



Warszawa, 29-10-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.573.12.2025.KS

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Placówki Całodobowej Opieki „Barwna Jesień Życia” w Toruniu**

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

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), <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.

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

organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiejkolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁵.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁶. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁷. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁸.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁹. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności oraz 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

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

⁷ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁸ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2023 r., Część II – Metodologia i zakres prac KMPT.

⁹ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, p. 6. Zob. również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, Nowy Jork i Genewa 2018, s. 4-6.

¹⁰ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

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

II. Wprowadzenie

9. W dniu 23 lipca 2025 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Placówki Całodobowej Opieki „Barwna Jesień Życia”, znajdującej się przy ul. Barwnej 35 w Toruniu (dalej: PCO, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodził: Rafał Kulas (dyrektor Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, prawnik), Marcin Imszenik oraz Karolina Sobocińska (prawnicy).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z Panią Marzeną Konarzewską – dyrektorem PCO, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z mieszkańcami i personelem oraz zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi dyrektorowi placówki w czasie rozmowy podsumowującej.

12. 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

13. Placówka działa na podstawie decyzji Wojewody Kujawsko-Pomorskiego¹³ zezwalającej na prowadzenie działalności gospodarczej na czas nieokreślony, w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku. Placówka wpisana jest do rejestru pod pozycją 34¹⁴.

14. Podczas wizytacji placówka przeznaczona była dla 5 osób z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorych lub w podeszłym wieku. W dniu wizytacji przebywały w niej 2 mieszkanki, w tym jedna ubezwłasnowolniona. Jedna mieszkanka była hospitalizowana.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

¹³ Decyzja WPS.III.9423.2.6.2023.EA/HP z dnia 14 kwietnia 2023 r.

¹⁴ Zob. Rejestr placówek całodobowej opieki dostępny na stronie:
<https://bip.bydgoszcz.uw.gov.pl/75/rejestr-placowek-calodobowej-opieki.html>.

15. Budynek, w którym przebywały mieszkanki, składał się z dwóch pięter. Placówka oferowała bardzo dobre warunki bytowe. W placówce panowała domowa atmosfera, w pomieszczeniach było czysto, a mieszkanki były zadbane. Ponadto obiekt był dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami: posiadał windę, platformy (parter przy wejściu i piętro) oraz poręcze przy schodach. Dla mieszkańców dostępny był również teren rekreacyjny na zewnątrz, wyposażony w ławkę oraz obsadzony zielenią.

16. W czasie wizytacji trwał remont dodatkowych pomieszczeń w budynku, w którym zlokalizowana jest placówka, i tylko jego część pozostawała w użytku. Z informacji uzyskanych od dyrektora placówki wynika, że docelowo placówka ma być przeznaczona dla 27 osób, a remont miał zakończyć się w październiku 2025 r.

17. **Dlatego też KMPT zwraca się o informację, czy remont placówki się zakończył oraz czy placówka otrzymała już decyzję uprawniającą do przyjęcia większej liczby osób.**

IV. Problem systemowy

18. Placówka nie zatrudnia psychologa. Dyrektor placówki poinformowała delegację KMPT, że do tej pory, ze względu na niewielką liczbę mieszkańców, nie było takiej konieczności, jednakże po rozbudowie placówki taka współpraca jest planowana. Wizytujący zostali poinformowani, że odbyły się rozmowy z osobami zainteresowanymi podjęciem pracy na stanowisku psychologa.

19. **Obowiązujące przepisy nie zobowiązują osób prowadzących placówki całodobowej opieki do zatrudniania psychologa.** Jednakże w ocenie KMPT wsparcie psychologiczne w placówkach całodobowej opieki jest niezbędne, szczególnie w początkowym okresie pobytu – podczas zmiany otoczenia i rozstania z bliskimi – kiedy to u mieszkańca z dużym prawdopodobieństwem może wystąpić poczucie zagubienia, stany depresyjne i lękowe, zamykanie się w sobie oraz niechęć do nawiązywania kontaktów. Regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób przebywających w placówkach całodobowej opieki ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania.

20. **KMPT zwraca się o informację, czy placówka zatrudniła już psychologa.**

V. Obszary wymagające poprawy

A. Legalność pobytu

21. Każdorazowo podczas wizytacji placówek całodobowej opieki w zainteresowaniu KMPT pozostaje kwestia legalności umów zawieranych przez mieszkańców z placówką¹⁵.

W trakcie wizytacji przedstawiciele delegacji KMPT otrzymali informację, że umowy zawierane z mieszkańcami nie są przechowywane w PCO, lecz w innym miejscu. **Umowy nie zostały również przesłane KMPT po zakończeniu wizytacji, w związku z czym wizytujący nie mieli okazji zapoznania się z ich treścią, co stanowi naruszenie art. 20 OPCAT.**

Ponadto przedstawiciele KMPT nie mogli zapoznać się z kopią postanowienia o ubezwłasnowolnieniu mieszkanki i ustanowieniu jej opiekuna prawnego, gdyż nie były one archiwizowane.

22. KMPT przypomina, że zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹⁶, podmiot prowadzący placówkę jest zobowiązany prowadzić szczegółową dokumentację osób przebywających w placówce, zawierającą umowę o świadczenie usług, imię i nazwisko opiekuna prawnego lub kuratora osoby przebywającej w placówce, jeżeli został ustanowiony¹⁷.

23. **Mając na uwadze powyższe, KMPT zwraca się o przesłanie kopii umów mieszkanek przebywających w PCO podczas wizytacji.**

24. **KMPT rekomenduje przechowywanie dokumentacji osobowej mieszkańców w placówce, w sposób gwarantujący jej zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych.** Kwestia ta została omówiona z dyrektorem placówki podczas rozmowy podsumowującej.

B. Prawo do ochrony zdrowia i dokumentowanie obrażeń

25. W dniu wizytacji Krajowego Mechanizmu opiekę medyczną mieszkankom zapewniała pielęgniarka, dostępna codziennie przez kilka godzin (rano i po południu, w tym w weekendy).

¹⁵ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2023 r., s. 148, 152-153, raport dostępny pod adresem:

<https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2025-02/Raport%20KMPT%202023%20-%20wersja%20dost%C4%99pna.pdf>

¹⁶ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214), dalej jako: ustawa o pomocy społecznej, u.o.p.s.

¹⁷ Zob. art. 68a u.o.p.s.

26. **KMPT rekomenduje zwiększenie obsady medycznej w placówce w celu zapewnienia, że przez całą dobę na zmianie jest obecna minimum jedna pielęgniarka lub ratownik medyczny. Zapewnienie powyższego standardu jest istotne w kontekście rozbudowy placówki i zwiększenia jej pojemności.**

27. Z informacji uzyskanych podczas wizytacji wynikało, że mieszkańcy nie są profilaktycznie badani przez lekarza. Badanie ma odbywać się w przypadku, gdy z mieszkańcem dzieje się coś niepokojącego. Wówczas w ciągu godziny w placówce ma pojawiać się lekarz ze znajdującego się nieopodal centrum medycznego.

28. **Mając na względzie fakt, że badanie lekarskie stanowi minimalną gwarancję prewencji tortur i poniżającego traktowania, KMPT rekomenduje zapewnienie profilaktycznych badań lekarskich wszystkim osobom przyjmowanym do placówki. Taka praktyka pomogłaby również w ogólnej ocenie stanu zdrowia i zapewnieniu właściwej opieki.**

29. Niektóre mieszkanki przyjmują leki przepisane przez psychiatrę. Z relacji dyrektora placówki wynika jednak, że psychiatra od roku nie pojawił się w placówce, jedynie przedłuża już wypisane recepty. W ocenie KMPT osobisty kontakt lekarza z pacjentem jest konieczny w celu właściwej oceny stanu zdrowia i efektywnego leczenia. Taka praktyka buduje bowiem zaufanie na linii lekarz–pacjent, umożliwia dokładną diagnozę i zwiększa aktywność pacjenta w leczeniu. Osobisty kontakt lekarza z pacjentem pozwala też na stworzenie relacji opartej na zaufaniu, co ułatwia komunikację i właściwe podejmowanie decyzji. Gdy lekarz nie ma osobistego kontaktu z pacjentem, a podejmowanie decyzji odbywa się jedynie w oparciu o informacje przekazywane przez pracowników placówki, zachodzi ryzyko nadużyć.

30. **KMPT rekomenduje zapewnienie mieszkańcom regularnych wizyt lekarza psychiatry, tak by mieszkańcy mieli z nim osobisty kontakt.**

31. Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)¹⁸ podkreśla, że leczenie medyczne i psychiatryczne stanowi ważną część ogólnej opieki, oraz zwraca uwagę na rolę opieki profilaktycznej w każdym środowisku instytucjonalnym. W tym celu lekarz ogólny i psychiatra powinni być regularnie obecni, zgodnie z potrzebami mieszkańców i wielkością placówki, a co najmniej jedna pielęgniarka powinna być zawsze obecna, również w nocy¹⁹. Ponadto każdy nowo przyjęty mieszkaniec powinien przejść badanie

¹⁸ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), <https://www.coe.int/en/web/cpt/home>.

¹⁹ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, par. 19.

lekarskie przy przyjęciu, a jego stan somatyczny powinien być regularnie monitorowany²⁰.

32. Z informacji uzyskanych podczas wizytacji wynika, że w dniu przyjęcia mieszkaniec jest poddawany badaniu wstępnemu przez pielęgniarkę. Badanie polegać ma na oglądzie całego ciała w celu wykrycia ewentualnych obrażeń, odleżyn, otarć czy zmian skórnych. Wnioski z oglądu ciała wraz z bieżącą oceną stanu biopsychospołecznego (m.in. ocena układów nerwowego, pokarmowego, oddechowego, narządów zmysłów czy sytuacji rodzinno-społecznej) mieszkańca wpisywane są w kartę przyjęcia. Karta przyjęcia zawiera również skalę VES-13 (narzędzie oceny geriatrycznej stosowane w celu wykrywania ryzyka pogorszenia stanu zdrowia, rozwinięcia niepełnosprawności, konieczności hospitalizacji lub zgonu wśród osób starszych). Bieżący stan mieszkane monitorowany jest natomiast za pomocą kart pielęgniarzkiej oceny indywidualnej.

33. Pomimo szerokiego rozbudowania formularza, w ocenie KMPT karta przyjęcia mogłaby zostać ulepszona w celu efektywnego dokumentowania obrażeń, co sprzyjałoby ustaleniu prawdy w razie sformułowania zarzutów nadużyć, lepszemu zabezpieczeniu personelu PCO przed potencjalnymi oskarżeniami o stosowanie przemocy oraz wzmocnieniu gwarancji ochrony mieszkańców przed złym traktowaniem. Z analizy dokumentacji wynika bowiem, że:

- sylwetki anatomiczne (tzw. mapy ciała) znajdują się jedynie przy rubryce dotyczącej bólu; brak jest map ciała w odniesieniu do ran, odleżyn czy innych obrażeń;
- w obecnym kształcie sylwetki anatomiczne są zbyt małe, by wskazać na nich dokładną lokalizację obrażeń czy ran;
- rubryki dotyczące poszczególnych elementów ciała człowieka i jego zachowania są bardzo małe; nie zostawiają wiele miejsca (lub nie mają go wcale) na szczegółowy opis stwierdzonych obrażeń fizycznych i objawów psychicznych ani też relacji pacjenta o ich pochodzeniu i ocenę pracownika służby zdrowia w kwestii spójności tej relacji; formularz powinien zapewniać możliwość szczegółowego udokumentowania m.in. rozmiaru, koloru, wielkości obrażeń czy oświadczenia pacjenta;
- wśród analizowanych kart przyjęcia brakowało również dokumentacji fotograficznej; sposób dokumentowania obrażeń należy wzbogacić

²⁰ Tamże, par. 20 oraz raport CPT z wizyty w Bułgarii, CPT/Inf (2020), par. 145.

o dokumentację fotograficzną (sporządzaną za zgodą pacjenta), która powinna być włączona do dokumentacji medycznej²¹.

34. Modelowym narzędziem zawierającym wskazówki w zakresie badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania jest Protokół stambulski. Na potrzebę jego stosowania wielokrotnie zwracały uwagę instytucje międzynarodowe: SPT²², Komitet ONZ przeciwko Torturom (CAT)²³, CPT²⁴, a także Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur²⁵.

35. Z ustaleń przedstawicieli Krajowego Mechanizmu wynika, że Protokół stambulski nie był znany dyrektor i pracownikom placówki, nie był też stosowany w praktyce.

36. **KMPT zaleca dokumentowanie obrażeń ciała i stanu zdrowia mieszkańców – zarówno przy przyjęciu nowego mieszkańca, jak i po jego powrocie do placówki z miejsc, w których mógł doświadczyć złego traktowania – zgodnie ze standardami międzynarodowymi, w szczególności przez modyfikację karty przyjęcia w zakresie liczby, wielkości i szczegółowości map ciała²⁶, rozbudowania części opisowych kart przyjęcia, a także załączanie do dokumentacji medycznej mieszkańców wykonywanych zdjęć obrażeń.**

37. **KMPT zaleca również przeprowadzenie dla wszystkich pracowników szkolenia z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego.**

38. Wizytujący ustalili, że pomimo ustawowego obowiązku²⁷, w placówce nie była przechowywana dokumentacja medyczna mieszkańców.

²¹ Zgodnie z Protokołem stambulskim (Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania; zaktualizowana wersja podręcznika w języku polskim dostępna jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczeniems-odpowiedz-kolejna>), zdjęcia powinny być kolorowe, zawierać datę i godzinę ich wykonania (na samym zdjęciu lub jako metadane dołączone do zdjęcia w formie elektronicznej). Należy też użyć taśmy mierniczej lub innego sposobu pokazania skali na zdjęciu. Zdjęcia należy wykonać tak szybko, jak to możliwe, gdyż niektóre oznaki fizyczne szybko znikają – zob. Protokół stambulski, s. 64-65 i 106.

²² 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.

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

²⁴ 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; Polsce CPT/Inf (2014) 21, par. 78.

²⁵ 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.

²⁶ Przykładowe mapy ciała zawiera Protokół stambulski, s. 197 i nast.

²⁷ Zob. art. 68a u.o.p.s.

39. **KMPT rekomenduje, aby dokumentacja medyczna mieszkańców przechowywana była w placówce, w sposób gwarantujący jej zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych (np. w specjalnie zabezpieczonych szafach).**

40. Z relacji dyrektor placówki wynika, że w placówce stosowana jest praktyka rozkruszania leków w sytuacji, gdy mieszkaniec ma problem z ich połknięciem. Ponadto, jeżeli pacjent nie chce przyjąć leków, zdarza się, że są one podawane podstępem, przez umieszczanie w jedzeniu. Lekarz ma ponoć wyrażać zgodę na taką praktykę.

41. Podawanie medykamentów w ukrytej formie jest niezgodne z prawem mieszkańca do informacji na temat przyjmowanych leków. Systematyczne podawanie leków ukrytych w jedzeniu może prowadzić do mylnego przekonania pensjonariusza o swoim stanie zdrowia, a w konsekwencji do odmowy przyjmowania leków podanych świadomie²⁸.

42. **Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca wyeliminowanie praktyki podawania mieszkańcom leków podstępem.**

43. Podczas wizytacji placówka nie posiadała na wyposażeniu defibrylatora. W ocenie KMPT obecność takiego urządzenia sprzyjałaby bezpieczeństwu mieszkańców, szczególnie w kontekście rozbudowy placówki i przyjęcia większej liczby mieszkańców. Na konieczność obecności takiego urządzenia w placówkach opiekuńczych zwraca uwagę CPT²⁹.

44. **KMPT zachęca do wyposażenia placówki w automatyczny defibrylator zewnętrzny.**

C. Kontakt ze światem zewnętrznym

45. Mieszkańcy z uwagi na stan zdrowia nie wychodzą samodzielnie na zewnątrz. Podczas wizytacji placówki przedstawiciele delegacji KMPT otrzymali informację, że dwie z mieszanek to osoby całkowicie leżące, a trzecia mieszkanka wychodzi na zewnątrz, ale tylko w asyście pracownika. Mieszkanka nie mogłaby samodzielnie wyjść z placówki bez zgody personelu, gdyż bramka wejściowa na teren placówki była zamykana. Aby ją otworzyć, trzeba było przyłożyć chip. Z informacji uzyskanych od kierownictwa placówki wynikało, że wobec żadnej z mieszanek nie zastosowano formalnego ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania placówki.

²⁸ Zob. Raport RPO z działalności KMPT „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, s. 82-83.

²⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Rumunii w 2022 r., CPT/Inf (2023) 28, par. 148.

46. Ustawa o pomocy społecznej zezwala na ograniczenie mieszkańcom możliwości opuszczania placówek całodobowej opieki, jednakże wprowadza konkretne warunki, jakie muszą zostać spełnione, aby ograniczenie takie było zgodne z prawem. Po pierwsze, spełniona musi zostać przesłanka poważnego zagrożenia życia lub zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi w wypadku opuszczenia przez nią placówki bez opieki. Po drugie, ograniczenie może nastąpić z inicjatywy osoby kierującej placówką, jednak wyłącznie na podstawie pisemnego zaświadczenia lekarza wskazującego zasadność takiego ograniczenia (wydanego na czas określony, nie dłuższy niż sześć miesięcy). Po trzecie, w decyzji doręczonej osobie, której ona dotyczy, znajdować się musi pouczenie o prawie do złożenia wniosku o jej uchylenie do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka³⁰.

47. Krajowy Mechanizm zaleca ograniczanie samodzielnych wyjść pensjonariuszy jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego, a także uzupełnienie dokumentacji mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej.

48. W regulaminie organizacyjnym placówki widnieją następujące zapisy: „Rodzina lub Opiekun prawny Podopiecznego mają obowiązek wskazać osoby, którym będą udzielane informacje o Podopiecznym” oraz „Rodzina lub Opiekun Prawny Podopiecznego mają obowiązek informować Dyрекcję Ośrodka o zamiarze odwiedzin osób, które nie są wskazane w umowie, w przeciwnym razie może nie dojść do odwiedzin z powodu ochrony danych osobowych”.

KMPT stoi na stanowisku, że fakt przyjęcia osoby do placówki całodobowej opieki nie pozbawia jej podmiotowości oraz prawa do decydowania o sobie. Nie powinno się ograniczać mieszkańcom kontaktu z osobami spoza placówki ani uzależniać zgody na odwiedziny osób spoza placówki od życzeń członków rodziny czy innych osób bliskich mieszkańca.

49. KMPT rekomenduje zaprzestanie ograniczania mieszkańcom kontaktu z innymi osobami oraz uzależniania tego prawa od zgody bądź życzeń członków rodziny czy innych osób bliskich mieszkańca.

50. Ponadto zgodnie z regulaminem odwiedziny mieszkańców mogą się odbywać tylko w pokoju gościnnym, ze względu na „rozprzestrzenianie wirusów i bakterii”.

³⁰ Zob. art. 68 ust. 2a-2d u.o.p.s.

51. PCO dysponuje zadbanym, estetycznym i odpowiednio przygotowanym pokojem gościnnym, jednakże, w ocenie KMPT, odwiedziny w pokoju mieszkańca mogłyby sprzyjać ocenie jego warunków i potrzeb przez osoby bliskie, co stanowiłoby dodatkowy środek zapobiegający torturom bądź niewłaściwemu traktowaniu. Umożliwienie odwiedzin w pokojach mieszkańców mogłoby również sprzyjać zapewnieniu prywatności kontaktów z bliskimi w przypadku odwiedzin większej liczby mieszkańców w tym samym czasie.

52. **KMPT rekomenduje umożliwienie odwiedzin mieszkańców w ich pokojach.**

53. Mieszkańcy PCO mogą przyjmować gości codziennie do godziny 16:00, jedynym warunkiem jest wcześniejsze telefoniczne umówienie się na odwiedziny.

54. **KMPT rekomenduje wydłużenie godzin odwiedzin w tygodniu, gdyż dla osób pracujących lub uczących się możliwość odwiedzin jedynie do godziny 16:00 może być utrudniona.**

55. W placówce nie był prowadzony rejestr wyjść mieszkańców poza teren placówki. Pomimo braku prawnego obowiązku posiadania takiego rejestru w placówkach całodobowej opieki, w ocenie KMPT rejestr wyjść pełni ważną funkcję w systemie prewencji złego traktowania. Pozwala na udokumentowanie m.in., kiedy i pod czyją opieką mieszkaniiec opuścił placówkę oraz kiedy i w jakim stanie do niej powrócił.

56. **Dlatego też Krajowy Mechanizm zaleca założenie rejestru wyjść mieszkańców poza teren placówki.**

D. Aktywizacja mieszkańców i kontakt z psychologiem

57. W dniu wizytacji placówka zatrudniała jedną fizjoterapeutkę, która odwiedzała placówkę 2–3 razy w tygodniu. Placówka nie zatrudniała profesjonalnego terapeuty zajęciowego, a zgodnie z relacją dyrektor placówki, w wolnym czasie mieszkanki mają dostęp do kolorowanek i krzyżówek, czytają gazety, układają puzzle oraz oglądają telewizję.

Podczas wizytacji przedstawiciele Krajowego Mechanizmu dowiedzieli się, że dwie mieszkanki to osoby leżące, które cały swój czas mają przebywać w pokoju. Z relacji dyrektor placówki wynika, że ze względu na swój stan mieszkanki nie są wyprowadzane na wózek i na zewnątrz, a ich pokoje są regularnie wietrzone.

Co do zasady mieszkanki nie miały również organizowanych wycieczek i wyjść poza placówkę.

Na czas wizytacji żadna z mieszanek nie miała ułożonego indywidualnego programu zajęć, jednak właściciel placówki zapewniła, że po rozbudowie placówki taki program zostanie stworzony.

58. W ocenie KMPT mieszkańcy powinni mieć zapewnioną terapię zajęciową, która pomogłaby w ich aktywizacji fizycznej, psychicznej, jak również intelektualnej. Jak zauważa CPT, proces opieki nad mieszkańcami placówek opiekuńczych powinien obejmować terapię zajęciową, rehabilitację, jak również zajęcia o charakterze rekreacyjnym. Według 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 dobrostanu³¹. Za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia.

59. **KMPT zaleca nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym terapeutą zajęciowym.**

60. **KMPT zaleca regularne wyprowadzanie mieszanek leżących na zewnątrz oraz rozważanie organizowania mieszkankom wycieczek poza placówkę – o ile z opinii lekarza wynika, że stan zdrowia danej mieszkanki na to pozwala.**

61. **KMPT zwraca się o informację, czy placówka opracowała już indywidualny program zajęć dla poszczególnych mieszkańców placówki.**

E. Rejestry, procedury, dokumentacja

62. W wizytowanej placówce nie było opracowanych procedur regulujących sposób postępowania personelu, np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, zdarzeń niepożądanych, autoagresji czy zgłaszania podejrzenia przemocy odpowiednim instytucjom. 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.

63. **KMPT rekomenduje wprowadzenie odpowiednich procedur, np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, zdarzeń**

³¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, par. 171.

niepożądanych, autoagresji czy zgłaszania podejrzenia przemocy odpowiednim instytucjom.

64. W dniu wizytacji placówka nie posiadała również wymaganych prawnie³² rejestrów: ewidencji przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki, ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego³³ oraz rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych.

65. **KMPT rekomenduje założenie oraz prowadzenie brakujących rejestrów, zgodnie z obowiązującymi przepisami.**

66. Podczas wizytacji przedstawiciele Krajowego Mechanizmu otrzymali informację, że w placówce nie jest prowadzony zeszyt obserwacji mieszkańców, a wszelkie informacje dotyczące przebiegu zmiany opiekuńczej przekazywane są ustnie między pracownikami.

Z uwagi na plany powiększenia placówki, a co za tym idzie, zwiększenia liczby personelu, KMPT dostrzega ryzyko związane z brakiem prowadzenia pisemnych notatek na temat stanu mieszkańców. Brak pisemnych notatek stanie się szczególnie problematyczny w sytuacji, w której informacje o mieszkańcach będą potrzebne w przypadku nieobecności jednego z opiekunów, zatrudnienia dodatkowego opiekuna lub zmiany na tym stanowisku.

67. **KMPT zaleca założenie oraz regularne prowadzenie zeszytu obserwacji mieszkańców w placówce.**

F. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

68. KMPT każdorazowo zwraca uwagę, czy placówki całodobowej opieki w ogólnodostępnych miejscach (np. korytarzach) zamieszczają 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. Analogiczne zabezpieczenie stanowi również jasna i ogólnodostępna informacja dotycząca mechanizmu skargowego w placówce.

³² Zob. art. 68a i 68aa u.o.p.s.

³³ Z informacji uzyskanych od dyrektora placówki wynika, że w PCO nie stosuje wobec mieszkańców środków przymusu bezpośredniego, co jest zgodne z obowiązującym prawem, gdyż personel placówek całodobowej opieki nie jest uprawniony do ich stosowania. Pomimo tego PCO są zobowiązane do prowadzenia ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego (wraz ze wskazaniem daty i rodzaju tego środka) z uwagi na prawo innych podmiotów mających wstęp na teren placówki, np. funkcjonariuszy Policji czy ratowników medycznych, do stosowania środków przymusu.

69. Na tablicy ogłoszeń w części wspólnej dla mieszkańców znajdowały się: informacja o godzinach wydawania posiłków, regulamin organizacyjny placówki oraz wykaz codziennych obowiązków pracowników. Brakowało natomiast informacji dotyczących zakresu działalności prowadzonej w placówce, numeru placówki w rejestrze placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, numerów alarmowych oraz danych teleadresowych organów, właściwych miejscowo instytucji i organizacji działających w zakresie wolności i praw człowieka oraz instytucji kontrolnych.

70. **KMPT przypomina, że znowelizowane przepisy ustawy o pomocy społecznej³⁴ zobowiązały właścicieli placówek do zamieszczenia tych informacji na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku, oraz rekomenduje wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji, do których mieszkaniac lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca.** Takimi instytucjami mogą być np.: Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii Rzecznika – 800 676 676), Rzecznik Praw Pacjenta, Wydział Polityki Społecznej Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Toruniu czy organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

71. Regulamin organizacyjny spisany w placówce określa bardzo ogólnie zasady i wytyczne dotyczące wszystkich osób przebywających w PCO. KMPT stoi na stanowisku, że pensjonariusze oraz osoby ich odwiedzające powinny mieć szczegółową wiedzę, co jest w placówce dozwolone, a co zakazane.

72. **KMPT zaleca uzupełnienie regulaminu placówki o treści związane z prawami i obowiązkami mieszkańców i osób ich odwiedzających.**

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

74. Rejestr taki może nie tylko pomóc w identyfikacji i rozwiązywaniu problemów zaraz po ich pojawieniu się, lecz także służyć jako narzędzie zarządzania, pomagając kierownictwu i personelowi w zapobieganiu nadużyciom³⁵.

³⁴ Zob. art. 68a pkt 3 u.o.p.s.

³⁵ CPT podkreśla, że każda placówka powinna prowadzić spis skarg w specjalnym rejestrze, zwracając należytą uwagę na zasady poufności i bezpieczeństwa. Taki rejestr powinien zawierać nazwiska skarżących, rodzaj i przedmiot skarg, wynik procedury składania skarg i procedury odwoławczej, działania następcze podjęte w celu naprawienia zarzucanej sytuacji oraz wszelkie rekompensaty przyznane skarżącym. Zapisy te powinny służyć jako narzędzie zarządzania. Na przykład może się

75. **W celu zapewnienia jak najlepszego dostępu do mechanizmu skargowego KMPT rekomenduje stworzenie poufnego rejestru skarg i wniosków 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 (w razie potrzeby należy stosować powtarzalne, uproszczone, zindywidualizowane formaty werbalne lub obrazkowe), zarówno ustnie, jak i pisemnie (np. przez wyeksponowanie informacji na tablicy informacyjnej). Zapewnienie powyższego standardu jest istotne w kontekście rozbudowy placówki i planowanego zwiększenia liczby mieszkańców.

76. **Dodatkowo KMPT rekomenduje zamontowanie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności.** Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. wyznaczony pracownik administracyjny). Skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze skarg i wniosków. Zapewnienie powyższego standardu jest istotne w kontekście rozbudowy placówki i planowanego zwiększenia liczby mieszkańców.

G. Monitoring wizyjny

77. Placówka co do zasady nie była objęta monitoringiem wizyjnym. W jednym z pokoi mieszkalnych, zlokalizowanym na piętrze, przedstawiciele KMPT ujawnili jednak kamerę, skierowaną do wewnątrz pomieszczenia. Z wyjaśnień dyrektor wynikało, że w wyniku prac remontowych kamera musiała zostać przekierowana do wewnątrz pomieszczenia. Z zapewnień dyrektor wynikało, że kamera jest wyłączona.

78. KMPT stoi na stanowisku, że obecność kamery stwarza ryzyko naruszenia prywatności mieszkańców, wprowadza w błąd co do rzeczywistego poziomu bezpieczeństwa oraz może powodować niepokój.

79. **Podczas rozmowy podsumowującej dyrektor placówki zgodziła się, że kamera powinna zostać usunięta, dlatego KMPT zwraca się o informację, czy kamera została zdemonstrowana.**

zdarzyć, że wiele skarg odnosi się do tych samych pracowników lub że niektóre kategorie osób pozbawionych wolności rzadko składają formalne skargi. Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 70 i 90.

H. Personel

80. W dniu wizytacji placówka zatrudniała jedną opiekunkę, jedną fizjoterapeutkę oraz jedną pielęgniarkę. Wszystkie zatrudnione osoby posiadały kwalifikacje odpowiednie do pełnionego stanowiska. Ponadto dyrektor placówki posiada wykształcenie psychologiczno-socjologiczne i ukończyła kurs opiekuna osób starszych, a z informacji uzyskanych podczas wizytacji wynika, że przebywa w PCO codziennie, również doglądając mieszkank.

81. Aktualnie pracownicy placówki nie uczestniczą w systematycznych szkoleniach umożliwiających podnoszenie kwalifikacji, organizowanych przez zewnętrznych ekspertów. Z relacji dyrektor wynika, że zatrudniona w placówce pielęgniarka udziela od czasu do czasu opiekunom wewnętrznego instruktazu w zakresie opieki nad mieszkańcami.

82. 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 pracy³⁶. Szkolenia personelu są również mechanizmem zapobiegania torturom i poniżającemu traktowaniu oraz sprzyjają standardom pracy i opieki.

83. **KMPT zaleca zapewnienie systematycznego doskonalenia zawodowego pracowników PCO w obszarach: opieki nad mieszkańcami (z uwzględnieniem wykonywanych przez pracowników zadań), radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.**

84. Pracownicy PCO nie mają możliwości skorzystania z superwizji.

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

86. **Krajowy Mechanizm rekomenduje rozważenie zapewnienia personelowi placówki możliwości regularnego korzystania z superwizji, prowadzonej przez zewnętrznego specjalistę.**

³⁶ 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 Dyrektor Placówki Całodobowej Opieki „Barwna Jesień Życia” w Toruniu:

1. przechowywanie dokumentacji osobowej oraz medycznej mieszkańców w placówce, w sposób gwarantujący jej zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych (np. w specjalnie zabezpieczonych szafach);
2. zwiększenie obsady medycznej w placówce w celu zapewnienia, że przez całą dobę na zmianie jest obecna minimum jedna pielęgniarka lub ratownik medyczny;
3. zapewnienie mieszkańcom profilaktycznych badań lekarskich po przyjęciu do placówki oraz podczas dalszego pobytu;
4. zapewnienie mieszkańcom regularnych wizyt lekarza psychiatry, tak by mieszkańcy mieli z nim osobisty kontakt;
5. wyeliminowanie praktyki podawania mieszkańcom leków podstępem;
6. nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym terapeutą zajęciowym;
7. regularne wyprowadzanie mieszkanki leżących na zewnątrz oraz rozważanie organizowania mieszkankom wycieczek poza placówkę, o ile z opinii lekarza wynika, że stan zdrowia mieszkanki na to pozwala;
8. dokumentowanie obrażeń ciała i stanu zdrowia mieszkańców – zarówno przy przyjęciu nowego mieszkańca, jak i po jego powrocie do placówki z miejsc, w których mógł doświadczyć złego traktowania – zgodnie ze standardami międzynarodowymi, w szczególności przez modyfikację karty przyjęcia w zakresie liczby, wielkości i szczegółowości map ciała, rozbudowania części opisowych kart przyjęcia, a także załączanie do dokumentacji medycznej mieszkańców wykonywanych zdjęć obrażeń;
9. ograniczanie samodzielnych wyjść pensjonariuszy jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego, a także uzupełnienie dokumentacji mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej;
10. zaprzestanie ograniczania mieszkańcom kontaktu z innymi osobami oraz odstąpienie od uzależniania tego prawa od zgody bądź życzeń członków rodziny czy innych osób bliskich mieszkańca;
11. umożliwienie odwiedzin mieszkańców w ich pokojach;
12. wydłużenie godzin odwiedzin w tygodniu;

13. założenie rejestru wyjść mieszkańców poza teren placówki;
14. wprowadzenie odpowiednich procedur np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, zdarzeń niepożądanych, autoagresji czy zgłaszania podejrzenia przemocy odpowiednim instytucjom;
15. założenie oraz prowadzenie brakujących rejestrów: ewidencji przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki, ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego oraz rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych;
16. założenie oraz regularne prowadzenie zeszytu obserwacji mieszkańców w placówce;
17. wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, 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;
18. uzupełnienie regulaminu placówki o treści związane z prawami i obowiązkami mieszkańców oraz osób ich odwiedzających;
19. stworzenie poufnego rejestru na skargi i wnioski oraz poinformowanie mieszkańców oraz ich opiekunów prawnych i faktycznych o jego istnieniu;
20. zamontowanie skrzynki na skargi oraz odnotowywanie otrzymanych skarg w rejestrze skarg i wniosków;
21. przeprowadzenie dla wszystkich pracowników szkolenia z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego, a także systematyczne doskonalenie zawodowe w obszarach: opieki nad mieszkańcami (z uwzględnieniem wykonywanych przez pracowników zadań) radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;
22. rozważenie zapewnienia personelowi placówki możliwości regularnego korzystania z supervizji prowadzonej przez zewnętrznego specjalistę.

Ponadto, na podstawie art. 20 OPCAT, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Dyrektora Placówki Całodobowej Opieki „Barwna Jesień Życia” w Toruniu o udzielenie informacji wskazanych w pkt 17, 19, 23, 61 i 79 raportu.

Opracowała: Karolina Sobocińska

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/