



Warszawa, 23-12-2022 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Krajowy Mechanizm Prewencji**

**KMP.573.21.2022.JZ**

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Placówki  
Całodobowej Opieki – Centrum Opieki Familia w Łodzi**

**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

---

<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).

wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT)<sup>2</sup>.

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa, 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 nagraniach monitoringu<sup>7</sup>.

---

<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).

<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?

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

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele KMPT 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. Wprowadzenie**

Na podstawie artykułu 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 6-8 września 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację placówki całodobowej opieki pod nazwą Centrum Opieki Familia przy ul. Drużynowej 4 w Łodzi (dalej: PCO, placówka, Centrum Opieki). W skład zespołu wizytującego wchodziły: Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz Justyna Zarecka (politolożka, specjalistka ds. bezpieczeństwa wewnętrznego).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w placówce, by wzmocnić, jeśli to niezbędne, ich ochronę przed torturami oraz innym okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawić rekomendacje właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków zapewnionych osobom pozbawionym wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu,

---

<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.

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

niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, w zgodzie z odpowiednimi standardami organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu placówki, udzielonych przez pracowników Centrum Opieki;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym: pokoi, sanitariatów, pokoju dziennego i terenu rekreacyjnego;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z mieszkańcami i osobami odwiedzającymi;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną. Po jej zakończeniu przedstawicielka KMPT odbyła rozmowę telefoniczną z właścicielką placówki p. Aleksandrą Wójcik, która była nieobecna podczas przeprowadzanych czynności. Właścicielka przesłała również dokumenty i informacje związane z funkcjonowaniem placówki, które zostały przeanalizowane po zakończeniu wizytacji.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: legalność pobytu mieszkańców w PCO, traktowanie pensjonariuszy 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, terapia i usługi opiekuńcze, kwalifikacje personelu oraz dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W niniejszym raporcie uwzględniono 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, pracownik placówki, 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 jakiejkolwiek sankcji przeciwko jakiejkolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiejkolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

#### **4. Ogólna charakterystyka placówki**

Centrum Opieki Familia przy ul. Drużynowej 4 w Łodzi działa od 2020 r. W placówce świadczona jest całodobowa opieka wobec osób z niepełnosprawnościami, przewlekle chorych lub w podeszłym wieku. PCO funkcjonuje na podstawie zezwolenia wydanego przez Wojewodę Łódzkiego decyzją z dnia 31 lipca 2020 r. sygn. ZRPS-III.9423.7.2020.

Zgodnie z wpisem w rejestrze wojewody placówka posiada 35 miejsc. W trakcie wizytacji przebywało w niej 34 mieszkańców – 30 kobiet i 4 mężczyzn. Dodatkowo dwie osoby korzystały z usług placówki w ramach dziennego pobytu. Wśród pensjonariuszy znajdowała się jedna osoba ubezwłasnowolniona. Wobec jednego z mieszkańców toczyło się postępowanie w sprawie ubezwłasnowolnienia.

Placówka mieści się w budynku dwukondygnacyjnym otoczonym ogrodem. Przedstawicielki KMPT oceniły panujące w placówce warunki bytowe jako dobre. Zarówno w sypialniach mieszkańców, jak i w częściach wspólnych było czysto. Budynek dostosowany jest do potrzeb osób z utrudnioną mobilnością.

#### **5. Problemy systemowe**

##### **5.1. Legalność pobytu w placówce osób, które nie są ubezwłasnowolnione, a których stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy**

Umowa o świadczenie odpłatnych usług w Centrum Opieki Familia zawierana jest pomiędzy zleceniobiorcą, czyli placówką reprezentowaną przez właścicielkę Aleksandrę Wójcik a zleceniodawcą czyli opiekunem faktycznym/prawnym osoby objętej świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi (mieszkańca). W ocenie wizytujących zdecydowaną większość pensjonariuszy stanowiły osoby, które nie były w stanie wyrazić świadomej zgody na umieszczenie w tego typu placówce.

W ocenie KMPT powyższy problem ma charakter systemowy, wymagający stworzenia odpowiednich przepisów prawnych, które zapewnią ochronę praw osób,

które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji.

KMPT podkreśla, że osoby działające w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są w żaden sposób legitymowani w świetle obowiązujących przepisów do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia jej w placówce całodobowej opieki, nawet jeśli osoba taka znajduje się w złym stanie psychofizycznym i sama nie jest w stanie złożyć podpisu pod umową o świadczenie usług lub oświadczeniem woli pobytu. Brak odpowiednich rozwiązań systemowych rodzi sytuację, w której umowa podpisana jest przez opiekuna faktycznego, który nie posiada upoważnienia do jej podpisania w imieniu mieszkańca. Brak podpisu strony pod umową dekompletuje jej elementy konieczne (do których w przypadku umów pisemnych należy podpis – art. 78 § 1 kodeksu cywilnego). Co prowadzi do braku podstawy do umieszczenia mieszkańca w domu opieki.

Placówkom całodobowej opieki nie można czynić zarzutu, że przyjmują osoby wymagające opieki mimo braku formalnego umocowania wnioskodawców. Czynią to bowiem mając na względzie dobro pensjonariusza. Nie można jednak tracić z pola widzenia, że jest to sytuacja niezgodna z prawem. Chodzi bowiem o podejmowanie przez osobę nieuprawnioną decyzji w sprawie wolności innej osoby. Taka sytuacja pozwala na podejmowanie przez jedną osobę arbitralnych decyzji w stosunku do drugiej osoby – słabszej i uzależnionej od pomocy innych. Tym bardziej, że umieszczenie w tego typu placówkach wiąże się ze znacznym ograniczeniem wolności i samodecydowania o swoim losie. Nie można wykluczyć, że w skrajnych przypadkach decyzja taka podjęta będzie z naruszeniem interesu pensjonariusza, np. w celu uzyskania dostępu do jego mieszkania. Zawieranie umów przez opiekunów faktycznych pozostawia poza kontrolą jakiegokolwiek podmiotu (jak ma to miejsce np. w przypadku sądowej kontroli opiekuna osoby ubezwłasnowolnionej) działania podejmowane przez osoby bliskie pensjonariuszy w ich imieniu.

Pożądane byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. poprzez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażanej w trybie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>10</sup>, czy zgody na umieszczenie

---

<sup>10</sup> Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j.: Dz.U. z 2022 r., poz. 1731).

w szpitalu psychiatrycznym<sup>11</sup>. Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony osób przyjmowanych do takich placówek, które obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

Rzecznik Praw Obywatelskich na początku 2022 roku wystosował w przedmiotowej kwestii wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej<sup>12</sup>. Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy MRiPS oraz Ministerstwem Sprawiedliwości<sup>13</sup>. Sprawa nadal pozostaje w zainteresowaniu RPO oraz KMPT.

Warto w tym miejscu wskazać, że także Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) zwrócił uwagę na przedmiotową kwestię w swoim raporcie z wizyty w Polsce w 2009 r. Jak zauważył CPT należy podjąć kroki, aby mieszkańcy niezdolni do wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie ich w placówce, nieposiadający opiekuna (rozumianego jako opiekuna prawnego) i niemający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu<sup>14</sup>.

## **5.2. Stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń przed upadkiem**

Jak wynikało z obserwacji wizytujących i analizy dostępnej dokumentacji, zdarza się, że wobec niektórych mieszkańców są stosowane różnego rodzaju zabezpieczenia. W trakcie wizytacji jedna z pensjonariuszek przebywała na wózku i dodatkowo, na wysokości bioder była zabezpieczona specjalnym pasem. Podobny pas był także przewieszony o ramę jednego z łóżek. Jak ustaliły wizytujące, choć w ostatnim czasie nie był używany, to zdarzało się, że stosowano go wobec jednej z mieszkanek w porze nocnej, aby nie wychodziła z łóżka. W raportach pielęgniarskich można zaś było znaleźć wpisy: „W dniu dzisiejszym pacjentka chodziła na ugiętych nogach i się chwiała. W związku z zagrożeniem upadkiem zdecydowałam o posadzeniu pacjentki na wózku i zabezpieczeniu pasem. Niezadowolona”; „na noc zakładamy łapki”; „Po rehabilitacji pensjonariuszka musi przebywać na łóżku z zabezpieczeniem barierek.

---

<sup>11</sup> Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 685).

<sup>12</sup> Zob. Wystąpienie Generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25.01.2022 r., KMP.573.1.2022.KK.

<sup>13</sup> Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25.02.2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP.

<sup>14</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 166.

Nie może wychodzić z łóżka. Wyjście tylko z opiekunem.” W dokumentacji medycznej nie było informacji, by tego rodzaju zabezpieczenia były konsultowane z lekarzem czy też wynikały bezpośrednio z jego zaleceń. Brak było także stosownej procedury, która w sposób rzetelny i kompletny regulowałaby te kwestie.

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. 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 RP 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.

Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.<sup>15</sup>, w którym Rzecznik zwrócił się z prośbą o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym. W odpowiedzi skierowanej do RPO wskazano, iż problem ten będzie przedmiotem konsultacji międzyresortowych w celu ustalenia, czy postulowane rozwiązania są możliwe do wdrożenia<sup>16</sup>. 30 listopada 2022 r. RPO ponownie zwrócił się w tej sprawie do Ministra Zdrowia<sup>17</sup> prosząc o przedstawienie stanowiska w sprawie kształtu nowych rozwiązań prawnych oraz ich umiejscowienia w systemie prawnym.

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

---

<sup>15</sup> Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13.06.2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w DPS, sygn. KMP.573.9.2022.

<sup>16</sup> Zob. Pismo z dnia 13 lipca 2022 r., DSZ.054.79.2022.JP.

<sup>17</sup> Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 30.11.2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w DPS, sygn. KMP.573.9.2022.



z zakładów opiekuńczo-leczniczych, procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki<sup>18</sup>.

W opinii KMPT zastosowanie wobec mieszkańca specjalnych zabezpieczeń może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno jemu samemu, jak i osobom trzecim. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko związane z taką formą opieki, KMPT rekomenduje:

**1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia.** W procedurze takiej należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkańcem, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W 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.**

---

<sup>18</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.

Problem wykorzystywania niestandardowych form zabezpieczeń w placówkach opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych nadal pozostaje w zainteresowaniu RPO i KMPT.

### **5.3. Monitoring wizyjny**

Na terenie Domu zainstalowano monitoring wizyjny. Kamery znajdowały się w dyżurce pielęgniarskiej, pokoju dziennym oraz na korytarzach i na zewnątrz budynku. Dostęp do monitoringu miała jedynie właścicielka placówki.

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

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

## **6. Obszary wymagające poprawy**

### **6.1. Legalność pobytu**

Jak już wskazano w niniejszym raporcie, umowy o świadczenie usług podpisywane są pomiędzy właścicielką placówki, a opiekunami faktycznymi/prawnymi – najczęściej członkami rodzin mieszkańców. Jak wynikało z rozmowy z właścicielką

---

<sup>19</sup> Zob. Wystąpienie RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

<sup>20</sup> Zob. Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

sam mieszkaniem nigdy nie jest stroną umowy. Jeśli wyraża chęć to może otrzymać ją do przeczytania, podobnie jak i regulamin placówki, lub jest z nimi ustnie zapoznawany. W udostępnionej wizytującym dokumentacji nie było zgód mieszkańców na pobyt w placówce. Jest to wysoce niepokojące, bowiem o ile istotnie większość mieszkańców stanowiły osoby niemogące wyrazić świadomej zgody, co zostało już opisane w pkt. 5.1 raportu, to jednak w ocenie wizytujących w przypadku kilkorga mieszkańców uzyskanie takiej zgody byłoby możliwe, osoby te powinny być także stroną umowy o świadczenie usług opiekuńczych<sup>21</sup>.

Zawieranie umów w imieniu osób nieubezpieczonych, poza jakąkolwiek kontrolą sądową, pozwala w zasadzie na podejmowanie przez zleceniodawcę arbitralnych decyzji w stosunku do drugiej osoby słabszej i uzależnionej od pomocy innych, ze względu na stan jej zdrowia. Tym bardziej, że umieszczenie w tego typu placówkach wiąże się ze znacznym ograniczeniem wolności i samodecydowania o swoim losie. Istotna jest również kwestia odpowiedzialności cywilnej i karnej za decyzje o umieszczeniu pensjonariusza w placówce, co może mieć zastosowanie w postępowaniu sądowym wszczętym przez samego pensjonariusza lub innych członków jego rodziny. Dlatego też umieszczenie osoby w placówce całodobowej opieki powinno nastąpić po uzyskaniu jej zgody lub zgody jej przedstawiciela ustawowego (pod warunkiem, że sąd opiekuńczy wyda zgodę na takie umieszczenie). Inne osoby nie posiadają takiej legitymacji w świetle obowiązujących przepisów do tego typu czynności.

W związku z powyższym KMPT zaleca zweryfikowanie treści zawieranych umów i uwzględnienie w nich jako strony umowy – mieszkańca oraz odbieranie od mieszkańców mogących wyrazić świadomą zgodę na pobyt w placówce stosowych oświadczeń w tym zakresie. W przypadku osób, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są

---

<sup>21</sup> W wielu wizytowanych przez KMPT placówkach całodobowej opieki zawierane są trójstronne umowy – pomiędzy mieszkańcem, jego opiekunem (faktycznym/prawnym) /przedstawicielem /płatnikiem a osobą reprezentującą PCO. W ocenie KMPT jest to optymalne rozwiązanie.

w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem, należy umożliwić im złożenie tuszowego odcisku palca<sup>22</sup>.

W czasie wizytacji w placówce przebywała jedna osoba całkowicie ubezwłasnowolniona. Właścicielka Centrum Opieki posiadała w dokumentacji zezwolenie sądu opiekuńczego wydane opiekunowi prawnemu na umieszczenie mieszkanki w domu pomocy społecznej<sup>23</sup> oraz postanowienie o ustanowienie opiekunem prawnym męża pensjonariuszki<sup>24</sup>.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że dom pomocy społecznej i placówka całodobowej opieki to dwa odrębne podmioty, uregulowane w ustawie o pomocy społecznej. Różni je m.in. zakres określonych ustawowo praw mieszkańców i zakres kontroli przez organy publiczne. Co więcej, w art. 68a pkt 1 lit. f) ustawy o pomocy społecznej<sup>25</sup> jasno wskazano, że w dokumentacji placówki musi znajdować się „postanowienie sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na umieszczenie **w placówce**”. Zezwolenia dotyczącego umieszczenia w domu pomocy społecznej nie można więc stosować na zasadzie analogii do umieszczenia w placówce całodobowej opieki.

W opisanej sytuacji, zdziwienie KMPT wzbudził fakt, że sam sąd miał świadomość w jakiego rodzaju placówce ubezwłasnowolniona kobieta się znajduje, bowiem 31 maja 2022 r. sąd zwrócił się do Centrum Opieki Familia o nadesłanie informacji o stanie zdrowia ubezwłasnowolnionej i poinformowanie czy opiekun

---

<sup>22</sup> Zgodnie z art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz.U. z 2022 r., poz. 1360): Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.

<sup>23</sup> Postanowienie Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi z dnia 4 sierpnia 2020 r. sygn. VIII RNs 71/20.

<sup>24</sup> Postanowienie Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi z dnia 6 czerwca 2019 r., sygn. VIII RNs 284/19.

<sup>25</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r., poz. 2268).

prawny utrzymuje z nią kontakt oraz w jaki sposób zaspokajane są jej potrzeby egzystencjalne<sup>26</sup>.

W związku z tym KMPT zwraca się do Przewodniczącej VIII Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi o informacje, czy w opisaney sprawie opiekun prawny wystąpił, a jeśli tak to kiedy, o zezwolenie na umieszczenie całkowicie ubezwłasnowolnionej małżonki w placówce całodobowej opieki.

Natomiast właścicielce Centrum Opieki Familia, KMPT zaleca sprawdzanie podczas przyjmowania nowych mieszkańców ubezwłasnowolnionych, czy udzielone jest stosowne zezwolenie na pobyt w placówce całodobowej opieki. W opisaney sprawie, dokumentacja mieszkanki powinna zostać uzupełniona o właściwe zezwolenie sądu opiekuńczego.

Wątpliwości KMPT budzą niektóre zapisy umowy o świadczenie usług w placówce. Zgodnie z § 7, zleceniobiorca może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym m.in. w przypadku zaległości w opłatach z tytułu świadczenia usług na rzecz mieszkańca przekraczających 14 dni. Jak wskazano w takiej sytuacji mieszkaniac zostaje wypisany z placówki, a zleceniodawca zobowiązany jest odebrać mieszkańca z Centrum Opieki w terminie 2 dni od daty powiadomienia. Tego typu rozwiązania zostały uznane przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów<sup>27</sup> za niedozwolone. W opracowaniu „Domy Opieki. Badanie wzorców umownych stosowanych w placówkach świadczących usługi w zakresie zapewnienia opieki osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub w podeszłym wieku” UOKiK wskazał, że uwzględniając ochronę praw osób korzystających z usług placówki, rozwiązanie umowy z powodu zaległości płatniczych powinno być poprzedzone wezwaniem do zapłaty, wyznaczeniem dodatkowego terminu i pouczeniem o konsekwencji niespełnienia tego obowiązku.

W tym kontekście warto podkreślić, że jeśli umowa, którą konsument już podpisał, zawiera niedozwolone postanowienia, to – zgodnie z definicją określoną w kodeksie cywilnym – nie wiążą one konsumenta z mocy prawa. Mając to na uwadze w ocenie KMPT konieczna jest zmiana wzoru umowy i modyfikacja ww. postanowienia.

---

<sup>26</sup> Pismo Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi z dnia 31 maja 2022 r., sygn. VIII Op 47/19.

<sup>27</sup> Zob. UOKiK, Domy opieki - wyniki badania wzorców umownych [w:] [https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news\\_id=12351](https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12351)

## 6.2. Kontakt ze światem zewnętrznym

W czasie wizytacji żaden z mieszkańców nie miał możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki, pensjonariusze korzystali jedynie z terenu ogrodu. Drzwi wejściowe do placówki były przez cały czas zamknięte na klucz. Mieszkańcy mogli opuszczać dom opieki jedynie w asyście członków rodziny.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, iż zgodnie z brzmieniem ustawy o pomocy społecznej, do usług opiekuńczych świadczonych w tego typu placówkach zaliczyć należy także zapewnienie pensjonariuszom kontaktów z otoczeniem<sup>28</sup>. Tym samym kierownictwo jak i personel placówek opiekuńczych nie powinni cedować tego obowiązku na członków rodzin mieszkańców.

Ponadto KMPT przypomina, że wszelkie ograniczenia w możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez pensjonariuszy powinny być wprowadzane jedynie na podstawie i w granicach obowiązującego prawa. W tym kontekście należy zauważyć, że w art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej<sup>29</sup> określono zasady ewentualnego ograniczania samodzielnymi wyjść przez mieszkańców PCO. Wynika z nich m.in., że gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu osoby przebywającej w placówce, będącej osobą z zaburzeniami psychicznymi, osoba kierująca PCO może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez mieszkańca terenu placówki na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia.

W przepisach określono również, że tego rodzaju ograniczenie powinno zostać sporządzone w formie pisemnej i powinno zawierać:

- wskazanie osoby, której to ograniczenie dotyczy;
- okresu, na jaki jest wydane;
- uzasadnienie ograniczenia;
- pouczenie o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia do sądu opiekuńczego.

---

<sup>28</sup> Art. 68 ust.1. ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r., poz. 2268).

<sup>29</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r., poz. 2268).

Ponadto ograniczenie doręcza się mieszkańcowi, a gdy jest on osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie, również jego przedstawicielowi ustawowemu. Doręczając ograniczenie, osoba kierująca PCO poucza mieszkańca o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia. Dodatkowo informację o ograniczeniu osoba kierująca placówką przesyła do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka, w terminie 3 dni od dnia doręczenia ograniczenia mieszkańcowi.

W trakcie wizytacji w dokumentacji pensjonariuszy nie znajdowały się wspomniane zaświadczenia lekarskie ani decyzje, wydane w tym zakresie przez osobę kierującą placówką.

W związku z powyższym, KMPT zaleca ograniczanie wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o wskazane przepisy ustawy o pomocy społecznej.

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

Prawo do informacji jest jedną z kluczowych gwarancji antytorturowych, dlatego tak ważne jest by każda osoba przebywająca w miejscu pozbawienia wolności, w tym także mieszkaniec PCO otrzymał kompleksowe informacje na temat zasad obowiązujących w placówce. Co szczególnie istotne, sposób przedstawienia informacji powinien być odpowiednio dostosowany do zdolności poznawczych mieszkańców.

Tymczasem, jak już wskazano w niniejszym raporcie, mieszkańcy nie byli stroną zawieranych umów, nie podpisywali oświadczeń, w których wyrażaliby zgodę na pobyt, nie podpisywali też informacji o tym, iż zostali zapoznani z regulaminem placówki. Jak tłumaczyła właścicielka placówki, jeśli mieszkaniec wyraża taką chęć to może otrzymać regulamin do przeczytania lub jest mu on odczytywany.

W opinii KMPT, każdy mieszkaniec, o ile jest to możliwe, tj. nie stoją na przeszkodzie ważne względy zdrowotne wykluczające możliwość zrozumienia treści materiału, powinien być przy przyjęciu zapoznawany z regulaminem placówki, a fakt ten powinien potwierdzić podpisem. Również w przypadku osób ubezwłasnowolnionych tego typu oświadczenie powinni podpisywać mieszkańcy, a nie ich opiekunowie prawni. 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 lub dysponować swoim wizerunkiem). Przyjęcie praktyki odbierania podpisów od mieszkańców stanowiłoby, w ocenie przedstawicieli KMPT, gwarancję, że konsekwencje wynikające z treści

podpisywanych pouczeń, zgód i innych oświadczeń woli, byłyby realnie znane mieszkańcom.

KMPT zaleca zapoznanie mieszkańców z ich prawami, w tym regulaminem pobytu i odbieranie od nich podpisów pod treścią oświadczeń.

Na terenie placówki znajdowała się tablica informacyjna zawierająca nazwę domu, jej adres i numer telefonu. Tymczasem zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej<sup>30</sup> w widocznym miejscu na budynku, w którym prowadzona jest placówka, należy umieścić tablicę informacyjną zawierającą informację o rodzaju posiadanego zezwolenia oraz numer wpisu do rejestru placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Ponadto na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku, powinny zostać umieszczone informacje dotyczące zakresu działalności prowadzonej w placówce, podmiocie prowadzącym, w tym informacja o siedzibie<sup>31</sup>. KMPT zwraca uwagę na konieczność uzupełnienia powyższych informacji.

Jak wskazano w regulaminie placówki, mieszkańcy mają prawo do zgłaszania skarg i wniosków oraz osobistych rozmów z kierownikiem placówki w sprawie skarg i wniosków w wyznaczonych godzinach przyjęć. W dokumencie określono również, że skargi i wnioski mieszkańców i rodzin ewidencjonowane są w sekretariacie placówki. Jak wynikało z rozmowy z właścicielką, zeszyt skarg i wniosków został założony, jednak nie zawierał on wpisów. Wszelkie wnioski i prośby rodzin i mieszkańców były przez nią rozpatrywane na bieżąco i jak dotąd nie było potrzeby dokumentowania wniosków pisemnych.

KMPT zaleca, aby w zeszycie odnotowywać wszelkie składane skargi i wnioski, w tym te składane w formie ustnej, jak również odnotowywanie sposobu rozstrzygnięcia sprawy. Dokładny i rzetelny sposób prowadzenia dokumentacji umożliwia szczegółowe prześledzenie mechanizmów rozwiązywania skarg i wniosków oraz ocenę jego skuteczności. Stanowi także swoiste zabezpieczenie przed bezpodstawnymi zarzutami sugerującymi, że wniosek lub skarga nie zostały rozpatrzone.

---

<sup>30</sup> Zob. art. 68a ust. 2) ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r., poz. 2268).

<sup>31</sup> Tamże, art. 68a ust. 3.



Ponadto w celu ulepszenia dostępu pensjonariuszy do mechanizmów skargowych, KMPT rekomenduje także wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające (np. tablice informacyjne na korytarzach, przy wejściu do placówki) danych teleadresowych instytucji, do których mieszkaniac lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca. Takimi instytucjami mogą być przykładowo: Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676), Rzecznik Praw Pacjenta, Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

Warto w tym miejscu wskazać, że CPT w swoim rocznym sprawozdaniu z 2017 r. przedstawił standardy odnoszące się do mechanizmów skargowych, które warto brać pod uwagę w procesie zarządzania placówką<sup>32</sup>.

CPT podkreśla, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności (w tym w domach opieki). Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między pensjonariuszami, a personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też mieszkańcy placówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)<sup>33</sup>.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczącymi się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisaniem

---

<sup>32</sup> Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

<sup>33</sup> Tamże, par. 79.

w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców<sup>34</sup>. Podkreśla również, że brak skarg nie koniecznie powinien być uznawany za pozytywne zjawisko. Przeciwnie, może on świadczyć o niebezpiecznej sytuacji w placówce lub braku zaufania do systemu skarg<sup>35</sup>.

#### **6.4. Opieka medyczna**

W placówce zatrudnione są dwie pielęgniarki, które pełnią codziennie dyżury w godzinach 7-19. Mieszkańcy przy przyjęciu są oglądani przez pielęgniarkę pod kątem medycznym i higienicznym, co należy ocenić pozytywnie. Raz w tygodniu w placówce odbywa się wizyta lekarska. Nowoprzyjęci mieszkańcy są wówczas badani przez lekarza. Ponadto dwa razy w miesiącu w placówce jest dostępny lekarz psychiatra, który także konsultuje nowoprzyjętych mieszkańców.

Ewentualne obrażenia, odleżyny mieszkańców, ich stan przy przyjęciu wpisywane były w raportach pielęgniarskich, jednakże od pewnego czasu zrezygnowano z tej praktyki – ostatni wpis pochodził z 30 sierpnia 2022 r. Jak tłumaczyła właścicielka placówki, odstąpiono od tej praktyki, bowiem w placówce na stałe zatrudnione są tylko dwie pielęgniarki, które na bieżąco wymieniają się informacjami na temat mieszkańców.

W ocenie KMPT wskazane byłoby przywrócenie praktyki prowadzenia raportów pielęgniarskich. Warto podkreślić, że dobrze prowadzony rejestr może być pomocny w ustaleniu, czy osoby odpowiedzialne za opiekę i pomoc pensjonariuszom dobrze wykonywały swoje obowiązki. Taka praktyka niewątpliwie wzmocni podstawowe gwarancje mieszkańców i transparentność podejmowanych czynności, co ułatwi pracę także osobom sprawującym nadzór i kontrolę nad placówką. Raporty to także bezcenne źródło wiedzy dla samych pracowników. Zapisywanie najważniejszych informacji minimalizuje bowiem ryzyko pomyłki, do jakich może dojść jedynie przy ustnym przekazywaniu informacji. Ponadto należy pamiętać, że w nocy opiekę w placówce sprawuje jedynie dwóch opiekunów, warto aby i oni mieli dostęp do informacji o zachowaniu mieszkańców w ciągu dnia, ich samopoczuciu, ewentualnych urazach czy lekach, które doraźnie zostały podane, a nie znajdują się w karcie zleceń lekarskich. Może to być niezwykle ważne w przypadku konieczności uzyskania pomocy

---

<sup>34</sup> Tamże, par. 83.

<sup>35</sup> Tamże, par. 91.

od zespołu ratownictwa medycznego, który zostanie wezwany w nocy. W takich sytuacjach kluczowe jest szybkie i rzetelne uzyskanie najważniejszych informacji.

Poza ewentualnymi opisami obrażeń w archiwalnych raportach pielęgniarskich, w placówce nie było formularza, który byłby wypełniany przy wstępnym badaniu medycznym każdego mieszkańca. Nie stosowano map/schematów ciała, które byłyby pomocne, by precyzyjnie oznaczyć ujawnione na ciele mieszkańca obrażenia (zasinienia, krwiaki, odleżyny, rozcięcia etc.) lub blizny.

Stosowanie tego typu map ciała rekomenduje przygotowany przez ONZ Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół stambulski)<sup>36</sup>. Zawiera on praktyczne informacje, adresowane między innymi do personelu medycznego i psychologów, w zakresie metod tortur i złego traktowania, ich objawów, sposobów identyfikacji, realizacji badania medycznego i dokumentowania śladów przemocy. Dzięki wykorzystaniu dostępnych w nim narzędzi w łatwy sposób można też 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.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet ONZ Przeciwko Torturom (CAT)<sup>37</sup>, Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)<sup>38</sup>,

---

<sup>36</sup>Dokument w języku polskim jest dostępny pod adresem: [https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/protokol\\_stambulski\\_fin.pdf](https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/protokol_stambulski_fin.pdf) W lipcu 2022 r. Protokół stambulski został zaktualizowany. Najnowsza wersja w języku angielskim jest dostępna pod adresem: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>.

<sup>37</sup> Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

<sup>38</sup> Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 55.

Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur<sup>39</sup> i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)<sup>40</sup>.

KMPT zaleca stosowanie wskazanych w Protokole stambulskim map ciała i dołączanie ich do indywidualnej dokumentacji medycznej mieszkańców. W przypadku poważniejszych obrażeń do dokumentacji powinno dołączać się również ich zdjęcia<sup>41</sup>, wykonane za zgodą mieszkańców.

W kontekście zapewnienia prawidłowej opieki medycznej warto wskazać, że w dostępnych raportach pielęgniarskich kilkakrotnie znalazła się informacja, że niektórym mieszkańcom leki podawane były w postaci rozkruszonej. Nie było jednak informacji czy decyzja o rozdrobnieniu leku była konsultowana z lekarzem, ani jaki był powód ich rozkruszenia. Również w dokumentacji medycznej pacjentów nie było informacji, by takie zlecenie lekarskie wystawił lekarz ordynujący lek. Ponadto, jak ustalono w trakcie wizytacji, zdarzały się przypadki, gdy leki były podawane ukryte w pokarmie.

KMPT pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego<sup>42</sup>, rozkruszanie leków nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować. Podanie leku w formie rozkruszonej powinno być traktowane jako ostateczność i decyzję w tym zakresie powinien podejmować lekarz ordynujący lek.

---

<sup>39</sup> Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karan, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

<sup>40</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019)16, par. 80.

<sup>41</sup> Zob. również standardy CPT przedstawione w Dwudziestym Trzecim Raporcie Generalnym, CPT/Inf (2013) 29, par. 74 oraz Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 27, 80.

<sup>42</sup> Zob. Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji [w:] <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/raport-kmpt-prawa-mieszkanow-domow-pomocy-spoecznej>, s. 109-111.

KMPT neguje także praktykę kruszenia i rozpuszczania leków w posiłkach i podawania ich podstępem, w przypadku odmowy ich przyjęcia przez pacjenta. Zaznaczyć należy, iż każdy pacjent ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Ponadto musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana. Jeśli nie będzie miał takiej świadomości, to w przyszłości może dojść do sytuacji, w której pomimo wzburzenia nie będzie chciał przyjąć leku, pamiętając, że poprzedni zły stan zdrowia udało się polepszyć bez przyjmowania leku (nie wiedząc, że lek podano mu wówczas podstępem).

KMPT zaleca wprowadzenie zasad, w jakich sytuacjach leki mają być rozkruszone, a fakt zlecenia takiej formy podawania leków przez lekarza powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej, z podaniem przyczyny oraz wpisany w zlecenia lekarskie. Ponadto KMPT zaleca odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków ukrytych w pokarmie bez wiedzy pensjonariusza.

### **6.5. Rehabilitacja i terapia zajęciowa**

Jak wynikało z informacji przekazanych wizytującym, od poniedziałku do piątku mieszkańcy mogli korzystać z rehabilitacji prowadzonej przez fizjoterapeutę. Były to zajęcia grupowe, przeprowadzane w pokoju dziennym. Osoby leżące korzystały z rehabilitacji przyłóżkowej, która trwała ok. 30 min. Istniała także możliwość wykupienia dodatkowej rehabilitacji. Jednak w ocenie wizytujących nie wszyscy mieszkańcy, jak i ich rodziny mieli kompleksową wiedzę na temat możliwości korzystania z rehabilitacji.

Pensjonariusze nie mieli zapewnionej profesjonalnej terapii zajęciowej. W trakcie wizytacji zdecydowana większość mieszkańców swój wolny czas spędzała w pokoju dziennym połączonym z jadalnią, na oglądaniu telewizji. Warto docenić jednak, że placówka współpracowała z wolontariuszką – uczennicą liceum – która dwa razy w miesiącu odwiedza mieszkańców. Ponadto z uzyskanych informacji wynikało, że często to same opiekunki wychodzą z inicjatywą i aktywizują mieszkańców. Mogą wówczas słuchać muzyki, czytać książki i gazety, w okresach przedświątecznych mieszkańcy wykonują także drobne prace manualne.

Zgodnie z przekazanymi wizytującym danymi, na podstawie umowy zlecenia swoje usługi świadczył w placówce terapeuta – magister pedagogiki ze specjalizacją andragogiki. Z jego pomocy mogli skorzystać zarówno pracownicy jak i mieszkańcy. Jak wskazała właścicielka terapeuta jest dostępny w wymiarze 4 godzin miesięcznie, po zgłoszeniu o potrzebie konsultacji przez rodzinę mieszkańca lub personel

Kierownikowi placówki. Jak wskazywali rozmówcy KMPT, świadczył on wsparcie psychologiczne dla pracowników PCO w trakcie pandemii Covid-19.

W tym kontekście należy wskazać, że zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności<sup>43</sup> andragog prowadzi badania ukierunkowane na kształcenie dorosłych; organizuje i inspiruje aktywność edukacyjną człowieka dorosłego podejmowaną w systemie edukacji; planuje i prowadzi zajęcia dydaktyczne dla dorosłych; realizuje cele polityki edukacyjnej państwa w zakresie rozwoju kapitału ludzkiego i społecznego<sup>44</sup>. Zatem, o ile jego wsparcie dla personelu byłoby uzasadnione w kontekście doskonalenia zawodowego, o tyle z perspektywy mieszkańców placówki – osób starszych, chorujących i z niepełnosprawnościami, dużo lepszym rozwiązaniem byłoby zapewnienie kontaktu z profesjonalnym terapeutą zajęciowym. Rolą terapeuty zajęciowego jest bowiem prowadzenie różnych form i technik terapii w procesie leczenia oraz rehabilitacji chorych, w celu przeciwdziałania powstaniu przewlekłego stanu chorobowego lub trwałego kalectwa, kompensacji ubytków funkcji oraz przystosowania do życia w społeczności szpitalnej i pozaszpitalnej<sup>45</sup>.

W ocenie KMPT, mieszkańcy powinni mieć zapewnioną profesjonalną terapię zajęciową, która pomogłaby w aktywizacji fizycznej, psychicznej jak również intelektualnej pensjonariuszy. Obecne formy spędzania czasu wolnego przez pensjonariuszy nie stanowią bowiem oddziaływań terapeutycznych. Należy podkreślić, że terapia zajęciowa powinna być prowadzona w sposób przemyślany oraz udokumentowany, aby umożliwić ocenę efektywności podjętych oddziaływań. Powinna odbywać się regularnie, a nie jedynie po zgłoszeniu potrzeby konsultacji.

Jak zauważa CPT proces opieki nad mieszkańcami tego typu placówek powinien obejmować zarówno terapię zajęciową, rehabilitację jak również obejmować zajęcia o charakterze rekreacyjnym. W ocenie Komitetu szczególną uwagę należy zwrócić na opracowanie indywidualnego planu dla każdego z mieszkańców, który będzie miał na celu utrzymanie umiejętności osobistych i społecznych, w tym mobilności, a tym samym poprawę jakości życia i dobrostanu mieszkańców<sup>46</sup>. Jak podkreśla CPT, za

---

<sup>43</sup> Klasyfikacja prowadzona jest przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej zob. <https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci>

<sup>44</sup> Kod 235101w Klasyfikacji zawodów i specjalności.

<sup>45</sup> Zob. Kod 325907 w Klasyfikacji zawodów i specjalności.

<sup>46</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, § 171.

minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia<sup>47</sup>.

KMPT zaleca zatrudnienie wykwalifikowanego i doświadczonego terapeuty zajęciowego w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy dobrostanu pensjonariuszy. Wskazane jest również podjęcie działań informacyjnych służących zachęceniu mieszkańców do korzystania z rehabilitacji.

## 6.6. Opieka psychologiczna

Jak już wskazano w niniejszym raporcie, w przypadku zgłoszenia takiej potrzeby mieszkańcy mogli uzyskać wsparcie terapeuty będącego andragogiem. Jednakże tej formy kontaktu nie można uznać za zapewnienie profesjonalnej opieki psychologicznej. Rolą psychologa jest bowiem m.in. prowadzenie działań profilaktycznych i terapeutycznych w stosunku do osób z zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi, diagnoza skutków dziedziczności oraz wpływ różnorodnych czynników (np. społecznych) na psychikę ludzką<sup>48</sup>.

Ogromnie ważne jest to, by pomoc psychologiczna była udzielana przez profesjonalnego psychologa, który swoją pracę wykonuje w oparciu o Kodeks etyki zawodowej psychologa<sup>49</sup>. Jak bowiem wskazano w preambule Kodeksu: „Rola zawodowa psychologów, niezależnie od rodzaju intencjonalnie podejmowanych przez nich czynności, obejmuje ingerencję w funkcjonowanie człowieka jako indywidualnej i niepowtarzalnej osoby. Ingerencja ta może nieść za sobą znaczące skutki. Relacja profesjonalna łącząca go z odbiorcą jego działań zawodowych ma szczególny charakter. Powyższe okoliczności wymagają przestrzegania zasad etyki zawodowej w działalności psychologów i uzasadniają stawianie im wysokich wymagań etycznych<sup>50</sup>”

Wizytując placówki całodobowej opieki, jak i domy pomocy społecznej KMPT każdorazowo podkreśla, że wsparcie psychologiczne jest niezwykle istotne zwłaszcza w początkowym okresie pobytu w placówce, gdy dochodzi do całkowitej zmiany

---

<sup>47</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, § 174.

<sup>48</sup> Kod 263401 w Klasyfikacji zawodów i specjalizacji.

<sup>49</sup> Zob. Kodeks etyczny psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego zatwierdzony przez Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w dniu 2 grudnia 2018 r. [w:] <https://psych.org.pl/o-ptp/kodeks-psychologa>

<sup>50</sup> Art. 2 Kodeksu etycznego psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

otoczenia. Wówczas u osoby w podeszłym wieku, może pojawić się poczucie zagubienia, skłonność do stanów depresyjnych, zamykanie się w sobie lub niechęć do nawiązywania kontaktów. Osoba taka może doświadczać wtedy silnego oporu, nie potrafi pogodzić się ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Nie ulega wątpliwości, że rola psychologa pracującego z pensjonariuszem systematycznie w tym okresie jest nie do przecenienia.

Psycholog powinien także pomagać w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych poprzez prawidłowe zdiagnozowanie przyczyny konfliktu, obejmować wzmożoną opieką pensjonariuszy trudnych, pomagać w przezwyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, diagnozować osobowość pensjonariusza, jak również prowadzić współpracę z rodzinami i najbliższymi mieszkańców. W sytuacjach odmowy współpracy ze strony pensjonariusza psycholog mógłby natomiast formułować zalecenia odnośnie sposobu postępowania pozostałego personelu z danym mieszkańcem.

Podkreślenia wymaga również, iż osoby w podeszłym wieku coraz częściej konfrontują się z kwestią schyłku życia, dokonują podsumowania swojego życia. W takich sytuacjach może pojawić się lęk przed śmiercią, samotnością, doświadczenie opuszczenia przez najbliższych. Problem ten dotyczy również osób przewlekle somatycznie chorych.

Na kwestię zapewnienia odpowiedniej opieki psychologicznej osobom przebywającym m. in. w placówkach opiekuńczych zwracał uwagę także SPT wskazując, że regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób pozbawionych wolności ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania<sup>51</sup>.

W związku z powyższym KMPT zaleca zapewnienie mieszkańcom stałego kontaktu z psychologiem.

## **6.7. Rejestry i dokumentacja**

W Centrum Opieki nie prowadzono ewidencji przypadków stosowania przymusu bezpośredniego na terenie placówki.

---

<sup>51</sup> Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, par. 32.



W tym kontekście warto zaznaczyć, że choć pracownicy placówek całodobowej opieki nie mogą stosować przymusu bezpośredniego względem pensjonariuszy, to podmiot prowadzący PCO jest zobowiązany do prowadzenia tego rodzaju ewidencji odnoszącej się do zastosowania przymusu bezpośredniego przez inne podmioty np. zespoły ratownictwa medycznego czy Policję. Konieczność ta wynika z art. 68a ust. 1) lit. d) ustawy o pomocy społecznej<sup>52</sup>, zgodnie z którym: „podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku jest obowiązany m. in. do prowadzenia ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka”.

KMPT zaleca kierownictwu placówki wprowadzenie wskazanego rejestru.

Jak ustalono w rozmowie z właścicielką placówki, w 2021 r. doszło do jednego zdarzenia nadzwyczajnego – jeden z mieszkańców zaginął – najprawdopodobniej wyszedł przez okno i odjechał autobusem. Była to osoba chorująca na Alzheimera, w związku z czym było to niezwykle niebezpieczne zdarzenie. Powiadomiona została Policja i ostatecznie mężczyzna został odnaleziony.

Należy jednak zauważyć, że w wizytowanej placówce nie był prowadzony rejestr zdarzeń nadzwyczajnych, w którym przytoczone zdarzenie mogłoby zostać odnotowane i szczegółowo opisane, tak aby w przyszłości przeanalizować tę sytuację, wyciągnąć wnioski i wprowadzić schematy postępowania w tego typu sytuacjach. W placówce nie było też żadnych procedur regulujących zasady postępowania personelu (np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, zdarzeń niepożądanych, autoagresji).

KMPT zachęca kierownictwo placówki do wprowadzenia odpowiednich rejestrów i procedur. Dobrze prowadzony rejestr może być pomocny w ustaleniu, czy osoby odpowiedzialne za opiekę i pomoc pensjonariuszom dobrze wykonywały swoje obowiązki. Taka praktyka niewątpliwie wzmocni podstawowe gwarancje mieszkańców i transparentność podejmowanych czynności, co ułatwi pracę także osobom sprawującym nadzór i kontrolę nad placówką.

---

<sup>52</sup> Dz. U. z 2021 r., poz. 2268.

W ocenie SPT dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami i innymi formami niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności<sup>53</sup>.

Z kolei procedury pozwolą na ujednoczenie praktyki personelu w rozmaitych obszarach, zwłaszcza w sytuacjach, gdy musi on działać w stresie i chwilach pobudzenia mieszkańca. Stwarza to ryzyko błędów i złego (w tym niezamierzonego) traktowania mieszkańców.

## **6.8. Pracownicy**

Jak wynikało z informacji przekazanych przez właścicielkę, w placówce zatrudnionych było 9 opiekunów (2 osoby posiadały wykształcenie wyższe magisterskie, 7 osób wykształcenie średnie, w tym 2 osoby posiadały dyplom zawodowy opiekuna osób starszych, a ponadto wszystkie miały ponad czteroletnie doświadczenie w zawodzie). W placówce zatrudnione były także dwie pielęgniarki. Jak wynikało z przekazanych informacji, wszyscy pracownicy mieli ukończony kurs pierwszej pomocy medycznej.

W opinii KMPT niepokojącym zjawiskiem był brak regularnych szkoleń dla personelu wizytowanej placówki. W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że szkolenie personelu jest jednym z mechanizmów zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Jest to szczególnie istotne w przypadku instytucji opiekuńczych, gdzie z uwagi na stan zdrowotny mieszkańców mogą występować sytuacje trudne, w tym agresja werbalna i fizyczna. Wymaga to od pracowników wysokiego poziomu merytorycznego i profesjonalizmu, skutecznego radzenia sobie z trudnymi zachowaniami (z poszanowaniem godności i praw człowieka), ale też mechanizmów obronnych przed obciążeniem psychicznym i wypaleniem zawodowym.

W opinii KMPT, z uwagi na specyfikę placówki, zalecane byłoby zorganizowanie szkoleń z zakresu sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

---

<sup>53</sup> Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zobacz przykładowo raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt. 2, § 49-52.

Jak już wskazano w niniejszym raporcie, podczas pandemii Covid-19 w placówce doszło do zakażeń a personel i mieszkańcy podlegali izolacji. Wówczas zostały zorganizowane dwa spotkania dla personelu z terapeutą - andragogiem. Można było uzyskać wsparcie zarówno podczas rozmów indywidualnych, jak i grupowych. Mimo pandemii spotkania te odbywały się w sposób bezpośredni – na tarasie placówki, z zachowaniem zasad reżimu sanitarnego. W ocenie osób korzystających z tej możliwości było to bardzo pomocne rozwiązanie i stanowiło realne wsparcie w tym szczególnie trudnym czasie. Jednakże należy zauważyć, że osoby te były przekonane iż korzystają z pomocy psychotraumatologa.

Tymczasem, jak już wskazano w raporcie, istnieje istotna różnica pomiędzy rolą adragoga a psychologa, a w szczególności psychotraumatologa<sup>54</sup>. Podobnie jak przy wsparciu psychologicznym dla mieszkańców niezbędne jest, aby osoba udzielająca tego typu pomocy działała w oparciu o zasady etyki zawodowej.

W związku z powyższym, KMPT rekomenduje zorganizowanie personelowi profesjonalnej superwizji, która pozwoli na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu. Superwizja powinna być prowadzona przez certyfikowanego, zewnętrznego eksperta.

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>55</sup>.

---

<sup>54</sup> Zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalizacji (Kod: 229910), psychotraumatolog udziela porad i wsparcia psychologicznego osobom i rodzinom doświadczającym incydentalnej lub długotrwałej traumy po nagłych zdarzeniach; pomaga osiągnąć utraconą równowagę psychiczną, odnaleźć wyjście z trudnej sytuacji za pomocą terapii dzieci, młodzieży i dorosłych ofiar traumy.

<sup>55</sup> European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zobacz również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

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>56</sup>.

## 6.9. Warunki bytowe

W placówce były co najmniej dwa pokoje czteroosobowe. W trakcie oglądu tylko w jednym z łóżek w tych pokojach przebywała osoba leżąca, pozostałe łóżka były posłane, a mieszkańcy znajdowali się w pokoju dziennym. Jak ustaliły wizytujące, łóżka te należały m.in. do osób, które samodzielnie poruszały się po placówce.

W tym kontekście należy zauważyć, że co do zasady w placówkach całodobowej opieki pokoje powinny być nie więcej niż trzyosobowe<sup>57</sup>, natomiast jeżeli pokój zajmują **wyłącznie osoby leżące** może być on czteroosobowy, a jego powierzchnia nie może być mniejsza niż 6 m<sup>2</sup> na osobę<sup>58</sup>.

W związku z powyższym KMPT zaleca rozmieszczenie mieszkańców w taki sposób, aby w pokojach czteroosobowych przebywały wyłącznie osoby leżące, pozostali mieszkańcy powinni zamieszkiwać pokoje nie większe niż trzyosobowe.

W budynku nie było instalacji przyzywowej, która umożliwiłaby szybką reakcję personelu w przypadku zdarzeń nadzwyczajnych.

W ocenie KMPT warto wyposażyć placówkę w instalację przyzywową lub przenośne sygnalizatory dla mieszkańców. Zwiększyłyby to gwarancję właściwej reakcji na stany zagrożenia życia i zdrowia pensjonariuszy. Byłoby również ważne z perspektywy komfortu psychicznego mieszkańców. Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma szczególne znaczenie także w związku z wymogami Konwencji

---

<sup>56</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.

<sup>57</sup> Art. 68 ust. 4 pkt. 3) ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r., poz. 2268).

<sup>58</sup> Art. 68 ust. 4a) ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r., poz. 2268).

o Prawach Osób Niepełnosprawnych<sup>59</sup>, zgodnie z którą osoby z niepełnosprawnościami powinny mieć zapewnione różne formy pomocy osób, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi, oraz którym w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego, powinno się zapewnić racjonalne usprawnienia.

Część rozmówców KMPT zwracała uwagę, że brakuje im przestrzeni zamykanej na klucz, gdzie bez obaw mogliby przechowywać rzeczy osobiste. Wskazywali bowiem, że czasami dochodziło do sytuacji gdy ich rzeczy były zabierane przez mieszkańców z różnego rodzaju zaburzeniami otępiennymi i następnie sami musieli je odzyskiwać.

W tym kontekście warto wskazać, że zdaniem CPT „placówki opieki społecznej powinny zapewniać domowe, zindywidualizowane środowisko zapewniające pewien stopień prywatności. Każdy mieszkaniec powinien mieć osobistą, zamykaną na klucz przestrzeń, w której może przechowywać swoje rzeczy osobiste”<sup>60</sup>.

KMPT zaleca zapewnienie mieszkańcom dostępu do zamykanych na klucz szafek.

## **7. Zalecenia**

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

### **I. Właściciele Placówki Całodobowej Opieki – Centrum Opieki Familia w Łodzi:**

1. zweryfikowanie treści zawieranych umów o świadczenie usług i uwzględnienie w nich jako strony umowy – mieszkańca;
2. odbieranie od mieszkańców mogących wyrazić świadomą zgodę na pobyt w placówce stosowych oświadczeń w tym zakresie. W przypadku osób, które

---

<sup>59</sup> Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowana przez Polskę w dniu 6 września 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169).

<sup>60</sup> Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 10.

mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem, należy umożliwić im złożenie tuszowego odcisku palca;

3. sprawdzanie podczas przyjmowania nowych mieszkańców ubezwłasnowolnionych, czy udzielone jest stosowne zezwolenie sądu na pobyt w placówce całodobowej opieki;
4. zmianę i modyfikację wzoru umowy i modyfikacja postanowienia dotyczącego odstąpienia od umowy ze skutkiem natychmiastowym;
5. stosowanie wobec mieszkańców zabezpieczeń przed upadkiem wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta, stosownie do uwag wskazanych w raporcie;
6. ograniczanie możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez mieszkańców jedynie na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
7. zapoznawanie mieszkańców z ich prawami, w tym regulaminem pobytu i odbieranie od nich podpisów pod treścią oświadczeń;
8. uzupełnienie tablic informacyjnych zgodnie z wymaganiami określonymi w ustawie o pomocy społecznej;
9. odnotowywanie wszelkich skarg i wniosków, w tym tych składanych w formie ustnej, jak również odnotowywanie sposobu ich rozstrzygnięcia;
10. wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych danych teleadresowych instytucji, do których mieszkańiec lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca np. numeru bezpłatnej infolinii Rzecznika Praw Obywatelskich 800 676 676, Rzecznika Praw Pacjenta, Wydziału Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi, organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacja Praw Człowieka);
11. przywrócenie praktyki prowadzenia raportów pielęgniarских;
12. dokumentowanie ewentualnych obrażeń mieszkańców zgodnie z Protokołem stambulskim za pomocą tzw. „map ciała”, które powinny być dołączane do dokumentacji medycznej mieszkańca; zapoznanie personelu z treścią Protokołu stambulskiego;

13. wprowadzenie zasad, w jakich sytuacjach leki mogą być rozkruszone, a fakt zlecenia takiej formy podawania leków przez lekarza powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej, z podaniem przyczyny oraz wpisany w zlecenia lekarskie;
14. odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków ukrytych w pokarmie bez wiedzy pensjonariusza;
15. zatrudnienie wykwalifikowanego i doświadczonego terapeuty zajęciowego w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy ich dobrostanu;
16. podjęcie działań informacyjnych służących zachęceniu mieszkańców do korzystania z rehabilitacji;
17. zapewnienie mieszkańcom stałego kontaktu z profesjonalnym psychologiem;
18. utworzenie stosownych rejestrów wskazanych w niniejszym raporcie, ze szczególnym uwzględnieniem rejestru stosowania środków przymusu bezpośredniego, jak również opracowanie jasnych procedur postępowania personelu w sytuacjach nadzwyczajnych;
19. zorganizowanie szkoleń z zakresu sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu;
20. zorganizowanie personelowi superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta;
21. rozmieszczenie mieszkańców w taki sposób, aby w pokojach czteroosobowych przebywały wyłącznie osoby leżące, pozostali mieszkańcy powinni zamieszkiwać pokoje nie większe niż trzyosobowe;
22. wyposażenie placówki w instalację przyzywową lub przenośne sygnalizatory dla mieszkańców;
23. zapewnienie mieszkańcom dostępu do zamykanych na klucz szafek.

Ponadto na podstawie art. 20 OPCAT oraz art. 1 ust. 4 w zw. z art. 13 ust.1 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich<sup>61</sup>, KMPT zwraca się do Przewodniczącej VIII Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi o informacje, czy w opisanym niniejszym raporcie sprawie<sup>62</sup> opiekun prawny wystąpił, a jeśli tak to kiedy, o zezwolenie w na umieszczenie całkowicie ubezwłasnowolnionej małżonki w placówce całodobowej opieki.

Opracowała: Justyna Zarecka

Za Zespół:

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/

---

<sup>61</sup> Tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 627.

<sup>62</sup> Por. Postanowienie Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi z dnia 4 sierpnia 2020 r. sygn. VIII RNs 71/20; postanowienie Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi z dnia 6 czerwca 2019 r., sygn. VIII RNs 284/19; pismo Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi z dnia 31 maja 2022 r., sygn. VIII Op 47/19.