



**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Warszawa, 12-10-2021 r.

**Krajowy Mechanizm Prewencji**

**KMP.573.10.2021.RK**

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur  
z wizytacji Rodzinnego Domu Opieki „Staś” w Gnojniku**

**1. Wprowadzenie**

Na podstawie artykułu 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192) [dalej jako: OPCAT] oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 7-9 września 2021 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm) przeprowadzili wizytację Rodzinnego Domu Opieki „Staś”, zlokalizowanego pod adresem: Gnojnik 740, 32-864 Gnojnik (dalej: dom opieki, placówka).

W skład delegacji KMPT wchodził: Michał Żłobecki i Rafał Kulas (prawnicy).

Celem wizytacji było sprawdzenie sposobu traktowania mieszkańców placówki, zapewnionych im warunków pobytu i opieki oraz przedstawienie rekomendacji, które wzmocnią (jeśli to niezbędne) ich ochronę przed ryzykiem tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania oraz karania, mając na względzie odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych. Ponadto delegacja KMPT zweryfikowała przygotowanie placówki na zagrożenie związane z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2.

W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT:

- przeprowadzili rozmowę z Panią Ewą Cierniak-Lambert (prezesem zarządu spółki prowadzącej placówkę) oraz Panią Katarzyną Strzesak (zastępcą dyrektora);
- dokonali oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla mieszkańców i zewnętrznego terenu rekreacyjnego;
- przeprowadzili poufne rozmowy z mieszkańcami, personelem oraz osobami odwiedzającymi swoich bliskich w domu opieki;
- dokonali analizy wybranej przez siebie dokumentacji;
- wykonali dokumentację fotograficzną wybranych pomieszczeń.

Po zakończeniu wizytacji poddano analizie dokumentację związaną z funkcjonowaniem placówki.

Niniejszy raport wskazuje problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt. 4) oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt. 5).

## **2. Zakaz represji**

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkaniec, pracownik placówki, osoba odwiedzająca) lub organizacja, która przekazała KMPT informację nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie 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. Charakterystyka placówki**

Rodzinny Dom Opieki „Staś” jest placówką zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym i osobom w podeszłym wieku<sup>1</sup>. Działalność gospodarcza prowadzona jest na podstawie zezwolenia Wojewody Małopolskiego i wpisana do rejestru tego typu placówek. Podmiotem prowadzącym dom opieki jest spółka Centrum Medycyny Rodzinnej Gnojnik I Sp. z o.o. z siedzibą w Gnojniku (KRS: 0000738897).

---

<sup>1</sup> Zob. art. 67-69 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1876 ze zm.).

Zgodnie z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 28 lipca 2020 r. (znak WP-III.9423.11.2020) pojemność placówki wynosi 96 miejsc. Według stanu na dzień 8 września 2021 r. przebywało w niej łącznie 78 mieszkańców - 61 kobiet i 17 mężczyzn. Trzech mieszkańców było ubezwłasnowolnionych całkowicie.

Nadzór nad działalnością domu opieki sprawuje Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie.

Miesięczny koszt pobytu mieszkańca wynosi 3.600 zł. Osoba dokonująca płatności za pobyt zobowiązana jest także do uiszczenia opłat dodatkowych za leki, materiały opatrunkowe, pieluchy i pampersy oraz ewentualne dodatkowe zabiegi i leczenie specjalistyczne, nie objęte refundacją (np. wyjazd prywatną karetką).

Na drzwiach wejściowych do budynku oraz na tablicy informacyjnej przy wejściu, znajdowała się informacja o typie placówki, jej pojemności, numerze zezwolenia Wojewody Małopolskiego i podmiocie prowadzącym.

#### **4. Problemy systemowe**

##### **4.1. Monitoring wizyjny**

Na terenie Domu zainstalowano monitoring wizyjny. Monitorowany jest korytarz, wejście do budynków, teren zewnętrzny. Nagrania są archiwizowane przez okres 7 dni, a następnie automatycznie zastępowane kolejnymi nagraniami.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że kwestia stosowania monitoringu w placówkach całodobowej opieki od kilku lat jest przedmiotem analizy KMPT. Z jednej strony rozwiązanie to służy niewątpliwie poprawie bezpieczeństwa w placówce i samych pensjonariuszy. Warto jednak podkreślić, że monitorowanie tego typu placówek może stanowić formę ingerencji w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku. Dla legalności tego rodzaju kontroli istotne jest, żeby ograniczenie to spełniało przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. Obecnie bowiem żadne przepisy regulujące funkcjonowanie placówek całodobowej opieki nie określają tej kwestii.

O powyższym problemie systemowym Rzecznik Praw Obywatelskich informował już odpowiednie władze. W 2016 r. RPO wystosował wystąpienie generalne do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w którym wskazywał, że ustawodawca nie zawarł w ustawie o pomocy społecznej przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu, jak również zagadnień

gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań<sup>2</sup>. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.<sup>3</sup>. Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

#### **4.2. Mieszkańcy, którzy nie są ubezwłasnowolnieni, a których stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy**

W czasie wizytacji KMPT w placówce przebywały osoby, które nie były ubezwłasnowolnione, jednak ich stan zdrowia i poziom świadomości nie pozwalał na ważne zawarcie umowy, czy złożenie skutecznego oświadczenia woli. Umowy na pobyt zawierały najbliżsi członkowie rodziny. Mieszkańcy z kolei podpisywali oświadczenia: o wyrażeniu zgody na pobyt, przetwarzaniu danych osobowych, o dostępie do dokumentacji medycznej oraz klauzulę informacyjną o obecności na terenie placówki monitoringu wizyjnego.

W ocenie KMPT powyższy problem ma charakter systemowy, wymagający stworzenia odpowiednich przepisów prawnych, które zapewnią ochronę praw osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wykluczającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji. Pożądane byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. poprzez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażanej w trybie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty<sup>4</sup>, czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym<sup>5</sup>. Rozwiązania te obejmować powinny m.in. przyznanie członkom rodzin takich osób i innym osobom bliskim legitymacji do występowania do sądów w sprawie umieszczenia w placówce. W przypadku osób, które nie są ubezwłasnowolnione powinno się zatem przyjąć model obowiązujący obecnie dla osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony osób przyjmowanych do takich placówek, które obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

Analogiczny problem, w odniesieniu do domów pomocy społecznej, dostrzegł Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)<sup>6</sup> podczas wizyty w Polsce w 2009 r. Wskazał wówczas, że wielu mieszkańców umieszczonych „dobrowolnie” w domach pomocy, nie było w stanie wydać ważnej zgody na pobyt oraz nie miało wyznaczonego przez sąd opiekuna. W rezultacie osoby te były *de facto* pozbawione

---

<sup>2</sup> Zob. Wystąpienie RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

<sup>3</sup> Zob. Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

<sup>4</sup> Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r., poz. 790).

<sup>5</sup> Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r., poz. 685).

<sup>6</sup> European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT).

wolności bez możliwości korzystania z gwarancji przewidzianej przez prawo. Komitet zalecił wówczas władzom krajowym podjęcie kroków, aby mieszkańcy niezdolni do wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie ich w placówce, nieposiadający opiekuna i niemający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu<sup>7</sup>.

### **4.3. Stosowanie pasów zabezpieczających przed upadkiem**

W czasie wizytacji delegacja KMPT zaobserwowała, że część mieszkańców siedzących na wózkach inwalidzkich było zabezpieczonych pasami biodrowymi. Zapięcia pasów znajdowały się z tyłu mieszkańca na oparciu wózka. Było ono usytuowane w taki sposób, że mieszkaniec nie mógł samodzielnie uwolnić się z zapięcia. Wizytujący zwrócili uwagę na wygląd pasów u poszczególnych mieszkańców. Nie były to produkty atestowane, lecz wykonane z różnych materiałów (plastikowe z gąbką w środku i materiałowe). Stosowanie powyższych pasów zabezpieczających nie było odnotowywane w dokumentacji.

Z wyjaśnień personelu wynikało, że zabezpieczenia wózków inwalidzkich stosowane jest jedynie, gdy trzeba zabezpieczyć mieszkańca przed upadkiem lub zsunięciem się z wózka (np. w przypadku spaceru lub pobytu na stołówce).

Powyższa praktyka była przedmiotem adresowanego do dyrektora domu opieki wystąpienia kontrolnego Wojewody Małopolskiego z dnia 15 grudnia 2019 r., znak sprawy WP-III.431.3.21.2019. Wojewoda uznał wówczas, że zapinanie mieszkańców w powyższy sposób nosi znamiona zastosowania przymusu bezpośredniego poprzez unieruchomienie i zalecił przestrzeganie obowiązujących przepisów określonych w art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Z taką oceną nie zgadzał się personel domu opieki, wyjaśniając delegacji KMPT, że powyższa forma zabezpieczenia nie stanowi przymusu bezpośredniego, a jest formą zabezpieczenia przed upadkiem, mającym na celu ochronę zdrowia mieszkańca.

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. W procesie opiekuńczym istnieją bowiem sytuacje, gdzie stosowanie środków zabezpieczających jest niezbędne dla ochrony zdrowia mieszkańca. W związku z tym ich stosowaniu musi towarzyszyć szereg gwarancji o charakterze proceduralnym i materialnym. Z punktu widzenia art. 31 ust. 3 Konstytucji gwarancje te powinny być określone w ustawie. Doprecyzowanie w ustawie takich sytuacji pozwoli również na ujednoczenie praktyki w placówkach opiekuńczych i ewentualnych rozbieżności

---

<sup>7</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, przeprowadzonej w dniach 26 listopada - 8 grudnia 2009 r., CPT/Inf (2011) 20, par. 166.

interpretacyjnych dotyczących stosowania prawa, w szczególności oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni, czy też nie.

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>8</sup>.

W opinii KMPT zastosowanie wobec mieszkańca zabezpieczeń przed upadkiem może być czasami nieuniknione, w celu zapewnienia bezpieczeństwa. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko związane z taką formą opieki, KMPT rekomenduje:

1. **Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi zabezpieczenia przed upadkiem.** W procedurze takiej należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkańcem, 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 mieszkańców 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 przed upadkiem z wózka inwalidzkiego wyłącznie za zgodą lekarza.** Lekarz po zbadaniu mieszkańca i indywidualnej ocenie stanu zdrowia i ryzyka powinien odnotować w dokumentacji medycznej mieszkańca 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 (np. obtarcia, skaleczenia, upadki, itp.).

3. **Wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca przed upadkiem wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami w podeszłym wieku i z niepełnosprawnościami.**

---

<sup>8</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.

## 5. Obszary wymagające poprawy

### 5.1. Legalność pobytu

W czasie wizytacji w placówce przebywało trzech mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie. W ich dokumentacji brak było zgody sądu opiekuńczego na umieszczenie w placówce. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej do umieszczenia w placówce całodobowej opieki osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego. Zgodnie bowiem z art. 68c tej ustawy *„osoba ubezwłasnowolniona całkowicie może być umieszczona w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie”*. Z kolei art. 68a pkt 1 lit. f ustawy o pomocy społecznej wymaga zaś, by w dokumentacji placówki znajdowało się postanowienie sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na umieszczenie w placówce.

Wymóg istnienia zgody sądu opiekuńczego na umieszczenie w placówce osoby ubezwłasnowolnionej od dawna jest obecny w porządku prawnym – wynika on z zapisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego<sup>9</sup>, zgodnie z którym opiekun prawny powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku ubezwłasnowolnionego. Nowelizacja przepisów ustawy o pomocy społecznej, która weszła w życie 1 stycznia 2020 r. w sposób jednoznaczny uregulowała tę kwestię w odniesieniu do pensjonariuszy placówek opiekuńczych<sup>10</sup>.

Warto podkreślić, że sądowa kontrola nad umieszczeniem osoby ubezwłasnowolnionej w placówce opiekuńczej stanowi ważny instrument nadzoru działalności opiekuna prawnego i zabezpieczenie przed niewłaściwym traktowaniem podopiecznego.

Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie Kędzior przeciwko Polsce<sup>11</sup> stwierdził, iż w sytuacji, gdy umieszczenie osoby w zakładzie opiekuńczym zostało spowodowane przez przedstawiciela ustawowego bez dokonania kontroli jego prawidłowości przez sąd, zachodzi naruszenie art. 5 ust. 4 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Zob. art. 175 w zw. z art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2020 r., poz. 1359); J. Ignatowicz w: Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2012, s. 1181., T. Smoczyński w: Prawo rodzinne i opiekuńcze. Analiza i wykładnia, Warszawa 2001, s. 431.

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2019 r., poz. 1690).

<sup>11</sup> Zob. Wyrok z dnia 16 października 2012 r., skarga nr 45026/07.

<sup>12</sup> Zob. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.).

Na potrzebę sądowej kontroli decyzji o umieszczeniu w domach opieki jako ważnej gwarancji zabezpieczającej mieszkańców przed złym traktowaniem, w tym pozbawianiem ich wolności wbrew woli, od lat wskazuje Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)<sup>13</sup>.

KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie o postanowienia sądu opiekuńczego, zezwalającego mieszkańcom na ich pobyt w placówce. KMPT zaleca również, by w przypadku przyjęć do domu opieki osób ubezwłasnowolnionych całkowicie, wymagać od opiekunów prawnych okazania postanowienia sądu opiekuńczego zezwalającego na pobyt. Postanowienie sądu opiekuńczego, stosownie do art. 68a pkt 1 lit. f ustawy o pomocy społecznej, powinno zostać włączone do dokumentacji placówki.

W czasie oglądu przedstawiciel KMPT był świadkiem sytuacji, gdzie mieszkanka oświadczyła, że nie chce dalej przebywać w domu opieki i jest przetrzymywana wbrew woli. Delegacja KMPT zbadała sytuację prawną mieszkanki, przedstawiciel KMPT odbył z nią poufną rozmowę. Przeprowadzono też rozmowy z personelem placówki. Mieszkanka nie była osobą ubezwłasnowolnioną. Umowę pobytu na czas nieokreślony podpisał członek jej rodziny. Mieszkanka podpisała zgodę na pobyt. W trakcie rozmowy podsumowującej wizytę prezes zarządu spółki prowadzącej dom opieki oświadczyła, że jest już po rozmowie telefonicznej z rodziną mieszkanki i rozwiązała umowę pobytu, która ma odnieść skutek w ciągu 7 dni od dnia wypowiedzenia. **Z uwagi na powyższe, KMPT prosi o informację, czy mieszkanka dalej przebywa w domu opieki.**

## 5.2. Szkolenie personelu

Wizytujący nie otrzymali sygnałów świadczących o złym traktowaniu mieszkańców przez personel. Przeciwnie, opinie na temat pracowników były bardzo dobre. W czasie swojego pobytu przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na empatię i profesjonalizm pracowników. Mieszkańcy byli też zadbani pod względem higienicznym.

W latach 2020-2021 personel placówki uczestniczył w szkoleniach dotyczących m.in.: zasad BHP, zasad sanitarnych (w tym postępowania w przypadku stwierdzenia w placówce choroby COVID-19), ochrony zasad osobowych (RODO), pielęgnacji pacjentów i profilaktyki przeciwoleżynowej. Szklenia były prowadzone przez pracowników placówki.

KMPT pozytywnie ocenia starania placówki w kierunku zapewnienia kadrze rozwoju zawodowego. Zachęca jednocześnie, by rozwój i wsparcie merytoryczne personelu miało charakter

---

<sup>13</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Bułgarii, CPT/Inf (2018) 15, par. 170; Raport CPT z wizyty na Łotwie, CPT/Inf (2017) 16, par. 155-156; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, par. 160, 164, 165.



systematyczny i adekwatny do potrzeb. Szkolenie personelu jest bowiem mechanizmem zapobiegania torturom i budowania odpowiedniej kultury organizacyjnej. Dlatego też warto, by oferta szkoleniowa była dostosowana do potrzeb poszczególnych grup zawodowych oraz koncentrowała się na komunikacji interpersonalnej, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych, przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu, opiece nad osobami w podeszłym wieku, z niepełnosprawnością fizyczną lub intelektualną oraz międzynarodowych standardach ochrony praw człowieka (w tym prawach osób starszych i z niepełnosprawnościami).

KMPT widzi też potrzebę przeszkolenia personelu z Protokołu stambulskiego, tj. oficjalnego podręcznika ONZ dotyczącego diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Zawiera on wskazówki pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą przemocy (w tym tortur) oraz wytyczne, jak należy zgłaszać takie przypadki odpowiednim organom. Dokument ten dostępny jest w polskiej wersji językowej i odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur<sup>14</sup>. Stanowi więc istotny element zapobiegawczy i cenne narzędzie edukacyjne, wzmacniające potencjał personelu.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet ONZ Przeciwko Torturom (CAT)<sup>15</sup>, Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)<sup>16</sup>, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur<sup>17</sup> i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)<sup>18</sup>.

KMPT rekomenduje również zorganizowanie personelowi superwizji, która pozwoli na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu. Wsparcie personelu jest bowiem niezwykle istotne w czasie pandemii, gdzie wprowadzane ograniczenia mogą powodować wzrost napięcia i występowanie sytuacji konfliktowych. Sytuacja ta w połączeniu z brakami kadrowymi spowodowanymi zachorowaniami może prowadzić do nadużyć wobec mieszkańców.

Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) podkreśla, że z uwagi na trudny charakter pracy, personel

---

<sup>14</sup> Dokument dostępny na stronie Biura RPO: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/protok%C3%B3%C5%82-stambulski-podr%C4%99cznik-skutecznego-badania-i-dokumentowania-tortur-oraz-innego-okrutnego> (dostęp: 04.10.2021 r.)

<sup>15</sup> Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

<sup>16</sup> Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 55.

<sup>17</sup> Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

<sup>18</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019)16, par. 80.

oddziałowy w domu opieki (pielęgniarka, salowa) powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki<sup>19</sup>.

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy<sup>20</sup>.

### **5.3. Warunki materialne**

Placówka usytuowana jest w wielokondygnacyjnym budynku, wyposażonym w windę. Pozbawiona jest barier architektonicznych i dostosowana jest do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową. Warunki bytowe zapewnione mieszkańcom zostały ocenione przez przedstawicieli KMPT jako bardzo dobre. Mieszkańcy zakwaterowani byli w pokojach 2 i 3 osobowych, z dostępem do łazienki. Wszystkie pomieszczenia były utrzymane w czystości i odpowiednio wyposażone.

Wizytujący w trakcie oglądu placówki zwrócili uwagę na brak w pokojach mieszkańców sygnalizacji przyzywowej, umożliwiającej wezwanie personelu, co może utrudniać sprawowanie właściwego nadzoru nad mieszkańcami (szczególnie w porze nocnej, przy mniejszej obsadzie personelu). KMPT zaleca zapewnienie mieszkańcom dostępu do sygnalizacji przyzywowej. W niniejszym zakresie należy wziąć też pod uwagę faktyczny dostęp do w/w sygnalizacji dla osób leżących, np. poprzez umiejscowienie przycisków w zasięgu ich rąk lub zastosowanie przy łóżku mieszkańca aparatu z funkcją przywołania. W przypadku osób leżących umiejscowienie przycisku alarmowego poza zasięgiem rąk, może być niebezpieczne i np. sprzyjać upadkom w sytuacji, gdy mieszkaniec podjąłby samodzielną próbę dostania się w miejsce przycisku alarmowego.

### **5.4. Ochrona zdrowia**

Opieka medyczna w placówce jest na bardzo dobrym poziomie. Z uwagi na fakt, że prezes zarządu spółki jest z wykształcenia lekarzem i przebywa w niej codziennie, mieszkańcy mają zapewniony codzienny kontakt z lekarzem. Ponadto mieszkańcy mają dostęp do lekarza POZ i lekarzy specjalistów, również na zasadach komercyjnych.

---

<sup>19</sup> European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zobacz również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

<sup>20</sup> Zob. art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych CM/Rec (2014) 2, przyjętych przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 19 lutego 2014 r.

Placówka zapewnia podopiecznym całodobową opiekę pielęgniarską. Na dziennej zmianie obecna jest jedna pielęgniarka na oddział (w domu opieki są cztery oddziały mieszkalne). W nocy dyżur pełni jedna pielęgniarka w całym obiekcie.

Mieszkańcy mają też możliwość udziału w zajęciach rehabilitacji prowadzonych przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej (zajęcia odbywają się od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 – 15:30) oraz konsultacji z psychologiem klinicznym (psycholog dostępny jest raz w tygodniu przez trzy godziny).

KMPT rekomenduje zwiększenie wymiaru czasu pracy psychologa. Z pewnością polepszyłyby to standard życia i opieki zapewnionej mieszkańcom, zwiększając tym samym atrakcyjność oferty opiekuńczej domu opieki.

Zdaniem KMPT psycholog ma do odegrania w placówkach opiekuńczych szczególną rolę<sup>21</sup>. Może pomóc nowo przyjmowanym mieszkańcom w adaptacji w nowym miejscu i pokonaniu towarzyszących im trudności i obaw. Psycholog powinien także pomagać w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych poprzez prawidłowe zdiagnozowanie przyczyny konfliktu, obejmować wzmożoną opieką mieszkańców trudnych, pomagać w przezwyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, diagnozować osobowość mieszkańca, jak również prowadzić współpracę z rodzinami i osobami najbliższymi. W trudnych sytuacjach życiowych, czy w okresach obniżonego nastroju podjęcie odpowiednio wczesnej interwencji psychologicznej nie tylko wpływa na komfort mieszkańców, ale również pełni funkcję profilaktyczną redukując ryzyko pogłębienia się trudności doświadczanych przez pensjonariuszy i zapobiegając pogorszeniu się stanu ich zdrowia.

Zapewnienie właściwej opieki psychologicznej jest szczególnie istotne, gdy mieszkaniec trafia do placówki wbrew swojej woli, w wyniku decyzji sądu. Doświadcza wtedy silnego oporu, nie potrafi pogodzić się ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Wówczas rola psychologa jest bardzo istotna.

Należy mieć również na względzie skutki emocjonalne jakie wywołała pandemia koronawirusa i towarzysząca jej izolacja od najbliższego otoczenia. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w zaktualizowanych wytycznych dotyczących zapobiegania i kontroli COVID-19 w zakładach karnych i innych miejscach pozbawienia wolności podkreśla, że pobyt na usługi

---

<sup>21</sup> Zob. uwagi KMPT na temat roli psychologa w domach pomocy społecznej, przedstawione w raporcie tematycznym pt. „*Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur*”, Warszawa 2017, s. 78-82.

psychologiczne prawdopodobnie wzrosnie w tego typu miejscach w następstwie pandemii i nałożonych środków ograniczających<sup>22</sup>.

W placówce nie było przypadków zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2. Prawie wszyscy mieszkańcy (poza jedną osobą) są zaszczepieni przeciwko koronawirusowi. W jednym przypadku wystąpiły przeciwwskazania zdrowotne do szczepienia. Szczepienia odbywały się na terenie domu opieki i były dobrowolne. Szczepienia były poprzedzone badaniem lekarskim i uzyskaniem pisemnej zgody pacjenta na szczepienia. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych zgodę wyrażał opiekun prawny. Placówka dysponuje prewencyjnymi środkami ochrony osobistej w celu przeciwdziałania ryzyku infekcji COVID-19.

Z ustaleń wizytujących wynika, że w placówce przebywały osoby, które nie były formalnie ubezwłasnowolnione, a których stan zdrowia i poziom świadomości mógł nie pozwalać na złożenie skutecznego oświadczenia woli w zakresie szczepienia. Dlatego też w celach zapobiegawczych, KMPT przypomina, że obowiązujące przepisy uzależniają wykonanie szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 od świadomej zgody pacjenta. Jeżeli pacjent jest niezdolny do jej wyrażenia, wymagane jest uzyskanie zastępczej zgody sądu opiekuńczego w trybie art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty<sup>23</sup>. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania takiej zgody jest sąd, w którego okręgu czynności medyczne mają być wykonane<sup>24</sup>.

KMPT zaleca pozyskiwanie zgody sądu opiekuńczego na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym szczepień, wobec mieszkańców, którzy nie są ubezwłasnowolnieni, ale porozumienie z nimi jest niemożliwe.

### **5.5. Dokumentowanie obrażeń**

Każdy nowo przyjmowany mieszkaniec jest oglądany w dniu przyjęcia przez pielęgniarkę pod kątem m.in. oceny stanu zdrowia (zarówno fizycznego, jak i psychicznego), ryzyka odleżyn i obrażeń. Przy przyjęciu pielęgniarka wypełnia dokument o nazwie „*karta wywiadu pielęgniarskiego*”. Mieszkaniec jest też badany przez lekarza, konsultowany z lekarzem specjalistą rehabilitacji medycznej oraz psychologiem.

Ewentualne obrażenia są odnotowywane w dokumentacji medycznej (karcie wywiadu pielęgniarskiego, historii choroby, raporcie pielęgniarskim). W przypadku poważniejszych obrażeń lub odleżyn wykonywane jest ich zdjęcie telefonem komórkowym. Zdjęcia nie są częścią

---

<sup>22</sup> World Health Organization Regional Office for Europe, Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention, Interim guidance, 8 February 2021, s. 36.

<sup>23</sup> Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r., poz. 790).

<sup>24</sup> Zob. art. 32 ust. 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

dokumentacji medycznej, ale są przechowywane na telefonie. Delegacja KMPT miała okazję przyjrzeć się przykładowym zdjęciom odleżyn.

Sam fakt wykonywania zdjęć obrażeń należy ocenić pozytywnie. Taka praktyka ułatwia zebranie dowodów złego traktowania i ma fundamentalne znaczenie dla procesu karnego. KMPT rekomenduje jednak, by dokumentacja fotograficzna była włączana do dokumentacji medycznej pacjenta. Ponadto zaleca, by przy rejestracji obrażeń posilkować się specjalnie opracowanym do tego celu formularzem zawierającym „*mapy ciała*” do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca. Pomocnym narzędziem do opracowania w/w formularza będzie stanowić Protokół stambulski<sup>25</sup>.

### **5.6. Kontakt ze światem zewnętrznym**

W czasie wizytacji mieszkańcy mogli swobodnie poruszać się po terenie domu, spędzać czas na zewnętrznym terenie rekreacyjnym, mieli dostęp do telefonu oraz możliwość odwiedzin przez swoich bliskich. Odwiedziny odbywały się w specjalnym pokoju odwiedzin lub na terenie zewnętrznym (placówka posiada pięknie utrzymany teren zielony, na którym znajdują się m.in. altanki, stoliki i krzeselka).

Jednocześnie wizytujący zwrócili uwagę, że drzwi wejściowe na poszczególne oddziały mieszkalne są zamknięte i są otwierane za pomocą kart, będących w posiadaniu personelu. Ponadto otwarcie drzwi bramy wejściowej było możliwe jedynie od zewnątrz (lub za pomocą przycisku przez personel). Takie rozwiązania techniczne stwarzają ryzyko ograniczania lub pozbawiania wolności mieszkańcom w sposób nieformalny, z pominięciem przepisów ustawy o pomocy społecznej (art. 68 ust. 2a-2h). Wizytujący odnieśli pozytywne wrażenie, że personel stara się aktywizować mieszkańców i wręcz zachęcać ich do wyjścia na zewnątrz. W tej kwestii należy jednak zachować czujność, dlatego też rekomenduje systematyczne przypominanie personelowi o konieczności poszanowania prawa mieszkańców do przebywania na zewnątrz placówki oraz poza jej obrębem oraz stosowaniu ewentualnych ograniczeń, wyłącznie w oparciu o obowiązujące przepisy prawa.

---

<sup>25</sup> Zob. Protokół stambulski, Aneks III pt. *Rysunki anatomiczne do dokumentacji tortur i okrutnego traktowania*. Zob. również standardy CPT przedstawione w Dwudziestym Trzecim Raporcie Generalnym, CPT/Inf (2013) 29, par. 74 oraz Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 27, 80.

## 5.7. Mechanizmy skargowe

Możliwość złożenia skargi została wskazana w dokumentach wewnętrznych placówki: regulaminie organizacyjnym (par. 17), karcie praw i obowiązków mieszkańca (par. 36), procedurze skargowej. Placówka ma założony rejestr skarg i wniosków, który ma charakter poufny.

W celu ulepszenia pensjonariuszom dostępu do zewnętrznych mechanizmów skargowych KMPT rekomenduje wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych domu opieki do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające (np. tablice informacyjne na korytarzach, przy wejściu do placówki) danych teleadresowych instytucji, do których mieszkańiec lub inna osoba mogliby się zwrócić w przypadku naruszenia praw pensjonariusza. Takimi instytucjami mogą być przykładowo: Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676)<sup>26</sup>, Rzecznik Praw Pacjenta, Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

Warto w tym miejscu wskazać, że Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) w swoim rocznym sprawozdaniu z 2017 r. przedstawił standardy odnoszące się do mechanizmów skargowych, które warto brać pod uwagę w procesie zarządzania placówką<sup>27</sup>.

CPT podkreśla, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności (w tym w domach opieki). Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między pensjonariuszami, a personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też mieszkańcy placówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)<sup>28</sup>.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami,

---

<sup>26</sup> Zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/infolinia> (dostęp: 04.10.2021 r.)

<sup>27</sup> Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91. Uwagi CPT w zakresie mechanizmu skargowego mieszkańców domów opieki znajdują się również w dokumencie pt. *Persons deprived of their liberty in social care establishments*, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf(2020) 41, par. 33-34.

<sup>28</sup> Tamże, par. 79.

osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczącymi się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców<sup>29</sup>. Podkreśla również, że brak skarg nie koniecznie powinien być uznawany za pozytywne zjawisko. Przeciwnie, może on świadczyć o niebezpiecznej sytuacji w placówce lub braku zaufania do systemu skarg<sup>30</sup>.

## 6. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca **Prezesowi Zarządu Centrum Medycyny Rodzinnej Gnojnik I Sp. z o.o. z siedzibą w Gnojniku**:

1. uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie o postanowienia sądu opiekuńczego, zezwalających na ich pobyt w placówce;
2. wymaganie od opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych całkowicie okazania postanowienia sądu opiekuńczego zezwalającego na pobyt. Postanowienie sądu opiekuńczego, stosownie do art. 68a pkt 1 lit. f ustawy o pomocy społecznej, powinno zostać włączone do dokumentacji placówki;
3. zapewnienie mieszkańcom dostępu do sygnalizacji przyzywowej;
4. zwiększenie wymiaru czasu pracy psychologa;
5. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi zabezpieczenia przed upadkiem, stosownie do uwag wskazanych w pkt. 4.3. raportu;
6. stosowanie wobec mieszkańców zabezpieczeń przed upadkiem wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta, stosownie do uwag wskazanych w pkt. 4.3. raportu;
7. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańców przed upadkiem wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami w podeszłym wieku i z niepełnosprawnościami;
8. pozyskiwanie zgody sądu opiekuńczego na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym szczepień, wobec mieszkańców, którzy nie są ubezwłasnowolnieni, ale porozumienie z nimi jest niemożliwe;

---

<sup>29</sup> Tamże, par. 83.

<sup>30</sup> Tamże, par. 91.

9. systematyczne wspieranie rozwoju zawodowego personelu poprzez oferowanie specjalistycznych szkoleń;
10. przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego;
11. zorganizowanie personelowi superwizji;
12. systematyczne przypominanie personelowi o konieczności poszanowania prawa mieszkańców do przebywania na zewnątrz placówki oraz poza jej obrębem oraz stosowaniu ewentualnych ograniczeń, wyłącznie w oparciu o obowiązujące przepisy prawa;
13. dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczenia obrażeń, zawierającego „mapy ciała” do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca;
14. wyeksponowanie danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka, w tym instytucji sprawujących nadzór i kontrolę nad DPS.

Ponadto KMPT zwraca się do Prezesa Zarządu Centrum Medycyny Rodzinnej Gnojnik I Sp. z o.o. z siedzibą w Gnojniku o informację, czy mieszkanka o której mowa w pkt. 5.1. raportu dalej przebywa w placówce.

Opracował: Rafał Kulas

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/