



Warszawa, 14-03-2025 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur**

**KMP.575.14.2024.KB**

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji  
Placówki Całodobowej Opieki „Grażyna” w Warszawie**

**I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur**

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

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

3. KMPT 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 przyzwoleniem<sup>4</sup>. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub

---

<sup>1</sup> Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim: Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).

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

<sup>3</sup> Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1264 ze zm.).

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

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”<sup>5</sup>.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego<sup>6</sup>. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane<sup>7</sup>. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu<sup>8</sup>.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg<sup>9</sup>. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, 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 ONZ<sup>10</sup>.

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

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

---

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

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

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

<sup>8</sup> Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2023 r., Część II – Jak pracuje KMPT?.

<sup>9</sup> Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, 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.

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

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

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

## **II. Wprowadzenie**

9. W dniach 10–12 grudnia 2024 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację placówki całodobowej opieki „Grażyna” znajdującej się przy ul. Mydlarskiej 34 w Warszawie.

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Klaudia Kamińska (prawnik), Karina Balicka i Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego).

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły wstępną rozmowę z właścicielką placówki Grażyną Głowacz, dokonały oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki, przeprowadziły poufne rozmowy z mieszkańcami oraz personelem, zapoznały się z prowadzoną na miejscu dokumentacją.

12. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi właścicielce placówki w czasie rozmowy podsumowującej.

13. Po zakończeniu wizytacji przedstawicielki KMPT dokonały analizy przekazanej dokumentacji oraz informacji pisemnych.

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

## **III. Charakterystyka placówki**

15. Placówka działa na podstawie decyzji Wojewody Mazowieckiego na prowadzenie działalności nr 2472/2012 z dnia 18 grudnia 2012 r., na czas nieokreślony.

16. Placówka przeznaczona jest dla 43 osób z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorych oraz w podeszłym wieku. Do placówki nie są przyjmowane osoby ze zdiagnozowanymi chorobami psychicznymi. W czasie wizytacji przebywało w niej 38 osób (32 kobiety i 6 mężczyzn).

---

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

#### IV. Problemy systemowe

##### A. Stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń mieszkańców

17. W placówce pracownicy stosowali wobec mieszkańców stroje zapinane z tyłu (tzw. pajace), mające chronić otoczenie przed zabrudzeniem ekskrementami.

18. O stosowaniu tej metody decydował personel, nie lekarz. Stosowanie powyższego sprzętu zabezpieczającego nie było odnotowywane w dokumentacji. Kierownictwo placówki nie opracowało formalnych, pisemnych wytycznych w tej mierze. Zidentyfikowane w tym zakresie przez KMPT braki powodują ryzyko nadużyć w stosowaniu do tego typu form opieki.

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

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

21. 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 opracowaniu 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,

---

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

<sup>14</sup> Zob. Raporty CPT z wizyt: we Francji, CPT/Inf (2017) 7, par. 174; w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, par. 80; w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, par. 160.

z poszanowaniem godności człowieka i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.

### **(2) Stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza.**

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

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

#### **B. Legalność pobytu**

22. Umowa na sprawowanie opieki zawierana jest między placówką a opiekunem osoby umieszczanej w placówce. W większości przeanalizowanych umów brakowało podpisów pensjonariuszy.

23. W przypadku osób, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem ze względu na stan zdrowia, należy umożliwić im złożenie tuszowego odcisku palca<sup>15</sup>.

24. Jednocześnie należy zaznaczyć, iż w czasie wizytacji KMPT w placówce przebywały osoby, które nie były ubezwłasnowolnione, jednak ich stan zdrowia i poziom świadomości mógł nie pozwalać na ważne zawarcie umowy czy złożenie skutecznego oświadczenia woli. W ocenie KMPT powyższy problem ma charakter systemowy, wymagający stworzenia odpowiednich przepisów prawnych, które zapewnią ochronę praw osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji.

25. KMPT podkreśla, że podmioty działające w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są w żaden sposób uprawnione w świetle obowiązujących przepisów do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia jej w placówce całodobowej opieki, nawet jeśli osoba taka znajduje się w złym stanie psychofizycznym i sama nie jest w stanie złożyć podpisu pod umową o świadczenie usług lub oświadczeniem woli pobytu. Brak odpowiednich rozwiązań

---

<sup>15</sup> Zgodnie z art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2024 r. poz. 1061 ze zm.).

systemowych rodzi sytuację, w której umowa podpisana jest przez opiekuna faktycznego, który nie posiada upoważnienia do jej podpisania 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). To zaś prowadzi do braku podstawy do umieszczenia mieszkańca w domu opieki.

26. Taka sytuacja pozwala na podejmowanie przez jedną osobę arbitralnych decyzji w stosunku do drugiej osoby – słabszej i uzależnionej od pomocy innych. Tymczasem umieszczenie w tego typu placówkach wiąże się ze znacznym ograniczeniem wolności i samodecydowania o swoim losie. Nie można wykluczyć, że w skrajnych przypadkach decyzja taka podjęta będzie z naruszeniem interesu pensjonariusza, np. w celu uzyskania dostępu do jego mieszkania. Zawieranie umów przez opiekunów faktycznych pozostawia poza kontrolą jakiegokolwiek podmiotu (jak ma to miejsce np. w przypadku sądowej kontroli opiekuna osoby ubezwłasnowolnionej) działania podejmowane przez osoby bliskie pensjonariuszy w ich imieniu.

27. Pożądane byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. przez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażanej w trybie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym. Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony osób przyjmowanych do takich placówek, które to osoby obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

28. Rzecznik Praw Obywatelskich na początku 2022 r. wystosował w tej sprawie wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej<sup>16</sup> (dalej: MRiPS). Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy MRiPS oraz Ministerstwem Sprawiedliwości<sup>17</sup>. Sprawa nadal pozostaje w zainteresowaniu RPO oraz KMPT.

29. Warto w tym miejscu wskazać, że także CPT zwrócił uwagę na tę kwestię w swoim raporcie z wizyty w Polsce w 2009 r. Jak zauważył CPT, należy podjąć kroki, aby mieszkańcy niezdolni do wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie ich w placówce,

---

<sup>16</sup> Zob. Wystąpienie Generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022.

<sup>17</sup> Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25 lutego 2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP.

nieposiadający opiekuna (rozumianego jako opiekun prawny) i niemający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu<sup>18</sup>.

30. **KMPT zaleca odbieranie od mieszkańców, którzy nie są ubezwłasnowolnieni, w treści umów na pobyt w PCO, ich samodzielnych podpisów lub tuszowych odcisków palca.**

### **C. Monitoring wizyjny**

31. Monitoring wizyjny zamontowany był na zewnątrz placówki oraz obejmował ciągi komunikacyjne.

32. Kwestia stosowania monitoringu w placówkach całodobowej opieki od kilku lat jest przedmiotem analiz Krajowego Mechanizmu. Z jednej strony rozwiązanie to służy niewątpliwie poprawie bezpieczeństwa w placówce i samych pensjonariuszy. Warto jednak podkreślić, że monitorowanie tego typu placówek może stanowić formę ingerencji w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku. Dla legalności tego rodzaju kontroli istotne jest, żeby ograniczenie to spełniało przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. Obecnie bowiem żadne przepisy regulujące funkcjonowanie placówek całodobowej opieki nie określają tej kwestii.

33. O powyższym problemie systemowym Rzecznik Praw Obywatelskich informował już odpowiednie władze. W 2016 r. RPO wystosował wystąpienie generalne do MRPIPS, w którym wskazywał, że ustawodawca nie zawarł w ustawie o pomocy społecznej<sup>19</sup> (dalej: ustawa o pomocy społecznej) przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań<sup>20</sup>. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.<sup>21</sup> Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO i KMPT.

## **V. Obszary wymagające poprawy**

### **A. Opieka medyczna**

34. Nowo przyjmowani mieszkańcy badani są przez lekarza przy najbliższej wizycie (lekarz przyjmuje raz w tygodniu). Ponadto nowego mieszkańca przy przyjęciu bada pielęgniarka, a ewentualne obrażenia opisywane są w dokumentacji znajdującej

---

<sup>18</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, par. 166.

<sup>19</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.).

<sup>20</sup> Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

<sup>21</sup> Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

się w dyżurce pielęgniarek. W placówce nie praktykuje się robienia zdjęć obrażeń ani nie używa się specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, tzw. map ciała.

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

36. **KMPT rekomenduje dokumentowanie obrażeń mieszkańca za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą podopiecznych) powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca.** Krajowy Mechanizm pragnie też zaznaczyć, że dla celów dowodowych konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była twarz osoby fotografowanej, a przy obrażeniu znajdowała się linijka lub inny przyrząd pozwalający określić rozmiar obrażenia. Tak wykonane fotografie powinny być przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

37. **Krajowy Mechanizm rekomenduje również przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego<sup>22</sup> oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.** Publikacja ta pozostaje nieznana pracownikom, mimo że odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur. Znajomość Protokołu stambulskiego pomoże pracownikom w wykrywaniu i dokumentowaniu przypadków poniżającego traktowania, co wzmocni ich potencjał zawodowy. Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują CAT<sup>23</sup>, SPT<sup>24</sup>, CPT<sup>25</sup> i Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur<sup>26</sup>.

38. Przedstawiciele KMPT zostali poinformowani, że zdarzają się przypadki, w których personel podaje leki w formie rozkruszonej do posiłku mieszkańca. Decyzję o kruszeniu leków podejmuje pielęgniarka.

39. Krajowy Mechanizm nie zgłasza zastrzeżeń w sytuacji, gdy podawany lek jest rozkruszany z powodu złego stanu mieszkańca, który uniemożliwia mu połknięcie

---

<sup>22</sup> Treść podręcznika w języku polskim dostępna jest na stronie Rzecznika Praw Obywatelskich: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

<sup>23</sup> Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpnia 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27–28.

<sup>24</sup> Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1–10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9–18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 55.

<sup>25</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019) 16, par. 80.

<sup>26</sup> Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipca 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).



leku. Takie zalecenie powinno jednak zostać sformułowane przez lekarza i odnotowane w dokumentacji medycznej z podaniem przyczyny.

40. Ponadto podczas wizytacji ustalono, że pacjenci nie byli świadomi faktu stosowania wobec nich farmakoterapii. Krajowy Mechanizm odrzuca praktykę kruszenia i rozpuszczania leków w posiłkach i podawania ich podstępem, w przypadku odmowy ich przyjęcia przez mieszkańca. Każdy pacjent ma prawo do informacji, jakie leki zażywa.

41. **KMPT zaleca bieżące uzupełnianie dokumentacji pacjentów o zalecenia lekarzy dotyczące podawania leków w formie rozkruszonej. Krajowy Mechanizm zaleca także odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków bez wiedzy pensjonariusza.**

## **B. Traktowanie**

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

43. Ustawa o pomocy społecznej określa w art. 68 ust. 2 standardy świadczenia usług wobec osoby przebywającej w placówce, z uwzględnieniem jej prawa do godności, intymności oraz poczucia bezpieczeństwa.

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

## **C. Rejestry i dokumentacja**

45. Placówka do czasu wizytacji nie prowadziła rejestru stosowania przymusu bezpośredniego, który jest wymagany zgodnie z ustawą o pomocy społecznej. Dodatkowo nie był prowadzony rejestr osób wchodzących i opuszczających teren placówki oraz raporty pielęgniarские ani raporty opiekunów.

46. Pozytywnie należy ocenić fakt, że kierownictwo placówki w czasie trwania wizytacji – pouczone o obowiązku prowadzenia wyżej wymienionej dokumentacji – założyło rejestr stosowania przymusu bezpośredniego, a także rejestr osób wchodzących i opuszczających teren placówki. **KMPT zaleca również prowadzenie raportów pielęgniarских oraz raportów opiekunów.**

47. Analiza przekazanej dokumentacji wykazała, że w placówce nie ma procedur regulujących zasady postępowania personelu w sytuacjach trudnych, np. w przypadku zachowań agresywnych i autoagresywnych pensjonariuszy.

Taka procedura niewątpliwie wzmocniłaby podstawowe gwarancje praw mieszkańców i transparentność podejmowanych czynności, co ułatwi pracę także osobom sprawującym nadzór i kontrolę nad placówką. Procedury stanowią ważne zabezpieczenie przed torturami i innymi formami niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności<sup>27</sup>.

**48. KMPT zaleca opracowanie i stosowanie w praktyce procedury postępowania w przypadku agresji i autoagresji mieszkańców.**

#### **D. Opieka psychologiczna**

49. 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 jej pierwsze symptomy, jak również oszacować ryzyko rozwoju choroby oraz przewidzieć zachowanie mieszkańca. Psycholog może także stanowić wsparcie dla pracowników oraz rodzin pensjonariuszy.

**50. Krajowy Mechanizm zaleca nawiązanie współpracy z psychologiem.**

#### **E. Rehabilitacja i terapia zajęciowa**

51. W trakcie wizytacji zdecydowana większość mieszkańców wolny czas spędzała w pokoju dziennym lub w swoim pokoju. Placówka nie zatrudniała terapeuty zajęciowego ani rehabilitanta/fizjoterapeuty.

52. W ocenie KMPT mieszkańcy powinni mieć zapewnioną profesjonalną terapię zajęciową, która pomogłaby w aktywizacji fizycznej, psychicznej oraz intelektualnej pensjonariuszy. Obecne formy spędzania czasu wolnego przez pensjonariuszy nie stanowią bowiem oddziaływań terapeutycznych. Należy podkreślić, że terapia zajęciowa powinna być prowadzona w sposób przemyślany oraz udokumentowany, aby umożliwić ocenę efektywności podjętych oddziaływań.

53. Jak zauważa CPT, proces opieki nad mieszkańcami tego typu placówek powinien obejmować terapię zajęciową, rehabilitację i zajęcia o charakterze rekreacyjnym. W ocenie Komitetu szczególną uwagę należy zwrócić na opracowanie indywidualnego planu dla każdego z mieszkańców, który będzie miał na celu utrzymanie umiejętności osobistych i społecznych, w tym mobilności, a tym samym

---

<sup>27</sup> Zob. raport SPT z wizyty w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt 2, par. 49-52.

poprawę jakości życia i dobrostanu mieszkańców<sup>28</sup>. Jak podkreśla CPT, za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia<sup>29</sup>.

**54. Krajowy Mechanizm zaleca zatrudnienie terapeuty zajęciowego oraz rehabilitanta/fizjoterapeuty w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy dobrostanu pensjonariuszy.**

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

55. KMPT każdorazowo zwraca uwagę, czy placówka w ogólnodostępnych miejscach (np. korytarze) zamieszcza informacje o instytucjach stojących na straży praw człowieka oraz o przyjętej procedurze skargowej. Możliwość kontaktu z takimi instytucjami przez osobę przebywającą w placówce lub np. odwiedzających ją krewnych stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem. W trakcie wizytacji w placówce brak było takich informacji.

56. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej na tablicy ogłoszeń należy umieścić dane teleadresowe organów, właściwych miejscowo instytucji i organizacji działających w zakresie wolności i praw człowieka oraz instytucji kontrolnych, w szczególności: Rzecznika Praw Obywatelskich; Rzecznika Praw Pacjenta; państwowego powiatowego inspektora sanitarnego; właściwego do spraw pomocy społecznej wydziału urzędu wojewódzkiego; właściwego ze względu na miejsce położenia placówki ośrodka pomocy społecznej; prokuratury rejonowej; sądu opiekuńczego<sup>30</sup>.

57. W placówce istnieje rejestr skarg i wniosków. Aby jednak zapewnić jak najlepszy dostęp do mechanizmu skargowego, należałoby poinformować mieszkańców oraz ich opiekunów prawnych i faktycznych o istnieniu rejestru skarg i wniosków. 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).

**58. 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 (tj. np. zamontowanie jej poza zasięgiem kamer monitoringu). Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. wyznaczony pracownik**

---

<sup>28</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, par. 171.

<sup>29</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, par. 174.

<sup>30</sup> Zob. art. 68a pkt 3 ustawy o pomocy społecznej.

**administracyjny). Skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze skarg i wniosków.**

59. Delegacja KMPT podczas wizytacji uzyskała informację, że w przeszłości wystąpiły przypadki umieszczania w placówce mieszkańca, który nie władał językiem polskim. Osoba taka nie miała możliwości zapoznania się w sposób dla siebie zrozumiały z podpisywaną umową na pobyt w placówce, regulaminem pobytu czy kartą praw mieszkańca.

60. Prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur. Otrzymywanie przez osobę umieszczoną w placówce zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych dla niej kwestiach, np. przysługujących prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg, zwiększa poczucie bezpieczeństwa oraz pozwala odgrywać aktywną rolę w realizacji własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni funkcję prewencyjną w zapobieganiu przemocy.

61. **W związku z powyższym KMPT zaleca przetłumaczenie dokumentów podpisywanych przez mieszkańca przy przyjęciu do placówki oraz karty praw mieszkańca, regulaminu pobytu oraz informacji o sposobie składania skarg na języki obce (np. ukraiński, rosyjski, angielski).** Jest to szczególnie istotne z uwagi na napływu cudzoziemców do kraju oraz możliwość zwiększonej częstotliwości umieszczania obywateli innych państw w placówce całodobowej opieki w przyszłości.

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

62. W chwili wizytacji żaden z mieszkańców nie miał możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki.

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

64. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu osoby przebywającej w placówce, będącej osobą z zaburzeniami psychicznymi, osoba kierująca tą placówką może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tę osobę terenu placówki na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Zob. art. 68 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

65. Do obowiązków osoby kierującej placówką należy także przekazanie informacji o ograniczeniu samodzielnych wyjść poza teren domu opieki do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka<sup>32</sup>.

66. W trakcie wizytacji w dokumentacji pensjonariuszy nie znajdowały się wspomniane zaświadczenia lekarskie.

67. **Krajowy Mechanizm zaleca uzupełnienie teczek osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o stosowne zaświadczenia lekarskie wskazane w art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej, ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego i informowanie sądu opiekuńczego o takich mieszkańcach przebywających w placówce.**

68. Pozytywnie należy ocenić fakt, że podczas trwania wizytacji podjęto działania zmierzające do realizacji wyżej opisanej praktyki. KMPT zwraca się o udzielenie informacji, czy w teczkach osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, znajdują się zaświadczenia lekarskie, o których mowa w poprzednim punkcie raportu, oraz czy o fakcie tym zastał poinformowany sąd opiekuńczy.

#### **H. Personel**

69. Z uzyskanych informacji wynika, że personel nie przechodzi żadnych dodatkowych szkoleń.

70. Z uwagi na specyfikę pracy, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, **KMPT rekomenduje zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu m.in.: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.**

71. Personel placówki nie jest również objęty superwizją. Pozwoliłaby ona na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu.

72. **KMPT zaleca rozważenie zorganizowania personelowi superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.**

---

<sup>32</sup> Zob. art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej.

## **I. Warunki bytowe**

73. W trakcie wizytacji zauważono, że nie wszystkie pokoje wyposażone są w instalację przyzywową lub umiejscowienie przycisków jest trudno dostępne dla osoby z niepełnosprawnościami (w wielu pokojach przyciski znajdowały się na zbyt dużej wysokości, aby skorzystać z nich mogła osoba leżąca).

74. KMPT podkreśla, że 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.

75. Należy też mieć na uwadze, że zgodnie z wymogami Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnych<sup>33</sup> osoby te powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi oraz w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego powinno się im zapewnić racjonalne usprawnienia.

**76. KMPT zaleca przegląd dotychczas zamontowanych przycisków alarmowych pod kątem dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz wyposażenie wszystkich pomieszczeń, z których korzystają mieszkańcy, w instalację przyzywową.**

## **VI. Zalecenia**

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

### **Właścicielowi Placówki Całodobowej Opieki „Grażyna”:**

1. W przypadku stosowania niestandardowych form zabezpieczeń:
  - a) opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia;
  - b) stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza;
  - c) wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańców wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;

---

<sup>33</sup> Zob. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169).

2. odbieranie od mieszkańców, którzy nie są ubezwłasnowolnieni, w treści umów na pobyt w PCO ich samodzielnych podpisów lub tuszowych odcisków palca; wyjątkiem w tym zakresie może być jedynie reprezentowanie osoby w takich sprawach przez pełnomocnika dysponującego notarialnym potwierdzeniem;
3. dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą podopiecznych) powinny zostać włączony do dokumentacji medycznej;
4. założenie i wykorzystywanie w bieżącej pracy raportu pielęgniarского oraz raportu opiekunów;
5. przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych;
6. bieżące uzupełnianie dokumentacji pacjentów o zalecenia lekarzy dotyczące podawania danych leków w formie rozkruszonej;
7. wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych (np. na tablicy informacyjnej przy wejściu do placówki), do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji, do których mieszkańiec lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca;
8. zainstalowanie skrzynki na skargi w ustronnym miejscu, która zapewni anonimowość złożonych uwag;
9. przetłumaczenie dokumentów podpisywanych przez mieszkańca przy przyjęciu do placówki oraz karty praw mieszkańca, regulaminu pobytu oraz informacji o sposobie składania skargi na języki obce (np. ukraiński, rosyjski, angielski);
10. przegląd dotychczas zamontowanych przycisków alarmowych pod kątem dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz wyposażenie wszystkich pomieszczeń mieszkalnych w instalację przyzywową;
11. opracowanie i stosowanie w praktyce procedury regulującej postępowanie personelu w przypadku zachowań agresywnych i autoagresywnych mieszkańców;
12. stosowanie parawanów podczas wykonywania przyłóżkowych czynności higienicznych;
13. nawiązanie współpracy z psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki;

14. zatrudnienie wykwalifikowanego i doświadczonego terapeuty zajęciowego oraz rehabilitanta/fizjoterapeuty w celu aktywizacji mieszkańców i poprawy ich dobrostanu;
15. 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;
16. rozważenie zorganizowania personelowi superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.

Ponadto, na podstawie art. 20 OPCAT, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do właściciela Placówki Całodobowej Opieki o udzielenie informacji wskazanych w pkt 68 raportu.

Opracowała: Karina Balicka

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska  
Zastępczyni Dyrektora Zespołu  
/-podpisano elektronicznie/