



Wrocław, 28-11-2022 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Pełnomocnik Terenowy  
Rzecznika Praw Obywatelskich  
we Wrocławiu**

**BPW.575.1.2022.NK**

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Domu Pomocy  
Społecznej „Magnolia” w Głogowie**

**1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur**

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>. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)<sup>2</sup>.

---

<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> Zob. Art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2020 r., poz. 627).

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>3</sup>. Z kolei za „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 jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej<sup>4</sup>”.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urzędzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego<sup>5</sup>. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane<sup>6</sup>.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji, opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach poczynionych podczas wizyty, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu<sup>7</sup>.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg<sup>8</sup>. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw

---

<sup>3</sup> Zob. Art. 4 ust. 1 OPCAT.

<sup>4</sup> Zob. Art. 4 ust. 2 OPCAT.

<sup>5</sup> Zob. Art. 20 OPCAT.

<sup>6</sup> Zob. Art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

<sup>7</sup> Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2020 r., Część II – Jak pracuje KMPT ?.

<sup>8</sup> Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt. 6. Zobacz 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, New York i Genewa 2018, s. 4-6.

człowieka, w szczególności standardy ONZ<sup>9</sup> oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu ujawnią ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też, na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji ich wystąpienia w przyszłości.

## **2. Wstęp**

Na podstawie artykułu 19 OPCAT oraz na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 13-15 września 2022 r. została przeprowadzona wizytacja KMPT w Domu Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie (dalej: Dom, DPS lub placówka).

W skład zespołu wizytującego wchodziło: Klaudia Kamińska, Rafał Kulas oraz reprezentująca Biuro Pełnomocnika Terenowego Rzecznika Praw Obywatelskich we Wrocławiu dr Natalia Kłaczyńska (prawnicy).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzanie sposobu traktowania i warunków pobytu mieszkańców DPS, w celu wzmocnienia ich ochrony przed ryzykiem tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, a następnie przedstawianie rekomendacji właściwym władzom, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- rozmowie na temat funkcjonowania placówki z Anną Orlińską – kierowniczką działu opiekuńczo-terapeutycznego DPS;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym: pokoi mieszkańców, sanitariatów, jadalni, pomieszczeń do rehabilitacji;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z mieszkańcami i pracownikami;

---

<sup>9</sup> Zob. art. 19 pkt. b) OPCAT.

- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną. Ponadto, po jej zakończeniu, przeanalizowano dokumenty związane z funkcjonowaniem placówki.

Wstępne uwagi podsumowujące wizytację przedstawiono dyrektorowi placówki, Dariuszowi Wojtkowiakowi.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie mieszkańców przez personel placówki, kwalifikacje zawodowe personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W niniejszym Raporcie nie opisywano całokształtu funkcjonowania DPS w zakresie tych zagadnień, lecz uwzględniono tylko te obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Scharakteryzowane zostały również problemy systemowe wymagające zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania.

### **3. Zakaz represji**

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkaniec DPS, pracownik miejsca zatrzymania, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że „żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób”.

### **4. Charakterystyka placówki**

Dom Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie przeznaczony jest dla przewlekle somatycznie chorych, dorosłych kobiet i mężczyzn, wymagających

całodobowej opieki ze względu na wiek, choroby lub niepełnosprawności. Placówka dysponuje 120 miejscami. W dniu wizytacji przebywało w niej 98 pensjonariuszy, w tym 6 osób umieszczonych na mocy postanowienia sądu oraz 9 osób ubezwłasnowolnionych całkowicie.

Placówka zlokalizowana jest w czteropiętrowym budynku, nieogrodzonym, otoczonym przez bloki mieszkalne. Na każdym piętrze Domu wyodrębniono jeden oddział mieszkalny. Pensjonariusze zakwaterowani są w większości w modułach składających z dwóch pokoi 1-osobowych i jednej wspólnej łazienki. W budynku działa winda.

Kontrolę i nadzór nad statutową działalnością Domu sprawuje Starosta Głogowski przy pomocy Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie. Nadzór nad jakością świadczonych usług oraz zgodnością zatrudnienia pracowników z wymaganiami kwalifikacyjnymi sprawuje Wojewoda Dolnośląski.

Przy Domu funkcjonuje filia – Dom Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Intellektualnie. Filia nie była przedmiotem wizytacji KMPT.

## **5. Problemy systemowe**

### **5.1 Niestandardowe formy opieki w DPS**

W DPS stosuje się niestandardowe formy opieki nad mieszkańcami, których celem jest zabezpieczenie osoby narażonej na samookaleczenie lub uszkodzenie ciała, spowodowane niesprawnością fizyczną. Jednym z takich środków są miękkie, stabilizujące szelki zakładane mieszkańcom poruszającym się na wózkach. Taki sposób zabezpieczenia pozwala na pionizację tych mieszkańców i tym samym ich uczestniczenie we wspólnych imprezach, wyjściach na świeże powietrze, etc. W placówce używane są także pasy służące do bezpiecznego i efektywnego podnoszenia mieszkańca z wózka. Na wyposażeniu DPS znajdują się również specjalne kombinezony („śpiochy”) dla dorosłych, przeznaczone dla osób leżących lub długotrwale unieruchomionych, z chorobą Alzheimera, niepełnosprawnych, po przebytych udarach, ze skłonnościami do rozbierania się, zdejmowania pieluch i niszczenia odzieży. Powyższe elementy zabezpieczeń były zakupione przez DPS w specjalistycznych sklepach medycznych lub ortopedycznych.

Stosowanie powyższego sprzętu zabezpieczającego nie było odnotowywane w dokumentacji. Nie ma też jasnych wytycznych co do tego, kto zleca stosowanie takich metod i na jak długo. Jak ustaliła delegacja KMPT, w wizytowanej placówce osobami zlecającymi byli najczęściej lekarz, pielęgniarka oraz rehabilitant.

Powyższa sytuacja obrazuje istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki. Zagadnienie to było przedmiotem oficjalnego wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia w dniu 13.06.2022 r.<sup>10</sup> z prośbą o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym.

W procesie opiekuńczym istnieją bowiem sytuacje, gdzie stosowanie środków zabezpieczających jest niezbędne dla ochrony zdrowia mieszkańca. W związku z tym ich stosowaniu musi towarzyszyć szereg gwarancji o charakterze proceduralnym i materialnym. Z punktu widzenia art. 31 ust. 3 Konstytucji gwarancje te powinny być określone w ustawie. Doprecyzowanie w ustawie takich sytuacji pozwoli również na ujednoczenie praktyki w placówkach opiekuńczych i ewentualnych rozbieżności interpretacyjnych dotyczących stosowania prawa, w szczególności oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni, czy też nie.

Na potrzebę uregulowania w ustawie stosowanych przez personel opiekuńczy środków zabezpieczenia wskazała również grupa robocza Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, opiniująca wprowadzoną przez jeden z zakładów opiekuńczo-leczniczych, procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki<sup>11</sup>.

W opinii KMPT zastosowanie wobec mieszkańca zabezpieczeń może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko związane z taką formą opieki, KMPT rekomenduje:

---

<sup>10</sup> Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13.06.2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w DPS.

<sup>11</sup> Opinia Zespołu Ekspertów przy Krajowym Mechanizmie Prewencji Tortur z dnia 29 sierpnia 2019 r. Zob. również raport KMPT z wizytacji Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Warszawie, ul. Mehoffera 72/74, przeprowadzonej w dniach 28-29 marca 2018 r., KMP.573.5.2018.RK, pkt. 4.1. pt. Traktowanie pacjentów.

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi odpowiednich zabezpieczeń. W procedurze takiej należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkańcem, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, tj. lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańców oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujednolicić praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie warto też przypomnieć, że wszelkie zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z poszanowaniem godności człowieka i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.

2. Stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza. Lekarz po zbadaniu mieszkańca i indywidualnej ocenie stanu zdrowia i ryzyka powinien odnotować w dokumentacji medycznej mieszkańca potrzebę zastosowania środka, czas i okoliczności jego stosowania, ewentualne przeciwwskazania i inne uwagi, istotne dla zapewnienia właściwej opieki. Potrzeba dalszego stosowania 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 w podeszłym wieku i z niepełnosprawnościami.

## **5.2 Opieka pielęgniarska**

W placówce zatrudnione są 4 pielęgniarki, z czego nie wszystkie na pełen etat (łącznie 2 i 3/4 etatu). Dodatkowo wspiera je kierowniczką działu opiekuńczo-terapeutycznego, która także jest pielęgniarką, ale realizuje głównie obowiązki o charakterze administracyjnym. Dyżur pielęgniarski sprawowany jest codziennie w godz. 7.00-19.00. W nocy nie ma obsady pielęgniarskiej.

Jak dostrzegła delegacja KMPT, w DPS jest dużo osób w ciężkim stanie zdrowia oraz mieszkańców leżących, co wymaga większej uwagi i nakładu pracy. Konieczne jest

także zapewnienie opieki pielęgniarskiej w porze nocnej. Wielu mieszkańców wymaga bowiem podania leku, insuliny, wykonania pomiaru cukru lub oceny sytuacji pod kątem medycznej interwencji, do czego nie są uprawnieni opiekunowie pełniący dyżur nocą. Na potrzebę zapewnienia obecności co najmniej jednej pielęgniarki w porze nocnej wskazuje Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (dalej: CPT)<sup>12</sup>.

Dyrektor DPS od dawna czyni starania o zatrudnienie dodatkowych pielęgniarek. Brak jednak chętnych do pracy, co wynika m.in. z dysproporcji pomiędzy wynagrodzeniami pielęgniarek zatrudnionymi w domach pomocy społecznej, a w jednostkach sektora medycznego.

Powyższa sytuacja potwierdza istnienie problemu systemowego, którego rozwiązanie wymaga wsparcia ustawodawcy. Kwestia ta była przedmiotem wystąpienia RPO do Minister Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia w czerwcu 2021 r.<sup>13</sup>.

Zgodnie z art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (dalej: u.p.s.)<sup>14</sup>, dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb mieszkańców domu. Placówki te nie pełnią natomiast funkcji leczniczych i pielęgniarskich, a jedynie umożliwiają i organizują mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dom pomocy społecznej może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 59 u.p.s.)<sup>15</sup>.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej<sup>16</sup> umożliwia się zatrudnienie pielęgniarki w domach pomocy

<sup>12</sup> Persons deprived of their liberty in social care establishments. Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, par. 19

<sup>13</sup> Wystąpienie generalne z dnia 21 czerwca 2021 r. do Minister Rodziny i Polityki Społecznej; KMP.575.9.2021.JJ.

<sup>14</sup> Tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.

<sup>15</sup> Tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r., poz. 1285.

<sup>16</sup> Tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 551.



społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie. Jednakże status pielęgniarki zatrudnionej w domu pomocy społecznej jest inny aniżeli pielęgniarki zatrudnionej w placówkach służby zdrowia. Główną przyczynę stanowi różnicowanie wysokości wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych, zdecydowanie wyższego (finansowanego są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia) od wynagrodzenia przysługującego pielęgniarkom zatrudnionym w domach pomocy społecznej.

Z uwagi na fakt, że domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, wynagrodzenie pielęgniarek w nich zatrudnionych pochodzi z budżetu samorządów. Nierówności w wynagradzaniu pielęgniarek zatrudnionych w dps-ach (brak dodatków, podwyżek, etc.) w porównaniu do tych pracujących w służbie zdrowia, w efekcie powoduje problemy w znalezieniu do pracy w dps-ach osób o tym wykształceniu lub częstych rezygnacji pielęgniarek/pielęgniarzy już zatrudnionych w dps-ach na rzecz podmiotów leczniczych.

W ocenie KMPT sytuacja ta zdecydowanie przekłada się na obniżenie standardów w zapewnieniu opieki i pielęgnacji mieszkańców dps-ów. Konieczna jest zatem nowelizacja obowiązujących przepisów w taki sposób, aby wysokość wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, była analogiczna, jak w przypadku pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Ze względu na uzasadnione potrzeby domów pomocy społecznej w zakresie personelu, uzupełnienie braków kadrowych personelu pielęgniarskiego i tym samym podniesienie standardu opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej Rzecznik Praw Obywatelskich będzie monitorował powyższe kwestie w procesie legislacyjnym.

### **5.3. Mieszkańcy uzależnieni od alkoholu**

Z informacji uzyskanych w czasie wizytacji wynikało, że w DPS zdarzają się przypadki nadużywania alkoholu przez niektórych mieszkańców. Placówka podejmuje będące w jej dyspozycji środki zaradcze, ale ich skuteczność jest ograniczona. Prowadzone są rozmowy motywujące do zachowania abstynencji. Proponowany jest udział w spotkaniach terapeutycznych dla osób uzależnionych. W uzasadnionych przypadkach DPS kieruje do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wnioski o podjęcie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu obowiązku

poddania się leczeniu odwykowemu. Wobec mieszkańców nagminnie nadużywających alkoholu stosowane jest także upomnienie pisemne z wpisem do akt, będące zgodnie z Regulaminem Mieszkańców DPS karą (której stosowanie nie jest prawnie dopuszczalne, co omówiono w pkt 6.5 Raportu).

KMPT zwraca uwagę, że problem uzależnienia od alkoholu niektórych mieszkańców domów pomocy społecznej jest problemem systemowym. Osoby nadużywające alkoholu często dezorganizują życie domu, zakłócają porządek, powodują zaburzenie relacji interpersonalnych oraz eskalację konfliktów i napięcia, zaś przejawiana niekiedy agresja stanowi poważny problem dla innych mieszkańców i personelu. Co prawda, nowelizacja u.p.s. z dnia 22 lutego 2013 r. doprowadziła do powołania nowego typu domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu. Niestety, nie rozwiązało to problemu nadużywania alkoholu przez niektórych mieszkańców domów pomocy społecznej i zakłócania spokoju pozostałych osób, bowiem w Polsce funkcjonuje obecnie tylko jeden tego typu dom<sup>17</sup>. Należy mieć nadzieję, że będzie ich powstawać więcej.

#### **5.4. Pełnienie przez pracownika Domu funkcji opiekuna prawnego**

W DPS przebywało podczas wizytacji 9 osób ubezwłasnowolnionych. W trzech przypadkach ich opiekunami byli pracownicy Domu. Wizytujący nie otrzymali niepokojących sygnałów na temat sprawowania przez pracowników DPS funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych, jednak kwestia ta od lat budzi wątpliwości przedstawicieli KMPT. Problem ma charakter systemowy. Z jednej bowiem strony takie rozwiązanie może być korzystne dla mieszkańców, którzy dzięki tej praktyce mają stały kontakt ze swoim opiekunem prawnym. W przypadku braku rodziny lub innych bliskich osób albo braku zainteresowania z ich strony, pracownicy domów pomocy społecznej są jedynymi osobami gotowymi podjęcia się funkcji opiekuna prawnego. Co więcej, z informacji przekazywanych przedstawicielom KMPT podczas kolejnych wizyt wynika, że często to same sądy wywierają presję, aby to właśnie któryś z pracowników wyraził chęć sprawowania opieki nad ubezwłasnowolnionym.

Warto jednak zauważyć, że jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i

---

<sup>17</sup> Dom Pomocy Społecznej w Krakowie

nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Pracownikom domów pomocy społecznej trudno w tej sytuacji zachować obiektywność w ocenie oferty opiekuńczej domu. Ponadto pełnienie przez personel domów pomocy społecznej funkcji opiekunów prawnych wiąże się de facto z nakładaniem na nich dodatkowych obowiązków kosztem czasu wolnego lub prywatnego. Może to zatem prowadzić do braku odpowiedniej motywacji, by właściwie i rzetelnie wykonywać powierzone obowiązki.

Na problem ten zwracał również uwagę CPT podkreślając, że jednym z aspektów roli opiekuna jest obrona – w razie konieczności – praw osób z niepełnosprawnościami wobec instytucji przyjmującej. Pełnienie funkcji opiekuna przez pracownika tej samej instytucji może prowadzić do konfliktu interesów i zagrozić niezależności i bezstronności opiekuna. CPT rekomenduje w takich sytuacjach, aby władz kraju dążyły do znalezienia alternatywnych rozwiązań, które mogłyby lepiej zagwarantować niezależność i bezstronność opiekunów<sup>18</sup>.

## **6. Obszary wymagające poprawy**

### **6.1. Personel**

Wizytujący nie otrzymali sygnałów świadczących o złym traktowaniu mieszkańców przez personel. Przeciwnie, opinie na temat pracowników były bardzo dobre. W czasie swojego pobytu przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na empatię i profesjonalizm pracowników. Mieszkańcy byli też zadbani pod względem higienicznym.

Widoczne zaangażowanie personelu w świadczenie pomocy mieszkańcom nie niweluje jednak ewidentnych braków w obsadzie kadrowej placówki na stanowiskach związanych z bezpośrednim kontaktem z pensjonariuszami (opiekunowie, pokojowe). Deficyty w obsadzie pielęgniarstwa, jako problem systemowy, omówiono w pkt. 5.2 Raportu.

W ciągu dnia na każdym oddziale dyżur pełnią 3 osoby (opiekunki i pokojowe – w różnych proporcjach), zaś w ciągu nocy – w całym Domu dyżurują 3 opiekunki. Obsada szczególnie w porze nocnej jest zdecydowanie zbyt mała. Na jednego pracownika przypada bowiem nocą ponad 30 mieszkańców. Biorąc pod uwagę, iż

---

<sup>18</sup> Raport z wizytacji CPT na Łotwie w 2016 r., [CPT/Inf (2017) 16; pkt. 157]

pokoje mieszkańców usytuowane są na różnych kondygnacjach, a także ich stany chorobowe, takie obciążenie może stwarzać ryzyko braku odpowiednio szybkiej reakcji w stanach zagrożenia.

W ocenie KMPT niedostateczna jest także obsada dyżurów w porze dziennej. Zakres prac wykonywanych na oddziale, wykazywany po każdym dyżurze w zeszycie raportów opiekunek, obejmuje bardzo szerokie spectrum obowiązków, w tym mycie mieszkańców, ich karmienie, rozmowy z nimi, podawanie leków, sprzątanie pokoi, łazienek, korytarzy i piwnicy, pranie pościeli i odzieży, mycie naczyń, pomiar tętna mieszkańców. Obowiązki te wykonują wspólnie opiekunki i pokojowe (nie ma między nimi podziału zadań), w zależności od potrzeb. Obciążenie obowiązkami nieadekwatne do wymiaru czasu pracy powoduje, że personel nie jest często w stanie zaoferować mieszkańcom właściwej opieki.

Dotyczy to zwłaszcza reagowania na wezwania mieszkańców poprzez sygnalizację przyzywową. Wizytujący otrzymali od mieszkańców liczne sygnały wskazujące na konieczność długiego oczekiwania na reakcję personelu (czasami do 40 minut). Przedstawiciele KMPT mają świadomość, że nie wynika to z lekceważenia potrzeb mieszkańców przez personel placówki, tylko z równoczesnego zaangażowania w inne zajęcia. Konieczność długiego oczekiwania na reakcję na wezwanie nie tylko stwarza ryzyko wystąpienia zagrożenia dla życia lub zdrowia mieszkańca, lecz także może mieć wpływ na naruszenie prawa mieszkańców do poczucia bezpieczeństwa w Domu. Jako pochodną zbyt niskiego poziomu zatrudnienia traktować trzeba także takie ograniczenia praw mieszkańców, jak zamykanie całego oddziału na klucz (co omówiono w pkt. 6.6 Raportu) czy brak wyjść z mieszkańcami na zewnątrz budynku w weekendy (co omówiono w pkt. 6.2).

W ocenie KMPT niewystarczający jest także poziom zatrudnienia na stanowisku psychologa. Jest on zatrudniony na 0,25 etatu. Do jego obowiązków należy m.in. diagnozowanie mieszkańców Domu, organizowanie i prowadzenie terapii psychologicznej dla mieszkańców, czynny udział w pracach zespołu terapeutycznego w opracowywaniu indywidualnych planów wsparcia i ich realizacji (Regulamin organizacyjny Domu - § 35). Zważywszy na liczbę mieszkańców placówki, z których znaczna część wymaga wsparcia psychologicznego, istniejący poziom zatrudnienia jest zbyt niski.

Zdaniem KMPT psycholog ma do odegrania w placówkach opiekuńczych szczególną rolę. Może pomóc nowo przyjmowanym mieszkańcom w adaptacji w

nowym miejscu i pokonaniu towarzyszących im trudności i obaw. Psycholog powinien także pomagać w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych poprzez prawidłowe zdiagnozowanie przyczyny konfliktu, obejmować wzmożoną opieką mieszkańców trudnych, pomagać w przezwyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, diagnozować osobowość mieszkańca, jak również prowadzić współpracę z rodzinami i osobami najbliższymi. W trudnych sytuacjach życiowych, czy w okresach obniżonego nastroju podjęcie odpowiednio wczesnej interwencji psychologicznej nie tylko wpływa na komfort mieszkańców, ale również pełni funkcję profilaktyczną redukując ryzyko pogłębienia się trudności doświadczanych przez pensjonariuszy i zapobiegając pogorszeniu się stanu ich zdrowia.

Zapewnienie właściwej opieki psychologicznej jest szczególnie istotne, gdy mieszkaniec trafia do placówki wbrew swojej woli, w wyniku decyzji sądu. Doświadcza wtedy silnego oporu, nie potrafi pogodzić się ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Wówczas rola psychologa jest bardzo istotna.

KMPT rekomenduje więc zwiększenie zatrudnienia w placówce na stanowiskach opiekuna, pokojowej i psychologa. Dyrekcja Domu podejmuje liczne działania w kierunku pozyskania nowych pracowników, co zostało zaprezentowane wizytującym. Ich skuteczność uzależniona jest jednak od zapewnienia środków finansowych na wynagrodzenia, by oferta pracy w Domu stała się zachęcająca na tle zdecydowanie atrakcyjniejszych finansowo miejsc pracy Legnicko-Głogowskiego Zagłębia Miedziowego.

W latach 2020-2022 personel placówki uczestniczył w szkoleniach dotyczących m.in.: depozytów mieszkańców, opieki nad pacjentem z cukrzycą, praw i obowiązków mieszkańców, wypalenia zawodowego.

KMPT pozytywnie ocenia starania placówki w kierunku zapewnienia kadrze rozwoju zawodowego. Zachęca jednocześnie, by rozwój i wsparcie merytoryczne personelu miało charakter systematyczny i adekwatny do potrzeb. Szkolenie personelu jest bowiem mechanizmem zapobiegania przemocy, torturom, nieludzkiemu i poniżającemu traktowaniu, a także budowania odpowiedniej kultury organizacyjnej. Zważywszy na profil mieszkańców Domu i uwzględniając potrzeby zgłaszane wizytującym przez personel placówki, wskazane byłoby poszerzenie ofert szkoleniowej o zajęcia z zakresu opieki nad osobami w podeszłym wieku, z niepełnosprawnością fizyczną lub intelektualną, w tym rehabilitacji geriatrycznej oraz komunikacji z takimi osobami, uwzględniającej ich deficyty. Wprawdzie komunikacja

interpersonalna była uwzględniona w jednym ze szkoleń przeprowadzonych w 2022 r., ale stanowiła ona jeden z wielu tematów tam poruszonych.

KMPT rekomenduje również zorganizowanie personelowi superwizji, która pozwoli na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu.

CPT podkreśla, że z uwagi na trudny charakter pracy, personel oddziałowy w domu opieki (pielęgniarka, salowa) powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki<sup>19</sup>.

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy<sup>20</sup>.

## **6.2 Warunki bytowe i rekreacja**

Do najpoważniejszych mankamentów wizytowanej placówki należą łazienki niedostosowane do potrzeb mieszkańców. Blisko połowa łazienek została w niedawnym czasie zmodernizowana. Pozostałe (28) wymagają pilnego remontu. Część niewyremontowanych łazienek jest w ogóle wyłączona z użytku ze względu na niedrożność kanalizacji i powtarzające się zalania niższych kondygnacji. Pensjonariusze zakwaterowani w pokojach, przy których są one zlokalizowane, zmuszeni są do korzystania z innych łazienek. Z kolei te z niewyremontowanych łazienek, w których kanalizacja jest sprawna, nie spełniają wymogów korzystania z nich przez osoby niesprawne ruchowo – brodziki mają ok. 20-centymetrowy próg, brak poręczy przy umywalkach i miskach ustępowych, zbyt mała jest przestrzeń manewrowa dla osób poruszających się na wózku.

Ponieważ przeprowadzenie remontów wymaga znacznych środków finansowych, placówka złożyła w 2021 r. wniosek do Zarządu Powiatu Głogowskiego o

<sup>19</sup> Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zobacz również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

<sup>20</sup> Zob. art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych CM/Rec (2014) 2, przyjętych przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 19 lutego 2014 r.

ich dofinansowanie, wskazując na powtarzające się awarie i zalania oraz argumentując, że remont przyczyni się do poprawy bezpieczeństwa mieszkańców. Wniosek nie został jednak uwzględniony.

Mając na względzie bezpieczeństwo mieszkańców, którzy są w przeważającej części niesprawni ruchowo, KMPT zaleca pilne przeprowadzenie remontu łazienek tak, by były one dostosowane do ich potrzeb.

Planując przyszłe remonty, warto mieć na uwadze standardy opracowane przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier, zgodnie z zasadami planowania dostępności i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT. Stanowią one o odpowiednich warunkach dla mieszkańców, które zapewnią im samodzielne korzystanie z sanitariatów:

- w łazienkach wszystkie krany powinny mieć zamiast kurków przedłużoną dźwignię, ułatwiającą uruchomienie ich osobom ze słabszymi rękami
- wysokość muszli ustępowej: 45- 50 cm
- poręcze powinny być w odległości 40 cm od osi muszli i umieszczone na wysokości: 70-85 cm
- wysokość brodzika pod prysznicem do 2 cm
- górna krawędź umywalki powinna być umieszczona na wysokości 85 cm
- dolna krawędź lustra powinna zaczynać się od poziomu umywalki (by skorzystała z niego również siedząca na wózku inwalidzkiej osoba), a górna sięgać do wysokości stojącej osoby
- należy też zapewnić swobodę manewrowania wózkiem (przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm).

Wizytowana placówka wyposażona jest w sygnalizację przyzywową. Przywołanie pomocy przez mieszkańca poprzez przycisk umieszczony w pobliżu jego łóżka odbierane jest w dwóch miejscach: na urządzeniu naręcznym będącym do dyspozycji opiekunek na każdym oddziale oraz w dyżurce pielęgniarek. Obie formy nie zapewniają odpowiedniej reakcji na wezwanie mieszkańca. Urządzenie naręczne, które w założeniu miało zapewniać szybki kontakt z opiekunką niezależnie od tego, gdzie ona przebywa, traci zasięg w dalszej odległości od pokoju opiekunek i dlatego

pozostawiane jest ono w tym pokoju. Urządzenie to nie wydaje stałego sygnału dźwiękowego lub świetlnego w razie wezwania pomocy przez mieszkańca, tylko generuje jednorazowy komunikat. Może on być zatem przez długi czas nieodebrany przez adresata, gdyż opiekunki na ogół wykonują swe obowiązki poza pokojem opiekunek. Z kolei sygnał w dyżurce pielęgniarek widoczny jest w sposób ciągły, do czasu wyłączenia go, ale w związku ze zbyt małą liczbą pielęgniarek na jednej zmianie, wezwanie przez mieszkańca spotyka się często z reakcją znacznie odłożoną w czasie. Zauważyć zaś trzeba, że używając sygnalizacji przyczynowej mieszkaniac może zarówno komunikować potrzeby niewymagające natychmiastowej reakcji, np. poprawienie ułożenia pościeli, jak i sytuacje zagrażające życiu. KMPT rekomenduje więc przyjęcie rozwiązań zwiększających szybkość reakcji na wezwania kierowane przez mieszkańców przy pomocy sygnalizacji przyzywowej.

Dom organizuje mieszkańcom liczne wyjazdy rekreacyjne (np. do lasu, do parku). Z dokumentacji tych wyjazdów wynika jednak, że korzysta z nich niewielka liczba osób (każdorazowo do sześciu osób). Z wyjaśnień kierownictwa DPS wynika, że jest to uwarunkowane pojemnością samochodu, którym dysponuje placówka. Personel wprawdzie stara się tak rotować składami grup wyjazdowych, by w ciągu roku jak najwięcej mieszkańców mogło skorzystać z tej formy rekreacji, lecz właściwszym rozwiązaniem byłoby zapewnienie każdorazowo udziału wszystkim chętnym. Selektywny dobór powodować może konflikty wśród mieszkańców i wywoływać poczucie nierównego traktowania. Warto też zwrócić uwagę, że po długotrwałej izolacji spowodowanej pandemią wskazana byłaby większa aktywizacja populacji mieszkańców domu. W ocenie KMPT wskazanym byłoby więc zapewnienie możliwości udziału w wyjazdach rekreacyjnych dla większej grupy mieszkańców.

Negatywnie ocenić należy brak możliwości wychodzenia w weekendy na zewnątrz budynku przez mieszkańców zakwaterowanych w oddziale osób o szczególnym nadzorze. Kierownictwo placówki tłumaczyło to brakami kadrowymi – w weekendy na oddziale nie ma terapeutki, która zajmuje się spacerami z mieszkańcami w dni powszednie. KMPT ze zrozumieniem przyjmuje te wyjaśnienia mając na uwadze problemy DPS z pozyskaniem pracowników (co omówiono w pkt. 6.1). Do czasu zwiększenia poziomu zatrudnienia w placówce, KMPT zaleca jednak takie zorganizowanie jej pracy, by zapewnić wszystkim jej mieszkańcom codziennej, odpowiedniej dawki ruchu i ćwiczeń fizycznych (w tym zajęć ruchowych na świeżym powietrzu), dostosowanych do ich wieku i stanu zdrowia. Zgodnie ze standardami CPT pensjonariusze domów pomocy społecznej powinni mieć zapewniony nieograniczony, codzienny dostęp do ćwiczeń na świeżym powietrzu, niezależnie od warunków



pogodowych. Na terenach rekreacyjnych na świeżym powietrzu powinno być też miejsce, w którym mieszkańcy mogą schronić się przed deszczem i słońcem<sup>21</sup>.

W Domu znajduje się kaplica rzymskokatolicka. Zgodnie z zał. 2 Regulaminu Mieszkańców DPS, jest ona „udostępniana codziennie, o każdej porze dla mieszkańców Domu”. Tymczasem podczas wizytacji była ona niekiedy zamknięta. KMPT zaleca otwarcie kaplicy w porze dziennej, jeśli szczególne względy nie stoją temu naprzeciw.

DPS zapewnia mieszkańcom szeroką ofertę rehabilitacyjną. Zajęcia prowadzone są w specjalnie wydzielonych salach lub w pokojach mieszkańców, w zależności od potrzeb mieszkańców. W ocenie personelu prowadzącego rehabilitację, biorąc pod uwagę profil mieszkańców placówki, pożądane byłoby wzbogacenie jej wyposażenia o laser przenośny (który umożliwiłby przeprowadzenie zabiegów antyodleżynowych wobec mieszkańców leżących, w pokojach) oraz łamaną kozetkę, która usprawniłaby wykonywanie masażu.

### **6.3 Opieka medyczna**

KMPT zwraca w czasie swych wizytacji uwagę na potrzebę dokumentowania obrażeń ciała i dolegliwości, które mogą być oznaką stosowania przemocy, w tym tortur i innych form okrutnego traktowania. Warto zaznaczyć, że mieszkańcy DPS pochodzą z różnych środowisk i mogli doświadczać przemocy (w tym psychicznej) także poza placówką, np. w domu rodzinnym, szpitalu lub w czasie kontaktu z Policją. Tym bardziej kluczowym elementem przy przyjęciu do DPS oraz w trakcie codziennej opieki jest diagnozowanie oznak przemocy i jej odpowiednie dokumentowanie. Oznaki niektórych form przemocy mogą być trudne do zauważenia dla osoby niewyczulonej i nieprzeszkolonej w tym zakresie lub pomyłone ze zmianami na ciele, powstałymi w wyniku upadku czy codziennego funkcjonowania. W wizytowanym Domu, w przypadku zauważenia obrażeń, personel odnotowuje to w raporcie pielęgniarskim.

---

<sup>21</sup> Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, par. 12.

Krajowy Mechanizm rekomenduje przeszkolenie personelu medycznego i opiekuńczego z Protokołu Stambulskiego<sup>22</sup>, tj. oficjalnego podręcznika ONZ dotyczącego diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Zawiera on wskazówki pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą przemocy (w tym tortur) oraz wytyczne, jak należy zgłaszać takie przypadki odpowiednim organom. Dokument ten odgrywa kluczową rolę w ujawnianiu i zwalczaniu tortur. Stanowi więc kluczowy element zapobiegawczy i cenne narzędzie edukacyjne, wzmacniające potencjał personelu.

KMPT zachęca także, aby personel korzystał z map ciała, które są dostępne we wspomnianym Protokole Stambulskim. Dzięki temu w łatwy sposób można oznaczyć np. odleżyny, czy ślady mogące świadczyć o stosowaniu przemocy. To niezwykle ważne, szczególnie w przypadku pierwszego badania przy przyjęciu do placówki, a także przed jej opuszczeniem, lub po powrocie z dłuższej nieobecności np. z hospitalizacji. Prawidłowa dokumentacja tego typu obrażeń pozwoliłaby jednoznacznie wskazać, w której placówce doprowadzono do powstania odleżyn.

Wizytujący ustalili, że w niektórych przypadkach, aby ułatwić mieszkańcom przyjęcie leków, były one rozkruszane, co nie wynikało wprost ze zleceń lekarskich. W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że w 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur uzyskał opinię prof. dr hab. Jacka Wciórki z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w której podkreślono, że podanie leku w formie rozkruszonej powinno być traktowane jako ostateczność. Rozkruszanie lekarstw nie daje bowiem nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwiobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości zapewniając właściwe działanie leku. Także Polskie Towarzystwo Psychiatryczne pismem z dnia 1 lutego 2017 r. poinformowało, że rozdrabnianie leków stanowić może działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować.

---

<sup>22</sup> Protokół Stambulski. Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania; wersja aktualna z 2022 r. w języku angielskim: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>; polska wersja językowa obejmująca wersję sprzed aktualizacji dostępna jest na stronie Biura RPO: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/protok%C3%B3%C5%82-stambulski-podr%C4%99cznik-skutecznego-badania-i-dokumentowania-tortur-oraz-innego-okrutnego>

Krajowy Mechanizm nie zgłasza zastrzeżeń w sytuacji, gdy zgodnie z zaleceniem lekarskim podawany lek jest rozkruszany z tego powodu, że pacjent nie jest w stanie lub ma problem z połknięciem leku. W takich sytuacjach jednak podanie leku ma miejsce przy pełnej świadomości pacjenta oraz nie odbywa się w sposób wykluczający jego wolę. Fakt zlecenia takiej formy podawania leków powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej, z podaniem przyczyny oraz wynikać z zlecenia lekarskiego.

Ponadto wizytujący stwierdzili, że w raportach pielęgniarских zdarzały się wpisy wskazujące na odmowę przyjęcia leków przez mieszkańca. Brak jednak było informacji o dalszych działaniach w związku tym podjętych, np. powiadomienie lekarza. KMPT zaleca, by działania takie odnotowywać w dokumentacji placówki. Pozwoli to na ustalenie, czy leki ostatecznie zostały przez pacjenta przyjęte.

#### **6.4 Postępowanie z depozytem i środkami pieniężnymi mieszkańców**

Wątpliwości wizytujących wzbudziło uniemożliwienie jednej z mieszkanek Domu dysponowania pieniędzmi zgromadzonymi w depozycie. Mieszkanka ta była całkowicie ubezwłasnowolniona. Jej opiekun prawny nie wyrażał zgody na przekazywanie jej do dyspozycji jakichkolwiek środków pieniężnych. Mieszkanka skarżyła się przedstawicielom KMPT na brak możliwości dokonywania drobnych zakupów spożywczych (kawa, słodycze). Czuła się pokrzywdzona w porównaniu z innymi mieszkańcami, którzy mogli sobie na to pozwolić.

Z wyjaśnień kierownictwa Domu wynika, że zarówno w przypadku tej mieszkanki, jak i w innych tego typu sytuacjach, DPS stosuje się bez zastrzeżeń do woli wyrażonej przez opiekuna prawnego. Zgodnie z § 8 Instrukcji postępowania z depozytami wartościowymi w Domu Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie „kwoty pieniężne z indywidualnych kont depozytowych mogą być wypłacane mieszkańcom posiadającym zdolność do czynności prawnych i swobodnego dysponowania środkami pieniężnymi”, a „w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej środki pieniężne z indywidualnego konta depozytowego może pobierać ustanowiony przez sąd opiekun prawny”.

W ocenie KMPT uniemożliwienie mieszkańcowi dysponowania choćby niewielkimi kwotami pieniędzy na drobne zakupy może być uznane za działanie naruszające jego dobro. Wprawdzie zgodnie z art. 175 kodeksu rodzinnego i

opiekuńczego (dalej: k.r.o.) w zw. z art. 155 § 1 k.r.o. opiekun sprawuje pieczę nad majątkiem osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie, ale nie można tracić z pola widzenia, że opiekun obowiązany jest wykonywać swe czynności tak, jak tego wymaga dobro pozostającego pod opieką (art. 154 k.r.o.). Zabronienie dysponowania drobnymi kwotami pieniędzy, które pozwoliłyby osobie ubezwłasnowolnionej na niewielkie choćby samostanowienie, trudno uznać za mające na celu dobro tej osoby. KMPT zwraca uwagę, że w świetle prawa osoby ubezwłasnowolnione całkowicie nie są całkowicie pozbawione możliwości dysponowania swoim majątkiem. Zgodnie z art. 14 § 2 kodeksu cywilnego (dalej: k.c.), osoby takie mogą zawierać umowy należące do umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego. Ustawodawca przewidział więc także dla takich osób możliwość samodzielnego uczestnictwa w obrocie cywilnoprawnym. Ponadto zgodnie z art. 175 k.r.o. w zw. z art. 155 § 2 k.r.o. w zw. z art. 101 § 2 k.r.o., zarząd sprawowany przez opiekuna nie obejmuje zarobku ubezwłasnowolnionego oraz przedmiotów oddanych mu do swobodnego użytku.

Ubezwłasnowolnienie powinno pozostawać bez wpływu na sferę jego wolności osobistej i możliwość podejmowania decyzji w podstawowych kwestiach związanych z codziennym funkcjonowaniem. Powyższe zdaje się potwierdzać orzecznictwo Sądu Najwyższego, w świetle którego celem ubezwłasnowolnienia jest niesienie pomocy osobie nim objętej w załatwianiu spraw osobistych i majątkowych<sup>23</sup>. Niesienie pomocy w żadnym wypadku nie może być tożsame z pozbawieniem osoby ubezwłasnowolnionej autonomii i wpływu na własne życie.

Krajowy Mechanizm stoi więc na stanowisku, że osoby ubezwłasnowolnione powinny dysponować pewną kwotą pieniędzy na drobne wydatki, w wysokości zależnej od okoliczności konkretnego przypadku. Opiekun powinien wyrażać zgodę na przekazywanie podopiecznemu takiej kwoty, chyba że szczególne względy stoją temu naprzeciw. Jeśli takiej zgody nie wyraża, jego postępowanie jako wątpliwe z punktu widzenia dobra osoby ubezwłasnowolnionej podlegać powinno ocenie sadu opiekuńczego, który zgodnie z art. 155 § 1 k.r.o. sprawuje nadzór nad opiekunem. KMPT rekomenduje więc, by czynić starania o uzyskiwanie takich zgód od opiekunów, a w razie odmów – zawiadamiać właściwy sąd opiekuńczy.

---

<sup>23</sup> Postanowienie SN 11 sierpnia 1971 r. II CR 295/71, postanowienie SN z dnia 7 sierpnia 1972 r. II Cr 302/72, postanowienie SN z dnia 27 października 1976 r. II CR 387/76

W sprawie wspomnianej tu mieszkancki KMPT zwrócił się do sądu opiekuńczego z wnioskiem o ocenę zachowania jej opiekuna prawnego.

## **6.5 Dyscyplinowanie**

Zgodnie z § 7 pkt III ust. 4 Regulaminu Mieszkańców DPS, za nieprzestrzeganie obowiązków mieszkanców ponosi kary określone w tym Regulaminie. Należy do nich m.in. upomnienie pisemne z dołączeniem do akt. W praktyce stosuje się je najczęściej wobec mieszkańców nadużywających alkoholu. Z kolei § 7 pkt III ust. 5 Regulaminu przewiduje indywidualne rozpatrzenie przewinienia w obecności Rady Mieszkańców i Dyrektora Domu, wobec mieszkańca naruszającego obowiązki określone w pkt. II ust. 2-11 Regulaminu.

KMPT rozumie potrzebę oddziaływania na mieszkańców, których zachowanie rażąco zakłóca funkcjonowanie Domu i narusza prawa innych mieszkańców. Krajowy Mechanizm zwraca jednak uwagę, iż regulacje wewnętrzne domów pomocy społecznej nie mogą wprowadzać postanowień w przedmiocie karania mieszkańców, w tym także nadużywających alkoholu. Co więcej, wymierzanie kar pozostaje w związku z wolnością osobistą jednostki, chronioną przez art. 41 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym każda regulacja dotycząca wolności osobistej musi mieć wyraźne umocowanie ustawowe. W aktualnym stanie prawnym brak jest takiego umocowania, gdyż powołująca domy pomocy społecznej ustawa nie zawiera w przedmiotowej materii żadnej regulacji. W związku z tym, wspomniane zapisy Regulaminu wymagają usunięcia, a w ślad za nimi – obowiązująca praktyka. Stosowanie kar dyscyplinarnych wobec mieszkańców musi zostać wyeliminowane. W przypadku negatywnych zachowań mieszkańca, przejawiających się rażącym naruszeniem prawa lub wewnętrznych regulacji DPS, KMPT zaleca przeprowadzenie rozmów z mieszkańcem i poinformowanie go o możliwości poniesienia konsekwencji wynikających z obowiązujących przepisów prawa, w tym interwencji Policji i wstrzymania świadczeń z pomocy społecznej.

## **6.6 Ograniczenia wyjść mieszkańców**

Co do zasady, mieszkańcy Domu mogą go samodzielnie opuszczać. Przed Domem znajduje się niewielki teren zielony, z ławkami, na którym mieszkańcy chętnie

przebywają. Jeśli planują oddalić się od Domu, np. pójść do sklepu, zobowiązani są zgłosić to personelowi placówki, dla własnego bezpieczeństwa (w razie niepowrotu na noc, personel zgłasza nieobecność mieszkańca Policji). Pensjonariusze nie muszą jednak uzyskiwać zgody na wyjście ani wpisywać go do rejestru.

W placówce funkcjonuje natomiast oddział osób o szczególnym nadzorze, w którym umieszczeni są mieszkańcy wymagający wzmożonej pieczy z uwagi na nasilenie objawów demencyjnych lub niesprawność fizyczną. Oddział ten jest zamykany na klucz i mieszkańcy nie mogą go samodzielnie opuszczać. Na spacerach wychodzą w asyście personelu. Ponadto wizytujący spotkali się z dwoma przypadkami zamykania mieszkańców z innych oddziałów na noc w ich pokojach.

W opinii KMPT w niektórych przypadkach, ze względu na bezpieczeństwo samych pensjonariuszy, tego typu ograniczenia są konieczne. Należy jednak pamiętać, że ograniczenia w tym zakresie powinny być wprowadzane wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a nie w sposób nieformalny. Możliwość ich stosowania daje art. 55 ust. 2b u.p.s., zgodnie z którym gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu mieszkańca domu będącego osobą z zaburzeniami psychicznymi, dyrektor lub kierownik tego domu może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tego mieszkańca terenu domu pomocy społecznej na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia.

Mając na uwadze wskazany wyżej przepis, każdy mieszkaniec, który nie może samodzielnie opuszczać terenu placówki, powinien otrzymać w tym zakresie odpowiednie zaświadczenie lekarskie. Należy podkreślić, że KMPT rozumie obawę właścicieli o bezpieczeństwo mieszkańców, szczególnie biorąc pod uwagę specyfikę placówki i stan jej pacjentów. Jednakże zgodnie z obowiązującymi przepisami, brak zgody na samodzielne opuszczanie placówki musi być poprzedzony konsultacją lekarską i wydaniem stosownego zaświadczenia. O jego wydaniu należy także powiadomić sąd opiekuńczy, w którego okręgu znajduje się placówka (art. 55 ust. 2f u.p.s.), do którego mieszkaniec i inne osoby wskazane w ustawie mogą złożyć wniosek o uchylenie ograniczenia.

Pozbawienie mieszkańców możliwości wychodzenia poza teren placówki, które następuje z naruszeniem wspomnianych procedur, należy uznać za niezgodne z prawem organicznie ich wolności osobistej. Zgodnie z art. 41 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność

osobistą. Wolność osobista oznacza „możliwość podejmowania przez jednostkę decyzji zgodnie z własną wolą, dokonywania swobodnego wyboru postępowania w życiu publicznym i prywatnym, nieograniczonego przez inne osoby”<sup>24</sup>. Zgodnie z dalszą treścią art. 41 ust. 1, „pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie” – w tym przypadku chodzi o przywołane wyżej normy ustawy o pomocy społecznej. Ograniczenie wolności osobistej poprzez reglamentację wyjść mieszkańców poza teren placówki może więc nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonym w tej ustawie.

Warto zwrócić także uwagę na rekomendacje Komitetu Ministrów Rady Europy, zgodnie z którymi osobom starszym, które zostały umieszczone w domach opieki instytucjonalnej, przysługuje prawo do wolności przemieszczania<sup>25</sup>.

## **6.7. Prawo do informacji**

Jak wynika z analizy dokumentacji, każdy z mieszkańców w trakcie przyjmowania do DPS, zapoznawany był z prawami oraz obowiązkami wynikającymi z pobytu w Domu, których akceptację wyrażał własnoręcznym podpisem. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych wszelkie oświadczenia podpisywane były jednak jedynie przez opiekunów prawnych. Przedstawiciele KMPT stoją na stanowisku, że o ile jest to możliwe, tj. nie stoją na przeszkodzie ważne względy wykluczające możliwość zrozumienia treści materiału, podpisy pod informacjami oświadczeniami tego typu, powinni składać przede wszystkim sami zainteresowani. Opiekun prawny wyznaczony jest bowiem do pomocy osobie ubezwłasnowolnionej, a nie do wypowiedzania się za mieszkańca, zwłaszcza w sprawach, w których jedynie on może zająć stanowisko (np. oświadczyć, czy faktycznie zapoznał się ze swoimi prawami i obowiązkami). Przyjęcie praktyki odbierania podpisów od ubezwłasnowolnionych mieszkańców stanowiłoby, w ocenie przedstawicieli KMPT, gwarancję, że konsekwencje wynikające z treści podpisywanych pouczeń, zgód i innych oświadczeń woli, byłyby znane nie tylko opiekunom prawnym osób ubezwłasnowolnionych, lecz przede wszystkim im samym.

---

<sup>24</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 października 2011 r., K 16/10, Dz. U. z 2011 r., Nr 240, poz. 1436.

<sup>25</sup> Zob. art. 40 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych CM/Rec (2014) 2, przyjętych przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 19 lutego 2014 r.

Warto zwrócić uwagę, że obowiązujące przepisy nie wykluczają automatycznie możliwości składania przez osoby ubezwłasnowolnione całkowicie wiążących oświadczeń woli i wyrażania swojej zgody na różnorakie sytuacje. Art. 82 k.c. stanowi jedynie, że „Nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli”. Jeśli zatem mieszkaniec ubezwłasnowolniony znajduje się w stanie opisanym w art. 82 k.c., oświadczenie powinno być dla swojej ważności podpisane dodatkowo przez jego opiekuna prawnego, jeśli nie – wystarczające jest podpisanie dokumentu przez samego mieszkańca. W każdym zaś przypadku konieczne jest zapoznanie mieszkańca z jego prawami i odebranie od niego podpisu pod treścią oświadczenia, a jeśli mieszkaniec nie może pisać – odebranie tuszowego odcisku palca (art. 79 k.c.).

KMPT rekomenduje więc, by wszelkie oświadczenia były podpisywane także w przypadku mieszkańców uzewłasnowolnionych przez nich samych, a tylko w przypadku o którym mowa w art. 82 k.c. dodatkowo przez opiekuna prawnego. Zmianie powinien także ulec § 4 ust. 4 Regulaminu Mieszkańców DPS, zgodnie z którym oświadczenie o przestrzeganiu Regulaminu podpisuje w przypadku mieszkańca ubezwłasnowolnionego całkowicie jego przedstawiciel ustawowy.

Wizytujący dostrzegli nieścisłość w niektórych oświadczeniach dotyczących przechowywania przez Dom dokumentu tożsamości – brak było zaznaczenia, czy podpisany wyraża czy też nie wyraża na to zgody. KMPT zaleca zachowanie dokładności przy przyjmowaniu oświadczeń od mieszkańców.

W trakcie wszystkich wizytacji przedstawiciele KMPT każdorazowo zwracają uwagę, czy wizytowana placówka udostępnia informację o instytucjach stojących na straży praw człowieka. Możliwość kontaktu z taką instytucją przez osobę przebywającą w domu pomocy społecznej lub inną osobę, stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem. W tym kontekście Krajowy Mechanizm rekomenduje umieszczenie na tablicach informacyjnych danych adresowych Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznika Praw Obywatelskich, Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, organizacji pozarządowych zajmujących się ochroną praw człowieka. W taki sposób mieszkańcy oraz osoby odwiedzające będą mogli mieć nieograniczony, niezależny od innych osób, dostęp do tego typu informacji.



## 7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają:

### 7.1 Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej „Magnolia” w Głogowie:

- 7.1.1 opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi odpowiednich zabezpieczeń, stosownie do uwag wskazanych w pkt. 5.1. Raportu;
- 7.1.2 stosowanie wobec mieszkańców zabezpieczeń wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta, stosownie do uwag wskazanych w pkt. 5.1. Raportu;
- 7.1.3 wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami w podeszłym wieku i z niepełnosprawnościami;
- 7.1.4 pilne przeprowadzenie remontu łazienek tak, by były one dostosowane do potrzeb mieszkańców niesprawnych fizycznie;
- 7.1.5 wdrożenie rozwiązań zwiększających szybkość reakcji na wezwania kierowane przez mieszkańców przy pomocy sygnalizacji przyzywowej;
- 7.1.6 ograniczanie możliwości opuszczania przez mieszkańców ich pokoi tylko na zasadach i w trybie określonym w art. 55 ust. 2b-2i u.p.s.;
- 7.1.7 zapewnienie wszystkim mieszkańcom placówki codziennej, odpowiedniej dawki ruchu i ćwiczeń fizycznych, w tym zajęć ruchowych na świeżym powietrzu, dostosowanych do ich wieku i stanu zdrowia;
- 7.1.8 zwiększenie zatrudnienia w placówce na stanowiskach opiekuna, pokojowej i pielęgniarki;
- 7.1.9 zapewnienie opieki pielęgniarskiej w porze nocnej;
- 7.1.10 zwiększenie wymiaru czasu pracy psychologa;
- 7.1.11 podejmowanie starań o uzyskiwanie zgód opiekunów prawnych mieszkańców ubezwłasnowolnionych na dysponowanie przez nich niewielkimi kwotami pieniędzy, a w razie odmów – zawiadamianie właściwego sądu opiekuńczego;

- 7.1.12 zapoznanie osób ubezwłasnowolnionych z ich prawami i odbieranie od nich podpisów pod oświadczeniami, a w przypadku, o którym mowa w art. 82 k.c. dodatkowo przez opiekuna prawnego oraz wprowadzenie stosownych zmian w tym zakresie w § 4 ust. 4 Regulaminu Mieszkańców DPS;
- 7.1.13 odstąpienie od stosowania wobec mieszkańców jakichkolwiek kar i porzucenie na przeprowadzaniu z mieszkańcami rozmów informujących o możliwych konsekwencjach prawnych ich naruszającego normy zachowania;
- 7.1.14 zapewnienie możliwości udziału w wyjazdach rekreacyjnych dla większej grupy mieszkańców;
- 7.1.15 poszerzenie ofert szkoleniowej dla personelu o zajęcia z zakresu opieki nad osobami w podeszłym wieku, z niepełnosprawnością fizyczną lub intelektualną, w tym rehabilitacji geriatrycznej oraz komunikacji z takimi osobami, uwzględniającej ich deficyty;
- 7.1.16 zorganizowanie personelowi superwizji;
- 7.1.17 przeszkolenie personelu medycznego i opiekuńczego placówki z Protokołu Stambulskiego;
- 7.1.18 dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczenia obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca;
- 7.1.19 podawanie mieszkańcom leków w formie rozkruszonej tylko, gdy wynika to z zaleceń lekarskich;
- 7.1.20 zamieszczanie w dokumentacji medycznej placówki informacji o działaniach podjętych w przypadku odmowy przyjęcia leków przez mieszkańca;
- 7.1.21 otwarcie kaplicy w porze dziennej, jeśli szczególne względy nie stoją temu na przeszkodzie;
- 7.1.22 zachowanie dokładności przy przyjmowaniu oświadczeń od mieszkańców;
- 7.1.23 umieszczenie na tablicach informacyjnych danych adresowych instytucji stojących na straży praw człowieka;
- 7.1.24 rozważenie zakupu lasera przenośnego oraz łamanej kozetki.

## **7.2 Staroście Głogowskiemu:**

7.2.1 wsparcie finansowe DPS w realizacji powyższych zaleceń,  
wymagających nakładów finansowych.

Opracowała: Natalia Kłaczyńska

Za Zespół:

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/