Warszawa, 02-11-2023 r.

BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.573.14.2023.AN

Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Placówki Całodobowej Opieki – Centrum Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego Alter Domus w Otwocku

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, nieludzkiego 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 ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań" w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa – strony, gdzie

[1] Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim: Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).
[2] Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2023 r. poz. 1058).

przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem[3]. Z kolei przez „pozbawienie wolności" OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiejkolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej"[4].

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego[5]. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane[6].

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu[7].

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg[8]. 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 ONZ[9] 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 and Geneva 2018, s. 4-6.
[9] Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

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. mieszkaniec, pracownik, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiejkolwiek 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 jakiejkolwiek sankcji przeciwko jakiejkolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiejkolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

3. Uwagi wstępne na temat wizytacji

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 11-12 października 2023 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację Placówki Całodobowej Opieki – Centrum Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego Alter Domus w Otwocku przy ul. Mickiewicza 10c (zwanego dalej: domem opieki, PCO, placówką).

W skład zespołu wizytującego wchodziły: Magdalena Dziedzic (prawnik), Klaudia Kamińska (prawnik), Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz Oliwia Rybczyńska (prawnik).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania mieszkańców przebywających w placówce, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, nieludzkim lub

poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawienie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków pobytu mieszkańców i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu placówki, udzielonej przez właściciela – Radosława Walaska;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla mieszkańców placówki, w tym: pokoi, sanitariatów, przestrzeni dziennego pobytu, sal do rehabilitacji oraz terapii zajęciowej, jadalni, wyposażenia i terenu rekreacyjnego;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z personelem placówki;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z osobami odwiedzającymi mieszkańców;
- 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.

W niniejszym raporcie uwzględniono obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania.

Scharakteryzowane zostały również problemy systemowe wymagające zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania.

4. Ogólna charakterystyka placówki

W ramach Centrum Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego Alter Domus funkcjonuje placówka zapewniająca całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku oraz zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy. Zakres wizytacji Krajowego Mechanizmu dotyczył jedynie funkcjonowania placówki całodobowej opieki, która działa na podstawie decyzji wydanej przez Wojewodę Mazowieckiego Nr 2638/2014 z dnia 23.12.2014 r., na czas nieokreślony. Na podstawie decyzji Wojewody Mazowieckiego Nr 905/2018 z dnia 17.05.2018 r. zmniejszono liczbę miejsc dla mieszkańców z 47 do 11. PCO dysponuje miejscami zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn w podeszłym wieku. W trakcie wizytacji w placówce przebywało 6 mieszkańców, jeden zaś był na przepustce.

Zarówno placówka całodobowej opieki, jak i zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy prowadzone są w tym samym dwupiętrowym, wolnostojącym budynku. Dla mieszkańców PCO przeznaczono pokoje mieszkalne znajdujące się na parterze budynku; na wyższych kondygnacjach znajdują się pokoje mieszkańców zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego. Mieszkańcy mają jednak pełną swobodę poruszania się po placówce, bowiem na poszczególnych kondygnacjach znajdują się przestrzenie wspólne, takie jak: sala do terapii zajęciowej, jadalnia, pokój dziennego pobytu, sala do rehabilitacji czy dyżurka pielęgniarska, w której konsultacje odbywa lekarz współpracujący z placówką, a z których to pomieszczeń mogą korzystać wszyscy mieszkańcy niezależnie od tego, którą kondygnację budynku zamieszkują. Budynek pozbawiony jest barier architektonicznych.

Pensjonariusze mają możliwość zakwaterowania w jedno-, dwu- lub trzyosobowych pokojach. Wszystkie pokoje wyposażone są w łazienkę (tylko dwa nie mają prysznica). Dodatkowo na korytarzach na pierwszym i drugim piętrze znajdują się ogólnodostępne pokoje kąpielowe, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Koszt pobytu waha się w zależności od wielkości pokoju od 5000 zł do 7500 zł. Mieszkańcy mogą korzystać z ogrodu oraz tarasów, do których dostęp ma większość pokoi.

5. Problemy systemowe

5.1 Legalność pobytu

W wizytowanej placówce umowy na świadczenie usług podpisywane są między właścicielem placówki a opiekunem faktycznym mieszkańca (osoba bliska, finansująca pobyt), bez względu na stan fizyczny oraz poziom świadomości mieszkańca. Ze względu na fakt, iż do domu opieki przyjmowane są osoby w różnym stanie fizycznym oraz takie, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji i świadomego wyrażenia woli, wprowadzono ujednoliconą praktykę, zgodnie z którą realizacja wszelkich formalności (w tym podpisywanie dokumentów) leży w gestii bliskich/finansujących pobyt.

Krajowy Mechanizm Prewencji pragnie przypomnieć, iż w przypadku osób, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem, należy umożliwić im złożenie tuszowego odcisku palca[10].

W ocenie KMPT sytuacja osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji, stanowi problem systemowy, wymagający stworzenia odpowiednich przepisów prawnych, które zapewnią ochronę praw tych osób.

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 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

[10] Zgodnie z art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2023 r. poz. 1610 z późn. zm.): „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".

pisemnych należy podpis – art. 78 § 1 kodeksu cywilnego). Prowadzi to 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 dentysty[11], czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym[12]. Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony osób przyjmowanych do takich placówek, które obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

[11] Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2023 r., poz. 1516 z późn. zm.).
[12] Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r., poz. 2123 z późn. zm.).

Rzecznik Praw Obywatelskich na początku 2022 r. wystosował w tej kwestii wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej[13]. Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy MRiPS oraz Ministerstwem Sprawiedliwości[14]. Sprawa nadal pozostaje w polu zainteresowania RPO oraz działającego w jego strukturach 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 powyższą 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 sądu[15].

5.2 Stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń przed upadkiem

Wizytujące podczas oglądu placówki zwróciły uwagę, iż niektórzy z mieszkańców poruszający się przy pomocy wózków ortopedycznych byli dodatkowo zabezpieczeni przed upadkiem lub zsunięciem się szelkami lub luźno przewiązanymi bandażami na wysokości bioder. Z uzyskanych w trakcie wizytacji informacji wynika, iż pracownicy stosują różne rozwiązania w celu zabezpieczenia mieszkańców, bowiem atestowane paski znajdujące się przy wózkach ortopedycznych nie zawsze zdają egzamin i w niektórych przypadkach nie spełniają swojej funkcji. Warto także wskazać, iż zdarzają się sytuacje, kiedy bliscy mieszkańców przy przyjęciu do placówki przekazują pracownikom stosowane dotychczas różnego rodzaju niestandardowe zabezpieczenia (szelki, paski), z prośbą o kontynuację ich stosowania w celu zagwarantowania bezpieczeństwa ich bliskim.

Delegacja otrzymała także informacje, iż w przypadku osób, których stan zdrowia pogorszył się w trakcie pobytu w placówce i które także wymagają stosowania niestandardowych form zabezpieczeń, pracownicy zawiadamiają o tym fakcie rodzinę

[13] 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.
[14] 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.
[15] Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 166.

lub osoby finansujące pobyt. Jest to jednak informacja przekazywana jedynie ustnie, telefonicznie bądź podczas bezpośredniej rozmowy i nie jest to odnotowywane w dokumentacji medycznej 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. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.[16] , w którym Rzecznik zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym.

Zaznaczyć należy, że w procesie opiekuńczym istnieją sytuacje, gdy stosowanie środków zabezpieczających jest niezbędne dla ochrony zdrowia mieszkańca. 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 grupa robocza Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, opiniująca wprowadzoną przez jeden z zakładów opiekuńczo-leczniczych procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki[17].

Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom, który w trakcie swoich wizytacji spotkał się z używaniem różnych mechanicznych środków służących zapobieganiu upadkom (pas na brzuch przymocowany do łóżka lub krzesła oraz barierki z jednej lub obu stron łóżka w nocy)[18] czy też „środków ograniczających ruch", które obejmowały między innymi uniemożliwienie podopiecznemu opuszczenie oddziału poprzez zablokowanie wyjścia

[16] Zob. wystąpienie generalne RPO z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.
[17] 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.
[18] Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 174.

za pomocą kodu czy też przypięcie mieszkańców do wózka inwalidzkiego za pomocą pasów bezpieczeństwa oraz montaż szyn po bokach łóżka[19]. CPT wskazał także inne restrykcyjne praktyki w postaci specjalnej odzieży/środków mających na celu zachowanie bezpieczeństwa mieszkańców. Były to np. kombinezony (jednoczęściowe wygodne ubrania noszone pod codziennymi ubraniami mieszkańców), kombinezony do spania (jednoczęściowa piżama zapinana na zamek błyskawiczny z tyłu), miękkie ochraniacze na kostki, szyny na nadgarstki i pasy oraz przymus fizyczny w postaci uchwytów ręcznych i ograniczeń środowiskowych, takich jak zamknięte drzwi[20]. CPT, opisując takie niestandardowe formy opieki, wskazał na konieczność utworzenia przez władze państwowe centralnego rejestru stosowania środków ograniczających przemieszczanie się mieszkańców (oprócz wpisów w aktach osobowych mieszkańców). Ponadto podkreślił, że wpisy do rejestru powinny zawierać czas rozpoczęcia i zakończenia czynności, okoliczności sprawy, przyczyny zastosowania się do niej, nazwisko osoby, która ją zleciła lub zatwierdziła, oraz pracowników, którzy brali w niej udział, opis wszelkich obrażeń odniesionych przez mieszkańców lub personel oraz czy środek został zastosowany za zgodą mieszkańca lub bez niej[21]. CPT podkreślił ponadto, aby za każdym razem, gdy środki ograniczające poruszanie się są stosowane bez ważnej zgody danego mieszkańca, były każdorazowo zlecane lub zatwierdzane przez lekarza po indywidualnej ocenie rezydenta[22]. Należy mieć także na uwadze standardy międzynarodowe wskazujące na konieczność używania wyłącznie sprzętu specjalnie zaprojektowanego w celu ograniczenia szkodliwych skutków (najlepiej wyścielanych pasów z tkaniny), aby zminimalizować ryzyko odniesienia obrażeń i/lub cierpienia pacjenta[23].

W opinii KMPT zastosowanie wobec podopiecznego placówki specjalnych zabezpieczeń może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno jemu samemu, jak i osobom trzecim. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko nadużyć związane z taką formą zabezpieczania mieszkańców, KMPT rekomenduje zastosowanie następujących rozwiązań:

[19] Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80.
[20] Zob. Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.
[21] Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 82.
[22] Tamże.
[23] 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].

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia. 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 mieszkańca 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 mieszkańca i indywidualnej ocenie stanu zdrowia i ryzyka powinien odnotować w dokumentacji medycznej mieszkańca potrzebę zastosowania środka, czas i okoliczności jego stosowania, ewentualne przeciwskazania 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 wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.

5.3 Monitoring wizyjny

Na terenie placówki zainstalowano monitoring wizyjny. Kamery znajdują się wokół budynku, na korytarzach i klatkach schodowych oraz w kuchni i pomieszczeniu do wydawania posiłków. Podgląd znajduje się w pomieszczeniu administracyjnym oraz dyżurce pielęgniarskiej. System wizyjny zapisuje jedynie obraz bez fonii.

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[24]. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.[25] Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1 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 lub pracowników.

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 miesięcy. Do obowiązków osoby kierującej placówką należy także przekazanie informacji o ograniczeniu samodzielnych wyjść poza teren domu opieki do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka[26].

[24] Zob. wystąpienie generalne RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.
[25] Zob. wystąpienie generalne RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.
[26] Zob. art. 68 ust. 2a-2h ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2023 r., poz. 901 z późn. zm.).

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[27], ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego oraz przekazanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego.

6.2 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 kilka dni. Nowi pensjonariusze bezpośrednio po przyjęciu mają wykonywane oględziny ciała przez pielęgniarkę, która dokonuje także wstępnego wywiadu pielęgniarskiego zarówno z mieszkańcem, jak i rodziną. Wszelkie obserwacje zapisywane są w książce raportów pielęgniarskich, w tym także zmiany skórne (siniaki, zadrapania, odleżyny), 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 mieszkańców[28].

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

[27] Dz. U. z 2023 r., poz. 901 z późn. zm.

[28] 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.

wyłącznie personel medyczny) i być ukierunkowane na zdiagnozowanie ewentualnych przypadków tortur i złego traktowania[29].

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

KMPT dostrzega 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[30]. 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)[31], Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)[32], Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur[33] i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)[34].

Poza opisywaniem i oznaczaniem ewentualnych obrażeń, pożądane jest także ich fotografowanie i przechowywanie zdjęć w dokumentacji medycznej (za zgodą mieszkańców). Krajowy Mechanizm pragnie zaznaczyć, iż dla celów dowodowych konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była twarz osoby fotografowanej, a przy

---

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

[30] 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. Dostępna jest także zaktualizowana wersja dokumentu w języku angielskim Zob. https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbulprotocol-manual-effective-0.

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

[32] 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.

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

[34] 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.

obrażeniu znajdowała się linijka lub inny przyrząd pozwalający określić rozmiar obrażenia. Tak wykonane fotografie powinny być przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

W związku z powyższym Krajowy Mechanizm zaleca dokumentowanie obrażeń mieszkańca za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączany do dokumentacji medycznej mieszkańca.

Z uzyskanych w trakcie wizytacji informacji wynika, iż sporadycznie zdarzają się przypadki, w których niektórzy mieszkańcy przyjmują leki w formie rozkruszonej. Na bieżąco decyzje takie podejmują pielęgniarki, z uwzględnieniem wiedzy o nierozkruszaniu leków o tzw. przedłużonym uwalnianiu. Informacja taka nie jest jednak umieszczana w dokumentacji medycznej mieszkańca. Jeżeli problem się powtarza w kolejnych dniach i mieszkaniec odmawia przyjęcia danego medykamentu lub ma trudności z jego połknięciem, przy najbliższej wizycie lekarskiej informacja jest przekazywana lekarzowi, z prośbą o zmianę postaci preparatu (syrop, iniekcje itp.). Zdarzają się także przypadki, kiedy rozkruszone leki podawane są w pokarmie bez wiedzy osoby, która je przyjmuje.

KMPT pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego[35], rozkruszanie lekarstw nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwiobiegu 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.

Krajowy Mechanizm neguje także praktykę kruszenia i rozpuszczania leków w posiłkach i podawania ich podstępem, w przypadku odmowy ich przyjęcia przez mieszkańca. Każdy mieszkaniec ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Ponadto musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana. Jeśli nie będzie miał takiej świadomości, to w przyszłości może dojść do sytuacji, w której pomimo wzburzenia nie będzie chciał przyjąć leku, pamiętając, że poprzedni zły

[35] 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.

stan zdrowia udało się polepszyć bez przyjmowania leku (nie posiadając wiedzy, że lek podano mu wówczas podstępem).

KMPT zaleca bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej mieszkańców o informacje dotyczące podawania medykamentów w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem. Krajowy Mechanizm zaleca także odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków bez wiedzy pensjonariusza.

6.3 Dokumentacja prowadzona w placówce

Zastrzeżenia wizytujących wzbudziła przyjęta w placówce praktyka odbierania od członków rodzin lub osób finansujących pobyt mieszkańca w placówce zgód in blanco na „przeprowadzanie badań lub innych świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta".

Krajowy Mechanizm pragnie podkreślić, iż zgodnie z uregulowaniami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty[36], lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1).

Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 2). Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust. 2, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny (art. 32 ust. 3).

Co więcej, zgoda blankietowa nie wywołuje skutków odnośnie do poszczególnych świadczeń zdrowotnych, konieczne jest uzyskanie zgody na udzielenie konkretnego świadczenia. Opiekunowie faktyczni lub osoby finansujące pobyt wyrażające zgodę „in blanco" mogą nie być świadome okoliczności, które zajdą w przyszłości, a które spowodują, że nie wyraziłyby zgody na konkretne, proponowane mieszkańcowi badanie czy świadczenie zdrowotne.

[36] Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.

Jak zauważył Sąd Najwyższy, „przeprowadzenie zabiegu bez uprzedniej zgody pacjenta jest niezgodne z obowiązującymi normami prawnymi, w szczególności z art. 34 ust. 1 ustawy z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 18 ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jest zatem bezprawne, narusza prawo pacjenta do samostanowienia, do decydowania o sobie i własnym życiu oraz zdrowiu, a zatem godzi w jego podmiotowość i autonomię, nawet jeśli sam zabieg był, niezbędny ze względu na jego stan zdrowia, wykonany prawidłowo, lege artis i przeprowadzony w interesie pacjenta w celu postawienia diagnozy i ustalenia planu terapii”[37].

Krajowy Mechanizm zaleca odstąpienie od praktyki przyjmowania zgód blankietowych od opiekunów faktycznych lub osób finansujących pobyt mieszkańca w placówce na udzielanie badań oraz świadczeń zdrowotnych.

6.4 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. Zdarza się także, iż bliscy mieszkańców zwracają się z różnymi wnioskami lub uwagami drogą mailową i w taki też sposób uzyskują odpowiedź.

Krajowy Mechanizm zaleca założenie zeszytu skarg i wniosków oraz odnotowywanie w nim wszelkich składanych skarg, w tym w formie ustnej i mailowej, jak również sposobu rozstrzygnięcia sprawy. Dodatkowo KMPT rekomenduje poinformowanie mieszkańców i ich opiekunów 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 mieszkaniec lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw

[37] Wyrok SN z 22 lutego 2023 r., II CSKP 741/22, LEX nr 3554455.

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 Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

Krajowy Mechanizm pragnie także przypomnieć, iż zgodnie z nowelizacją ustawy o pomocy społecznej[38] od dnia 1 listopada 2023 r. podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku będzie obowiązany: umieścić na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku, w którym prowadzi placówkę, informacje dotyczące: numeru placówki w rejestrze placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku; numerów alarmowych; danych teleadresowych organów, właściwych miejscowo instytucji i organizacji działających w zakresie wolności i praw człowieka oraz instytucji kontrolnych, w szczególności: Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta, państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, właściwego do spraw pomocy społecznej wydziału urzędu wojewódzkiego, właściwego ze względu na miejsce położenia placówki ośrodka pomocy społecznej, prokuratury rejonowej, sądu opiekuńczego.

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 placówką[39].

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, lecz 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 w formie ustnej i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje

[38] Zob. art. 1 pkt 19 ustawy z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2023 r., poz. 1693).
[39] Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)[40].

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczących się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisaniem w oficjalnym języku danego kraju, w tym cudzoziemców[41]. Podkreśla również, że brak skarg niekoniecznie powinien być uznawany za pozytywne zjawisko. Przeciwnie, może on świadczyć o niebezpiecznej sytuacji w placówce lub braku zaufania do systemu skarg[42].

6.5 Personel

Z uwagi na specyfikę pracy w domu opieki oraz występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca, by stworzyć katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów, dotyczących m.in.: 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 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

[40] Tamże, par. 79.
[41] Tamże, par. 83.
[42] Tamże, par. 91.

opieki[43]. Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy[44].

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

Panu Radosławowi Walaskowi – Właścicielowi Centrum Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego Alter Domus w Otwocku:

1. 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;

2. poddawanie wszystkich nowo przybyłych mieszkańców, niezwłocznie po ich przyjęciu do placówki, niezależnym badaniom lekarskim;

3. dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca;

4. bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej mieszkańców o informacje dotyczące podawania leków w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem;

5. odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków bez wiedzy pensjonariusza;

---

[43] 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.

[44] 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.

6. odstąpienie od praktyki przyjmowania zgód blankietowych od opiekunów faktycznych lub osób finansujących pobyt mieszkańca w placówce na udzielanie badań oraz świadczeń zdrowotnych;

7. założenie zeszytu skarg i wniosków oraz odnotowywanie w nim wszelkich składanych skarg, w tym w formie ustnej i mailowej, jak również sposobu rozstrzygnięcia sprawy;

8. 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 Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie;

9. systematyczne wspieranie rozwoju zawodowego personelu poprzez oferowanie specjalistycznych szkoleń;

10. zorganizowanie personelowi superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta;

11. zapoznanie personelu z treścią Protokołu stambulskiego oraz wykorzystywanie tego dokumentu w codziennej pracy.

Sporządziła

Aleksandra Nowicka

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/