



Warszawa, 08-01-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.573.9.2024.KK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Domu Pomocy Społecznej w Łodzi przy ul. Sierakowskiego 65**

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.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie Krajowemu Mechanizmowi informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiegokolwiek sankcji

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 2022 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.

lub uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

II. Wprowadzenie

9. W dniach 16–17 kwietnia 2024 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT) przeprowadzili wizytację Domu Pomocy Społecznej w Łodzi przy ul. Sierakowskiego 65.

10. W skład zespołu wizytującego wchodziło: Rafał Kulas (dyrektor KMPT, prawnik), Łukasz Bębenista i Klaudia Kamińska (prawnicy).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z dyrektorem DPS, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń, przeprowadzili poufne rozmowy z mieszkańcami, pracownikami i osobami odwiedzającymi oraz zapoznali się z wybraną dokumentacją.

12. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanej przez placówkę 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, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt V).

III. Charakterystyka placówki

14. Dom Pomocy Społecznej przy ul. Sierakowskiego 65 w Łodzi przeznaczony jest dla 49 osób – dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. W dniu wizytacji w DPS przebywało 48 osób, w tym 25 mężczyzn i 23 kobiety.

15. Nadzór nad działalnością Domu sprawuje Prezydent Miasta Łodzi przy pomocy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi.

IV. Problemy systemowe

16. W placówce pracownicy stosowali wobec mieszkańców stroje zapinane z tyłu (tzw. pajace), mające chronić otoczenie przed zabrudzeniem ekskrementami. Ponadto używano kasku na głowę, rękawic oraz wózków ortopedycznych, wyposażonych w pasy stabilizujące (w celu ochrony przed upadkiem).

17. O użyciu w/w sprzętu decydował personel, nie lekarz. Jego stosowanie nie było też odnotowywane w dokumentacji. Kierownictwo placówki nie opracowało

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

formalnych, pisemnych wytycznych w tej mierze. Zidentyfikowane w tym zakresie przez KMPT braki powodują ryzyko nadużyć w stosowaniu tego typu form opieki.

18. 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.

19. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.¹³, w którym Rzecznik zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym. Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)¹⁴.

20. 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 zaleca:**

(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 przeciwwskazania i inne uwagi istotne dla zapewnienia właściwej opieki. Potrzeba dalszego stosowania tego środka

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

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

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.

21. Wśród pracowników placówki były osoby, które równocześnie pełniły funkcję opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej. Kwestia ta od lat budzi wątpliwości przedstawicieli KMPT¹⁵.

22. Z jednej strony takie rozwiązanie może być korzystne dla mieszkańców, którzy dzięki tej praktyce mają stały kontakt ze swoim opiekunem prawnym. Warto jednak zauważyć, że jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Pracownikom domów pomocy społecznej trudno w tej sytuacji zachować obiektywizm w ocenie oferty opiekuńczej domu. Ponadto pełnienie przez personel DPS funkcji opiekunów prawnych wiąże się z nakładaniem na nich dodatkowych obowiązków, kosztem czasu wolnego lub prywatnego.

23. Na problem ten zwracał również uwagę CPT, podkreślając, że jednym z aspektów roli opiekuna jest obrona – w razie konieczności – praw osób z niepełnosprawnościami wobec instytucji przyjmującej. Pełnienie funkcji opiekuna przez pracownika tej samej instytucji może prowadzić do konfliktu interesów i zagrozić niezależności i bezstronności opiekuna. CPT rekomenduje w takich sytuacjach, aby władze kraju dążyły do znalezienia alternatywnych rozwiązań, które mogłyby lepiej zagwarantować niezależność i bezstronność opiekunów¹⁶.

24. Z uzyskanych informacji wynika, że w DPS zamontowany jest monitoring. Obejmuje on teren zewnętrzny oraz ciągi komunikacyjne wewnątrz Domu.

25. Instalowanie kamer w placówkach opiekuńczo-leczniczych w celu zapewnienia bezpieczeństwa może stanowić ingerencję w prywatność pensjonariuszy, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie budynku.

¹⁵ Raport tematyczny KMPT pt. „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, Warszawa 2017, s. 75-78.

¹⁶ Zob. Standardy CPT przedstawione w dokumencie pt. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, § 32. Zob. również raporty CPT z wizyt w: Polsce w 2009 r. [CPT/Inf (2011) 20], § 167; Bułgarii w 2020 r. [CPT/Inf (2020) 39], § 81; Ukrainie w 2019 r. [CPT/Inf (2020) 1], § 44 oraz Łotwie w 2016 r., [CPT/Inf (2017) 16], § 157.

26. Dla legalności stosowania tego typu nadzoru istotne jest, aby spełniał on przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. Obecnie bowiem żadne przepisy nie regulują tej kwestii.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Opieka medyczna

27. Nowo przyjmowani mieszkańcy – najszybciej jak to możliwe – poddawani są badaniu przez lekarza. Ewentualne obrażenia opisywane są w książce obserwacji opiekunek i zgłaszane personelowi pielęgniarstwu. W placówce nie używa się specjalnych formularzy do oznaczania obrażeń, zawierających mapy ciała do umiejscowienia urazów.

28. 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.

29. 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.

30. 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.

31. Krajowy Mechanizm rekomenduje również przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego¹⁷ oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.

32. Publikacja ta pozostaje nieznaną pracownikom, mimo że odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur. Znajomość Protokołu stambulskiego pomoże pracownikom w wykrywaniu i dokumentowaniu przypadków poniżającego

¹⁷ Podręcznik ONZ dotyczący diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Zaktualizowana wersja dostępna jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejne>.

traktowania, co wzmocni ich potencjał zawodowy. Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomenduje Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom¹⁸.

33. Krajowy Mechanizm zwrócił uwagę, że wszelkie badania i ogląd ciała dokonywane przez personel pielęgniarski odbywa się w pomieszczeniu z wielkimi oknami, które nie są zasłaniane.

34. Mając powyższe na uwadze, **KMPT zaleca przeprowadzanie wszelkich czynności pielęgniarskich w stosunku do pacjenta z poszanowaniem jego intymności.**

35. Przedstawiciele KMPT zostali poinformowani, że część mieszkańców przyjmuje leki w formie rozkruszonej i że decyduje o tym pielęgniarka.

36. Krajowy Mechanizm nie zgłasza zastrzeżeń w sytuacji, gdy podawany lek jest rozkruszany z tego powodu, że pacjent nie jest w stanie lub ma problem z połknięciem leku. Takie zalecenie powinno jednak zostać odnotowane w dokumentacji medycznej, z podaniem przyczyny, oraz pochodzić od lekarza.

37. **KMPT zaleca bieżące uzupełnianie dokumentacji pacjentów o zalecenia lekarzy dotyczące podawania danych leków w formie rozkruszonej. Ponadto każda taka sytuacja musi zostać skonsultowana z lekarzem.**

B. Dokumentacja prowadzona w placówce

38. Zastrzeżenia wizytujących wzbudziła przyjęta w placówce praktyka odbierania od opiekunów prawnych zgód na przyszłość dotyczących wszelkiego leczenia mieszkańca, jego pobytu w szpitalu oraz przeprowadzenia zabiegów operacyjnych.

39. Sytuacja taka jest niezgodna z uregulowaniami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹⁹, zgodnie z którymi lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1).

40. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby (art. 32 ust. 4).

41. **KMPT zaleca więc każdorazowe odbieranie zgody na konkretne świadczenie medyczne od opiekunów prawnych.** Podkreśla przy tym, że stosownie do art. 32 ust. 7 ww. ustawy, zgoda może być wyrażona ustnie albo nawet przez takie

¹⁸ 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.

¹⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.

ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania pacjenta proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym.

42. Biorąc pod uwagę powyższe, **Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca dostosowanie procedury odbierania zgód na świadczenia z zakresu opieki medycznej od przedstawicieli ustawowych mieszkańców do obowiązujących w tej mierze przepisów prawa.**

C. Prawo do informacji

43. Jak wynika z analizy dokumentacji, w przypadku osób ubezwłasnowolnionych wszelkie oświadczenia podpisywane były jedynie przez opiekunów prawnych.

44. Przedstawiciele KMPT stoją na stanowisku, że o ile jest to możliwe, tj. nie stoją temu na przeszkodzie ważne względy zdrowotne wykluczające możliwość zrozumienia treści materiału, podpisy pod oświadczeniami tego typu powinni składać przede wszystkim sami zainteresowani.

45. Opiekun prawny wyznaczony jest bowiem do pomocy osobie ubezwłasnowolnionej, a nie do wypowiedzania się za mieszkańca, zwłaszcza w sprawach, w których jedynie on może zająć stanowisko (np. oświadczyć, czy faktycznie zapoznał się ze swoimi prawami i obowiązkami).

46. Przyjęcie praktyki odbierania podpisów od ubezwłasnowolnionych mieszkańców stanowiłoby, w ocenie przedstawicieli KMPT, gwarancję, że konsekwencje wynikające z treści podpisywanych pouczeń, zgód i innych oświadczeń woli byłyby znane nie tylko opiekunom prawnym osób ubezwłasnowolnionych, lecz przede wszystkim im samym.

47. **KMPT zaleca zapoznawanie osób ubezwłasnowolnionych z ich prawami i odbierania od nich podpisów pod treścią oświadczeń.**

D. Personel

48. Zdaniem wizytujących osoby pracujące w placówce mają odpowiednie wykształcenie. Personel przechodził również szkolenia, m.in.: „Nadzór i kontrola w pomocy społecznej”, „Wsparcie osób z niepełnosprawnością w sytuacji kryzysu”, „Depozyty w Domu Pomocy Społecznej w świetle obowiązujących przepisów”, „Redukowanie negatywnych konsekwencji stresu zawodowego pracowników pomocy społecznej”.

49. 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, sposobu postępowania z osobami w spektrum autyzmu, z zespołem Aspergera oraz ADHD, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

50. **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.

51. 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 opieki²⁰.

52. Dodatkowo, jak ustalono w trakcie wizytacji, Dom dysponuje zbyt małą ilością personelu – pracownicy przeciążeni są pracą, nie są w stanie wykonać wszelkich czynności samodzielnie, np. przy karmieniu mieszkańców pomagają osoby odwiedzające. Także braki odnotowywane są wśród personelu pielęgniarskiego – zdarzają się sytuacje, w których ani w ciągu dnia, ani w nocy nie ma obsady pielęgniarskiej.

53. Mając powyższe na uwadze, **KMPT zaleca pilne podjęcie działań mających na celu zwiększenie liczby etatów opiekuna oraz pielęgniarek.**

E. Warunki bytowe

54. W trakcie wizytacji stwierdzono, że w DPS nie ma instalacji przyzywowej. Zdaniem KMPT instalacja przyzywowa powinna być dostępna we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców (zarówno w pokojach, jak i toaletach). Umożliwia ona szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi mieszkańców.

²⁰ 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.

55. Należy też mieć na uwadze, że zgodnie z wymogami Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami²¹ 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.

56. Mając powyższe na uwadze, **KMPT zaleca wyposażenie Domu w instalację przyzywową we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców.**

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:

I. Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej:

1. 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;
2. przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych;
3. przeprowadzanie wszelkich czynności pielęgniarstwa w stosunku do pacjenta z poszanowaniem jego intymności;
4. dostosowanie do obowiązujących przepisów prawa procedury odbierania zgód na świadczenia z zakresu opieki medycznej od przedstawicieli ustawowych mieszkańców;
5. stosowanie wobec mieszkańców niestandardowych form zabezpieczeń wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta, stosownie do uwag wskazanych w pkt IV raportu;
6. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańców wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
7. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi zabezpieczenia niestandardowymi formami opieki, stosownie do uwag zawartych w pkt IV raportu;

²¹ Przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r., ratyfikowana przez Polskę w dniu 6 września 2012 r.

8. bieżące uzupełnianie dokumentacji pacjentów o zalecenia lekarzy dotyczące podawania konkretnych leków w formie rozkruszonej;
9. zapoznanie osób ubezwłasnowolnionych z ich prawami i odbieranie od nich podpisów pod treścią oświadczeń;
10. podjęcie działań mających na celu zwiększenie liczby etatów opiekuna oraz pielęgniarek;
11. zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu m.in.: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, sposobu postępowania z osobami w spektrum autyzmu, z zespołem Aspergera oraz ADHD, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;
12. rozważenie zorganizowania personelowi superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta;
13. wyposażenie Domu w instalację przyzywową we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców.

II. Prezydentowi Miasta Łódź:

1. udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

Opracowała: Klaudia Kamińska

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/