



Warszawa, 05-09-2024 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.573.7.2024.KK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Placówki Całodobowej Opieki „Grabina Sunrise” w Grabinie**

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

1. 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.

2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)² i krajowe mechanizmy prewencji. W Polsce funkcję krajowego mechanizmu prewencji wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą funkcjonującego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)³.

3. KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa-strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia

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 Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.

³ Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1264).

organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁵.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji 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 wizyjnego⁶. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁷. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁸.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁹. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności oraz przedstawienie zaleceń mających na celu ich wyeliminowanie.

6. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ¹⁰.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji¹¹.

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

⁷ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁸ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2020 r., Część II – Jak pracuje KMPT?

⁹ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, p. 6. Zob. również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, Nowy Jork I Genewa 2018, s. 4-6.

¹⁰ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie Krajowemu Mechanizmowi informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

II. Wprowadzenie

9. W dniu 15 kwietnia 2024 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Placówki Całodobowej Opieki „Grabina Sunrise” w Grabinie.

10. W skład zespołu wizytującego wchodził: Łukasz Bębenista, Klaudia Kamińska (prawnicy) oraz Rafał Kulas (dyrektor Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, prawnik).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z właścicielką placówki, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń i terenu zewnętrznego oraz przeprowadzili poufne rozmowy z personelem oraz mieszkańcami. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi właścicielce placówki w czasie rozmowy podsumowującej.

12. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanej przez właścicielkę placówki dokumentacji oraz informacji pisemnych.

13. Niniejszy raport sygnalizuje problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt IV), oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania (pkt V).

III. Charakterystyka placówki

14. Placówka przeznaczona jest dla 5 osób z niepełnosprawnościami, przewlekle chorych oraz w podeszłym wieku. W czasie wizytacji przebywało w niej 5 osób (kobiet). Żadna z nich nie była ubezwłasnowolniona.

15. Placówka działa na podstawie zezwolenia Wojewody Łódzkiego na prowadzenie działalności (RPS-III.9423.5.2016) i jest wpisana do rejestru prowadzonego przez Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi¹³.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

¹³ Zob. <https://www.gov.pl/web/uw-lodzki/rejestr-placowek-zapewniajacych-calodobowa-opieke-osobom-niepelnosprawnym-przewlekle-chorym-lub-osobom-w-podeszlym-wieku2>.

IV. Problemy systemowe

16. Umowa na sprawowanie opieki zawierana jest między właścicielką a pensjonariuszem, w imieniu i na rzecz którego działa opiekun. W przeanalizowanych umowach nie zawsze znajdował się podpis pensjonariusza. W niektórych umowach znajdował się także zapis, że opiekun działa na podstawie pełnomocnictwa, natomiast nie załączono do umów w/w pisma.

17. KMPT podkreśla, że podmioty działające w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są w żaden sposób legitymowane 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 pisemnych należy podpis – art. 78 § 1 kodeksu cywilnego¹⁴). To zaś 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.

18. KMPT zwraca też uwagę, że osobom, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem, należy umożliwić złożenie tuszowego odcisku palca¹⁵.

19. Rzecznik Praw Obywatelskich na początku 2022 r. wystosował w tej sprawie wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹⁶. Z uzyskanej

¹⁴ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2024 r. poz. 1061).

¹⁵ Zgodnie z art. 79 kodeksu cywilnego: „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”.

¹⁶ Zob. Wystąpienie Generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022.KK.

odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy MRiPS oraz Ministerstwem Sprawiedliwości¹⁷. Sprawa nadal pozostaje w zainteresowaniu RPO.

20. W placówce znajdowały się wózki ortopedyczne wyposażone w pasy stabilizujące. Były też furtki uniemożliwiające wejście mieszkańcom na piętro. Co prawda z relacji personelu wynikało, że o ile pasy przy wózku nie są stosowane, to w trakcie wizytacji furtki znajdujące się przy schodach były zamknięte. Powyższa sytuacja może obrazować 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.¹⁸, w którym Rzecznik zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym. Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)¹⁹.

21. 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 w przypadku stosowania niestandardowych form zabezpieczeń postępowanie zgodnie z poniższym schematem:**

(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.

¹⁷ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25 lutego 2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP.

¹⁸ Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

¹⁹ Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 174; Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80; Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

(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 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 wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.

22. W placówce znajdował się monitoring wizyjny, który obejmował zarówno części wspólne, teren zewnętrzny, jak i pokoje mieszkańców. KMPT zwraca uwagę, że kwestia stosowania monitoringu w placówkach całodobowej opieki od kilku lat jest przedmiotem analizy. Z jednej strony rozwiązanie to służy niewątpliwie poprawie bezpieczeństwa w placówce i samych pensjonariuszy. Z drugiej strony 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.

23. 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 społecznej²⁰ przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań²¹. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.²² Sprawa pozostaje w zainteresowaniu RPO.

²⁰ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 ze zm.).

²¹ Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

²² Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Legalność pobytu

24. Zgodnie z decyzją Wojewody Łódzkiego placówka przeznaczona jest dla maksymalnie 5 osób. Wizytujący uzyskali jednak informację, że przyjmowane są też do niej osoby na tzw. pobyt dzienny. Opieka zapewniana jest wówczas wyłącznie w ciągu dnia, bez noclegu. Takie działanie wykracza poza zakres zezwolenia na działalność określoną w decyzji Wojewody. Sytuacja jest problematyczna z punktu widzenia standardu oferowanego mieszkańcom zakwaterowanym całą dobę. Opiekunki, które powinny, co do zasady, sprawować opiekę nad pensjonariuszami umieszczonymi w placówce na stałe, muszą poświęcać swój czas i uwagę także osobom przebywającym w niej wyłącznie w ciągu dnia. W konsekwencji taka praktyka może prowadzić do obniżenia standardu świadczonych usług i osłabienia nadzoru nad mieszkańcami przebywającymi w placówce na stałe.

25. KMPT rekomenduje dokonanie przeglądu liczby zatrudnionych pracowników w celu zapewnienia podopiecznym właściwej opieki.

B. Opieka medyczna

26. Nowo przyjmowani mieszkańcy najszybciej jak to możliwe poddawani są badaniu przez lekarza oraz pielęgniarkę. Ewentualne obrażenia opisywane są w dokumentacji medycznej oraz wykonywane są zdjęcia, które nie są jednak archiwizowane w dokumentacji medycznej mieszkańców. W okazanej dokumentacji brakowało również specjalnych formularzy do oznaczania obrażeń, zawierających mapy ciała do umiejscowienia urazów.

27. KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za minimalną gwarancję chroniącą pensjonariuszy przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce.

28. KMPT rekomenduje dokumentowanie obrażeń mieszkańca za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą podopiecznych) powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca. Krajowy Mechanizm pragnie też zaznaczyć, że dla celów dowodowych konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była twarz osoby fotografowanej, a przy obrażeniu znajdowała się linijka lub inny przyrząd pozwalający określić rozmiar

obrażenia. Tak wykonane fotografie powinny być przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

29. **Krajowy Mechanizm rekomenduje również przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego²³ oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.** Publikacja ta pozostaje nieznana pracownikom, mimo że odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur. Znajomość Protokołu stambulskiego pomoże pracownikom w wykrywaniu i dokumentowaniu przypadków poniżającego traktowania, co wzmocni ich potencjał zawodowy. Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomenduje Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom²⁴.

C. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

30. KMPT każdorazowo zwraca uwagę, czy placówka w ogólnodostępnych miejscach (np. korytarze) zamieszcza informacje o instytucjach stojących na straży praw człowieka oraz o przyjętej procedurze skargowej. Możliwość kontaktu z takimi instytucjami przez osobę przebywającą w placówce całodobowej opieki lub np. odwiedzających ją krewnych stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem. Analogiczne zabezpieczenie stanowi również jasna i ogólnodostępna informacja dotycząca mechanizmu skargowego funkcjonującego w konkretnej placówce.

31. W trakcie wizytacji w placówce brak było takich informacji. Jak wynika z wyjaśnień właścicielki placówki, z uwagi na prace remontowe zdjęto tablicę informacyjną, na której znajdowała się informacja o istnieniu rejestru skarg i wniosków oraz o instytucjach stojących na straży praw człowieka.

32. **KMPT rekomenduje wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych (np. na tablicach informacyjnych na korytarzach, przy wejściu do placówki), do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji, do których mieszkańiec lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca.** Takimi instytucjami mogą być chociażby Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676), Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

²³ Oficjalny podręcznik ONZ dotyczący diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Zaktualizowana wersja dostępna jest na stronie: https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf.

²⁴ Zob. Raporty SPT z wizyt: w Peru, CAT/OP/PER/1, § 20; w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, § 46-48; w Brazylii, CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

33. W placówce istnieje rejestr skarg i wniosków. Aby jednak zapewnić jak najlepszy dostęp do mechanizmu skargowego, należałoby **poinformować mieszkańców oraz ich opiekunów prawnych i faktycznych o istnieniu rejestru 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 (np. przez wyeksponowanie informacji na tablicy informacyjnej).**

34. **Dodatkowo KMPT rekomenduje zamontowanie skrzynki skarg, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności.** Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. wyznaczony pracownik administracyjny). Skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze.

D. Opieka psychologiczna

35. W placówce nie było zatrudnionego psychologa. Placówka zapewnia opiekę psychologiczną odpowiednio do wskazań lekarza prowadzącego danego pensjonariusza na zasadach ogólnych w ramach NFZ albo odpłatnie w innych podmiotach leczniczych. O częstotliwości decyduje lekarz prowadzący.

36. KMPT pragnie podkreślić, 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 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. Wsparcie psychologiczne nie powinno być reglamentowane przez lekarza prowadzącego, a dostęp do psychologa powinien być zależny od każdorazowej potrzeby mieszkańca.

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

E. Rejestry i dokumentacja

38. Placówka nie prowadziła ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego. Krajowy Mechanizm przypomina więc, że zgodnie

z art. 68a ustawy o pomocy społecznej „podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku” jest obowiązany m.in. do prowadzenia „ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka”.

39. Placówka nie posiada rejestru zdarzeń nadzwyczajnych oraz procedur regulujących zasady postępowania personelu, np. w przypadku zachowań agresywnych i autoagresywnych pensjonariuszy lub zdarzeń niepożądanych. **KMPT zachęca kierownictwo placówki do wprowadzenia odpowiednich rejestrów i procedur.** Dobrze prowadzony rejestr może być pomocny w ustaleniu, czy osoby odpowiedzialne za opiekę i pomoc pensjonariuszom prawidłowo wykonywały swoje obowiązki. Taka praktyka niewątpliwie wzmocni podstawowe gwarancje mieszkańców i transparentność podejmowanych czynności, co ułatwi pracę także osobom sprawującym nadzór i kontrolę nad placówką. Rejestry stanowią również ważne zabezpieczenie przed torturami i innymi formami niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności²⁵.

F. Warunki bytowe

40. W trakcie wizytacji zauważono, że pokoje nie są wyposażone w instalację przyzywową. Zaznaczyć należy, że po zakończeniu wizytacji właścicielka placówki nadesłała dokumentację fotograficzną wskazującą na zamontowanie takiej instalacji. W ocenie KMPT praktyka ta zasługuje na aprobatę, gdyż instalacja alarmowo-przyzywowa powinna być dostępna we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców (zarówno w salach chorych, jak i toaletach). Umożliwia ona szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi mieszkańców.

41. Należy też mieć na uwadze, że zgodnie z wymogami Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami²⁶ osoby te powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi oraz w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego powinno się im zapewnić racjonalne usprawnienia.

²⁵ Zob. raport SPT z wizyty w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt 2, § 49-52.

²⁶ Przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r., ratyfikowana przez Polskę w dniu 6 września 2012 r.

G. Personel

42. Zdaniem wizytujących osoby pracujące w placówce mają odpowiednie wykształcenie. Niemniej jednak, z uwagi na specyfikę pracy, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, **KMPT rekomenduje zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu 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.**

43. **KMPT zaleca również rozważenie zorganizowania personelowi superwizji**, która pozwoliłaby 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.

44. Zgodnie ze standardami międzynarodowymi 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 opieki²⁷.

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca właścicielce Placówki Całodobowej Opieki „Grabina Sunrise” w Grabinie:

1. wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające (np. na tablicach informacyjnych na korytarzach, przy wejściu do placówki), danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka;
2. poinformowanie mieszkańców oraz ich opiekunów prawnych i faktycznych o istnieniu rejestru skarg i wniosków (np. przez wyeksponowanie informacji na tablicy informacyjnej);

²⁷ 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 grudnia 2020 r., CPT/Inf (2020) 41, § 17. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, § 149.

3. zamontowanie skrzynki skarg, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności; obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. wyznaczony pracownik administracyjny), a skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze;
4. dokumentowanie obrażeń mieszkańca za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca;
5. utworzenie rejestru przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego oraz rejestru zdarzeń nadzwyczajnych, jak również opracowanie jasnych procedur postępowania personelu w sytuacjach nadzwyczajnych;
6. przeszkolenie personelu z treści Protokołu stambulskiego i wykorzystywanie zawartych tam wskazówek w codziennej pracy;
7. zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu 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;
8. rozważenie zorganizowania personelowi superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.

Opracowała: Klaudia Kamińska

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-podpisano elektronicznie/