pozytywnej opinii lekarza o przyjęciu do ZOL;
- zamieszczanie w dokumentacji zaświadczeń o skierowaniu do ZOL, gdzie nie określono (poprzez skreślenie na formularzu), czy pacjent powinien być skierowany do ZOL, czy do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że zgodnie z art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (dalej: k.c.)<sup>18</sup> osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać. Nie ma znaczenia przyczyna niemożności pisania. Przepis art. 79 k.c. dotyczy zarówno osób, które nie potrafią pisać, jak i osób potrafiących pisać, które jednak nie mogą w danej chwili złożyć własnoręcznego podpisu na skutek trwałej lub choćby przemijającej przeszkody (np. choroba)<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Dz. U. z 2023 r., poz. 1610.

<sup>19</sup> J. Sadowski, w: Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I. Część ogólna, cz. 2 (art. 56–125), red. J. Gudowski, Warszawa 2021, uwagi do art. 79.

**W związku z powyższym KMPT zaleca weryfikowanie, czy dokumentacja pacjenta będąca podstawą jego przyjęcia do ZOL jest kompletna i prawidłowo wypełniona.**

Jedna z pacjentek przebywających w ZOL zakomunikowała wizytującemu, że nie chce przebywać już w placówce i chciałaby wrócić do domu. Pacjentka nie była ubezwłasnowolniona. Z rozmów z personelem wynikało, iż jej stan zdrowotny jest stabilny. Mogłaby funkcjonować w domu pod warunkiem zapewnienia stałej opieki w pielęgnacji, zachowaniu porządku czy robieniu zakupów.

Jedynym czynnikiem, który zdaniem personelu ma uzasadniać pozostawanie pacjentki w wizytowanej placówce, jest okoliczność, że nikt z rodziny oraz bliskich nie może jej stamtąd odebrać. Pomimo tego, że jej stan ulega ciągłej poprawie, pacjentka będzie mogła opuścić ZOL dopiero w chwili, gdy uzyska wynik przekraczający próg 40 punktów w skali Barthel.

KMPT pragnie zaznaczyć, że pobyt w ZOL osoby nieubezwłasnowolnionej jest dobrowolny. Gdy pacjent wyraża chęć opuszczenia placówki, nic nie powinno stać temu na przeszkodzie. Braku możliwości opuszczenia ZOL nie może uzasadniać sama okoliczność braku osoby bliskiej, która mogłaby odebrać pacjenta. Taka decyzja stanowi bowiem pozbawienie wolności wbrew woli pacjenta i nie ma podstawy prawnej.

Zgodnie z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej<sup>20</sup> świadczenia w ZOL są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia,

---

<sup>20</sup> Dz. U. z 2024 r., poz. 253.

nie zaś wymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności (skalą Barthel) otrzymał 40 punktów lub mniej.

Sama zatem okoliczność, że pacjent otrzymał 40 punktów lub mniej w skali Barthel, nie jest wyłączną przesłanką jego umieszczenia w ZOL. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych<sup>21</sup> z wnioskiem o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczego występuje do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorca (§ 2 pkt 1), chyba że sąd opiekuńczy wyda orzeczenie o umieszczeniu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym (§ 6). Wobec braku orzeczenia sądu o umieszczeniu pacjentki w ZOL znajduje wobec niej zastosowanie zasada, zgodnie z którą w zakładzie opiekuńczo-leczniczym może przebywać osoba, która wyraziła na to zgodę.

**KMPT zaleca zatem, aby prawo pacjenta nieubezwłasnowolnionego do decydowania o sobie, w tym o przerwaniu leczenia w ZOL, było ściśle respektowane. Zakład powinien również stale weryfikować, czy również inne, poza wynikiem w skali Barthel, przesłanki pobytu pacjenta w ZOL są spełnione.**

## **6.2. Traktowanie**

Wizytujący nie odebrali sygnałów o złym traktowaniu pacjentów. Zarówno ich opinie, jak i osób ich odwiedzających na temat personelu były pozytywne.

Pacjenci zwracali jednak uwagę na to, że w czasie czynności higienicznych, personel pozostawia zmieniane podkłady na podłodze zamiast umieszczać je w workach na śmieci. W ocenie pacjentów wyrzucanie zużytych podkładów od razu sprawiłoby, że brzydki zapach nie byłby tak odczuwalny.

---

<sup>21</sup> Dz. U. z 2022 r., poz. 1755.

**W związku z powyższym KMPT zaleca, aby czynności związane z zapewnieniem higieny pacjentów były realizowane w sposób, który w jak największym stopniu będzie ograniczać ich dyskomfort.**

### **6.3. Dokumentowanie obrażeń**

Każda nowo przyjęta do ZOL osoba poddawana jest profilaktycznemu badaniu przez pielęgniarkę oraz lekarza. Ewentualne obrażenia dokumentowane są w historii choroby, karcie wywiadu pielęgniarskiego (zaznacza się rany, zmiany na skórze, odleżyny) i karcie występowania odleżyn. Nie wykonuje się zdjęć obrażeń.

Wizytujących poinformowano ponadto, że zaobserwowane zmiany zaznacza się na tzw. mapach ciała. Mimo że w placówce opracowany jest formularz dot. występowania odleżyn, posiadający sylwetki anatomiczne do zaznaczenia ich umiejscowienia, analiza dokumentacji pacjentów wykazała, że w praktyce nie są one stosowane. Dotyczy to również przypadków, gdy u pacjenta stwierdzono występowanie odleżyn. Ponadto wskazać należy, że na opis obrażeń w karcie przyjęcia i odleżyn przeznaczono zbyt mało miejsca, co może utrudniać ich szczegółowe udokumentowanie.

Z przeprowadzonych rozmów wynikało również, że personel nie znał Protokołu stambulskiego<sup>22</sup>, czyli podręcznika skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. 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.

Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT) podkreśla, że Protokół stambulski stanowi niezbędne narzędzie wykrywania, dokumentowania, zgłaszania i jako takiego

---

<sup>22</sup> Dokument dostępny jest na stronie: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0> (dostęp: 18 marca 2024 r.).

powstrzymywania tortur i złego traktowania<sup>23</sup>. Nie tylko pomagają we wczesnej identyfikacji ofiar i dokumentowaniu traumy, ale również w ocenie potrzeb i dostosowaniu do nich odpowiedniej opieki<sup>24</sup>. Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują również Komitet Przeciwko Torturom (CAT)<sup>25</sup>, Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)<sup>26</sup> i Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur<sup>27</sup>.

Poza opisywaniem i oznaczaniem obrażeń pożądane jest także ich fotografowanie i przechowywanie zdjęć w dokumentacji medycznej (za zgodą pacjentów). Taka praktyka zwiększy skuteczność ewentualnego postępowania karnego. 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.

Warto wskazać ponadto, że badanie lekarskie, wraz ze zdjęciami obrażeń lub blizn oraz z opisaniem i oznaczeniem ich na schemacie ciała, powinno być aktualizowane po każdej dłuższej nieobecności mieszkańca w placówce (np. z powodu hospitalizacji) lub powrotu z miejsc, gdzie mieszkańcy mogli doświadczyć przemocy.

---

<sup>23</sup> Zob. Uwagi i zalecenia SPT przedstawione w raportach z wizyt w: Polsce [CAT/OP/POL/ROSP/1, § 55], Wielkiej Brytanii [CAT/OP/GBR/ROSP/1, § 69 i 71], Portugalii [CAT/OP/PRT/1, § 34, 89, 93], Hiszpanii [CAT/OP/ESP/1, § 46, 63-64, 70] i Brazylii [CAT/OP/BRA/3, § 20-22, 34, 89, 93].

<sup>24</sup> Zob. również wspólne oświadczenie CAT, SPT, Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur i Rady Powierniczej Dobrowolnego Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur z dnia 25 czerwca 2019 r., dostępne na stronie: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24739&LangID=E> [dostęp: 2 marca 2024 r.].

<sup>25</sup> Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, § 27 i 28.

<sup>26</sup> Zob. Raporty CPT z wizyt w: Mołdawii [CPT/Inf (2020) 27, § 29], Macedonii Północnej, [CPT/Inf (2021) 8, § 29], Portugalii [CPT/Inf (2020) 33, § 71 i 72], Danii [CPT/Inf (2019) 35, § 20] i Gruzji [CPT/Inf (2019) 16, § 80].

<sup>27</sup> Zob. Raporty Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur: z dnia 16 lipca 2021 r. [A/76/168, § 22, 25, 34, 66 pkt g)], z dnia 20 marca 2020 r. [A/HRC/43/49, § 13, 21] oraz z dnia 20 lipca 2018 r. [A/73/207, § 77 pkt e)].

W przypadku stwierdzenia przemocy należy zawsze zawiadomić o tym Prokuraturę lub Policję<sup>28</sup>.

**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. Przedstawiciele KMPT rekomendują również, by w przypadku wykrycia u pacjenta obrażeń w jego dokumentacji znajdował się ich szczegółowy opis.**

#### **6.4. Mechanizm skargowy i prawo do informacji**

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT każdorazowo zwracają uwagę, czy wizytowana placówka udostępnia w ogólnodostępnych miejscach informacje o instytucjach stojących na straży praw człowieka oraz o przyjętej procedurze skargowej. Na znajdujących się w Zakładzie tablicach informacyjnych umieszczony był spis lekarzy, informacja o prawach pacjenta, tekst ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz regulamin organizacyjny ZOL. Należy jednak zaznaczyć, że udostępniona wersja ustawy była w czasie wizytacji już nieaktualna.

W ocenie KMPT możliwość kontaktu z instytucjami stojącymi na straży praw człowieka przez osobę przebywającą w zakładzie opiekuńczo-leczniczym 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.

---

<sup>28</sup> Powyższy standard rekomenduje również CPT. Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2013), § 71-84], Raporty CPT z wizyt w Serbii [CPT/Inf (2016) 21, § 22, 27, 50, 81] i w Polsce [CPT/Inf (2018) 39, § 80] oraz [CPT/Inf (2014) 21, § 78].

**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. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, Rzecznika Praw Obywatelskich z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676, Biura Rzecznika Praw Pacjenta czy Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ), obowiązującej w placówce procedurze skargowej oraz aktualny tekst ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, co umożliwi pacjentom oraz osobom ich odwiedzającym zapoznanie się z ich prawami.**

W wizytowanym ZOL nie jest prowadzony rejestr skarg i wniosków. 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, 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 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 skargowego<sup>29</sup>.

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.

---

<sup>29</sup> Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2018) 4, § 91].



plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)<sup>30</sup>.

**W związku z powyższym KMPT zaleca utworzenie stosownego rejestru skarg i wniosków, który zawierać będzie informacje dotyczące: autora skargi bądź wniosku, jej przedmiotu, daty wniesienia oraz sposobu rozstrzygnięcia i ewentualnych działań o charakterze następczym podjętych przez kierownictwo placówki. Rejestr ten powinien mieć charakter poufny i powinien być dostępny wyłącznie dla osoby kierującej ZOL lub osoby przez nią wyznaczonej.**

### **6.5. Warunki bytowe**

Panujące w ZOL warunki bytowe oceniono jako dobre. Jednakże podczas oglądu placówki wizytujący zwrócili uwagę na brak drzwi w niektórych pokojach (co stwarzało ryzyko naruszenia prywatności pacjentów) oraz na to, że nie we wszystkich oknach znajdowały się rolety (co było uciążliwe dla pacjentów, gdy świeciło słońce). Personel Zakładu poinformował przedstawicieli KMPT, że rolety zostały prawdopodobnie zerwane przez pacjentów. **W związku z powyższym KMPT rekomenduje uzupełnienie powyższych braków.**

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT zaobserwowali, że niektóre pokoje nie były wyposażone w sygnalizację przyzywową. Ponadto w pokojach, w których instalacja się znajdowała, zdarzało się, że pacjenci nie wiedzieli, że ona istnieje i do czego służy.

W ocenie KMPT instalacja alarmowo-przyzywowa 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.

---

<sup>30</sup> Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) w swoich raportach z wizytacji placówek medycznych wielokrotnie rekomendował montaż i konserwację urządzeń służących do wezwania pomocy<sup>31</sup>.

**KMPT zaleca, aby we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pacjentów znajdowała się sprawnie działająca instalacja przyzywowa, umożliwiająca niezwłoczne zawiadomienie personelu medycznego, gdy któryś z pacjentów znajdzie się w sytuacji kryzysowej. Ponadto KMPT rekomenduje wytłumaczenie pacjentom, w jaki sposób mogą wezwać za jej pośrednictwem pomoc.**

## **6.6. Personel**

Personel placówki składa się z 45 osób: 7 osób zatrudnionych jest na podstawie umowy o pracę, 36 na podstawie umowy zlecenie oraz dwie osoby w ramach praktyk zawodowych. Są to: lekarze (6), pielęgniarki (19), Koordynująca Pielęgniarka Zakładu, opiekun pacjenta (4), instruktor terapii zajęciowej, logopeda, psycholog (2), rehabilitant (5), salowe oraz pokojowe (6).

W ZOL zapewniona jest jedynie minimalna norma obsady personelu medycznego. W ciągu dnia na terenie placówki obecne są 2 pielęgniarki oraz 3 opiekunów (sporadycznie są to 2 osoby), zaś w porze nocnej 2 pielęgniarki.

Ponadto kierownictwo placówki poinformowało KMPT, że dysponuje pięcioma wakatami na stanowisku pielęgniarki. **W związku z powyższym KMPT zaleca obsadzenie wakatów pielęgniarskich.**

Z udostępnionych KMPT informacji wynika, że personel posiada odpowiednie do wykonywanych zadań kwalifikacje i doświadczenie zawodowe. Niemniej jednak

---

<sup>31</sup> Zob. Raporty CPT z wizyt w: Hiszpanii [CPT/Inf (2007) 28, p. 132], Turcji [CPT/Inf (99) 2, p. 198], na Węgrzech [CPT/Inf (2006) 20, p. 134 oraz CPT/Inf (2010)16, p. 95.

jedynie niewielka część personelu legitymuje się ukończeniem kursu z zakresu komunikacji interpersonalnej.

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. przez podjęcie interwencji, udzielenie pomocy czy zgłoszenie przełożonym swoich obaw i podejrzeń).

**KMPT rekomenduje 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.**

## **7. Zalecenia**

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

### **I . Kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Dar-Med w Łodzi:**

1. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia;
2. stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza;

3. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
4. weryfikowanie, czy dokumentacja pacjenta będąca podstawą jego przyjęcia do ZOL jest kompletna i prawidłowo wypełniona;
5. zapewnienie, by prawo pacjenta do decydowania o przerwaniu leczenia w ZOL było ściśle respektowane;
6. stałe weryfikowanie innych niż skala Barthel przesłanek uzasadniających pobyt pacjenta w ZOL;
7. zapewnienie, aby czynności związane z zapewnieniem higieny pacjentów były realizowane w sposób, który w jak największym stopniu ograniczy ich dyskomfort;
8. 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;
9. przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie zawartych w nim wytycznych;
10. zapewnienie, by w przypadku wykrycia u pacjenta obrażeń w jego dokumentacji znajdował się ich szczegółowy opis;
11. umieszczenie na tablicach ogłoszeń informacji o instytucjach, do których pacjenci lub ich rodziny mogliby zwrócić się w przypadku naruszenia ich praw (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, Rzecznika Praw Obywatelskich z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676, Biura Rzecznika Praw Pacjenta, Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ);

12. umieszczenie na tablicach ogłoszeń informacji o obowiązującej w placówce procedurze skargowej oraz aktualnego tekstu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
13. utworzenie rejestru skarg i wniosków, który powinien zawierać informacje dotyczące: autora skargi bądź wniosku, jej przedmiotu, daty wniesienia oraz sposobu rozstrzygnięcia i ewentualnych działań o charakterze następczym podjętych przez kierownictwo placówki; rejestr ten powinien mieć charakter poufny i powinien być dostępny wyłącznie dla osoby kierującej ZOL lub osoby przez nią wyznaczonej;
14. zapewnienie, aby każdy użytkowany przez pacjentów pokój posiadał drzwi i rolety okienne;
15. zapewnienie pacjentom dostępu do instalacji przyzywowej, umożliwiającej wezwanie personelu w sytuacji kryzysowej, i wytłumaczenie pacjentom, w jaki sposób mogą wezwać za jej pośrednictwem pomoc;
16. obsadzenie wakatów pielęgniarских;
17. 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.

Opracował: Paweł Borkowski

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

*/-wydano i podpisano elektronicznie/*