



Warszawa, 31-01-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.573.10.2024.ORG

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Placówki Całodobowej Opieki
„Solankowe Tarasy” w Inowrocławiu**

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 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

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), zob. <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 ze zm.)

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 urzędzeń, 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 lub

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.

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

II. Wprowadzenie

9. W dniu 13 maja 2024 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację Placówki Całodobowej Opieki „Solankowe Tarasy” w Inowrocławiu (dalej: PCO, Dom, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Katarzyna Kopystyńska (Zastępczyni Dyrektora Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur), Klaudia Kamińska i Oliwia Rybczyńska-Gryguc (prawnicy).

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły wstępną rozmowę z właścicielem placówki, dokonały oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń i terenu zewnętrznego, przeprowadziły poufne rozmowy z personelem oraz mieszkańcami.

12. Po zakończeniu wizytacji przedstawicielki KMPT dokonały analizy przekazanej przez właściciela 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. W dniu wizytacji placówka była przeznaczona dla 9 osób z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorych oraz w podeszłym wieku. **W czasie wizytacji przebywało w niej 35 osób.** Jedna osoba była ubezwłasnowolniona.

15. W dniu wizytacji placówka działała na podstawie zezwolenia Wojewody Kujawsko-Pomorskiego na prowadzenie działalności (WPS.III.9423.2.5.2022.SSz) z dnia 18 lipca 2022 r., zgodnie z którą placówka była przeznaczona dla 9 osób. W dniu 23 października 2024 r. Wojewoda Kujawsko-Pomorski wydał decyzję zmieniającą (WPS.III.9423.2.4.2024.KG), która zwiększyła liczbę miejsc w placówce z 9 na 30.

IV. Problemy systemowe

16. Umowa na sprawowanie opieki ma charakter trójstronny i zawierana jest między Fundacją, opiekunem faktycznym pensjonariusza oraz samym mieszkańcem. Nie zawsze jednak pod umową znajdował się podpis pensjonariusza, co mogło być

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

spowodowane złym stanem zdrowia. Brak podpisu strony umowy w takiej sytuacji może oznaczać brak świadomości jej zawarcia, a tym samym niemożności zapoznania się z nią i jej warunkami. W takiej sytuacji należy przyjąć, że umowa obowiązuje jedynie pomiędzy opiekunem faktycznym a placówką.

17. Mając powyższe na względzie, 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 PCO. 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 palca¹³.

18. Rzecznik Praw Obywatelskich w 2022 r. wystosował w tej sprawie wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹⁴. Z uzyskanej odpowiedzi wynika, że wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy MRiPS oraz Ministerstwem Sprawiedliwości¹⁵. Sprawa pozostaje w zainteresowaniu RPO. Szerzej omawiany problem systemowy opisany został w raporcie rocznym KMPT za 2022 r.¹⁶

V. Obszary wymagające poprawy

A. Legalność pobytu

19. Zgodnie z decyzją Wojewody Kujawsko-Pomorskiego placówka w dniu wizytacji przeznaczona była dla maksymalnie 9 osób. Przedstawicielki KMPT ujawniły jednak, że w placówce przybywa 35 osób na pobyt stały. Budynek co prawda był, co do zasady¹⁷, przygotowany na przyjęcie większej liczby osób niż 9, niemniej brak decyzji wojewody na zwiększenie liczby miejsc w placówce spowodowany był brakiem odbiorów budowlanych i pożarniczych budynku. Właściciel zatem nie dysponował żadnym dokumentem potwierdzającym, że warunki w budynku spełniają wymogi bezpieczeństwa. **Należy przy tym zauważyć, że zalecenie o pilnym dostosowaniu liczby mieszkańców do liczby wskazanej w zezwoleniu wojewody było wydane**

¹³ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2024 r. poz. 1061 ze zm.); dalej: Kodeks cywilny, KC.

¹⁴ Zob. wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022.

¹⁵ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25 lutego 2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP.

¹⁶ Zob. Raport KMPT za 2022 r., s. 135, dostępny na stronie:

https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/202311/Raport_roczny_KMPT_2022_dostepny.pdf.

¹⁷ Część budynku pozostawała nadal w remoncie, acz nie przebywali tam pensjonariusze.

przez urząd wojewódzki już w dniu 24 października 2023 r.¹⁸ Tym samym szczególnie niepokój KMPT budzi fakt świadomości właściciela placówki, że jego działalność jest sprzeczna z przepisami prawa oraz standardami, jakimi należy kierować się w celu zapewnienia mieszkańcom bezpieczeństwa.

20. W październiku 2024 r. Wojewoda Kujawsko-Pomorski zmienił decyzję o zezwoleniu na prowadzenie placówki, zwiększając tym samym liczbę miejsc dla mieszkańców do 30.

21. W związku z powyższym KMPT zwraca się do właściciela placówki o udzielenie informacji, ilu mieszkańców przebywa w placówce – według stanu na dzień otrzymania raportu.

22. Sytuacja zastana w placówce była problematyczna także pod innymi względami. W dniu wizytacji w placówce było bowiem zatrudnionych 9 opiekunów medycznych. Liczba ta była niewystarczająca, biorąc pod uwagę liczbę faktycznie przebywających w placówce mieszkańców¹⁹.

23. W związku z decyzją wojewody zwiększającą liczbę miejsc w placówce KMPT zwraca się z pytaniem, jaka liczba opiekunów medycznych jest zatrudniona w placówce (i w jakim wymiarze czasu pracy) – według stanu na dzień otrzymania raportu.

B. Dokumentacja

24. Umowa na sprawowanie opieki w placówce zawierana jest między jej właścicielem, opiekunem faktycznym osoby umieszczonej w Domu oraz mieszkańcem. Jednak wśród umów przeanalizowanych podczas wizytacji znalazły się takie, które nie zawierały podpisu osoby umieszczonej w placówce (zob. pkt 16–18 raportu).

W przypadku braku podpisu mieszkańca w umowie nie zawarto adnotacji, czy jego pominięcie wynikało ze stanu zdrowia pensjonariusza uniemożliwiającego złożenie podpisu. Brak takiej adnotacji powoduje zaś, że nie można wykluczyć, iż pensjonariusz nie przebywa w placówce dobrowolnie, a być może nawet nie ma świadomości zawarcia umowy dotyczącej jego pobytu w placówce.

25. W związku z powyższym KMPT rekomenduje w przypadku pensjonariuszy, którzy mogą wyrazić zgodę na pobyt, lecz nie są w stanie

¹⁸ Zob. Wystąpienie pokontrolne ws. kontroli Domu Seniora Solankowe Tarasy w Inowrocławiu z dnia 11 sierpnia 2023 r., dostępne na stronie: <https://bip.bydgoszcz.uw.gov.pl/3086/kontrole-zbiorczo-opublikowane-do-31122024-r.html>.

¹⁹ Zob. art. 68a pkt 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.), dalej: ustawa o pomocy społecznej.

samodzielnie złożyć podpisu pod umową, umożliwienie im złożenia tuszowego odcisku palca.

26. W przypadku zaś pacjentów zdolnych do wyrażenia zgody na pobyt w placówce KMPT rekomenduje uzupełnienie zawartych umów o podpisy pensjonariuszy.

27. Przedstawicielki KMPT podczas analizy dokumentacji zauważyły również niepokojący zapis znajdujący się w umowie, który wyłącza odpowiedzialność PCO za przekazane przedmioty i inne rzeczy użytkowane na co dzień przez mieszkańców (§ 5 ust. 3 umowy). Przedstawiciele KMPT rozumieją trudności, z jakimi boryka się personel tego typu placówek, oraz to, że mogą się zdarzać niesłuszne oskarżenia o kradzieże, formułowane przez osoby z zaburzeniami pamięci. Jednakże obowiązkiem Domu jest zapewnienie bezpieczeństwa rzeczy osobistych. Niedopuszczalne są więc postanowienia takie jak to, że placówka w ogóle nie bierze odpowiedzialności za pieniądze, biżuterię, pamiątki rodzinne²⁰.

28. KMPT zaleca wyeliminowanie z umów postanowień całkowicie wyłączających odpowiedzialność PCO za przekazane przedmioty i inne rzeczy użytkowane na co dzień przez mieszkańców.

C. Opieka medyczna

29. Zgodnie z informacjami uzyskanymi od właściciela placówki, nowo przyjmowani mieszkańcy – najszybciej jak to możliwe – poddawani są badaniu przez lekarza oraz pielęgniarkę. Sposób dokumentowania tego badania, jak i całego procesu przyjęcia pacjenta należy uznać za niewystarczający. Wpis dokonywany przy przyjęciu pacjenta jest zbyt ogólny (np. „przyjęcie pani Teresy”). W charakterystyce przyjęcia nie uwzględnia się opisu obrażeń mieszkańców czy stanu ich ciała w momencie przybycia. Nie stosuje się formularzy do oznaczania obrażeń, zawierających mapy ciała do umiejscowienia urazów. Nie wykonywano też dokumentacji fotograficznej obrażeń.

30. 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.

31. KMPT rekomenduje dokumentowanie obrażeń mieszkańca za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy

²⁰ Zob. Domy opieki – wyniki badania wzorców umownych, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, dostępny na stronie: https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12351.

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 i odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

32. **Krajowy Mechanizm rekomenduje również przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego²¹ 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 Torturom²².

33. Niepokój pracowników KMPT wzbudził również zapis umowy, zgodnie z którym „opiekun oświadcza, iż jako opiekun faktyczny Mieszkańca może wyrazić zgodę na przeprowadzenie koniecznych badań i innych niezbędnych czynności medycznych w przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia Mieszkańca, powodującego niezdolność Mieszkańca do świadomego wyrażenia zgody, w szczególności zaostrenia się chorób przewlekłych lub pojawienia się nowego schorzenia, które uniemożliwiłoby prawidłowy kontakt z Mieszkańcem”. Mimo zrozumienia trudności, jakie może stwarzać konieczność każdorazowego kontaktu z opiekunem prawnym bądź faktycznym pensjonariusza, KMPT zwraca uwagę na brak skuteczności prawnej udzielonej w ten sposób zgody blankietowej na leczenie. Należy podkreślić, że w polskim porządku prawnym nie funkcjonuje instytucja pełnomocnika ds. medycznych. Jednocześnie wskazuje się, że z uwagi na osobisty charakter świadczeń, za jakie uznaje się m.in. świadczenia medyczne, nie powinny być w tym przypadku stosowane przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące pełnomocnictwa²³.

²¹ Oficjalny 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-kolejna>.

²² Zob. Raporty SPT z wizyt: w Peru, CAT/OP/PER/1, par. 20; w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, par. 46-48; w Brazylii, CAT/OP/BRA/1, par. 38-39.

²³ Zob. art. 98 KC.

34. Zgodnie z uregulowaniami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry²⁴ lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1). Jeżeli pacjent jest 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). Zgoda blankietowa nie wywołuje skutków odnośnie do poszczególnych świadczeń zdrowotnych – konieczne jest uzyskanie zgody na udzielenie konkretnego świadczenia. Opiekunowie prawni wyrażający zgodę *in blanco* mogą nie być świadomi okoliczności, które zajdą w przyszłości, a które spowodują, że nie wyraziliby zgody np. na konkretny zabieg operacyjny.

35. Przedstawiciele KMPT zalecają więc każdorazowe odbieranie zgody na konkretne świadczenie medyczne od opiekunów prawnych. 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 się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym, możliwe jest więc uzyskiwanie zgody np. w formie telefonicznej. Wyjątkiem są zabiegi operacyjne i metody leczenia lub diagnostyki stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta, które stosownie do art. 34 ust. 1 ustawy wymagają zgody w formie pisemnej.

36. Przedstawiciele KMPT zwracają również uwagę, że w sytuacjach nagłych udzielenie świadczenia zdrowotnego, w tym przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, może być przeprowadzone bez zgody zainteresowanych (art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 7 ustawy). Warto też zauważyć, że jeżeli zachodzi jedynie potrzeba przeprowadzenia badania osoby niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody, zgodę wyrazić może także opiekun faktyczny, np. pracownik placówki (art. 32 ust. 3 ww. ustawy).

37. **Biorąc pod uwagę obowiązujący stan prawny, przedstawiciele KMPT zalecają wyeliminowanie ww. zapisu umowy oraz przestrzeganie odpowiednich przepisów ustawy o zawodzie lekarza.**

D. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

38. 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

²⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.; dalej: ustawa o zawodzie lekarza.

niewłaściwym traktowaniem. Analogiczne zabezpieczenie stanowi również jasna i ogólnodostępna informacja dotycząca mechanizmu skargowego funkcjonującego w konkretnej placówce. Na znaczenie dostępu do mechanizmów skargowych jako fundamentalnej gwarancji ochronnej przed niewłaściwym traktowaniem zwraca również uwagę CPT²⁵.

39. W trakcie wizytacji w placówce nie zauważono, by w przestrzeniach wspólnych wyeksponowane były informacje, do kogo mieszkańcy mogą się zwrócić w razie naruszenia ich praw. Tymczasem ustawa o pomocy społecznej nakłada na właścicieli placówki obowiązek umieszczenia na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku informacji dotyczącej numeru placówki w rejestrze placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku oraz numerów alarmowych. Ponadto na tablicy ogłoszeń należy również umieścić dane teleadresowe 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 opiekuńczego²⁶.

40. W związku z powyższym KMPT zaleca, by umieścić wyżej wskazane informacje na tablicy ogłoszeń wewnątrz budynku, zgodnie z obowiązkiem nałożonym przez art. 68a pkt 2 i 3 ustawy o pomocy społecznej.

41. W placówce nie istnieje rejestr skarg i wniosków. Zgodnie z § 14 ust. 1 rozdziału V regulaminu placówki, skargi i wnioski przyjmuje i rozpatruje Dyrektor Domu Seniora.

42. **Aby zapewnić jak najlepszy dostęp do mechanizmu skargowego, KMPT rekomenduje stworzenie specjalnego rejestru na skargi i wnioski oraz poinformowanie mieszkańców oraz ich opiekunów prawnych i faktycznych o jego istnieniu. 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).**

43. **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

²⁵ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 91.

²⁶ Art. 68a pkt 2 i 3 ustawy o pomocy społecznej.

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.

E. Przechowywanie rzeczy w depozycie

44. W placówce mieszkańcy mają możliwość pozostawienia wartościowych rzeczy w depozycie. Zgodnie z § 15 ust. 12 pkt m „do zadań Dyrektora Domu Seniora «Solankowe Tarasy» należy w szczególności (...) bezpieczne przechowywanie depozytów Mieszkańców”. W dniu wizytacji zarówno pieniądze, jak i dokumenty znajdowały się w przezroczystych teczkach dopiętych do dokumentacji pacjentów. Nie były one w żaden sposób zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych. **W związku z powyższym KMPT zaleca wyznaczenie odpowiedniego miejsca na depozyt, niedostępnego dla osób nieuprawnionych – z uwzględnieniem tego, że depozyt ten powinien być prowadzony indywidualnie na rzecz każdego mieszkańca (np. w zamkniętej szafce z imiennymi kopertami).**

45. Ponadto w depozycie znajdowały się również dowody osobiste pensjonariuszy. W dokumentacji nie było jednak żadnych oświadczeń mieszkańców wskazujących, że dobrowolnie przekazali swoje dokumenty do przechowania. Tymczasem w myśl art. 79 pkt 2 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych²⁷, kto zatrzymuje bez podstawy prawnej cudzy dowód osobisty, podlega karze ograniczenia wolności albo karze grzywny²⁸.

46. **W związku z powyższym KMPT zaleca odstąpienie od praktyki przechowywania dokumentów tożsamości mieszkańców na rzecz wykonywania kopii tych dokumentów. W przypadku zaś zgłoszenia przez mieszkańca chęci przechowania jego dowodu osobistego w depozycie, należy potwierdzić ten fakt odpowiednią zgodą podpisaną osobiście przez mieszkańca.**

F. Opieka psychologiczna

47. 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.

²⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 671 ze zm.

²⁸ Zob. również wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 9 grudnia 2010 r., II AKa 397/10: „znamiona wykroczenia (...) polegającego na zatrzymaniu cudzego dowodu osobistego nie są wypełnione, jeżeli wejście w posiadanie dowodu nastąpiło za akceptacją i przyzwoleniem osoby uprawnionej”.

48. 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.

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

G. Rejestry

50. Placówka nie prowadziła ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego. Krajowy Mechanizm przypomina więc, że zgodnie z art. 68a pkt 1 lit. d 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”.

51. Placówka w dniu wizytacji nie posiadała też rejestru zdarzeń nadzwyczajnych. Krajowy Mechanizm przypomina więc, że zgodnie z art. 68aa ustawy o pomocy społecznej „podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku prowadzi rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących osób przebywających w placówce” (ust. 1). Rejestr ten powinien zawierać zgłoszenia o wypadkach, samouszkodzeniach i obrażeniach ciała dotyczących osób przebywających w placówce, związanych z zagrożeniem ich życia lub zdrowia (ust. 2).

52. **W związku z powyższym KMPT zaleca wprowadzenie rejestrów wymaganych przez przepisy ustawy o pomocy społecznej.**

53. Placówka nie posiadała procedur regulujących zasady postępowania personelu, np. w przypadku zachowań agresywnych i autoagresywnych pensjonariuszy lub zdarzeń niepożądanych. Taka praktyka niewątpliwie wzmocni podstawowe gwarancje mieszkańców i transparentność podejmowanych czynności, co ułatwi pracę także osobom sprawującym nadzór i kontrolę nad placówką.

54. **KMPT zachęca kierownictwo placówki do wprowadzenia odpowiednich procedur w tym zakresie.**

H. Kontakt ze światem zewnętrznym

55. Przedstawiciele KMPT ustalili, że co do zasady mieszkańcy nie mogą opuszczać samodzielnie placówki. Pensjonariusze spędzają czas w pokoju dziennym bądź we własnych pokojach, jak również na dworze, gdy pogoda na to pozwala. Wyjścia poza teren placówki odbywają się albo pod opieką personelu, albo wraz z rodziną mieszkańca.

56. Krajowy Mechanizm przypomina, że wszelkie ograniczenia w możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez pensjonariuszy powinny być wprowadzane jedynie na podstawie i w granicach obowiązującego prawa. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu osoby przebywającej w placówce, będącej osobą z zaburzeniami psychicznymi, osoba kierująca tą placówką może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tę osobę terenu placówki na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego na zasadność takiego ograniczenia. Do obowiązków osoby kierującej placówką należy także przekazanie informacji o ograniczeniu samodzielnego wyjść poza teren domu opieki do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka²⁹. W trakcie wizytacji w dokumentacji pensjonariuszy nie znajdowały się wspomniane zaświadczenia lekarskie.

57. **Krajowy Mechanizm zaleca uzupełnienie teczek osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o stosowne 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 i informowanie sądu opiekuńczego o pobycie w placówce mieszkańców objętych tego rodzaju ograniczeniem.**

I. Warunki bytowe

58. Dom znajduje się w nowym, świeżo wyremontowanym budynku. Części wspólne oraz pokoje sypialniane są niezniszczone i co do zasady mają odpowiednie wyposażenie. Oprócz tego mieszkańcy mają do dyspozycji szeroki taras oraz obszerną część wyznaczoną na świeżym powietrzu.

²⁹ Art. 68 ust. 2a–2h ustawy o pomocy społecznej.

59. Podczas wizytacji przedstawicielki KMPT ujawniły, że na piętrze jeden mieszkaniec umieszczony jest na korytarzu. Jego łóżko znajdowało się za kotarą, jednak mimo to narażony był on na hałasy dochodzące z korytarza. Wnęka, w której umieszczono pacjenta, znajdowała się w bezpośrednim sąsiedztwie windy, z której wielokrotnie w toku wizytacji korzystali pacjenci i personel. Mężczyzna pozostający w ciężkim stanie zdrowia został zupełnie pozbawiony prywatności i intymności, bowiem zarówno czynności higieniczne, jak i pielęgnacyjne były wykonywane na korytarzu. Ponadto taka sytuacja może być niekomfortowa również dla innych mieszkańców placówki.

60. W związku z powyższym KMPT zaleca wyeliminowanie praktyki kwaterowania pacjentów poza pokojem mieszkalnym.

61. W trakcie wizytacji zauważono, że pokoje nie są wyposażone w instalację przyzywową. W ocenie KMPT 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.

62. Należy też mieć na uwadze, że zgodnie z wymogami Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami³⁰ 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.

63. W związku z powyższym KMPT zaleca wyposażenie placówki w instalację alarmowo-przyzywową w każdym pomieszczeniu użytkowanym przez mieszkańców.

64. Pracownicy KMPT zauważyli również, że nie wszystkie łazienki posiadały uchwyty dla osób z niepełnosprawnościami (m.in. przy umywalkach czy miskach WC). Placówka powinna zadbać o pełną realizację wymogu art. 68 ust. 4 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej w zakresie braku barier architektonicznych i zrealizować szczegółowe wymagania odnoszące się do budynków zamieszkania zbiorowego w zakresie dostosowań dla osób z niepełnosprawnościami, opisanych w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakie powinny spełniać budynki i ich usytuowanie³¹.

³⁰ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169).

³¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 1225.

65. **W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto pamiętać o zasadach poprawiających jakość dostosowania, które zostały opracowane przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier, zgodnie z zasadami planowania dostępności, i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT³².**

J. Personel

66. 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.

67. Personelowi w placówce nie jest zapewniana superwizja, 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. 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 opieki³³.

68. **W związku z powyższym KMPT zaleca rozważenie zorganizowania personelowi superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.**

³² Wytyczne dotyczące dostępności środowiska dla osób z niepełnosprawnościami, opracowane przez eksperta Fundacji Integracja, można znaleźć w raporcie tematycznym KMPT pt. „Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną” z 2019 r., s. 52-78. Raport dostępny na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnoscia-fizycznaisensoryczna-raport-z>.

³³ 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, par. 17. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

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 właścicielowi Placówki Całodobowej Opieki „Solankowe Tarasy” w Inowrocławiu:**

1. w przypadku pensjonariuszy, którzy mogą wyrazić zgodę na pobyt, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod umową, umożliwienie im złożenia tuszowego odcisku palca;
2. w przypadku pacjentów zdolnych do wyrażenia zgody na pobyt w placówce, uzupełnienie zawartych umów o podpisy pensjonariuszy;
3. wyeliminowanie zapisu umowy całkowicie wyłączającego odpowiedzialność PCO za przekazane przedmioty i inne rzeczy użytkowane na co dzień przez mieszkańców;
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. przeszkolenie personelu z treści Protokołu stambulskiego i wykorzystywanie zawartych tam wskazówek w codziennej pracy;
6. wyeliminowanie zapisu umowy stanowiącego zgodę blankietową na zabiegi medyczne mieszkańców;
7. 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;
8. stworzenie rejestru skarg i wniosków, a następnie poinformowanie mieszkańców oraz ich opiekunów prawnych i faktycznych o jego istnieniu (np. przez wyeksponowanie informacji na tablicy informacyjnej);
9. 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;
10. wyznaczenie odpowiedniego miejsca na depozyt, niedostępnego dla osób nieuprawnionych – z uwzględnieniem tego, że depozyt ten powinien być

- prorowadzony indywidualnie na rzecz każdego mieszkańca (np. w zamkniętej szafce z imiennymi kopertami);
11. odstąpienie od praktyki przechowywania dokumentów tożsamości mieszkańców na rzecz wykonywania kopii tych dokumentów; w przypadku zaś zgłoszenia przez mieszkańca chęci przechowania dowodu osobistego w depozycie, należy potwierdzić ten fakt odpowiednią zgodą podpisaną osobiście przez mieszkańca;
 12. nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki;
 13. wprowadzenie rejestrów wymaganych przez przepisy ustawy o pomocy społecznej;
 14. wprowadzenie procedur regulujących zasady postępowania personelu, np. w przypadku zachowań agresywnych i autoagresywnych pensjonariuszy lub zdarzeń niepożądanych;
 15. uzupełnienie teczek osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o stosowne 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 i informowanie sądu opiekuńczego o pobycie w placówce mieszkańców objętych tego rodzaju ograniczeniem;
 16. wyeliminowanie praktyki kwaterowania pacjentów poza pokojem mieszkalnym;
 17. wyposażenie placówki w instalację alarmowo-przyzywową w każdym pomieszczeniu użytkowanym przez mieszkańców;
 18. dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami;
 19. 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;
 20. rozważenie zorganizowania personelowi superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.

Opracowała: Oliwia Rybczyńska-Gryguc

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/