



Warszawa, 25-06-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.573.4.2025.AG

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
placówki całodobowej opieki – Domu Opieki „Spełnione Marzenie” w Łodzi**

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 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 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 Roczno 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 4–6 marca 2025 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację placówki całodobowej opieki – Domu Opieki „Spełnione Marzenie” przy ul. Lublinek 37 w Łodzi (dalej jako: PCO, placówka, dom opieki). Jej celem było sprawdzenie sposobu traktowania i warunków pobytu mieszkańców, by 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 wchodził: Paweł Borkowski (prawnik) i Anna Grabowska (socjolożka).

11. W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT przeprowadzili wstępną rozmowę z właścicielką placówki Haliną Rusek, dokonali oglądu pomieszczeń i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z mieszkankami oraz personelem, zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją oraz wykonali dokumentację fotograficzną wybranych pomieszczeń. Po zakończeniu wizytacji dokonano analizy dokumentacji oraz informacji pisemnych przekazanych przez PCO.

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

III. Charakterystyka placówki

13. Placówka przeznaczona jest dla 12 osób z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorych lub w podeszłym wieku. W czasie wizytacji przebywało w niej 12 kobiet. Żadna z nich nie była osobą ubezwłasnowolnioną.

IV. Problemy systemowe

14. **[Zasady przyjęć]** Umowa na sprawowanie opieki jest zawierana między właścicielką a opiekunem działającym w imieniu i na rzecz pensjonariuszki. W przeanalizowanych umowach brak było podpisów pensjonariuszek.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

15. KMPT podkreśla, że podmioty działające w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są w żaden sposób legitymowane do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia jej w placówce całodobowej opieki, nawet jeśli osoba taka jest w złym stanie psychofizycznym i sama nie jest w stanie złożyć podpisu pod umową o świadczenie usług lub pod oświadczeniem woli pobytu. Brak odpowiednich rozwiązań rodzi sytuację, w której umowę podpisuje opiekun faktyczny, nieposiadający upoważnienia do podpisania jej w imieniu mieszkańca. Brak podpisu strony pod umową dekompletuje jej elementy konieczne (do których w przypadku umów pisemnych należy podpis – art. 78 § 1 Kodeksu cywilnego)¹³. To zaś prowadzi do braku podstawy do umieszczenia mieszkańca w domu opieki.

16. KMPT zwraca uwagę, że osobom, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem, należy umożliwić złożenie tuszowego odcisku palca¹⁴.

17. Rzecznik Praw Obywatelskich wystosował w opisywanej sprawie wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹⁵. Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji między MRiPS i Ministerstwem Sprawiedliwości¹⁶. Sprawa nadal pozostaje w obszarze zainteresowania RPO.

18. **[Niestandardowe formy zabezpieczeń]** Delegacja ustaliła, że wobec niektórych mieszanek stosuje się w porze nocnej kombinezony zapinane z tyłu (tzw. pajace), które mają je chronić przed zabrudzeniem ekskrementami. Poza tym łóżka części pensjonariuszek były wyposażone w wysuwane bariery utrudniające wychodzenie lub zastawiane krzesłami albo kanapą, co ma utrudnić im samodzielne opuszczanie posłania nocą. Dodatkowo delegacja stwierdziła przypinanie jednej z mieszanek do fotela pasem. Sytuacje te obrazują istnienie problemu stosowania przez personel metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki.

¹³ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2024 r. poz. 1061).

¹⁴ Zgodnie z art. 79 kodeksu cywilnego: „Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać”.

¹⁵ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022.

¹⁶ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25 lutego 2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP.

19. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego RPO do Ministra Zdrowia¹⁷, w którym Rzecznik apelował o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym. Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)¹⁸.

20. W opinii KMPT zastosowanie wobec pensjonariuszek specjalnych zabezpieczeń może być czasami nieuniknione – w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno im samym, jak i osobom trzecim – należy jednak dążyć do zminimalizowania ryzyka nadużyć.

21. **Mając na uwadze powyższe, KMPT zaleca:**

1) Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkankami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia. W procedurze takiej należy w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkanką, 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 pensjonariuszki 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 i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.

2) Stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza.

Lekarz po zbadaniu mieszkanki i indywidualnej ocenie stanu zdrowia oraz ryzyka powinien odnotować w jej dokumentacji medycznej potrzebę zastosowania środka, czas i okoliczności jego stosowania, ewentualne przeciwwskazania i inne uwagi istotne dla zapewnienia właściwej opieki. Potrzeba dalszego stosowania zabezpieczeń powinna podlegać regularnemu przeglądowi. Należy też dokumentować wszelkie urazy i obrażenia odniesione przez pensjonariuszkę w trakcie stosowania niestandardowych form zabezpieczeń (np. obtarcia, skaleczenia, upadki itp.).

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

¹⁷ Zob. wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022, dostępne na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-mz-dps-niestandardowe-formy-opieki-ustawa-odpowiedz>.

¹⁸ Zob. Raporty CPT z wizyt: we Francji, CPT/Inf (2017) 7, par. 174; w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, par. 80; w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, par. 160.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Kontakt ze światem zewnętrznym

22. Pensjonariuszki nie miały możliwości samodzielnego opuszczania terenu PCO, mimo że wobec żadnej z nich nie wydano opinii i decyzji uprawniających ograniczanie wychodzenia poza teren placówki. Taka praktyka jest pozbawiona podstaw prawnych.

23. Krajowy Mechanizm przypomina, że zgodnie z art. 68 ust. 2a-2f ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹⁹ w przypadku, gdy brak opieki zagraża życiu lub zdrowiu mieszkańca będącego osobą z zaburzeniami psychicznymi, 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 pensjonariusza. O ograniczeniu musi również zostać poinformowany właściwy sąd opiekuńczy, który może tę decyzję uchylić.

24. KMPT niejednokrotnie zwracał uwagę na problem nieformalnego ograniczania prawa do kontaktu ze światem zewnętrznym przez placówki opiekuńcze²⁰.

25. **Krajowy Mechanizm zaleca ograniczanie samodzielnych wyjść mieszkanek jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego.**

B. Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń

26. Nowo przyjmowane mieszkanki są poddawane badaniu przez lekarza w ciągu 2–3 dni od momentu przyjęcia. Ewentualne obrażenia i odleżyny są opisywane w raportach pielęgniarских, dodatkowo personel wykonuje ich zdjęcia i przesyła je rodzinie lub lekarzowi (nie są one jednak archiwizowane w dokumentacji medycznej mieszanek). W placówce nie stosuje się formularzy do oznaczania miejsc występowania obrażeń zawierających obrysy sylwetki człowieka (tzw. map ciała).

27. KMPT podkreśla, że niezależna badanie lekarskie przeprowadzone w warunkach poufności, jak najszybciej po przyjęciu do placówki, a także właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania są uważane za minimalną gwarancję chroniącą przed złym traktowaniem i przemocą w miejscach pozbawienia wolności. Natomiast z punktu widzenia personelu domu opieki praktyka ta chroni

¹⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 (dalej jako: ustawa o pomocy społecznej, u.p.s.).

²⁰ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., s. 111.

przed ewentualnymi fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce.

28. Profesjonalnym, skutecznym i uznanym międzynarodowo narzędziem służącym do identyfikacji osób pokrzywdzonych przemocą (w tym torturami), jest Protokół stambulski²¹. Zawiera on zarówno wskazówki pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba doświadczyła złego traktowania lub tortur, jak i wytyczne co do dokumentowania takich przypadków. Wskazuje także na konieczność oznaczania miejsc odleżyn i innych obrażeń na mapach ciała, co niezmiennie od lat postuluje w swoich wystąpieniach również Rzecznik Praw Obywatelskich²².

29. Na potrzebę stosowania Protokołu stambulskiego wielokrotnie zwracali uwagę instytucje międzynarodowe: SPT²³, Komitet ONZ przeciwko Torturom (CAT)²⁴, CPT²⁵, a także Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur²⁶.

30. **Krajowy Mechanizm rekomenduje dokumentowanie obrażeń mieszkanek za pomocą specjalnego formularza zawierającego mapy ciała oraz włączanie go wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą pensjonariuszki) do dokumentacji medycznej danej osoby.**

31. W trakcie wizytacji pracownicy KMPT byli mimowolnymi świadkami konsultacji lekarskiej dwóch mieszkanek, która miała miejsce w gabinecie właścicielki, będącym częścią otwartej i ogólnodostępnej strefy dziennej. Z rozmów przeprowadzonych w placówce wynika, że badania zawsze odbywają się w taki sposób – w zasięgu wzroku i słuchu personelu i pensjonariuszek, a także w obecności właścicielki PCO.

32. KMPT podkreśla, że tego rodzaju publiczne przeprowadzanie konsultacji medycznych prowadzi do naruszeń tajemnicy lekarskiej, uniemożliwia osobie badanej

²¹ Zob. „Protokół stambulski. Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania lub karania”. Zaktualizowana wersja podręcznika w języku polskim jest dostępna na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

²² Zob. wystąpienie generalne RPO do Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 marca 2025 r., dostępne na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-dokumentowanie-obrazen-osadzonych-ms-ponowne>.

²³ 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.

²⁴ Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpnia 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27 i 28.

²⁵ Zob. Raporty CPT z wizyt w: Mołdawii, CPT/Inf (2020) 27, par. 29; Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, par. 29; Portugalii, CPT/Inf (2020) 33, par. 71 i 72; Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20; Gruzji, CPT/Inf (2019) 16, par. 80.

²⁶ Zob. Raporty Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur: z dnia 16 lipca 2021 r. A/76/168, par. 22, 25, 34, 66 pkt g; z dnia 20 marca 2020 r. A/HRC/43/49, par. 13, 21; z dnia 20 lipca 2018 r. A/73/207, par. 77 pkt e.

swobodną rozmowę z lekarzem (która może dotyczyć intymnych lub wstydlivych tematów), a nade wszystko utrudnia przekazanie pracownikowi medycznemu informacji o niewłaściwym traktowaniu, w razie gdyby zachodziła taka potrzeba. W konsekwencji badanie medyczne traci swoją istotną funkcję – gwarancji antytorturowej, co ma znaczenie tym większe, że osoby przebywające w placówkach opiekuńczych mają z reguły ograniczoną możliwość bezpośredniego kontaktu z osobami spoza tych instytucji.

33. Na konieczność zapewnienia poufności badań medycznych zwracali Polsce uwagę międzynarodowe organizacje zajmujące się prewencją tortur i innych form niewłaściwego traktowania – CAT²⁷, SPT²⁸ oraz CPT²⁹.

34. **Krajowy Mechanizm zaleca przeprowadzanie konsultacji medycznych w warunkach poufności.**

35. Zapoznając się z dokumentacją dostępną w placówce, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu natknęli się m.in. na kartę wizyty z konsultacji psychiatrycznej oraz wyniki badań mieszkanki. Segregatory zawierające te informacje były de facto dostępne dla wszystkich – przechowywano je na półce w gabinecie dyrektorki będącym częścią otwartej wspólnej przestrzeni.

36. KMPT przypomina, że informacje o stanie zdrowia są danymi wrażliwymi, a dostęp do nich powinny mieć wyłącznie uprawnione do tego osoby³⁰.

37. W swoim raporcie powizytacyjnym CPT zalecił polskim władzom zapewnienie, aby informacje dotyczące stanu zdrowia osób pozbawionych wolności były przechowywane w sposób zapewniający poufność danych medycznych³¹ (rekomendacja Komitetu odnosi się do obywateli zatrzymanych przez Policję, ale na zasadzie analogii można ją zastosować do sytuacji wszystkich osób w detencji).

38. **KMPT zaleca przechowywanie dokumentacji medycznej w sposób chroniący ją przed dostępem osób nieupoważnionych.**

39. W placówce występuje praktyka kruszenia leków (mimo braku odpowiednich zaleceń lekarskich) w przypadku podopiecznych, które odmawiają połykania ich w całości. Rozkruszone leki podawane są pacjentkom bez ich wiedzy.

²⁷ Zob. Uwagi końcowe Komitetu Przeciwko Torturom dotyczące siódmego raportu okresowego Polski, CAT/C/ POL/CO/7, par. 16, pkt e.

²⁸ Zob. Raport SPT z wizyty w Polsce w 2018 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 53 i 55.

²⁹ Zob. Raporty CPT z wizyt w Polsce w 2022 r., CPT/Inf (2022) 56, par. 17, w 2019 r., CPT/Inf (2020) 31, par. 24 oraz w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 27.

³⁰ Zob. art. 24 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

³¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2019 r., CPT/Inf (2020) 31, par. 24.

40. Krajowy Mechanizm od lat podczas swoich wizytacji stwierdza występowanie praktyki rozkruszania leków przed ich podaniem. Szczegółowe argumenty przemawiające za podawaniem leku w formie rozkruszonej jedynie na zlecenie lekarza oraz za właściwym dokumentowaniem tego faktu zostały przedstawione w raporcie rocznym KMPT³².

41. **Krajowy Mechanizm rekomenduje odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków bez wiedzy pensjonariuszek, a także każdorazowe konsultowanie z lekarzem potrzeby podawania medykamentów w postaci rozkruszonej oraz bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej o odpowiednie zalecenia lekarskie.**

C. Warunki materialne

42. Delegacja KMPT stwierdziła, że placówka pod względem warunków bytowych nie spełnia szeregu wymagań określonych w ustawie o pomocy społecznej. Jedna z sypialni (przeznaczona dla trzech osób) ma powierzchnię 12,6 m², mimo że zgodnie z ustawą³³ jej metraż powinien być nie mniejszy niż 18 m². Także wyposażenie pokoi mieszkalnych nie spełnia warunków zawartych w przepisach³⁴ – w wielu sypialniach brakuje stołów, krzeseł i szaf, mieszkanki przechowują swoje rzeczy w torbach ustawionych przy łóżkach. Dwie łazienki nie są wyposażone w uchwyty przy umywalkach³⁵. Szafki nocne znajdujące się przy łóżkach są bardzo niskie – aby móc z nich skorzystać, należy pochylić się lub przykucnąć. Dodatkowo na budynku nie zamieszczono tablicy informacyjnej zawierającej informację o rodzaju posiadanego zezwolenia oraz numer wpisu do rejestru PCO³⁶.

43. **Krajowy Mechanizm zaleca pilne dostosowanie warunków bytowych w placówce do wymagań określonych w ustawie o pomocy społecznej.**

44. Pomieszczenia mieszkalne i łazienki nie są wyposażone w instalację alarmowo-przyzywową umożliwiającą wezwanie pomocy.

45. KMPT zwraca uwagę, że łatwy dostęp do tej instalacji może mieć decydujące znaczenie w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia mieszanek.

46. **Krajowy Mechanizm zaleca wyposażenie placówki w instalację alarmowo-przyzywową.**

³² Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., s. 104.

³³ Zob. art. 68 ust. 4 pkt 3 lit. b u.p.s.

³⁴ Zob. art. 68 ust. 4 pkt 3 lit. c u.p.s.

³⁵ Zob. art. 68 ust. 5 pkt 3 u.p.s.

³⁶ Zob. art. 68a pkt 2 u.p.s.

D. Dostęp do mechanizmów skargowych

47. W wizytowanym PCO nie ma tablicy informacyjnej z danymi teleadresowymi instytucji kontrolnych oraz organów stojących na straży praw człowieka (wymóg umieszczenia takiej tablicy w widocznym miejscu określa art. 68a ust. 3 lit. e u.p.s.). Mieszkanki nie mają także możliwości anonimowego złożenia skargi w obrębie placówki.

48. 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 relacji³⁷.

49. **Krajowy Mechanizm zaleca umieszczenie na terenie PCO informacji o organach skargowych i kontrolnych wymaganych w art. 68a ust. 3 lit. e u.p.s., jak również zamykanych na klucz skrzynek na skargi oraz wytypowanie jednego lub dwojga pracowników do odbierania skarg ze skrzynek (jako jedynych osób do tego uprawnionych).**

E. Dokumentacja

50. Dom opieki nie prowadzi rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych z udziałem przebywających w nim osób. Jednocześnie zarówno w raportach pielęgniarских, jak i w wypowiedziach mieszanek pojawiały się sygnały wskazujące na występowanie takich zdarzeń. W raportach pielęgniarских delegacja Krajowego Mechanizmu odnalazła m.in. wpisy: „W ostatnim okresie pacjentka miała wiele upadków, które jak dla mnie powinny być skonsultowane z lekarzem neurologiem”, „Pani X wczoraj osunęła się w patio z fotela. Personel nie był w stanie podnieść jej z ziemi. Poproszono o pomoc zaprzyjaźnioną rodzinę z placówki. Po trzech godzinach panowie pomogli podnieść i przenieść panią X do pokoju. Żadnych obrażeń pani X nie doznała, jednak gabaryty i waga uniemożliwiły podniesienie jej przez personel”.

51. KMPT przypomina, że prowadzenie wymienionego rejestru jest obowiązkiem PCO wynikającym z art. 68aa u.p.s.

52. **Krajowy Mechanizm zaleca założenie i skrupulatne prowadzenie rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych.**

53. Z informacji uzyskanych od właścicielki PCO wynika, że w placówce brak także ewidencji przypadków stosowania przymusu bezpośredniego. Krajowy

³⁷ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68–91.

Mechanizm przypomina więc, że zgodnie z art. 68a ust. 1 lit. d u.p.s. istnieje obowiązek prowadzenia takiej ewidencji.

54. **KMPT zaleca założenie i skrupulatne prowadzenie ewidencji przypadków stosowania na terenie PCO przymusu bezpośredniego.**

F. Traktowanie

55. W czasie wizytacji właścicielka domu opieki kilkakrotnie podkreślała, że łączy ją z mieszkankami bliskie, niemal rodzinne więzi (także pensjonariuszki, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMPT, pozytywnie oceniały swoje relacje z nią). Jednocześnie mówiąc o najstarszych mieszkankach lub zwracając się do nich, właścicielka wielokrotnie używała specyficznego słownictwa, np.: „Laleczki moje”, „Dzieciaki moje”, „Chodź laleczko, moja córeczko”, „Chodź, mała, chodź”, „Dostały jabłuszko, dostały ciumciu-mumciu i już”.

56. W opinii KMPT tego typu protekcyjne wypowiedzi mogą deprecjonować osoby starsze i stawiać je w pozycji nie równorzędnych, lecz podrzędnych (zależnych, słabszych) uczestników komunikacji. Są przejawem tzw. dziadurzenia³⁸. Jest to sposób komunikowania się osób młodszych wiekiem z osobami starszymi polegający na stosowaniu uproszczonego języka, licznych zdrobnień, poufalitych zwrotów wobec osób obcych, rezygnacji z formy „pan, pani” i upodobnienia komunikatów do wypowiedzi adresowanych do dzieci.

57. KMPT nie ma podstaw, aby kwestionować dobre intencje właścicielki placówki oraz jej osobiste zaangażowanie w zapewnienie pensjonariuszkom jak najlepszych warunków i w budowanie dobrych relacji. Zwraca jednak uwagę na to, że tego typu traktowanie może naruszać godność i poczucie własnej wartości osób starszych – niezależnie od tego, czy dają temu w jakiś sposób wyraz, czy też nie.

58. Eksperti podkreślają, że dziadurzenie może być formą przemocy psychicznej wobec osób starszych³⁹.

59. **KMPT zaleca przestrzeganie zasady zwracania się do mieszanek z szacunkiem oraz nieużywanie określeń wymienionych w pkt 55 raportu lub im podobnych.**

³⁸ „Dziadurzenie” to polski odpowiednik pojęcia *elderspeaking*. Określenie zostało wyłonione w wyniku konkursu ogłoszonego przez Rzecznika Praw Obywatelskich w 2020 r.,

zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/konkurs-na-odpowiednik-slowa-elderspeak-rozstrzygniecie>.

³⁹ Zob. Raport „Zjawisko dziadurzenia z perspektywy osób starszych. Komunikacja protekcyjna” Danuty Parlak dostępny na stronie: <https://www.4czerwca.org/download/Raport-Zjawisko-dziadurzenia-z-perpektywy-osob-starszych-2024-1712754235.pdf>; zob. też: podsumowanie konferencji „Przemoc wobec osób starszych” zorganizowanej w Biurze RPO w dniu 15 marca 2024 r., <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/konferencja-przemoc-wobec-osob-starszych-relacja>.

G. Personel

60. Z informacji pozyskanych przez KMPT wynika, że nocą jest w placówce dostępna tylko jedna osoba z personelu. W opinii Krajowego Mechanizmu może się to przełożyć na obniżenie jakości opieki nad mieszkankami. Niewystarczająca obsada nocnych dyżurów skutkuje także regularnym stosowaniem niestandardowych form zabezpieczeń (zob. pkt 18 raportu).

61. **KMPT zaleca zwiększenie obsady personelu w godzinach nocnych.**

62. Od stycznia 2024 r. do dnia wizytacji personel PCO odbył szkolenia z zakresu pracy z trudnym pacjentem, pierwszej pomocy oraz postępowania przy odleżynach i chorobach skóry. Pracownikom nie zaproponowano natomiast szkolenia z Protokołu stambulskiego.

63. **KMPT zaleca przeprowadzenie szkolenia personelu z zakresu Protokołu stambulskiego.**

64. CPT wskazuje, że ze względu na trudny charakter pracy personel oddziałowy placówek opiekuńczych powinien otrzymać niezbędne wsparcie i doradztwo, aby móc uniknąć wypalenia zawodowego i zachować wysokie standardy pracy⁴⁰.

65. **KMPT zaleca zapewnienie personelowi systematycznie ponawianych szkoleń dotyczących obszarów istotnych ze względu na profil działalności domu opieki (w szczególności rozpoznawanie symptomów przemocy wśród pensjonariuszek, deeskalacja konfliktu, międzynarodowe standardy ochrony praw człowieka, a także przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu).**

66. Pracownicy PCO nie mają możliwości skorzystania z superwizji.

67. Systematyczna superwizja może być sposobem na rozładowanie napięć powstałych w związku z wykonywanymi obowiązkami, szansą na omówienie sytuacji trudnych i wypracowanie metod zaradczych.

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

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

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca Właściciele placówki całodobowej opieki – Domu Opieki „Spełnione Marzenie” w Łodzi:

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkankami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia, jak również stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza oraz wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkanek tylko produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
2. ograniczanie samodzielnych wyjść mieszkanek jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego;
3. dokumentowanie obrażeń mieszkanek za pomocą specjalnego formularza zawierającego mapy ciała oraz włączanie go wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą pensjonariuszki) do dokumentacji medycznej danej osoby;
4. przeprowadzanie konsultacji medycznych w warunkach poufności;
5. przechowywanie dokumentacji medycznej w sposób chroniący ją przed dostępem osób nieupoważnionych;
6. odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków bez wiedzy pensjonariuszek, a także każdorazowe konsultowanie z lekarzem potrzeby podawania medykamentów w postaci rozkruszonej oraz bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej o odpowiednie zalecenia lekarskie;
7. pilne dostosowanie warunków bytowych w placówce do wymagań określonych w ustawie o pomocy społecznej;
8. wyposażenie placówki w instalację alarmowo-przyzywową;
9. umieszczenie na terenie PCO informacji o organach skargowych i kontrolnych wymaganych w art. 68a ust. 3 lit. e u.p.s., jak również zamykanych na klucz skrzynek na skargi oraz wytypowanie jednego lub dwojga pracowników do odbierania skarg ze skrzynek (jako jedynych osób do tego uprawnionych);
10. założenie i skrupulatne prowadzenie rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych;

- 11.założenie i skrupulatne prowadzenie ewidencji przypadków stosowania na terenie PCO przymusu bezpośredniego;
- 12.przestrzeganie zasady zwracania się do mieszkanek z szacunkiem oraz nieużywanie określeń wymienionych w pkt 55 raportu lub im podobnych;
- 13.zwiększenie obsady personelu placówki w godzinach nocnych;
- 14.przeprowadzenie szkolenia personelu z zakresu Protokołu stambulskiego;
- 15.zapewnienie personelowi systematycznie ponawianych szkoleń dotyczących obszarów istotnych ze względu na profil działalności domu opieki (rozpoznawanie symptomów przemocy wśród pensjonariuszek, deeskalacja konfliktu, międzynarodowe standardy ochrony praw człowieka, a także przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu);
- 16.rozważenie zapewnienia personelowi placówki możliwości regularnego korzystania z superwizji prowadzonej przez zewnętrznego specjalistę w tej dziedzinie.

Opracowała: Anna Grabowska

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska
Zastępczyni Dyrektora Zespołu
/-podpisano elektronicznie/