



Warszawa, 11-08-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.573.8.2025.KB

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji placówki całodobowej opieki –
Prywatny Dom Opieki „Stefania” w Katowicach**

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

1. Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)¹.

2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)² i krajowe mechanizmy prewencji. W Polsce funkcję krajowego mechanizmu prewencji wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą funkcjonującego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)³.

3. KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa-strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. Z kolei

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) dalej jako: ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

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

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 – 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.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

II. Wprowadzenie

9. W dniach 15–17 kwietnia 2025 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację placówki całodobowej opieki – Prywatny Dom Opieki „Stefania” w Katowicach przy ul. Świętego Huberta 1 (dalej: PCO, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodził: Karina Balicka i Aleksandra Nowicka (kryminolodzy, specjaliści ds. bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz Marcin Imszenik (prawnik).

11. Przedstawiciele KMPT na początku swojej wizyty odnotowali utrudnienia w realizacji mandatu KMPT. Po przybyciu na miejsce wizytujący zostali poinformowani o nieobecności Dyrektorki placówki i braku możliwości rozpoczęcia czynności pod jej nieobecność. Przedstawiciele KMPT podczas rozmowy telefonicznej z Dyrektorką placówki podali podstawy prawne swojej działalności, wyjaśnili sposób, w jaki będzie przeprowadzana wizytacja, zobowiązali się do okazania stosownych upoważnień oraz legitymacji służbowych wyznaczonej osobie z personelu. Z opóźnieniem 40 minut przedstawiciele KMPT weszli na teren placówki i rozpoczęli jej ogląd. W późniejszym czasie na miejsce przybyła Dyrektorka placówki oraz jej syn. Pomimo udzielonej zgody na wejście przedstawicieli KMPT na teren placówki podczas rozmowy telefonicznej przez Dyrektorkę jej syn chciał wyprosić wizytujących z placówki oraz nagrywać wykonywane przez nich czynności. **Takie sytuacje nie powinny mieć miejsca.** Krajowy Mechanizm, działając na podstawie OPCAT, ma prawo do nieograniczonego dostępu do wszystkich miejsc pozbawienia wolności oraz miejsc, gdzie mogą przebywać osoby ubezwłasnowolnione. Dostęp ten powinien być zapewniony niezwłocznie, niezależnie od obecności na miejscu osoby kierującej placówką, i nieutrudniany, np. przez nagrywanie przebiegu czynności za pomocą urządzeń elektronicznych.

12. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z Dyrektorką placówki Niną Kromą, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z mieszkańcami i personelem. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi Dyrektorce placówki w czasie rozmowy podsumowującej.

13. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanych informacji pisemnych oraz dokumentacji.

14. Niniejszy raport sygnalizuje problem systemowy, wymagający zmiany obowiązującego prawa (pkt IV), oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt V).

III. Charakterystyka placówki

15. Placówka działa na podstawie decyzji Wojewody Śląskiego¹³, zezwalającej na prowadzenie działalności gospodarczej na czas nieokreślony w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku. Placówka wpisana jest do Rejestru prowadzonego przez Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach pod pozycją 30¹⁴. Powyższe informacje znajdują się na tablicach informacyjnych na zewnątrz i wewnątrz budynku.

16. Placówka przeznaczona jest dla 36 osób, kobiet i mężczyzn. W czasie wizytacji przebywało w niej 18 osób (17 kobiet i 1 mężczyzna), nie odnotowano pobytu osób ubezwłasnowolnionych.

17. Podczas trwania wizytacji przedstawiciele KMPT uzyskali informację, że Dyrektorka placówki planuje przenieść lokalizację placówki w inne miejsce.

18. **W związku z powyższym KMPT zwraca się z pytaniem, czy placówka została przeniesiona do nowej lokalizacji, a jeżeli tak – kiedy nastąpiła zmiana oraz co stało się z mieszkańcami przebywającymi w placówce podczas wizytacji.**

IV. Problem systemowy: niestandardowe formy zabezpieczania mieszkańców

19. Wizytujący uzyskali informację, że w przeszłości niektórym osobom przebywającym w placówce były zakładane na noc specjalne stroje, tzw. pajace. Dodatkowo podczas oglądu wizytujący zauważyli, że jedna z mieszanek poruszająca się na wózku była stabilizowana i zabezpieczona przed upadkiem za pomocą szalika.

20. O stosowaniu niestandardowych form zabezpieczenia nie decydował lekarz, nie było ono w żaden sposób odnotowywane w dokumentacji medycznej. Kierownictwo placówki nie opracowało także formalnych, pisemnych wytycznych w tym zakresie.

21. Nieatestowane pasy stabilizacyjne, szelki, apaszki, bandaże lub inne przedmioty, które mają utrudnić lub uniemożliwić mieszkańcom zsunięcie się z łóżka lub wózka, formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale ingerują w wolność jednostki, a tym samym mogą zwiększać ryzyko nadużyć w stosunku do mieszkańców. Stosowanie tego rodzaju zabezpieczeń powinno być przewidziane na poziomie ustawowym i zawierać gwarancje o charakterze proceduralnym i materialnym¹⁵.

¹³ Numer PSII.9423.28.2013 z 24 grudnia 2013 r.

¹⁴ Zob. www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-rodziny-i-polityki-spoecznej/wykazy-i-rejestry.

¹⁵ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2022 r., s. 112; zob. także: Wystąpienie generalne RPO z 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

22. **W przypadku konieczności zastosowania niestandardowych form zabezpieczeń ze względu na zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcomi KMPT zaleca:**

a. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia;

b. stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza;

c. wykorzystywanie do zabezpieczania mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Traktowanie

23. W czasie wizytacji właścicielka domu opieki kilkakrotnie podkreślała, że łączy ją z mieszkańcami bliskie, niemal rodzinne więzi. Przedstawiciele KMPT nie odebrali sygnałów o niewłaściwym traktowaniu mieszkańców przez personel placówki. Wizytujący słyszeli jednak, jak Pani Dyrektor, mówiąc o najstarszych pensjonariuszach, używała zwrotu „dziadki” lub zwracała się do jednego z mieszkańców, zdrabniając jego imię oraz używając sposobu komunikacji stosowanego w kontaktach osób dorosłych z dziećmi.

24. W opinii KMPT tego typu wypowiedzi mogą deprecjonować osoby starsze i stawiać je w pozycji nierównorzędnych, lecz podrzędnych (zależnych, słabszych) uczestników komunikacji. Są przejawem tzw. dziadurzenia¹⁶. Jest to sposób komunikowania się osób młodszych wiekiem z osobami starszymi polegający na stosowaniu uproszczonego języka, licznych zdrobnień, poufałych zwrotów wobec osób obcych, rezygnacji z formy „pan, pani” i wdrożeniu stylu typowego dla rozmów dorosłych z dziećmi.

25. KMPT nie ma podstaw, aby kwestionować dobre intencje właścicielki placówki oraz jej osobiste zaangażowanie w zapewnienie mieszkańcom 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.

26. Ekspertki podkreślają, że dziadurzenie może być formą przemocy psychicznej wobec osób starszych¹⁷.

¹⁶ „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>.

¹⁷ Zob. Raport „Zjawisko dziadurzenia z perspektywy osób starszych. Komunikacja protekcyjna” Danuty Parlak dostępny na stronie: <https://www.4czerwca.org/download/Raport-Zjawisko->

27. **KMPT zaleca przestrzeganie zasady zwracania się do mieszkańców z szacunkiem i z zachowaniem form grzecznościowych.**

28. Podczas oglądu placówki przedstawiciele zauważyli również, że jedna pensjonariuszka spędzała czas w towarzystwie innych mieszkańców w niekompletnej odzieży. Miała na sobie jedynie koszulkę oraz pieluchomajtki bez spodni, co mogło powodować dyskomfort i poczucie braku prywatności.

29. **Krajowy Mechanizm zaleca, aby wszyscy pensjonariusze korzystający z pieluchomajtek byli również ubierani w dolne części garderoby.**

30. W trakcie wizytacji ustalono, że w placówce w stosunku do niektórych mieszkańców czynności higieniczne odbywają się między innymi przez kąpiele przyłóżkowe. Często czynność ta odbywa się w obecności współlokatorów, zaś osoba myta nie jest osłonięta parawanem. Taka praktyka narusza intymność mieszkańca oraz może powodować u niego poczucie wstydu i poniżenia.

31. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹⁸ określa w art. 68 ust. 2 standardy świadczenia usług wobec osoby przebywającej w placówce, z uwzględnieniem jej prawa do godności, intymności oraz poczucia bezpieczeństwa.

32. **W związku z powyższym KMPT zaleca stosowanie parawanów podczas wykonywania przyłóżkowych czynności higienicznych.**

33. Delegacja KMPT podczas wizytacji dokonała również oglądu pomieszczeń, w których kąpani są mieszkańcy. Pomimo dużych okien wychodzących na ulice, w jednym z okien brakowało naklejki maskującej bądź żaluzji, która zapewniałaby pensjonariuszom poczucie intymności podczas wykonywania czynności higienicznych.

34. **KMPT zaleca wyposażenie łazienki w żaluzje bądź naklejki maskujące na okna.**

B. Kontakt ze światem zewnętrznym

35. Pensjonariusze nie mieli możliwości samodzielnego opuszczania terenu PCO, mimo że wobec żadnego z podopiecznych nie wydano formalnego ograniczenia wychodzenia poza teren placówki. **Taka praktyka jest pozbawiona podstaw prawnych.**

36. Krajowy Mechanizm przypomina, że zgodnie z art. 68 ust. 2a–2f ustawy o pomocy społecznej 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.

[dziadurzeniaz-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>.

¹⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.

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.

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

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

C. Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń

39. Podczas przyjęcia nowego mieszkańca do placówki obecna jest pielęgniarka, która zbiera wywiad oraz dokonuje oglądu ciała w celu odnotowania odleżyn, zmian skórnych, obrażeń. Widoczne urazy oraz zmiany chorobowe opisywane są w raporcie opiekuńczym. Kierownictwu placówki oraz personelowi nie był natomiast znany Protokół stambulski²⁰, który zawiera m.in. formularze z obrysem sylwetki ludzkiej do zamieszczania informacji o obrażeniach i urazach, tzw. mapy ciała.

40. Na potrzebę stosowania Protokołu stambulskiego wielokrotnie zwracały uwagę instytucje międzynarodowe: SPT²¹, Komitet ONZ przeciwko Torturom (CAT)²², Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)²³, a także Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur²⁴.

¹⁹ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., s. 111.

²⁰ Podręcznik ONZ dotyczący diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania Zaktualizowana wersja podręcznika w języku polskim dostępna jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

²¹ 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.

²² Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpnia 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27 i 28.

²³ 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.

²⁴ 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.

41. Sposób dokumentowania obrażeń należy wzbogacić o dokumentację fotograficzną (sporządzaną za zgodą pacjenta), która powinna być włączona do dokumentacji medycznej²⁵.

42. KMPT podkreśla, że niezależne, właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za minimalną gwarancję chroniącą mieszkańców przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce.

43. **KMPT rekomenduje dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą map ciała. Formularze te, wraz ze zdjęciami urazów (wykonywanymi za zgodą pacjenta), powinny zostać włączone do dokumentacji medycznej mieszkańców i zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.**

44. **KMPT zaleca ponadto przeszkolenie personelu z treści Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.**

45. Niepokój przedstawicieli KMPT wzbudziła również przyjęta w placówce praktyka odbierania od krewnych pensjonariusza oświadczeń, zgodnie z którymi upoważniają oni Dom Opieki Stefania do „podejmowania wszelkich decyzji związanych z leczeniem na wypadek utraty świadomości lub zdolności komunikowania się pensjonariusza”. KMPT zwraca uwagę na brak skuteczności prawnej udzielonej w ten sposób zgody blankietowej na leczenie.

46. Zgodnie z uregulowaniami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty²⁶, 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. Krewni pensjonariusza 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.

47. 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

²⁵ Zob. Raport CPT z wizyty przeprowadzonej w Polsce w dniach 5-17 czerwca 2013 r., CPT/Inf (2014) 21, par. 78.

²⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.

badania osoby niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody, zgodę wyrazić może także opiekun faktyczny, np. pracownik placówki (art. 32 ust. 3 ww. ustawy).

48. KMPT zaleca odstąpienie od praktyki przyjmowania zgód blankietowych na świadczenia medyczne mieszkańców.

49. Zaniepokojenie KMPT wzbudziła również informacja, że placówka pozostaje w trudnych relacjach z pobliską placówką publicznej ochrony zdrowia (Centrum Medyczne YOU CLINIC w Katowicach). Zgłoszonym problemem pozostaje niechęć pracowników przychodni do obejmowania mieszkańców świadczeniami z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) po uzyskaniu informacji, że są to osoby umieszczone w placówce całodobowej opieki. Mieszkańcy PCO mają jednak prawo do świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na równi ze wszystkimi innymi ubezpieczonymi obywatelami, w tym zapisu do lekarza POZ²⁷.

50. Z uwagi na powyższe KMPT zwróci się odrębnymi pismami do dyrektora przychodni POZ oraz do Śląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia o analizę sygnalizowanych problemów.

51. W placówce występuje praktyka kruszenia leków (mimo braku odpowiednich zaleceń lekarskich) w przypadku podopiecznych, którzy odmawiają połykania ich w całości. Decyzje w tej kwestii podejmuje pielęgniarka. Rozkruszone leki podawane są pacjentom bez ich wiedzy.

52. 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, jak również możliwe negatywne skutki podawania ich bez wiedzy pacjentów – zostały szeroko przedstawione w raporcie rocznym KMPT²⁸.

53. KMPT zaleca odstąpienie od podawania rozkruszonych leków bez wiedzy podopiecznych, a także każdorazowe konsultowanie z lekarzem potrzeby podawania medykamentów w postaci rozkruszonej oraz bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej o odpowiednie zalecenia lekarskie w tym zakresie.

D. Rejestry i regulamin

54. Placówka nie prowadziła ewidencji przypadków stosowania na jej terenie przymusu bezpośredniego. Krajowy Mechanizm przypomina więc, że zgodnie

²⁷ Zob. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.); cz. I pkt 1 ppkt 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 736 ze zm.).

²⁸ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., s. 104.

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”.

55. Rejestr taki został założony przez Dyrektorkę placówki podczas trwania wizytacji, KMPT odstępuje więc od formułowania zalecenia w tym zakresie.

56. Placówka w dniu wizytacji nie posiadała też rejestru zdarzeń nadzwyczajnych. Krajowy Mechanizm przypomina również, 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).

57. **KMPT zaleca wprowadzenie rejestru zdarzeń nadzwyczajnych.**

58. W trakcie każdej wizytacji przedstawiciele KMPT zwracają się również z prośbą o przedstawienie im przyjętych w danej instytucji procedur. W wizytowanej placówce nie było opracowanych procedur regulujących sposób postępowania personelu, np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, zdarzeń niepożądanych, autoagresji. Wprowadzenie jednolitego standardu postępowania pozwala na uniknięcie błędnych decyzji, które mogą mieć negatywny wpływ nie tylko na bezpieczeństwo mieszkańców placówki, lecz także jej pracowników. Ustalenie spójnego sposobu działania ma szczególne znaczenie zwłaszcza w sytuacjach, gdy pracownik zmuszony jest do działania w niecodziennych okolicznościach, w stresie czy w kontakcie z pobudzonym mieszkańcem.

59. **KMPT rekomenduje wprowadzenia odpowiednich procedur np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, zdarzeń niepożądanych, autoagresji.**

60. Regulamin placówki jest częścią umowy na pobyt mieszkańca w placówce. Umowa podpisywana jest zarówno przez mieszkańców, jak i ich krewnych. Dokument ten jest również wywieszony na tablicach informacyjnych, wewnątrz placówki i na drzwiach zewnętrznych. Działania te należy ocenić pozytywnie. Jednak treść regulaminu informuje jedynie o godzinach posiłków, ciszy nocnej oraz możliwości i zasadach odwiedzin mieszkańców. KMPT stoi na stanowisku, że pensjonariusze powinni mieć szczegółową wiedzę, co jest w placówce dozwolone, a co zakazane.

61. **KMPT zaleca uzupełnienie regulaminu placówki o treści związane z prawami przysługującymi mieszkańcom oraz ciążącymi na nich obowiązkami.**

E. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

62. 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 ustawy o pomocy społecznej).

63. Możliwość kontaktu z takimi instytucjami przez osobę przebywającą w placówce całodobowej opieki lub np. odwiedzających ją krewnych stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem. Analogiczne zabezpieczenie stanowi również jasna i ogólnodostępna informacja dotycząca mechanizmu skargowego funkcjonującego w konkretnej placówce. W trakcie wizytacji w placówce brak było takich informacji.

64. **KMPT rekomenduje wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych (np. na tablicach informacyjnych na korytarzach, przy wejściu do placówki), do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji, do których mieszkaniem lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca. Takimi instytucjami mogą być np. RPO (wraz z numerem bezpłatnej infolinii Rzecznika – 800 676 676), Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach czy organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).**

65. W placówce nie istnieje rejestr skarg i wniosków. Wszelkie uwagi dotyczące funkcjonowania placówki zgłaszane przez pensjonariuszy bądź ich krewnych są rozpatrywane ustnie przez Dyrektorkę placówki.

66. **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).**

67. **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. Obsługa takiej 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.**

F. Opieka psychologiczna i zajęcia terapeutyczne

68. W placówce nie było zatrudnionego psychologa. 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 i rodzin pensjonariuszy. Wsparcie psychologiczne nie powinno być reglamentowane przez lekarza prowadzącego, a dostęp do psychologa powinien być zależny od każdorazowej potrzeby mieszkańca.

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

70. W placówce od poniedziałku do piątku prowadzone są zajęcia z terapii zajęciowej dla mieszkańców przez wykwalifikowanego pracownika. Takie zajęcia nie odbywają się w weekendy. Jak wskazała Dyrektorka placówki, w te dni mieszkańcy są odwiedzani przez swoich bliskich. Z ustaleń KMPT wynika, że nie wszyscy mieszkańcy spędzają w ten sposób dni wolne od zajęć terapeutycznych – z uwagi na brak utrzymywania bliskich kontaktów z członkami rodzin bądź ich pobyt za granicą.

71. Jak zauważa CPT, proces opieki nad mieszkańcami tego typu placówek powinien obejmować terapię zajęciową, rehabilitację, jak również zajęcia o charakterze rekreacyjnym. W ocenie Komitetu szczególną uwagę należy zwrócić na opracowanie dla każdego mieszkańca indywidualnego planu, który będzie miał na celu utrzymanie umiejętności osobistych i społecznych, w tym mobilności, a tym samym poprawę jakości życia i ich dobrostanu²⁹. Jak podkreśla CPT, za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia.

72. **KMPT zaleca zorganizowanie terapii zajęciowej dla mieszkańców również w weekendy.**

G. Personel

73. Zdaniem wizytujących osoby pracujące w placówce mają odpowiednie wykształcenie. Jednak nie uczestniczą w systematycznych szkoleniach umożliwiających podnoszenie kwalifikacji.

²⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, par. 171.

74. 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 pracy³⁰.

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

76. Pracownicy PCO nie mają możliwości skorzystania z superwizji.

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

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

H. Warunki materialne

79. Podczas oglądu przedstawiciele KMPT ustalili, że w placówce funkcjonuje jeden pokój 4-osobowy, wbrew zapewnieniom Dyrektorki placówki, że w budynku pokoje są wyłącznie 2- i 3-osobowe. Pokój ten nie był zamieszkiwany wyłącznie przez osoby leżące³¹.

80. **KMPT zaleca doprowadzenie do zgodności liczby osób zakwaterowanych w poszczególnych pomieszczeniach z wymogami określonymi w ustawie o pomocy społecznej.**

81. Pokoje nie były 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.

82. **KMPT zaleca wyposażenie placówki w instalację alarmowo-przyzywową w każdym pomieszczeniu użytkowanym przez mieszkańców.**

³⁰ 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.

³¹ Zgodnie z art. 68 ust. 4a ustawy o pomocy społecznej, jeżeli pokój zajmują wyłącznie osoby leżące, może być on 4-osobowy, a jego powierzchnia nie może być mniejsza niż 6 m² na osobę. Pokój uznaje się za spełniający wymaganą normę, jeśli odstępstwo od wymaganej powierzchni nie jest większe niż 5%.

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca Dyrektorce placówki całodobowej opieki „Stefania”:

1. W razie konieczności zastosowania niestandardowych form zabezpieczeń ze względu na zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcowi:
 - a. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia;
 - b. stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza;
 - c. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
2. Przestrzeganie zasady zwracania się do mieszkańców z szacunkiem i z zachowaniem form grzecznościowych;
3. Ubieranie wszystkich pensjonariuszy korzystających z pieluchomajtek również w dolne części garderoby;
4. Stosowanie parawanów podczas wykonywania przyłóżkowych czynności higienicznych;
5. Wyposażenie łazienki w żaluzje bądź naklejki maskujące na okna;
6. Ograniczenie samodzielnych wyjść pensjonariuszy jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej, w tym przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego;
7. Dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą map ciała; formularze te, wraz ze zdjęciami urazów (wykonywanymi za zgodą pacjenta), powinny zostać włączone do dokumentacji medycznej mieszkańców i zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych;
8. Przeszkolenie personelu z treści Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.
9. Odstąpienie od praktyki przyjmowania zgód blankietowych na świadczenia medyczne mieszkańców;
10. Odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków bez wiedzy pensjonariuszy, a także każdorazowe konsultowanie z lekarzem potrzeby podawania medykamentów w postaci rozkruszonej oraz bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej o odpowiednie zalecenia lekarskie;
11. Wprowadzenie rejestru zdarzeń nadzwyczajnych, który wymagany jest przez przepisy ustawy o pomocy społecznej;

12. Wprowadzenie odpowiednich procedur np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, zdarzeń niepożądanych, autoagresji;
13. Uzupełnienie regulaminu placówki o treści związane z prawami przysługującymi mieszkańcom oraz ciążącymi na nich obowiązkami;
14. Wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych (np. na tablicach informacyjnych na korytarzach, przy wejściu do placówki), do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji, do których mieszkaniem lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca; takimi instytucjami są np. Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676), Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka);
15. 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);
16. Zamontowanie skrzynki skarg, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności;
17. Nawiązanie współpracy z psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki;
18. Zorganizowanie terapii zajęciowej dla mieszkańców również w weekendy;
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;
21. Doprowadzenie do zgodności liczby osób zakwaterowanych w poszczególnych pomieszczeniach z wymogami określonymi w ustawie o pomocy społecznej;
22. Wyposażenie placówki w instalację alarmowo-przyzywową w każdym pomieszczeniu użytkowanym przez mieszkańców.

Ponadto, na podstawie art. 20 OPCAT, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Dyrektorki placówki o udzielenie informacji, o których mowa w punkcie 18 raportu.

Opracowała: Karina Balicka

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/