



Warszawa, 27-03-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.575.13.2024.AG

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Domu Pomocy Społecznej przy al. Juliusza Słowackiego 29 w Zielonej Górze**

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 (RPO) 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), 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).

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 jakiejkolwiek 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, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności oraz przedstawianie 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 jakiejkolwiek 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 RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., Część II – Metodologia i zakres prac KMPT.

⁹ Zob. Aneks do Dziewiątego Sprawozdania Roczego SPT z dnia 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, par. 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 dniach 28–30 października 2024 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu przeprowadzili wizytację Domu Pomocy Społecznej przy al. Juliusza Słowackiego 29 w Zielonej Górze (dalej jako: DPS, dom pomocy, placówka). Jej celem było sprawdzenie sposobu traktowania i warunków pobytu mieszkańców DPS, aby wzmocnić ich ochronę przed ryzykiem tortur oraz innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania, a następnie przedstawienie odpowiednim władzom rekomendacji sformułowanych z uwzględnieniem standardów organizacji międzynarodowych.

10. W skład zespołu wizytującego wchodziło: Aleksandra Tokarska (psycholog), Paweł Borkowski (prawnik) i Anna Grabowska (socjolożka).

11. W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT przeprowadzili wstępną rozmowę z Dyrektorem placówki Barbarą Nowobielską, dokonali oglądu wybranych pomieszczeń oraz terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z mieszkańcami i pracownikami DPS, zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją oraz wykonali dokumentację fotograficzną wybranych pomieszczeń. Swoje wstępne uwagi przedstawili Dyrektor placówki w czasie rozmowy podsumowującej wizytę. Dodatkowo po zakończeniu wizytacji dokonano analizy dokumentacji i informacji pisemnych przekazanych przez DPS.

12. Niniejszy raport sygnalizuje problemy systemowe (pkt IV) oraz obszary wymagające poprawy, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt V).

III. Charakterystyka placówki

13. Wizytowany Dom Pomocy Społecznej jest prowadzony przez Miasto Zielona Góra i przeznaczony jest dla osób w podeszłym wieku (56 miejsc) oraz osób przewlekle somatycznie chorych (12 miejsc).

14. W trakcie wizytacji w placówce było obecnych 66 mieszkańców, 2 osoby przebywały w szpitalu.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

15. W ogólnej liczbie mieszkańców dwie osoby zostały skierowane do placówki na mocy postanowienia sądu, cztery zaś to osoby ubezwłasnowolnione.

IV. Problemy systemowe

16. W placówce funkcjonuje monitoring wizyjny obejmujący otoczenie budynku oraz ciągi komunikacyjne i części wspólne wewnątrz.

17. W opinii KMPT instalowanie kamer w placówkach opiekuńczo-leczniczych w celu zapewnienia bezpieczeństwa może stanowić ingerencję w prywatność mieszkańców, 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. Jednakże obecnie żadne przepisy nie regulują tej kwestii, co w ocenie Krajowego Mechanizmu stanowi problem systemowy¹³.

18. W tej sprawie Rzecznik Praw Obywatelskich wystosował w 2016 r. wystąpienie generalne do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w którym wskazywał, że ustawodawca nie zawarł w ustawie o pomocy społecznej przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu¹⁴. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.¹⁵ Sprawa nadal pozostaje w obrębie zainteresowania RPO.

19. Delegacja KMPT ustaliła, że w porze nocnej pracownicy stosują wobec niektórych mieszkańców stroje zapinane z tyłu (tzw. pajace), które mają chronić łóżko i pokój przed zabrudzeniem ekskrementami.

20. O stosowaniu tej metody decyduje personel, nie lekarz, zaś fakt jej stosowania nie jest odnotowywany w dokumentacji. Kierownictwo placówki nie opracowało formalnych, pisemnych wytycznych w tej mierze. Zidentyfikowane w tym zakresie przez KMPT braki powodują ryzyko nadużyć dotyczące stosowania tego typu form opieki.

¹³ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2023 r., s. 103.

¹⁴ Zob. Wystąpienie generalne RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/wystapienie-do-ministra-rodziny-pracy-i-polityki-spoecznej-ws-zasad-stosowania-monitoringu-w-dps>.

¹⁵ Zob. Wystąpienie generalne RPO z 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/wystapienie-generalne-z-dnia-30012018-r-do-ministra-rodziny-pracy-i-polityki-spoecznej-w>.

21. Opisana sytuacja może obrazować istnienie systemowego problemu stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki.

22. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.¹⁶, w którym Rzecznik zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym. Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)¹⁷.

23. W opinii KMPT zastosowanie wobec podopiecznego placówki specjalnych zabezpieczeń może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno jemu samemu, jak i osobom trzecim. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko nadużyć związane z taką formą zabezpieczania mieszkańców, **KMPT 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 środka zabezpieczającego powinna podlegać regularnemu przeglądowi. Należy też

¹⁶ Zob. wystąpienie generalne RPO z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-mz-dps-niestandardowe-formy-opieki-ustawa-odpowiedz>.

¹⁷ 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.

dokumentować wszelkie urazy i obrażenia odniesione przez mieszkańca w trakcie stosowania 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.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Kontakt ze światem zewnętrznym

24. W czasie wizytacji delegacja KMPT odebrała liczne sygnały świadczące o tym, że niektórzy mieszkańcy są objęci szczególnym nadzorem osób pracujących na portierni oraz innych pracowników, którzy mają czuwać, aby nie oddalali się oni poza teren posesji DPS. Portierzy mają dysponować listą tych osób.

25. Potwierdzeniem tych sygnałów jest fragment rejestru pielęgnarskiego (zanonimizowany na potrzeby niniejszego raportu): „Pani X po śniadaniu opuściła teren DPS przez nieuwagę portiera. Pani X została zauważona przez pracownika DPS na ulicy Strzeleckiej i przywieziona do DPS przez pana Y. Pan portier sugeruje opiekunom, żeby zamykać panią w pokoju”. Przyczyną stosowanych ograniczeń ma być troska o bezpieczeństwo mieszkańców objętych nieformalnym zakazem opuszczania posesji.

26. Krajowy Mechanizm przypomina, że zgodnie z art. 55 ust. 2b-2i ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹⁸ w przypadku, gdy brak opieki zagraża życiu lub zdrowiu mieszkańca, który cierpi na zaburzenia psychiczne, osoba kierująca domem może ograniczyć mu możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki. Konieczne jest jednak uzyskanie opinii lekarza w tym zakresie. Takie zaświadczenie jest wydawane na czas określony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, i musi zostać dołączone do dokumentacji mieszkańca. O ograniczeniu musi też zostać poinformowany właściwy sąd opiekuńczy, który może tę decyzję uchylić. Tymczasem wobec żadnego z mieszkańców domu nie wydano opinii i decyzji uprawniających ograniczanie ich wychodzenia poza teren DPS.

¹⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm. (dalej jako: ustawa o pomocy społecznej).

27. KMPT niejednokrotnie zwracał uwagę na problem nieformalnego ograniczania prawa do kontaktu ze światem zewnętrznym przez placówki opiekuńcze¹⁹.

28. **KMPT zaleca ograniczanie samodzielnych wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego.**

29. Delegacja Krajowego Mechanizmu odebrała również sygnały o jeszcze dalej idących nieformalnych ograniczeniach nakładanych na mieszkańców. Część z zatrudnionych w placówce portierów ma stosować praktykę zamykania na klucz wejścia do budynku, a także bramy wjazdowej i furtki, po godzinach pracy administracji (czyli po godz. 15.00), aby ułatwić sobie pracę i ograniczyć konieczność monitorowania tego, co dzieje się poza budynkiem.

30. Pośrednim potwierdzeniem faktu, że zdarza się, iż drzwi zewnętrzne są zamykane na klucz, może być następujący fragment raportu pielęgniarzkiego: „Portier wypuścił mieszkankę, p. X, na deszcz nie zwracając uwagi, że moknie. Drzwi wejściowe były zamknięte, nie mogła dostać się do środka. Opiekunowie zauważywszy panią na dworze zabrali mieszkankę do pokoju. Przebrano p. X w suche ubrania. (Portier w tym czasie oglądał film, nie zwracając uwagi na to, co się dzieje w obiekcie oraz na zewnątrz). Zgłoszono pielęgniarce”.

31. KMPT wyraża duże zaniepokojenie faktem istnienia oraz zakresem nieformalnej władzy sprawowanej nad mieszkańcami przez portierów, o czym świadczy tak istotne i wiarygodne źródło informacji jak raporty pielęgniarzkie. Zwłaszcza wyrażona wprost sugestia, aby zamykać jedną z mieszanek w jej pokoju, jest sygnałem alarmującym i potencjalnie wskazującym, że tego typu praktyki są w placówce dopuszczalne.

32. **KMPT stanowczo rekomenduje zapewnienie, aby nie były stosowane żadne nieformalne ograniczenia związane z wychodzeniem mieszkańców z budynku, a także systematyczne przypominanie osobom zatrudnionym na portierni, że nie mogą limitować swobody przemieszczania się mieszkańców, o ile nie ma do tego podstawy prawnej²⁰.**

¹⁹ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2023 r., s. 121.

²⁰ Zob. art. 55 ust. 2b-2i ustawy o pomocy społecznej.

B. Dokumentacja, procedury i rejestry

33. Przedstawiciele KMPT odnotowali, że jednym z dokumentów standardowo przedkładanych do podpisu mieszkańcom lub ich opiekunom prawnym jest formularz ostatniej woli, przygotowany w bardzo szczególny sposób. W formularzu należy podać dane osoby, która ma się zająć pogrzebem mieszkańca, informację, kogo należy zawiadomić na wypadek śmierci, oraz informację, komu mieszkaniowiec chce przekazać należące do niego przedmioty i środki finansowe. Punkt odnoszący się do tego ostatniego zagadnienia jest sformułowany następująco:

„Moje rzeczy oraz środki finansowe proszę przekazać:

- a) rodzinie [wykropkowane miejsce do wpisania danych],
- b) znajomym [wykropkowane miejsce],
- c) pozostawić do dyspozycji Domu Pomocy Społecznej”.

34. W opinii KMPT formularz został skonstruowany w ten sposób, że pozostawienie rzeczy osobistych oraz pieniędzy domowi pomocy może się mieszkańcom wydawać ich obowiązkiem, jako że wzmianka na ten temat jest wyrażona *explicite* w dokumencie, który dodatkowo nie zawiera żadnej adnotacji typu: „Niepotrzebne skreślić” (lub na przykład: „Zaznaczyć właściwe”).

35. Formularz ostatniej woli jest obligatoryjnie podpisywany przez wszystkie nowo przyjmowane osoby, jak wynika z punktu 4 procedury postępowania dotyczącej przyjęcia nowego mieszkańca²¹ oraz z analizy dokumentacji przeprowadzonej przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu.

36. Fakt, że każda nowo przyjmowana osoba jest zmuszona rozporządzić swoim prawem (majątkiem), aby móc otrzymać opiekę – mimo że w istocie nie jest to konieczne, potrzebne ani wymagane przepisami – budzi najwyższe zaniepokojenie KMPT.

37. Wszyscy mieszkańcy, z którymi rozmawiali przedstawiciele Krajowego Mechanizmu, kategorycznie zaprzeczyli, że poświadczali swoim podpisem przekazanie czegokolwiek na rzecz placówki oraz że w jakikolwiek sposób rozdysponowali swoje środki pieniężne i przedmioty osobiste na etapie przyjęcia do domu pomocy. W opinii

²¹ Załącznikiem do tej procedury jest formularz ostatniej woli o strukturze zgodnej z opisem przedstawionym w pkt 33 niniejszego raportu.

KMPT oznacza to, że mieszkańcy z dużym prawdopodobieństwem nie mają świadomości, co w istocie podpisują.

38. KMPT zaleca odejście od praktyki odbierania formularza ostatniej woli od mieszkańców przy przyjęciu i wyeliminowanie konieczności jego wypełnienia jako warunku przyjęcia.

39. Z analizy przeprowadzonej przez Krajowy Mechanizm wynika także, że na dokumentach ubezwłasnowolnionych mieszkańców domu pomocy widnieją podpisy ich opiekunów prawnych (a nie owych mieszkańców) lub brak jakichkolwiek podpisów²².

40. KMPT przypomina, że zgodnie z art. 79 kodeksu cywilnego²³ w sytuacji, gdy złożenie podpisu przez mieszkańca jest niemożliwe ze względu na stan zdrowia lub fakt, że dana osoba nie potrafi pisać, taka osoba może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis²⁴.

41. Krajowy Mechanizm zaleca wdrożenie wobec nowo przyjmowanych mieszkańców będących osobami ubezwłasnowolnionymi lub nieumiejącymi pisać procedury zgodnej z art. 79 kodeksu cywilnego oraz przejrzanie i uzupełnienie dokumentacji placówki zgodnie z tą procedurą.

42. Mieszkańcy DPS mają możliwość przechowywania dowodu osobistego i legitymacji rencisty (emeryta) w pokoju pracowników socjalnych²⁵. Zgodę na przechowywanie tych dokumentów każda osoba podpisuje dobrowolnie – jest to jeden z kilku formularzy, które otrzymuje na etapie przyjęcia do placówki. Z rozmów przeprowadzonych przez KMPT wynika, że część osób nie zdecydowała się na oddanie dowodu do depozytu (przechowują dokumenty w swoich pokojach). Do wizytujących dotarły jednak także sygnały od osób, które twierdziły, że nie były pytane o zgodę na zdeponowanie dowodu, ale wiedzą, że znajduje się on w depozycie.

43. W opinii KMPT ta sytuacja może świadczyć o tym, że nie wszyscy mieszkańcy, podpisując formularz zgody na przekazanie dokumentu tożsamości, robią

²² Tylko na jednym z analizowanych formularzy widniał odcisk palca osoby ubezwłasnowolnionej, odrębny dopisek „brak możliwości złożenia podpisu”, a także podpis i pieczęć pracownicy socjalnej – nie było natomiast podpisu opiekuna prawnego mieszkanki, mimo że pojawia się on na wszystkich pozostałych dotyczących jej dokumentach.

²³ Dz. U. z 2024 r. poz. 1061.

²⁴ Druga możliwość przewidziana w tym samym artykule ustawy polega na tym, aby zamiast składającego oświadczenie podpisała się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis został poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa, z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.

²⁵ Kasetka, szafa i pokój, gdzie przechowuje się dowody, są zamykane na klucz.

to z pełną świadomością i w pełni dobrowolnie (tzn. wiedząc, że mogą taką zgodę wyrazić lub jej nie wyrazić). Automatycznemu podejmowaniu decyzji o przekazaniu dowodu może sprzyjać fakt, że dotyczące tego oświadczenie jest drukowane nie na osobnej kartce, ale na formularzu razem z dwoma innymi oświadczeniami²⁶. Na dole dokumentu jest zaś jedno miejsce na podpis mieszkańca²⁷.

44. Krajowy Mechanizm przypomina, że zgodnie z art. 79 pkt 2 ustawy o dowodach osobistych²⁸, kto zatrzymuje bez podstawy prawnej cudzy dowód osobisty, podlega karze ograniczenia wolności albo karze grzywny.

45. **KMPT zaleca, aby dowód osobisty pozostawał w dyspozycji mieszkańca, o ile on sam nie zdecyduje się go powierzyć administracji placówki, oraz aby był mu zwracany zawsze, gdy o to poprosi. W tym celu należy odstąpić od rutynowego załatwiania kwestii deponowania dowodów na etapie przyjęcia.**

46. **Krajowy Mechanizm rekomenduje także zrezygnowanie przez administrację z praktyki poświadczania kilku oświadczeń jednym podpisem mieszkańca na wspólnym formularzu.**

47. Placówka prowadzi rejestr zdarzeń nadzwyczajnych, jednak nie są do niego wpisywane nagłe i potencjalnie niebezpieczne sytuacje (takie jak rozcięcie łuku brwiowego lub przewiezenie mieszkańca na SOR). Są one odnotowywane jedynie w raportach pielęgniarek.

48. **KMPT zaleca skrupulatne prowadzenie rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych zgodnie z wytycznymi zawartymi w art. 55c ustawy o pomocy społecznej.**

C. Ochrona zdrowia i dokumentowanie urazów

49. Z informacji pozyskanych od pracowników DPS wynika, że w czasie przyjęcia nowego mieszkańca do placówki zawsze obecna jest pielęgniarka, która dokonuje oględzin ciała danej osoby i odnotowuje w raporcie pielęgniarskim ewentualne obrażenia, odleżyny oraz uwagi o stanie skóry. Personel pielęgniarski

²⁶ Na jednej kartce oprócz zgody na przechowywanie dowodu przez pracowników socjalnych znajduje się oświadczenie o zapoznaniu się z informacjami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz zgoda na pomoc w załatwianiu (przy udziale mieszkańca) spraw, które nie wynikają ze zwykłego zakresu obowiązków pracownika socjalnego, takich jak odpowiedzi na prywatne pisma urzędowe, formalności związane z umowami cywilnoprawnymi, gwarancjami itp.

²⁷ Po lewej stronie formularza przy każdym z oświadczeń jest pusty kwadrat – w domyśle należy oznaczyć go krzyżykiem lub zakreślić, aby potwierdzić, że złożony na dole kartki podpis mieszkańca dotyczy tego oświadczenia.

²⁸ Zob. ustawa z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych (Dz. U. z 2022 r. poz. 671).

nie wykonuje zdjęć obrażeń i nie oznacza miejsc ich występowania na specjalnych rycinach (tzw. mapach ciała).

50. KMPT pozytywnie ocenia zapewnienie przyjmowanym mieszkańcom oględzin pielęgniarских, zwraca jednak uwagę na to, że są one niewystarczające dla pełnej oceny stanu zdrowia. Nie mogą zastąpić całościowego badania lekarskiego, które powinno być przeprowadzone w ciągu pierwszych 24 godzin od przyjęcia.

51. Ponadto w ocenie KMPT dla pełnego udokumentowania urazów opisy zawarte w dokumentacji należy uzupełniać o zdjęcia obrażeń (wykonywane za zgodą osoby przyjmowanej do DPS). Należy także wdrożyć praktykę zaznaczania miejsc występowania urazów przy wykorzystaniu tzw. map ciała. Jest to zgodne z zaleceniami „Protokołu stambulskiego – podręcznika skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania”, który zawiera skuteczne i uznane międzynarodowo normy działania w tym zakresie²⁹.

52. Wstępne badanie lekarskie oraz pełne dokumentowanie ewentualnych obrażeń stwierdzonych w jego trakcie należą do minimalnych gwarancji chroniących mieszkańców przed złym traktowaniem. Taka praktyka chroni także personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały w czasie pobytu w placówce.

53. Szereg rekomendacji odnoszących się do wstępnego badania lekarskiego w miejscach detencji sformułował CPT³⁰. Natomiast na konieczność stosowania Protokołu stambulskiego wielokrotnie zwracały uwagę instytucje międzynarodowe: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)³¹, Komitet przeciwko Torturom (CAT)³², CPT³³, a także Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur³⁴.

54. KMPT zaleca zapewnienie wszystkim przyjmowanym do placówki osobom badania lekarskiego w ciągu pierwszej doby od przyjęcia.

55. Krajowy Mechanizm rekomenduje przeprowadzenie szkolenia personelu pielęgniarского z zakresu Protokołu stambulskiego, a także wdrożenie sposobu dokumentowania obrażeń zgodnego z zaleceniami

²⁹ Zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

³⁰ Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2013) 29, § 71–84.

³¹ Zob. Uwagi i zalecenia SPT przedstawione w raportach z wizyt w: Polsce CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 55; Wielkiej Brytanii CAT/OP/GBR/ROSP/1, par. 69 i 71; Portugalii CAT/OP/PRT/1, par. 34, 89, 93; Hiszpanii CAT/OP/ESP/1, par. 46, 63–64, 70; Brazylii CAT/OP/BRA/3, par. 20–22, 34, 89, 93.

³² Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpnia 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, § 27 i 28.

³³ Zob. Raporty CPT z wizyt w: Mołdawii CPT/Inf (2020) 27, § 29; Macedonii Północnej CPT/Inf (2021) 8, § 29; Portugalii CPT/Inf (2020) 33, § 71 i 72; Danii CPT/Inf (2019) 35, § 20; Gruzji CPT/Inf (2019) 16, § 80.

³⁴ Zob. Raporty Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur: z dnia 16 lipca 2021 r. A/76/168, § 22, 25, 34, 66 pkt g; z dnia 20 marca 2020 r. A/HRC/43/49, § 13, 21; z dnia 20 lipca 2018 r. A/73/207, § 77 pkt e.

Protokołu (uzupełnienie opisów o mapy ciała i w miarę możliwości zdjęcia obrażeń, wykonywane za zgodą mieszkańca domu pomocy, oraz dołączanie wszystkich tych elementów do dokumentacji medycznej osoby przyjmowanej do placówki).

56. W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT odebrali sygnały, że w czasie wydawania leków zdarza się, że personel krzyczy na osobę, która odmawia przyjęcia tabletek, a także otwiera jej na siłę usta, żeby sprawdzić, czy lek został połknięty.

57. KMPT stoi na stanowisku, że mieszkańcy odmawiający przyjęcia zleconych leków mogą być przekonywani do ich zażycia przez rozmowę, nie zaś przez zastraszanie³⁵ czy też uciekanie się pracowników domu do rozwiązań siłowych.

58. **Krajowy Mechanizm zaleca pouczenie personelu o konieczności stosowania, w razie niechęci mieszkańców wobec przyjmowania leków, wyłącznie nieinwazyjnych metod, takich jak rozmowa i przekonywanie. KMPT rekomenduje także sformułowanie zakazu podnoszenia głosu, sprawdzania, czy lek został połknięty, oraz używania innych metod naruszających godne i podmiotowe traktowanie mieszkańców. Krajowy Mechanizm zaleca także umieszczenie zasad postępowania w trakcie wydawania leków w procedurze dotyczącej opieki medycznej w DPS, jak również systematyczne przypominanie pracownikom o konieczności ich przestrzegania.**

D. Dostęp do mechanizmów skargowych

59. Placówka prowadzi rejestr skarg i wniosków. W spisie z 2023 r. widnieją trzy skargi, w 2024 r. do dnia wizytacji odnotowano dwie. Nadawcy przesyłają je do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej i Urzędu Miasta w Zielonej Górze, a z tych organów trafiają do placówki z prośbą o ustosunkowanie się. Niektóre skargi są anonimowe, inne podpisane. Do rejestru załącza się pisemne odpowiedzi na skargi, jak i – na ogół – treść samych skarg (na pięć złożonych dostępna była treść czterech).

60. **KMPT zwraca się do Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Zielonej Górze z pytaniem o to, dlaczego w rejestrze skarg nie została zamieszczona treść anonimowej skargi z dnia 10 lipca 2024 r.**

61. Krajowy Mechanizm zwraca również uwagę na to, że możliwość złożenia skargi lub wniosku powinna być dostępna także na terenie samej placówki.

³⁵ Zob. raport z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej” 2017 r., s. 110, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/raport-kmpt-prawa-mieszkancow-domow-pomocy-spoecznej>.

62. CPT podkreśla, że dostęp do mechanizmu skargowego stanowi fundamentalną gwarancję prewencji złego traktowania i tortur we wszystkich miejscach, w których przebywają osoby wbrew własnej woli. Efektywne mechanizmy skargowe mogą nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także przez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji³⁶.

63. **Krajowy Mechanizm zaleca umieszczenie – w przestrzeni nieobjętej monitoringiem, dostępnej dla wszystkich mieszkańców oraz członków ich rodzin i innych osób odwiedzających, a także dla pracowników – zamykanych na klucz skrzynek na skargi. Jeśli w placówce nie ma stref wspólnych nieobjętych monitoringiem, Krajowy Mechanizm rekomenduje wyłączenie pewnych fragmentów przestrzeni z zasięgu monitoringu i umieszczenie skrzynek właśnie tam. KMPT zaleca też wytypowanie jednego lub dwojga pracowników do odbierania skarg ze skrzynek (jako jedynych osób do tego uprawnionych).**

64. KMPT w czasie wizytacji i w powizytacyjnych raportach każdorazowo zwraca uwagę na obecność (lub brak) na terenie placówek danych kontaktowych do instytucji stojących na straży praw człowieka.

65. Obowiązek umieszczenia na terenie placówki, w widocznym miejscu na tablicy ogłoszeń, danych teleadresowych do takich instytucji i organizacji jak: Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Pacjenta, państwowy powiatowy inspektorat sanitarny, właściwy do spraw pomocy społecznej wydział urzędu wojewódzkiego, właściwy ze względu na miejsce położenia placówki ośrodek pomocy społecznej, prokuratura rejonowa oraz sąd opiekuńczy – wynika z § 6 ust. 1a rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej³⁷.

66. W pierwszym dniu wizytacji, w czasie uważnego oglądu placówki, popartego dokumentacją fotograficzną wykonaną przez wizytujących, delegacja KMPT stwierdziła brak informacji o wymienionych w poprzednim punkcie instytucjach.

67. **Wobec powyższego Krajowy Mechanizm zaleca wyeksponowanie w kilku miejscach budynku w przestrzeniach wspólnych, do których mają łatwy dostęp zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji zgodnie z § 6 ust. 1a rozporządzenia MPiPS, przygotowanych w sposób uwzględniający potrzeby osób starszych (wielkość czcionki, umieszczenie informacji na odpowiedniej wysokości).**

³⁶ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, § 68–91.

³⁷ Dz. U. z 2025 r. poz. 51.

E. Warunki bytowe

68. Przyciski instalacji przywoławczej nie zawsze znajdują się w miejscach łatwo dostępnych dla mieszkańców. W pokoju jednej z kobiet – osoby, która z powodu stanu zdrowia nie opuszcza łóżka – przycisk znajdował się całkowicie poza jej zasięgiem, na ścianie przeciwległej do tej, przy której stało łóżko. W innym pokoju tylko jedna z mieszkanki miała przy swoim łóżku przycisk i tylko ona mogła wezwać pomoc. W jednej z łazienek jej użytkownik, zapytany przez delegację KMPT o przycisk przywoławczy, szukał go przez dłuższą chwilę. Okazało się, że przycisk zamontowano pod wieszakiem, wobec czego zazwyczaj jest zasłonięty przez ręczniki i mężczyzna nie pamiętał, gdzie on się znajduje. W części pomieszczeń (na przykład w kuchniach) przycisków przywoławczych nie było w ogóle.

69. KMPT zwraca uwagę na to, że sprawnie działająca i łatwo dostępna instalacja przyzywowa może mieć ogromne znaczenie dla bezpieczeństwa i zdrowia, a nawet życia mieszkańców DPS, a także dla ich komfortu psychicznego³⁸.

70. **Krajowy Mechanizm rekomenduje zapewnienie łatwego dostępu do instalacji przyzywowej wszystkim mieszkańcom.**

71. Wizytowany DPS nie jest w pełni przystosowany do potrzeb osób w podeszłym wieku. W części łazienek znajdują się kabiny prysznicowe z wysokimi brodzikami. Z informacji pozyskanych od Dyrektora placówki wynika, że w najbliższym czasie ma dobiec końca likwidacja tradycyjnych kabin prysznicowych i zastąpienie ich łatwo dostępnymi kabinami z odpływem liniowym, z których wygodnie mogą korzystać osoby mające problemy z poruszaniem się.

72. **KMPT zwraca się do kierownictwa placówki z pytaniem o postępy prac w tym zakresie oraz planowany termin ich zakończenia.**

F. Personel

73. DPS zapewnia mieszkańcom opiekę pielęgniarzką przez całą dobę, co jest zgodne z międzynarodowymi standardami³⁹ i zaleceniami KMPT. Jednak w ocenie KMPT obsada personelu na zmianach nocnych jest zdecydowanie niewystarczająca – na obu kondygnacjach placówki pełni wówczas dyżur jedna pielęgniarka i jeden opiekun. Czuwają oni nad bezpieczeństwem i stanem zdrowia 68 mieszkańców.

³⁸ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2023 r., s. 124.

³⁹ Zob. „Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet”, par. 19 oraz raport CPT z wizyty w Czechach w 2018 r., CPT/Inf (2019) 23, § 126.

74. **KMPT rekomenduje zwiększenie obsady personelu w godzinach nocnych, tak aby dyżur pełniła pielęgniarka i minimum dwoje opiekunów.**

75. Z informacji pozyskanych od pracowników placówki wynika, że od stycznia 2023 r. do dnia wizytacji personel odbył szkolenia z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej oraz komunikacji i radzenia sobie z trudnymi sytuacjami w kontekście pracy z osobami starszymi.

76. KMPT docenia zapewnienie personelowi możliwości poszerzania kompetencji, jako że jest to elementem budowania odpowiedniej kultury organizacyjnej. Także CPT wskazuje, że ze względu na trudny charakter pracy, personel oddziałowy tego typu placówek powinien otrzymać niezbędne wsparcie, aby uniknąć wypalenia zawodowego i zachować wysokie standardy pracy⁴⁰.

77. **KMPT zaleca zapewnienie personelowi DPS systematycznie ponawianych szkoleń dotyczących obszarów istotnych ze względu na profil działalności domu pomocy – szkoleń z zakresu Protokołu stambulskiego, stosowania środków przymusu bezpośredniego, rozpoznawania symptomów przemocy wśród podopiecznych, deeskalacji konfliktu, międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka, a także przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.**

78. Pracownicy DPS nie mają możliwości skorzystania z superwizji.

79. W opinii KMPT systematyczna superwizja może być sposobem na rozładowanie napięć powstałych w związku z wykonywanymi obowiązkami, omówienie sytuacji trudnych i wypracowanie metod zaradczych.

80. **Krajowy Mechanizm rekomenduje rozważenie zapewnienia całemu personelowi placówki możliwości regularnego korzystania z superwizji prowadzonej przez zewnętrznego specjalistę w tej dziedzinie.**

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

a) Dyrektor Domu Pomocy Społecznej przy al. Juliusza Słowackiego 29 w Zielonej Górze:

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia; stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza, a także

⁴⁰ Zob. Arkusz informacyjny „Persons deprived of their liberty in social care establishments”, CPT/Inf (2020) 41, § 17 oraz Raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, § 149.

- wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
2. ograniczanie samodzielnych wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego;
 3. zapewnienie, aby nie były stosowane żadne nieformalne ograniczenia związane z wychodzeniem mieszkańców z budynku, a także systematyczne przypominanie osobom zatrudnionym na portierni, że nie mogą limitować swobody przemieszczania się mieszkańców, o ile nie ma do tego podstawy prawnej (art. 55 ust. 2b-2i ustawy o pomocy społecznej);
 4. odejście od praktyki odbierania formularza ostatniej woli od mieszkańców przy przyjęciu i wyeliminowanie konieczności jego wypełnienia jako warunku przyjęcia;
 5. wdrożenie wobec nowo przyjmowanych mieszkańców będących osobami ubezwłasnowolnionymi lub nieumiejącymi pisać procedury zgodnej z art. 79 kodeksu cywilnego oraz przejrzanie i uzupełnienie dokumentacji placówki zgodnie z tą procedurą;
 6. zapewnienie, aby dowód osobisty pozostawał w dyspozycji mieszkańca, o ile on sam nie zdecyduje się go powierzyć administracji placówki, oraz aby był mu zwracany zawsze, gdy o to poprosi; w tym celu należy odstąpić od rutynowego załatwiania kwestii deponowania dowodów na etapie przyjęcia;
 7. zrezygnowanie przez administrację z praktyki poświadczania kilku oświadczeń jednym podpisem mieszkańca na wspólnym formularzu;
 8. skrupulatne prowadzenie rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych zgodnie z art. 55c ustawy o pomocy społecznej;
 9. zapewnienie wszystkim przyjmowanym do placówki osobom badania lekarskiego w ciągu pierwszej doby od przyjęcia;
 10. przeprowadzenie szkolenia personelu pielęgniarzkiego z zakresu Protokołu stambulskiego, a także wdrożenie sposobu dokumentowania obrażeń zgodnego z zaleceniami Protokołu (uzupełnienie opisów o mapy ciała i w miarę możliwości zdjęcia obrażeń, wykonywane za zgodą mieszkańca domu pomocy, oraz dołączanie wszystkich tych elementów do dokumentacji medycznej osoby przyjmowanej do placówki);
 11. pouczenie personelu o konieczności stosowania, w razie niechęci mieszkańców wobec przyjmowania leków, wyłącznie nieinwazyjnych metod,

- takich jak rozmowa i przekonywanie; sformułowanie zakazu podnoszenia głosu, siłowego sprawdzania, czy lek został połknięty, oraz używania innych metod naruszających godne i podmiotowe traktowanie mieszkańców; umieszczenie zasad postępowania w trakcie wydawania leków w procedurze dotyczącej opieki medycznej w DPS, jak również systematyczne przypominanie pracownikom o konieczności ich przestrzegania;
12. umieszczenie – w przestrzeni nieobjętej monitoringiem, dostępnej dla wszystkich mieszkańców oraz członków ich rodzin i innych osób odwiedzających, a także dla pracowników – zamykanych na klucz skrzynek na skargi; jeśli w placówce nie ma stref wspólnych nieobjętych monitoringiem – wyłączenie pewnych fragmentów przestrzeni z zasięgu monitoringu i umieszczenie skrzynek właśnie tam;
 13. wytypowanie jednego lub dwojga pracowników do odbierania skarg ze skrzynek (jako jedynych osób do tego uprawnionych);
 14. wyeksponowanie w kilku miejscach budynku w przestrzeniach wspólnych, do których mają łatwy dostęp zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych do instytucji zgodnie z § 6 ust. 1a rozporządzenia MPiPS, przygotowanych w sposób uwzględniający potrzeby osób starszych (wielkość czcionki, umieszczenie informacji na odpowiedniej wysokości);
 15. zapewnienie łatwego dostępu do instalacji przyzywowej wszystkim mieszkańcom;
 16. zwiększenie obsady personelu w godzinach nocnych, tak aby dyżur pełniła wówczas pielęgniarka i minimum dwoje opiekunów;
 17. zapewnienie personelowi DPS systematycznie ponawianych szkoleń dotyczących obszarów istotnych ze względu na profil działalności domu pomocy – szkoleń z zakresu Protokołu stambulskiego, stosowania środków przymusu bezpośredniego w DPS, rozpoznawania symptomów przemocy wśród podopiecznych, deeskalacji konfliktu, międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka, a także przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu;
 18. rozważenie zapewnienia całemu personelowi placówki możliwości regularnego korzystania z superwizji prowadzonej przez zewnętrznego specjalistę w tej dziedzinie.

b) Urzędowi Miasta Zielona Góra:

Udzielenie Dyrektor Domu Pomocy Społecznej przy al. J. Słowackiego 29 wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

Ponadto, na podstawie art. 20 OPCAT, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Dyrektor Domu Pomocy Społecznej przy al. J. Słowackiego 29 w Zielonej Górze o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w pkt 60 i 72 niniejszego raportu.

Opracowała: Anna Grabowska

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/