



Warszawa, 31-01-2025 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur**

**KMP.575.2.2024.KK**

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur  
z wizytacji Domu Pomocy Społecznej w Krakowie przy ul. Rozrywka 1**

**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)<sup>1</sup>.

2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)<sup>2</sup> 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)<sup>3</sup>.

3. KMPT na 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

---

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), zob. <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.

<sup>3</sup> 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 przyzwoleniem<sup>4</sup>. 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”<sup>5</sup>.

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 wizyjnego<sup>6</sup>. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane<sup>7</sup>. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu<sup>8</sup>.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg<sup>9</sup>. 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 ONZ<sup>10</sup>.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji<sup>11</sup>.

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

---

<sup>4</sup> Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

<sup>5</sup> Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

<sup>6</sup> Zob. art. 20 OPCAT.

<sup>7</sup> Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

<sup>8</sup> 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?

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

<sup>11</sup> Zob. art. 22 OPCAT.

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

## **II. Wprowadzenie**

9. W dniach 25–28 marca 2024 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Domu Pomocy Społecznej w Krakowie przy ul. Rozrywka 1.

10. W skład zespołu wizytującego wchodziło: Klaudia Kamińska, Paweł Borkowski (prawnicy) i Paulina Wróbel (psycholog).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z dyrektorem DPS, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń oraz przeprowadzili poufne rozmowy z personelem oraz mieszkańcami.

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 w Krakowie przy ul. Rozrywka 1 w Krakowie przeznaczony jest dla 55 osób (kobiet i mężczyzn) uzależnionych od alkoholu. W trakcie wizytacji w placówce przebywało 55 osób.

15. Dom jest samodzielną jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, działającą jako wyodrębniona jednostka budżetowa Gminy Miejskiej Kraków. Nadzór nad działalnością Domu sprawuje Prezydent Miasta Krakowa, przy pomocy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.

## **IV. Problemy systemowe**

16. W placówce w dokumentacji mieszkańca znajdowało się oświadczenie o treści: „oświadczam, że wyrażam zgodę na podnoszenie barierek przyłóżkowych oraz stosowanie pasa zabezpieczającego podczas użytkowania wózka ze względów bezpieczeństwa”.

17. Powyższa sytuacja może obrazować istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są

---

<sup>12</sup> Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki.

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

19. 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 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.).

---

<sup>13</sup> Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

<sup>14</sup> 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.

**(3) Wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.**

20. Z uzyskanych informacji wynika, że w DPS zamontowany jest monitoring. Obejmował on wspólne sale zajęć, korytarze, a także tzw. pokój wyciszeń (miejsce, gdzie np. osoby pod wpływem alkoholu mogły być same).

21. 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. 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.

22. Jak ustaliła delegacja, pracownicy DPS odbierają mieszkańcom alkohol, jeżeli są oni w jego posiadaniu, a także dokonują przeszukania pokoi w celu ustalenia, czy się on tam znajduje. Działanie takie potwierdzają wpisy w prowadzonych przez personel raportach, w tym m.in.: „(...) koło 21.30 zauważono, że mieszkaniec jest pod wpływem alkoholu, pan (...) odmówił kontroli trzeźwości i pójścia do pokoju wyciszeń, przeszukano pokój i znaleziono pustą butelkę po wódce żołądkowej 200 ml.”; „(...) odebrano 1x200 ml wódka „Żubr”, spisano protokół.”.

23. W placówce obowiązuje zarządzenie nr 9/2016 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Krakowie z dnia 15 września 2016 r. w sprawie określenia procedury obowiązującej przy depozytach napojów alkoholowych. Zgodnie z § 3 ww. procedury: „Napój alkoholowy zatrzymany mieszkańcowi Domu, w przypadku zakończenia pobytu w tutejszym Domu zostaje zwrócony za pokwitowaniem odbioru w obecności opiekuna”.

24. KMPT rozumie postępowanie personelu w obliczu nadużywania przez mieszkańców alkoholu i w celu zapewnienia bezpieczeństwa w placówce, jednakże należy zauważyć, że kontrolowanie i konfiskowanie rzeczy osobistych mieszkańców może ingerować w konstytucyjne prawo mieszkańców do ochrony życia prywatnego i decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47 Konstytucji) oraz prawo własności (art. 64 ust. 1 i 3 Konstytucji).

25. Wprowadzenie ograniczenia w postaci kontroli jest możliwe wyłącznie, gdy spełnione zostaną przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji. Zgodnie z tym przepisem, może ono być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy jest to konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób.

26. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw, a wszelkie restrykcje powinny być ograniczone do koniecznego minimum i proporcjonalne do uzasadnionego celu, dla którego zostały nałożone. W obecnym stanie prawnym żaden przepis rangi ustawowej nie zezwala personelowi DPS na przeprowadzanie kontroli rzeczy czy też pokoi mieszkańców.

27. Wprowadzanie unormowaniami regulaminów wewnętrznych restrykcji wobec osób nadużywających alkoholu lub pijących ryzykownie prowadzi obecnie do bezpodstawnego ograniczania ich praw i wolności.

28. Problem ten był już podnoszony przez KMPT<sup>15</sup>, a podobna kwestia była przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia z dnia 30 lipca 2024 r.<sup>16</sup>, w którym Rzecznik zwrócił uwagę na brak przepisów regulujących problem przeprowadzania przeszukania osób zgłaszających się do szpitala w związku z potrzebą udzielenia im świadczeń zdrowotnych. Rzecznik wskazał, że z informacji jakie otrzymuje od pacjentów, przeszukanie osób chorych w szpitalu jest powszechną praktyką. Podmioty lecznicze tłumaczą takie postępowanie potrzebą wynikającą z obowiązku zapewnienia bezpieczeństwa na oddziałach. Efektem wspomnianych regulacji, a w zasadzie ich braku, jest notoryczne naruszanie przez podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, wolności pacjentów i ich prawa do prywatności, a nadto wymuszanie na pracownikach szpitali łamanie tych praw.

## **V. Obszary wymagające poprawy**

### **A. Agresja mieszkańców**

29. Delegacja uzyskała informację, że w placówce przebywa kilkoro mieszkańców, którzy sprawiają szczególne trudności, gdyż nadużywają alkoholu i bywają agresywni w stosunku do personelu. Fakt, że mieszkańcy wracają do placówki pod wpływem alkoholu, potwierdzają wpisy personelu w książce przebiegu dyżuru, w tym m.in.: „(...) powrócił do DPS-u pod wpływem alkoholu. Monitorowany regularnie przez pielęgniarkę”; „(...) g. 10.30 powrót z samowolnego oddalenia, badanie alkometem – 1,57 mg/L”; „(...) odmówił poddania się kontroli na trzeźwość, wobec pielęgniarek był nieprzyjemny, próbował rzucić w opiekunkę butelkę z wodą, odmówił również pomocy przy toalecie wieczornej i porannej”.

---

<sup>15</sup> 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 Tortur, 2017, pkt 6.1.7.

<sup>16</sup> Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 30 lipca 2024 r., V.7016.76.2024.JK.

30. Także delegacja KMPT w trakcie prowadzonych czynności była świadkiem interwencji Policji w stosunku do agresywnego mieszkańca, który pod wpływem alkoholu zaatakował członka personelu. Z uzyskanych informacji wynikało, że nie jest to pierwsza tego typu interwencja w wizytowanej placówce.

31. Wskazać należy, że w placówce obowiązuje „Procedura postępowania pracowników Domu Pomocy Społecznej w Krakowie przy ul. Rozrywka 1 w przypadku agresywnego zachowania mieszkańców”. Celem procedury jest zapewnienie wysokiego standardu świadczonych przez Dom Pomocy Społecznej ul. Rozrywka 1 w Krakowie usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających, jak również bezpieczeństwa dla mieszkańców i pracowników Domu.

32. Procedura służy ponadto podniesieniu kompetencji pracowników przez opracowanie profesjonalnego podejścia do zachowań agresywnych mieszkańców Domu oraz zidentyfikowaniu sposobu prawidłowego reagowania pracowników w razie agresywnego zachowania mieszkańca.

33. W trakcie wizytacji pracownicy placówki sygnalizowali, że jest ich na tyle mało (zob. szerzej pkt 76–77 raportu), że czują się zagrożeni i nie mają możliwości zapobiegania agresji mieszkańców. Personel artykułował wręcz lęk o własne zdrowie.

34. KMPT zdaje sobie sprawę, że praca z agresywnym mieszkańcem jest niezwykle wymagająca. Z jednej strony niezbędne jest podjęcie oddziaływań wobec samego agresywnego mieszkańca, a z drugiej – zapewnienie odpowiedniego wsparcia i ochrony osobom, które doświadczyły przemocy z jego strony, czyli pracownikom placówki. Agresywna osoba zaburza funkcjonowanie całej placówki i negatywnie oddziałuje na tych mieszkańców, którzy nie spożywają alkoholu.

35. Na kwestię agresji mieszkańców wielokrotnie zwracał uwagę podczas swoich wizytacji CPT. Komitet wskazał, że jest to dość częste zjawisko, w szczególności w placówkach, w których liczba personelu jest niewystarczająca. CPT wielokrotnie podkreślał, że obowiązek sprawowania opieki nad mieszkańcami obejmuje odpowiedzialność za ochronę ich przed innymi mieszkańcami, którzy mogą wyrządzić im krzywdę. Oznacza to w szczególności, że personel powinien być wyczulony na zachowanie mieszkańców oraz być zarówno stanowczy, jak i przeszkolony, aby interweniować w razie potrzeby. Należy zapewnić odpowiednią obecność personelu przez cały czas, w tym w nocy i w weekendy. Ponadto należy poczynić odpowiednie ustalenia dotyczące mieszkańców szczególnie wrażliwych, np. dbając o to, aby ich nie zakwaterować lub nie zostawiać samych z mieszkańcami, którzy zostali zidentyfikowani jako zachowujący się agresywnie<sup>17</sup>. CPT zauważył, że należy także

---

<sup>17</sup> Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41; § 5.

zapewnić odpowiednie przeszkolenie personelu w zakresie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i zachowaniami mieszkańców<sup>18</sup>.

**36. KMPT zaleca zapewnienie pracownikom odpowiednich szkoleń (zob. pkt 79 raportu), które mogą im pomóc w zwiększeniu poczucia bezpieczeństwa i skuteczniejszym reagowaniu na agresywne zachowania mieszkańców – przy pełnym poszanowaniu praw człowieka – oraz przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu. Ponadto pracowników należy objąć wsparciem psychologicznym (ilekroć sytuacja tego wymaga, niezależnie od superwizji).**

## **B. Opieka medyczna**

37. Zgodnie z ustaleniami delegacji ewentualne obrażenia mieszkańców odnotowywane są w raporcie prowadzonym przez personel. W placówce nie używa się specjalnych formularzy do oznaczania obrażeń, zawierających mapy ciała do umiejscowienia urazów.

38. 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 mieszkańców powstały podczas pobytu w placówce.

**39. 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.**

40. 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.

**41. Krajowy Mechanizm rekomenduje również przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego<sup>19</sup> oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.**

---

<sup>18</sup> Raport z wizyty CPT w Bułgarii w 2017 r. CPT/Inf (2018) 15; § 153.

<sup>19</sup> 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>.



42. 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 Torturom (SPT)<sup>20</sup>.

### **C. Dokumentacja prowadzona w placówce**

43. Zastrzeżenia wizytujących wzbudziła przyjęta w placówce praktyka odbierania od opiekunów prawnych zgód na przyszłość dotyczących podejmowania wszelkich działań medycznych zmierzających do poprawy stanu zdrowia.

44. Sytuacja taka jest niezgodna z uregulowaniami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>21</sup>, zgodnie z którymi lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1).

45. 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).

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

47. **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.**

### **D. Legalność pobytu**

48. Zgodnie z art. 59 pkt 7 ustawy o pomocy społecznej<sup>22</sup>, decyzję o skierowaniu oraz o umieszczeniu w domu pomocy społecznej, o którym mowa w art. 56 pkt 7, wydaje się na czas określony nie dłuższy niż 12 miesięcy, z możliwością przedłużenia do 18 miesięcy w uzasadnionych przypadkach.

---

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.

<sup>22</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.

49. Jeden z mieszkańców przebywał w wizytowanej placówce 27 miesięcy. Z wyjaśnień personelu wynika, że mieszkaniec ten oczekiwał na umieszczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

50. **Mając powyższe na uwadze, KMPT zwraca się z prośbą o udzielenie informacji, jak obecnie wygląda sytuacja ww. mieszkańca.**

#### **E. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym**

51. Zgodnie z zarządzeniem nr 7/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Krakowie z dnia 18 kwietnia 2023 r. w sprawie zmiany Regulaminu Mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Krakowie, ul. Rozrywka 1 (pkt IV.13): „W okresie pierwszych dwóch miesięcy pobytu mieszkańca w Domu – wyjścia i przepustki mieszkańca (po podpisaniu przez mieszkańca zgody zawartej w kontrakcie, którego wzór jest załącznikiem nr 1 do niniejszego Regulaminu Mieszkańców) realizowane są pod opieką pracownika Domu lub pod opieką rodziny mieszkańca lub pod opieką innych osób bliskich”.

52. W opinii KMPT, w niektórych przypadkach, ze względu na bezpieczeństwo samych pensjonariuszy, tego typu ograniczenia są konieczne, np. gdy są to osoby ze stwierdzoną demencją. Należy jednak pamiętać, że ograniczenia w tym zakresie powinny być wprowadzane wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

53. Zgodnie bowiem z art. 55 ust. 2a–2i ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zasady ewentualnego ograniczania samodzielnych wyjść przez mieszkańców DPS nie mogą być kształtowane dowolnie. Dom pomocy społecznej może określić zasady zgłaszania przez mieszkańców domu personelowi tego domu wyjść poza jego teren.

54. Natomiast w przypadku, gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu mieszkańca domu będącego osobą z zaburzeniami psychicznymi, dyrektor lub kierownik tego domu może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tego mieszkańca terenu domu pomocy społecznej na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia.

55. W przepisach określono również, że tego rodzaju ograniczenie powinno zostać sporządzone w formie pisemnej i powinno zawierać:

- wskazanie osoby, której to ograniczenie dotyczy,
- okresu, na jaki jest wydane,
- uzasadnienie ograniczenia,
- pouczenie o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia do sądu opiekuńczego.

56. Ponadto ograniczenie doręcza się mieszkańcowi domu, a gdy jest on osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie – również jego przedstawicielowi ustawowemu. Informację o ograniczeniu dyrektor lub kierownik domu pomocy społecznej przesyła do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się ten dom, w terminie 3 dni od dnia doręczenia ograniczenia mieszkańcowi domu.

57. Nadmienić należy, że delegacja KMPT podczas wizytacji nie odnotowała w aktach mieszkańców zaświadczeń lekarza, o których wyżej mowa.

58. **KMPT zaleca uregulowanie ograniczeń wyjść mieszkańców w zgodzie z przepisami ustawy o pomocy społecznej.**

#### **F. Prawo do informacji i mechanizm skargowy**

59. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych wszelkie oświadczenia podpisywane były jedynie przez opiekunów prawnych.

60. 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.

61. 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).

62. 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.

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

64. W DPS funkcjonuje zeszyt skarg i wniosków. W przypadku skarg mieszkaniec wpisywał się do zeszytu, a potem zamieszczano w nim informację o sposobie załatwienia sprawy (np. rozmowa wyjaśniająca), ale nie podawano treści rozstrzygnięcia w przedmiocie skargi.

65. Funkcjonowanie rejestru skarg pozwala na odnotowanie problemów pojawiających się w placówce, co ułatwia ich rozwiązywanie oraz sprawowanie nadzoru nad częstotliwością ich występowania. Jak bowiem wskazuje Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom, brak skarg nie musi być koniecznym uznanym za

pozytywny. Przeciwnie, może to oznaczać niebezpieczne środowisko w placówce lub brak zaufania do systemu skargowego<sup>23</sup>.

66. CPT podkreśla znaczenie dostępu do mechanizmów skargowych jako fundamentalnej gwarancji ochronnej przed niewłaściwym traktowaniem. Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także przez 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<sup>24</sup>.

67. Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie, ulotek i filmów informacyjnych)<sup>25</sup>.

68. Ponadto dobrym rozwiązaniem byłoby zamontowanie również skrzynki skarg, z której mieszkańcy i inne osoby (np. osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. dyrektor placówki lub wyznaczony pracownik administracyjny). Skargi i inne sygnały zgłaszane za pomocą tego typu skrzynki (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze.

69. Mając powyższe na uwadze, **KMPT zaleca poinformowanie mieszkańców i ich opiekunów faktycznych i prawnych o istnieniu zeszytu skarg i wniosków, jak również informowanie o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru w sposób zrozumiały dla odbiorców, a także wyeksponowanie takiej informacji w miejscu dostępnym zarówno dla mieszkańców, jak i ich rodzin.**

70. **Ponadto Krajowy Mechanizm wskazuje na konieczność zachowania poufności zeszytu skarg i wniosków, który nie powinien być przechowany w miejscu dostępnym dla każdego pracownika.**

71. **Zaleca się stworzenie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy i inne osoby będą mogły korzystać z zachowaniem zasad poufności, odnotowywanie skarg przekazanych tą metodą w rejestrze oraz zmianę procedury skargowej, tak by uwzględniała ona informacje przekazane tą drogą.**

---

<sup>23</sup> Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, § 91.

<sup>24</sup> Tamże, § 68-91.

<sup>25</sup> Tamże, § 79.

## **G. Warunki bytowe**

72. Wizytujący zwrócili uwagę na nieprzyjemny zapach unoszący się w łazienkach. Wyczuwalny był duży zaduch oraz silna woń moczu i kału.

73. Jak wskazuje CPT, stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje zapewnienie pacjentom właściwej przestrzeni życiowej, odpowiedniego oświetlenia, ogrzewania, wentylacji, utrzymywania ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych<sup>26</sup>.

74. **KMPT zwraca uwagę na potrzebę zapewnienia odpowiednich warunków bytowych mieszkańcom.**

## **H. Personel**

75. Z uzyskanych informacji wynika, że w placówce zatrudnionych jest 13 osób na stanowisku opiekuna, 1 osoba na stanowisku opiekuna medycznego, 2 osoby na stanowisku starszego opiekuna, 4 osoby na stanowisku pielęgniarki. Dodatkowo w placówce zatrudnione jest jeszcze 5 osób na stanowisku pokojowych, 3 osoby na stanowisku terapeuty, kierownik działu terapeutyczno-opiekuńczego, instruktor ds. kultury i oświaty, instruktor terapii zajęciowej oraz psycholog. Jak ustalono, w nocy na jedno piętro obsada personelu jest jednoosobowa.

76. **KMPT zaleca zapewnienie liczniejszej obsady personelu nocą, a jeżeli jest to konieczne, zatrudnienie większej liczby personelu opiekuńczego.**

77. Zdaniem wizytujących osoby pracujące w placówce mają odpowiednie przygotowanie zawodowe. Personel uczestniczył m.in. w następujących szkoleniach: „Wolność, godność, samostanowienie poszanowanie praw mieszkańców”; „Prawa Mieszkańca”; „Seksualność mieszkańców DPS”; „Aktywizacja mieszkańców”; „Komunikacja z roszczeniowym i agresywnym mieszkańcem DPS”. Na aprobatę zasługuje również objęcie personelu superwizją.

78. 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 także 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 złego traktowania.**

---

<sup>26</sup> Zob. Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (98) 12, § 34.

## **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 w Krakowie przy ul. Rozrywka 1:**

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. uregulowanie ograniczeń wyjść mieszkańców w zgodzie z przepisami ustawy o pomocy społecznej;
4. zapoznavanie osób ubezwłasnowolnionych z ich prawami i odbieranie od nich podpisów pod treścią oświadczeń;
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;
8. poinformowanie mieszkańców i ich opiekunów faktycznych i prawnych o istnieniu zeszytu skarg i wniosków, jak również informowanie o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru w sposób zrozumiały dla odbiorców, a także wyeksponowanie takiej informacji w miejscu dostępnym dla mieszkańców i ich rodzin;
9. stworzenie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy i inne osoby będą mogły korzystać z zachowaniem zasad poufności, odnotowywanie skarg przekazanych tą metodą w rejestrze oraz zmianę procedury skargowej, tak by uwzględniała ona informacje przekazane tą drogą;
10. zapewnienie odpowiednich warunków bytowych mieszkańcom;

11. zapewnienie liczniejszej obsady personelu nocą, a jeżeli jest to konieczne – zatrudnienie większej liczby personelu opiekuńczego;
12. objęcie personelu opieką psychologiczną, ilekroć sytuacja tego wymaga, niezależnie od superwizji;
13. 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 złego traktowania.

## **II. Prezydentowi Miasta Kraków:**

1. udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

Ponadto Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Krakowie przy ul. Rozrywka 1 o udzielenie informacji dotyczącej sytuacji opisanej w pkt 50 raportu.

Opracowała: Klaudia Kamińska

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-podpisano elektronicznie/