



Warszawa, 30-12-2022 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

KMP.573.25.2022.AN

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Placówki Całodobowej Opieki – Domu Seniora „Akacja” w Łodzi**

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.

KMPT na dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa, gdzie przebywają

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 2020 r., poz. 627).

lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. Z kolei za „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 innej⁴”.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urzędzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, 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 poczynionych podczas wizyty, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i nagraniach 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 zaproponowanie 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.

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 i Genewa 2018, s. 4-6.

⁹ Zob. art. 19 pkt. b) OPCAT.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele KMPT 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 zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji ich wystąpienia w przyszłości.

2. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 14-15 grudnia 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację Domu Seniora „Akacja” w Łodzi przy ul. Demokratycznej 85 (zwanego dalej: domem opieki, PCO, placówką).

W skład zespołu wizytującego wchodziły: Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalistka ds. bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz Justyna Zarecka (politolożka, specjalistka ds. bezpieczeństwa wewnętrznego).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w placówce, by wzmocnić, jeśli to niezbędne, ich ochronę przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawić rekomendacje właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków zapewnionych osobom pozbawionym wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, w zgodzie z odpowiednimi standardami organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu placówki, udzielonej przez właścicielkę – Aleksandrę Nowacką oraz kierownika placówki – Bogdana Cichockiego;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla mieszkańców placówki, w tym: pokoi, sanitariatów, przestrzeni dziennego pobytu, jadalni, wyposażenia i terenu rekreacyjnego;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z personelem placówki;

- przeprowadzeniu poufnych rozmów z mieszkańcami;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

Zespół wizytujący dokonał oceny: legalności pobytu mieszkańców w PCO, traktowania pensjonariuszy przez personel, zapewnionych im warunków bytowych, dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, dostępu mieszkańców do ochrony zdrowia, terapii i usług opiekuńczych, prawa do informacji i do kontaktów ze światem zewnętrznym oraz swobody praktyk religijnych. Przeanalizowano także stan zatrudnienia i kwalifikacje personelu.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną. Ponadto, po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałe dokumenty związane z funkcjonowaniem placówki.

Członkom zespołu wizytującego umożliwiono dostęp do wszystkich pomieszczeń i wykonanie niezbędnych czynności, zgodnie z mandatem określonym w OPCAT.

Niniejszy raport wskazuje problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt 5) oraz obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania (pkt 6).

3. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkaniec, pracownik placówki, członek rodziny, inna osoba) 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.

4. Ogólna charakterystyka placówki

Dom Seniora „Akacja” działa na podstawie decyzji Wojewody Łódzkiego ZRPS-III.9423.17.2019 z 12 grudnia 2019 r., na prowadzenie placówki, na czas nieokreślony.

Dom Opieki przeznaczony jest dla 50 osób, kobiet i mężczyzn przewlekle somatycznie chorych, w podeszłym wieku oraz z niepełnosprawnościami. W czasie wizytacji w placówce przebywało 47 mieszkańców. Jeden z pensjonariuszy był osobą ubezwłasnowolnioną.

Placówka prowadzona jest w dwóch budynkach wolnostojących (parterowym oraz jednopiętrowym) połączonych łącznikiem na poziomie parteru. W strukturze placówki wyodrębniono trzy oddziały, dwa dwudziestoosobowe oraz jeden dziesięcioosobowy. Budynek pozbawiony jest barier architektonicznych.

Pensjonariusze mają możliwość zakwaterowania w jedno, dwu, trzy lub czteroosobowych pokojach. Tylko jeden pokój wyposażony jest w łazienkę, pozostałe znajdują się w korytarzach. Koszt pobytu waha się w zależności od wielkości pokoju od 4500 zł. do 5200 zł. Mieszkańcy mogą korzystać z ogrodu oraz tarasu przed budynkiem.

5. Problemy systemowe

5.1 Monitoring wizyjny

Na terenie placówki zainstalowano monitoring wizyjny. Kamery znajdowały się w pokojach mieszkańców, w pokojach dziennych oraz na korytarzach i przed budynkiem. System wizyjny zapisuje jedynie obraz (także nocą), bez fonii. Podgląd znajduje się w pomieszczeniu administracyjnym, dyżurce pielęgniarskiej jak również w pokojach dziennych, by dostęp do niego mieli opiekunowie. Informacja o objęciu placówki jak i pokoi mieszkańców monitoringiem wizyjnym zawarta jest w umowie o świadczenie usług opiekuńczych, a bliscy mieszkańców informowani są o tym fakcie przed dokonaniem formalności przyjęcia mieszkańca do placówki.

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 nagrań¹⁰. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.¹¹. Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

5.2 Legalność pobytu

W wizytowanej placówce umowy na świadczenie usług podpisywane są między właścicielką placówki a mieszkańcem lub opiekunem prawnym/faktycznym mieszkańca. Umowy podpisywane są przez opiekunów faktycznych w przypadkach, w których mieszkańcy nie są formalnie ubezwłasnowolnieni, ale znajdują się w stanie wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji i świadomego wyrażenia woli.

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 wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji.

Krajowy Mechanizm podkreśla, że działający w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są w żaden sposób legitymowani w świetle obowiązujących przepisów do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia jej w placówce całodobowej opieki, nawet jeśli osoba taka znajduje się w złym stanie psychofizycznym i sama nie jest w stanie złożyć podpisu pod umową o świadczenie

¹⁰ Zob. Wystąpienie RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

¹¹ Zob. Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

usług lub oświadczeniem woli pobytu. Brak odpowiednich rozwiązań systemowych rodzi sytuację, w której umowa podpisana jest przez opiekuna faktycznego, który nie posiada upoważnienia do jej podpisania w imieniu mieszkańca. Brak podpisu strony pod umową dekompletuje jej elementy konieczne (do których w przypadku umów pisemnych należy podpis – art. 78 § 1 kodeksu cywilnego). Co prowadzi do braku podstawy do umieszczenia mieszkańca w domu opieki.

Placówkom całodobowej opieki nie można czynić zarzutu, że przyjmują osoby wymagające opieki mimo braku formalnego umocowania wnioskodawców. Czynią to bowiem mając na względzie dobro pensjonariusza. Nie można jednak tracić z pola widzenia, że jest to sytuacja niezgodna z prawem. Chodzi bowiem o podejmowanie przez osobę nieuprawnioną decyzji w sprawie wolności innej osoby. Taka sytuacja pozwala na podejmowanie przez jedną osobę arbitralnych decyzji w stosunku do drugiej osoby – słabszej i uzależnionej od pomocy innych. Tym bardziej, że umieszczenie w tego typu placówkach wiąże się ze znacznym ograniczeniem wolności i samodecydowania o swoim losie. Nie można wykluczyć, że w skrajnych przypadkach decyzja taka podjęta będzie z naruszeniem interesu pensjonariusza, np. w celu uzyskania dostępu do jego mieszkania. Zawieranie umów przez opiekunów faktycznych pozostawia poza kontrolą jakiegokolwiek podmiotu (jak ma to miejsce np. w przypadku sądowej kontroli opiekuna osoby ubezwłasnowolnionej) działania podejmowane przez osoby bliskie pensjonariuszy w ich imieniu.

Istotna jest również kwestia odpowiedzialności cywilnej i karnej za decyzje o umieszczeniu pensjonariusza w placówce, co może mieć zastosowanie w postępowaniu sądowym wszczętym przez samego pensjonariusza lub innych członków jego rodziny. 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 dentystry¹², czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym¹³. Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony osób przyjmowanych do takich placówek, które obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

¹² Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j.: Dz.U. z 2022 r., poz. 1731).

¹³ Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 685).

Rzecznik Praw Obywatelskich na początku 2022 roku wystosował w przedmiotowej kwestii wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹⁴. Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy MRiPS oraz Ministerstwem Sprawiedliwości¹⁵. Sprawa nadal pozostaje w zainteresowaniu RPO oraz KMPT.

Warto w tym miejscu wskazać, że także Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) zwrócił uwagę na przedmiotową kwestię w swoim raporcie z wizyty w Polsce w 2009 r. Jak zauważa CPT należy podjąć kroki, aby mieszkańcy niezdolni do wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie ich w placówce, nieposiadający opiekuna (rozumianego jako opiekuna prawnego) i niemający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu¹⁶.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1 Legalność pobytu

W trakcie wizytacji, w PCO przebywała jedna osoba ubezwłasnowolniona. W dokumentacji mieszkańca brakowało jednak zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie na umieszczenie w tego typu placówce.

Krajowy Mechanizm przypomina, że wymóg posiadania wspomnianego zezwolenia wynika wprost z przepisów Ustawy o pomocy społecznej¹⁷. W art. 68a ust. 1 pkt. f wskazano, iż podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku jest obowiązany prowadzić szczegółową dokumentację osób przebywających w placówce, zawierającą: postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia

¹⁴ Zob. Wystąpienie Generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25.01.2022 r., KMP.573.1.2022.KK, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-prywatne-dps-nieswiadomi-pensjonariusze-sad-kontrola>.

¹⁵ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25.02.2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP, https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2022-02/Odpowiedz_MRiPS_25.02.2022.pdf.

¹⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 166.

¹⁷ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r., poz. 2268).

na umieszczenie w placówce – w przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. Z kolei w art. 68c prawodawca jasno wskazał, iż 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 całkowicie¹⁸.

Krajowy Mechanizm zaleca uzupełnienie dokumentacji osoby ubezwłasnowolnionej o zezwolenie sądu opiekuńczego na umieszczenie mieszkańca w wizytowanej placówce.

6.2. Kontakt ze światem zewnętrznym

W chwili wizytacji żaden z mieszkańców nie miał możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki. Mieszkańcy mogli opuszczać teren domu opieki jedynie w asyście członków rodziny.

W dokumentacji pensjonariuszy nie znajdowały się jednak zaświadczenia lekarskie, które uzasadniałyby możliwość ograniczania samodzielnego opuszczania terenu placówki mieszkańcom, którym nie pozwala na to stan zdrowia. Zaświadczenie takie powinno być wydane na czas określony, nie dłuższy jednak niż 6 miesięcy¹⁹. Do obowiązków osoby kierującej placówką należy także przekazanie informacji o ograniczeniu samodzielných wyjść poza teren domu opieki do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka²⁰.

Krajowy Mechanizm zaleca uzupełnienie teczek osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki o zaświadczenia lekarskie wskazane w art. 68 ust. 2a-2h Ustawy o pomocy społecznej, ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego oraz przekazanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego.

¹⁸ Zob. art. 68a ust. 1 pkt. F, a art. 68c Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r., poz. 2268).

¹⁹ Tamże, art. 68 ust. 2a-2h.

²⁰ Tamże.

6.3. Traktowanie

Delegacja nie odebrała sygnałów świadczących o złym traktowaniu mieszkańców przez personel placówki.

Krajowy Mechanizm zwraca jednak uwagę, iż ekrany z podglądem znajdują się także w pokojach dziennych, do których dostęp mają wszyscy mieszkańcy.

Dlatego też, Krajowy Mechanizm zaleca ograniczenie miejsc z dostępem do podglądu z monitoringu tylko do tych pomieszczeń, do których dostęp posiada jedynie personel.

Ponadto KMPT zaleca także umieszczenie w widocznym miejscu, np. przy wejściu do placówki informacji o objęciu obiektu monitoringiem, ze szczególnym uwzględnieniem pokoi mieszkańców.

6.4. Opieka medyczna

Ze względu na fakt, że lekarz opiekujący się mieszkańcami domu opieki, odbywa konsultacje raz w tygodniu, zdarza się, że osoby przyjmowane do placówki na pierwszą konsultację muszą nieraz czekać tygodzień. Nowi pensjonariusze bezpośrednio po przyjęciu są natomiast oglądani przez pielęgniarkę, która dokonuje także wstępnego wywiadu medycznego. Wszelkie obserwacje zapisywane są w dokumentacji mieszkańca, w tym także zmiany skórne (siniaki i zadrapania) wraz z informacją w jaki sposób powstały.

KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za podstawową i minimalną gwarancję chroniącą pensjonariuszy przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce. Z kolei świadomość ujawnienia ewentualnych śladów przemocy i ich

udokumentowania może zadziałać odstrasza­jąco na osoby rozważające użycie przemocy wobec mieszkań­ców²¹.

Badanie medyczne służące ujawnieniu ewentualnych śladów tortur powinno spełniać dwa podstawowe kryteria – być przeprowadzone w najkrótszym możliwym czasie po zaistnieniu zdarzenia i z uwzględnieniem zasad dotyczących skutecznego dokumentowania tortur. Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) podkreśla, że badanie powinno odbywać się w warunkach poufności (obecny powinien być wyłącznie personel medyczny) i być ukierunkowane na zdiagnozowanie ewentualnych przypadków tortur i złego traktowania²².

Krajowy Mechanizm zaleca poddawanie wszystkich nowoprzybyłych mieszkań­ców niezwłocznie po ich przyjęciu do placówki, niezależnym badaniom lekarskim.

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 tortur²³. 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

²¹ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 16 marzec 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 45-48; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maj 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61; Raport SPT z wizyty w Peru, 9 sierpień 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport SPT z wizyty w Szwecji, 10 wrzesień 2008 r., CAT/OP/SWE/1, § 62-64; Drugie Sprawozdanie Ogólne, CPT/Inf (92) 3, § 36-38; Raport CPT z wizyty w Polsce, 25 czerwiec 2014 r., CPT/Inf (2014) 21, § 26, 30; Raport CPT z wizyty w Turcji, CPT/Inf (2009) 17, § 53; Raport CPT z wizyty na Malcie, CPT/Inf (2016) 25, § 167.

²² Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maj 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61.

²³ Dokument dostępny na stronie Biura RPO:

<https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/protok%C3%B3%C5%82-stambulskipodr%C4%99cznik-skutecznego-badania-i-dokumentowania-tortur-oraz-innego-okrutnego> (dostęp: 04.12.2021 r.)

ONZ Przeciwno Torturom (CAT)²⁴, Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)²⁵, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur²⁶ i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)²⁷.

Z uzyskanych w trakcie wizytacji informacji wynika, iż sporadycznie zdarzają się przypadki, w których niektórzy mieszkańcy przyjmują leki w formie rozkruszonej. W dokumentacji medycznej tych osób brakowało jednak pisemnych zleceń lekarskich na podawanie leków w takiej formie. Jak ustaliły przedstawicielki KMPT zalecenia takie wydawane są ustnie przez lekarza.

KMPT pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego²⁸, rozkruszanie leków nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować.

KMPT zaleca bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej mieszkańców o zalecenia lekarskie dotyczące podawania leków w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem.

Mieszkańcy nie są objęci stałą opieką psychiatryczną. Jeżeli zaistnieje taka potrzeba lekarz POZ wystawia stosowne skierowanie, za realizację którego odpowiada rodzina mieszkańca.

²⁴ Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

²⁵ 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.

²⁶ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

²⁷ 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.

²⁸ Zob. Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji,

<https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Prawa%20mieszka%C5%84c%C3%B3w%20dom%C3%B3w%20pomocy%20spo%C5%82ecznej%20%202016.pdf>, s. 109-111.

W ocenie przedstawicielek Krajowego Mechanizmu, konsultacjami takimi regularnie powinni być obejmowani wszyscy mieszkańcy. Niepokój delegacji wzbudził bowiem fakt, iż w książce przebiegu dyżurów pielęgniarских dość często pojawiają się adnotacje dotyczące agresywnych zachowań mieszkańców lub znacznego pobudzenia pensjonariuszy skutkującego podaniem leków psychotropowych oraz oddziałujących na ośrodkowy układ nerwowy np.:

„(mieszkaniec) pobudzony, próbował wychodzić, nie chciał położyć się spać ok. 23 otrzymał relanium, po którym uspokoił się i zasnął ok. 24”;

„(mieszkaniec) wulgarny, nie spał. Odbyła się konsultacja psychiatryczna”;

„(mieszkanka) wieczorem bardzo zdenerwowana, krzyczała, nie chciała się położyć. Biła i kopała personel. Ok. 21 otrzymała 25 mg promazyny, po jakimś czasie zasnęła na 2 h. Podopieczna jest ciągle zdenerwowana, dużo mówi, uderzyła się w rękę o barierkę łóżka. O godz. 2 w nocy znowu zaczęła krzyczeć, denerwować się. Nie słuchała próśb o położenie się do łóżka. Nie pozwoliła zmierzyć sobie ciśnienia. Otrzymała 1 tabletkę hydroxyzyny. Uspokoiła się ok. 3 w nocy”.

„(mieszkaniec) bardzo głośno sprzeczał się z (mieszkanką), bardzo zdenerwowany chciał wyjść. Odbyła się telefoniczna konsultacja z lekarzem”;

„(mieszkanka) nie chciała wpuścić do pokoju współmieszkanek, popychała je i biła”.

Krajowy Mechanizm, zaleca objęcie regularnymi konsultacjami psychiatrycznymi wszystkich pensjonariuszy.

6.5. Mechanizmy skargowe

W wizytowanym domu opieki nie jest prowadzony zeszyt skarg i wniosków. Wszelkiego rodzaju wnioski oraz uwagi odbierane są od mieszkańców lub ich bliskich w formie ustnej przez personel lub kierownictwo placówki i na bieżąco rozpatrywane.

Krajowy Mechanizm zaleca założenie zeszytu skarg i wniosków oraz odnotowywanie w nim wszelkich składanych skarg w tym w formie ustnej jak również sposobu rozstrzygnięcia sprawy. Dodatkowo KMPT rekomenduje poinformowanie zarówno mieszkańców i ich opiekunów prawnych i faktycznych o utworzeniu zeszytu

skarg i wniosków. Informacje o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru, powinny być przekazywane w sposób zrozumiały dla odbiorców, zarówno ustnie jak i pisemnie.

W celu ulepszenia dostępu pensjonariuszy do mechanizmów skargowych, KMPT rekomenduje także wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające (np. tablice informacyjne na korytarzach, przy wejściu do placówki) danych teleadresowych instytucji, do których mieszkańców lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca. Takimi instytucjami mogą być przykładowo: Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676), Rzecznik Praw Pacjenta, Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

Warto w tym miejscu wskazać, że CPT w swoim rocznym sprawozdaniu z 2017 r. przedstawił standardy odnoszące się do mechanizmów skargowych, które warto brać pod uwagę w procesie zarządzania placówką²⁹.

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)³⁰.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczącymi się

²⁹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

³⁰ Tamże, par. 79.

lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisaniem w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców³¹. 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 skarg³².

6.6. Opieka psychologiczna

Pensjonariusze wizytowanej placówki nie mają zagwarantowanej opieki psychologicznej.

Podkreślenia wymaga fakt, że sam pobyt w placówce całodobowej opieki, zmiana otoczenia, długotrwałe rozstanie z bliskimi jak również brak akceptacji dla zmian psychicznych oraz fizycznych, które towarzyszą procesowi starzenia się, mogą wywoływać negatywne skutki dla zdrowia psychicznego mieszkańców. Osoby starsze dość często borykają się z depresją, a jedynie wykwalifikowany psycholog potrafi rozpoznać i zbadać pierwsze jej symptomy jak również oszacować ryzyko rozwoju choroby oraz przewidzieć zachowanie mieszkańca. Psycholog może także stanowić wsparcie dla pracowników oraz rodzin pensjonariuszy.

Także SPT wskazuje na istotę zapewnienia odpowiedniej opieki psychologicznej osobom przebywającym m.in. w placówkach opiekuńczych. Regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób pozbawionych wolności ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania. W związku z tym rekomenduje się, aby władze uwzględniły rutynowe badania w zakresie zdrowia psychicznego podczas badań lekarskich po umieszczeniu w miejscu zatrzymania (rozumianym także jako dom opieki)³³.

Krajowy Mechanizm zaleca nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki.

6.7. Terapia zajęciowa

³¹ Tamże, par. 83.

³² Tamże, par. 91.

³³ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, par. 30 i 32.

Mieszkańcy wizytowanej placówki nie są objęci opieką profesjonalnego terapeuty zajęciowego. Wszelkie próby aktywizacji pensjonariuszy, jak: czytanie książek, układanie klocków, puzzli, rysowanie, podejmuje zatrudniony w placówce personel. Mieszkańcy zdecydowaną większość czasu spędzają wspólnie w pokojach dziennego pobytu, oglądając telewizję.

W ocenie KMPT, mieszkańcy powinni mieć zapewnioną profesjonalną terapię zajęciową, która pomogłaby w aktywizacji fizycznej, psychicznej jak również intelektualnej pensjonariuszy. Obecne formy spędzania czasu wolnego przez pensjonariuszy nie stanowią bowiem oddziaływań terapeutycznych. Należy podkreślić, że terapia zajęciowa powinna być prowadzona w sposób przemyślany oraz udokumentowany, aby umożliwić ocenę efektywności podjętych oddziaływań.

Jak zauważa CPT proces opieki nad mieszkańcami tego typu placówek powinien obejmować zarówno terapię zajęciową, rehabilitację jak również obejmować zajęcia o charakterze rekreacyjnym. W ocenie Komitetu szczególną uwagę należy zwrócić na opracowanie indywidualnego planu dla każdego z mieszkańców, który będzie miał na celu utrzymanie umiejętności osobistych i społecznych, w tym mobilności, a tym samym poprawę jakości życia i dobrostanu mieszkańców³⁴. Jak podkreśla CPT, za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia³⁵.

Krajowy Mechanizm zaleca zatrudnienie wykwalifikowanego i doświadczonego terapeuty zajęciowego w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy dobrostanu pensjonariuszy.

6.8. Warunki bytowe

Pokoje mieszkalne oraz łazienki nie zostały wyposażone w instalację przywoławczą.

KMPT wielokrotnie zwracał na ten problem uwagę w swoich raportach z wizytacji miejsc, w których przebywają osoby w podeszłym wieku, przewlekle chore oraz z niepełnosprawnościami, zalecając montaż i weryfikowanie sprawności urządzeń służących do wezwania pomocy.

³⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, § 171.

³⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, § 174.

W ocenie delegacji KMPT, ze względu na różny stan zdrowia przyjmowanych pensjonariuszy oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, przyciski alarmowo-przyzywowe, które umożliwiają szybką reakcję personelu, powinny być dostępne we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pensjonariuszy (pokoje sypialne, łazienki). Jest to również ważne z perspektywy komfortu psychicznego mieszkańców oraz ich poczucia bezpieczeństwa.

Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami. Zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169), osoby takie powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność infrastrukturalną umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

Placówka dysponuje także kilkoma czteroosobowymi pokojami, w których zakwaterowane zostały osoby chodzące.

Krajowy Mechanizm pragnie przypomnieć, iż zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej³⁶ w placówkach całodobowej opieki pokoje mieszkalne powinny być nie więcej niż trzyosobowe. Natomiast jeżeli pokój zajmują wyłącznie osoby leżące może być on czteroosobowy.

KMPT zaleca przypomnienie personelowi placówki zasad dotyczących rozlokowywania mieszkańców, w pokojach czteroosobowych, wskazanych w ustawie o pomocy społecznej.

6.9. Personel

W placówce zatrudnionych jest pięć opiekunek, z których dwie mają także uprawnienia pielęgniarskie oraz dwie pielęgniarki. Wszystkie osoby zatrudnione są w wymiarze pełnego etatu. Dom opieki współpracuje także z jedną ze szkół, która kształci przyszłych opiekunów medycznych oraz opiekunów osób starszych. Uczennice pomagają w opiece nad mieszkańcami, odrabiając tym samym obowiązkowy staż. Dodatkowo w nagłych sytuacjach personelowi w ramach wolontariatu pomagają trzy, emerytowane opiekunki, z których dwie również posiadają uprawnienia pielęgniarskie.

³⁶t. j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 2268, art. 68 ust. 4-4a.

Zgodnie z informacjami uzyskanymi od właścicielki placówki od stycznia 2023 r. w ramach umowy o pracę zatrudnione zostaną trzy nowe opiekunki.

Wspomniane dwie opiekunki pracujące w placówce, które posiadają także uprawnienia pielęgniarskie, pochodzą z Ukrainy. Krajowy Mechanizm pragnie w tym miejscu przypomnieć, iż zgodnie z obowiązującymi przepisami³⁷, osoba, która uzyskała kwalifikacje zawodowe zagranicą, a w szczególności poza obszarem Unii Europejskiej, obowiązana jest do nostryfikacji posiadanego dyplomu³⁸. Do tego czasu osoba ta nie może wykonywać zawodu. Tym samym obie panie do czasu potwierdzenia kwalifikacji zawodowych, nie mogą wykonywać obowiązków pielęgniarki.

Opiekunki pracują w systemie zmianowym po 12 godzin od 7:00 do 19:00 oraz od 19:00 do 7:00. W ciągu dnia opiekę zapewniają po dwie opiekunki w oddziałach dwudziestoosobowych oraz jedna w oddziale dziesięcioosobowym. W nocy w każdym z oddziałów opieka zapewniana jest przez jedną opiekunkę. Przez całą dobę w placówce przebywa także pielęgniarka.

Ze względu na fakt, że do dnia sporządzenia niniejszego raportu do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich nie wpłynęła informacja dotycząca dodatkowych szkoleń odbytych przez personel placówki, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, ponawia prośbę o przekazanie wskazanych informacji.

Uwzględniając jednak informacje zebrane w trakcie wizytacji oraz z uwagi na specyfikę pracy w domu opieki oraz występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami jak te opisane powyżej oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca, by stworzyć katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów m. in. dotyczących: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

KMPT rekomenduje również zorganizowanie personelowi superwizji, która pozwoli na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków

³⁷ Zob. art. 35 i 35a Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r., o zawodach pielęgniarki i położnej, t. j.: Dz. U. z 2022 r., poz. 2702.

³⁸ Zob. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 28 września 2018 r. w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz potwierdzania ukończenia studiów na określonym poziomie, Dz. U. z 2018 r., poz. 1881.

służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu. Superwizja powinna być prowadzona przez zewnętrznego eksperta.

CPT podkreśla, że z uwagi na trudny charakter pracy, personel oddziałowy w domu opieki (pielęgniarka, salowa) powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki³⁹.

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy⁴⁰.

7.Zalecenia

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

Właściciele Domu Seniora „Akacja”:

1. uzupełnienie dokumentacji osoby ubezwłasnowolnionej o zezwolenie sądu opiekuńczego na umieszczenie mieszkańca w wizytowanej placówce;
2. uzupełnienie teczek osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki o zaświadczenia lekarskie wskazane w art. 68 ust. 2a-2h Ustawy o pomocy społecznej, ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego oraz przekazanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego;

³⁹ 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.

⁴⁰ 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.

3. ograniczenie miejsc z dostępem do podglądu z monitoringu tylko do tych pomieszczeń, do których dostęp posiada jedynie personel.;
4. umieszczenie w widocznym miejscu, np. przy wejściu do placówki informacji o objęciu obiektu monitoringiem, ze szczególnym uwzględnieniem pokoi mieszkańców;
5. poddawanie wszystkich nowoprzybyłych mieszkańców niezwłocznie po ich przyjęciu do placówki, niezależnym badaniom lekarskim;
6. bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej mieszkańców o zalecenia lekarskie dotyczące podawania medykamentów w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem;
7. objęcie regularnymi konsultacjami psychiatrycznymi wszystkich pensjonariuszy;
8. założenie zeszytu skarg i wniosków oraz odnotowywanie w nim wszelkich składanych skarg w tym w formie ustnej jak również sposobu rozstrzygnięcia sprawy;
9. wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające (np. tablice informacyjne na korytarzach, przy wejściu do placówki) danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka np. z numerem bezpłatnej infolinii do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich 800 676 676, czy Wydziału Rodzinnego i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi;
10. nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki;
11. zatrudnienie wykwalifikowanego i doświadczonego terapeuty zajęciowego w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy dobrostanu pensjonariuszy;
12. wyposażenie wszystkich pomieszczeń użytkowanych przez pensjonariuszy w system przywoławczy, w szczególności pokoi sypialnych oraz sanitariatów;
13. przypomnienie personelowi placówki zasad dotyczących rozlokowywania mieszkańców, w pokojach czteroosobowych, wskazanych w ustawie o pomocy społecznej;

14. systematyczne wspieranie rozwoju zawodowego personelu poprzez oferowanie specjalistycznych szkoleń;
15. zorganizowanie personelowi superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta;
16. zapoznanie personelu z treścią Protokołu Stambulskiego oraz wykorzystywanie dokumentu w codziennej pracy.

Ponadto, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji dotyczących dodatkowych szkoleń odbytych przez personel placówki.

Krajowy Mechanizm zwraca się także z prośbą o przekazanie informacji, czy zatrudnione zostały trzy nowe opiekunki, od kiedy i w jakim wymiarze czasu pracy.

Sporządziła: Aleksandra Nowicka

Za Zespół:

Z poważaniem

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/