



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

# PRAWA MIESZKAŃCÓW domów pomocy społecznej Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?

Raport z działalności RPO  
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Warszawa 2017

**Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej  
Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych,  
chorych i z niepełnosprawnościami?**

**Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur**

**Autorki:**

dr Justyna Józwiak (rozdziały 1,2,3)

dr Aleksandra Iwanowska (wstęp, rozdziały 4-7),

Dorota Krzysztoń (rozdział 6 punkt 1.2. sądowa kontrola domów pomocy społecznej)

**Redakcja:**

Justyna Lewandowska, Krzysztof Olkowicz

**Wydawca:**

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa

[www.rpo.gov.pl](http://www.rpo.gov.pl)

Infolinia Obywatelska 800 676 676

© Copyright by Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich  
Warszawa 2017

ISBN 978-83-65029-30-0

Oddano do składu w lipcu 2017 r.

Podpisano do druku w sierpniu 2017 r.

Nakład: 200 egz.

**Projekt okładki:**



**RZECZYOBRAZKOWE**

**Opracowanie DTP, korekta, druk i oprawa:**

Omikron Sp. z o.o.

[www.omikron.net.pl](http://www.omikron.net.pl)

# Spis treści

Słowo wstępne Rzecznika Praw Obywatelskich .....	5
Wstęp .....	9
1. Opieka nad osobami niesamodzielnymi.....	11
2. Rola Rzecznika Praw Obywatelskich .....	25
2.1. Wystąpienia i interwencje generalne – zwracanie uwagi na problemy systemowe.....	25
2.2. Reakcje na zgłoszenia obywateli .....	27
2.3. Działanie w ramach Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur .....	27
3. System ochrony przed torturami i innymi formami złego traktowania.....	29
4. Standardy międzynarodowe w zakresie opieki nad osobami z niepełnosprawnością i osobami starszymi .....	43
5. Domy pomocy społecznej w prawie krajowym .....	53
6. Wyniki wizytacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w domach pomocy społecznej.....	61
6.1. Problemy systemowe .....	63
6.2. Przypadki nieludzkiego lub poniżającego traktowania .....	92
6.3. Mocne strony i dobre praktyki w wizytowanych domach pomocy społecznej.....	94
6.4. Obszary wymagające poprawy.....	98
6.5. Sytuacja osób z niepełnosprawnością.....	123
7. Rekomendacje .....	126



# Słowo wstępne Rzecznika Praw Obywatelskich

Oddajemy w Państwa ręce kolejny raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT) – grupy specjalistów monitorujących sytuację w miejscach odosobnienia, gdzie ludzie przebywają niezależnie od swojej woli.

Są to eksperci Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, którzy w ten sposób od 2008 roku wypełniają postanowienia podpisanego przez Polskę Protokołu fakultatywnego do Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur (OPCAT).

KMPT dąży do tego, aby w miejscach zatrzymań osób w różny sposób pozbawionych wolności nie dochodziło do tortur, okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania lub karania.

Takich miejsc jest w Polsce ponad 2600. To nie tylko zakłady karne czy areszty, ale również policyjne izby dziecka, izby wytrzeźwień, szpitale psychiatryczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze czy właśnie domy pomocy społecznej.

Wszystkie one muszą być regularnie wizytowane, bo to czasami jedyna szansa na poznanie prawdy o tym, co się tam dzieje i w jaki sposób można pomóc ludziom, którzy zostali doświadczeni przez los.

Wizytatorów KMPT jest niestety, biorąc pod uwagę potrzeby, niewielu. Dlatego, by swoje działanie uczynić bardziej efektywnym, wyznaczają oni sobie priorytety. Od dwóch lat takim priorytetem były domy pomocy społecznej. Chodziło o to, aby zebrać jak najwięcej informacji, poznać przykłady dobrych i złych praktyk, a w efekcie opracować raport i rekomendacje dotyczące traktowania osób niesamodzielnych, skierowanych do domu pomocy społecznej także wyrokiem sądu. Od początku swojej działalności do końca 2016 r. KMPT przeprowadził łącznie 146 wizytacji w DPS.

W naszym opracowaniu znajdzie Państwo opisy najważniejszych problemów oraz odpowiednie sugestie i rekomendacje zmian. W ich formułowaniu pomagają nam organizowane od września 2016 r. debaty regionalne Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, w których udział biorą także pracownicy domów pomocy społecznej.



Szczególne warte podkreślenia i propagowania są dobre przykłady z takich miejsc odwiedzonych przez KMPT, jak: z Krakowa, Machowinka, Elbląga, Otwocka, Ełku, Chorzowa, Bielawek, Morynia, Górna, Białegostoku, Gryfic, Szczeczeszyna, Płazów, Wrocławia, Płocka, czy z Nowego Miszewa.

Lecz warto również pamiętać o losie mieszkańców innych DPS-ów, gdzie zdarzają się – jak ujawnił KMPT – agresja werbalna, straszenie, naruszanie nietykalności cielesnej czy niedopuszczalne dyscyplinowanie.

KMPT z satysfakcją odnotowuje, że liczba takich złych praktyk systematycznie maleje. Także dzięki temu, że ktoś przyjechał, zobaczył, porozmawiał, poradził, zaproponował rozwiązanie problemu.

Korzystając z okazji, chciałbym zwrócić uwagę na kolejną ważną sprawę.

Domy pomocy społecznej – choć jest ich 783 i opieką obejmują około 77 tys. osób – stanowią tylko część instytucjonalnej pomocy dla osób niesamodzielnych. Jeśli mimo monitoringu dzieją się w nich rzeczy niepokojące, to co powiedzieć o placówkach komercyjnych, które do tej pory z takiego wsparcia nie korzystały? Chodzi m.in. o ośrodki dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością i niesamodzielnych, świadczących usługi na zasadach komercyjnych, pozostające pod opieką wojewody (jest ich w Polsce ok. 470).

Można się więc zastanowić, na ile wykorzystanie potencjału KMPT mogłoby ułatwić prowadzenie tego nadzoru. Wszyscy przecież wiemy, jak ważna jest współpraca w dziedzinie ochrony praw najsłabszych. Inaczej – w natłoku zadań i obowiązków – łatwo można przegapić pierwsze niepokojące sygnały.

Są też ośrodki działające po prostu – i wyłącznie – na zasadach komercyjnych – pensjonaty czy domy pobytu nie zgłaszające działalności opiekuńczej u wojewody i nie podlegające jego kontroli.

Są wśród nich placówki, które w żadnym przypadku nie powinny być miejscem zamieszkania dla osób niesamodzielnych, wymagających całodobowej opieki – bo są to po prostu zwykłe noclegownie czy „agroturystyki”.

Oczywiście są wśród nich także placówki o wysokim standardzie, ale są też takie, które nie chcą albo nie umieją właściwie opiekować się mieszkańcami. Tymczasem państwo reaguje tu dopiero na wyraźny sygnał o konfliktach czy nadużyciach.

Dla takich ośrodków wsparcie KMPT mogłoby mieć także ogromne znaczenie. Wiele zła może dziać się bowiem nie tyle ze złej woli, co z niewiedzy o sposobach rozstrzygania konfliktów, czy umiejętności zrównoważenia potrzeby zapewnienia mieszkańcom bezpieczeństwa z potrzebą poszanowania ich wolności osobistej.



Dziś, gdy tak wielu z nas zmuszonych jest do znajdowania opieki dla starzejących się rodziców i krewnych, musimy sami umieć odróżnić ośrodki dobre od złych. Musimy też nauczyć się, jakie sygnały powinny budzić nasz niepokój i jak na nie reagować.

Raporty i praca KMPT mogą nam w tym pomóc. Dlatego tak ważne jest upowszechnianie efektów działań tych ekspertów w społeczeństwie oraz pozyskiwanie dla nich społecznego wsparcia.

Rzecznik Praw Obywatelskich zwraca uwagę, że we wszystkich placówkach, które mogą sprawować opiekę nad osobami niesamodzielnymi, należy wypracowywać standardy, jak tę opiekę pełnić, oraz upowszechniać wskazówki, jakich błędów unikać. Równocześnie trzeba podejmować starania, aby osoby niesamodzielne nigdy nie trafiały do miejsc do tego nieprzygotowanych, w tym do wspomnianych noclegowni (o czym niedawno informowały media).

Objęcie zatem placówek komercyjnych monitoringiem i wsparciem KMPT byłoby w interesie wszystkich obywateli, nie tylko obecnych mieszkańców tych placówek, prędzej czy później każdy może potrzebować pomocy, także dla swoich bliskich i znajomych.

Pamiętajmy, że nasze społeczeństwo się starzeje, dlatego wypracowywanie godnych warunków opieki i ochrony praw człowieka osób starszych i osób niesamodzielnych będzie sprawą rosnącej wagi. Warto o tym pamiętać czytając raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.

Adam Bodnar  
*Rzecznik Praw Obywatelskich*





# Wstęp

Obowiązkiem każdego społeczeństwa jest zapewnienie opieki osobom, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie mogą samodzielnie funkcjonować i nie mogą liczyć na pomoc bliskich. Odpowiedzią na ten problem, przed którym stoi również i nasze społeczeństwo, są różne zinstytucjonalizowane formy pomocy, w tym przede wszystkim domy pomocy społecznej – najstarsza i najbardziej ugruntowana organizacyjnie forma opieki. Dzięki funkcjonowaniu domów w przypadku wystąpienia okoliczności przerastających możliwości danej osoby nie zostanie ona pozostawiona bez pomocy i może liczyć na wsparcie państwa.

Jednakże w miejscach opieki może dochodzić do niewłaściwego traktowania. Wynika to z natury opieki – jak pisze B. Szatur-Jaworska<sup>1</sup>, że uwidacznia się w niej konflikt między potrzebą zapewnienia mieszkańcom bezpieczeństwa a poszanowaniem ich wolności osobistej, uwzględnieniem dobra całej społeczności i zarazem poszczególnych jednostek. Naturę ludzką w dużym stopniu determinują dwie głęboko zakorzenione potrzeby – zwracania się o pomoc do innych w sytuacjach krytycznych, a z drugiej strony – samodzielnego kierowania swoim życiem, potrzeby wolności i samodzielności<sup>2</sup>. W domach pomocy społecznej obie one występują jednocześnie, a brak równowagi między nimi stanowi najprostszą drogę do nadużyć.

Przed personelem domów pomocy społecznej stoi zatem niełatwe zadanie zaspokojenia potrzeb osób chorych, nieporadnych, niepełnosprawnych w sposób nie tylko respektujący ich godność, ale również uwzględniających ich wolę i niezależność. Te same powody przesądzają także o trudności prowadzenia monitoringu stanu przestrzegania praw człowieka w tych placówkach. Występujące w nich naruszenia mają bowiem bardzo często charakter nieoczywisty, ukryty, dający się uzasadnić koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom lub koniecznością dbania o interes wspólnoty.

---

<sup>1</sup> B. Szatur-Jaworska, Zasady polityk publicznych w starzejącym się społeczeństwie (w:) Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2012, nr 9, Źródła, s. 11.

<sup>2</sup> T. Bąkowski, Administracyjnoprawna sytuacja jednostki w świetle zasady pomocniczości, Lex.



Kolejny problem związany jest ze zdarzającymi się przypadkami negowania wiarygodności relacji mieszkańców o niewłaściwym traktowaniu, z uwagi na występujące u nich zaburzenia psychiczne.

Niniejszy raport stanowi podsumowanie wizytacji przeprowadzonych dotychczas przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur w domach pomocy społecznej. Z pewnością nie może być on postrzegany jako ilustracja wszystkich problemów występujących w funkcjonowaniu tych placówek. Zawarte w raporcie informacje obrazują pewien wycinek rzeczywistości, ale wycinek bardzo istotny, gdyż dotyczący tak podstawowych kwestii jak np. legalności pobytu mieszkańców w domu pomocy społecznej czy sposób traktowania ich przez personel. Organizowane od września 2016 r. debaty regionalne Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, w których udział biorą także pracownicy domów pomocy społecznej, wykazały ponadto, że tych spraw jest znacznie więcej<sup>3</sup>.

Publikacja ta ma służyć zarówno ujawnieniu zaistniałych w poszczególnych placówkach nieprawidłowości, jak i sygnalizować pewne obszary problemowe, w których może dojść do naruszenia praw mieszkańców. Cel raportu nie ogranicza się zatem tylko do przedstawienia stanowiska Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w zakresie traktowania osób pozbawionych wolności w domach pomocy społecznej, ale również pobudzenia dyskusji i wyczulenia personelu tych placówek na wystąpienie sytuacji potencjalnie grożących niewłaściwym traktowaniem. Dotyczy to także innych miejsc, w których sprawowana jest całodobowa opieka nad osobami niesamodzielnymi, w tym placówek działających na zasadach komercyjnych.

Postawa osób zatrudnionych w domach pomocy społecznej jest bardzo ważna, często należy ich określić jako bezpośrednich obrońców praw człowieka, gdyż w wielu sytuacjach są oni pierwszym punktem kontaktu między mieszkańcami a instytucjami publicznymi. A istotna ochrona praw zaczyna się właśnie na poziomie pojedynczych domów i ich pracowników.

---

<sup>3</sup> Np. brak dostępu do dokumentacji medycznej mieszkańców po ich powrocie ze szpitala przekładający się na brak wiedzy o zaleceniach lekarskich do realizacji w placówce; kierowanie do dps osób przewlekłe psychicznie chorych lub niepełnosprawnych intelektualnie z dodatkowo zdiagnozowanym wirusem HIV lub HCV.

# 1. Opieka nad osobami niesamodzielnymi

Z najnowszych badań CBOS wynika, że trudności z samodzielnym wykonywaniem codziennych czynności, takich jak na przykład załatwianie spraw w urzędach, robienie zakupów, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, ubieranie się, higiena osobista, wynikają najczęściej ze starszego wieku. Jednak przyczyn trudności należy poszukiwać także w niepełnosprawności i chorobach przewlekłych, w braku wystarczających środków finansowych, trudnych warunkach materialnych oraz w samotności związanej z brakiem kompetentnych osób, które mogłyby wesprzeć<sup>4</sup>. Osoby, które z jakichkolwiek powodów, stają się niesamodzielne wymagają zatem uzyskania pomocy ze strony innych osób lub instytucji. Jak wskazują badania, obecnie pomoc ta najczęściej udzielana jest przez członków rodziny. Większość badanych wskazywała, że na ogół pomagają im dzieci (68%), wnuki (39%), współmałżonek (39%), ale także sąsiedzi, przyjaciele i znajomi. Zaledwie kilka procent wskazywało na opiekunkę z ośrodka pomocy społecznej (4%), pielęgniarzkę środowiskową (5%) lub płatną opiekunkę (6%)<sup>5</sup>. Opieka nad osobami niesamodzielnymi spoczywa zatem głównie na członkach rodziny.

Mimo tych optymistycznych danych naukowcy zaznaczają, że zachodzące zmiany społeczne i demograficzne mogą wkrótce osłabić funkcje opiekuńcze rodziny i tym samym obowiązek zapewnienia opieki przeniesiony zostanie na stronę państwa i instytucji publicznych lub prywatnych. Przemawia za tym szereg zjawisk społecznych, których w zasadzie już teraz jesteśmy świadkami.

Po pierwsze, mamy do czynienia z procesem starzenia się ludności (nie tylko Polski), co znajduje odzwierciedlenie w zwiększającym się odsetku osób starszych, a zmniejszającym się jednocześnie odsetku dzieci.

Począwszy od lat pięćdziesiątych, od kiedy dostępne są systematyczne dane demograficzne, odsetek osób starszych wzrasta. Prognozy demograficzne wskazują, że trend ten utrzyma się w kolejnych dekadach.

---

<sup>4</sup> Jakiej pomocy potrzebują osoby starsze i kto jej im udziela? Komunikat z Badań NR 162/2016, CE-BOS, listopad 2016 r.

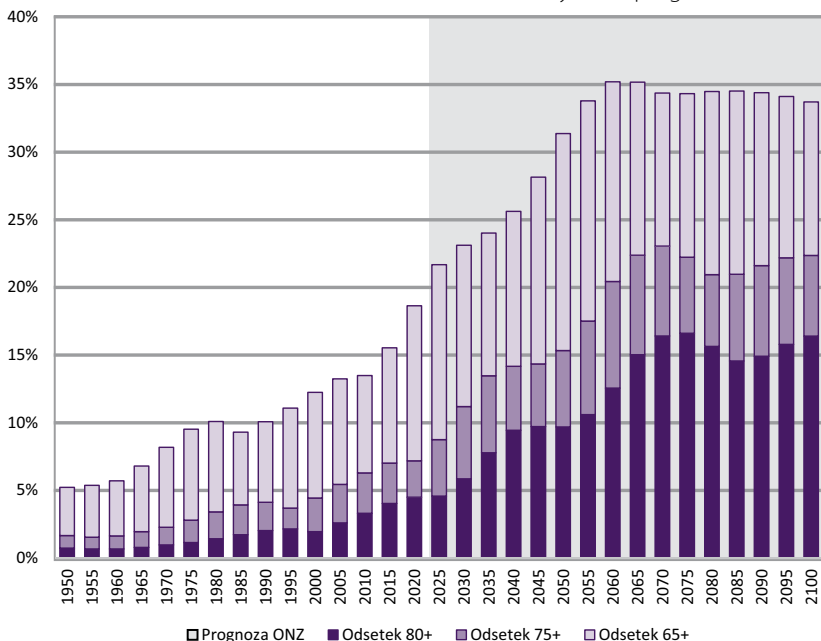
<sup>5</sup> Tamże, str. 5.

W 2015 r. osoby w wieku 65+ stanowiły 15,8% polskiego społeczeństwa (dla porównania odsetek ten w 2005 r. wynosił 13,3%, w 1995 r. – 11,3%, zaś w 1985 r. – 9,4%).

Co więcej, w grupie wiekowej 65+ rośnie udział osób, które ukończyły 75 rok życia, oraz tych w mocno zaawansowanym wieku (80 lat i więcej). Udział tych ostatnich w ogólnej liczbie ludności Polski podwoił się – z niespełna 2% w 1989 r. do prawie 4% w 2013 r. (trendy te przedstawiono na wykresie 1). Z kolei największy ubytek zaobserwowano w grupie dzieci i młodzieży (w wieku 0–17 lat).

Jest to najlepszy przykład obrazujący proces starzenia się ludności Polski, tj. wzrost odsetka osób w mocno zaawansowanym wieku w połączeniu z obserwowaną w Polsce niską dzietnością, czyli rosnący udział osób w starszym wieku w ogólnej populacji, w miejsce udziału dzieci i młodzieży<sup>6</sup>.

**Wykres 1.** Udział osób w wieku 65+ oraz 75+ – dane historyczne i prognoza ONZ



Źródło: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, custom data acquired via website.

<sup>6</sup> Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014 r.



Do analogicznych wniosków prowadzą badania polskich demografów. Polska znalazła się w takim momencie rozwoju demograficznego, że nawet wzrost współczynnika dzietności nie spowoduje w najbliższym czasie odwrócenia tych procesów i nie powstrzyma postępującego procesu starzenia się populacji. Zgodnie z prognozami demograficznymi GUS w 2050 roku liczba osób w wieku 65 lat i więcej będzie prawie dwukrotnie większa niż w 2013 roku, a procentowy udział tej grupy wieku w populacji wzrośnie z 14,7% w 2013 roku do 32,7% w 2050 roku. Postępować będzie również udział osób w wieku najbardziej zaawansowanym. W 2050 r. osoby co najmniej 80-letnie będą stanowiły 10,4% populacji kraju, podczas gdy w 2013 r. było to 3,9%<sup>7</sup>.

Zwiększający się udział osób w podeszłym wieku w populacji społecznej jest niewątpliwie pozytywnym skutkiem rozwoju medycyny i techniki, który nastąpił w XX wieku. Dzięki nowym medykamentom, metodom leczenia i rehabilitacji, a przede wszystkim profilaktyce zauważamy spadek umieralności oraz wydłużanie się średniego dalszego trwania życia. Ta dobra wiadomość skrywa jednak w sobie odrobinę smutku. Trwanie w zaawansowanym wieku może okazać się dość trudne. Z wiekiem pojawiają się różnego rodzaju dolegliwości powodujące obniżenie sprawności. Mogą one wynikać np. z przeżytych wypadków, udarów lub wieloletniego leczenia chorób przewlekłych (np. cukrzycy). Według danych statystycznych w ciągu ostatnich lat wzrosła liczba osób niepełnosprawnych biologicznie, czyli takich, które określiły, że odczuwają całkowicie, poważnie lub umiarkowanie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych dla swojego wieku<sup>8</sup>.

Biorąc pod uwagę zwiększający się w ciągu kilkudziesięciu najbliższych lat odsetek osób w podeszłym wieku oraz występujące w ich życiu długotrwałe problemy zdrowotne ograniczające sprawność, społeczeństwo będzie musiało zmierzyć się z narastaniem problemu samodzielnej egzystencji tej grupy osób, a szczególnie tych, którzy będą wymagać trwałej opieki, leczenia i rehabilitacji<sup>9</sup>.

Pozostaje pytanie, czy rodzina będzie w stanie sprostać temu zadaniu. Już teraz możemy powiedzieć, że dane demograficzne nie przynoszą dobrych

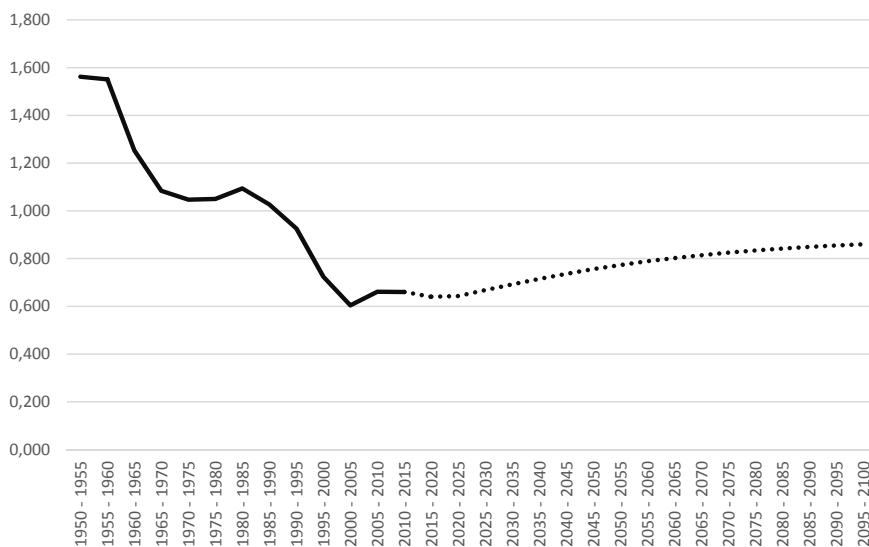
<sup>7</sup> Tamże.

<sup>8</sup> Zob. Informacja Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2012 roku na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. „KARTA PRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH”, Warszawa 2013 r., str. 17.

<sup>9</sup> Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014 r.

wieści. Pojawiać się będzie coraz większa zapaść w rodzinach pomiędzy liczbą osób starszych a liczbą osób młodych, które będą w stanie zapewnić im opiekę w kręgu rodzinnym. Dotyczy to szczególnie kobiet – córek osób w podeszłym wieku – na które wciąż jeszcze spada gros obowiązków związanych z opieką. Fakt ten znajduje odzwierciedlenie w definicji tzw. „współczynnika potencjału pielęgnacyjnego” – stosunku liczby kobiet w wieku 45–64 lat do liczby osób w wieku 80 lat i więcej<sup>10</sup>. Także w tym przypadku trendy obserwowane w ostatnich dekadach (i prognozowane w kolejnych) nie dostarczają powodów do optymizmu. Liczba córek przypadających na statystyczną Polkę<sup>11</sup> począwszy od lat pięćdziesiątych systematycznie spada. Prognozy ONZ sugerują wprawdzie zatrzymanie tego niekorzystnego trendu – jednak na obiektywnie niskim (mniejszym niż jeden) poziomie. Oznacza to, że wielu seniorów nie będzie mieć córek, lub będzie rodzicami jedynaczek (co znacznie utrudni im sprawowanie opieki).

**Wykres 2.** Liczba córek na statystyczną Polkę – dane historyczne i prognoza ONZ



Źródło: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, custom data acquired via website.

<sup>10</sup> Patrz np. P. Błędowski (red) Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych Warszawa, dostępny pod adresem: [http://senior.gov.pl/source/raport\\_osoby%20starsze.pdf](http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf)

<sup>11</sup> Net reproduction rate (surviving daughters per woman).



Duże znaczenie mają też zmiany w funkcjonowaniu rodziny, które można zauważyć w ciągu ostatnich lat i które mają istotne znaczenie w wypełnianiu opiekuńczej funkcji wobec poszczególnych członków rodziny. Przede wszystkim zmniejsza się liczba rodzin wielopokoleniowych, a wzrasta liczba rodzin dwupokoleniowych. Oznacza to, że obowiązek zapewnienia opieki osobom starszym w rodzinie nie będzie spoczywał na kilku osobach, lecz na jednej lub dwóch, co niewątpliwie może być trudne. Czynnikiem destabilizującym w dużej mierze funkcje rodziny są także migracje zarobkowe lub inne, co wiąże się z czasową lub trwałą nieobecnością jednego lub kilku członków rodziny. W takiej sytuacji zapewnienie opieki starszym członkom rodziny, innej niż finansowa, jest w zasadzie niemożliwe. Nie sposób pominąć także faktu, że coraz więcej kobiet podejmuje w swoim życiu karierę zawodową, co wiąże się z tym, że więcej czasu spędzają poza domem. Całodobowa opieka nad osobą niesamodzielną, nawet mieszkającą w tym samym budynku, może wówczas okazać się niemożliwa. Ponadto socjologowie podkreślają, że zmiany w społeczeństwie prowadzą do tworzenia się alternatywnych form wobec zinstytucjonalizowanej rodziny. Coraz większą popularnością cieszą się związki nieformalne, coraz częściej ludzie też wybierają po prostu życie w samotności. Zauważalna jest także ogólna tendencja do szukania własnego szczęścia kosztem dawnego obowiązku względem rodziny<sup>12</sup>.

Wszystkie te zmiany mają duży wpływ na politykę społeczną wobec osób niesamodzielných. Według ekspertów ważnym wyzwaniem będzie stworzenie kompleksowego systemu świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych, udzielanych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej. Cechą charakterystyczną demograficznego procesu starzenia się jest bowiem tzw. singularizacja, czyli wysoki odsetek osób starszych pozostających w jednoosobowych gospodarstwach domowych.

Według prognoz GUS, w 2030 r. ogółem aż 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby w wieku 80 i więcej lat. Oznacza to, że samotnie w swoich gospodarstwach domowych pozostawać będzie odpowiednio 2740 tys. osób w wieku 65 i więcej lat, w tym 887 tys. osób w wieku 80 lat i więcej. Znacznie częściej w gospodarstwach jednoosobowych pozostają kobiety (feminizacja starości)<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> A. Giddens, *Socjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, str. 218.

<sup>13</sup> Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce, Praca pod kierownictwem P. Błędowskiego, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa, 2012 r., str. 6.



W wielu dokumentach organizacji międzynarodowych podkreśla się konieczność zapewnienia wsparcia osobom starszym niesamodzielnym przede wszystkim w ich środowisku zamieszkania.

W 1991 r. Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych uchwaliło rezolucję nr 46/91 zawierającą Zasady Działania na Rzecz Osób Starszych. Określają one odpowiednie warunki mające służyć zagwarantowaniu ludziom starszym niezależnej bezpiecznej i aktywnej egzystencji. Wśród zaleceń dotyczących praw ludzi w podeszłym wieku zostały wymienione także mówiące o tym, że osoby starsze powinny mieć prawo do mieszkania w środowisku dostosowanym do ich osobistych preferencji i zmieniających się możliwości. Osoby starsze powinny pozostawać w swoich mieszkaniach tak długo, jak jest to możliwe. Z kolei w uchwalonej przez Radę Europy w 1996 roku Zrewidowanej Europejskiej Karcie Społecznej podkreśla się prawo osób w podeszłym wieku do ochrony socjalnej mającej na celu m.in. umożliwienie osobom w podeszłym wieku swobodnego wyboru sposobu życia oraz niezależnej egzystencji w znanym im środowisku tak długo, jak długo będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne, poprzez: zapewnienie mieszkań dostosowanych do ich potrzeb i stanu ich zdrowia lub zapewnienie stosownej pomocy przy adaptacji ich mieszkań; a także opiekę medyczną i usługi, których wymaga ich stan<sup>14</sup>.

Możliwość realizacji powyższych praw uzależniona jest jednak w dużej mierze od funkcjonującego systemu wsparcia w środowisku zamieszkania, który w naszym kraju pozostawia wiele do życzenia. Mimo że ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 poz. 930 ze zm., zwana dalej ustawą o pomocy społecznej lub u.p.s.) określa, jakie usługi przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, to dostępność i faktyczna realizacja tych oddziaływań jest niewystarczająca. Wśród zagwarantowanych w ustawie o pomocy społecznej form usług znajdują się m.in. usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze. Obejmują one pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Z kolei specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przy-

<sup>14</sup> Zob. System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji propozycja modelu, Praca zbiorowa pod red. B. Szatur-Jaworskiej i P. Błędowskiego, Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, 2016 r., str. 17 i n.





gotowaniem zawodowym (art. 50 ustawy o pomocy społecznej). Ponadto osoby niesamodzielne mogą otrzymać opiekę ze strony pielęgniarki środowiskowej, która odwiedza w domach pacjentów obłożnie chorych, niepełnosprawnych i chorych terminalnie.

Inną formą pomocy są ośrodki wsparcia, gdzie osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek (art. 51 ustawy o pomocy społecznej). Ośrodkami wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi są środowiskowe domy samopomocy lub kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Okres korzystania z miejsca całodobowego pobytu w środowiskowym domu samopomocy nie może być jednakowo dłuższy niż 3 miesiące, z możliwością przedłużenia do 6 miesięcy w uzasadnionych przypadkach, przy czym maksymalny okres pobytu całodobowego osoby w roku kalendarzowym nie może być dłuższy niż 8 miesięcy (art. 51a u.p.s.). System pomocy społecznej stwarza również możliwość działania dziennych domów pomocy (pobyt w nich może trwać do 8 godzin w dni powszednie) oraz wielofunkcyjnych centrów usług socjalnych.

W najnowszym Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania* eksperci podkreślili jednak, że mimo różnorodności praktykowanych form wsparcia, skala realizacji tych działań jest niezadowalająca. Zdecydowana większość osób starszych pozostaje poza oddziaływaniem wsparcia środowiskowego. Jak czytamy, „niedostateczny jest także stan infrastruktury społecznej wykorzystywanej do świadczenia usług wsparcia i organizowania aktywności osób starszych. Brakuje kadr wyspecjalizowanych w pracy z osobami starszymi o różnym stopniu samodzielności, różnym potencjale kulturowym i kapitale społecznym”<sup>15</sup>. W niewielkim stopniu wykorzystywane są także innowacyjne formy nadzorowania stanu zdrowia osób niesamodzielnych w ich miejscu zamieszkania, jak chociażby teleopieka. Tego typu usługi oferowane są osobom starszym, mieszkającym samotnie, niesamodzielnym lub cierpiącym na przewlekłe schorzenia związane z ryzykiem gwałtownego zachorowania. Przy pomocy telefonu lub przycisku SOS umieszczonego w breloczku, wisiorku czy bransoletce podopieczny może wezwać pomoc. System teleopieki ma

<sup>15</sup> B. Szatur-Jaworska, *System wsparcia społeczno-osob starszych w Polsce w: System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji propozycja modelu*, Praca zbiorowa pod red. B. Szatur-Jaworskiej i P. Błędowskiego, Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, 2016 r., str. 65-107.

szereg innych funkcji. Umożliwia zdalny monitoring stanu zdrowia (np. telekardio), a także monitorowanie stanu urządzeń w mieszkaniu podopiecznego, np. poprzez zainstalowanie i kontrolowanie wskazań czujników gazu, dymu, zalania, temperatury<sup>16</sup>.

Wszystkie opisane w tym rozdziale okoliczności nie pozostawiają wątpliwości, że istotną rolę w zapewnieniu opieki osobom niesamodzielnym, pozostającym bez wsparcia rodziny, spełniają instytucje stałego pobytu. Skoro przybywa osób niesamodzielnych, pod znakiem zapytanie stoi opiekuńcza funkcja rodziny, a wsparcie środowiskowe jest niewystarczające nie pozostaje nic innego, jak szukać pomocy w stacjonarnych placówkach opieki. Należą do nich:

- domy pomocy społecznej,
- placówki całodobowej opieki prowadzone w ramach działalności gospodarczej,
- rodzinne domy pomocy,
- a także zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze funkcjonujące w systemie ochrony zdrowia;
- oraz noclegownie dla osób bezdomnych<sup>17</sup>.

Dane GUS oraz sprawozdania Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pozwalają ocenić – przynajmniej w obserwowalnej części – skalę problemu opieki nad osobami niesamodzielnymi w Polsce.

Dane przedstawione na wykresie 3 ilustrują stały na przestrzeni ostatniego ćwierćwiecza wzrost liczby osób niesamodzielnych, objętych zorganizowanym systemem pomocy (w analizowanym okresie ich liczba niemal się podwoiła). Wydaje się to odpowiadać m.in. trendom demograficznym, przedstawionym na wykresach 1 i 2.

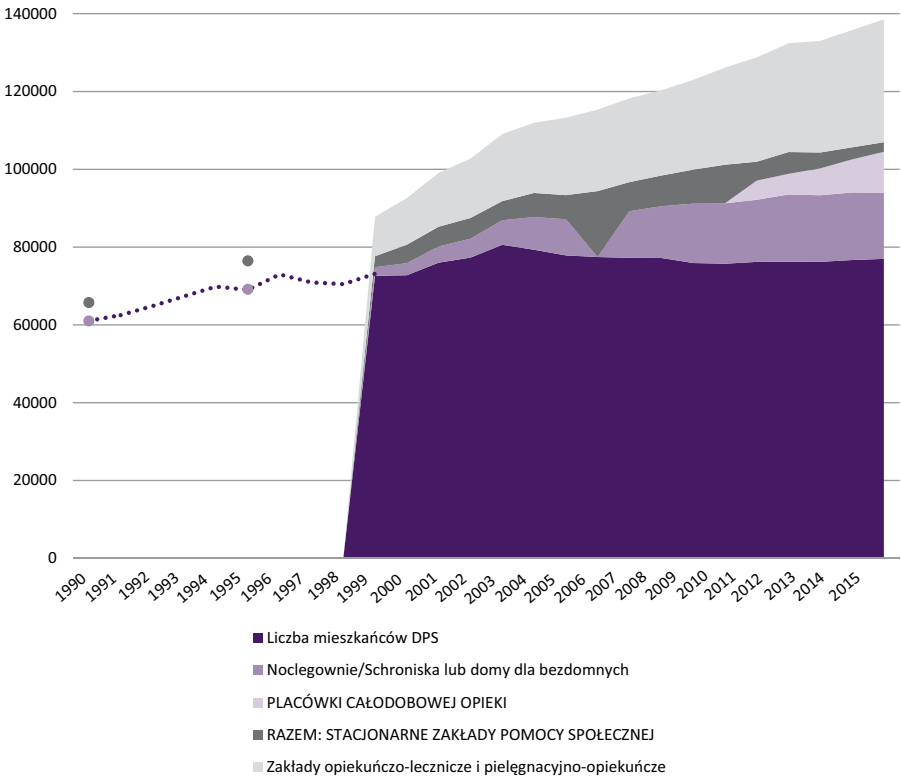
Jednak z punktu widzenia ochrony praw osób niesamodzielnych objętych pomocą w systemie, kluczowe znaczenie ma rodzaj jednostek, w których otrzymują oni pomoc. Da się tu dostrzec kilka niepokojących tendencji. Po pierwsze, pomimo stałego wzrostu liczby osób, którym udzielana jest pomoc, począwszy od roku 2004 liczba mieszkańców domów pomocy społecznej pozostaje na tym samym poziomie. O ile w roku 2000 r. przebywało w nich 80 proc. osób objętych wsparciem w analizowanych jednostkach, piętnaście lat później było to tylko 60 proc. W 2015 r. w DPS przebywało mniej osób, niż w 2004.

<sup>16</sup> Tamże, str. 102.

<sup>17</sup> Zgodnie z danymi MRPiPS noclegownie także wchodzi do systemu opieki – oczywiście nie zawsze dotyczą osób starszych, ale ze statystyk wynika, że miejsc w nich jest coraz więcej.



**Wykres 3.** Opieka nad osobami niesamodzielnymi – dane historyczne



\* W przypadku Stacjonarnych Zakładów Pomocy Społecznej, dane ilustrują liczbę mieszkańców na ostatni dzień roku (DPS przed 1999 – liczba miejsc). W zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych wskazano liczbę łóżek na ostatni dzień roku. Przed 2011, placówki całodobowej opieki wykazywane jako „razem”

Źródło: Roczniki statystyczne GUS, dane ze sprawozdań MPIP5-05, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

W tym samym okresie, znacznie wzrosła liczba mieszkańców noclegowni i schronisk dla bezdomnych. Obecnie, otrzymuje tam pomoc niemal 13 proc. osób objętych wsparciem analizowanych instytucji. Co więcej, wyniki ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (21/22 styczeń 2015)<sup>18</sup> wskazują znacznie większą liczbę bezdomnych przebywających w placówkach instytucjonalnych (25,6 tys., przy 17 tys. mieszkańcach noc-

<sup>18</sup> <https://www.mpips.gov.pl/download/gfx/mpips/pl/defaultopisy/9462/1/1/Sprawozdanie%20z%20realizacji%20dzialan%20na%20rzecz%20ludzi%20bezdomnych%202014.pdf>



legowni i schronisk, raportowanych przez GUS na koniec 2014 r.) – oraz dalsze 10 tys. przebywające poza takimi placówkami. W toku badania ustalono, że 80% bezdomnych to mężczyźni – nie analizowano jednak ich wieku. Jednak według danych GUS<sup>19</sup>, niemal jedną trzecią stanowiły osoby powyżej 61 lat. Co ważne, niemal połowa bezdomnych miała w 2014 r. 41–60 lat – co w przypadku nieotrzymania przez nich skutecznej pomocy doprowadzi do znacznego zwiększenia liczby bezdomnych seniorów w horyzoncie kilku (nastu) lat. Zwiększyła się też liczba pacjentów placówek stacjonarnej opieki długoterminowej – zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Wydaje się to wskazywać na systemowy problem w obszarze reakcji państwa na problem osób niesamodzielnych.

Analizy statystyczne MRPiPS<sup>20</sup> wyróżniają – jako moment „zamrożenia” liczby miejsc w DPS-ach „*zmianę przepisów o odpłatności*” w 2004 r. Wydaje się, że chodziło tu o wejście w życie w dniu 1 maja 2004 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej<sup>21</sup>, w szczególności art. 61. Wprowadza on „*trójskładowy udział w partycypowaniu w koszcie utrzymania*”<sup>22</sup> mieszkańca DPS-u. Opłatę w pierwszej kolejności ponosi sam mieszkaniec domu (do 70% swojego dochodu). W przypadku, gdy kwota ta nie wystarcza na pokrycie całości opłaty, partycypują małżonek, zstępni, wstępni, a gdy i to nie wystarcza – gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej. Autorzy nowego systemu odpłatności wskazywali, że „*Zasadniczym celem projektowanych zmian jest przebudowa systemu pomocy społecznej w taki sposób, aby (...) umożliwić osobom i rodzinom życie w warunkach odpowiadających godności człowieka*” oraz, że „*nowe zasady (...) nie zwalniają [rodzin] z odpowiedzialności za swoich niepełnosprawnych członków*”.

Analiza danych przedstawionych na wykresie 3 wskazuje jednak, że zmiany doprowadziły do tzw. „efektu balonu”<sup>23</sup> – zablokowanie wzrostu liczby miejsc w DPS-ach sprawiło, że osoby niesamodzielne zaczęły pojawiać się w innych, nieprzeznaczonych do tego miejscach. Najbardziej drastycznym

<sup>19</sup> Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2014 r.

<sup>20</sup> MPiPS-05 wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej. Wg stanu na dzień 31.XII.2015 r., str. 177.

<sup>21</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 930 z późn. zm.).

<sup>22</sup> Uzasadnienie przedłożenia rządowego projektu ustawy, druk sejmowy 2012, IV kadencja, patrz: [http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/\(\\$vAllByUnid\)/154ADC362376428DC1256DA600492501/\\$file/2012.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/($vAllByUnid)/154ADC362376428DC1256DA600492501/$file/2012.pdf)

<sup>23</sup> „*Balloon effect*” – nazwa wywodzi się od analogii z próbą ściśnięcia nadmuchanego balonika – wybrzusza się on tuż obok ściśniętego miejsca.



(odzwierciedlonym w danych statystycznych) przykładem są noclegownie i schroniska dla bezdomnych – dalekie od miana „*odpowiadających godności człowieka*”. Trudno też uciec od konstatacji, że chociaż dane statystyczne DPS-ów są przedmiotem corocznych analiz i raportowania odpowiednim organom administracji rządowej, a „zamrożenie” liczby mieszkańców DPS po 2004 zostało przez nie zauważone, to przez ponad dekadę nie spotkało się jednak z żadną reakcją.

W czasach, w których społeczeństwo będzie coraz starsze, placówki te zaczną nabierać jeszcze większego znaczenia. Już teraz obserwuje się dynamiczny wzrost liczby placówek prywatnych (ustawa o pomocy społecznej pozwala na prowadzenie placówek również w ramach prywatnej działalności gospodarczej, po uzyskaniu zezwolenia i stosownym uzyskaniu wpisu do rejestru wojewody w urzędzie wojewódzkim).

Rzeczywiście, pomimo że stacjonarne zakłady pomocy społecznej oraz placówki stacjonarnej opieki długoterminowej dedykowane są różnym kategoriom osób niesamodzielnych (także np. dzieciom niepełnosprawnym, samotnym matkom), osoby starsze stanowią duży odsetek przebywających tam osób. Jak pokazuje wykres 4, spośród niemal 136 tys. osób objętych w 2014 r. opieką w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej i stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej, co trzecia ukończyła 75 rok życia. 60% osób przebywających w tych placówkach ukończyło 61 rok życia.

Według danych ONZ, w 2015 r. liczba Polaków, którzy ukończyli 75 rok życia wynosiła 2,7 mln. Prowadzi to do wniosku, że co sześćdziesiąty Polak w tym wieku przebywał w którejś z opisywanych instytucji.

Niepokojącym jest fakt, że funkcjonują także prywatne pensjonaty, hotele dla seniorów, które nie zostały wpisane do rejestru w urzędzie wojewódzkim, mimo że *de facto* pełnią takie same funkcje jak domy pomocy społecznej lub placówki całodobowej opieki. Opłata za pobyt mieszkańca w takim miejscu zależy najczęściej od długości pobytu oraz pojemności pokoju (np. w prywatnym domu seniora koszt pobytu dziennego wynosi 80 zł, pobytu stałego 3800-4000 zł, zaś pobytu czasowego w hotelu seniora – 180 zł za dobę<sup>24</sup>).

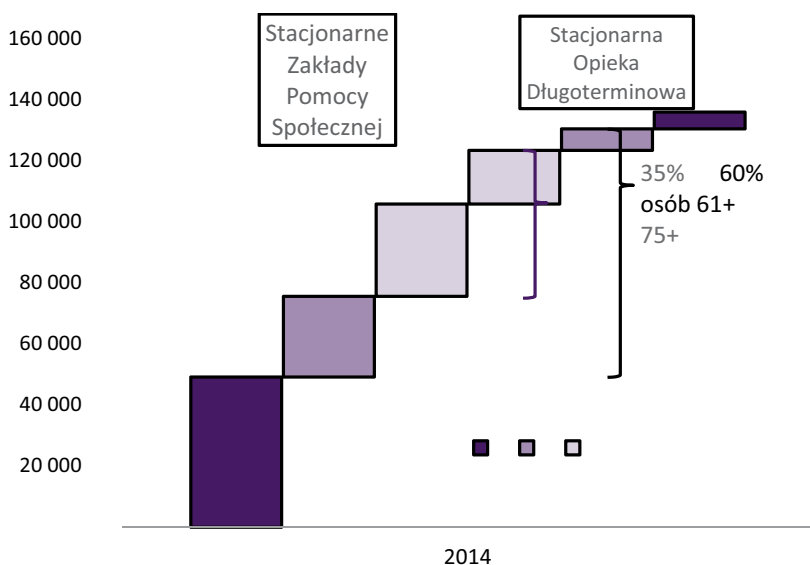
Prywatne placówki cieszą się dość dużym powodzeniem. Brak miejsc w publicznych domach pomocy społecznej powoduje, że na umieszczenie w nim niejednokrotnie trzeba czekać kilka miesięcy. Tymczasem w prywatnych placówkach z całą pewnością można liczyć na szybkie przyjęcie, większą dostępność miejsc oraz mniej formalności. Jest to szczególnie waż-

<sup>24</sup> Przykładowe ceny podane w Internecie.

ne w przypadkach, gdy rodzinom zależy na szybkim zapewnieniu opieki. Znaczenie ma też aspekt psychologiczny.

Zazwyczaj podjęcie decyzji o umieszczeniu bliskiej osoby w domu pomocy społecznej jest bardzo trudne. Zdarza się, że rodziny chcąc zapewnić tej osobie jak najlepsze warunki, a tym samym zagłuszyć własne sumienie, wybierają placówki prywatne w przekonaniu, że oferta jest lepsza niż w placówkach publicznych.

**Wykres 4.** Struktura wieku osób niesamodzielnych, objętych opieką w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej i zakładach opieki długoterminowej w 2014 r.



Źródło: GUS: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r., Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2014 r.

Jak pokazują jednak ostatnie doniesienia medialne, w takich miejscach również może dochodzić do tragicznych sytuacji (w październiku 2016 r. doszło do zamknięcia dwóch placówek, które prowadzone były bez wymaganych zezwoleń, a mieszkańcy przebywali w nieodpowiednich warunkach, w jednym z nich pięciu mieszkańców zmarło z powodu braku odpowiedniej opieki lekarskiej)<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Informacje o zamknięciu dwóch placówek w Zgierzu i Wolicy dostępna na stronie: [http://www.rynek-seniora.pl/polityka\\_senioralna/104/najpierw\\_zgierz\\_potem\\_wolica\\_wojewoda\\_zamyka\\_kolejny\\_dom\\_opieki,7214.html](http://www.rynek-seniora.pl/polityka_senioralna/104/najpierw_zgierz_potem_wolica_wojewoda_zamyka_kolejny_dom_opieki,7214.html)



Co ciekawe, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów przeprowadził kontrolę w 40% prywatnych domach opieki i ogłosił, że większość przedsiębiorców prowadzących te placówki stosowała niedozwolone postanowienia w umowach zawieranych z mieszkańcami lub ich rodzinami. Nieprawidłowości dotyczyły stosowania zapisów w umowach mówiących m.in. o: niezwracaniu pieniędzy w przypadku niezrealizowania usługi, zmianie ceny usługi bez zgody konsumenta lub treści umowy bez prawa do jej wypowiedzenia, wyłączenia odpowiedzialności za szkody na osobie lub za rzeczy pozostawione w domu opieki (np. „Dom nie prowadzi opieki indywidualnej w związku z tym nie odpowiada za upadki mieszkańców oraz za inne urazy wynikłe na skutek samowoli podopiecznego”)<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> [https://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news\\_id=12351](https://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12351)





## 2. Rola Rzecznika Praw Obywatelskich

### 2.1. Wystąpienia i interwencje generalne

#### – zwracanie uwagi na problemy systemowe

Rzecznik Praw Obywatelskich monitoruje sytuację osób przebywających w prywatnych domach opieki. W wystąpieniu do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 kwietnia 2016 r.<sup>27</sup> wskazał potrzebę zmiany przepisów, na podstawie których działają tego typu placówki tak, aby nie dopuścić do powtarzania się nagłośnionych ostatnio przypadków naruszania praw przebywających tam osób starszych, chorych i niepełnosprawnych. Podkreślił, że konieczne jest uniemożliwienie wykonywania takiej działalności bez zezwolenia.

RPO wskazał, że nieprawidłowości występują również w domach opieki, które wymagane zezwolenie uzyskały. Zastrzeżenia Rzecznika dotyczyły w szczególności niskiego standardu usług, braku wymogów dotyczących kwalifikacji osób zatrudnionych w prywatnych domach opieki, a także ograniczania praw przebywających w nich osób. W ocenie Rzecznika regulacje zawarte w ustawie o pomocy społecznej nie dają obecnie wojewodom wystarczających podstaw do podejmowania skutecznych działań. Istniejący system kar pieniężnych zawodzi. Nie zdaje egzaminu także najbardziej rygorystyczna sankcja w postaci nakazu wstrzymania prowadzenia placówki bez zezwolenia. W konsekwencji to wojewoda i pomoc społeczna mają wówczas obowiązek zapewnienia odpowiednich miejsc pobytu dla osób przebywających w likwidowanej placówce.

Rzecznik zwrócił uwagę również na niski standard usług socjalno-bytowych oraz problemy dotyczące przestrzegania praw osób przebywających w prywatnych domach opieki. W kolejnym wystąpieniu do Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 października 2016 r.<sup>28</sup> wskazał, że istniejące w tym zakresie rozwiązania, zawarte w ustawie z dnia 12 marca 2004 r.

<sup>27</sup> [https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Do\\_MRPiPS\\_ws\\_przypadkow\\_nieludzkiego\\_traktowania\\_osob\\_przebywajacych\\_w\\_domach\\_opieki.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Do_MRPiPS_ws_przypadkow_nieludzkiego_traktowania_osob_przebywajacych_w_domach_opieki.pdf)

<sup>28</sup> <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyst%C4%85piecie%20do%20Prezesa%20Rady%20Ministr%C3%B3w%20w%20sprawie%20nielegalnie%20dzia%C5%82aj%C4%85cych%20plac%C3%B3wek%20opieku%C5%84czych.pdf>



o pomocy społecznej, powinny ulec rozbudowie. W szczególności chodzi o stworzenie takiego systemu, który umożliwi zespołowi inspektorów wojewody kontrolę wszystkich prywatnych obiektów i placówek, w których wykonywana jest całodobowa opieka, niezależnie od ich nazwy i deklarowanego przeznaczenia. Okazuje się bowiem, że z przypadkami niehumanitarnego traktowania pensjonariuszy, zagrożeniem ich życia i zdrowia mamy do czynienia zarówno w placówkach prowadzonych bez odpowiedniego zezwolenia (przypadki złego traktowania mieszkańców w placówkach w Zgierzu, Wolicy), jak też w jednostkach mających stosowne zezwolenia (przypadki złego traktowania mieszkańców domu opieki dla osób z chorobą Alzheimera w Trzciance). W ocenie Rzecznika kontrola sprawowana przez wojewodę powinna mieć zasadniczo charakter prewencyjny, ale z możliwością szybkiej reakcji na wszelkie sygnały wskazujące na przypadki istotnych uchybień w działalności placówki. Efektywność kontroli wymaga w szczególności rozszerzenia katalogu standardów świadczonych usług opiekuńczych i socjalno-bytowych, a także wprowadzenia wskaźnika i wymaganych kwalifikacji zatrudnionego personelu opiekuńczego. Zalecenia pokontrolne w szerszym zakresie powinny dotyczyć likwidacji wszelkich barier, utrudniających lub ograniczających swobodne przemieszczanie się i dostęp pensjonariuszy do leczenia i opieki medycznej, rehabilitacji medycznej i społecznej.

Ostatnie wydarzenia wskazują także na problem braku systemu płynnego przekazywania opieki nad osobami niesamodzielnymi pomiędzy szpitalami a pomocą społeczną. Zdarzają się przypadki wypisywania ze szpitali osób potrzebujących opieki (także medycznej) bez sprawdzenia możliwości egzystencji takich osób poza szpitalem. Dotyczy to w szczególności osób samotnych. Część takich osób trafiła prawdopodobnie do placówek w Zgierzu i Wolicy, bez uprzedniego zweryfikowania rzeczywistych możliwości zapewnienia im profesjonalnej opieki w tych placówkach. Wskazuje to na brak instytucjonalnych rozwiązań, które skutecznie wyeliminowałyby lukę między systemem ochrony zdrowia i systemem pomocy społecznej, w którą mogą „wpadać” osoby w podeszłym wieku, niepełnosprawne i niesamodzielne, wypisywane ze szpitala.

W najbliższych latach znacząco wzrastać będzie populacja osób w wieku powyżej 75. roku życia, w tym korzystających z placówek świadczących całodobowe usługi opiekuńcze prowadzonych w ramach działalności gospodarczej. Funkcjonowanie tego typu placówek ma swoje specyficzne rozwiązania wynikające z potrzeby połączenia regulacji z zakresu pomocy społecznej



z regulacjami dotyczącymi swobody działalności gospodarczej. Działalność gospodarcza w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku jest ukierunkowana na ochronę życia lub zdrowia. Zdrowie ludzkie jest wartością konstytucyjną. Jego ochrona znajduje wyjątkowo silne umocowanie w aksjologicznych podstawach Konstytucji RP. Z tych względów konieczne jest podjęcie działań ukierunkowanych na poprawę poziomu i skuteczności ochrony osób przebywających w prywatnych domach opieki. Potrzebna jest także lepsza koordynacja służby zdrowia i pomocy społecznej w działaniach podejmowanych wobec osób starszych, wymagających wsparcia po opuszczeniu szpitala. Rzecznik zwrócił się z prośbą o zainicjowanie prac ustawodawczych w przedstawionym zakresie.

## 2.2. Reakcje na zgłoszenia obywateli

Od początku swej działalności Rzecznik Praw Obywatelskich poświęcał wiele uwagi osobom przebywającym w placówkach opieki społecznej stojąc na straży ich praw i wolności. Działalność Rzecznika w tym obszarze przybiera różne formy. Podstawowa aktywność opiera się na systemie skargowym, co oznacza, że każdy mieszkaniec takiej placówki lub jego bliscy mogą złożyć wniosek do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich opisując w nim swoje uwagi i zarzuty. W oparciu o skargi mieszkańców pracownicy BRPO przeprowadzają również wizytacje w tego typu placówkach. Rzecznik może także podjąć sprawę z urzędu w wyniku np. niepokojących doniesień medialnych. Wszystkie te działania mają charakter reakcyjny, czyli następują po powzięciu informacji o ewentualnych naruszeniach. Tego typu sprawami zajmuje się Zespół Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego działający w strukturze organizacyjnej Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

## 2.3. Działanie w ramach Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

W 2008 r. RPO wyposażony został w dodatkowe narzędzie umożliwiające działalność prewencyjną. Na skutek ratyfikowania przez Polskę Protokołu Fakultatywnego do Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur oraz



niehumannego i poniżającego traktowania (dalej OPCAT)<sup>29</sup> powołano w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich Zespół „Krajowy Mechanizm Prewencji”<sup>30</sup>, którego zadaniem jest działalność w zakresie zapobiegania torturom i niehumannemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu m.in. poprzez stworzenie systemu regularnych i niezapowiedzianych wizytacji ekspertów krajowych we wszystkich rodzajach miejsc, w których przebywają osoby pozbawione wolności (szerzej na ten temat w następnym rozdziale).

W ramach działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur od 2008 r. przeprowadzane są prewencyjne wizytacje domów pomocy społecznej, w których przebywają również osoby umieszczone tam na mocy postanowienia sądu, które nie są zdolne do wyrażenia zgody lub tej zgody nie wyrażają.

Niniejszy raport przedstawia najważniejsze wnioski, które są efektem przeprowadzenia blisko 150 wizytacji w domach pomocy społecznej w latach 2008–2016.

Raport powstawał z nadzieją, że przedstawione w nim zagadnienia skłonią do refleksji nad losem osób niesamodzielnych przebywających w takich miejscach oraz przekonają decydentów odpowiedzialnych za funkcjonowanie tych placówek do działania w obszarach wymagających poprawy.

---

<sup>29</sup> Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192.

<sup>30</sup> Zarządzeniem nr 52/2016 Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie nazw stosowanych przez Zespół Krajowy Mechanizm Prewencji przyjęto, że Zespół może również posługiwać się nazwami: Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, Okrutnego, Niehumannego i Poniżającego Traktowania oraz Karania.

### 3. System ochrony przed torturami i innymi formami złego traktowania

Zakaz stosowania tortur oraz nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania jest jednym z najbardziej podstawowych praw człowieka.

Po tragicznych doświadczeniach II wojny światowej zakaz ten nabral szerszego znaczenia. Okazało się wówczas, że w obliczu okrucieństwa, którego ludzkość doznała ze strony reżimów totalitarnych, prawo krajowe jest niewystarczające. Koniecznym stało się utworzenie uniwersalnych ponadnarodowych mechanizmów ochrony praw człowieka, które zapobiegałyby brutalnym praktykom, a także zintegrowałyby całe społeczeństwo w działaniach potępiających tego typu zachowania<sup>31</sup>. Tragiczne wydarzenia wojny uświadomiły wszystkim, w jak bezwzględny sposób można potraktować drugiego człowieka i pozostawić go bez żadnej ochrony i opieki. W obawie przed takimi sytuacjami zakaz stosowania tortur oraz nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania stał się jednym z najważniejszych i najbardziej podstawowych praw człowieka, znajdującym umocowanie w krajowych konstytucjach oraz najważniejszych dokumentach prawa międzynarodowego. Jest on zawarty m.in. w: Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 r.<sup>32</sup>, Konwencji Genewskich z 1949 r.<sup>33</sup>, Europejskiej Konwencji Praw Człowieka z 1950 r.<sup>34</sup>, Międzynarodowym Pakcie Praw Osobistych i Politycznych z 1966 r.<sup>35</sup>, Amerykańskiej Konwencji Praw Człowieka z 1969 r.<sup>36</sup>,

<sup>31</sup> Zob. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Tom I. Komentarz do artykułów 1-18. Red. L. Garlicki, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2010 r., str. 3.

<sup>32</sup> Artykuł 5: Nikt nie może być poddany torturom albo okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu lub karaniu.

<sup>33</sup> Artykuł 3: (...) W tym celu są i pozostaną zakazane w stosunku do wyżej wymienionych osób w każdym czasie i w każdym miejscu: a) zamachy na życie i nietykalność cielesną w szczególności zabójstwa we wszelkiej postaci, okaleczenia, okrutne traktowanie, tortury i męki, b) branie zakładników, c) zamachy na godność osobistą, a w szczególności traktowanie poniżające i upokarzające (...).

<sup>34</sup> Artykuł 3: Nikt nie będzie poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu lub karaniu.

<sup>35</sup> Artykuł 7: Nikt nie będzie poddawany torturom albo okrutnemu, nieludzkiemu bądź poniżającemu traktowaniu lub karaniu. W szczególności nikt nie będzie poddawany, bez swej swobodnie wyrażonej zgody, doświadczeniom lekarskim lub naukowym.

<sup>36</sup> Artykuł 5 (2): Nikt nie będzie poddany torturom lub okrutnemu, nieludzkiemu bądź poniżającemu traktowaniu lub karaniu. Wszystkie osoby zatrzymane będą traktowane z szacunkiem dla przyrodzonej godności osoby ludzkiej.



Afrykańskiej Karcie Praw Człowieka i Ludów z 1981 r.<sup>37</sup>, Międzyamerykańskiej Konwencji dla Zapobiegania i Karania Tortur z 1985 r.<sup>38</sup>. Zakaz tortur wyrażony został również w art. 40 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. w brzmieniu: Nikt nie może być poddany torturom ani okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu. Zakazuje się stosowania kar cielesnych.

Po wprowadzeniu zakazu tortur i nieludzkiego oraz poniżającego traktowania lub karania w najważniejszych aktach prawa międzynarodowego dostrzeżono konieczność wypracowania systemu, który – po pierwsze – będzie chronił każdego człowieka przed tego typu praktykami, po drugie będzie im zapobiegał oraz nie dopuści do ich eskalacji. Tworzenie takiego systemu ochrony odbywało się niemal równocześnie w strukturach Rady Europy oraz Organizacji Narodów Zjednoczonych.

W europejskim systemie ochrony praw człowieka kluczowe znaczenie odgrywa Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, podpisana w Rzymie w 1950 r. Obecnie stronami Konwencji jest 47 państw (poza Białorusią i Watykanem)<sup>39</sup>.

Szczegółnej rangi przestrzegania zakazu tortur dodaje fakt, że w Konwencji zajmuje on trzecie miejsce, tuż za obowiązkiem przestrzegania praw i wolności człowieka oraz prawem do życia. Artykuł 3 Konwencji wyraźnie podkreśla, że *nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu* chroniąc tym samym jedną z podstawowych wartości demokratycznego społeczeństwa. Tak szerokie ujęcie powyższego zakazu było celem zamierzonym. Artykuł 3 tworzony był z myślą, aby *ustalić jego minimalną treść (zakaz tortur) i pozostawiającego niemalą swobodę interpretacyjną praktyce stosowania tego przepisu*<sup>40</sup>. Artykuł 3 nie przewiduje ponadto wyjątków i żadnych odstępstw nawet w przypadku wojny lub innego niebezpieczeństwa publicznego za-

<sup>37</sup> Artykuł 5 stanowi: Każda osoba ma prawo do poszanowania przyrodzonej godności osoby ludzkiej i do uznania jej podmiotowości prawnej. Wszystkie formy wyzysku i poniżenia człowieka, w szczególności niewolnictwo, handel niewolnikami, tortury, okrutne, nieludzkie, poniżające traktowanie lub karanie są zakazane. Tekst Konwencji na stronie Unii Afrykańskiej: <http://www.africaunion.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Banjul%20Charter.pdf>

<sup>38</sup> Artykuł 1 stanowi: Państwa-strony zobowiązują się zapobiegać i karać tortury stosownie do przepisów niniejszej Konwencji. Tekst na stronie internetowej Organizacji Państw Amerykańskich: <http://www.oas.org/juridico/english/Treaties/a-51.html> Stany Zjednoczone nie są stroną tej Konwencji. Zobacz: <http://www.oas.org/juridico/english/Sigs/a-51.html>

<sup>39</sup> Konwecja została podpisana przez Polskę w 1991 r., ratyfikowana w 1992 r., zaś weszła w życie w 1993 r.

<sup>40</sup> Zob. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Tom I. Komentarz do artykułów 1-18. Red. L. Garlicki, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2010 r., str. 98.



grażającego życiu narodu. Oznacza to, że winien on obowiązywać nawet w najcięższych sytuacjach, jak walka z terroryzmem i zorganizowaną przestępczością, Konwencja także bezwzględnie zakazuje stosowania tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, niezależnie od postępowania danych osób<sup>41</sup>. Zatem zakaz ma charakter absolutny i obowiązuje niezależnie od zachowania drugiego człowieka. Użycie siły wobec drugiej osoby możliwe jest jedynie w niektórych sytuacjach o charakterze ściśle koniecznym, określonych w przepisach prawnych (np. stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osób zagrażających życiu swemu lub życiu i bezpieczeństwu innych osób). Natomiast każde użycie siły, które wykracza poza *ściłą konieczność* narusza ludzką godność i stanowi naruszenie art. 3 Konwencji<sup>42</sup>.

Ochronę praw człowieka zawartych w Konwencji zapewnia Europejski Trybunał Praw Człowieka (dalej: ETPCz lub Trybunał), który rozpatruje skargi i zobowiązuje Państwa–Strony do udoskonalania i uszczelniania systemów prawnych mogących stanowić pole do nadużyć.

Analizując wyroki ETPCz, od początku jego funkcjonowania do dziś, zauważyć można jak bardzo zmieniała się interpretacja tortur i niehumanitarnego traktowania. Praktyki, które w latach 60. nie były uznawane za tortury lub niehumanitarnie traktowanie, obecnie są zakazywane. Jest to wyraz tego, jak zmienia się nasze społeczeństwo. Coraz częściej potępiane są wszelkie akty okrucieństwa. Obniża się także nasza tolerancja co do różnych metod i form niehumanitarnego traktowania. Początkowo Trybunał rozpatrywał skargi dotyczące naruszenia art. 3 z dużą ostrożnością opisując pewne metody i zachowania, ale nie kwalifikując ich jako praktyki zakazane. W zasadzie dopiero w latach 90., w licznych sprawach przeciwko Turcji, nastąpiło znaczne rozszerzenie pojęć i definicji w zakresie stosowania różnych form złego traktowania. Za niezbędne uznano rozpatrywanie różnych innych aspektów naruszenia zakazu tortur (np. podczas deportacji), nie tylko w kontekście traktowania przez policję lub służby więzienne. ETPCz zaczął również dostrzegać konieczność nałożenia na państwa obowiązku opracowania procedur, które chroniłyby obywatela przed tego typu zachowaniami, a także rzetelnego badania zarzutów dotyczących tortur i niehumanitarnego traktowania.

<sup>41</sup> Zob. Wyrok z dnia 24 lipca 2014 r w sprawie Al Nashiri przeciwko Polsce, skarga nr 28761/11), par. 507 (wyrok w sprawie tajnych więzień CIA w Polsce).

<sup>42</sup> Zob. Konwencja o Ochronie Praw człowieka i Podstawowych Wolności. Tom I. Komentarz do artykułów 1-18. Red. L. Garlicki, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2010 r., str. 99.



Orzecznictwo ETPCz oraz działalność obrońców praw człowieka pokazuje, że wokół tego zakazu w dalszym ciągu pojawiają się nowe aspekty<sup>43</sup>.

Najbardziej znaczącą sprawą w kształtowaniu się definicji tortur jest tzw. sprawa grecka<sup>44</sup> z 1969 r. (międzypaństwowa skarga Dani, Norwegii, Szwecji i Holandii przeciwko Grecji dotycząca m.in. stosowania tortur przez służby bezpieczeństwa w okresie dyktatury tzw. czarnych pułkowników w Grecji). Tortury określone zostały jako nieludzkie postępowanie, które ma na celu uzyskanie informacji lub wyznania lub nałożenie kary. Nieludzkie postępowanie i karanie określono natomiast, jako umyślne działanie powodujące dotkliwe cierpienie, psychiczne lub fizyczne, którego nie da się usprawiedliwić w konkretnej sytuacji. Z kolei poniżające traktowanie określono, jako postępowanie, które rażąco poniża ofiarę wobec innych osób lub doprowadza ją do czynów sprzecznych z jej wolą lub sumieniem<sup>45</sup>. We współczesnym orzecznictwie Trybunał określa tortury wyłącznie jako umyślne, nieludzkie traktowanie powodujące bardzo poważne i okrutne cierpienie<sup>46</sup>. Za *nieludzkie* uznaje zachowanie, jeżeli, między innymi, było ono stosowane z premedytacją przez wiele godzin i spowodowało albo faktyczne uszkodzenie ciała, albo intensywne fizyczne i psychiczne cierpienie. Natomiast traktowanie można określić jako *poniżające*, jeżeli miało ono na celu wywołanie w ofercie uczucia strachu, udęczenia i niższości będącego w stanie poniżyć i upokorzyć. Jednocześnie, Trybunał stale podkreślał, że wchodzące w grę cierpienie i poniżenie musi w każdym razie wykraczać poza nieunikniony element cierpienia lub poniżenia związany z daną formą zgodnego z prawem traktowania lub karania<sup>47</sup>.

Analiza dotychczasowych wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (w latach 1959–2015) pokazuje, że w tym okresie stwierdzono łącznie 2465 naruszeń art. 3 Konwencji (co stanowi ok. 15% w stosunku do naruszeń wszystkich artykułów), w tym 133 przypadki tortur, 1670 przypadków nieludzkiego i poniżającego traktowania oraz 662 naruszenia proceduralne wynikające z braku przeprowadzenia należytego dochodzenia

<sup>43</sup> Zob. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Tom I. Komentarz do artykułów 1-18. Red. L. Garlicki, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2010 r.

<sup>44</sup> Greek Case, Commission Report of 5 November 1969, Yearbook 12 (dostępne na stronie: file:///C:/Users/Justy%C5%9B/Downloads/001-73020.pdf)

<sup>45</sup> Por. A. Krempleski, Policja a zakaz tortur oraz innego nieludzkiego postępowania, w: Prawa jednostki a prawo karne. Praca zbiorowa pod red. M. P. Wędrychowskiego, Warszawa, Instytut Prawa Karnego UW, 1995 r. str. 9-39.

<sup>46</sup> Por. Sprawa Al Nashiri przeciwko Polsce (Skarga nr 28761/11), Wyrok z dnia 24 lipca 2014 r.

<sup>47</sup> Por. Sprawa Piechowicz przeciwko Polsce (skarga nr 20071/07), Wyrok 17 kwietnia 2012 r.





(w wielu przypadkach naruszenia te były stwierdzane w obrębie tego samego przypadku)<sup>48</sup>. Pośród krajów, które najczęściej dopuszczały się w ocenie ETPCz naruszenia art. 3 Konwencji jest Rosja (750 spraw, w tym 50 dotyczyło stwierdzenia tortur, 548 – niehumanitarnego i poniżającego traktowania oraz 152 – braku przeprowadzenia należytego dochodzenia w wyjaśnieniu okoliczności tych zdarzeń). Na drugim miejscu znajduje się Turcja, wobec której Trybunał orzekł 534 wyroki dotyczące naruszenia art. 3 Konwencji, w tym 31 naruszeń zakazu stosowania tortur i 305 niehumanitarnego i poniżającego traktowania.

W sprawach przeciwko Polsce Trybunał orzekł dotychczas 45 naruszeń art. 3 Konwencji, w tym 2 przypadki tortur, 34 przypadki niehumanitarnego i poniżającego traktowania oraz 9 - braku przeprowadzenia należytego dochodzenia. Wspomniane 2 wyroki ujawniające tortury wydano w 2014 r. i dotyczyły traktowania dwóch więźniów przez funkcjonariuszy CIA w tajnych więzieniach na terenie Polski<sup>49</sup>.

Natomiast w przypadku naruszenia art. 3 Konwencji w zakresie niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania sprawy dotyczyły głównie warunków odbywania kary przez więźniów (braku zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej, przeludnienia, długotrwałej izolacji oraz reżimu nakładanych na więźniów niebezpiecznych)<sup>50</sup>, traktowania przez Policję<sup>51</sup> oraz traktowania w izbach wytrzeźwień<sup>52</sup>.

W odniesieniu do domów pomocy społecznej ETPCz stwierdził poniżające traktowanie w orzeczeniu z dnia 17 stycznia 2012 r. w sprawie Stanev przeciwko Bułgarii<sup>53</sup>. ETPCz dopatrzył się naruszenia art. 3 Konwencji z uwagi na niespełniające standardów warunki bytowe w domu opieki. Placówka, w której przebywał skarżący ulokowana była w trzech budynkach, których podwórka ogrodzono wysokim, metalowym płotem. Budynek, w którym za-

<sup>48</sup> [http://www.echr.coe.int/Documents/Stats\\_violation\\_1959\\_2015\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/Stats_violation_1959_2015_ENG.pdf)

<sup>49</sup> Sprawa Al Nashiri przeciwko Polsce (Skarga nr 28761/11), Wyrok z dnia 24 lipca 2014 r. oraz Sprawa Husayn (Abu Zubaydah) przeciwko Polsce (Skarga nr 7511/13), Wyrok z dnia 24 lipca 2014 r.

<sup>50</sup> Przykładowe wyroki: wyrok z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie Chyła przeciwko Polsce, skarga nr 8384/08; wyrok z dnia 4 października 2016 r. w sprawie Klubisz przeciwko Polsce, skarga nr 2235/02; wyrok z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie Janusz Wojciechowski przeciwko Polsce, skarga nr 54511/11; wyrok z dnia 14 czerwca 2016 r. w sprawie Pużłys przeciwko Polsce, skarga nr. 446/10; wyrok 19 kwietnia 2016 r. w sprawie Karwowski przeciwko Polsce, skarga nr 29869/13.

<sup>51</sup> Przykładowe sprawy: Wyrok z dnia 13 stycznia 2009 r. w sprawie Lewandowski i Lewandowska przeciwko Polsce, skarga nr 15562/02; Wyrok z dnia 12 maja 2009 r. w sprawie Artur Mrozowski przeciwko Polsce, skarga nr 9258/04; Wyrok z dnia 24 lutego 2009 r. w sprawie Pieniak przeciwko Polsce, skarga nr 19616/04.

<sup>52</sup> Wyrok z dnia 31 marca 2009 r. w sprawie Wiktoro przeciwko Polsce, skarga nr 14612/02.

<sup>53</sup> Skarga nr 36760/06, par. 21-23, 212-213.



mieszkiwał skarżący był brudny, zimą rzadko ogrzewany w związku z czym on i inni mieszkańcy zmuszeni byli spać w płaszczach. Zamieszkiwał w pokoju o powierzchni 16 m<sup>2</sup> z 4 innymi osobami, miał do dyspozycji wyłącznie stolik nocny, w którym trzymał wszystkie swoje ubrania. Mieszkańcy nie mieli należącej tylko do nich odzieży, ponieważ poszczególne części garderoby nie wracały do tych samych osób po praniu. Posiłki były niewystarczające i złej jakości. Kąpiel była zapewniana zaledwie raz w tygodniu, w zniszczonej i niehigienicznej łazience. Potrzeby fizjologiczne mieszkańcy zmuszeni byli załatwiać w znajdujących się na dziedzińcu toaletach, w postaci dziur w ziemi przykrytych rozpadającymi się zasłonami.

Analiza wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wskazuje na to, że pomimo istnienia wielu systemów ochronnych nadal dochodzi do tortur i niehumanitarnego traktowania. System skargowy nastawiony jest przede wszystkim na działania reakcyjne. Pozwala ocenić sytuację oraz wypracować zasady postępowania dopiero po ujawnieniu faktu stosowania tortur lub niehumanitarnego i poniżającego traktowania, nie działa natomiast prewencyjnie. Takie podejście dało asumpt do poszukiwań rozwiązań prawnych jeszcze bardziej chroniących praw człowieka. W dniu 26 listopada 1987 r. została sporządzona w Strasburgu Europejska Konwencja o zapobieganiu torturom oraz niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu<sup>54</sup> niosąca nowe wyzwania. W Preambule Konwencji zaznaczono, że powstała ona w przeświadczeniu, że ochrona osób pozbawionych wolności przed torturami oraz niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem może być wzmocniona środkami pozasądowymi o charakterze zapobiegawczym, poprzez wizytacje. W artykule 1 Konwencja powołuje Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Niehumanitarnemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej CPT), którego zadaniem jest badanie, poprzez wizytacje, traktowania osób pozbawionych wolności w celu wzmocnienia, w razie potrzeby, ich ochrony przed torturami bądź niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem. Każde państwo strona musi zezwolić na odbycie wizytacji w każdym miejscu w obrębie swej jurysdykcji, w którym znajdują się osoby pozbawione wolności przez władzę publiczną. Członkami CPT są przedstawiciele państw stron Konwencji. Powstał tym samym zespół europejskich ekspertów w zakresie ochrony praw człowieka przeprowadzający wizytacje w państwach stronach Konwencji.

<sup>54</sup> Dz.U. z 1995 r. Nr 46, poz. 238, ze zm.



W Polsce dotychczas odbyło się 5 takich wizyt (kolejno w latach: 1996, 2000, 2004, 2009 i 2013).

Równolegle do formułowania się systemu ochrony praw człowieka w Europie rozwijał się system ochrony przed torturami i niehumanitarnym traktowaniem w strukturach Narodów Zjednoczonych.

Pierwszym dokumentem międzynarodowym wprowadzającym definicję tortur jest Deklaracja w sprawie ochrony wszystkich osób przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem z dnia 9 grudnia 1975 r.<sup>55</sup> Deklaracja opracowana została w toku prac V Kongresu Narodów Zjednoczonych w związku z licznymi doniesieniami w latach 70. o stosowaniu tortur w różnych częściach świata<sup>56</sup>.

Niespełna 10 lat później definicja ta została powtórzona w Konwencji w Sprawie Zakazu Stosowania Tortur oraz Innego Okrutnego, Niehumanitarnego lub Poniżającego Traktowania albo Karania przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 10 grudnia 1984 r. (dalej: Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur)<sup>57</sup>, której celem jest zwiększenie efektywności walki przeciw torturom oraz innemu okrutnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu w całym świecie.

W rozumieniu Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur określenie **tortury oznaczają każde działanie, którym jakiegokolwiek osobie umyślnie zadaje się ostry ból lub cierpienie, fizyczne bądź psychiczne, w celu uzyskania od niej lub od osoby trzeciej informacji lub wyznania, w celu ukarania jej za czyn popełniony przez nią lub osobę trzecią albo o którego dokonanie jest ona podejrzana, a także w celu zastraszenia lub wywarcia nacisku na nią lub trzecią osobę albo w jakimkolwiek innym celu wynikającym z wszelkiej formy dyskryminacji, gdy taki ból lub cierpienie powodowane są przez funkcjonariusza państwowego lub inną osobę**

<sup>55</sup> Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 3452(XXX). W rozumieniu Deklaracji „tortury” oznaczają jakiegokolwiek działanie, przez które osobie zadaje się umyślnie dotkliwy ból lub cierpienie, fizyczne bądź psychiczne, przez funkcjonariusza publicznego bądź za jego namową, w takich celach jak uzyskanie od niej lub od osoby trzeciej informacji bądź zeznania, ukaranie jej za czyn przez nią popełniony lub o popełnienie którego się ją podejrzewa, bądź też zastraszenie jej lub innych osób. Określenie to nie obejmuje bólu lub cierpienia wynikających, wiążących się bądź wynikłych przypadkowo ze zgodnych z prawem sankcji, w zakresie w jakim sankcje te zgodne są ze Wzorcowymi regułami minimalnymi postępowania z więźniami. Tortury stanowią rażącą i zamierzoną formę okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania.

<sup>56</sup> Por. A. Krempleski, Policja a zakaz tortur oraz innego niehumanitarnego postępowania, w: Prawa jednostki a prawo karne. Praca zbiorowa pod red. M. P. Wędrychowskiego, Warszawa, Instytut Prawa Karnego UW, 1995 r. str. 9-39.

<sup>57</sup> Dz. U. z 1989 r. Nr 63, poz. 378.



występującą w charakterze urzędowym lub z ich polecenia albo za wyraźną lub milczącą zgodą. Określenie to nie obejmuje bólu lub cierpienia wynikających jedynie ze zgodnych z prawem sankcji, nieodłącznie związanych z tymi sankcjami lub wywołanych przez nie przypadkowo.

Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur powołuje Komitet przeciwko torturom (dalej CAT). Zadaniem Komitetu jest m.in. badanie wszelkich zgłoszeń dotyczących tortur. Jeżeli Komitet otrzyma wiarygodną informację, która jego zdaniem zawiera w pełni uzasadnione dane o systematycznym stosowaniu tortur na terytorium państwa strony, zwraca się do tego państwa o współpracę w zbadaniu tej informacji i przedłożenie w tym celu uwag odnoszących się do tej informacji. CAT może, jeżeli uzna to za celowe, wyznaczyć jednego lub kilku swoich członków dla przeprowadzenia poufnego dochodzenia i pilnego przedłożenia Komitetowi odpowiedniego sprawozdania. Jeżeli takie dochodzenie jest prowadzone Komitet dąży do nawiązania współpracy z odpowiednim państwem stroną. Za zgodą tego państwa dochodzenie takie może być połączone z przybyciem na jego terytorium (Artykuł 20).

Aktualnie stronami Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur jest 160 państw. Od 1989 r. do chwili obecnej Komitet rozpatrzył 749 skarg dotyczących 36 państw – stron. Ostateczne decyzje co do *meritum* Komitet przyjął do 294 skarg i stwierdził naruszenie Konwencji w 119 z nich<sup>58</sup>.

Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, mimo wprowadzenia definicji tortur oraz powołania „ciała” skargowego w postaci Komitetu, nie odnosi się do kwestii zapobiegania torturom i nieludzkiemu traktowaniu. Tymczasem w latach 70. rozpoczęła się dyskusja na temat znaczenia działań prewencyjnych w eliminowaniu tego typu praktyk<sup>59</sup>. Ukoronowaniem starań o uzupełnienie systemu prewencji tortur było podpisanie w dniu 18 grudnia 2002 r. Protokołu Fakultatywnego do Konwencji ONZ w sprawie

<sup>58</sup> Report of the Committee against Torture. Fifty-fifth session (27 July-14 August 2015), Fifty-sixth session (9 November-9 December 2015), Fifty-seventh session (18 April-13 May 2016), str. 14.

<sup>59</sup> Już wówczas kilka organizacji międzynarodowych połączyło swoje siły w celu znalezienia dodatkowych, bardziej pragmatycznych, sposobów zapobiegania takim nadużyciom. Szwajcarski filantrop Jean Jacques Gautier, zainspirowany wynikami wizyt więzień przeprowadzanych przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża podczas wojny, starał się stworzyć system regularnych wizyt wszystkich miejsc zatrzymań na całym świecie. W 1977 r. powołał Stowarzyszenie Zapobiegania Torturom (APT), niezależną organizacją pozarządową z siedzibą w Genewie, które od początku broniło prostej, lecz nowatorskiej zasady wysuniętej przez niego, iż wizytowanie miejsc, w których przebywają ludzie pozbawieni wolności to najbardziej skuteczną metodą zapobiegania torturom i maltretowaniu. Przez wiele lat członkowie APT zabiegali o utworzenie takiego systemu w strukturach ONZ.



zakazu stosowania tortur oraz nieludzkiego i poniżającego traktowania. Świadczyło to o tym, że społeczność międzynarodowa publicznie i oficjalnie uznaje tortury oraz inne okrutne, nieludzkie lub poniżające traktowania jako jedne z najbardziej brutalnych i niedopuszczalnych ataków na godność ludzką.

Celem Protokołu jest wzmocnienie ochrony wszystkich osób pozbawionych wolności przed praktykami tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania przez utworzenie systemu regularnych, kontrolnych wizyt przeprowadzanych w miejscach, gdzie przebywają osoby pozbawione wolności. Protokół przewiduje powołanie tzw. *międzynarodowego mechanizmu prewencji* oraz *krajowych mechanizmów prewencji*. Zgodnie z OPCAT każde Państwo-Strona zezwala na przeprowadzanie wizyt przez obydwa mechanizmy w jakimkolwiek miejscu pozostającym pod jego jurysdykcją i kontrolą, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem.

Szczególne innowacyjność OPCAT wynika z komplementarności wizytacji prewencyjnych przeprowadzanych przez instytucję międzynarodową oraz *jednego lub kilku krajowych mechanizmów prewencji*, które państwa-sygnatariusze muszą wprowadzić po ratyfikacji Protokołu. Niniejsze *dwufilarowe* podejście realizuje bowiem ideę monitorowania miejsc pozbawienia wolności na poziomie krajowym<sup>60</sup>.

Jako międzynarodowy mechanizm prewencji powołany został Podkomitet do spraw prewencji (dalej SPT), w ramach Komitetu przeciwko torturom ONZ, działającego w oparciu o postanowienia Konwencji o zakazie stosowania tortur. Mandat SPT obejmuje w szczególności przeprowadzanie wizyt na terytorium państw stron, przedstawianie stosownych rekomendacji oraz współpracę i pomoc doradczą na rzecz krajowych mechanizmów prewencji (art. 11 OPCAT). W celu umożliwienia SPT realizacji jego mandatu, państwa strony zobowiązują się w szczególności przyjmować Podkomitet na swoim terytorium i udzielać mu dostępu do wszystkich miejsc zatrzymań, dostarczać wszelkich stosownych informacji, popierać i ułatwiać kontakty między Podkomitetem oraz krajowymi mechanizmami prewencji, analizować rekomendacje Podkomitetu do spraw prewencji oraz prowadzić z nim dialog na temat możliwych środków ich realizacji (art. 12 OPCAT).

<sup>60</sup> Zob. Monitoring miejsc pozbawienia wolności. Przewodnik Praktyczny, Genewa, Kwiecień 2004 r., srt. 7.

Podkomitet przeprowadza wizytacje w różnych krajach świata od 2007 r. Początkowo takich wizytacji odbywało się kilka rocznie (3–4 rocznie w latach 2008–2011), natomiast w 2016 r. odnotowano 11 wizytacji. W Polsce dotychczas nie odbyła się żadna wizytacja SPT.

Z kolei na płaszczyźnie krajowej OPCAT przewiduje utworzenie tzw. krajowego mechanizmu prewencji. Zgodnie z art. 3 OPCAT państwo strona na poziomie krajowym *tworzy, wyznacza bądź utrzymuje już istniejący* jeden lub kilka krajowych organów wizytujących określanych jako krajowy mechanizm prewencji. Mandat krajowych mechanizmów prewencji obejmuje w szczególności prawo do regularnego sprawdzania sposobu traktowania osób pozbawionych wolności w miejscach zatrzymań, przedstawiania właściwym władzom rekomendacji oraz przedstawiania propozycji i uwag odnośnie do obowiązujących oraz projektowanych przepisów prawnych. Podobnie jak w przypadku Podkomitetu do spraw prewencji, krajowym mechanizmom prewencji powinny zostać przyznane szerokie uprawnienia w zakresie dostępu do miejsc zatrzymań oraz kontaktu z osobami pozbawionymi wolności (por. art. 19–20).

Protokół nie określa precyzyjnie, jaki typ instytucji powinien pełnić rolę krajowego mechanizmu prewencji. Wprowadza jedynie wymóg zagwarantowania funkcjonalnej niezależności krajowych mechanizmów prewencji oraz niezależności ich personelu.

Należy podkreślić, że jest to pierwszy dokument dający tak szerokie możliwości i uprawnienia w działaniach podejmowanych na rzecz eliminowania tortur i niehumanitarnego traktowania. Podczas gdy Europejski Komitet do spraw zapobiegania torturom oraz niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (CPT) oraz Komitet ONZ przeciwko torturom (CAT) mogą podejmować sprawy tylko wtedy, gdy zaistnieją uzasadnione zarzuty systematycznego praktykowania tortur w państwach stronach, to warunek ten nie musi być konieczny w przypadku wizytacji prewencyjnych wynikających z OPCAT. Ponadto OPCAT umożliwia regularne i niezapowiedziane wizytacje ekspertów międzynarodowych i krajowych we wszystkich rodzajach miejsc, w których przebywają osoby pozbawione wolności.

Do czasu opracowania niniejszego raportu 83 państwa podpisały OPCAT, natomiast 64 powołało w swoim państwie krajowe mechanizmy prewencji. Wśród tych państw znajdują się m.in. Kirgistan, Boliwia, Burkina Faso, Kambodża, Ekwador, Armenia, Albania, Mozambik, Nigeria, Mali, Senegal, Kazachstan, Czechy, Austria, i inne.



Polska ratyfikowała OPCAT w 2005 r.<sup>61</sup>, natomiast krajowy mechanizm prewencji powołany został w 2008 r. Funkcja ta powierzona została Rzecznikowi Praw Obywatelskich, który zgodnie z art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich<sup>62</sup> pełni rolę organu wizytującego do spraw zapobiegania torturom i innemu okrutnemu, nieludzkemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (krajowy mechanizm prewencji).

W związku z powyższym funkcjonujący w ramach struktury Biura Rzecznika Praw Obywatelskich Zespół „Krajowy Mechanizm Prewencji” (dalej KMPT albo Mechanizm) przeprowadza wizytacje we wszystkich miejscach pozbawienia wolności, o których mowa w art. 4 OPCAT.

***Pozbawienie wolności***, zgodnie ze wskazaną regulacją OPCAT, **oznacza bowiem jakkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej.** Pojęcie *miejsce pozbawienia wolności* używane jest tutaj w szerokim znaczeniu. **Oznacza każde miejsce, gdzie przebywa osoba pozbawiona wolności, w szczególności więzienia, posterunki policji, ośrodki dla cudzoziemców lub uchodźców, placówki resocjalizacyjne dla nieletnich, domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę osobom starszym, niepełnosprawnym i przewlekle chorym, ośrodki psychiatryczne, miejsca zatrzymań dla żołnierzy i inne, gdzie przetrzymywane są osoby pozbawione wolności.**

Charakterystyczną cechą wizytacji przeprowadzanych przez przedstawicieli KMPT jest ich prewencyjny charakter. W związku z powyższym wizytacje są niezapowiedziane, a ich celem jest analiza stanu przestrzegania praw osób pozbawionych wolności, zdiagnozowanie występujących w tym obszarze nieprawidłowości oraz sytuacji, w których potencjalnie może dojść do naruszenia tych praw.

W każdym z typów miejsc pozbawienia wolności czynności realizowane są w oparciu o jednakową metodologię. Pierwszym etapem podejmowanych działań jest ustalenie składu grupy wizytacyjnej. Zgodnie z wymogami zawartymi w OPCAT eksperci krajowych mechanizmów prewencji powinni posiadać odpowiednie umiejętności oraz wiedzę

<sup>61</sup> Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192.

<sup>62</sup> Dz. U. z 2014 r., poz. 1648.



zawodową<sup>63</sup>. Zespół przeprowadzający wizytacje składa się przeważnie z czterech osób, przy czym jedna z nich pełni funkcję koordynatora zespołu odpowiedzialnego za przygotowanie raportu powizytacyjnego. Długość wizytacji zależy od wielkości jednostki oraz zidentyfikowanych na miejscu problemów, jednak zazwyczaj trwa ona od jednego do trzech dni. Każda z wizytacji składa się z następujących etapów:

- rozmowa wstępna z kierownictwem jednostki,
- ogląd wszystkich pomieszczeń i terenu,
- przeprowadzenie grupowych i indywidualnych rozmów z osobami pozbawionymi wolności,
- przeprowadzenie rozmów z personelem,
- analiza dokumentacji,
- przedstawienie wstępnych uwag podczas rozmowy podsumowującej z kierownictwem jednostki.

Szczegółowe informacje o wynikach przeprowadzonej wizytacji są przedstawiane w raporcie powizytacyjnym. Analiza stanu przestrzegania praw osób pozbawionych wolności dokonywana jest z uwzględnieniem takich obszarów problemowych jak traktowanie, opieka medyczna, prawo do informacji, kontakt ze światem zewnętrznym, działalność kulturalno-oświatowa, warunki bytowe. Końcowy rozdział poświęcony jest każdorazowo sformułowanym przez przedstawicieli KMPPT zaleceniom. Adresatami raportu są zarówno dyrektor wizytowanej jednostki, jak i m. in. organy nadrzędne oraz sędzia sprawujący nadzór nad jednostką.

W związku z ograniczoną liczbą pracowników zatrudnionych w Zespole KMPPT weryfikacja wdrożenia sformułowanych zaleceń przeprowadzana jest głównie drogą korespondencyjną. W części przypadków podejmuje się jednak decyzję o rewizytacji danej jednostki.

Realizacji zadań nałożonych na KMPPT unormowaniami OPCAT, obok przeprowadzanych wizytacji, służy także działalność Zespołu polegająca m. in. na przygotowywaniu projektów wystąpień generalnych Rzecznika Praw Obywatelskich, udziale w konferencjach i naradach z przedstawicielami władz centralnych oraz kierownictwem poszczególnych typów jednostek,

---

<sup>63</sup> W skład Zespołu KMPPT wchodzi osoby legitymujące się wykształceniem prawniczym (w tym osoba z ukończoną aplikacją prokuratorską oraz doktor nauk prawnych), socjologicznym (doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii), psychologicznym, pedagogiczno-resocjalizacyjnym (jedna osoba w trakcie studiów z psychoterapii, druga z psychoterapii uzależnień) oraz kryminologicznym. Łącznie Zespół KMPPT liczy 11 osób. W trakcie poszczególnych wizytacji pracownicy KMPPT wspomagani są również przez ekspertów zewnętrznych z zakresu medycyny ogólnej, geriatrii, psychiatrii oraz psychologii.





udziale w konferencjach i warsztatach zagranicznych, opracowywanie raportów rocznych z działalności KMPT oraz raportów tematycznych, a także organizacja konferencji służących promowaniu zawartych w nich wniosków.

W latach 2008–2016 przedstawiciele KMPT przeprowadzili łącznie 934 wizytacji miejsc detencji, w tym 145 domów pomocy społecznej.

W oparciu o dotychczasowe doświadczenia działalności KMPT w Polsce bez wątpienia można uznać, że przeprowadzanie regularnych wizyt w miejscach zatrzymań jest skuteczną metodą w zapobieganiu torturom i innym formom znęcania się. Rozmowa z dyrektorami i personelem placówek i sygnalizowane przez nich problemy często były podstawą do podjęcia dialogu z władzami państwa na temat polepszenia sytuacji w tych placówkach. Ponadto możliwość bycia poddanym niezapowiedzianej kontroli zewnętrznej może mieć istotny efekt odstraszący. Dodatkowo wizyty niezależnych ekspertów umożliwiają podjęcie i zbadanie sprawy z pierwszej ręki, a nie poprzez pośredników. Warto na zakończenie podkreślić, że rolą krajowych mechanizmów prewencji nie jest jedynie wskazywanie naruszeń, lecz także konstruktywna współpraca ze wszystkimi organami odpowiedzialnymi za funkcjonowanie miejsc detencji. Takie podejście niewątpliwie umożliwia wdrożenie trwałych ulepszeń.



## 4. Standardy międzynarodowe w zakresie opieki nad osobami z niepełnosprawnością i osobami starszymi

Definicja tortur jest przedmiotem ciągłej ewaluacji dokonywanej w świetle obecnych warunków życia i zmieniających się wartości w społeczeństwach demokratycznych<sup>64</sup>. Konceptualizacja pojęcia tortur w odniesieniu do systemu opieki społecznej jest tym samym zjawiskiem stosunkowo niedawnym. Postrzeganie tortur w szerszym kontekście niż ten tradycyjnie związany z karaniem, przesłuchiwaniami czy zastraszaniem osób pozbawionych wolności stanowi jednak kamień milowy na drodze do utworzenia systemu ochrony osób niesamodzielnych przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

Podstawowe znaczenie w tym zakresie należy niewątpliwie przypisać Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych<sup>65</sup>, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 13 grudnia 2006 r. (dalej KPON lub Konwencja). Dokument ten został podpisany przez przedstawiciela rządu Rzeczypospolitej Polskiej 30 marca 2007 r., a ratyfikowany 6 września 2012 r. stając się częścią krajowego porządku prawnego. Przyjęcie Konwencji stanowiło zakończenie długiej walki osób niepełnosprawnych i reprezentujących ich organizacji o zaliczenie niepełnosprawności do zagadnień praw człowieka. Przez długi czas bowiem osoby z niepełnosprawnością były marginalizowane i napotykały trudności w realizowaniu swoich praw. Zakładano wówczas, że trudności te są naturalnymi i nieuniknionymi skutkami niepełnosprawności fizycznej, psychicznej, intelektualnej lub sensorycznej. Początek starań o ochronę praw osób z niepełnosprawnością przypada na rok 1981, ogłoszony Międzynarodowym Rokiem Osób Niepełnosprawnych. W roku tym przyjęto także Światowy Program Działań dotyczących Osób Niepełnosprawnych. Do przyjęcia prawnoczułowieczego podejścia w postrzeganiu

<sup>64</sup> Wyrok ETPCz w sprawie Selmouni przeciwko Francji, skarga nr 25803/94, par. 101.

<sup>65</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.



niepełnosprawności przyczyniło się również przyjęcie przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w 1993 r. Standardowych Zasad Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych, raporty Specjalnych Sprawozdawców ds. Niepełnosprawności oraz Podkomisji Prewencji Dyskryminacji oraz Ochrony Mniejszości oraz szereg rezolucji Komisji Praw Człowieka z lat 1998, 2000 oraz 2002. Innymi kamieniami milowymi były ogólne zalecenie Nr 18 (1991) Komitetu Eliminacji Dyskryminacji Kobiet dotyczące kobiet z niepełnosprawnością, ogólny komentarz Nr 5 (1994) Komitetu Praw Gospodarczych, Społecznych oraz Kulturalnych, a także przyjęcie regionalnych instrumentów, takich jak Inter-Amerykańskiej Konwencji w sprawie Eliminacji wszelkich Form Dyskryminacji wobec Osób z Niepełnosprawnością (1999). KPON zastąpił te mechanizmy jako najnowszy, wyspecjalizowany i kompleksowy dokument uznający prawa człowieka osób z niepełnosprawnością oraz jasno określający obowiązki państw do poszanowania, ochrony oraz wypełnienia tych praw<sup>66</sup>.

Konwencja wprowadza zupełnie nową perspektywę w postrzeganiu praw osób z niepełnosprawnością. Jak zauważa A. Błaszczak<sup>67</sup> KPON nie tylko na nowo definiuje niepełnosprawność, istotnie poszerzając krąg osób uprawnionych, ale przedstawia znane już prawa i wolności w nowym świetle, uwypuklając specyficzne potrzeby osób z niepełnosprawnościami. Dla Państw-Stron Konwencji takie ujęcie oznacza obowiązek podjęcia wszelkich możliwych środków w celu wdrożenia praw osób z niepełnosprawnością, uwzględnienia ich potrzeb w każdym programie działania, a także przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność również w sektorze prywatnym.

Wszystkie zawarte w Konwencji regulacje wynikają z poszanowania przyrodzonej godności, wolności osób z niepełnosprawnością, poszanowania ich niezależności i autonomii dokonywanych wyborów. Konwencję oparto również na zasadach niedyskryminacji, pełnego udziału w społeczeństwie

<sup>66</sup> Monitoring the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Nowy Jork i Genewa, 2010, [http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Disabilities\\_training\\_17EN.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Disabilities_training_17EN.pdf), dostęp dnia 03.01.2017 r.; M. Szreniawska, Znaczenie ratyfikacji Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych, *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania* Nr III/2012(4), <https://www.pfron.org.pl/download/5/281/01MalgorzataSzreniawska.pdf>, dostęp dnia 03.01.2017 r.; From Exclusion to Equality realizing the rights of persons with disabilities, Genewa 2007, <http://www.un.org/disabilities/documents/toolaction/ipuhb.pdf>, dostęp dnia 03.01.2017 r.

<sup>67</sup> A. Błaszczak, Zastrzeżenia i oświadczenie interpretacyjne Polski do Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami (w:) *Prawa osób z niepełnosprawnością intelektualna lub psychiczną w świetle międzynarodowych instrumentów ochrony praw człowieka*, pod red. D. Pudzianowskiej, Warszawa 2014, s. 25.



i integracji społecznej, poszanowania odmienności i akceptacji osób z niepełnosprawnością, równości szans i dostępności (art. 3). W art. 9 wskazano, że osoby niepełnosprawne powinny mieć zapewnioną możliwość samodzielnego funkcjonowania i pełnego udziału we wszystkich sferach życia poprzez zapewnienie, na zasadach równości z innymi podmiotami, dostępu do środowiska fizycznego, środków transportu, informacji i komunikacji oraz innych urządzeń i usług powszechnie dostępnych lub zapewnianych. Zgodnie z unormowaniem zawartym w art. 12 osobom z niepełnosprawnością należy przyznać taką samą zdolność prawną i zdolność do czynności prawnych jak innym osobom i dostęp do wsparcia, jakiego mogą potrzebować przy korzystaniu z tej zdolności. Osoby niepełnosprawne korzystają z ochrony przed wszelkimi formami wykorzystywania, przemocy i nadużyć, w tym związanych z płcią (art. 16) oraz prawa do poszanowania ich integralności psychicznej i fizycznej (art. 17). Z kolei zapewniana im opieka medyczna będzie respektowała wymóg uzyskania swobodnie wyrażonej i świadomej zgody (art.25).

Należy podkreślić, iż w art. 15 KPON powtórzono całkowity zakaz stosowania tortur zawarty w art. 3 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, art. 7 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych<sup>68</sup> oraz w art. 37 Konwencji o prawach dziecka<sup>69</sup>. Zgodnie z jego brzmieniem osoba z niepełnosprawnością nie może być poddawana jakiegokolwiek formie tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, w szczególności eksperymentom naukowym lub medycznym. Paragraf drugi wskazanej regulacji zawiera z kolei zobowiązanie dla Państw-Stron Konwencji do podjęcia skutecznych środków ustawodawczych, administracyjnych, sądowych i wszelkich innych w celu zapobiegania, na zasadzie równości z innymi osobami, poddawaniu osób niepełnosprawnych torturom lub okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu.

W odniesieniu do sformułowanego w Konwencji zakazu tortur Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. tortur, okrutnego, nieludzkiego, poniżającego traktowania albo karania Manfred Nowak<sup>70</sup> wskazał, iż powinien być on

<sup>68</sup> Nikt nie będzie poddawany torturom lub okrutnemu, nieludzkiemu albo poniżającemu traktowaniu albo karaniu. W szczególności nikt nie będzie poddawany bez swojej zgody swobodnie wyrażonej, doświadczeniom lekarskim lub naukowym, Dz. U z 1977 r. Nr 38, poz. 167.

<sup>69</sup> Państwa-Strony zapewniają aby żadne dziecko nie podlegało torturowaniu, bądź okrutnemu, nieludzkiemu czy poniżającemu traktowaniu albo karaniu, Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526.

<sup>70</sup> Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, the interim report of the Special Rapporteur of the Human Rights Council on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak, 28 July 2008, par. 46-50.



rozumiany zgodnie z definicją tortur zawartą w art. 1 Konwencji o zakazie stosowania tortur. Stwierdzenie tortur wymaga bowiem współwystępowania czterech przesłanek – poważnego bólu lub cierpienia, zamiaru, działania w określonym celu oraz działania w imieniu państwa. Czyny niewypełniające wszystkich wskazanych elementów mogą być uznane za niehumanitarne lub poniżające traktowanie.

Dokonując analizy definicji tortur w odniesieniu do osób niepełnosprawnych Sprawozdawca podkreślił, że przy określeniu poziomu bólu lub cierpienia należy uwzględnić okoliczności danej sprawy, w tym nie tylko istnienie niepełnosprawności, ale także jej nabycie lub zwiększenie stopnia jako efektu traktowania lub warunków w miejscu detencji.

Definicja tortur obejmuje wszystkie działania powodujące ból lub cierpienie o znacznym nasileniu, wynikające z jakiegokolwiek formy dyskryminacji<sup>71</sup>. Przesłankę działania z określonym zamiarem wypełnia zatem działanie powodujące dyskryminację danej osoby ze względu na jej niepełnosprawność. W opinii Manfreda Nowaka jest to szczególnie istotne w kontekście opieki medycznej zapewnianej osobom z niepełnosprawnością, gdzie poważne naruszenia i dyskryminacja tych osób maskowana jest *działaniem dla ich dobra*.

Sprawozdawca podkreślił ponadto, że tortury, jako najpoważniejsze naruszenie ludzkiego prawa do poszanowania integralności i godności, powodują powstanie sytuacji bezbronności – przejęcia przez inną osobę całkowitej kontroli nad ofiarą. Osoby z niepełnosprawnością bardzo często znajdują się w takim położeniu, zwłaszcza w czasie pobytu w detencji lub gdy kontrolę nad ich życiem sprawują opiekunowie faktyczni lub prawni. Ryzyko niewłaściwego traktowania potęgowane jest zwłaszcza, gdy osoby z niepełnosprawnością pozbawione są zdolności prawnej przez dyskryminujące przepisy prawne.

Na uregulowania zawarte w KPON jako wzór zupełnie nowego modelu postępowania z osobami niepełnosprawnymi wskazał także obecnie sprawujący mandat Specjalnego Sprawozdawcy ONZ ds. tortur, okrutnego, niehumanitarnego, poniżającego traktowania albo karania Juan E. Méndez w swoim sprawozdaniu z 2013 r.<sup>72</sup> W publikacji tej podniesiono, iż w instytucjach opieki

<sup>71</sup> Zgodnie z art. 2 KPON dyskryminacja ze względu na niepełnosprawność oznacza jakiegokolwiek różnicowanie, wykluczanie lub ograniczanie ze względu na niepełnosprawność, którego celem lub skutkiem jest naruszenie lub zniweczenie uznania, korzystania z lub wykonywania wszelkich praw człowieka i podstawowych wolności w dziedzinie polityki, gospodarki, społecznej, kulturalnej, obywatelskiej lub w jakiegokolwiek innej, na zasadzie równości z innymi osobami.

<sup>72</sup> Report of the Special Rapporteur on Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, United Nations, Human Rights Council, 1 February 2013, par. 57-70.



społecznej zdarzają się przypadki zaniedbywania, psychicznego i fizycznego znęcania się nad osobami niepełnosprawnymi psychicznie lub intelektualnie, a także przemoc seksualna. Wola i preferencje osób z niepełnosprawnością są lekceważone w imię ich najlepszego interesu, a poważne naruszenia praw i dyskryminacja maskowana jest dobrymi intencjami sprawujących opiekę. W związku z powyższym Sprawozdawca dostrzegł potrzebę podjęcia dodatkowych kroków mających na celu prewencję tortur w instytucjach opieki społecznej poprzez koordynację działań podejmowanych przez poszczególne państwa zgodnie z linią nakreśloną uregulowaniami KPON. W tym celu należy zwrócić baczną uwagę na takie obszary problemowe jak stosowanie izolacji i przymusu bezpośredniego, siły fizycznej, respektowanie zdolności do czynności prawnych osób niepełnosprawnych oraz przymusowego pobytu w instytucjach psychiatrycznych.

W raporcie Juan E. Méndez postuluje wprowadzenie całkowitego zakazu stosowania przymusu bezpośredniego, w tym izolacji i unieruchomienia, wobec osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną we wszystkich miejscach pozbawienia wolności, z uwzględnieniem szpitali psychiatrycznych i jednostek pomocy społecznej. Bezbronność przebywających w tych miejscach osób w połączeniu z nadużywaniem przymusu bezpośredniego mogą bowiem prowadzić do stosowania innych procedur bez zgody zainteresowanych, np. elektrowstrząsów czy przymusowego podawania leków i ich nadużywania.

Sprawozdawca zwrócił uwagę na problem stosowania siły fizycznej, błędnie tłumaczonej względami terapeutycznymi i cieszącej się poparciem społecznym jako podejmowanej w interesie osoby niepełnosprawnej. Takie podejście jest niezgodne z unormowaniami KPON, a użycie siły fizycznej w stopniu, który powoduje poważny ból i cierpienie narusza całkowity zakaz stosowania tortur oraz niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Z uwagi na konieczność ochrony autonomii i godności osób niepełnosprawnych Sprawozdawca wezwał do pilnej rewizji regulacji krajowych przewidujących możliwość stosowania siły fizycznej wobec osób z niepełnosprawnością.

W raporcie podniesiono również problem poszanowania woli osób niepełnosprawnych. Jej respektowanie uznano za fundamentalne z punktu widzenia prewencji tortur oraz innych form niewłaściwego traktowania. W związku z powyższym przypadki podejmowania jakichkolwiek działań w warunkach, gdy nie można uzyskać świadomej i wyrażonej w nieskrępowany sposób woli danej osoby powinny być jasno sformułowane w obowiąz-

zującym prawie, bez rozróżniania na osoby bez lub z niepełnosprawnością. Wykonywanie zbiegów bez zgody wyrażonej w powyższy sposób powinno być ograniczone jedynie do sytuacji zagrażających życiu.

W art. 14 KPON wprowadzono gwarancję ochrony wolności i bezpieczeństwa osobistego osób z niepełnosprawnością. Powyższe, zdaniem Specjalnego Sprawozdawcy pociąga za sobą konieczność uchylenia przepisów stanowiących podstawę do umieszczenia w placówkach opiekuńczych i leczniczych osób bez ich zgody. Nielegalne jest każde pozbawienie wolności ze względu na chorobę psychiczną jeśli jest wynikiem dyskryminacji lub uprzedzeń. Juan E. Méndez dodał ponadto, że samo występowanie nawet poważnej choroby psychicznej lub jej znaczne nasilenie nie uzasadnia detencji. Państwo musi każdorazowo wykazać, że jej zastosowanie jest faktycznie niezbędne w celu zabezpieczenia życia osoby niepełnosprawnej lub innych osób.

Na kwestie związane ze stosowaniem przymusu bezpośredniego oraz detencji osób z niepełnosprawnością zwrócił uwagę także Komitet Praw Osób Niepełnosprawnych. W dokumencie zawierającym wskazówki do art. 14 KPON Komitet wezwał Państwa-Strony do poszanowania bezpieczeństwa i integralności osobistej pozbawionych wolności osób z niepełnosprawnością poprzez m.in. wyeliminowanie stosowania przymusowego leczenia, izolacji i innych form przymusu w jednostkach opieki zdrowotnej. W opinii Komitetu takie praktyki są niezgodne z zakazem tortur i innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania osób z niepełnosprawnościami wyrażonego w art. 15 KPON. We wskazanym dokumencie podkreślono ponadto, że w niektórych państwach nadal dozwolone jest pozbawianie wolności osób ze względu na ich zaburzenia psychiczne. W związku z tym Komitet zauważa, że art. 14 KPON nie przewiduje żadnych wyjątków pozwalających na detencję osób z uwagi na występujące u nich zaburzenia psychiczne. Mimo to ustawodawstwa niektórych krajów, w tym regulacje dotyczące zdrowia psychicznego, wciąż przewidują możliwość detencji z uwagi na zaburzenia psychiczne współwystępujące z innymi czynnikami, np. powodowaniem zagrożenia dla siebie lub innych. Takie rozwiązania są niezgodne z art. 14 KPON<sup>73</sup>.

Wypełnienie standardów wynikających z uregulowań KPON i wytycznych w zakresie ich interpretacji wymaga przyjęcia rozwiązań umożliwiają-

<sup>73</sup> Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of persons with Disabilities, adopted during the Committee's 14<sup>th</sup> session, held in September 2015, par. 6 i 12.





jących osobie z niepełnosprawnością funkcjonowanie w społeczeństwie, w tym efektywnego systemu wsparcia w miejscu zamieszkania. Biorąc pod uwagę rozważanie przedstawione w rozdziale 1. niniejszego raportu w Polsce wciąż istnieją w tym zakresie poważne braki.

Sytuacja osób niepełnosprawnych w kontekście ich ochrony przed torturami była również przedmiotem uwag sformułowanych przez Komitet zapobiegania torturom ONZ (CAT). W drugim komentarzu ogólnym CAT<sup>74</sup> podkreślił obowiązek każdego Państwa-Strony Konwencji o zakazie stosowania tortur do podjęcia działań mających na celu zakazanie i prewencję tortur we wszystkich aspektach związanych z pozbawieniem wolności, w tym w placówkach dla osób chorych psychicznie i niepełnosprawnych. Obowiązek ten dotyczy zarówno placówek publicznych, jak i prowadzonych przez podmioty prywatne. Zgodnie ze stanowiskiem CAT państwo ponosi współodpowiedzialność za zaistniałe w takich miejscach przypadki tortur lub niewłaściwego traktowania jeżeli władze państwowe lub osoby działające w ich imieniu dysponowały wiedzą lub podejrzeniem o ich występowaniu i nie zachowały należytej staranności w zapobieganiu, dochodzeniu, osądzeniu i ukaraniu osób prywatnych odpowiedzialnych za zaistnienie takich zdarzeń. CAT zwracał także uwagę na złe warunki bytowe w domach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną i placówkach opieki psychiatrycznej, a także brak regulacji prawnych dotyczących kontroli legalności, nadzoru sędziowskiego i procedur odwoławczych przewidzianych w celu ochrony praw osób umieszczonych w takich miejscach bez zgody<sup>75</sup>.

Osobnej uwagi wymagają standardy dotyczące sytuacji osób w podeszłym wieku. W tym zakresie należy wymienić przede wszystkim uchwaloną w 1991 r. Rezolucję Zgromadzenia Ogólnego ONZ dotyczącą Zasad Działania na Rzecz Osób Starszych. Zawarte w niej zalecenia podzielone zostały na pięć podstawowych kategorii: niezależności, uczestnictwa, opieki, samorealizacji, godności. W Rezolucji wskazano m. in., że w ramach opieki osobom starszym należy zapewnić możliwość korzystania z przysługujących im praw człowieka i podstawowych wolności, bez względu na to czy przebywają one we własnych mieszkaniach, instytucjach ochrony zdrowia,

<sup>74</sup> Committee Against Torture, Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading treatment or Punishment, General Comment no. 2, CAT/C/GC/2, 24 January 2008.

<sup>75</sup> Consideration of reports submitted by states parties under article 19 of the Convention, Conclusions and recommendations of the Committee against Torture, Bulgaria, CAT/C/CR/32/6 11 June 2014, par. 5; Consideration of reports submitted by states parties under article 19 of the Convention, Conclusions and recommendations of the Committee against Torture, Bulgaria, CAT/C/EST/CO/4 19 Feb 2008, par. 24;



czy w placówkach opiekuńczych. W szczególności respektować należy ich prawo do godności, wolności wyznania, życia prywatnego, podejmowania decyzji w sprawie opieki nad sobą i jakości życia (art. 14). Respektowanie godności osób starszych oznacza z kolei godne i bezpieczne życie, wolne od wyzysku oraz fizycznego i psychicznego przymusu (art. 15).

Na gruncie europejskim wśród dokumentów określających standardy ochrony praw osób starszych warto zwrócić uwagę na postanowienia Zrewidowanej Europejskiej Karty Społecznej z 1996 r. oraz Rekomendacji CM/Rec (2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych<sup>76</sup>. Pierwszy z wymienionych dokumentów wskazuje na konieczność zagwarantowania osobom w podeszłym wieku, przebywającym w domu opieki, stosownego wsparcia, z poszanowaniem ich prywatności oraz zagwarantowanie im udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących warunków życia w takiej instytucji (art. 23).

Podstawową intencją twórców Rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych jest z kolei promocja, ochrona, pełne i równe korzystanie z praw człowieka i podstawowych wolności przez osoby starsze oraz upowszechnianie szacunku dla ich przyrodzonej godności. W związku z powyższym osoby starsze powinny w pełni korzystać m.in. z praw gwarantowanych przez Konwencję o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, mieć dostęp do odpowiedniej informacji dotyczącej ich praw i być właściwie konsultowane przez reprezentatywne organizacje, przed przyjęciem środków, które mają wpływ na korzystanie przez nie z praw człowieka (Załącznik do rekomendacji CM/Rec (2014)2, rozdział I Zakres przedmiotowy i podstawowe zasady).

Z punktu widzenia ochrony osób starszych przed niewłaściwym traktowaniem kluczowe znaczenie odgrywają jednak zalecenia Rekomendacji dotyczące ochrony przed przemocą lub nadużyciami zawarte w rozdziale IV. Zgodnie z art. 16 państwa członkowskie zobowiązane są zatem do ochrony osób starszych przed przemocą, nadużyciami oraz umyślnym lub nieumyślnym zaniedbaniem, a taka ochrona powinna zostać udzielona niezależnie od tego czy naruszenia miały miejsce w domu, placówce czy w innym miejscu. Ochronie przed nadużyciami ma służyć podjęcie działań zmierzających do zwiększenia świadomości personelu medycznego, pracowników socjalnych, opiekunów i innych osób świadczących usługi na rzecz osób starszych odnośnie możliwych form niewłaściwego traktowania, potrzeby reagowania na

<sup>76</sup> Przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 lutego 2014 r.



tego typu zdarzenia, w szczególności powiadamiania kompetentnych władz o nadużyciach (art. 18). Państwa członkowskie zostały zobowiązane do podjęcia odpowiednich działań w przypadku uzyskania informacji, że osoba starsza stała się ofiarą przemocy lub nadużyć, jak również w przypadku powzięcia uzasadnionych podejrzeń, że niewłaściwe traktowanie miało miejsce (art. 19). Ofiarom tego typu zachowań należy zapewnić odpowiednią pomoc i wsparcie (art. 20).

Wartym podkreślenia jest, że twórcy Rekomendacji nie ograniczyli się jedynie do określenia ogólnych standardów postępowania z osobami starszymi, ale przytoczyli również przykłady praktycznej realizacji tych standardów w poszczególnych krajach. Dobrą praktyką realizowaną w Austrii była organizacja warsztatów, mających na celu stworzenie sieci lokalnych ekspertów zaangażowanych w poradnictwo na rzecz osób starszych - ofiar przemocy. W jednej z prowincji Holandii opracowano natomiast protokół dla osób pozostających w kontakcie z osobami starszymi, poddany opiece instytucjonalnej w celu umożliwienia wykrycia oznak nadużyć w ramach ich obowiązków oraz podjęcia działań poprzez kontakt z konkretnymi zespołami wsparcia. W Wielkiej Brytanii natomiast pracodawcy i organizacje wolontariuszy mają dostęp do informacji na temat przeszłości kryminalnej osób świadczących usługi opiekuńcze na rzecz osób starszych.

W Rekomendacji poruszono także kwestię opieki instytucjonalnej zapewnianej osobom w podeszłym wieku. Obok ogólnego zobowiązania państw członkowskich do zapewnienia wystarczającego i odpowiedniego dostępu do takiej formy opieki określono podstawowe zasady, które powinien respektować system jej organizacji. Należą do nich prawo do wolności przemieszczania się osoby umieszczonej w domu opieki, wprowadzenie ograniczeń w tym zakresie tylko gdy jest to niezbędne i zgodne z prawem międzynarodowym, przy jednoczesnym umożliwieniu wniesienia odwołania od takich decyzji, stosowanie przymusu bezpośredniego za wolną i świadomą zgodą danej osoby i tylko dla jej bezpieczeństwa, powołanie organów odpowiedzialnych za kontrolowanie publicznych i prywatnych domów opieki, stworzenie łatwo dostępnego i efektywnego mechanizmu skargowego i kompensacyjnego w odniesieniu do niedostatecznej jakości opieki, poddawanie osób starszych opiece zinstytucjonalizowanej, psychiatrycznej i umieszczanie ich w domach opieki tylko za ich wolną i świadomą zgodą (każdy wyjątek od tej zasady powinien być zgodny z Konwencją o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, w szczególności z jej art. 5 wprowadzającym prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego).



Jako dobrą praktykę w omawianym obszarze wymieniono wprowadzony w Austrii narodowy certyfikat jakości domów opieki, przyznawany w oparciu o jednolity i obiektywny proces oceny świadczonych usług, dokonywany z uwzględnieniem takich kryteriów jak poziom satysfakcji osób starszych i personelu, sposób organizacji codziennych obowiązków. Należy podkreślić, że autorzy analizowanego dokumentu za dobrą praktykę realizowaną w Czechach uznali odbywanie przez Rzecznika Praw Obywatelskich wizyt w placówkach medycznych i opiekuńczych przeznaczonych dla osób starszych, a także opracowywanie raportów i zaleceń odnośnie respektowania praw człowieka i godności w tych instytucjach.

Obecnie społeczność międzynarodowa prowadzi debatę nad celowością opracowania międzynarodowej konwencji o prawach osób starszych i jej głównymi założeniami. W tym celu Zgromadzenie Ogólne ONZ powołało grupę roboczą, której zadaniem ma być przygotowanie projektu tego dokumentu, a w 2013 r. powołano Niezależnego Eksperta do spraw przestrzegania praw człowieka względem osób starszych<sup>77</sup>. Pozostaje zatem wyrazić nadzieję na rychłe opracowanie i przyjęcie konwencji o prawach osób starszych, która podobnie jak KPON w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością stałaby się ukoronowaniem wszystkich dotychczasowych działań podejmowanych na rzecz umożliwienia osobom w podeszłym wieku korzystania ze wszystkich praw i podstawowych wolności. Tym samym otworzyłyby ona nowy rozdział w ochronie tej grupy osób przed niewłaściwym traktowaniem.

---

<sup>77</sup> Zob. B. Szatur-Jaworska, M. Zrałek, Model wsparcia społecznego osób starszych w środowisku zamieszkania (w:) System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania – przegląd sytuacji, propozycja modelu, pod red. B. Szatur-Jaworskiej i P. Błędowskiego, Warszawa 2016, s. 23.

## 5. Domy pomocy społecznej w prawie krajowym

Konstytucja RP w art. 69 przewiduje, że osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej. Tym samym, z uwagi na istotne względy społeczne, sytuacja osób niepełnosprawnych została ujęta w odrębnym standardzie konstytucyjnym określającym obowiązki władz publicznych względem tej grupy osób. Wskazany wzorzec konstytucyjny po stronie organów władz kreuje jednak jedynie obowiązek stworzenia pewnych mechanizmów realizacji zadań w nim zawartych, a nie sprecyzowanie na gruncie ustawy zasadniczej określonego poziomu świadczeń, ich postaci, konkretnego zakresu czy trybu uzyskiwania<sup>78</sup>.

Zawarty w art. 69 Konstytucji obowiązek zapewnienia osobom niepełnosprawnym pomocy w zabezpieczeniu egzystencji znajduje swoje odzwierciedlenie w uregulowaniach ustawy o pomocy społecznej. Ustawa ta niepełnosprawność, jak również np. długotrwałą lub ciężką chorobę wymienia wśród przesłanek przyznania konkretnych świadczeń pomocy społecznej (art. 7 u.p.s.). Należą do nich wszelkiego typu świadczenia pieniężne (np. zasiłek stały, zasiłek okresowy, zasiłek celowy), ale także świadczenia niepieniężne, w tym o charakterze opiekuńczym w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, ośrodka wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy, specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia, mieszkanie chronione, pobyt i usługi w domu pomocy społecznej (art. 36 u.p.s.). Formy usług opiekuńczych przewidują pewną gradację ich świadczenia ze względu na stopień wymaganej intensywności opieki oraz zabezpieczenia bytowego osoby zainteresowanej. Usługi opiekuńcze w postaci umieszczenia w domu pomocy społecznej mają w tym katalogu najbardziej rozbudowany charakter.

W myśl art. 54 ust. 1 u.p.s. prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej przysługuje osobie, która z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie może samodzielnie funkcjonować i której nie można

<sup>78</sup> Zob. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 3 grudnia 2010 r., I OSK 1108/10.



zapewnić opieki w innej formie. Funkcjonowanie domów pomocy społecznej stanowi zatem z jednej strony wyraz tego, że w przypadku wystąpienia okoliczności przerastających możliwości danej osoby nie zostanie ona pozostawiona bez pomocy i może liczyć na wsparcie państwa. Z drugiej jednak – gradację usług opiekuńczych akcentuje fakt, iż powstanie prawa do umieszczenia w domu pomocy społecznej warunkowane jest ustaleniem, że dana osoba wymaga całodobowej opieki, nie może ona samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, a potrzeba opieki nie może być zapewniona w formie usług opiekuńczych<sup>79</sup>. Tym samym umieszczenie w domu pomocy społecznej jest ostatecznością i powinno być poprzedzone oceną możliwości udzielenia pomocy osobie potrzebującej w miejscu jej zamieszkania oraz wnikliwym zbadaniem jej sytuacji rodzinnej.

Jak wskazuje W. Maciejko<sup>80</sup> przesłanki faktyczne do umieszczenia osoby w domu pomocy społecznej w postaci wieku, choroby lub niepełnosprawności mogą występować łącznie, jednakże wystąpienie chociażby jednej z nich należy uznać za wystarczające do skutecznego ubiegania się o umieszczenie w placówce. Kumulacja przesłanek powinna stanowić wobec tego pewne kryterium w ustalaniu kolejności w oczekiwaniu na miejsce w domu. *Osoby starsze i dotknięte chorobą będą w większym stopniu wymagały pomocy w tej postaci niż osoby w wieku dojrzałym, które wymagają opieki ze względu na pojedynczy stopień niepełnosprawności.*

Zgodnie z art. 54 ust. 2 u.p.s. osobę wymagającą całodobowej opieki kieruje się do domu odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej miejsca jej zamieszkania. Jeżeli w placówce takiej nie ma wolnych miejsc, a czas oczekiwania na miejsce przekracza 3 miesiące, osobę zainteresowaną, na jej wniosek, kieruje się do innego właściwego typu domu, biorąc pod uwagę najbliższą możliwą lokalizację. Co jednak istotne, zgodnie z przyjętą przez sądownictwo administracyjne linią orzecniczą, nie kieruje się

<sup>79</sup> Zgodnie z wyrokiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 4 lutego 2016 r. (II SA/Rz 1069/15) dla umieszczenia w domu pomocy społecznej samo stwierdzenie, że dana osoba wymaga całodobowej opieki jest niewystarczające, muszą wystąpić dodatkowo przesłanki: brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w codziennym życiu i brak zapewnienia niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych; w wyrokach Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku (wyrok z dnia 17 kwietnia 2014 r., III SA/Gd 126/14) oraz Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie (wyrok z dnia 8 stycznia 2015 r., III SA/Kr 1565/14) stwierdzono, że z treści art. 54 ust.1 u.p.s. nie wynika możliwość przyznania prawa do umieszczenia w domu pomocy społecznej osobie, która pozostaje w leczeniu ze względu na liczne schorzenia, nawet gdyby miała zaświadczenie lekarskie, że wymaga stałej całodobowej opieki.

<sup>80</sup> W. Maciejko, P. Zaborniak, Ustawa o pomocy społecznej. Komentarz, Warszawa 2013, s. 261.



osoby wymagającej całodobowej opieki do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, leżącego najbliżej miejsca zamieszkania, jeżeli wymagają tego okoliczności sprawy. Przyjąć należy przy tym, iż ustawodawca celowo okoliczności tych nie sprecyzował z uwagi na konieczność każdorazowego indywidualnego podejścia do sytuacji osób starszych, nieporadnych i schorowanych. Zawarcie w przytoczonym przepisie możliwości ustalenia innego kryterium wyboru oznacza, że organ pomocy społecznej dokonując wyboru domu pomocy społecznej zobowiązany jest wziąć pod uwagę nie tylko typ domu, czas oczekiwania na miejsce w tym domu i zakres świadczonych w nim usług, ale również indywidualne potrzeby osoby kierowanej. W sposób szczególny uwzględnić przy tym należy, który z domów pomocy społecznej w sposób najpełniejszy zapewni, zgodnie z jej potrzebami wolność, w tym swobodę praktyk religijnych, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa<sup>81</sup>. Obowiązkiem organu kierującego jest w związku z tym dokonanie rzetelnej analizy tych potrzeb, przy jednoczesnym uwzględnieniu stanowiska osoby zainteresowanej, czyli osoby która ma zostać umieszczona w placówce i która skutki wyboru tej a nie innej placówki odczuje w sposób najpełniejszy<sup>82</sup>. Indywidualne podejście może bowiem minimalizować poczucie krzywdy, osamotnienia, niepewności towarzyszące osobom zmuszonym do zmiany miejsca swojego zamieszkania.

Umieszczenie w domu pomocy społecznej (dalej dps) wymaga przede wszystkim zgody osoby zainteresowanej, gdyż skorzystanie z tej formy pomocy wiąże się z daleko idącymi zmianami w jej życiu. Niezbędność wyrażenia woli związana z gwarantowaną postanowieniami art. 31 Konstytucji RP wolnością, której ograniczenie może nastąpić jedynie w przypadku sytuacji określonej w akcie prawnym rangi ustawowej. Wyjątki w tym zakresie przewidują art. 54 ust. 4 u.p.s. oraz art. 39 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>83</sup> (dalej u.o.z.p.) Zgodnie z pierwszą z wymienionych regulacji brak zgody osoby bezwzględnie wymagającej pomocy lub jej przedstawiciela ustawowego lub wycofanie takiej zgody po umieszczeniu w domu pomocy społecznej powoduje konieczność podjęcia działań ze strony sądu i prokuratora. Analogicznie wskazany przepis ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje, że zagrażający życiu brak opieki może stanowić podstawę do umieszczenia osoby z zaburzeniami

<sup>81</sup> Wyrok Sądu Administracyjnego w Lublinie z dnia 11 grudnia 2012 r., II SA/Lu 897/12.

<sup>82</sup> Wyrok Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 3 listopada 2015 r., II SA/Bd 698/15.

<sup>83</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 546.



psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną w domu pomocy społecznej orzeczeniem sądu. W takim przypadku po stronie organu pomocy społecznej powstaje zobowiązanie do realizacji prawomocnego postanowienia sądowego poprzez wydanie decyzji o skierowaniu danej osoby do domu pomocy społecznej<sup>84</sup>.

Z kolei Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gdańsku zwrócił uwagę na kwestię irrelevantnego charakteru zgody na umieszczenie w domu pomocy społecznej innych osób, niż sama osoba zainteresowana. W orzeczeniu z dnia 8 czerwca 2011 r. po raz kolejny podkreślono, że umieszczenie w domu pomocy społecznej jest zależne wyłącznie od zaistnienia warunków z art. 54 ust. 1 u.p.s. oraz zgody samego zainteresowanego. Brak jest natomiast prawnego uzasadnienia do dopuszczenia w zakresie współdecydowania o umieszczeniu w domu pomocy społecznej osób zobowiązanych ustawowo do partycypowania w kosztach pobytu osoby korzystającej z tej formy wsparcia<sup>85</sup>.

Ustawa o pomocy społecznej wprowadza klasyfikację domów ze względu na kategorie świadczeniobiorców oraz podmiot prowadzący placówkę. Ze względu na adresatów usług domy pomocy społecznej dzielą się na domy dla osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie, osób uzależnionych od alkoholu (art. 56 u.p.s.). W literaturze przedmiotu wskazuje się, że typ domu pomocy społecznej jest nierozzerwalnie związany z prawem podmiotowym do umieszczenia w nim. Prawo to nie jest należycie realizowane, jeżeli osoba skierowana do domu zostaje umieszczona w placówce, która profilem świadczonych usług nie odpowiada lub tylko częściowo odpowiada rodzajowi niepełnosprawności lub schorzenia osoby kierowanej<sup>86</sup>.

Należy zwrócić uwagę, że w trzech wypadkach ustawodawca posłużył się terminami prawnieniedookreślonymi *dzieci, młodzieży, osób w podeszłym wieku*, co powoduje, że nie można precyzyjnie wskazać kategorii tych osób. Biorąc pod uwagę, że domy dla dzieci i młodzieży stanowią jeden typ placówki brak kategoryczności użytych przez ustawodawcę sformułowań nie będzie miał większego znaczenia praktycznego, a w domu takim będą mogły

<sup>84</sup> Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 17 listopada 2011 r., ISA/Wa 1040/09.

<sup>85</sup> Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 8 czerwca 2011 r., II SA/Gd 378/11.

<sup>86</sup> W. Maciejko, op. cit., s. 266.





przebywać osoby do ukończenia 18 roku życia. Odmienne sytuacja przedstawia się w odniesieniu do ostatniego z przedstawionych określeń. Pojęcie *podeszłego wieku* nie jest sprecyzowane w obowiązujących przepisach, w związku z czym istnieje obawa, że do domów dla osób w podeszłym wieku będą kierowane osoby wymagające opieki, jednakże niespełniające kryteriów skierowania do innych typów placówek.

Niezależnie jednak od typu domu, art. 55 u.p.s. oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie *domów pomocy społecznej*<sup>87</sup> określają standardy, które powinny być spełnione przez wszystkie placówki. W myśl obowiązujących regulacji domy pomocy społecznej świadczą usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne. Wśród usług bytowych można wymienić zapewnienie miejsca zamieszkania, wyżywienia, utrzymanie czystości oraz zapewnienie odzieży i obuwia. W zakresie usług bytowych dom uznaje się za spełniający warunki jeżeli budynek i jego otoczenie nie mają barier architektonicznych, budynek wielokondygnacyjny ma zainstalowaną windę dostosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych, budynek jest wyposażony w system przyzywowo-alarmowy, liczba miejsc w nowo powstającym domu nie jest większa niż 100. W domu spełniającym standardy znajdują się następujące pomieszczenia: pokoje mieszkalne (jedno- i wieloosobowe), pokoje dziennego pobytu, jadalnia, gabinet medycznej pomocy doraźnej, pomieszczenie do terapii i rehabilitacji, kuchenka pomocnicza, pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia, palarnia (gdy wśród mieszkańców są osoby palące), pokój gościnny, miejsce kultu religijnego. Pokoje mieszkalne w zależności od tego czy są jedno czy wieloosobowe muszą mieć wymaganą powierzchnię – odpowiednio nie mniej niż 9 m<sup>2</sup> i nie mniej niż 6 m<sup>2</sup> na osobę – oraz być wyposażone w łóżko lub tapczan, szafę, stół, krzesła, szafkę nocną dla każdego mieszkańca. W zakresie warunków sanitarnych liczba łazienek w domu powinna zapewniać możliwość korzystania z nich przez nie więcej niż 5 osób, a toalet – przez nie więcej niż 4 osoby. Pomieszczenia mieszkalne muszą być czyste, sprzątane nie rzadziej niż raz dziennie, estetyczne i wolne od nieprzyjemnych zapachów.

W zakresie wyżywienia i organizacji posiłków mieszkańcom zapewnia się co najmniej 3 posiłki dziennie, a w domach dla dzieci i młodzieży co najmniej 4 posiłki, a także wybór zestawu posiłków lub otrzymanie posiłku dodatkowego oraz posiłku dietetycznego, zgodnie ze wskazaniem lekarza.

<sup>87</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 964.



Dla każdego z posiłków czas wydawania wynosi 2 godziny, a podstawowe produkty żywnościowe i napoje są dostępne całą dobę.

Mieszkańcom, którzy nie posiadają własnej odzieży i obuwia i nie dysponują środkami na ich zakup placówka zapewnia odzież i obuwie odpowiedniego rozmiaru, dostosowane do ich potrzeb i pory roku. Odzież i obuwie powinny być utrzymane w czystości i wymieniane w razie potrzeby.

Do usług opiekuńczych należą z kolei udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pomoc w załatwianiu spraw osobistych oraz pielęgnacja. Usługi wspomagające świadczone przez placówkę obejmują organizację terapii zajęciowej, podnoszenie sprawności, aktywizowanie mieszkańców, zapewnienie dostępu do biblioteki, organizację świąt, zapewnienie kontaktu z dyrektorem placówki, podtrzymanie więzi z rodziną i środowiskiem, załatwianie skarg i wniosków, stworzenie warunków do rozwoju samorządności mieszkańców, informowanie o przysługujących prawach i obowiązkach. Usługi edukacyjne realizowane są w placówkach dla dzieci i młodzieży i związane są z zapewnieniem pobierania nauki, uczestnictwem w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych, uczenie oraz wychowanie przez doświadczenie życiowe.

Zakres usług świadczonych przez dom powinien być zgodny nie tylko z określonymi standardami, ale uwzględniać także indywidualne potrzeby mieszkańców (art. 55 ust. 2 u.p.s.). W celu określenia tych potrzeb i związanego z nimi zakresu usług w domach pomocy społecznej funkcjonują zespoły terapeutyczno-opiekuńcze. W ich skład wchodzi w szczególności pracownicy bezpośrednio zajmujący się wspieraniem mieszkańców. Prawidłowa realizacja usług wymaga odpowiedniej liczby wykwalifikowanego personelu, w związku z czym w zależności od typu domu pomocy społecznej wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego wynosi: 0,4 na jednego mieszkańca w domach dla osób w podeszłym wieku, 0,5 – w domach dla osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz osób niepełnosprawnych fizycznie, 0,6 – w domach dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Zarówno organizacja, jak i zakres usług świadczonych przez domy pomocy społecznej powinny uwzględniać wolność, godność, intymność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności. Jak wskazuje I. Sierpowska<sup>88</sup> wyliczenie to nie ma charakteru

<sup>88</sup> I. Sierpowska, Pomoc społeczna. Komentarz, Lex 2014.



zamkniętego, a interpretacja niektórych pojęć wymaga wyjścia poza literę prawa. Dla mieszkańców, oprócz zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych *ważne są więzi międzyludzkie, gesty sympatii, przyjaźni, otwartości, których nie da się wyznaczyć przepisami prawa, a które mieszkańcom domu dają poczucie bezpieczeństwa oraz poszanowania jego wolności, godności, intymności.*

Zdaniem S. Niteckiego<sup>89</sup> w odniesieniu do domów pomocy społecznej **wolność odgrywa kluczową rolę, ponieważ nie tylko przesądza o chęci skorzystania z tej formy pomocy, ale również determinuje zasady pobytu w niej. Domy pomocy społecznej są bowiem placówkami otwartymi i osoby w nich przebywające dysponują daleko idącą swobodą w poruszaniu się. Intymność należy rozumieć z kolei jako zapewnienie każdej osobie warunków gwarantujących zachowanie jej terytorium, do którego dostęp uzależniony jest od woli danej osoby i uprawnień przysługujących osobom świadczącym usługi. Pojęcie godności oznacza zarówno zagwarantowanie osobie przebywającej w placówce warunków ją respektujących oraz właściwego traktowania ze strony personelu. Poczucie bezpieczeństwa natomiast związane jest z realizacją opieki, pielęgnacji, zaspokajania potrzeb na poziomie satysfakcjonującym mieszkańców.**

Zgodnie z art. 58 u.p.s. domy pomocy społecznej zobowiązane są do pokrywania kosztów pobytu mieszkańca w placówce. O ile jednak zapewnienie całodobowej opieki dostosowanej do potrzeb mieszkańca w całości obciąża finansowo placówkę, o tyle pozostałe potrzeby bytowe i społeczne zaspokajane są ze środków domu tylko w niezbędnym zakresie. Oznacza to, że dom nie jest zobowiązany do zaspokajania wszystkich potrzeb mieszkańców, a jedynie tych wynikających z określonego przepisami standardu usług<sup>90</sup>.

Z przytoczonego przepisu wynika niestety, że dom nie jest odpowiedzialny za zapewnienie swoim mieszkańcom świadczeń zdrowotnych, a jedynie organizuje i umożliwia pomoc w korzystaniu z nich. Jak wskazuje się w literaturze przedmiotu jego rola ogranicza się zatem do stworzenia warunków pozwalających mieszkańcom na korzystanie ze świadczeń zdrowotnych poprzez przygotowanie odpowiednich pomieszczeń i wyposażenia ich w sprzęty umożliwiające świadczenie usług zdrowotnych<sup>91</sup>.

<sup>89</sup> S. Nitecki, Komentarz do ustawy o pomocy społecznej, Wrocław 2013, s. 484.

<sup>90</sup> I. Sierpowska, Pomoc społeczna....

<sup>91</sup> S. Nitecki, Komentarz..., s. 516.



Domy pomocy społecznej mogą być prowadzone, po uzyskaniu zezwolenia wojewody, przez jednostki samorządu terytorialnego, Kościół Katolicki lub inne kościoły, związki wyznaniowe, organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia, inne osoby prawne albo osoby fizyczne (art. 57 ust. 1). W myśl art. 17 ust. 2 pkt 3 u.p.s. prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej należy do zadań własnych gminy, a art. 19 pkt 10 u.p.s. wśród zadań własnych powiatu wskazuje prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym oraz umieszczania w nich skierowanych osób. Art. 21 ust. 5 u.p.s. jako zadanie samorządu województwa określa organizowanie i prowadzenie regionalnych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej. Placówki prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego stanowią publiczne domy pomocy społecznej. Katalog podmiotów prowadzących placówki niepubliczne jest stosunkowo szeroki, a ustawodawca nie zawarł dalszej konkretyzacji, a zatem każda osoba, która spełni ustawowe wymagania w tym zakresie może taką placówkę założyć<sup>92</sup>.

Analiza przytoczonych regulacji nasuwa wniosek, iż funkcjonowanie domów pomocy społecznej określone jest w obowiązujących przepisach w sposób bardzo drobiazgowy. Takie rozwiązanie z pewnością służy ujednoliceniu standardu opieki zapewnianego mieszkańcom. Nie sposób jednak nie zauważyć, że regulacje prawne zupełnie nie odnoszą się do pewnych fundamentalnych kwestii jak np. prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym, czy też stosowanie monitoringu wizyjnego, które to zgodnie z ustaleniami KMPT mogą prowadzić do powstania naruszeń praw osób przebywających w domach.

<sup>92</sup> I. Sierpowska, Pomoc społeczna...





Taki stan rzeczy spowodowany był zgłaszanymi przez wizytowane jednostki wątpliwościami w zakresie uprawnień KMPT, na podstawie wówczas obowiązującego stanu prawnego, do przetwarzania danych wrażliwych. Pomimo, iż zgodnie z art. 20 ust. 2 OPCAT wypełnienie przez krajowe mechanizmy prewencji ich mandatu obliguje Państwa Strony do przyznania im dostępu do wszystkich informacji dotyczących sytuacji osób pozbawionych wolności, to ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich nie zawierała w tamtym czasie regulacji w sposób bezpośredni uprawniającej do dostępu do danych osobowych. Podkreślenia wymaga, że uprawnienie takie jest niezbędne z punktu widzenia prawidłowego wykonywania zadań Mechanizmu, gdyż w domach pomocy społecznej, z uwagi na ich specyfikę, nie ma możliwości rzetelnego zweryfikowania stanu przestrzegania praw i wolności przebywających w nich osób bez analizy dokumentacji zawierającej dane osobowe, w tym zaliczane do kategorii *danych wrażliwych*. W związku z powyższym Rzecznik Praw Obywatelskich prof. Irena Lipowicz podjęła decyzję o wstrzymaniu wizytacji w domach pomocy społecznej o czym zostali poinformowani Marszałek Sejmu oraz porozumienie na rzecz wprowadzenia OPCAT<sup>93</sup>. Sytuacja ta uległa zmianie dopiero po nowelizacji ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich<sup>94</sup>, którą dodano art. 17c przyznający Rzecznikowi uprawnienie do przetwarzania wszelkich informacji niezbędnych z punktu widzenia realizacji swoich ustawowych zadań. Tym samym od 2012 r. nastąpiło zintensyfikowanie wizytacji prowadzonych w domach pomocy społecznej.

Zgodnie z unormowaniami OPCAT przedstawiciele KMPT zobowiązani są do badania stanu przestrzegania praw osób pozbawionych wolności. W odniesieniu do domów pomocy społecznej w kręgu zainteresowania KMPT pozostają w związku z tym osoby umieszczone w domu orzeczeniem sądowym oraz osoby ubezwłasnowolnione. Jednakże podczas wizytacji prowadzone są rozmowy ze wszystkimi mieszkańcami, którzy wyrażą na to zgodę. Zgodnie z art. 20 ust. 4 OPCAT KMPT przysługuje uprawnienie do odbywania prywatnych rozmów, nie tylko z osobami pozbawionymi wolności, ale również ze wszystkimi osobami, co do których Mechanizm uzna, że mogą one dostarczyć stosownych informacji. Żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za

<sup>93</sup> Pisma z dnia 10 lutego 2011 r. RPO-R-070-7/11.

<sup>94</sup> Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich, Dz. U. z 2011 r. Nr 222, poz. 1320.



przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie może ponieść żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób. Poufne informacje zebrane przez krajowe mechanizmy prewencji są objęte tajemnicą. Żadne osobiste dane nie mogą być opublikowane bez wyraźnej zgody osoby, której one dotyczą (art. 21 OPCAT).

## 6.1. Problemy systemowe

### 6.1.1. Brak systemu kontroli legalności pobytu osób skierowanych do domu pomocy społecznej orzeczeniem sądowym

Poważne zastrzeżenia przedstawicieli KMPT związane są z legalnością pobytu osób skierowanych do domów pomocy społecznej na podstawie orzeczenia sądowego. Przede wszystkim podkreślenia wymaga, iż obowiązujące przepisy ograniczają się jedynie do wskazania przesłanek uzasadniających przymusowe skierowanie do domu pomocy społecznej. Zgodnie z art. 39 u.o.z.p. osoba może być skierowana orzeczeniem sądowym do domu pomocy społecznej, w sytuacji gdy nie jest ona zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego, nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób, potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, brak opieki zagraża życiu tej osoby, a osoba ta lub jej przedstawiciel ustawowy nie wyrażają zgody na przyjęcie do domu pomocy społecznej. Ponadto o skierowaniu do domu pomocy społecznej sąd orzeka jeżeli osoba, wymagająca skierowania do placówki ze względu na swój stan zdrowia psychicznego, nie jest zdolna do wyrażenia zgody (art. 39 ust. 3 u.o.z.p.).

Pomimo, iż od momentu orzeczenia o przymusowym skierowaniu do domu pomocy społecznej odpowiedzialność za sytuację danej osoby spoczywa na organach władzy publicznej to żaden z przepisów nie wprowadza obowiązku dokonywania systematycznej, okresowej kontroli zasadności jej umieszczenia w placówce. Co prawda, zgodnie z art. 43 u.o.z.p., do domu pomocy społecznej przeznaczonego dla osób chorych psychicznie lub niepełnosprawnych intelektualnie ma prawo wstępu sędzieja w celu kontroli legalności przyjęcia i przebywania osób w placówce, to jednak wskazany w §2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 11 października 2012 r. *w sprawie sprawowania kontroli przyjęcia i przebywania osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy*



*społecznej oraz sposobu jej dokumentowania*<sup>95</sup> zakres przedmiotowy kontroli wskazuje, iż ma ona charakter weryfikacji bieżącego funkcjonowania domu i prowadzonej w niej dokumentacji, a nie rzetelnego zbadania dalszego występowania przesłanek przymusowego pobytu osoby umieszczonej.

Powyższe potwierdzają spostrzeżenia przedstawicieli KMPT, którzy każdorazowo podczas wizytacji w domach pomocy społecznej zapoznają się z protokołem z kontroli sędziego. Z ich analizy wynika bowiem, że kontrola legalności pobytu mieszkańców skierowanych do domu pomocy społecznej orzeczeniem sądowym ogranicza się jedynie do sprawdzenia, czy w dokumentacji mieszkańca znajduje się kopia postanowienia sądu o takim skierowaniu. Warto wskazać ponadto, że zgodnie z ustaleniami wizytujących zapewniony mieszkańcom kontakt z lekarzem psychiatrą nie ma na celu weryfikacji czy występujące u niego zaburzenia psychiczne w dalszym ciągu uzasadniają pobyt w placówce, a jedynie związany on jest z pogorszeniem się stanu zdrowia mieszkańca lub prowadzoną wobec niego terapią.

W świetle art. 5 *Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności* każdy ma prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Zgodnie z lit. e wskazanej regulacji standardu tego nie narusza zgodnie z prawem pozbawienie wolności osoby umysłowo chorej (dalej osoby z zaburzeniami psychicznymi). Przepis ten nie określa przesłanek, które muszą być spełnione, aby pozbawienie wolności mogło być uznane za zasadne, ani nie wskazuje maksymalnego czasu trwania izolacji, jednakże kwestie te były przedmiotem analizy prowadzonej przez ETPCz.

W sprawie Winterwerp przeciwko Holandii<sup>96</sup> ETPCz sprecyzował minimalne warunki jakie muszą być spełnione dla zaistnienia zgodnego z prawem pozbawienia wolności osoby z zaburzeniami psychicznymi. Zgodnie ze stanowiskiem Trybunału po pierwsze należy wiarygodnie wykazać, iż dana osoba cierpi na zaburzenia psychiczne, co oznacza, że istnienie zaburzeń musi zostać stwierdzone przez właściwy organ na podstawie obiektywnej wiedzy medycznej. Po drugie, rodzaj i stopień zaawansowania choroby psychicznej musi uzasadniać przymusowe odosobnienie pacjenta i po trzecie zgodność z prawem dalszego pozbawienia wolności zależy od utrzymywania się takich zaburzeń. Krajowe ustawodawstwo nie spełnia właśnie trzeciego z wymienionych w przytoczonym orzeczeniu warunków, co w sprawie K. C. przeciwko Polsce<sup>97</sup> zostało uznane za naruszenie art. 5 § 1 Konwencji.

<sup>95</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 1147.

<sup>96</sup> Wyrok z dnia z dnia 24 października 1979 r. § 39 Seria A, nr 33.

<sup>97</sup> Wyrok z dnia 25 listopada 2014 r., skarga nr 31199/12.





W odniesieniu do kwestii czasu trwania detencji osób z zaburzeniami psychicznymi Trybunał wypowiedział się w sprawie Johnson przeciwko Wielkiej Brytanii<sup>98</sup>. W wydanym w tej sprawie orzeczeniu ETPCz potwierdził zarówno konieczność stałego monitorowania zasadności kontynuowania izolacji przez właściwe organy państwowe, jak również wprowadzenia gwarancji, iż zwolnienie nie jest w sposób nieuzasadniony odwlekane.

Wobec powyższego należy stwierdzić, iż brak mechanizmu okresowej oceny legalności pobytu osób z zaburzeniami psychicznymi w domach pomocy społecznej powoduje, iż wskazany powyżej wymóg zaprzestania detencji w przypadku ustania jej przyczyn nie jest w krajowym ustawodawstwie respektowany. W rezultacie jeśli osoba przymusowo skierowana do domu pomocy społecznej, jej przedstawiciel ustawowy lub inna uprawniona osoba nie wystąpi, na podstawie art. 41 ust. 1 u.o.z.p., do sądu z wnioskiem o zmianę orzeczenia pobyt w placówce może być nadmiernie przedłużany, a nawet trwać do końca życia danej osoby bez zbadania czy zachodzą ku temu przesłanki.

Także Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Niehumanicznemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) w Raporcie dla Rządu Polskiego z wizytacji przeprowadzonej w dniach 26 listopada – 8 grudnia 2009 r.<sup>99</sup> podkreślił, że przymusowe umieszczenie w domu pomocy społecznej powinno zostać zaprzestane, tak szybko jak to możliwe, w sytuacji, gdy nie uzasadnia tego stan psychiczny danej osoby. Istnienie przesłanek uzasadniających przymusowe skierowanie do placówki opiekuńczej powinno być poddawane rewizji w regularnych odstępach czasu. W związku z powyższym CPT zalecił wprowadzenie takiej procedury poprzez zmianę odpowiedniego ustawodawstwa. Zgodnie ze sprawozdaniem władz polskich powyższe zalecenie CPT miało zostać uwzględnione w trakcie prac nad nowelizacją u.o.z.p.<sup>100</sup>

Należy wyrazić nadzieję, że przedstawiony powyżej obszar problemowy zostanie w niedługim czasie rozstrzygnięty na poziomie ustawowym. Z dostępnego na stronie Rządowego Centrum Legislacji<sup>101</sup> i przesłanego do Rzecznika Praw Obywatelskich celem zaopiniowania projektu ustawy z dnia 22 września 2016 r. *o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz*

<sup>98</sup> Wyrok z dnia 24 października 1997 r., skarga nr 22520/93.

<sup>99</sup> [CPT Inf(2011)20, <http://www.cpt.coe.int/documents/pol/2011-20-inf-eng.pdf>, s. 60, dostęp dnia 1 lipca 2016 r.

<sup>100</sup> <http://www.cpt.coe.int/documents/pol/2011-21-inf-pol.pdf>, s. 82, dostęp dnia 1 lipca 2016 r.

<sup>101</sup> <http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12290405>, dostęp dnia 21 lipca 2017 r.

*niektórych innych ustaw* wynika, iż we wskazanym zakresie planowana jest nowelizacja art. 38 u.o.z.p. Zgodnie z projektem artykuł ten zostanie uzupełniony o regulację przewidującą obowiązek poddawania, osób umieszczonych w dps bez zgody, okresowym badaniom stanu psychicznego w celu stwierdzenia zasadności ich dalszego pobytu w placówce<sup>102</sup>.

### **6.1.2. Sądowa kontrola domów pomocy społecznej**

Z omówionymi w poprzednim rozdziale zagadnieniami wiąże się także problem niedostatecznej kontroli sprawowanej w domach pomocy społecznej przez sędziów rodzinnych. Zgodnie z art. 43 ust. 1 u.o.z.p. obowiązek sądowej kontroli legalności przyjęcia i przebywania w domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, a także przestrzegania ich praw oraz warunków panujących w placówce, dotyczy wyłącznie domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób psychicznie chorych lub niepełnosprawnych intelektualnie. Tymczasem pensjonariusze, którymi powinien interesować się sąd z urzędu, mogą przebywać również w innych typach domów np. w domach dla osób przewlekle somatycznie chorych, z uwagi na ich stan somatyczny i decyzję organów kierujących. W praktyce zatem zdarza się, że ze względu na konstrukcję wskazanego wyżej przepisu, dany dom pomocy społecznej nie jest w ogóle kontrolowany przez sąd mimo, iż przebywają w nim osoby chore psychicznie<sup>103</sup>.

Analiza dokumentacji indywidualnej mieszkańców, wykonywana przez przedstawicieli KMPT w domach pomocy społecznej, nierzadko ujawnia natomiast, że umieszczenie danego pensjonariusza w placówce przebiegło bez podjęcia przez opiekuna prawnego próby wspierania swego podopiecznego w miejscu zamieszkania, co mogłoby być wystarczające i oddalić konieczność przeniesienia go z własnego domu do placówki. Uderza przy tym fakt, że w wielu sprawach procedura ubezwłasnowolnienia była wszczynana tuż przed złożeniem przez opiekuna prawnego wniosku o umieszczenie podopiecznego w placówce i często wbrew jego woli. To z kolei nasuwa podejrzenia, iż instytucja ubezwłasnowolnienia bywa wykorzystywana nie do pomocy osobie bezradnej, ale do pozbawienia jej możliwości wyrażenia sprzeciwu przed np. wykwaterowaniem z własnego domu. Zdarza się bo-

<sup>102</sup> Zgodnie z projektem art. 38 otrzyma następujące brzmienie: 1. Osoba, o której mowa w ust. 1, podlega okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej. Badania przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy. Stan na dzień 21.07.2017 r.

<sup>103</sup> Przykładem w tym zakresie jest działający od ponad 50 lat Dom Pomocy Społecznej *Kalina* położony przy ul. Pułaskiego 66 w Suwałkach.



wiem, że mieszkańcy wizytowanych domów żalą się, iż działania podjęte po wyrażeniu przez sąd zgody na ubezwłasnowolnienie miały związek z posiadaniem przez nich mieszkaniem czy gospodarstwem.

Z kolei, jak to zostało uprzednio wskazane, osoba całkowicie ubezwłasnowolniona, umieszczona w domu pomocy społecznej za zgodą jej opiekuna, jest wyłączona z kręgu podmiotów uprawnionych do wystąpienia do sądu opiekuńczego o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej. Skoro nie może ona sama zainicjować zmiany w tym zakresie, w bezpośrednim wystąpieniu do sądu, a sąd z urzędu nie dokonuje kontroli w niektórych typach placówek, to w zasadzie nie ma sposobu, aby zweryfikować sądownie zasadność przyjęcia i dalszego przebywania w domach pomocy społecznej części pensjonariuszy.

Wobec powyższych ustaleń warto w tym miejscu odnieść się do art. 30 Konstytucji stanowiącego, że źródłem wolności oraz praw człowieka i obywatela jest jego przyrodzona i niezbywalna godność. Godność ta jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. W uzasadnieniu orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 czerwca 2016 r.<sup>104</sup> sprecyzowano, że przedmiotem naruszenia może być tylko godność definiowana jako *prawo osobistości, które obejmuje wartości życia psychicznego każdego człowieka oraz wszystkie wartości określające podmiotową pozycję jednostki w społeczeństwie i składające się, według powszechnej opinii, na szacunek należny każdej osobie.*

Z godnością ludzką powiązana jest ściśle nietykalność osobista, chroniona przez art. 41 ust. 1 Konstytucji, która według Trybunału, rozumiana jest jako *możliwość utrzymywania przez jednostkę swej tożsamości i integralności fizycznej i psychicznej oraz zakaz wszelkiej, bezpośredniej ingerencji z zewnątrz, naruszającej tę integralność i charakteryzuje się jako możliwość swobodnego decydowania przez jednostkę o własnym postępowaniu, tak w sferze publicznej, jak i w życiu prywatnym. W świetle aktualnych standardów konstytucyjnych postrzegana jest jako fundamentalna wartość społeczeństwa demokratycznego, przysługująca jednostce z natury, niepodważalna i niezbywalna, będąca źródłem rozwoju jej osobowości, pomyślności osobistej i postępu społecznego. Właściwie każda z pozostałych konstytucyjnych wolności jest przejawem korzystania z wolności osobistej, dopełnianej nietykalnością osobistą.*

<sup>104</sup> Orzeczenie wydane z wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 3 listopada 2015 r. Szerzej na ten temat na str. 88.



W rozpatrywanej przez Trybunał sprawie pominięcia uprawnień osoby ubezwłasnowolnionej do domagania się weryfikacji podstaw jej przebywania w domu pomocy społecznej powiązanie naruszenia konkretnego prawa podmiotowego - wolności osobistej, z godnością człowieka zostało uznane za wyraźne. Naruszenie to widoczne jest również w analizowanym problemie pozbawienia mieszkańców części domów pomocy społecznej kontaktu z sądem, poprzez pominięcie możliwości ich cyklicznej kontroli. Nie można mówić o poszanowaniu wolności i godności człowieka w sytuacji, gdy obowiązujące regulacje prawne dzielą obywateli na tych, którzy korzystają z ochrony sędziowskiej w zakresie sprawdzenia legalności przyjęcia i zasadności dalszego pobytu w domu pomocy społecznej i na tych, których z udzielenia ewentualnej pomocy wyklucza. Należy wskazać, że opisane na wstępie niniejszego rozdziału zawężenie brzmieniem art. 43 ust. 1 u.o.z.p. kategorii kontrolowanych przez sąd placówek, a co za tym idzie zawężenie kręgu osób, do których może dotrzeć sąd, przeczy wskazanej przez Trybunał konieczności bezwzględnej ochrony przyrodzonej godności i wolności człowieka. Stawia bowiem część mieszkańców domów pomocy społecznej w gorszej pozycji w społeczeństwie pozwalając na nieweryfikowane oraz nieokreślone czasowo pozbawienie wolności, pomija konieczność zagwarantowania wolności osobistej każdemu człowiekowi i domagania się w bezpośrednim kontakcie z sędzią wizytatorem, weryfikacji ich sytuacji w tym zakresie.

Regulacja ta pozostaje także w sprzeczności z Zasadami ONZ dotyczącymi ochrony osób zatrzymanych lub uwięzionych. Zgodnie z zasadą 29.1. *w celu nadzorowania ściślego przestrzegania odpowiednich praw i regulacji miejsca pozbawienia wolności powinny być wizytowane regularnie przez osoby z odpowiednimi kwalifikacjami i doświadczeniem, wyznaczone i odpowiadające przed stosownymi władzami - innymi niż władze bezpośrednio zarządzające miejscem pozbawienia wolności.*

Zaznaczyć należy, że rozporządzenie w sprawie sprawowania kontroli przyjęcia i przebywania osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej oraz sposobu jej dokumentowania, które jest aktem wykonawczym do omawianego art. 43 u.o.z.p., zarówno w samym tytule, jak i w treści, wskazuje ogólnie - a więc rozszerzająco w stosunku do regulacji ustawowej - na domy pomocy społecznej, nie zawężając działania sędziów do określonego typu placówek. Niestety fakt ten należy traktować jako sprzeczne z zasadami techniki prawodawczej rozszerzenie modyfikujące ustawowy przepis, przez co nie może on stanowić



rozwiązania dla wskazanego problemu ustawowego ograniczenia sądowej kontroli do pewnych tylko typów domów pomocy społecznej<sup>105</sup>.

Powyższe kwestie zostały wskazane w piśmie Zastępcy Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 27 października 2016 r. skierowanym do Ministra Zdrowia<sup>106</sup>.

### 6.1.3. Kontakt ze światem zewnętrznym

W trakcie prowadzonych wizytacji przedstawiciele KMPT stosunkowo często ujawniają problemy związane z ograniczaniem wyjść mieszkańców poza teren dps. Zgodnie z ustaleniami Mechanizmu reglamentacja wyjść obejmuje zwłaszcza osoby przewlekle psychicznie chore, niepełnosprawne intelektualnie, nadużywające alkoholu, umieszczone w placówce na podstawie orzeczenia sądowego oraz ubezwłasnowolnione. W wizytowanych domach wprowadzane ograniczenia przybierały bardzo różne formy począwszy od zniechęcania przez personel do samodzielnych wyjść<sup>107</sup>, umożliwienia wyjść tylko w godzinach pracy administracji placówki<sup>108</sup>, wydawania przepustek na wyjścia<sup>109</sup>, aż do całkowitego zamknięcia drzwi wejściowych do budynku<sup>110</sup>. W części jednostek przyjęto w tym zakresie rozwiązanie, zgodnie z którym samodzielnie teren domu mogą opuszczać osoby niezagrażające sobie i innym, natomiast wyjścia mieszkańców znajdujących się w złej kondycji psychofizycznej realizowane są w towarzystwie opiekuna<sup>111</sup>. W odniesieniu do osób ubezwłasnowolnionych niemalże zasadą jest realizacja wyjść jedynie w asyście<sup>112</sup> lub uzależnianie możliwości

<sup>105</sup> Sygnalizowanego problemu nie rozwiąże także przygotowywana przez Ministerstwo Zdrowia nowelizacja u.o.z.p. Zawarta w projekcie z 14 czerwca 2017 r. propozycja zmiany art. 43 polega na zmianie dotychczasowego ust. 2 poprzez zawarcie w nim wymogu, aby kontrole w domach pomocy społecznej były realizowane przez sędziów cechujących się szczególną znajomością problematyki ochrony zdrowia psychicznego oraz przeniesieniu na grunt ustawy regulacji zawartych w rozporządzeniu w sprawie sprawowania kontroli przyjęcia i przebywania osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej oraz sposobu jej dokumentowania.

<sup>106</sup> KMP.022.4.2016; <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/opinia-do-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-ochronie-zdrowia-psychicznego-i-niekt%C3%B3rych-innych-ustaw>; dostęp dnia 28 października 2016 r.

<sup>107</sup> DPS w Rudzie Śląskiej.

<sup>108</sup> DPS w Choroszczy.

<sup>109</sup> DPS w: Choroszczy, Raciborzu.

<sup>110</sup> DPS w: Grudziądzu (Nr 1), Pleszewie.

<sup>111</sup> DPS w: Jaworznie, Krakowie *Seniora Naftowca*, Legnickim Polu, Poznaniu *Serafitki*, Przasnyszu, Radomiu, Węgorzewie.

<sup>112</sup> DPS w: Gdańsku (ul. Polanki 121), Jaworznie, Mysłowicach, Suszu, Łodzi (Nr 4), Rudzie Pilczyckiej, Lęborku (Nr 2), Gdańsku, Świeciu, Żyrardowie, Płazie, Bielsku-Białej, Bartoszycach, Psarskich, Ostrołęce im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Prymasa Tysiąclecia, Gryficach, Szczeczeszynie, Bystrzycy Kłodzkiej, Braniewie.



opuszczenia terenu placówki od wydania przez opiekuna prawnego zgody w tym zakresie<sup>113</sup>. Wprowadzenie rozwiązania polegającego na każdorazowej obecności opiekuna podczas wyjść mieszkańca zaobserwowano także w przypadku osób umieszczonych w dps orzeczeniem sądowym<sup>114</sup>.

W związku z powyższym podkreślenia wymaga fakt, iż w obowiązującym stanie prawnym brak jest podstaw, które dopuszczałyby wprowadzanie ograniczeń w zakresie możliwości swobodnego opuszczania przez mieszkańców budynków oraz terenu dps. Fragmentaryczną regulację analizowanej kwestii zawiera jedynie art. 40 ust. 3 u.o.z.p., zgodnie z którym w przypadku wystąpienia u osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo zachowań zagrażających jej życiu lub zdrowiu, lub życiu lub zdrowiu innych osób, można wobec niej stosować przymus bezpośredni, również w celu zapobieżenia opuszczeniu domu pomocy społecznej. Przepis ten jednak nie daje podstaw do wprowadzania rozwiązań przyczyniających się w praktyce do permanentnego ograniczania możliwości opuszczania placówki. Także art. 55 ust. 2 u.p.s. nie wprowadza uprawnień w tym zakresie<sup>115</sup>, bowiem zawarte w nim zobowiązanie do zapewnienia mieszkańcom poczucia bezpieczeństwa odnosi się jedynie do kwestii związanych z organizacją domu, zakresem i rodzajem świadczonych w nim usług, co zostało *expressis verbis* w tym przepisie wskazane. Obowiązki nałożone przez ustawodawcę na podmioty prowadzące domy pomocy społecznej w żadnym wypadku nie mogą stanowić uzasadnienia dla ograniczania praw i wolności mieszkańców, a przeciwnie – sposób organizacji placówek i ich funkcjonowania powinien te prawa i wolności respektować. Również instytucja ubezwłasnowolnienia nie powinna w praktyce wywierać wpływu na sferę wolności osobistej jednostki, a jedynie na jej zdolność do czynności prawnych, w związku z czym osoby ubezwłasnowolnione, w opinii Mechanizmu, zachowują możliwość samodecydowania o wyjściach poza teren placówki.

Wobec przedstawionych powyżej argumentów wprowadzane w wizytowanych domach rozwiązania należy uznać obecnie za bezprawnie ograniczające wolność osobistą mieszkańców. Zważywszy jednak na stan psycho-

<sup>113</sup> DPS w: Radomiu, Białymstoku (ul. Baranowicka 203), Jarosławiu, Poznaniu (ul. Konarskiego 11/13), Warszawie *Pod Brzozami*, Końskich, Częstochowie, Słupsku, Wadowicach, Bydgoszczy, Jarominie, Milanówku, Skwierzynie, Śremie, Otwocku (ul. Marii Konopnickiej 17).

<sup>114</sup> DPS w: Braniewie, Ostrowcu Świętokrzyskim.

<sup>115</sup> Na przepis ten wskazywali dyrektorzy domów pomocy społecznej województwa pomorskiego w trakcie spotkania z przedstawicielem Krajowego Mechanizmu Prewencji w dniu 9 grudnia 2015 r. w Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Gdańsku.



fizyczny części mieszkańców, dla których samodzielne wyjście poza teren placówki może wiązać się z zagrożeniem życia lub zdrowia KMPT dostrzega potrzebę uregulowania analizowanego zagadnienia na poziomie ustawowym. Wolność osobista jest jednym z aspektów wolności w rozumieniu art. 31 Konstytucji w związku z czym jej ograniczenie może nastąpić wyłącznie na drodze ustawowej, przy jednoczesnym wystąpieniu przesłanek materialnych oraz wskazaniu maksymalnych granic dla wprowadzenia ograniczeń (nakaz poszanowania zasady proporcjonalności oraz zakaz naruszania istoty praw i wolności). Wszystkie wymienione przesłanki muszą być spełnione łącznie, aby możliwe było wprowadzenie ograniczenia praw i wolności jednostki. Wykluczenie tych ogólnych zasad uznać należy za nieuzasadnione zubożenie konstytucyjnej ochrony praw jednostki<sup>116</sup>. Także Trybunał Konstytucyjny przedstawił w tym zakresie jednoznaczne stanowisko, zgodnie z którym brak zachowania ustawowej formy dla ograniczeń wolności jednostki musi prowadzić do dyskwalifikacji danego unormowania jako sprzecznego z Konstytucją<sup>117</sup>.

W analizowanym obszarze Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej<sup>118</sup> wskazała, że *stosowanie ograniczeń wyjść z placówki możliwe jest jedynie na podstawie decyzji sądu i powinno poparte być oceną stanu zdrowia psychofizycznego mieszkańca poprzez konsultację lekarza lub psychologa*.

W ocenie KMPT jedynymi czynnikami branymi pod uwagę przy wydawaniu decyzji o możliwości samodzielnych wyjść powinny być wola mieszkańca oraz stan jego zdrowia. Opinia o stanie zdrowia mieszkańca stanowiąca podstawę do ograniczenia swobody w zakresie opuszczania placówki winna być z kolei sporządzona przez lekarza (np. internistę, geriatrę) lub lekarza psychiatrę, posiłkujących się w razie możliwości opinią psychologa, z uwagi, iż są to jedyne osoby uprawnione do oceny stanu psychosomatycznego pensjonariuszy. Zgodnie bowiem z art. 2 ust. 1 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*<sup>119</sup> wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich należy do kompetencji lekarza, a więc osoby posiadającej wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami.

<sup>116</sup> L. Garlicki, Konstytucja RP. Komentarz, Tom III, Warszawa, s. 17.

<sup>117</sup> Wyrok TK z dnia 19 maja 1998 r., U5/97, OTK 1998, nr 4, poz. 46.

<sup>118</sup> Pismo z dnia 30 czerwca 2015 r., <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/raport-rpo-z-dzia%C5%82alno%C5%9Bci-w-polsce-kmp-w-roku-2014>.

<sup>119</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r., Dz. U. z 2017 r., poz. 125 j.t.



Stosowane ograniczenia nie mogą jednak polegać na zamykaniu mieszkańców w ich pokojach. Rozwiązanie takie przyjęto w DPS w Zielonej Górze głównie w odniesieniu do osób chorych na Alzheimera, które mogłyby oddalić się od placówki lub stanowić zagrożenia dla bezpieczeństwa własnego lub innych osób. Zdaniem Mechanizmu, we wskazanym przypadku, potrzeba zabezpieczenia mieszkańców wymagała jednak innych, alternatywnych wobec ograniczania wolności rozwiązań<sup>120</sup>.

#### 6.1.4. Sytuacja osób ubezwłasnowolnionych

Osobnej uwagi wymaga sytuacja ubezwłasnowolnionych mieszkańców dps. Zastrzeżenia przedstawicieli KMPT wielokrotnie budziło, nie tylko omówione uprzednio uzależnianie od zgody opiekunów prawnych możliwości wychodzenia poza teren placówki, ale również podawanie ubezwłasnowolnionym mieszkańcom leków antykoncepcyjnych za zgodą opiekunów prawnych<sup>121</sup>, warunkowania ich decyzją ilości wypalanych przez mieszkańca papierosów oraz możliwości i wysokość wypłaty z depozytu środków finansowych mieszkańca. Zdarza się również, że podpisy na oświadczeniach o zapoznaniu z prawami i obowiązkami mieszkańca odbierane są wyłącznie od opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej<sup>122</sup> lub co gorsza, że jedynie oni zapoznawani są z regulaminem domu oraz prawami i obowiązkami mieszkańców<sup>123</sup>. Ustalenia poczynione przez przedstawicieli KMPT w sposób wymowny świadczą o konieczności dokonania zmian prawnych w zakresie wspierania osób z niepełnosprawnością intelektualną, chorobami psychicznymi oraz innego rodzaju zaburzeniami psychicznymi.

Zgodnie z art. 13 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny<sup>124</sup> (dalej k.c.) osoba, która ukończyła lat trzynaście może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli skutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem. Art.

<sup>120</sup> W odpowiedzi z dnia 10 lipca 2015 r. dyrektor wskazał, że pokoje tych mieszkańców zostały oznaczone piktogramami, co ułatwia orientację gdzie należy stosować wzmoczoną kontrolę. Jednocześnie zwrócono się do urzędu miasta Zielona Góra o dodatkowe etaty, co pozwoli na wzmocnienie opieki nad osobami chorymi na Alzheimera. Z kolei w piśmie z dnia 13 lipca 2015 r. Prezydent Miasta Zielona Góra poinformowała, że od sierpnia 2015 r. w obsada zespołu terapeutyczno-opiekuńczego zostanie wzmocniona o dodatkowych 8 osób.

<sup>121</sup> DPS w: Końskich, Białymstoku (ul. Baranowicka 203).

<sup>122</sup> DPS w: Biłgoraju, Górze Kalwarii, Bystrzycy Kłodzkiej, im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Ostrołęce, Ząbkowicach Śląskich, Augustowie (ul. Studzieniczna 2), Górnice, Elblągu *Niezapominajka*.

<sup>123</sup> DPS w Krakowie (ul. Łanowa 43).

<sup>124</sup> Dz. U. z 2017 r., poz. 459 j.t.





14 k.c. stanowi z kolei, iż czynności prawne dokonane przez osobę ubezwłasnowolnioną całkowicie są nieważne, z wyjątkiem umów powszechnie zawieranych w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego. Umowa taka staje się ważna z chwilą jej wykonania, chyba że pociąga za sobą rażące pokrzywdzenie osoby niezdolnej do czynności prawnej. Ubezwłasnowolnić częściowo można natomiast osobę pełnoletnią, z tych samych powodów co wymienione w art. 13 § 1 k.c., jeżeli jej stan nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, a jedynie udzielenie pomocy w prowadzeniu jej spraw (art. 16 § 1 k.c.). Konsekwencją ubezwłasnowolnienia jest ustanowienie dla osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie opiekuna prawnego (art. 13 § 2 k.c.), a dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo – kuratora (art. 16 § 2 k.c.).

W myśl przytoczonych regulacji ubezwłasnowolniony nie ma lub ma ograniczoną zdolności do nabywania praw i zaciągania zobowiązań, co jednak 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>125</sup>. Niesienie pomocy w żadnym wypadku nie może być tożsame z pozbawieniem osoby ubezwłasnowolnionej autonomii i wpływu na własne życie. Niestety w praktyce z momentem ubezwłasnowolnienia możliwość decydowania o wszystkich aspektach życia danej osoby przejmują sąd i opiekun prawny. *Fakt ubezwłasnowolnienia powoduje, że opiekunowie prawni nie czują się zobowiązani do brania pod uwagę preferencji, woli i potrzeb rozwojowych człowieka, którego życie zostało im przez sąd powierzone*<sup>126</sup>. Powyższe zdają się potwierdzać ustalenia poczynione przez KMPT. Jak podkreśla z kolei K. Kurowski<sup>127</sup> w przypadku orzeczenia ubezwłasnowolnienia wiele konsekwencji występuje automatycznie, bez sprawdzenia przez sąd kompetencji danej osoby w tym zakresie. Osoby ubezwłasnowolnione nie mają prawa wyborczego, nie mogą sporządzić testamentu ani wyrazić zgody na zabieg leczniczy. Taki stan rzeczy należy uznać za niezgodny z zasadą proporcjonalności ingerencji ustawowej w sferę praw i wolności.

<sup>125</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.

<sup>126</sup> K. Mrugańska, *Życie godne nieubezwłasnowolnione, Integracja – magazyn dla osób niepełnosprawnych ich rodzin i przyjaciół* 4/2000, s. 7.

<sup>127</sup> K. Kurowski, *Wolności i prawa człowieka i obywatela z perspektywy osób z niepełnosprawnościami*, Warszawa 2014, s. 106.



Na podstawie art. 155 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. kodeks rodzinny i opiekuńczy<sup>128</sup> (dalej k.r.o.) w zw. z art. 175 k.r.o. opiekun sprawuje pieczę nad osobą i majątkiem ubezwłasnowolnionego. Opiekun w tym zakresie podlega nadzorowi sądu opiekuńczego. W doktrynie panuje zgodność, iż przez *sprawowanie pieczy* należy rozumieć podejmowanie wszelkich czynności faktycznych, prawnych i procesowych dotyczących osoby i majątku podopiecznego<sup>129</sup>. Nie może zatem dziwić, iż zgodnie z wyjaśnieniami personelu domów pomocy uzależnianie od zgody opiekunów prawnych możliwości swobodnego wyjścia podyktowane jest potrzebą dbania o bezpieczeństwo osób ubezwłasnowolnionych, wydzielania papierosów – o ich zdrowie, a środków pieniężnych – o majątek. Jak zauważa M. Zima-Parjaszewska<sup>130</sup> życie osobiste i sfera autonomii decyzyjnej to najważniejsze sfery życia, w których najczęściej dochodzi do dyskryminacji. U podłoża takich zachowań leży przekonanie, że dana osoba nie wie co dla niej dobre, nie poradzi sobie, ktoś ją oszuka lub skrzywdzi. Z pewnością wiele wśród osób ubezwłasnowolnionych wymaga wsparcia dostosowanego indywidualnie do ich potrzeb, jednak wsparcie nie może przerodzić się w zastępowanie i decydowanie za kogoś. Także Trybunał Konstytucyjny wskazał, że między inspirowaniem do podjęcia decyzji a samodzielnym jej podejmowaniem istnieje z punktu widzenia prawa do wolności zasadnicza różnica jakościowa – pierwsze jest tylko *wtórnym odbiciem* tego prawa, a drugie stanowi jego *istotę*<sup>131</sup>.

Niestety często opieka bywa nadmierna, ograniczająca prawo do wolności. Zwłaszcza w domach pomocy społecznej zapewniana mieszkańcom opieka bywa totalnie zniewalająca i uzależniająca<sup>132</sup>. Pewnym przykładem służącym zilustrowaniu tej tezy może służyć sytuacja jednej z ubezwłasnowolnionych mieszkanki DPS w Otwocku przeznaczonego dla osób niepełnosprawnych

<sup>128</sup> Dz. U. z 2017 r., poz. 682 j.t.

<sup>129</sup> G. Jedrejek, Komentarz do art. 155 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, Lex 2014; J. Gajda, J. Ignatowicz, J. Pietrzykowski, K. Pietrzykowski, J. Winiarz, Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, Warszawa 2003, s. 1108.

<sup>130</sup> M. Zima-Parjaszewska, Niepełnosprawność intelektualna jako przesłanka dyskryminacji (w:) Najważniejsze wyzwania po ratyfikacji przez Polskę Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2012, nr 10 Źródła, Warszawa 2012s. 18.

<sup>131</sup> Wyrok z dnia 7 marca 2007 r. sygn. K 28/05.

<sup>132</sup> K. Mrugalska, Realizacja Praw Człowieka jako warunek wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością intelektualną w Polsce. Sytuacja prawna, praktyka, niezbędne działania (w:) Prawa osób niepełnosprawnych – teoria, praktyka, niezbędne działania. Konferencja Naukowa, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2002.



intelektualnie<sup>133</sup>. Zgodnie z udzielonymi wizytującym informacjami kobieta ta opuszcza teren placówki jedynie w towarzystwie kogoś z personelu, mimo iż przed umieszczeniem jej w dps samodzielnie dojeżdżała z miejsca swojego zamieszkania na warsztaty terapii zajęciowej. W trakcie rozmowy z przedstawicielami KMPT ani mieszkanka, ani dyrektor domu nie potrafiły wskazać przyczyny takiego stanu rzeczy. Żadna z nich nie wskazała także, iż jest to spowodowane pogorszeniem się stanu zdrowia mieszkanki.

W odniesieniu do instytucji ubezwłasnowolnienia wypowiedział się również ETPCz zwracając uwagę, że pozbawienie osoby zdolności do czynności prawnych sprowadza się do poważnej ingerencji w życie prywatne<sup>134</sup> w związku z czym władze muszą zachować właściwą równowagę między interesami danej osoby a innymi uprawnionymi interesami<sup>135</sup>. W sprawie Stanev przeciwko Bułgarii<sup>136</sup> wskazał natomiast, że okoliczność ubezwłasnowolnienia niekoniecznie oznacza, że dana osoba nie może zrozumieć swojej sytuacji. W związku z powyższym wszelkie środki ochronne powinny odzwierciedlać życzenia osób będących w stanie wyrazić swą wolę. Odebranie takim osobom możliwości wyrażenia swojej opinii może przyczynić się do powstania nadużyć oraz może naruszać wykonywanie praw osób znajdujących się w szczególnie delikatnym położeniu.

W odniesieniu do sytuacji ubezwłasnowolnionych mieszkańców domów pomocy społecznej wątpliwości przedstawiciele KMPT budzi również praktyka pełnienia funkcji opiekuna prawnego przez pracowników domów. Z jednej strony takie rozwiązanie może być korzystne dla ubezwłasnowolnionych mieszkańców, którzy dzięki temu mają stały kontakt ze swoim opiekunem prawnym, zorientowanym dodatkowo w sytuacji i potrzebach swojego podopiecznego. W przypadku braku rodziny lub innych bliskich osób albo braku zainteresowania z ich strony, pracownicy domów pomocy społecznej są natomiast jedynymi osobami gotowymi podjęcia się funkcji opiekuna prawnego. Co więcej, z informacji przekazywanych przedstawicielom Mechanizmu wynika, że sądy w takich sytuacjach wywierają presję, aby to właśnie któryś z pracowników wyraził chęć sprawowania opieki nad ubezwłasnowolnionym. Z drugiej jednak strony należy mieć na uwadze, iż jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być monitorowanie, czy podopieczny ma w placówce zapewnioną odpowiednią opiekę i nie przebywa

<sup>133</sup> ul. Marii Konopnickiej 17.

<sup>134</sup> Wyrok z dnia 3.11.2011 r. w sprawie X i Y v. Chorwacja (skarga nr 5193/09).

<sup>135</sup> Wyrok z dnia 27.03.2011 r. w sprawie Shtukaturov v. Rosja (skarga nr 44009/05).

<sup>136</sup> Wyrok z dnia 17.01.2012 r. (skarga nr 36760/06).



w warunkach naruszających jego godność i przysługujące mu prawa. Pracownicy dps mogą natomiast nie być obiektywni w ocenie oferty opiekuńczej domu i warunków bytowych zapewnianych mieszkańcom<sup>137</sup>. Ponadto pełnienie przez pracownika domu funkcji opiekuna prawnego stwarza ryzyko powstania nadużyć w odniesieniu do sprawowania pieczy nad majątkiem osoby ubezwłasnowolnionej.

Przykładem powyższego mogą służyć nieprawidłowości ujawnione w jednym z zwizytowanych domów, w którym funkcję opiekuna prawnego ubezwłasnowolnionego mieszkańca pełniła dyrektor placówki. W trakcie rozmowy mężczyzna ten przekazał wizytującym informacje o zakupach dokonanych na jego prośbę przez opiekuna. Analiza rachunków dokumentujących dokonanie powyższych zakupów ujawniła, że pensjonariusz, za pośrednictwem opiekuna prawnego, nabył sprzęt rehabilitacyjny do masażu, stanowiący element wyposażenia gabinetu rehabilitacyjnego. O fakcie tym mieszkaniec nie miał żadnej wiedzy. Co więcej, analiza reszty rachunków zgromadzonych w aktach mieszkańca wykazała, że mężczyzna ten nabył materiały budowlane na łączną kwotę 2.319,29 zł, które posłużyły do wykonania remontu łazienki w zajmowanym przez niego pokoju. Poproszona o wyjaśnienia w przedmiocie zakupów dyrektor domu poinformowała przedstawicieli KMPT, że zostały one dokonane na prośbę mieszkańca. Dodała również, iż mimo wkładu dokonanego w poprawę warunków bytowych, nie można zagwarantować mu dożywotniego zakwaterowania w wyremontowanym przez niego pokoju. Opisana sytuacja stanowi, w ocenie KMPT, przykład rażąco nagannego działania opiekuna prawnego chroniącego interesy instytucji, w której jest zatrudniony, a nie działającego w interesie i na rzecz swojego podopiecznego. Jak zauważa ponadto A. Głowacka<sup>138</sup> kryteria, jakimi powinien kierować się opiekun przy wykonywaniu pieczy nad majątkiem, to nie tylko kryteria osobowe, lecz także kryteria natury ekonomicznej. *Te zaś w sposób naturalny wiążą się z działaniami gospodarnymi, racjonalnymi, oszczędnymi, produktywnymi i efektywnymi.* Wydaje się, iż w analizowanym przypadku kryteria te nie były wypełnione.

W toku korespondencji prowadzonej w przedmiotowej sprawie z Prezesem Sądu Rejonowego w Drawsku Pomorskim okazało się, że opiekun prawnym w tym przypadku nie uzyskał zgody sądu opiekuńczego na dokonanie

<sup>137</sup> Na problem ten uwagę zwróciło również CPT podczas wizytacji prowadzonej w jednym z domów pomocy społecznej na terenie Litwy, CPT/Inf (2009) 22, sekcja 37/40, par. 127.

<sup>138</sup> A. Głowacka, odpowiedzialność opiekuna za szkody wyrządzone małoletniemu wskutek nienależytego sprawowania opieki, Lex 2016.



czynności przekraczających zwykły zarząd majątkiem ubezwłasnowolnionego. W protokole z kontroli przeprowadzonej przez sędziego sprawującego nadzór na funkcjonowaniu Domu Pomocy Społecznej w Darskowie w odniesieniu do podniesionych przez przedstawicieli KMPT zarzutów wskazano, że zgoda taka została udzielona<sup>139</sup>, jednakże informacji tej nie potwierdziła kontrola przeprowadzona przez Przewodniczącą Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego w Drawsku Pomorskim<sup>140</sup>. Ponadto Prezes Sądu poinformował, iż zarówno Przewodnicząca Wydziału jak i sędzia dokonująca kontroli funkcjonowania Domu Pomocy Społecznej w Darskowie zgłosiły wątpliwości, czy w przedmiotowej sprawie nastąpiły czynności przekraczające zakres zwykłego zarządu majątkiem z uwagi na niewielkie kwoty pozostające w dyspozycji ubezwłasnowolnionego mieszkańca (162,20 zł miesięcznie)<sup>141</sup>. Wobec powyższego wskazać można, iż za zakwalifikowaniem analizowanych działań opiekuna prawnego jako ważniejszej sprawy dotyczącej majątku ubezwłasnowolnionego może przemawiać zarówno dysproporcja między miesięcznym dochodem mieszkańca a kwotą jednorazowego wydatku, a także poniesienie wydatku na rzecz poprawy infrastruktury domu. Ponadto, zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego nawet udzielenie przez sąd zezwolenia na dokonanie czynności prawnej przez opiekuna osoby ubezwłasnowolnionej nie wyłącza badania czy czynność dokonana na podstawie tego zezwolenia jest sprzeczna z ustawą, ma na celu obejście ustawy lub jest sprzeczna z zasadami współżycia społecznego<sup>142</sup>. Z korespondencji prowadzonej z Prezesem Sądu Rejonowego w Drawsku Pomorskim nie wynikało jednak, aby sąd zamierzał takie czynności przeprowadzić.

W przedmiotowej sprawie pewne wątpliwości budzi zatem nie tylko sposób wykonywania funkcji przez opiekuna prawnego, ale również nadzór sprawowany przez sąd opiekuńczy. W związku z powyższym wskazać należy, iż w uchwale z dnia 9 czerwca 1976 r. Sąd Najwyższy<sup>143</sup> jednoznacznie stwierdził, że nadzór nad sprawowaniem opieki *powinien być tak zorganizowany, aby sąd opiekuńczy uzyskiwał rzeczywiste i regularne dane o sposobie sprawowania opieki i jej wynikach, a więc aby kontrola ze strony sądu była realna. Sąd ten nie może się przeto ograniczać do odbierania samych spra-*

<sup>139</sup> Sprawozdanie z kontroli legalności przyjmowania i przebywania w Domu Pomocy Społecznej w Darskowie osób z zaburzeniami psychicznymi oraz warunków, w jakich te osoby przebywają przeprowadzonej w dniu 22.07.2015 r.

<sup>140</sup> Pismo z dnia 12.11.2015 r. A-053-31/15.

<sup>141</sup> Pismo z dnia 16.12.2015 r. A-053-31/15.

<sup>142</sup> Wyrok z dnia 25.11.2009 r. II CSK 262/09, OSNC 2010, nr 3, poz. 79.

<sup>143</sup> III CZP 46/75, OSNC 1976, nr 9, poz. 184.



*wozdań od opiekunów (opiekuna)...Należy też kontrolować czy opiekunowie nie podejmują, wbrew art. 166 k.r.o., sami decyzji w ważniejszych sprawach dotyczących osoby lub majątku małoletniego.*

Podsumowując rozważania dotyczące sytuacji ubezwłasnowolnionych mieszkańców domów pomocy społecznej warto przytoczyć uregulowania zawarte w KPON. Zgodnie z art. 12 Konwencji Państwa Strony zostały zobowiązane do uznania, że osoby niepełnosprawne mają zdolność prawną na zasadzie równości z innymi osobami we wszystkich aspektach życia oraz podjęcia odpowiednich środków w celu zapewnienia im dostępu do wsparcia, którego mogą potrzebować przy korzystaniu ze zdolności prawnej. Środki związane z korzystaniem ze zdolności prawnej, zgodnie z art. 12 ust. 4 KPON, muszą jednak spełniać szereg warunków, do których należą: respektowanie praw, woli i preferencji danej osoby, niepowodowanie konfliktu interesów i bezprawnych nacisków, proporcjonalny i dostosowany do sytuacji danej osoby charakter środków, stosowanie przez możliwie najkrótszy czas, podleganie stałemu nadzorowi przez właściwe, niezależne lub bezstronne władze lub organ sądowy. Z przedstawionych w niniejszym rozdziale ustaleń przedstawicieli KMPT wynika, iż polskie rozwiązania dotyczące osób ubezwłasnowolnionych oraz praktyka ich stosowania pozostają dalekie od wypełnienia wskazanych wymogów.

### **6.1.5. Opieka psychologiczno-psychiatryczna**

Kolejnym problemem zdiagnozowanym w trakcie wizytacji w domach pomocy społecznej jest kwestia zapewnianej pensjonariuszom tych placówek opieki psychologicznej i psychiatrycznej. Zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej<sup>144</sup>, mieszkańcom należy zapewnić kontakt z psychologiem, a osobom przebywającym w domu dla osób przewlekle psychicznie chorych albo uzależnionych od alkoholu również z psychiatrą. Wskazana regulacja wprowadza zatem bardzo ogólny standard, którego formalna realizacja nastąpi zarówno przy różnych formach współpracy z psychologiem i psychiatrą, jak i przy bardzo zróżnicowanej częstotliwości ich kontaktów z mieszkańcami dps. Powyższe potwierdzają ustalenia KMPT, zgodnie z którymi część placówek w ogóle nie zapewniała mieszkańcom opieki psychologicznej<sup>145</sup>, korzystała jedynie z doraźnej pomocy psychologa

<sup>144</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 964 ze zm.

<sup>145</sup> DPS w: Choroszczycy, Rudzie Śląskiej, Suszu, Krakowie *Seniora Naftowca* (długotrwały pobyt psychologa na urlopie wychowawczym przy braku jego zastępstwa), Pińczowie, Słupsku, Kielcach (ul. Sobieskiego 30).



zatrudnionego w poradni psychologicznej<sup>146</sup>, zatrudniała go w ograniczonym wymiarze czasu pracy<sup>147</sup> lub w ramach umowy zlecenia<sup>148</sup>.

W czasie wizytacji przedstawiciele Mechanizmu otrzymywali również sygnały świadczące o trudnościach w zapewnieniu pensjonariuszom pomocy psychiatrycznej, w tym ograniczania przez poradnie zdrowia psychicznego liczby konsultacji dla mieszkańców dps<sup>149</sup>, problemów w nawiązaniu stałej współpracy z lekarzem psychiatrą, mimo przeznaczenia domu dla osób przewlekle psychicznie chorych<sup>150</sup>, realizacji konsultacji psychiatrycznych w poradniach zdrowia psychicznego w innych miejscowościach<sup>151</sup>, organizacji jedynie odpłatnych wizyt lekarza psychiatrii, których koszty ponosili sami mieszkańcy<sup>152</sup>.

Przedstawione powyżej problemy sygnalizowane są przez Mechanizm od roku 2013<sup>153</sup>. Pomimo tego rokrocznie Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej w odpowiedzi na Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur wskazuje, iż domy pomocy społecznej nie muszą zatrudniać w swoich strukturach psychologa ani psychiatry, a częstotliwość kontaktów nie została uregulowana, gdyż zależy ona od indywidualnych potrzeb mieszkańców. System pomocy społecznej nie służy bowiem uzupełnieniu świadczeń opieki zdrowotnej w związku z czym zapewnienie właściwej opieki psychiatry i psychologa nie należy do jej zadań<sup>154</sup>. Trudno zgodzić się z taką argumentacją, zwłaszcza jeśli weźmie się pod uwagę treść przytaczanego uprzednio art. 55 ust. 2 u.p.s. przewidującego, iż zakres i poziom usług świadczonych przez domy pomocy społecznej uwzględnia stopień psychicznej sprawności mieszkańców. Należy mieć na uwa-

<sup>146</sup> DPS w: Węgorzewie, Skarżysku Kamiennej, Pęcławicach Górnych, Opolu, Darskowie, Włocławku (ul. Nowomiejska 19).

<sup>147</sup> DPS w: Przasnyszu, Płazie, Bielawkach, Raciborzu, Olkusz, Chorzowie.

<sup>148</sup> DPS w: Olsztynie, Świeciu, Słupi Pacanowskiej, Bartoszycach, Ostrołęce *Wrzos*, Tolkmicku, Grudziądzu Nr 1, Nowym Czarnowie.

<sup>149</sup> DPS w: Psarach, Łodzi *Serce*.

<sup>150</sup> DPS w Ostrołęce im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Prymasa Tysiąclecia.

<sup>151</sup> DPS w Tolkmicku.

<sup>152</sup> DPS w Grójcu.

<sup>153</sup> Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2012, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2013, Nr 5 Źródła, s. 82-83; Raport RPO z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji 2013, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2014, Nr 4 Źródła, s. 140-141; Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2014, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2015, Nr 4 Źródła, s. 82-83.

<sup>154</sup> Pisma z dnia 25 lipca 2013 r., 10 czerwca 2014 r., 30 czerwca 2015 r., <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/raporty-roczne>.



dze, że do domów pomocy społecznej często trafiają osoby ze środowisk zaniedbanych społecznie, wymagające dużego wsparcia psychologicznego w celu przywrócenia prawidłowych mechanizmów funkcjonowania oraz pokonania trudności adaptacyjnych w nowym miejscu. Zapewnienie właściwej opieki psychologicznej jest szczególnie istotne, gdy mieszkaniec trafia do placówki wbrew swojej woli. Doświadcza wtedy silnego oporu, nie potrafi pogodzić się ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Nie ulega wątpliwości, że rola psychologa pracującego z mieszkańcem systematycznie w tym okresie jest nie do przecenienia. Priorytet stanowi przywrócenie mieszkańca do równowagi psychicznej, co pozwala następnie na podejmowanie adekwatnych do konkretnej osoby działań opiekuńczych.

W odniesieniu do opieki psychologicznej, obowiązku zawartego w art. 55 ust. 2 u.p.s. z pewnością nie wyczerpuje zapewnienie mieszkańcom kontaktu z psychologiem zatrudnionym w poradni zdrowia psychicznego. Zakres usług realizowanych przez psychologów z poradni ograniczony jest obowiązującymi przepisami dotyczącymi rozliczeń z NFZ, w związku z czym w praktyce dostęp do bezpłatnej pomocy psychologicznej zapewniany jest jedynie tym mieszkańcom, których stan można zakwalifikować jako psychopatologiczny<sup>155</sup>. Poza systemem opieki zdrowotnej znajduje się zatem znaczna rzesza pensjonariuszy wymagających wsparcia psychologicznego np. w trudnych sytuacjach życiowych czy w okresach obniżonego nastroju. Podjęcie w takich przypadkach odpowiednio wczesnej interwencji psychologicznej nie tylko wpływa na komfort mieszkańców, ale również pełni funkcję profilaktyczną redukując ryzyko pogłębienia się trudności doświadczanych przez mieszkańca i zapobiegając pogorszeniu się stanu jego zdrowia.

Podniesienia wymaga również, iż zgodnie z ustaleniami KMPT brak regulacji prawnych w zakresie częstotliwości kontaktów z psychologiem lub psychiatrą w praktyce, w wielu przypadkach, powoduje, iż częstotliwość ta dyktowana jest nie potrzebami mieszkańców a możliwościami finansowymi jednostki.

W ocenie Mechanizmu, wymiar czasu pracy psychologa w dps powinien stwarzać mu możliwość prowadzenia oddziaływań zarówno indywidualnych, w postaci rozmów wspierających czy terapii, jak również grupowych, na przykład w formie treningu poznawczego czy relaksacyjnego. Zakres zadań psychologa nie może koncentrować się jedynie na pracy klinicznej lub interwencji kryzysowej, ale musi uwzględniać także profilaktykę, pod-

<sup>155</sup> Patrz Zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 13 grudnia 2013 r. Nr 79/2013/DSOZ w sprawie określania warunków i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wraz z załącznikiem nr 1.





noszącą jakość życia mieszkańców domu. Psycholog powinien także pomagać w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych poprzez prawidłowe zdiagnozowanie przyczyny konfliktu, obejmować wzmoczoną opieką mieszkańców *trudnych*, pomagać w przewyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, diagnozować osobowość mieszkańca, 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 pensjonariuszem. Ponadto, w ocenie przedstawicieli Mechanizmu, stała obecność psychologa przyczyniłaby się również do integracji społeczności mieszkańców, poprawy relacji z personelem oraz zwiększenia motywacji do udziału w proponowanych przez placówkę zajęciach.

Do rozwiązywania problemu zapewnienia mieszkańcom właściwej opieki psychologicznej nie przyczynią się również regulacje zawarte w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 r. w *sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi*<sup>156</sup>. Zawarty w nich wymóg organizowania zajęć z psychologiem dotyczy jedynie domów pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, tj. przewlekle psychicznie chorych, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie<sup>157</sup>, pomijając osoby w podeszłym wieku, niepełnosprawne fizycznie oraz przewlekle somatycznie chore. Każda z wymienionych grup osób boryka się jednak z określonymi trudnościami. 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, szczególnie w przypadku osób nieuleczalnie chorych. Osoby z niepełnosprawnością fizyczną z kolei potrzebują wsparcia w konstruktywnym przeżywaniu zaistniałych problemów życiowych, w szczególności związanych z niepełnosprawnością ograniczeń, co w efekcie prowadzi do akceptacji własnego położenia życiowego, dając jednocześnie szansę na utrzymanie minimum przystosowania psychicznego.

<sup>156</sup> Dz. U. z 2014 r., poz. 250.

<sup>157</sup> Zgodnie z art. 3 pkt 1 u.o.z.p., pod pojęciem osoby z zaburzeniami psychicznymi rozumie się osoby chore psychicznie (z zaburzeniami psychotycznymi), upośledzone umysłowo oraz osoby wykazujące inne zaburzenia czynności psychicznych, które zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych.



Analiza przytoczonych przepisów obrazuje ponadto niekonsekwencję ustawodawcy w odniesieniu do zapewnienia mieszkańcom domów pomocy psychologicznej i psychiatrycznej. Zgodnie z obowiązującymi regulacjami, wzmożoną opieką psychologiczną obejmuje się osoby z zaburzeniami psychicznymi (§ 3 pkt 2 i § 4 pkt 2 rozporządzenia *w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi*), natomiast kontakt z psychiatrą gwarantuje się jedynie osobom przewlekłe psychicznie chorym (§ 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia *w sprawie domów pomocy społecznej* w zw. z art. 56 pkt 3 u.p.s.)<sup>158</sup>. W opinii przedstawicieli KMPT, przedstawione rozbieżności mogą być uznane za przejaw dyskryminacji niepełnosprawnych intelektualnie mieszkańców dps w zakresie dostępu do lekarzy psychiatrów, a także stanowią naruszenie art. 2 ust. 1 pkt 2 u.o.z.p, zgodnie z którym osobom z zaburzeniami psychicznymi zapewnia się wielostronną i powszechnie dostępną opiekę zdrowotną oraz inne formy opieki i pomocy niezbędne do życia w środowisku rodzinnym i społecznym<sup>159</sup>.

Ponadto, zgodnie z przywołaną regulacją § 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia *w sprawie domów pomocy społecznej* obecnie nie istnieje obowiązek zapewnienia kontaktu z psychiatrą potrzebującym tego mieszkańcom domów dla osób w podeszłym wieku i przewlekłe somatycznie chorych, mimo iż – jak zauważają eksperci KMPT – także w ich przypadku narastające z biegiem lat zmiany w psychice, zaburzenia czynności poznawczych, wymagają konsultacji psychiatry czy podjęcia stałego leczenia.

### **6.1.6. Pomieszczenia do stosowania przymusu bezpośredniego**

Zastrzeżenia wizytujących wzbudzały pomieszczenia, w których stosowano przymus bezpośredni. W jednym z domów<sup>160</sup> izolatka wyposażona była w nieprzymocowany do podłoża fotel, ściany wyłożono glazurą, grzejnik osłonięto drewnianą kratą, a okno – metalową. W dwóch innych

<sup>158</sup> Na podstawie Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 stycznia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r., poz. 224) zapewnienie kontaktu z psychiatrą dotyczy również domów dla osób uzależnionych od alkoholu.

<sup>159</sup> Zgodnie z odpowiedzią Podsekretarza Stanu w MRPiPS z dnia 24 sierpnia 2016 r. na Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2015 r. *konieczność zapewnienia kontaktu z lekarzem psychiatrą tylko w domach dla osób przewlekłe psychicznie chorych nie ogranicza możliwości korzystania z tego typu usług zdrowotnych przez mieszkańców innych typów domów pomocy społecznej. Mieszkańcy domów pomocy społecznej posiadają bowiem ubezpieczenie zdrowotne i przysługują im świadczenia zdrowotne adekwatne do potrzeb.*

<sup>160</sup> DPS w Rzeszowie (ul. Załęska 7a)



placówkach<sup>161</sup> nie był spełniony warunek określony w §8 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*<sup>162</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie przymusu bezpośredniego) z uwagi na brak zamontowania w pomieszczeniu do stosowania przymusu bezpośredniego monitoringu umożliwiającego stałe nadzorowanie osoby w nim przebywającej. W kolejnym dps<sup>163</sup> wizytujący zanegowali praktykę stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia na łóżku należącym do jednego z mieszkańców. W razie konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego zmuszany był do przeniesienia się na łóżko mieszkańca unieruchamianego.

Biorąc pod uwagę powyższe należy zauważyć, iż w praktyce poważne trudności interpretacyjne budzi treść §8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie przymusu bezpośredniego. Regulacja ta wskazuje bowiem, że przymus bezpośredni w postaci izolacji stosuje się w pomieszczeniu, które z jednej strony urządzone jest w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi, ale jednocześnie w sposób odpowiadający pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Przepis ten wprowadza zatem wymóg pogodzenia dwóch przeciwstawnych do pewnego stopnia wartości – zabezpieczenia mieszkańca i zagwarantowania mu typowych dla danej placówki warunków bytowych na czas izolacji. W opinii Mechanizmu w sytuacji uzasadniającej zastosowanie przymusu bezpośredniego podstawowym obowiązkiem winno być zapewnienie danej osobie bezpieczeństwa, nawet jeśli w trakcie izolacji będzie ona czasowo pozbawiona urządzeń i sprzętów dostępnych w innych pomieszczeniach. Zgodnie z obowiązującymi przepisami możliwości stosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji w domach pomocy społecznej jest ograniczona czasowo do 8 godzin, co wyklucza długotrwały pobyt w tych pomieszczeniach. Tym samym ograniczona zostaje konieczność urządzania ich tak, jak innych dostępnych dla mieszkańców pomieszczeń. Należy mieć na uwadze, że priorytet bezpieczeństwa w tym wypadku nie uzasadnia możliwości odstąpienia od wymogu urządzenia pomieszczeń do stosowania izolacji w sposób respektujący godności mieszkańców. Na problem ten Rzecznik Praw Obywatelskich

<sup>161</sup> DPS w: Rudzie Pilczyckiej, Gościeradowie.

<sup>162</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 740.

<sup>163</sup> DPS w Suszu.



zwrócił uwagę w piśmie z dnia 27 października 2016 r. do Ministra Zdrowia zawierającym opinię w sprawie projektu ustawy o *zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw*<sup>164</sup>.

### **6.1.7. Nadużywanie alkoholu przez mieszkańców domów pomocy społecznej**

W trakcie wizytacji prowadzonych w domach pomocy społecznej przedstawiciele Mechanizmu niejednokrotnie obserwują problemy, jakie w funkcjonowaniu tych placówek sprawiają mieszkańcy nadużywający alkoholu lub pijący ryzykownie. Konsekwencje wskazanego stanu rzeczy odczuwalne są zarówno dla pozostałych mieszkańców, jak i dla personelu. Osoby takie swoim zachowaniem nie tylko zakłócają porządek i dezorganizują życie domu, ale także powodują zaburzenie relacji interpersonalnych, narastanie konfliktów oraz dyskomfortu pensjonariuszy i pracowników. Pomimo tego, że problem występuje od wielu lat<sup>165</sup> do chwili obecnej nie doczekał się systemowego rozwiązania.

Nadużywanie alkoholu w domach pomocy społecznej z pewnością nie może być uznane za zjawisko o charakterze marginalnym. Z ustaleń poczynionych przez Mechanizm wynika bowiem, że w większości domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku lub przewlekle somatycznie chorych przebywają pensjonariusze z problemem alkoholowym. W niektórych z wizytowanych placówek odsetek takich osób sięgał nawet około 10% ogółu mieszkańców. Dane te potwierdzają także wyniki badań przeprowadzonych w 2013 r. przez Departament Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom Urzędu Marszałkowskiego w Poznaniu, zgodnie z którymi w województwie wielkopolskim uzależnionych od alkoholu jest około 9% mieszkańców dps, a w domach dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz przewlekle somatycznie chorych wskaźnik ten wynosi odpowiednio 13,4% oraz 14,4% ogółu mieszkańców<sup>166</sup>.

<sup>164</sup> KMP.022.4.2016.

<sup>165</sup> Patrz Z. Grabusińska, Problematyka osób uzależnionych od alkoholu zamieszkujących domy pomocy społecznej, ROPS w Opolu, Opole 2010 r., s. 5-6. Problem ten został ujawniony także podczas monitoringu prowadzonego w domach pomocy społecznej przez Helsińską Fundację Praw Człowieka. W jednym z wizytowanych domów osoby nadużywające alkoholu umieszczono w oddzielnym pawilonie, gdzie często dochodziło do awantur i pijatyk, a nawet zabójstwa współmieszkańca, Prawa człowieka w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 1996, s. 99 i 103.

<sup>166</sup> Badania całościowo niepublikowane, udostępnione KMPT; częściowe omówienie wyników badań w: G. Grygiel, Przeciwdziałanie negatywnym skutkom uzależnienia od alkoholu mieszkańców domów pomocy społecznej, Praca Socjalna 2015, s. 137-138.



Z informacji przekazywanych KMPT w trakcie wizytacji oraz analizy wskazanych badań można ponadto wyprowadzić wnioski, iż do rozwiązania omawianego problemu nie przyczyniają się uregulowania zawarte w ustawie z dnia 26 października 1982 r. *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*<sup>167</sup>, albowiem pensjonariusze przeważnie nie wyrażają zgody na leczenie dobrowolne, z kolei w odniesieniu do zobowiązania podjęcia leczenia orzeczeniem sądowym problem stanowi długotrwałość przewidzianej w tym zakresie procedury. Zilustrowaniu powyższego mogą służyć również dane, zgodnie z którymi na 557 osób z problemem alkoholowym przebywających w objętych badaniem dps jedynie 57 objętych było leczeniem<sup>168</sup>. W związku z powyższym chcąc przeciwdziałać zjawisku nadużywania alkoholu przez mieszkańców personel części wizytowanych placówek organizował głównie zajęcia informacyjno-edukacyjne odnośnie szkodliwości alkoholu, spotkania grup AA, motywował do podjęcia leczenia.

W istniejących domach, z racji ich przeznaczenia, nie prowadzi się jednak specjalistycznych oddziaływań ukierunkowanych na przeciwdziałanie uzależnieniu mieszkańca. Uzależnieniu, które w wielu wypadkach było główną przyczyną jego bezdomności oraz rozwinięcia się poważnych chorób somatycznych lub zaburzeń psychicznych. Skutkiem tego mieszkańcy korzystają jedynie z oferowanych im świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych, i nawet po ustaniu przyczyny umieszczenia w domu pomocy społecznej (np. poprawy stanu zdrowia) nie próbują zmienić swojego stylu życia, podjąć walki z uzależnieniem i usamodzielnic się. Co więcej, jak to zostało zasygnalizowane, osoby uzależnione od alkoholu lub pijące ryzykownie swoim zachowaniem bardzo często zakłócają funkcjonowanie placówek, w których przebywają. Angażują one pracowników domu do wykonywania czynności, realizowanych nieraz kosztem czasu poświęcanego innym mieszkańcom, naruszają ich spokój i poczucie bezpieczeństwa, stanowią zagrożenie dla pozostałych pensjonariuszy i składającego się głównie z kobiet personelu, obniżają standard bytowy placówki. Wśród problemów powodowanych przez osoby nadużywające alkoholu dyrektorzy wizytowanych domów najczęściej wskazują bowiem wszczynanie awantur, uciążenie mieszkańcom i personelowi, naruszanie nietykalności cielesnej członków personelu, niszczenie mienia placówki, publiczne zanieczyszczanie się, zebranie w trakcie wyjść poza dom.

<sup>167</sup> Dz. U. z 2015 r., poz. 1286 ze zm.

<sup>168</sup> Badania przeprowadzone przez Departament Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom Urzędu Marszałkowskiego w Poznaniu.



W sytuacjach potencjalnie niebezpiecznych powodowanych przez mieszkańców w stanie upojenia alkoholowego personel wzywa Policję, której interwencja zwykle kończy się wystawieniem danej osobie mandatu lub odwiezieniem jej do izby wytrzeźwień. Taki sposób postępowania jest niewątpliwie konieczny, jednakże stanowi on tylko doraźne rozwiązanie analizowanego problemu. Co więcej, powtarzające się interwencje funkcjonariuszy Policji nie pozostają bez wpływu na poczucie komfortu i bezpieczeństwa mieszkańców, a wystawiane mandaty i zobowiązania do zapłaty za pobyt w izbie wytrzeźwień generują jedynie problemy finansowe osób uzależnionych. Respondenci badań dotyczących zjawiska alkoholizmu wśród mieszkańców dps, przeprowadzonych w 2010 r. w województwie opolskim, wskazywali ponadto, że po powrocie z izby wytrzeźwień mieszkańcy tracą zaufanie do personelu, a w przypadku niektórych osób pobyt w izbie wytrzeźwień jest wykluczony ze względu na stan zdrowia<sup>169</sup>. W takich sytuacjach personel i funkcjonariusze Policji mogą jedynie drogą perswazji przekonać mieszkańca do zachowania spokoju<sup>170</sup>.

W celu rozwiązania problemu nadużywania alkoholu przez część mieszkańców dyrektorzy domów pomocy społecznej odwołują się nie tylko do przedstawionych, zgodnych z prawem metod postępowania, ale przyjmują również w tym zakresie arbitralne rozwiązania, naruszające w wielu wypadkach prawa pensjonariuszy. Jednym z najczęściej spotykanych przez KMPT było wprowadzanie unormowaniami regulaminów wewnętrznych całkowitego zakazu spożywania alkoholu na terenie placówki. Pomijając dyskusyjny charakter przyjmowania tego typu obostrzeń w odniesieniu do wszystkich pensjonariuszy, w tym tych, którzy alkohol spożywają jedynie okazjonalnie lub nie mają ku temu przeciwwskazań natury medycznej, podkreślić należy, iż praktyka taka nie znajduje uzasadnienia w obowiązujących przepisach. Powoływany w tym zakresie przez dyrektorów domów pomocy społecznej art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, zgodnie z którym zabroniona jest sprzedaż, podawanie i spożywanie napojów alkoholowych na terenie szkół oraz innych placówek oświatowo-wychowawczych, opiekuńczych oraz domów studenckich odnosi się jedynie do miejsc, w których przebywają

<sup>169</sup> Personel DPS w Gościnie zgłosił, iż wzywani do domu funkcjonariusze Policji odmawiają przewożenia nietrzeźwych mieszkańców do izby wytrzeźwień z uwagi na ich schorzenia i obawę pogorszenia stanu zdrowia.

<sup>170</sup> Alkoholizm w domach pomocy społecznej. Raport z badania jakościowego przeprowadzonego w woj. opolskim, Obserwatorium Integracji Społecznej ROPS w Opolu, 2011, s. 21.



dzieci i młodzież czyli grupy społeczne najbardziej narażone na szkodliwe działanie alkoholu<sup>171</sup>, a nie domów pomocy społecznej<sup>172</sup>.

Ponadto zastrzeżenia przedstawicieli Mechanizmu wielokrotnie budził sposób postępowania z osobami spożywającymi lub wnoszącymi na teren placówki alkohol polegający m. in. na dokonywaniu kontroli mieszkańców<sup>173</sup>, kontroli ich zakupów<sup>174</sup> oraz przeszukiwaniu rzeczy wnoszonych przez odwiedzających<sup>175</sup> w przypadku podejrzenia o wnoszenie na teren domu pomocy społecznej alkoholu, kontrolowaniu rzeczy osobistych i wyposażenia pokoju w przypadku podejrzenia o posiadanie alkoholu przez mieszkańca<sup>176</sup>, konfiskowaniu<sup>177</sup> i utylizacji alkoholu<sup>178</sup>, konfiskowaniu alkoholu i zobowiązaniu mieszkańca do jego wylania po wytrzeźwieniu<sup>179</sup>. Zauważyć należy, iż przedstawione formy nadzoru wkraczają w sferę wolności osobistej chronionej art. 31 Konstytucji. Zgodnie ze standardem wyrażonym w ust. 3 wskazanego przepisu wszelkie ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnie chronionych wolności i praw mogą być wprowadzone jedynie na drodze ustawowej. Wprowadzanie unormowaniami regulaminów wewnętrznych restrykcji wobec osób nadużywających alkoholu lub pijących ryzykownie prowadzi obecnie do bezpodstawnego ograniczania ich praw i wolności.

Przedstawione sposoby przeciwdziałania nadużywaniu alkoholu w domach pomocy społecznej wiążą się także z ograniczeniem prawa do życia prywatnego określonego w art. 47 Konstytucji, a konfiskata i komisyjne niszczenie alkoholu budzą wątpliwości w kontekście konstytucyjnej ochrony

<sup>171</sup> G. Zalas w: Skrzydło-Niżnik I., Zalas G., Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Komentarz, doktryna, orzecznictwo, Zakamycze 2002, Lex.

<sup>172</sup> W piśmie Zastępcy Dyrektora Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej MRPiPS z dnia 11 lipca 2016 r. skierowanym do Zespołu Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego w BRPO podkreślono, że *brak jest podstaw prawnych do wprowadzenia zakazu spożywania alkoholu na terenie domu, gdyż narusza to zasady zawarte w art. 55 ustawy o pomocy społecznej. Poza tym wprowadzenie zakazu w żaden sposób nie niwelowałoby problemu, a jedynie powodowałoby ukrywanie faktu wnoszenia alkoholu na teren domu. W piśmie tym zastępca dyrektora wskazał także, iż należy dokonać elementarnego rozróżnienia pomiędzy spożywaniem alkoholu w mirze domowego ogniska, a taki charakter pokoju mieszkalnego gwarantują standardy świadczonych usług czy w ramach okolicznościowych zdarzeń, np. świąt, a czym innym jest spożywanie alkoholu, w wyniku czego zakłócony zostaje spokój innych mieszkańców.*

<sup>173</sup> DPS w Zielonej Górze.

<sup>174</sup> DPS w Łodzi (Nr 4).

<sup>175</sup> DPS w Pęcławicach Górnych.

<sup>176</sup> DPS w: Słupi Pacanowskiej, Wrocławiu (ul. Kaletnicza 8).

<sup>177</sup> DPS w: Warszawie *Pod Brzozami*, Darskowie.

<sup>178</sup> DPS w: Gryficach, Ostrowcu Świętokrzyskim, Ostrołęce *Wrzos*, Ząbkowicach Śląskich. Na stosowanie takich metod wskazywali również respondenci badania przeprowadzonego w woj. opolskim, Alkoholizm w domach pomocy społecznej..., s. 20.

<sup>179</sup> DPS w Jarogniewicach.



prawa własności (art. 64 ust. 1 i 3 Konstytucji). Przeszukiwanie rzeczy osobistych oraz pokoi mieszkańców pozostaje ponadto w sprzeczności z wyrażoną w ustawie zasadniczą zasadą ochrony domu. Nienaruszalność mieszkania będącego elementem prawa do prywatności jest cennym dobrem jednostki, co potwierdza art. 50 Konstytucji. Prawo do poszanowania swojego życia prywatnego, jak i mieszkania podlega ochronie również zgodnie z art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Każda jednostka posiada bowiem prawo do poszanowania jej domu postrzeganego nie tylko jako fizyczny obszar lecz także jako prawo do spokojnego korzystania z tej przestrzeni<sup>180</sup>.

Z drugiej strony zaakcentować należy, że zarówno art. 47 Konstytucji, jak i 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności statuują również pozytywne obowiązki w celu zapewnienia prawidłowej realizacji praw i ich przestrzegania. Zabraniają one ingerencji państwa w prawnie ustalony zakres życia człowieka, jednak w przypadku naruszenia tej sfery nakazują państwu zapewnienie ochrony jednostce<sup>181</sup>. Także zgodnie z linią orzecniczą przyjętą przez Europejski Trybunał Praw Człowieka art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, obok ochrony jednostki przed arbitralną ingerencją ze strony organów władzy publicznej wprowadza pozytywne obowiązki wpisane w skuteczne poszanowanie życia prywatnego. *Obowiązki te mogą obejmować przyjmowanie środków mających na celu zabezpieczenie poszanowania dla życia prywatnego nawet w sferze relacji zachodzących pomiędzy samymi jednostkami*<sup>182</sup>. Człowiek czuje się bowiem w pełni bezpiecznie jeszcze nie wtedy, kiedy nie jest narażony na samowolę organów państwowych, lecz dopiero wtedy, kiedy również państwo zapewnia mu ochronę przed ingerencją w jego prawa ze strony innych ludzi, którzy nie chcą tych praw uszanować<sup>183</sup>. Dotychczasowy brak standardów prawnych w zakresie postępowania z mieszkańcami nadużywającymi alkoholu można uznać za stanowiący naruszenie wskazanych praw z punktu widzenia pozostałych pensjonariuszy domów pomocy społecznej zmuszonych do znoszenia negatywnych zachowań uzależnionych współmieszkańców.

<sup>180</sup> R. M. Hauser, Konflikt środowiskowy przed organami i sądami administracyjnymi w kontekście art. 8 EKPCz, Europejski Przegląd Sądowy 2014, nr 1.

<sup>181</sup> W. Skrzydło, Komentarz do art. 47 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Lex 2013.

<sup>182</sup> Wyrok z dnia 15.03.2012 r. w sprawie Aksu v. Turcja (skarga nr 4149/04).

<sup>183</sup> T. Fuks, Prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego, Warszawa 1996, s. 5.





Do rozwiązania przedstawionego problemu mogłoby przyczynić się utworzenie domów dla osób uzależnionych od alkoholu. Nowelizacją z dnia 11 maja 2013 r. do art. 56 u.p.s. dodano pkt 7, powołujący taki typ domu, a w art. 59 ust. 6 i 7 określono tryb kierowania i maksymalny czas pobytu w nim. Jednakże przepisy wykonawcze precyzujące podstawowe kwestie związane z funkcjonowaniem domów dla osób uzależnionych od alkoholu przyjęto dopiero w styczniu 2017 r.<sup>184</sup>. W związku z powyższym na terenie kraju funkcjonował jedynie jeden podmiot tego typu - Dom Pomocy Społecznej w Krakowie przy ulicy Rozrywki 1 (dalej jako DPS w Krakowie). W Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie (dalej jako DPS w Pleszewie) z kolei, w ramach domu dla osób przewlekle psychicznie chorych, utworzono pododdział dla osób uzależnionych od alkoholu.

W placówkach tych mieszkańcy obejmowani są interdyscyplinarnymi oddziaływaniami terapeutycznymi oraz opiekuńczymi, a same programy terapeutyczne opracowane są w sposób dostosowany do możliwości intelektualnych i zdrowotnych tej grupy osób<sup>185</sup>. W ramach programów prowadzi się pracę nad problemem alkoholowym mieszkańca, motywuje do zmiany, wspiera w zachowaniu abstynencji, wskazuje konstruktywne sposoby spędzania wolnego czasu, który dotychczas mieszkańcy poświęcali głównie na spożywanie alkoholu, uczy sposobów radzenia sobie z głodem alkoholowym. W związku z powyższym dla mieszkańców prowadzona jest terapia uzależnienia (grupowa i indywidualna), terapia zajęciowa, rehabilitacja, terapia psychologiczna, relaksacja, terapia dnia codziennego (przygotowanie mieszkańców do samo-

<sup>184</sup> Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 stycznia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej, Dz. U. z 2017 r., poz. 224. Zgodnie z rozporządzeniem m.in. indywidualny plan wsparcia powinien być sporządzony w terminie nieprzekraczającym dwóch miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do dps (§ 1 ust. 1), koordynacja działań wynikających z ipw zajmuje się specjalista psychoterapii uzależnień lub instruktor terapii uzależnień lub osoba przeszkolona w tym zakresie (§ 1 ust. 2), mieszkańcom domów dla osób uzależnionych należy zapewnić kontakt z psychiatrą, specjalistą psychoterapii uzależnień, instruktorem terapii uzależnień lub osobą przeszkoloną w zakresie oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych wobec osób uzależnionych od alkoholu (§ 1 ust. 4), dom powinien posiadać wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w wymiarze nie mniejszym niż 0,5 na jednego mieszkańca domu (§ 1 ust. 4), dom ma zapewniać mieszkańcom dostęp do indywidualnych oraz grupowych zajęć terapeutycznych, treningu funkcji poznawczych, w tym treningu pamięci, treningu umiejętności społecznych służących utrzymywaniu abstynencji lub ograniczanie spożywania alkoholu, działań motywujących, mających na celu utrzymanie abstynencji lub ograniczanie spożywania alkoholu (§ 1 ust. 3).

<sup>185</sup> Zob. T. Głowik, Inny pacjent inna terapia, *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia 1/2014*; G. Grygiel, Przeciwdziałanie negatywnym skutkom..., s. 143-144; G. Grygiel, Problematyka uzależnionych od alkoholu mieszkańców domów pomocy społecznej, rozwiązania praktyczne na przykładzie Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie, *MEDI 2013*, s. 11-12.



dzielności, trening ekonomiczny) zebrania społeczności mieszkańców. Z informacji przekazanych przez dyrektora DPS w Krakowie wynika, że część z byłych mieszkańców poukładała sobie życie poza placówką, zachowuje abstynencję lub w sposób mniej destrukcyjny dla siebie i otoczenia funkcjonuje w macierzystych dps<sup>186</sup>.

W DPS w Krakowie wypracowano także standardy organizacyjne w zakresie funkcjonowania domów dla osób uzależnionych od alkoholu. Do placówki tej przyjmowane są osoby uzależnione od alkoholu, które nie wymagają leczenia szpitalnego, nie mogą być leczone w innych placówkach całodobowych lub przeżyły takie leczenie i które wyrażą zgodę na udział w terapii. Pobyt w domu trwa od 12 do 18 miesięcy i może być przedłużony o kolejne 18 miesięcy, na tzw. pobyt postrehabilitacyjny. W czasie pobytu postrehabilitacyjnego prowadzone są działania służące utrwaleniu abstynencji, a także poszukuje się dla mieszkańca miejsca w odpowiednim dps. Jeśli z informacji, którymi dysponuje personel wynika, iż w macierzystej placówce mieszkaniac może mieć problemy z zachowaniem abstynencji, za jego zgodą poszukuje się miejsca w innym, właściwym domu.

Zgodnie z obowiązującą w placówce procedurą po wpłynięciu do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie wniosku o skierowanie danej osoby do domu całość dokumentacji przekazywana jest do działającej w placówce komisji kwalifikacyjnej. W skład komisji wchodzi terapeuta uzależnień, psycholog, pracownik socjalny, lekarz internista, lekarz psychiatra oraz pielęgniarka. Do jej zadań należy wydanie opinii czy dana osoba np. z uwagi na swój stan zdrowia, możliwości poznawcze będzie mogła uczestniczyć w realizowanym w placówce programie terapeutycznym. Ponadto komisja przekazuje osobom kierowanym do dps szczegółowe informacje odnośnie prowadzonej w placówce terapii uzależnienia oraz podejmuje działania służące zmotywowaniu mieszkańca do udziału w terapii. W opinii dyrektora domu oraz terapeutów uzależnień działania podejmowane przez komisję kwalifikacyjną pozwalają na rozpoznanie potrzeb i możliwości potencjalnych mieszkańców oraz stanowią czynnik zabezpieczający przed przyjęciem do placówki osób, które mogłyby utrudniać prowadzenie pracy terapeutycznej lub wobec których podejmowanie terapii nie miałyby sensu.

<sup>186</sup> O prowadzonej w DPS w Krakowie terapii oraz jej efektach piszą również M. Rządowska, M. Borkowska-Zębrowska, Nowatorskie rozwiązania na rzecz osób uzależnionych od alkoholu – mieszkańców domów pomocy społecznej w Krakowie, [http://www.swiatproblemow.pl/2013\\_11\\_2.html](http://www.swiatproblemow.pl/2013_11_2.html), 18.04.2016 r.



Placówka zatrudnia m.in. 3 terapeutów uzależnień, psychologa, neuropsychologa oraz 2 terapeutów zajęciowych. Wskaźnik zatrudnienia personelu terapeutyczno-opiekuńczego wynosi ok. 0,55. Terapeuci, psycholog, rehabilitant, terapeuci zajęciowi oraz opiekunowie uczestniczą w superwizjach zespołu, natomiast cały personel bierze udział w regularnych szkoleniach dotyczących problematyki uzależnienia od alkoholu oraz pracy z osobami uzależnionymi.

Funkcjonowanie DPS w Krakowie finansowane jest ze środków pochodzących z zezwoleń na sprzedaż alkoholu.

We wskazanej placówce wprowadzono wszystkie negowane uprzednio przez KMPT ograniczenia w zakresie praw i wolności osobistych mieszkańców, tj. zakaz spożywania i wnoszenia na teren domu alkoholu, przeprowadzanie kontroli rzeczy wnoszonych na teren domu przez mieszkańców oraz ich pokoi, konfiskowanie ujawnionego alkoholu, przeprowadzanie kontroli stanu trzeźwości mieszkańców, ograniczanie swobodnych wyjść mieszkańców. O stosowaniu wymienionych działań i zakazów mieszkańcy są informowani przy przyjęciu. W opinii KMPT, z uwagi na potrzebę poszanowania praw i wolności mieszkańców oraz ze względu na specyfikę domu i prowadzonej w nim terapii wymagane jest uregulowanie powyższych zagadnień na poziomie ustawowym<sup>187</sup>.

### 6.1.8. Stosowanie monitoringu wizyjnego

W części placówek wizytujący ujawnili problem stosowania monitoringu wizyjnego<sup>188</sup>. Kamery swoim zasięgiem obejmowały ciągi komunikacyjne, wejścia do budynków, bramy, pokoje dziennego pobytu. Kwestia ta, w związku z pominięciem jej w przepisach regulujących funkcjonowanie domów pomocy społecznej, od kilku lat pozostaje w zainteresowaniu rzecznika praw obywatelskich. Instalowanie kamer w tego typu placówkach może stanowić ingerencję w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku. Dla legalności stosowania tego typu nadzoru istotne jest, aby spełniała ona przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia.

W tej sprawie Rzecznik Praw Obywatelskich wystosował w dniu 11 kwietnia 2016 r. wystąpienie generalne do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Spo-

<sup>187</sup> Informacje o funkcjonowaniu placówki przekazane przez dyrektora w dniu wizytacji 12 kwietnia 2016 r.

<sup>188</sup> DPS w: Pabianicach, Zabrze, Warszawie-Wesołej, Warszawie *Pod Brzozami*, Bielsku Białej, Nowym Miszewie, Śremie, Gryficach, Górnice, Elblągu *Niezapominajka*, Wrocławiu (ul. Rędzinińska 60/68).

łecznej, w którym wskazał, że ustawodawca nie zawarł w u.p.s. materii stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu<sup>189</sup>.

W odpowiedzi Podsekretarz Stanu w MRPiPS zapowiedziała m.in., że zostaną podjęte działania w kierunku przeanalizowania potrzeby wprowadzenia szczegółowych standardów, poznania istniejącej praktyki i argumentów zarządzających domami pomocy społecznej, przemawiających za montowaniem kamer. W tej sprawie dokonane zostaną uzgodnienia z Głównym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych dotyczące treści ewentualnych przepisów<sup>190</sup>.

W jednej z wizytowanych placówek<sup>191</sup> przed wejściem do budynku zamontowano atrapę kamery. W opinii KMPT montowanie atrapy wprowadza użytkowników danej przestrzeni w błąd co do rzeczywistego poziomu bezpieczeństwa. Atrapy nie pełnią ani funkcji prewencyjnej, ani nie służą zapewnieniu bezpieczeństwa, a mają jedynie za cel spowodowanie większego zdyscyplinowania osób przebywających w ich otoczeniu. W związku z powyższym stosowanie atrapy kamer należy uznać za nieprawidłową praktykę.

## 6.2. Przypadki nieludzkiego lub poniżającego traktowania

W czasie wizytacji KMPT w DPS w Węgorzewie przebywał mieszkaniec, wobec którego wydano stałe zlecenie stosowania przymusu bezpośredniego. Mężczyzna ten był codziennie unieruchamiany ze względu na wykazywane zachowania autoagresywne, których zgodnie z przekazanymi informacjami, nie udało się ograniczyć poprzez zakładanie rękawic i kasku ochronnego. Z relacji personelu dps oraz analizy dokumentacji medycznej wynikało jednak, że poza leczeniem farmakologicznym i stosowaniem unieruchomienia wobec pensjonariusza nie były prowadzone żadne inne próby zmiany wzorca zachowań. Nie podjęto również działań zmierzających do wyznaczenia mu stałej opieki jako alternatywy ciągłego unieruchamiania. W czasie wizytacji mieszkańiec wyglądał na wychudzonego

<sup>189</sup> IIL.7065.3.2016.AN; [https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wystapienie\\_do\\_Ministra\\_Rodziny\\_Pracy\\_i\\_Polityki\\_Spolecznej\\_ws\\_zasad\\_stosowania\\_monitoringu\\_wizyjnego\\_w\\_domach\\_pomocy\\_spolecznej.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wystapienie_do_Ministra_Rodziny_Pracy_i_Polityki_Spolecznej_ws_zasad_stosowania_monitoringu_wizyjnego_w_domach_pomocy_spolecznej.pdf)

<sup>190</sup> Pismo z dnia 12 maja 2016 r., DPS.I.071.1.2016.AP.

<sup>191</sup> DPS we Włocławku (ul. Żeromskiego 28a).



i słabego, z zanikiem masy mięśniowej. W opinii KMPT codzienne, trwające wiele lat unieruchamianie bez podjęcia próby poprawy jego stanu stanowiło niehumanitarne, poniżające traktowanie.

Przeprowadzona w 2015 r. rewizytacja placówki wykazała znaczną poprawę sytuacji mieszkańca. Mężczyzna ten był zadbane, schludnie ubrany, zamieszkiwał w odnowionym i wyposażonym w nowe meble pokoju. Przede wszystkim jednak zmianie uległ sposób traktowania mieszkańca. Z rejestru stosowania przymusu bezpośredniego wynikało, że ostatnie unieruchomienie stosowano około półtora roku przed rewizytacją, a dyrektor placówki poinformował, że zachowanie mieszkańca uległo znacznej poprawie po zmianie otoczenia – przeprowadzce do nowego budynku mieszkalnego. Pozytywne efekty przyniosło również stosowanie wobec mieszkańca bardziej zróżnicowanych form oddziaływania.

Z kolei analiza arkusza spostrzeżeń w DPS w Poznaniu<sup>192</sup> wykazała, że jeden z mieszkańców został pozostawiony na podłodze po upadku z łóżka do czasu, aż personel nakarmił pozostałych mieszkańców<sup>193</sup>. W placówce tej funkcjonowała także praktyka układania do łóżek na odpoczynek nocny już o godz. 16.00 osób, które ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność ruchową były całkowicie zależne od personelu. Powyższe stanowiło, w opinii reprezentantów Mechanizmu, przejaw przedmiotowego traktowania pensjonariuszy mającego na celu ułatwienie pracy personelu bez jednoczesnego uwzględnienia potrzeb i preferencji mieszkańców<sup>194</sup>.

<sup>192</sup> ul. Konarskiego 11/13.

<sup>193</sup> W piśmie z dnia 16.05.2014 r. Dyrektor DPS w Poznaniu przy ul. Konarskiego 11/13 wskazał, że jedna z opiekunek została przywołana przez wskazanego mieszkańca celem przesadzenia z wózka na łóżko. Pracownica poprosiła mieszkańca o pozostanie na wózku przez czas około 5 - 10 minut, wyjaśniając iż chciałaby dokończyć karmienie innego mieszkańca. Po wyjściu pracownicy, mieszkaniak podjął próbę samodzielnego przemieszczenia się na łóżko, w wyniku czego upadł na podłogę. Pracownica po sprawdzeniu samopoczucia mieszkańca pomogła mu przemieścić się na łóżko oraz przeprowadziła rozmowę o konieczności korzystania z pomocy personelu przy zmianie stanu spoczynku. Z pracownicą została przeprowadzona rozmowa dotycząca dokonywania odpowiednich wyborów zadań priorytetowych w szczególności związanych z bezpieczeństwem mieszkańców.

<sup>194</sup> W piśmie z dnia 16.05.2014 r. Dyrektor DPS w Poznaniu przy ul. Konarskiego 11/13 wyjaśnił, że przypadki układania do łóżek już o 16.00 dotyczyły osób, które ze względu na stan zdrowia i zmęczenie prosiły o położenie do łóżek we wcześniejszych godzinach. Jednocześnie Dyrektor zapowiedział kontrolę ww sytuacji dzięki wprowadzeniu systemu pracy zmianowej dla kierowników zespołów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Przyjmując wyjaśnienia Dyrektora placówki pismem z dnia 17.07.2014 r. zwrócono jednakże uwagę na konieczność każdorazowego pytania mieszkańców czy chcą się wcześniej położyć i pozostać w łóżku już na czas spoczynku nocnego.

### 6.3. Mocne strony i dobre praktyki w wizytowanych domach pomocy społecznej

Podczas wizytacji KMPT nie skupia się wyłącznie na ujawnianiu nieprawidłowości w traktowaniu osób pozbawionych wolności. Każdorazowo Mechanizm akcentuje wszystkie te aspekty funkcjonowania danej placówki, które pozytywnie ją wyróżniają na tle innych i jednocześnie mogą służyć jako przykład dobrych praktyk. Propagowanie konstruktywnych rozwiązań przyjętych w jednych placówkach stanowi doskonałą metodę prewencji tortur oraz nieludzkiego lub poniżającego traktowania w innych.

Uznanie Mechanizmu wzbudziła panująca w zdecydowanej większości wizytowanych placówek atmosfera życzliwości i zrozumienia dla potrzeb mieszkańców, zaangażowanie personelu w opiekę nad nimi. Wiele spośród DPS zapewniało mieszkańcom także urozmaiconą ofertę zajęć terapeutycznych i kulturalno-oświatowych. W ramach zajęć terapeutycznych mieszkańcom oferowano możliwość uczestnictwa m. in. w terapii zajęciowej, arteterapii, ergoterapii, czy też zajęciach usprawniających pamięć i koncentrację. Z kolei oferta zajęć kulturalno-oświatowych obejmowała organizację imprez okolicznościowych, występów artystycznych, zabaw tanecznych, wycieczek, wyjść do kina, muzeum, kawiarni, spotkań z mieszkańcami innych placówek. W większości przypadków również pozytywnie KMPT oceniał warunki bytowe zapewnione pensjonariuszom. W trakcie wizytacji pokoje mieszkańców były czyste, zadbane, odpowiednio umeblowane i wolne od nieprzyjemnych zapachów. W części placówek mieszkańcy mogli ozdabiać pokoje w sposób odzwierciedlający ich osobiste zainteresowania i upodobania.

Niektóre z wizytowanych domów pomocy społecznej nawiązały współpracę z podmiotami zewnętrznymi, co w znaczący sposób wpływało na poprawę życia mieszkańców. Tytułem przykładu można wskazać, że DPS w Chorzowie nawiązał bilateralną współpracę z placówką z Niemiec polegającą na kilkudniowej wymianie grup mieszkańców oraz stażowej wymianie pracowników Domów. W latach 2012-2014 w ramach współpracy prowadzono z kolei program *Inkluzja*, obejmujący trzy podzielone między partnerów programy z Niemiec, Polski i Węgier moduły: zamieszkanie w środowisku, edukację, pracę osób niepełnosprawnych. DPS w Węgorzewie nawiązał współpracę z Polskim Stowarzyszeniem na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym Koło, w ramach której chętni mieszkańcy mogli uczestniczyć w zajęciach podnoszenia kwalifikacji zawodowych, obejmujących warsztaty



z psychologiem i doradcą zawodowym, indywidualne konsultacje ze specjalistami, szkolenia zawodowe, wsparcie trenera pracy, a także płatne praktyki oraz staż. DPS w Poznaniu *Serafitki* podjął współpracę ze stowarzyszeniem *Równy Start*, której efektem była wymiana windy, zakup samochodu oraz budowa ośrodka sportowo-rekreacyjnego.

DPS w Krakowie i DPS w Machowinku prowadzą natomiast długoletnią współpracę z jednostkami penitencyjnymi. W DPS w Krakowie<sup>195</sup> od 2002 r. realizowany jest we współpracy z Aresztem Śledczym w Krakowie-Podgórzu program *Duet*. Ideę programu stanowi readaptacja osób pozbawionych wolności poprzez pracę z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie i fizycznie. W czasie wizytacji placówka współpracowała także z Zakładem Karnym w Krakowie Nowej Hucie, w ramach której osadzeni wykonywali nieodpłatne prace na rzecz Domu. Także w DPS w Machowinku, dzięki współpracy z Oddziałem Zewnętrznym w Ustce Aresztu Śledczego w Słupsku możliwe było dokonanie poprawy infrastruktury poprzez położenie nawierzchni z polbruku, umożliwiającej mieszkańcom korzystającym z wózków inwalidzkich poruszania się po całym terenie placówki, remont dachu i termomodernizację.

Także DPS w Elblągu *Niezapominajka* współpracuje z Aresztem Śledczym w Elblągu w ramach ogólnopolskiego projektu *Razem łatwiej*, którego celem jest readaptacja osób pozbawionych wolności poprzez pracę z osobami niepełnosprawnymi i starszymi. Osoby skierowane do placówki z Aresztu pełnią w ramach wolontariatu rolę asystenta/opiekuna w pokoju dziennego pobytu.

Do DPS im. Jana Pawła II w Otwocku kierowani są przez Sąd Rejonowy w Otwocku ukarani karą ograniczenia wolności w postaci wykonania nieodpłatnej pracy na cele społeczne.

Na szczególną uwagę i docenienie zasługują także prowadzone w części wizytowanych domów programy usamodzielniania mieszkańców. W DPS w Ełku *Tęczowy Dom* proces usamodzielniania mieszkańców inicjowany jest bezpośrednio po przyjęciu do placówki. Podstawę realizacji usamodzielniania stanowi ich aktywizacja w kierunku podjęcia zatrudnienia. Chłopcy starsi, wykazujący się pełną zdolnością samoobsługi (występującą u nich od początku lub nabytą w trakcie pobytu w dps), zamieszkują w przeznaczonych dla nich pokojach zlokalizowanych na terenie domu oraz w wolnostojącym domu mieszkalnym. Poziom ich samodzielności umożliwia im dbałość

<sup>195</sup> ul. Łanowa 43.



o utrzymanie porządku w zajmowanych pokojach, samodzielne poruszanie się po terenie domu, poza nim, jak również podjęcie pracy zarobkowej na stanowiskach stworzonych specjalnie w tym celu w dps. W trakcie wizytacji 12 chłopców zatrudnionych było w pracy w pralni, w kuchni, w stajni oraz w kotłowni. Zatrudnienie miało charakter odpłatny i realizowane było na podstawie umowy o pracę.

W DPS w Chorzowie opracowano system usamodzielniania obejmujący trzy etapy. Etap pierwszy obejmuje naukę prostych czynności samoobsługowych, a drugi samodzielne ich ćwiczenie, jak również m.in. wykonywanie pod nadzorem opiekuna prostych czynności kulinarnych, obsługę urządzeń kuchennych, naukę poruszania się po mieście. Etap trzeci ma z kolei na celu utrwalenie nabytych umiejętności oraz zaawansowaną naukę i ćwiczenia z zakresu samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego, zasad współżycia w grupie sąsiedzkiej i społeczności lokalnej, samodzielne poruszanie się po mieście, naukę załatwiania spraw urzędowych i lokalnych.

Placówki w Bielawkach i Moryniu wyróżniały się z kolei przyjętym sposobem pracy z mieszkańcami polegający na tworzeniu tzw. rodzinek – stosunkowo niewielkich wspólnot mieszkańców. Wprowadzenie metody rodzinkowej w połączeniu z odpowiednimi warunkami bytowymi sprawiało, że mieszkańcy byli w stanie zbudować między sobą więź zbliżoną do istniejącej między członkami rodziny.

Pracownicy kilku spośród wizytowanych placówek<sup>196</sup> powołali stowarzyszenia, których celem statutowym jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym intelektualnie oraz przewlekłe psychicznie chorym godziwych warunków bytowych, zdrowotnych oraz usług rehabilitacyjnych i terapeutycznych.

W DPS w Górnicy zrealizowany został projekt *Poprawa jakości usług świadczonych przez Dom Pomocy Społecznej w Górnicy poprzez rozbudowę infrastruktury, doposażenie obiektu oraz szkolenie personelu*, dofinansowany ze Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy Województwa Podkarpackiego na lata 2012-2016. Głównym celem projektu była poprawa dostępności i jakości usług w zakresie pomocy społecznej, a składał się on z dwóch komponentów: zastosowania innowacyjnych rozwiązań w zakresie infrastruktury i zakupu nowoczesnego sprzętu, a także szkoleń personelu pracującego bezpośrednio z mieszkańcami.

<sup>196</sup> DPS w: Machowinku, Przasnyszu, Wadowicach, Górnicy.





Część placówek wyróżniała się z kolei pod względem zapewnienia mieszkańcom kontaktu z bliskimi. W DPS w Białymstoku<sup>197</sup> dzięki współpracy z fundacją jednej z firm telekomunikacyjnych mieszkańcy mogli bezpłatnie dzwonić z aparatów samoinkasujących znajdujących się na terenie placówki w ramach akcji *Telefon do mamy*. W kolejnych dps<sup>198</sup> pensjonariusze mieli do swojej dyspozycji telefony stacjonarne zainstalowane w każdym z pokoi, z których możliwe było wykonanie połączeń zewnętrznych, jak również za-telefonowanie do poszczególnych pracowników. W DPS w Gryficach i Elblągu *Niezapominajka* z kolei utworzono dwa stanowiska komputerowe umożliwiające realizację połączeń przez Skype. W celu utrzymania kontaktu z najbliższymi dla mieszkańców DPS w Szczeczeszynie oraz DPS w Krakowie<sup>199</sup> organizowane są wizyty w domach rodzinnych. W innym domu<sup>200</sup>, w przypadku organizowania wycieczek, ich trasy wyznaczane są tak, aby umożliwić wizytę w domach rodzinnych tym osobom, które nie są odwiedzane przez swoich bliskich.

Podkreślenia wymaga fakt, że w DPS w Elblągu *Niezapominajka* przyjęto rozwiązanie, zgodnie z którym mieszkańców mogących mieć trudności z powrotem do placówki (np. z powodu zaburzeń pamięci lub orientacji) wyposaża się, na czas pobytu poza dps, w urządzenie lokalizujące GPS. Mieszkańca wyposaża się w niewielkie urządzenie, ustalające miejsce jego pobytu i uruchamiające odpowiedni alarm w przypadku wystąpienia określonego zdarzenia (zbyt dalekie odejście od placówki, naciśnięcie przycisku SOS).

Wśród wizytowanych placówek były również wyróżniające się z uwagi na zatrudniony w nich personel. Dziesięcioro pracowników DPS w Płazie przeszło szkolenie z zakresu posługiwania się językiem migowym. Ponadto w domu były zatrudnione w czasie wizytacji dwie osoby posiadające wykształcenie oligofrenopedagogiczne. DPS we Wrocławiu poddawany był z kolei systematycznej superwizji Dolnośląskiego Ośrodka Polityki Społecznej<sup>201</sup>. DPS w Płocku i DPS w Nowym Miszewie posiadały certyfikat *Opieka bez agresji* potwierdzający profesjonalne przygotowanie personelu i wysoką jakość świadczonych usług opiekuńczych.

<sup>197</sup> ul. Baranowicka 203.

<sup>198</sup> DPS w: Gdańsku (ul. Fromborska 24), Warszawie-Wesołej.

<sup>199</sup> ul. Łanowa 43.

<sup>200</sup> DPS w Końskich.

<sup>201</sup> ul. Kaletnicza 8.



Dobłą praktyką przyjętą w niektórych placówkach<sup>202</sup> jest umożliwienie wcześniejszego zapoznania się z warunkami, ofertą oraz przyjętymi w nich zasadami funkcjonowania przez potencjalnych mieszkańców lub ich opiekunów prawnych. Innym przyjętym w dps rozwiązaniem jest wcześniejsza wizyta pracownika socjalnego w miejscu zamieszkania przyszłego mieszkańca w celu zebrania informacji o stanie jego zdrowia, sprawności, zainteresowaniach<sup>203</sup>.

Poza wyżej wymienionymi przykładami dobrych praktyk realizowanymi przez poszczególne wizytowane domy podkreślenia wymagają również następujące: realizacja programu przygotowującego mieszkańców do kontaktów z osobami płci przeciwnej oraz poruszającego zagadnienie seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie<sup>204</sup>, organizowanie regularnych spotkań z radcą prawnym<sup>205</sup>, świadczenie przez zatrudnionego w placówce radcę prawnego pomocy w indywidualnych sprawach mieszkańców<sup>206</sup> oraz przypominania przez kadrę aktów prawnych oraz przekazywania komunikatów, podczas odbywających się 1-2 razy w miesiącu zebrań mieszkańców w poszczególnych budynkach<sup>207</sup>, prowadzenie systematycznych ćwiczeń pamięci dla osób z chorobą Alzheimera<sup>208</sup>.

Podkreślenia wymaga, że w niektórych placówkach umożliwiono mieszkańcom posiadanie i sprawowanie opieki nad małymi zwierzętami. W opinii KMPT pozytywne emocje wiążące się z kontaktem z pupilem i możliwość sprawowania opieki nad nim dają poczucie bycia potrzebnym i z pewnością mają bezpośredni, dobry wpływ na stan psychiczny i fizyczny mieszkańców.

## 6.4. Obszary wymagające poprawy

### 6.4.1. Kierowanie i pobyt w domach pomocy społecznej

W toku prowadzonych wizytacji przedstawiciele KMPT stwierdzili przypadki umieszczenia mieszkańców w niewłaściwych typach domu. Problem ten dotyczył kierowania osób z rozpoznaniem choroby psychicznej do domów dla osób w podeszłym wieku lub przewlekłe somatycznie chorych<sup>209</sup>,

<sup>202</sup> DPS w: Chorzwowie, Grudziądzu Nr 1, Olkuszu, Grajewie, Mysłowicach.

<sup>203</sup> DPS w: Choroszczy, Raciborzu, Legnickim Polu.

<sup>204</sup> DPS w Krakowie (ul. Łanowska 43).

<sup>205</sup> DPS w Ząbkowicach Śląskich.

<sup>206</sup> DPS w: Zabrze, Katowicach *Zacisze*

<sup>207</sup> DPS w Jarominie.

<sup>208</sup> DPS w Pabianicach.

<sup>209</sup> DPS w: Słupsku, Warszawie *Pod Brzozami*, Gdańsku (ul. Polanki 121).



domów dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie<sup>210</sup> oraz kierowania osób z niepełnosprawnością intelektualną do domów dla osób przewlekłe psychicznie chorych<sup>211</sup>.

Podczas rewizytacji przeprowadzonej w DPS w Górze Kalwarii ujawniono, iż osoby przewlekłe psychicznie chore i przewlekłe somatycznie chore zakwaterowano w jednym budynku, co powodowało niedogodności dla poszczególnych grup mieszkańców. Ponadto, zgodnie z art. 56a ust. 1 i 2 u.p.s. dom pomocy społecznej może być prowadzony w jednym budynku łącznie dla:

- 1) osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekłe somatycznie chorych;
- 2) osób przewlekłe somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie;
- 3) osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie;
- 4) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Typy domów pomocy społecznej mogą być łączone w inny sposób niż określony powyżej, pod warunkiem usytuowania każdego z nich w odrębnym budynku, co we wskazanej placówce nie zostało zrealizowane.

W analizowanym obszarze najpoważniejsze uchybienia dotyczyły jednak sytuacji osób ubezwłasnowolnionych. Dokonywana przez wizytujących analiza dokumentacji mieszkańców ujawniła bowiem przypadki umieszczenia ich w dps przez opiekunów prawnych, którzy w tym zakresie nie uzyskali zgody sądu rodzinnego<sup>212</sup>. W części przypadków w dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych brakowało natomiast zgody sądu na umieszczenie w placówce przez opiekuna prawnego<sup>213</sup>, co wskazuje, że uzyskanie przez opiekuna prawnego zgody sądu na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w dps nie było weryfikowane na żadnym etapie postępowania administracyjnego w sprawie umieszczania w tego typu placówkach<sup>214</sup>.

<sup>210</sup> DPS w: Legnickim Polu, Bydgoszczy *Słoneczko*.

<sup>211</sup> DPS w: Choroszczy, Raciborzu, Rudzie Śląskiej, Wrocławiu (ul. Kaletnicza 8), Jarosławiu.

<sup>212</sup> DPS w: Jarominie, Rzeszowie (ul. Powstańców Śląskich 4), Ostrowcu Świętokrzyskim, Wierzbicy.

<sup>213</sup> DPS w: Opolu, Bystrzycy Kłodzkiej, Giżycku, Tolkmicku, Ostrołęce im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Prymasa Tysiąclecia, Rzeszowie (ul. Załęska 7a), Łodzi nr 4, Pińczowie, Poznaniu (ul. Konarskiego 11/13), Białymstoku (ul. Baranowicka 203).

<sup>214</sup> Rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 stycznia 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. 2017, poz. 224) wprowadzony został obowiązek dołączenia do wniosku o skierowanie do domu pomocy społecznej postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na skierowanie do domu pomocy społecznej – w przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie i małoletnich.



W związku z powyższym należy wskazać, że na podstawie z art. 175 k.r.o. w związku z art. 156 k.r.o. opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku ubezwłasnowolnionego. W wyroku z dnia 18 maja 1999 r. Naczelny Sąd Administracyjny<sup>215</sup> sprecyzował, iż *umieszczenie w domu pomocy społecznej bez wątpienia należy do tych ważniejszych spraw, wymagających zezwolenia sądu opiekuńczego*. Także Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie *Kędzior przeciwko Polsce* w wyroku z dnia 16 października 2012 r.<sup>216</sup> stwierdził, iż w sytuacji, gdy umieszczenie osoby w zakładzie opiekuńczym zostało spowodowane przez przedstawiciela ustawowego bez dokonania kontroli jego prawidłowości przez sąd, zachodzi naruszenie art. 5 ust. 4 Konwencji *o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności*<sup>217</sup>. W opinii Trybunału procedura w wyniku której pozbawia się osobę wolności<sup>218</sup> spełnia kryterium *zgodności z prawem*, w kontekście art. 5 ust. 1 lit. e Konwencji, tylko wówczas gdy przewiduje ona, że każdy środek pozbawiający osobę wolności wywodzi się z właściwego organu, przez ten organ jest wykonany oraz nie jest arbitralny.

W opinii Mechanizmu optymalne rozwiązanie stanowiłoby uzyskiwanie przez opiekuna prawnego zgody sądu opiekuńczego na każdą zmianę placówki opiekuńczej dla swojego podopiecznego. Wydanie przez sąd jednej, blankietowej zgody w tym zakresie należy uznać za niewystarczające z punktu widzenia ochrony praw osób ubezwłasnowolnionych i mogące prowadzić do powstania nieprawidłowości, zwłaszcza gdy opiekunem prawnym osoby ubezwłasnowolnionej jest pracownik domu.

Zilustrowaniu przedstawionych obaw może służyć przykład ubezwłasnowolnionego mieszkańca DPS w Końskich, który do czasu wizytacji KMPT był trzykrotnie przenoszony między placówkami z uwagi na swoje agresywne zachowanie. W dwóch przypadkach (przeniesienie z DPS w Suszu do DPS w Spychowie filia DPS w Szczytnie oraz przeniesienie z DPS w Rudzie Pilczyckiej do DPS w Końskich) zmiana placówki następowała wyłącznie na

<sup>215</sup> Sygn. akt I SA 114/99.

<sup>216</sup> Skarga nr 45026/07.

<sup>217</sup> Sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.

<sup>218</sup> Zgodnie ze stanowiskiem wyrażonym przez ETPCz w sprawach *D. D. przeciwko Litwie* (wyrok z dnia 14 lutego 2012 r., skarga nr 13469/06) oraz *Stanev przeciwko Bułgarii* (wyrok z dnia 17 stycznia 2012 r., skarga nr 36760/06) punktem wyjścia do stwierdzenia czy umieszczenie w placówce opiekuńczej spełnia kryteria *pozbawienia wolności* musi być analiza indywidualnej sytuacji, w której należy wziąć pod uwagę wszystkie czynniki, w tym typ placówki oraz długość pobytu w niej. O *pozbawieniu wolności* z pewnością można mówić, gdy placówka opiekuńcza sprawuje stałą i skuteczną kontrolę nad leczeniem i określeniem potrzeb w zakresie traktowania, opieki i przemieszczania. Obok czynników obiektywnych równie ważne jest samo subiektywne poczucie *pozbawienia wolności*.



podstawie wniosku opiekuna prawnego – pracownika domu. Ponadto we wskazanych sytuacjach mężczyzną przenoszono do domów przeznaczonych dla osób przewlekle psychicznie chorych, mimo iż nigdy nie zdiagnozowano u niego choroby psychicznej a niepełnosprawność intelektualną w stopniu znacznym. Jedynie w przypadku zmiany placówki z DPS w Spychowie na DPS w Rudzie Pilczyckiej opiekun prawny uzyskał stosowną zgodę sądu na przeniesienie swojego podopiecznego.

Wskazać także należy, iż w literaturze przedmiotu<sup>219</sup> przyjmuje się, że zmiana miejsca pobytu należy do kategorii *ważniejszych spraw*, wymagających zgody sądu opiekuńczego. Ponadto, pewną wskazówkę w tym zakresie może stanowić orzecznictwo sądów administracyjnych, zgodnie z którym zgoda zainteresowanego, na podstawie art. 54 ust. 2 u.p.s., powinna być uzyskiwana zarówno na etapie wydania decyzji o skierowaniu do dps, jak i umieszczeniu w konkretnej placówce<sup>220</sup>. Jak zauważył bowiem Wojewódzki Sąd Administracyjny w Łodzi *umieszczenie w domu pomocy społecznej oznacza diametralną zmianę dotychczasowego życia, zmianę otoczenia, miejsca, rytmu życia, osób, z którymi osoba kierowana będzie miała kontakt, oznacza też z reguły kontakt z nieznanymi dotychczas lekarzami i personelem opiekuńczym*<sup>221</sup>. W wyroku sąd uznał nieuwzględnienie woli mieszkańca przy przenosinach do innego dps za niehumanitarne. Biorąc jednak pod uwagę, że ubezwłasnowolnienie w sposób istotny wpływa na możliwość autonomicznego podejmowania decyzji, a przepisy k.r.o. wprowadzają zasadę ograniczonego zaufania do opiekunów prawnych podjęcie decyzji o zmianie placówki, wpływającej na jakość życia danej osoby, powinno podlegać ocenie sądowej.

W wyroku w sprawie Kędzior przeciwko Polsce ETPCz zakwestionował także fakt, iż polskie prawo nie zawiera regulacji zezwalającej osobie zainteresowanej zainicjowania takiej oceny w sytuacji gdy została ona pozbawiona zdolności do czynności prawnych. Skarżący nie mógł zatem samodzielnie wystąpić z jakimkolwiek środkiem prawnym o charakterze sądowym w celu zakwestionowania swojego utrzymującego się niedobrowolnego pobytu w dps. Biorąc pod uwagę powyższe Rzecznik Praw Obywatelskich w dniu 3 listopada 2015 r. skierował do Trybunału Konstytucyjnego wniosek o stwier-

<sup>219</sup> J. Ignatowicz (w:) Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2012, s. 1181., T. Smyczyński, Prawo rodzinne i opiekuńcze. Analiza i wykładnia, Warszawa 2001, s. 431.

<sup>220</sup> Wyrok WSA w Krakowie z dnia 22 stycznia 2012 r., III SA/Kr 618/13, wyrok WSA w Krakowie z dnia 8 sierpnia 2013 r., III SA/Kr 1714/12, Lex nr 1359356.

<sup>221</sup> Wyrok z dnia 24 stycznia 2012, II SA/Łd 1341/11, LEX 11098889.



dzenie niezgodności art. 38 u.o.z.p. w zw. z art. 156 k.r.o. w zw. z art. 573 § 1 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego<sup>222</sup> w zakresie, w jakim nie przewiduje czynnego udziału osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej w sprawach o uzyskanie przez jej opiekuna zezwolenia sądu opiekuńczego na złożenie wniosku o umieszczenie tej osoby w domu pomocy społecznej - z art. 30, 41 ust. 1, art. 45 ust. 1 i art. 77 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, art. 5 ust. 1 i 4 KPN oraz art. 14 ust. 1 lit. b i art. 19 lit. a KPN, a także art. 41 ust. 1 u.o.z.p. w zakresie w jakim wyłącza osobę całkowicie ubezwłasnowolnioną umieszczoną w domu pomocy społecznej za zgodą jej opiekuna z kręgu podmiotów uprawnionych do wystąpienia do sądu opiekuńczego o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej - z art. 30, 41 ust. 1, art. 45 ust. 1 i art. 77 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz art. 5 ust. 1 i 4 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności a także art. 14 ust. 1 lit. b i art. 19 lit. a KPN<sup>223</sup>.

W dniu 28 czerwca 2016r. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że przytoczone przepisy u.o.z.p. są niezgodne z Konstytucją. W opinii Trybunału możliwość udzielania opiekunowi przez sąd zezwolenia na umieszczenie w domu pomocy społecznej osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej z całkowitym pominięciem jej woli w tym zakresie stanowi przykład rażącego odpodmiotowania, naruszającego godność w rozumieniu art. 30 Konstytucji. Trybunał podkreślił ponadto, że art. 38 u.o.z.p. nie spełnia wymagań sprawiedliwej procedury sądowej w rozumieniu art. 45 ust. 1 Konstytucji. Wyłączenie osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej z postępowania przed sądem i nieprzyznanie jej jakichkolwiek uprawnień, w tym uprawnienia do bycia wysłuchaną, stanowi naruszenie wskazanego powyżej konstytucyjnego wzorca kontroli. Trybunał podkreślił, że obecny kształt procedury sądowej w ramach której sąd nie jest zobowiązany poczynić żadnych ustaleń co do tego, czy ubezwłasnowolniony całkowicie chce przebywać w domu opieki społecznej i opiera się w tym zakresie jedynie na twierdzeniach opiekuna koliduje ze społeczną funkcją sprawiedliwej procedury sądowej, która ma wzmacniać zaufanie obywateli do wymiaru sprawiedliwości oraz poczucie poszanowania ich praw<sup>224</sup>.

<sup>222</sup> Dz. U. z 2014 r., poz. 101 ze zm.

<sup>223</sup> VIII.517.1.2015.AB; <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2015/11/VIII.517.1.2015/565830.pdf>, dostęp dnia 25 października 2016 r.

<sup>224</sup> <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Uzasadnienie%20wyroku%20TK%20ws.%20praw%20os%C3%B3b%20ubezw%C5%82asnowlionych%20w%20DPS%2C%20K%2031%2015%2C%2019.07.2016.pdf>, dostęp dnia 25 października 2016 r.



#### 6.4.2. Traktowanie mieszkańców przez personel domów pomocy społecznej

Atmosfera panująca w większości z wizytowanych domów była dobra, a zatrudniony w nich personel zorientowany w zakresie potrzeb i upodobań poszczególnych mieszkańców oraz zaangażowany w zapewnienie im właściwej opieki.

Jednakże w niektórych placówkach spostrzeżenia poczynione przez wizytujących, jak również informacje uzyskane od mieszkańców wskazywały na przypadki niewłaściwego traktowania. Pensjonariusze skarżyli się na podniesiony ton głosu pracowników domu<sup>225</sup>, zwracanie się do nich bez zachowania formy pan/pani<sup>226</sup>, agresję werbalną<sup>227</sup>, używanie wulgaryzmów<sup>228</sup>, straszenie pobytym w szpitalu psychiatrycznym<sup>229</sup>. Reprezentanci Mechanizmu odbierali sygnały wskazujące również na naruszanie nietykalności cielesnej mieszkańców poprzez szarpanie za włosy i popędzanie<sup>230</sup>, a także popychanie<sup>231</sup>. Jedna z mieszkanki DPS w Augustowie<sup>232</sup> przekazała natomiast informację o uderzeniu jej w głowę przez opiekunkę podczas kąpieli, co miało być reakcją na wyrwanie z wanny i zniszczenie korka z łańcuszkiem<sup>233</sup>.

W toku wizytacji przedstawiciele KMPT stwierdzali także przypadki naruszenia prawa do intymności podczas zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych wykonywanych wobec mieszkańców. Nieprawidłowości w tym zakresie dotyczyły wykonywania zabiegów w pokojach wieloosobowych, przy obecności innych mieszkańców, bez jednoczesnego zasłonięcia osoby poddawanej czynnościom pielęgnacyjnym<sup>234</sup> oraz zmuszania mieszkańców oczekujących na kąpiel do pozostawania w pokojach nago<sup>235</sup>.

<sup>225</sup> DPS w: Łodzi nr 4, Skarżysku Kamiennej, Augustowie (ul. 3 maja 57).

<sup>226</sup> DPS w: Skarżysku Kamiennej, Przasnyszu, Choroszcy, Raciborzu, Rzeszowie (ul. Powstańców Śląskich 4).

<sup>227</sup> DPS w Rudzie Pilczyckiej.

<sup>228</sup> DPS w: Skarżysku Kamiennej, Braniewie, Górnio.

<sup>229</sup> DPS im. Jana Pawła II w Otwocku.

<sup>230</sup> DPS w Rudzie Śląskiej.

<sup>231</sup> DPS w Olkuszu.

<sup>232</sup> ul. Studzieniczna 2.

<sup>233</sup> W piśmie z dnia 17.10.2016 r. dyrektor poinformowała, że przeprowadziła rozmowy zarówno z mieszkanką, jak i opiekunką. Mieszkanka miała zmienić wersję wydarzeń tuż po zakończeniu wizytacji, natomiast opiekunka przedstawiła swoje działania jako zmierzające do ratowania życia i uwolnienia mieszkanki z zaplatanego wokół szyi łańcuszka z korkiem.

<sup>234</sup> DPS w Świeciu.

<sup>235</sup> DPS w Słupi Pacanowskiej.



W jednym z dps<sup>236</sup> wizytujący odebrali od mieszkańców sygnały wskazujące, że osobom uzależnionym od nikotyny i nieposiadającym środków finansowych proponowane jest wykonanie czynności porządkowych w zamian za papierosa. KMPT zanegowało powyższą praktykę jako stwarzającą ryzyko budowania relacji podległości mieszkańca względem personelu. W tej samej placówce podniesiono również kwestię umieszczenia jednego z mieszkańców (ze względu na specyfikę choroby polegającej na zjadaniu przypadkowych rzeczy) w tzw. izolatce – pokoju wyposażonym jedynie w tapczan, z zainstalowanymi w oknie kratami, znajdującym się w znacznej odległości od innych pokoi mieszkalnych. W opinii KMPT choroba mieszkańca i mogące z niej wynikać niedogodności dla innych domowników nie uzasadniały odseparowania i umieszczenia go w warunkach o zdecydowanie niższym standardzie<sup>237</sup>.

W dwóch domach mieszkańcy poinformowali Mechanizm, iż pracownicy kontrolują należące do nich rzeczy, zakupy i paczki<sup>238</sup> oraz że konsekwencją rażącego naruszenia reguł panujących w dps przez mieszkańca może być wprowadzenie kontroli jego bagażu<sup>239</sup>. Za wyjątkowo rażącą uznano sytuację, opisaną przez Zarząd Rady Mieszkańców DPS we Włocławku<sup>240</sup> w protokole z dnia 21 stycznia 2016 r. Zgodnie z zawartą w nim relacją kierownik działu terapeutyczno-opiekuńczego napotkawszy na ulicy jednego z mieszkańców, sprawdziła zawartość kieszeni jego kurtki. Całemu zajściu miały przyglądać się osoby postronne. Sytuacja ta wywołała u mieszkańca uczucie upokorzenia oraz wstydu, a po całym zajściu wrócił on roztrzęsiony do domu<sup>241</sup>.

W części placówek zastrzeżenia wizytujących budziła praktyka angażowania pensjonariuszy do wykonywania prac na rzecz domu lub innych mieszkańców<sup>242</sup>, w tym przede wszystkim włączanie mieszkańców w przeprowadzanie zabiegów higienicznych innym osobom (pomoc w kąpaniu, zmiana pieluchomajtek, wyrzucanie zużytych pieluch). Z uwagi na intymny oraz wymagający przeszkolenia charakter przywoływanych zabiegów przed-

<sup>236</sup> DPS w Choroszczy.

<sup>237</sup> W odpowiedzi z dnia 25.02.2013 r. Dyrektor DPS wskazał, że kwestia wydawania papierosów została omówiona z pracownikami, a wskazanej w raporcie mieszkańca przeniesiono do pokoju 2-osobowego, wyposażonego w sprzęt o wzmocnionej odporności.

<sup>238</sup> DPS w Jarominie.

<sup>239</sup> DPS im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Prymasa Tysiąclecia w Ostrołęce.

<sup>240</sup> ul. Żeromskiego 28a.

<sup>241</sup> Mieszkaniec nie chciał poruszać tego zdarzenia w rozmowie z przedstawicielem KMPT.

<sup>242</sup> DPS w: Suszu, Węgorzewie, Gofuszycach, Mysłowicach, Poznaniu *Serafitki*, Jarominie, Braniewie, Łodzi im. Fundacji Brata Alberta, Gryficach, Darskowie, Siemianowicach Śląskich, Ostrołęce *Wrzos*.





stawiciele KMPT każdorazowo przypominali o konieczności wykonywania ich przez wykwalifikowany personel. W odniesieniu z kolei do pracy świadczonej na rzecz dps przypomniano, iż powinna mieć ona zawsze dobrowolny charakter, a kierownictwo winno sprawować nadzór nad rodzajem prac powierzanych mieszkańcom. Za szczególnie niepokojące uznano dwa sygnały odebrane w trakcie rozmów z mieszkańcami DPS w Braniewie. Jeden z mieszkańców zgłosił bowiem, że uczestniczy w unieruchamianiu mieszkańców poprzez przytrzymywanie ich nogą lub siadanie na nich, a drugi, że bierze udział w wydawaniu leków innemu pensjonariuszowi. Mechanizm zanegował powyższą praktykę z uwagi na fakt, iż stosowanie przymusu bezpośredniego lub wydawanie leków wymaga odpowiedniej wiedzy i określonych umiejętności stanowiących gwarancję ochrony zdrowia innych osób<sup>243</sup>.

Zastrzeżenia wizytujących wzbudziła sytuacja dwóch mieszanek DPS w Gościnie. Były to osoby leżące, w przypadku których umiejscowienie łóżek sprawiało, że zmuszone one były cały czas patrzeć wyłącznie na ścianę, a jedna z pensjonariuszek przebywała ponadto cały czas w półmroku. Mieszkanek te nie posiadały telewizora, radia ani innego urządzenia zapewniającego rozrywkę, a w czasie rozmowy z wizytującymi zgłosiły, że nie wychodzą na dwór, gdyż *jest za mało personelu żeby je wywieźć*.

Od jednej z mieszanek DPS w Augustowie<sup>244</sup> KMPT odebrało niepokojącą informację, iż przed ok. 3 laty przed wizytacją była zabierana przez zaprzyjaźnioną kobietę na wakacje i kilkudniowe przepustki do jej domu, gdzie jakiś mężczyzna, mieszkający z nią lub jedynie ją odwiedzający (rozmówczyni Mechanizmu określała obydwoje jako *ciocię i wujka*) molestował ją seksualnie podczas tych pobytów. Kiedy mieszkanka zaczęła się skarżyć na tę sytuację kobieta zakazała jej mówienia na ten temat i zerwała dalsze kontakty. Siostry prowadzące dom z kolei nie uwierzyły mieszkance i nie podjęły żadnych działań mających na celu zweryfikowanie tej historii, w tym nie powiadomiły odpowiednich służb o możliwości popełnienia przestępstwa. W opinii Mechanizmu pokrzywdzona, mimo upływu lat, przeżywała relacjonowaną krzywdę i była wyraźnie rozgoryczona faktem, że personel dps odmówił jej wiarygodności. Zaznaczyć w tym miejscu należy, że dyrektor placówki wyjaśniała opisany brak wiary w relację dziewczyny jej wcze-

<sup>243</sup> W odpowiedzi z dnia 17 listopada 2015 r. Dyrektor DPS w Braniewie poinformował, iż na spotkaniu przypomniano pracownikom o zakazie angażowania mieszkańców do jakichkolwiek prac na rzecz drugiego mieszkańca oraz o treści obowiązującego w placówce kodeksu etyki zawierającego zbiór zasad i wartości, którymi powinni się kierować wszyscy pracownicy.

<sup>244</sup> ul. 3 maja 57.



śniejszymi doniesieniami o molestowaniu w szkole przez innych uczniów. Nie wskazano jednak, aby i ta historia została zweryfikowana przed jej zanegowaniem<sup>245</sup>.

Za wysoce niewłaściwą uznano sytuację, opisaną w skardze mieszkańców DPS we Włocławku<sup>246</sup> z dnia 21 stycznia 2016 r., zgodnie z którą kierownik działu terapeutyczno-opiekuńczego wyprosiła gości, przybyłych do mieszkańców w Wigilię z okolicznościowym poczęstunkiem. W opinii KMPT personel domu powinien podejmować wszelkie działania służące podtrzymaniu więzi rodzinnych mieszkańców. Pozbawienia możliwości spędzania wspólnie z najbliższymi tak ważnych chwil jak święta należy uznać za niedopuszczalne.

### 6.4.3. Prawo do opieki zdrowotnej

W związku z zagadnieniem omówionym w rozdziale dotyczącym zapewnianej mieszkańcom opieki psychologiczno-psychiatrycznej<sup>247</sup> podkreślenia wymaga, iż problemy z dostępem do lekarzy psychiatrów sygnalizowały m. in. DPS im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Prymasa Tysiąclecia w Ostrołęce oraz w DPS w Tolkmicku. W pierwszej z wymienionych placówek, mimo jej przeznaczenia dla osób przewlekle psychicznie chorych, z powodu trudności w nawiązaniu stałej współpracy z lekarzem psychiatrą zapewniano mieszkańcom jedynie doraźne konsultacje psychiatryczne. W opinii Mechanizmu, stała współpraca z lekarzem psychiatrą stanowi nieodzowną potrzebę placówek zwłaszcza o wskazanym profilu. Tylko dzięki takiemu rozwiązaniu możliwe jest poznanie mieszkańców, ich schorzeń, a przez to dobór właściwych metod leczenia i ich konsekwentne stosowanie. Zgodnie z przekazanymi wizytującym informacjami, konsultacje psychiatryczne mieszkańców DPS w Tolkmicku realizowane były natomiast w poradni zdrowia psychicznego w Elblągu lub we Fromborku. Sytuacja taka powodowała szereg problemów, bowiem terminy wizyt kontrolnych w poradniach są odległe w czasie, mieszkańców nie zawsze przyjmuje ten sam lekarz, a i sami pacjenci źle znoszą wyjazdy z powodu odczuwanego zagubienia, zdenerwowania oraz narażenia na złośliwe komentarze ze strony oczekujących w poradni osób.

<sup>245</sup> Podczas wizytacji dyrektor placówki zobowiązała się do poinformowania organów ścigania o podejrzeniu wykorzystywania seksualnego mieszkanki oraz informowania ich o każdym takim przypadku, który wystąpi w przyszłości.

<sup>246</sup> ul. Żeromskiego 28a.

<sup>247</sup> Patrz rozdział 6.1.5.



W czasie wizytacji personel dps zgłaszał także problemy z dostępem do lekarzy innych specjalizacji, w tym psychiatry dziecięcego, kardiologa, logopedy, a także odległych terminów planowanych zabiegów operacyjnych oraz utrudnionego dostępu do opieki stomatologicznej dla pacjentów, którzy ze względu na brak współpracy lub rodzaj dolegliwości wymagają leczenia w znieczuleniu ogólnym.

Podstawowa opieka lekarska prowadzona jest przez lekarzy POZ. W większości przypadków lekarze ci przyjmują mieszkańców raz w tygodniu i w razie konieczności. Zazwyczaj opiekę nad mieszkańcami sprawuje jeden lub dwóch lekarzy. Podczas wizytacji jednego z domów<sup>248</sup> odebrano informację, iż opiekę zdrowotną nad mieszkańcami sprawuje dziewięciu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, co w opinii Mechanizmu może utrudniać organizację pracy zespołu opiekuńczo-terapeutycznego ze względu na różne terminy i nieregularność wizyt poszczególnych lekarzy. W innych domach podniesiono kwestię realizacji wizyt lekarskich tylko na wezwanie<sup>249</sup> oraz wyłącznie poza terenem placówki<sup>250</sup>. Biorąc pod uwagę powyższe, zdaniem KMPT, modelowym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie w poszczególnych dps systemu opieki medycznej opartego na jednym lekarzu sprawującym opiekę nad wszystkimi mieszkańcami. Dzięki temu lekarz prowadzący dysponowałby pełną wiedzą na temat schorzeń oraz sytuacji mieszkańców dps, a opieka zdrowotna byłaby prowadzona w sposób systematyczny i w komfortowym, przyjaznym dla mieszkańców środowisku.

W części placówek wizytujący ujawnili również braki w obsadzie pielęgniarskiej<sup>251</sup>. W opinii Mechanizmu pozytywną praktyką obserwowaną w zdecydowanej większości wizytowanych domów jest zapewnienie mieszkańcom opieki pielęgniarskiej, mimo braku takiego zobowiązania wynikającego z obowiązujących przepisów. Zakres zadań wykonywanych przez pielęgniarki w dps jest bardzo szeroki i obejmuje m.in. wykonywanie iniekcji, pobieranie materiału do badań, wykonywanie pomiarów cukru, masy ciała, wydawanie leków, umawianie wizyt lekarskich. Z uwagi na powyższe oraz stan zdrowotny większości mieszkańców trudno wyobrazić sobie zatem funkcjonowanie domu pomocy społecznej bez stałej obecności pielęgniarki.

<sup>248</sup> DPS w Bartoszycach.

<sup>249</sup> DPS we Wrocławiu im. Świętej Rodziny.

<sup>250</sup> DPS w Płocku.

<sup>251</sup> DPS w: Nakle nad Notecią, Łodzi (ul. Sierakowskiego 65), Opolu, Pabianicach, Otwocku (ul. Marii Konopnickiej 17), Kielcach (ul. Sobieskiego 30), Włocławku *Na skarpie*.

Ich brak w placówce mógłby powodować realne zagrożenie dla zdrowia i życia znajdujących się w nim osób<sup>252</sup>.

W części wizytowanych placówek pielęgniarki zatrudnione były na etatach pielęgniarskich, jednakże w większości jako opiekunki lub pielęgniarko-opiekunki, co powoduje pewne niekorzystne implikacje praktyczne. Pielęgniarki zatrudnione na tej podstawie nie mogą bowiem wykonywać tak typowych czynności jak iniekcje, kroplówki, pobieranie materiału do badań. Czynności te muszą być zatem wykonywane przez pielęgniarki środowiskowe lub pielęgniarki opieki długoterminowej.

Zarówno kwestia zatrudniania w dps pielęgniarek, jak i trudności w dostępie do opieki lekarskiej stanowią, w ocenie KMPT oraz współpracujących z Mechanizmem ekspertów, pochodną pozbawienia mieszkańców dps zabezpieczonego systemowo dostępu do opieki medycznej w ramach placówki. Zgodnie ze spostrzeżeniami wizytujących, jak również informacjami przedstawianymi przez dyrektorów domów pomocy społecznej, na przestrzeni ostatnich lat w placówkach tych poważnie zmieniła się sytuacja w zakresie stanu zdrowia kierowanych do nich osób, których stan jest coraz cięższy i nie tylko nie rokuje poprawy, ale szybko się pogarsza<sup>253</sup>. W domach jest coraz mniej samodzielnych pensjonariuszy, a coraz więcej osób leżących i tych z koncentracją problemów zdrowotnych. Dotyczy to również osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz chorych psychicznie. Niejednokrotnie potrzebują oni całodobowej opieki sprawowanej przez personel medyczny. Poza realizacją procedur wymagających odpowiedniego przeszkolenia, np. żywienia dojelitowego, często występuje konieczność robienia iniekcji, wydawania leków psychotropowych i podejmowania innych działań, do których nie są uprawnieni zatrudnieni w domach opiekunowie, a których każdorazowe wykonywanie poza placówką, połączone z transportowaniem mieszkańca, jest nie tylko niemożliwe, ale wręcz mogłoby narazić go na pogorszenie stanu zdrowia. Potrzeby tych osób nie mieszczą się w przyjętych

<sup>252</sup> Tytułem przykładu można wskazać, że na problem braku pielęgniarki na dyżurze nocnym zwrócono uwagę w DPS we Wrocławiu (ul. Rędzinińska 60/68). W dyżurce wywieszono były zalecenia doraźne w przypadku wystąpienia padaczki lub hipoglikemii. Jak wskazał ekspert KMPT w razie zaistnienia takiej potrzeby pozostający na dyżurze opiekun nie wykonałby iniekcji, nie podałby glukagonu, nie rozpoznałby objawów spadku cukru czy też zróżnicowania napadu drgawk.

<sup>253</sup> Z analizy przeprowadzonej przez eksperta KMPT na podstawie informacji gromadzonych podczas wizytacji prewencyjnych wynika, że śmiertelność w domach pomocy społecznej wynosi około 20-25%, a w skrajnych przypadkach przekracza 30%. Fakt ten obrazuje jak w złym stanie psychosomatycznym znajdują się osoby przebywające w tego typu placówkach, które po kilku latach potrzebują szeroko rozumianej pomocy medycznej i które powinny przebywać w domach dla osób przewlekle chorych, nie tylko somatycznie.



rozwiązaniach ustawowych, sztucznie oddzielających opiekę społeczną od opieki zdrowotnej i pozbawiających domy pomocy społecznej zaplecza medycznego. Tymczasem w praktyce zauważalna jest potrzeba nie rozdzielania, a właśnie integracji działań służących ochronie zdrowia mieszkańców na poziomie domów pomocy społecznej, praktyk lekarskich oraz szpitali, gdyż wszystkie te miejsca pozostają związane ze sobą wspólnotą potrzeb pacjentów.

Niestety stanowisko resortu odpowiedzialnego za kształtowanie polityki społecznej pozostaje w tym względzie niezmiennie. W odpowiedzi na Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2013 r. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej wskazała, m. in. że *system pomocy społecznej nie jest narzędziem mającym na celu uzupełnienie świadczeń z opieki zdrowotnej. Zapewnienie właściwej opieki psychiatry, pielęgniarstwa, procesy leczenia w sensie dosłownym oraz rehabilitacji, nie należą do zadań pomocy społecznej. Dom pomocy społecznej ma zapewnić mieszkańcowi dostęp do świadczeń z opieki zdrowotnej. Nie można obarczać winą za wadliwe działanie systemu ochrony zdrowia pomocy społecznej*<sup>254</sup>. W kwestii tej nie chodzi jednak o obarczanie winą kogośkolwiek z resortów za funkcjonowanie drugiego, ale o brak współdziałania między nimi i niedostrzeżenie, że zmiany demograficzne zachodzące w społeczeństwie, zwiększanie się liczby osób w podeszłym wieku, cierpiących na różne schorzenia spowodują, iż ustawowe założenia o umieszczaniu w dps wyłącznie osób w miarę sprawnych i wymagających jedynie sporadycznych interwencji medycznych, a pacjentów w cięższych stanach zdrowotnych w zakładach opieki długoterminowej, finansowanej z Narodowego Funduszu Zdrowia będzie napotykało w praktyce coraz większe trudności.

Zagadnieniem pozostającym każdorazowo w zainteresowaniu Mechanizmu jest realizacja prawa mieszkańców do informacji odnośnie stosowanej wobec nich farmakoterapii. Formułowane w tym zakresie zastrzeżenia dotyczyły braku wiedzy mieszkańców na temat podawanych im leków<sup>255</sup> oraz przede wszystkim podawania im leków ukrytych w jedzeniu<sup>256</sup>. KMPT negował także praktykę kruszenia albo rozpuszczania leków w posiłkach i potajemnego podawania w przypadku odmowy ich przyjęcia przez mieszkań-

<sup>254</sup> Pismo z dnia 10 czerwca 2014 r., DPS-V-0712-7(2)-4483-JL/14; Podobnie wskazano w odpowiedzi z dnia 30 czerwca 2015 r. (DPS.V.071.3.2015.KC) na Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2014 r.

<sup>255</sup> DPS w Pińczowie.

<sup>256</sup> DPS: w Makowie Podhalańskim, w Zamościu, Siemianowicach Śląskich.



ca<sup>257</sup>. Oczywiście jest, że 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<sup>258</sup>.

W jednej z placówek uwagę wizytujących zwrócił wpis w księdze raportów z jednego z dyżurów nocnych, zgodnie z którym do mieszkańca odmawiającego przyjęcia leków wezwano pracowników ochrony, co spowodowało zażycie leków przez tego mężczyznę. KMPT stoi na stanowisku, że pensjonariusze odmawiający przyjęcia zleconych wcześniej leków mogą być przekonywani do ich zażycia rozmową uświadamiającą niezbędną systematycznego przyjmowania lekarstw, ale działanie to nie może z całą pewnością przybierać formy zastraszenia. W przypadku osób chorych psychicznie czy też niepełnosprawnych intelektualnie takie postępowanie może wywołać efekt odwrotny do oczekiwanego i pogorszyć ich sytuację zdrowotną. W DPS we Wrocławiu<sup>259</sup> zastrzeżenia wizytujących wzbudziła praktyka podawania mieszkańcom wieczornej dawki leków, w tym leków psychotropowych i nasennych już o godz. 18.00.

W kolejnej placówce<sup>260</sup> obiekcje eksperta Mechanizmu wywołało podawanie leków psychotropowych bez zlecenia lekarza. Z analizy dokumentacji wynikało, że zatrudniona w dps pielęgniarka podawała neuroleptyki w postaci iniekcji domięśniowych bez zlecenia lekarza. Psychiatra opiekująca się domem w czasie rozmowy telefonicznej z ekspertem KMPT stwierdziła, że nie wypisywała recept na neuroleptyki do podawania w formie iniekcji. Z wyjaśnień pielęgniarki wynikało natomiast, że wykorzystywała ona zapasy leków przepisane przez poprzednio zatrudnionego w placówce lekarza psychiatrę.

---

<sup>257</sup> DPS w Grójcu.

<sup>258</sup> Kwestia kruszenia leków psychiatrycznych była omawiana podczas spotkania Zastępcy Rzecznika Praw Obywatelskich, Zastępcy Dyrektora KMPT z pracownikami Zakładu Zdrowia Publicznego Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie zorganizowanego w dniu 7 września 2016 r. W opinii pracowników Instytutu podanie leku w takiej formie 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 01.02.2017 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>259</sup> ul. Rędziańska 60/68.

<sup>260</sup> DPS w Augustowie (ul. Studzienieczna 2).



#### 6.4.4. Dokumentowanie przymusu bezpośredniego

Stosunkowo częstym problemem ujawnianym przez KMPT jest nierejestrowanie faktycznie stosowanych w placówkach środków przymusu bezpośredniego. Z reguły sytuacje te dotyczą nieodnotowanych przypadków przytrzymania mieszkańca lub przymusowego podania leków<sup>261</sup>. W części placówek na stosowanie środków przymusu bezpośredniego wskazywały wpisy zawarte w książkach opiekunów lub raportach pielęgniarskich, np. *do 00.00 nie spała, bardzo niegrzeczna (...) nie chciała się dać ponownie zapiąć w pasy; o godzinie 2.50 ponownie wyszła z pokoju i tym razem rzuciła się z pięściami na opiekunkę (...) Została unieruchomiona<sup>262</sup>; stawiał opór! Został sprowadzony na ziemię przez opiekuna<sup>263</sup>; mieszkanka rano nie chciała jeść śniadania, leki przyjęła z wielkimi oporami – krzyczała odpychała rękoma; w godzinach wieczornych pobudzony agresywny. Kopał, uderzał głową o ścianę, gryzł własne ręce. Otrzymał relanium<sup>264</sup>.*

W związku z powyższym przedstawiciele KMPT zwracali uwagę, że zarówno przytrzymanie, jak i przymusowe podanie leku, stanowią formy przymusu bezpośredniego wymienione w art. 3 pkt 6 u.o.z.p. i w związku z tym powinny podlegać szczegółowemu udokumentowaniu zgodnie z normami regulującymi ten obowiązek zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania<sup>265</sup> (dalej rozporządzenie w sprawie stosowania p.b.).

Dokonywana przez Mechanizm analiza dokumentacji z zastosowanego przymusu bezpośredniego również wykazała nieprawidłowości, wśród których można wymienić: prowadzenie niezgodnego z obowiązującym wzorem rejestru zastosowania przymusu bezpośredniego<sup>266</sup>, niewskazanie godziny zakończenia stosowania przymusu<sup>267</sup>, przekroczenie 4-godzinnego czasu stosowania przymusu bez jednoczesnego wydania decyzji o przedłużeniu jego stosowania<sup>268</sup>, przekroczenie 8-godzinnego czasu stosowania przymu-

<sup>261</sup> DPS w: Szczeczeszynie, Bydgoszczy *Słoneczko*, Wrocławiu (ul. Farna 3), Rudzie Pilczyckiej, Końskich, Jarosławiu, Wierzbicy.

<sup>262</sup> DPS w Poznaniu *Serafitki*.

<sup>263</sup> DPS w Łodzi im. Fundacji Brata Alberta.

<sup>264</sup> DPS w Nowym Czarnowie.

<sup>265</sup> Dz. U. z 2012 r. , poz. 740.

<sup>266</sup> DPS w Przasnyszu.

<sup>267</sup> DPS w Suszu.

<sup>268</sup> DPS w: Suszu, Warszawie *Leśny*, Bydgoszczy *Słoneczko*.



su<sup>269</sup>, niewskazanie skutków zastosowanego przymusu<sup>270</sup>, 5-godzinne unieruchomienie mieszkańca bez chwilowego zwolnienia, w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych<sup>271</sup>, brak oceny zasadności zastosowania przymusu przez lekarza zatwierdzającego jego stosowanie oraz lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii upoważnionego przez marszałka województwa<sup>272</sup>, brak zgłoszenia o zastosowaniu przymusu do lekarza specjalisty z dziedziny psychiatrii upoważnionego przez marszałka województwa<sup>273</sup>, rozbieżności pomiędzy powodami zastosowania przymusu odnotowanymi w karcie z zastosowania przymusu bezpośredniego oraz w rejestrze oraz pomiędzy informacjami zawartymi w rejestrze a raportami pielęgniarskimi<sup>274</sup>, brak uzasadnienia wyboru środka przymusu oraz opisu przebiegu jego stosowania<sup>275</sup>, nieudokumentowanie faktu uprzedzenia mieszkańca o możliwości zastosowania wobec niego przymusu<sup>276</sup>, brak wskazania w karcie unieruchomienia osoby zlecającej zastosowanie przymusu<sup>277</sup>, brak adnotacji o kontroli co 15 minut stanu fizycznego osoby, wobec której zastosowano przymus<sup>278</sup>. W dokumentacji dwóch placówek<sup>279</sup> wizytujący odnaleźli ponadto podpisane przez lekarzy puste druki kart z zastosowania przymusu bezpośredniego świadczące o braku nadzoru lekarskiego nad stosowaniem środków. W kolejnym dps<sup>280</sup> analiza dokumentacji medycznej wykazała, że o możliwości stosowania przymusu bezpośredniego zdecydowano w formie zlecenia stałego, rutynowo wpisywanego w karty zleceń prawie wszystkich mieszkańców.

W DPS w Białymstoku<sup>281</sup> zaniepokojenie wizytujących wzbudziła sytuacja mieszkańca, wobec którego w okresie ponad trzyletnim przed wizytacją rozpoczęto stosowanie izolacji w jednoosobowym monitorowanym pomieszczeniu mieszkalnym. Zgodę na izolację mężczyzny wyrazili jego rodzice będący opiekunami prawnymi. Zgodnie z uzyskanymi przez KMPT

<sup>269</sup> DPS w Warszawie *Leśny*.

<sup>270</sup> DPS w Legnickim Polu.

<sup>271</sup> DPS w Krakowie (ul. Łanowa 43).

<sup>272</sup> DPS w Przemyślu.

<sup>273</sup> DPS w Łodzi (ul. Sierakowskiego 65).

<sup>274</sup> DPS w Warszawie *Leśny*.

<sup>275</sup> DPS w Gościeradowie.

<sup>276</sup> DPS w Raciborzu.

<sup>277</sup> DPS w Szczepieszynie.

<sup>278</sup> DPS w Gościeradowie.

<sup>279</sup> DPS w: Bystrzycy Kłodzkiej, Suszu.

<sup>280</sup> DPS w Choroszczy.

<sup>281</sup> ul. Baranowicka 203.





informacjami mieszkańiec ten od wczesnego dzieciństwa cierpi na ogólne zaburzenia rozwojowe w postaci autyzmu. Oprócz objawów typowych dla autyzmu, występują u niego również nagłe, nieprzewidywalne zachowania agresywne stwarzające niebezpieczeństwo dla osób trzecich (drapanie po twarzy, próby wkładania palców do oczu innych osób, rzucanie przedmiotami). W związku z powyższym mieszkańiec był wielokrotnie hospitalizowany psychiatrycznie oraz konsultowany przez terapeutów z Polskiego Stowarzyszenia Terapii Behawioralnej z Krakowa. Dyrektor placówki na bieżąco informowała sąd oraz MOPR o izolacji oraz aktualnej sytuacji mieszkańca.

Wskazać należy, iż mężczyzna ten przebywał w wizytowanym Domu od dnia 06.08.2002 r. Z kolei decyzją dyrektora PCPR z dnia 24.02.2010 r. na podstawie postanowienia Sądu Rejonowego z dnia 16.12.2009 r. został on skierowany do Domu Pomocy Społecznej *Jawor* w Jałowie dla osób przewlekłe psychicznie chorych, jednakże nie został tam przyjęty ze względu na brak miejsc. W dniu 20.04.2011 r. Sąd Rejonowy w Białymstoku wydał postanowienie zmieniające postanowienie z dnia 16.12.2009 r. o przyjęciu mieszkańca do dps poprzez orzeczenie przyjęcia całkowicie ubezwłasnowolnionego do domu pomocy społecznej dla osób autystycznych, mimo iż u.p.s. nie wyróżnia tego typu placówek. W związku z postanowieniem sądu MOPR w Białymstoku zwrócił się do sądu o wykładnię pojęcia *domu pomocy społecznej dla osób autystycznych*. W postanowieniu z dnia 28.06.2011 r. sąd wskazał, że jest to dps dostosowany do potrzeb osób autystycznych, czyli taki, jakim jest placówka pierwotna.

Tymczasem, zgodnie z opinią eksperta KMPT, który zapoznał się z dokumentacją medyczną mieszkańca, zapewnienie odpowiedniej dla niego opieki wymaga niestandardowego postępowania, zaangażowania dodatkowych kosztów, a przede wszystkim specjalistów zajmujących się osobami chorymi na autyzm. Ponadto ze względu na konieczność stałego stosowania środka przymusu bezpośredniego mieszkańiec ten nie powinien być umieszczony w domu pomocy społecznej. W przedmiotowej sprawie przedstawiciele KMPT zwrócili się do Krajowego Konsultanta ds. Psychiatrii o opinię<sup>282</sup> oraz zalecili dyrektorowi dps informowanie upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii o izolacji<sup>283</sup>. W od-

<sup>282</sup> Pisma z dnia 20.10.2014 r. oraz 23.02.2015 r.

<sup>283</sup> W piśmie z dnia 07.04.2015 r. dyrektor DPS w Białymstoku wskazał, że o stosowaniu w placówce pewnej niestandardowej formy izolacji informowany jest upoważniony przez marszałka województwa specjalista w dziedzinie psychiatrii. Mieszkańcowi umożliwiono codzienne korzystanie ze spacerów w asyście pracowników lub rodziców oraz zabiegi hydroterapeutyczne. Ponadto za zgodą opiekunów



powiedzi<sup>284</sup> Krajowy Konsultant ds. Psychiatrii wskazał jednak, że w jego opinii nie zachodzą żadne przesłanki uniemożliwiające pobyt mieszkańca w placówce<sup>285</sup>.

Także w DPS w Jarosławiu analiza dokumentacji (raport stanu mieszkańców) pozwoliła na ujawnienie stosowania wobec jednej z mieszkanek nieudokumentowanej i niezgłoszonej izolacji w pokoju jednoosobowym. Ponadto jeden z wpisów w dokumentacji medycznej mieszkanki wskazywał, że w sytuacji spowodowania przez nią zagrożenia życia i zdrowia mieszkańców i personelu został wobec niej użyty gaz pieprzowy. Z wyjaśnień dyrektora placówki wynikało, że wobec mieszkanki użyto nie gazu pieprzowego, ale co gorsza gazu łzawiącego, który po zarekwirowaniu jednemu z mieszkańców przechowywany był w dyżurce. Wobec powyższych ustaleń pracownicy KMPT za niedopuszczalne uznali stosowanie środków przymusu innych niż przewidziane w u.o.z.p.

W części placówek analiza zapisów zawartych w raportach pielęgniarskich, rozmowy z personelem oraz mieszkańcami pozwoliły wizytującym na ujawnienie sytuacji budzących poważne wątpliwości w zakresie ich oceny prawnej. Wśród nich wymienić należy: przytrzymywanie rąk niepełnosprawnej intelektualnie mieszkanki, która wymachując nimi broniła się przed spożyciem posiłku<sup>286</sup>, podania podstępem leków niepełnosprawnej intelektualnie mieszkanki, która mając zlecone stałe leki odmówiła przyjęcia części z nich<sup>287</sup>, unieruchomienie na czas podania lub przetoczenia płynów<sup>288</sup>, unieruchamianie mieszkańca na jego prośbę po spożyciu alkoholu lub pogorszeniu stanu zdrowia<sup>289</sup>. Podczas wizytacji w DPS w Łodzi<sup>290</sup> wizytujący zaobserwowali, iż dwoje mieszkańców było w trakcie obiadu przywiązanych pasem do fotela i wózka. Mieszkanka miała ponadto założony na głowę pas zrobiony z rajstop. Z wyjaśnień personelu wynikało, że mężczyzna niedawno przeszedł operację, a zabezpieczenie pasami miało uchronić go przed upadkiem, natomiast kobieta sama miała domagać się zabezpie-

---

prawnych wprowadzono mieszkańcowi do terapii nowy lek, którego efektem miało być ograniczenie zachowań agresywnych. Zorganizowano także spotkania ze specjalistami Ośrodka Szkolno-Opiekuńczo-Terapeutycznego dla Osób z Autyzmem.

<sup>284</sup> Pismo z dnia 07.04.2015 r.

<sup>285</sup> Sprawa mieszkańca jest aktualnie prowadzona przez Zespół Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego w BRPO.

<sup>286</sup> DPS w Zamościu.

<sup>287</sup> DPS w Zamościu.

<sup>288</sup> DPS w Suszu.

<sup>289</sup> DPS w Warszawie *Leśny*.

<sup>290</sup> DPS przy ulicy Sierakowskiego 65.



czenia. Pracownicy placówki twierdzili ponadto, iż niektórzy mieszkańcy są zabezpieczani pasami, żeby nie stała się im krzywda, w chwili gdy opiekunki zajęte są karmieniem i pielęgnacją innych osób.

Biorąc pod uwagę niejednoznaczny charakter przedstawionej powyżej kwestii, w opinii KMPT zachodzą wątpliwości w zakresie prawnej oceny wskazanych zachowań. Bardzo utrudnione jest bowiem określenie, czy przypadki te należy zakwalifikować jako bezpodstawne, tzn. bez spełnienia przesłanek określonych w art. 18 ust. 1 u.o.z.p., a także nieudokumentowane zastosowanie przymusu bezpośredniego, czy też jako mieszczące się w granicach wykonywanych czynności opiekuńczych wobec mieszkańców. Charakter przeprowadzonych działań może wskazywać na bezpodstawne użycie wobec mieszkańców przymusu w postaci przytrzymania. Z drugiej jednak strony należy mieć na uwadze, że stopień niepełnosprawności intelektualnej części mieszkańców lub ich zły stan zdrowia somatycznego stwarza konieczność stosowania rozwiązań nie mających oparcia w obowiązujących przepisach, jednakże uzasadnionych potrzebą ochrony życia i zdrowia tych osób. Celem przykładu można wskazać, iż osoby niepełnosprawne intelektualnie w wielu wypadkach mogą nie być świadome konsekwencji zdrowotnych wynikających z odmowy przyjmowania posiłków lub leków albo wybiórczego ich przyjmowania. W takich sytuacjach, wobec nieskuteczności metod perswazyjnych, personel postawiony jest przed dylematem, czy w danym przypadku można odstąpić od podania posiłku lub leku, czy też spowodowałoby to zagrożenie dla zdrowia lub życia mieszkańca, zwłaszcza w przypadku powtarzających się odmów ich przyjmowania. Przymusowe podanie leków lub pokarmu, jak to już zostało wskazane, rodzi z kolei wątpliwość, czy nie jest zachowaniem polegającym na bezpodstawnym użyciu przymusu bezpośredniego. Ponadto, jak zauważa T. Dukiet-Nagórska<sup>291</sup>, zawarte w art. 18 u.o.z.p. uprawnienie do posłużenia się przymusem bezpośrednim ograniczono poprzez wskazanie, że jest to możliwe *w toku wykonywania czynności przewidzianych w niniejszej ustawie*, wobec czego powstaje wątpliwość, czy *przymus bezpośredni może być stosowany w przypadku działań podjętych dla ochrony zdrowia somatycznego*.

Kolejną kwestią wymagającą rozstrzygnięcia jest podawanie mieszkańcom niepełnosprawnym intelektualnie leków podstępem. Praktyka taka może stanowić bowiem naruszenie prawa pensjonariuszy do wiedzy na temat leków, które przyjmują oraz samego faktu przyjęcia w danym momencie

<sup>291</sup> Komentarz do art. 18 u.o.z.p., LEX.



leku. Jednocześnie może to prowadzić do sytuacji, że mieszkańcy, którym leki podawane są podstępem, odmówią przyjęcia leków podanych jawnie z uwagi np. na odczuwane przez nich dobre samopoczucie oraz brak dolegliwości wynikający z systematycznego podawania leków bez ich wiedzy. Z drugiej jednak strony zdolności poznawcze części osób stawiają pod znakiem zapytania stopień świadomości odnośnie przyjmowanych leków oraz ich wpływu na stan zdrowia. W tej sytuacji zachodzi konieczność dokonania wyboru między poszczególnymi dobrami chronionymi prawem, tj. ochroną zdrowia mieszkańców a ich prawem do wiedzy o przyjmowanych lekach.

Zgodnie z art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodzie lekarza i lekarza dentystry*<sup>292</sup> lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta, a w sytuacji gdy pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego lub sądu opiekuńczego. W opinii T. Dukiet-Nagórskiej<sup>293</sup> w rozumieniu wskazanej regulacji zgody pacjenta wymagają wszystkie podejmowane przez lekarza działania, w tym również zlecana farmakoterapia. Z kolei M. Safjan<sup>294</sup> podkreśla, że *ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry powinna być w analizowanym zakresie interpretowana możliwie restryktywnie, a więc brak zdolności świadomego wyrażenia zgody na interwencję medyczną należy rozumieć jako stan w zasadzie pełnego braku świadomości, a nie tylko utrudnionego kontaktu ze światem zewnętrznym lub ograniczonej percepcji. W konsekwencji wątpliwości co do zdolności wyrażenia zgody na interwencję należy rozstrzygać na rzecz zasady autonomii pacjenta i uznawać, że wyrażenie przez niego zgody jest konieczną przesłanką dokonania czynności leczniczej.*

Również na podstawie art. 6 ust. 3 Europejskiej Konwencji Bioetycznej<sup>295</sup>, jeżeli zgodnie z obowiązującym prawem osoba dorosła nie posiada zdolności do wyrażenia zgody na interwencję z powodu ułomności czynności psychicznych, choroby albo innych powodów, interwencja medyczna może zostać przeprowadzona za zgodą przedstawiciela ustawowego, organu władzy albo innej osoby lub instytucji ustanowionej w tym celu na mocy przepisów prawa. Osoba poddana interwencji medycznej powinna jednak,

<sup>292</sup> Dz. U. z 2015 r., poz. 464.

<sup>293</sup> T. Dukiet-Nagórska, *Prawo i Medycyna...*, s. 78.

<sup>294</sup> M. Safjan, *Prawo i medycyna*, Warszawa 1998 r., s. 43.

<sup>295</sup> Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, Przyjęta przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 19 listopada 1996 r.



na ile to możliwe uczestniczyć w podejmowaniu decyzji. Art. 5c Deklaracji lizbońskiej<sup>296</sup> nakazuje natomiast uwzględnienie deklaracji ubezwłasnowolnionego pacjenta jeżeli wcześniej umożliwiono mu jej podjęcie.

Na podstawie powyższego można stwierdzić, iż personel domów pomocy społecznej powinien, w każdym przypadku w którym jest to możliwe, uzyskiwać zgodę mieszkańców na podanie im leku. Oczywiście nie ma obowiązku odbierania zgody przy każdorazowym wydaniu leków, gdyż zgodnie z art. 32 ust. 7 ustawy *o zawodzie lekarza i lekarza dentysty* zgoda może mieć charakter konkludentny, tzn. przejawiać się w takim zachowaniu, które wskazuje jednoznacznie na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym, czyli np. w dobrowolnym przyjęciu leków przez mieszkańca dps. Należy jednak pamiętać, że prawo osoby niepełnosprawnej nie ogranicza się tylko do wyrażenia zgody, w takim samym stopniu należy jej bowiem pozwolić na wyrażenie sprzeciwu<sup>297</sup>. W takiej sytuacji, jeśli osoba ubezwłasnowolniona, chora psychicznie lub niepełnosprawna intelektualnie dysponuje dostatecznym rozeznaniem, przeprowadzenie czynności medycznych wymaga, poza zgodą przedstawiciela ustawowego, również zgody sądu opiekuńczego<sup>298</sup> (art. 32 ust. 6 ustawy *o zawodzie lekarza i lekarza dentysty*).

Biorąc jednak pod uwagę fakt, że mieszkańcy domów pomocy społecznej mogą wybiórczo przyjmować lub odmawiać przyjęcia leków stale zleconych, a zgoda wyrażona przez nich samych, ich opiekunów prawnych lub sąd opiekuńczy nie może mieć charakteru blankietowego, a musi odnosić się do konkretnej sytuacji<sup>299</sup> zauważalna jest potrzeba dokonania kompleksowej, uwzględniającej zarówno aspekty prawne, jak i specyfikę pracy i opieki nad osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, a także w złym stanie zdrowia psychosomatycznej analizy przedstawionych problemów. W związku z powyższym omówione powyżej kwestie zostały w 2014 r. zasygnalizowane dyrektorowi Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej<sup>300</sup> oraz dyrektorowi Departamen-

<sup>296</sup> Deklaracja Praw Pacjenta ogłoszona przez Światową Organizację Zdrowia w 1981 r.

<sup>297</sup> M. Śliwka, Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawoporównawczym, Toruń 2008, s. 115.

<sup>298</sup> Jak wskazuje M. Malczewska użyte w ustawie sformułowania *dostateczne rozeznanie* i *świadome wyrażenie zgody* (art. 32 ust. 2 i ust. 6) mają odmienny zakres znaczeniowy. Określenie mówiące o braku zdolności do świadomego wyrażenia zgody lub sprzeciwu ma szerszy zakres od pojęcia działania z brakiem rozeznania, ponieważ będzie obejmować również pacjentów nieprzytomnych, M. Malczewska, Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Komentarz, Lex 2014.

<sup>299</sup> T. Dukiet- Nagórska, Prawo i Medycyna, Nr 6-7, s. 78.

<sup>300</sup> Pismo z dnia 22.08.2014 r.



tu Prawnego Ministerstwa Zdrowia<sup>301</sup>. Oba wskazane podmioty uznały się jednak wówczas za niewłaściwe do dokonania oceny wskazanych problemów<sup>302</sup>.

W dniu 25 maja 2016 r. w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich odbyło się jednak spotkanie robocze przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, przedstawicieli Zespołu do spraw Równego Traktowania z przedstawicielami wyżej wymienionych podmiotów. W trakcie spotkania ustalono, iż optymalnym rozwiązaniem analizowanego w niniejszym rozdziale problemu będzie opracowanie w dps procedur szczegółowo regulujących sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi niestandardowych form opieki. W procedurach takich należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkańcem, np. w sytuacji unieruchomienia go podczas posiłku, 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. W odniesieniu do podawania leków osobom z ograniczonymi możliwościami poznawczymi personel dps powinien przede wszystkim skonsultować z lekarzem, czy w danej sytuacji można jednorazowo odstąpić od podania leku czy też nie. W przypadku podjęcia przez lekarza decyzji o konieczności podania leku fakt ten powinien zostać odnotowany w dokumentacji z zastosowania przymusu bezpośredniego.

#### **6.4.5. Dyscyplinowanie**

W wielu spośród wizytowanych dps rozmowy z mieszkańcami, analiza prowadzonej przez personel dokumentacji oraz wewnętrznych procedur i regulaminów pozwoliła na ujawnienie problemu stosowania wobec części pensjonariuszy środków dyscyplinujących. Katalog wprowadzanych w DPS środków dyscyplinujących jest bardzo szeroki i obejmuje m.in.: przeniesienie

<sup>301</sup> Pismo z dnia 10.10.2014 r.

<sup>302</sup> Pismem z dnia 27.07.2014 r. zastępca dyrektora Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej przekazał sprawę Departamentowi Prawnemu Ministerstwa Zdrowia, natomiast w piśmie z dnia 31.10.2014 r. zastępca dyrektora Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia poinformował o braku właściwości Ministra Zdrowia do badania przypadków stosowania przymusu bezpośredniego.



do innego pokoju<sup>303</sup>, w tym do pokoju o niższym standardzie<sup>304</sup> umieszczenie z osobami o większym stopniu niepełnosprawności intelektualnej<sup>305</sup>, udzielenie upomnienia<sup>306</sup>, nagany<sup>307</sup>, nagany wraz z wpisem do akt osobowych<sup>308</sup>, upomnienia z umieszczeniem w aktach<sup>309</sup>, nagany w obecności współmieszkańców<sup>310</sup>, ostrzeżenia<sup>311</sup>, ograniczenie swobodnego dysponowania przez mieszkańca swoimi środkami pieniężnymi<sup>312</sup>, czasowe pozbawienie mieszkańca prawa do uczestnictwa w organizowanych przez dom wyjazdach turystycznych, imprezach integracyjnych i zabawach<sup>313</sup>, odroczenie wydania papierosów<sup>314</sup>, pozbawienie możliwości dokonania zakupu karty do telefonu lub zakupów w sklepiku<sup>315</sup>, zakaz wyjść do sklepu<sup>316</sup>, zakaz otrzymania sody czy lub kawy<sup>317</sup>, zakaz picia kawy<sup>318</sup>, pozbawienie artykułów tytoniowych<sup>319</sup>, wnioskowanie o przeniesienie do innej placówki<sup>320</sup> lub pozbawienie prawa przebywania w domu<sup>321</sup>, zakaz wyjść poza teren domu<sup>322</sup>, ograniczenie wyjść poza teren domu<sup>323</sup>, zakaz wyjazdów do domu rodzinnego<sup>324</sup>, kilkudniowy zakaz korzystania ze stołówki połączony z nakazem spożywania posiłków w pokoju<sup>325</sup>, nakaz kilkudniowego noszenia piżamy przez osoby, które samo-

<sup>303</sup> DPS: Ostrowcu Świętokrzyskim, Szczepieszynie, Wrześni, Wrocławiu, Nr 1 w Grudziądzu, Olkuszu, *Pogodna Jesień* w Łodzi, Biłgoraju, Rudzie Pilczyckiej, Słupi Pacanowskiej, Poznaniu (ul. Sielska 13), Lesznowoli.

<sup>304</sup> DPS w: Bielsku Białej, Jarosławiu, Rzeszowie (ul. Załęska 7a), Siedlcach, Wrocławiu (ul. Kaletnicza 8).

<sup>305</sup> DPS w Węgorzewie.

<sup>306</sup> DPS w: Gryficach, Ostrowcu Świętokrzyskim, Warszawie *Kombatant*, Jarominie, Siemianowicach Śląskich, Wrocławiu, Warszawie (ul. Parkowa 7), Biłgoraju, Kielcach (ul. Sobieskiego 30).

<sup>307</sup> DPS w: Ostrowcu Świętokrzyskim, Siemianowicach Śląskich, Nr 1 w Grudziądzu, Koronowie, Biłgoraju, Wrocławiu im. Świętej Rodziny, Włocławku (ul. Nowomiejska 19).

<sup>308</sup> DPS w Gryficach.

<sup>309</sup> DPS w Bielsku Białej, Wrocławiu (ul. Kaletnicza 8).

<sup>310</sup> DPS w: Gryficach, Biłgoraju.

<sup>311</sup> DPS w: Gryficach, Rudzie Pilczyckiej

<sup>312</sup> DPS w: Ostrowcu Świętokrzyskim, Pęcławicach Górnych.

<sup>313</sup> DPS w: Ostrowcu Świętokrzyskim, Wrześni, Koronowie, Słupi Pacanowskiej, Pińczowie, Słupsku.

<sup>314</sup> DPS w: Szczepieszynie, Braniewie.

<sup>315</sup> DPS w Szczepieszynie.

<sup>316</sup> DPS w Koronowie.

<sup>317</sup> DPS w Chorzowie.

<sup>318</sup> DPS w: Suszu, Elku *Tęczowy Dom*.

<sup>319</sup> DPS w Siemianowicach Śląskich.

<sup>320</sup> DPS w: Szczepieszynie, Biłgoraju, Pińczowie, Wrocławiu im. Świętej Rodziny, Wrocławiu (ul. Kaletnicza 8), Rudzie Pilczyckiej, Kielcach (ul. Sobieskiego 30).

<sup>321</sup> DPS w: Wrocławiu, Warszawie (ul. Parkowa 7).

<sup>322</sup> DPS w: Braniewie, im. Fundacji Brata Alberta w Łodzi, Wierzbicy, Chorzowie, Olkuszu, Mysłowicach, Suszu, Jarosławiu.

<sup>323</sup> DPS w Pęcławicach Górnych, Makowie Podhalańskim, Wrocławiu (ul. Kaletnicza 8), Wadowicach.

<sup>324</sup> DPS w Poznaniu *Serafitki*.

<sup>325</sup> DPS we Włocławku *Na Skarpie*.



wolnie opuszczają dom<sup>326</sup>, zakaz gromadzenia się w pokojach<sup>327</sup>, zakaz wyjścia z pokoju<sup>328</sup>, zakaz przyjmowania gości w pokojach<sup>329</sup>, zamykanie w łazience<sup>330</sup>, stawianie do kąta<sup>331</sup>, mycie okien<sup>332</sup>, wykonywanie prac porządkowych<sup>333</sup>, wysiłek fizyczny<sup>334</sup>, zakaz oglądania telewizji<sup>335</sup>, zakaz korzystania z komputera<sup>336</sup>, wygaśnięcie mandatu członka rady mieszkańców<sup>337</sup>.

Najpoważniejsze zastrzeżenia KMPT wzbudziły jednak przekazane przez mieszkańców DPS *Tęczowy Dom* w Ełku sygnały o stosowaniu kar cielesnych (policzkowanie, klapsy) oraz zimnych kąpeli wobec osób sprawiających problemy. W związku ze swoją niepełnosprawnością intelektualną mieszkańcy nie byli w stanie wskazać konkretnych osób odpowiedzialnych za tego typu zachowania oraz przedziału czasowego, w którym one miały miejsce, jednakże przekazanie identycznych relacji przez kilkoro dzieci w wysokim stopniu uprawdopodobniało ich wystąpienie<sup>338</sup>. W jednej z placówek zastrzeżenia wizytujących wzbudził katalog środków dyscyplinarnych stosowanych w razie nieprzestrzegania higieny osobistej przez mieszkańca: upomnienie dyrektora, nadzór uprawnionej osoby nad wykonywaniem danej czynności, w przypadku dalszego sprzeciwu mieszkanki czynności (mycie, ubieranie) można wykonać wbrew woli<sup>339</sup>.

Ustalenia poczynione przez wizytujących obrazują, iż środki dyscyplinarne stosowane są także w związku z nadużywaniem przez mieszkańców

<sup>326</sup> DPS w Przasnyszu.

<sup>327</sup> DPS w Braniewie.

<sup>328</sup> DPS w: Krakowie (ul. Łanowa 43), Ełku *Tęczowy Dom*, Augustowie (ul. 3 maja 57).

<sup>329</sup> DPS w Pęcławicach Górnych.

<sup>330</sup> DPS w Ełku *Tęczowy Dom*.

<sup>331</sup> DPS w Bydgoszczy *Słoneczko*.

<sup>332</sup> DPS im. Fundacji Brata Alberta w Łodzi.

<sup>333</sup> DPS w: Chorzowie, Węgorzewie, Rudzie Pilczyckiej, Skwierzynie, Kozuchowie.

<sup>334</sup> DPS w Poznaniu *Serafitki*.

<sup>335</sup> DPS w: Łodzi im. Fundacji Brata Alberta, Poznaniu *Serafitki*.

<sup>336</sup> DPS w Poznaniu *Serafitki*.

<sup>337</sup> DPS w Jarominie.

<sup>338</sup> W związku z powyższym zalecono dyrektorowi placówki przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego w tej sprawie. W odpowiedzi z dnia 6 czerwca 2014 r. (DPS/D/14/2014) dyrektor domu wskazała, że mieszkańcy którzy przekazali powyższą informację to osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i dominującymi zaburzeniami osobowości oraz zaburzeniami zachowania. Jeden z mieszkańców, którego dyrektor określiła jako *robiącego wszystko, aby przyciągnąć uwagę negatywnym zachowaniem i wymyślonymi faktami oraz prowokujący do konfliktów* następnego dnia po wizytacji miał spontanicznie przyznać, że *wymyślił historie o karach i cielesnych i polewaniu zimną wodą pod prysznicem i chwalił się tym przed kolegami*. Jednocześnie z odpowiedzi wynika, że dyrektor nie przeprowadziła postępowania wyjaśniającego uznając za czynnik przesadzający o ich nieprawdziwości stopień niepełnosprawności mieszkańców.

<sup>339</sup> DPS w Słupi Pacanowskiej.





alkoholu, w tym: czasowe ograniczenie wyjść poza teren domu<sup>340</sup>, zakaz wyjść poza placówkę<sup>341</sup>, zakaz uczestnictwa w wyjazdach i imprezach organizowanych przez dom<sup>342</sup>, ograniczenie swobody dysponowania środkami finansowymi<sup>343</sup> lub czasowe wstrzymanie ich wypłaty<sup>344</sup>, stanięcie przed sądem koleżeńskim, który najczęściej wymierzał karę wykonania prac porządkowych lub ograniczenia wyjść poza placówkę<sup>345</sup>, zmianę pokoju mieszkalnego<sup>346</sup> i przeniesienie do pokoju o niższym standardzie<sup>347</sup>, obowiązek noszenia piżamy<sup>348</sup>. W toku wizytacji Mechanizm ujawnił, iż w jednym dps<sup>349</sup> mieszkanka nadużywająca alkoholu była wielokrotnie karana przymusem przebywania w łóżku, którego nie mogła opuścić, gdyż zabierano jej wózek inwalidzki. Do innych, niewłaściwych metod zapobiegania nadużywaniu alkoholu należał także zakaz ubierania się, zakaz udziału w zabawach towarzyskich, uczestnictwo pracownika dps w prywatnych spotkaniach pensjonariuszki z osobami spoza placówki<sup>350</sup>.

W związku z powyższymi ustaleniami KMPT każdorazowo przypominał, iż regulacje wewnętrzne domów pomocy społecznej nie mogą wprowadzać postanowień w przedmiocie karania mieszkańców, w tym także nadużywających alkoholu. Wymierzone kary, również takie jak wskazane powyżej, pozostają w związku z wolnością osobistą jednostki chronioną przez art. 31 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 u.p.s. nie zawiera w przedmiotowej materii żadnej regulacji.

#### 6.4.6. Prawo do informacji

Z uwagi na szczególne znaczenie prawa do informacji, od którego realizacji w dużej mierze zależy skorzystanie przez mieszkańców dps

<sup>340</sup> DPS w: Ostrołęce *Wrzos*, Pęcławicach Górnych, Końskich.

<sup>341</sup> DPS w: Łodzi Nr 4, Jarominie.

<sup>342</sup> DPS w: Bielsku Białej, Psarskich, Krakowie *Seniora Naftowca*, Grudziądzu Nr 1.

<sup>343</sup> DPS w Pęcławicach Górnych.

<sup>344</sup> DPS w: Końskich, Górnice.

<sup>345</sup> DPS w Pińczowie.

<sup>346</sup> DPS w: Pęcławicach Górnych, Górze Kalwarii.

<sup>347</sup> DPS w: Słupsku, Wrocławiu (ul. Mączna 3), Katowicach *Zacisze*.

<sup>348</sup> DPS w: Legnickim Polu, Węgorzewie.

<sup>349</sup> DPS w Olkuszu.

<sup>350</sup> W odpowiedzi z dnia 27.02.2013 r. dyrektor placówki poinformowała, że zmodyfikowano wewnętrzne regulacje eliminując stosowanie kar regulaminowych wobec mieszkańców nadużywających alkoholu.



z przysługujących im praw, Mechanizm każdorazowo monitoruje sposób zapoznania pensjonariuszy z przysługującymi im prawami i obowiązkami oraz regulaminem danej placówki. W obszarze tym do najczęstszych nieprawidłowości należy zaliczyć, obok sygnalizowanego uprzednio zapoznawania z regulaminem jedynie opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych, brak pisemnego poświadczenia przez mieszkańca faktu zapoznania z regulaminem<sup>351</sup>, brak regulaminów w miejscach ogólnodostępnych<sup>352</sup> oraz danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka<sup>353</sup>.

Podczas wizytacji domów dla osób niepełnosprawnych intelektualnie zwrócono uwagę na problem systemowy polegający na braku odpowiednich materiałów lub też broszur informacyjnych dla osób o obniżonych zdolnościach poznawczych. Regulaminy domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, informacje pisemne udzielane mieszkańcom na temat ich praw i obowiązków oraz instytucji stojących na straży praw człowieka są dla większości z nich niezrozumiałe z uwagi na formę i treść prezentowanych materiałów oraz możliwości pensjonariuszy, wśród których jedynie nieliczni potrafią czytać. Sprawa ta pozostaje w zainteresowaniu Mechanizmu<sup>354</sup>.

<sup>351</sup> DPS w: Jaromlinie, Milanówku, Tolkmicku, Wierzbicy, Gryficach, Biłgoraju, Górze Kalwarii.

<sup>352</sup> DPS w: Warszawie *Kombatant*, Warszawie (ul. Parkowa 7), im. Fundacji Brata Alberta w Łodzi, Bydgoszczy *Słoneczko*, Tolkmicku, Psarskich, Bartoszczykach, Mogilnie, Wieleniu nad Notecią, Rudzie Śląskiej, im. Jana Pawła II w Otwocku.

<sup>353</sup> DPS w: Jaromlinie, Rzeszowie (ul. Powstańców Śląskich 4), Łodzi (ul. Sierakowskiego 65), Śremie, Warszawie *Kombatant*, Białogardzie, Gryficach, Żąbkowicach Śląskich, Ostrowcu Świętokrzyskim, Bystrzycy Kłodzkiej, Białymstoku (ul. Świerkowa 9), Darskowie, Giżycku, im. Fundacji Brata Alberta w Łodzi, Milanówku, Siemianowicach Śląskich (ul. św. Barbary 5), Skwierzynie, Bydgoszczy *Słoneczko*, Ostrołęce *Wrzos*, Braniewie, Bielawkach, Bartoszczykach, Bielsku-Białej, Łodzi (Nr 4), Słupi Pacanowskiej, Pińczowie, Płocku, im. Świętej Rodziny we Wrocławiu, Poznaniu (ul. Sielska 13, ul. Mińska 14), Poznaniu *Serafitki*, Warszawie *Pod Brzozami*, Warszawie *Leśny*, Skarżysku Kamiennej, Pęczalicach Górnych, Rudzie Pilzyczej, Końskich, Lęborku (nr 2), Słupsku, Świeciu, Zamościu, Żyrardowie, Wadowicach, Gościeradowie, Płazie, Biłgoraju, Górze Kalwarii, Grajewie, Krakowie (ul. Łanowa 43), Krakowie *Seniora Naftowca*, Legnickim Polu, Mysłowicach, Olsztynie, Przasnyszu, Przemysłu, Radomiu *Nad Potokiem*, Suszu, Węgorzewie, Otwocku (ul. Marii Konopnickiej 17), Zabrzdu, Moryniu, Kielcach (ul. Sobieskiego 30), Kielcach im. Florentyny Malskiej, Włocławku (ul. Nowomiejska 19), Wrocławiu (ul. Rędzńska 60/68).

<sup>354</sup> Tytułem przykładu można wskazać, że dyrektor DPS w Górnicy przeznaczony dla osób przewlekle psychicznie chorych zapowiedział w trakcie wizytacji przygotowanie informatora dla mieszkańców, w formie przystępnej broszury, wraz z mapką topograficzną zabudowań placówki.



## 6.5. Sytuacja osób z niepełnosprawnością

Kwestia przystosowania obiektów użyteczności publicznej oraz placówek takich jak m.in. domy pomocy społecznej pozostaje w szczególnym za interesowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich. Zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 r. przez Sejm RP Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych<sup>355</sup> osoby niepełnosprawne mają prawo życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Z kolei uregulowania KPON przewidują, że osobom niepełnosprawnym należy umożliwić niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. Zarówno Karta, jak i Konwencja dotyczą niepełnosprawnych mieszkańców dps. Nadto, zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia *w sprawie domów pomocy społecznej*, dom uznaje się za spełniający warunki jeżeli w zakresie usług bytowych budynek i jego otoczenia nie mają barier architektonicznych.

KMPT wspomagane przez przedstawicieli Fundacji *Polska bez barier* promującej zmiany, dzięki którym możliwe jest włączenie osób z niepełnosprawnościami w główny nurt życia społecznego i kulturalnego, podczas wizytacji w dps każdorazowo zwraca uwagę na spełnienie standardów dostępności poszczególnych elementów infrastruktury placówek z punktu widzenia osób niepełnosprawnych. Do najczęstszych nieprawidłowości w tym zakresie należą zbyt wysoko umiejscowione włączniki światła, kontakty, przyciski instalacji przywoławczej, klamki okien, wieszaki, lustra, zbyt wąskie drzwi, zbyt mała przestrzeń manewrowa dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, progi przed prysznicami, brak baterii umywalkowych z przedłużonymi dźwigniami i uruchamianych fotokomórką, umywalki z podporami uniemożliwiającymi dostęp do nich osobom poruszającym się na wózku inwalidzkim, zbyt strome podjazdy wiodące do budynków, brak kontrastów na drzwiach czy stopniach schodów, brak pętli indukcyjnych dla osób niesłyszących lub niedosłyszących, brak audiobooków w bibliotece.

W celu pełnego dostosowania domów pomocy społecznej do potrzeb osób niepełnosprawnych należy dążyć do spełnienia poniższych standardów dostępności:

- szerokość drzwi umożliwiającą wjazd wózkiem – min. 90 cm;
- wysokość włączników światła i przycisków sygnalizacji przyzywowej – 90–120 cm;

<sup>355</sup> M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475.



- schody powinny mieć oznaczenia kontrastowe (na dolnych i górnych stopniach) oraz oznaczenia przed biegiem stopni, co pozwoli na korzystanie z nich osobom niedowidzącym; to samo dotyczy oznaczeń przed każdym biegiem pochylni;
- poręcze przy schodach i przy pochylniach powinny mieć wysokość 90 cm (górna) i 75 cm (dolna), nadto prawidłowy rozstaw poręczy pochylni powinien wynosić 1–1,1 m;
- pochylnie wiodące do budynków mieszkalnych powinny mieć – w zależności od ich wysokości – kąt nachylenia, który nie przekracza 6% (przy wysokości powyżej 50 cm) lub 8% (przy wysokości poniżej 50 cm);
- w łazienkach wszystkie krany powinny mieć zamiast kurków przedłużoną dźwignię, ułatwiająca uruchomienie osobom ze słabszymi rękami, wysokość muszli ustępowej powinna pozostawać w granicach 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 mogła z niego skorzystać również osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim), a górna sięgać do wysokości stojącej osoby (rozwiązania te powinny również dotyczyć umywalk w pokojach osób poruszających się na wózkach inwalidzkich);
- we wszystkich pomieszczeniach i urządzeniach (windy), z których korzystają osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich przestrzeń manewrowa powinna wynosić 150x150 cm;
- klamki okienne w pokojach mieszkańców powinny być zamontowane tak, by dosięgła ich osoba siedząca na wózku inwalidzkim lub niskiego wzrostu, dotyczy to również wszelkich przycisków, kontaktów, skrzynek wrzutowych, dozowników i wieszaków – powinny one znajdować się na wysokości do 120 cm od powierzchni podłogi;
- skorzystanie z pętli indukcyjnej wspomagającej słyszenie osobom z odpowiednimi aparatami słuchowymi;
- czcionki we wszystkich pismach, komunikatach i tabelach wywieszanych na tablicach informacyjnych powinny być większe, aby z materiałami tymi mogły zapoznać się również osoby niedowidzące;
- udostępnianie dokumentów, książek w wersji audio z uwagi na potrzeby osób niewidomych i słabowidzących oraz wyposażanie komputerów przeznaczonych dla tych mieszkańców w program odczytu ekranu;



- zapewnienia zgodności stron internetowych placówek ze standardem WCAG 2.0 (strony internetowe zgodne z tym standardem są dostępne także dla osób z niepełnosprawnością) i uwzględnienia w przedstawianych na nich informacjach opisu dostępności i możliwości skorzystania z asysty dedykowanej do wymagającej jej osób odwiedzających.

Zaprezentowane standardy ustalone zostały przez Fundację *Polska bez barier*, zgodnie z zasadami planowania dostępności i uznane za optymalne dla dostosowania placówek wizytowanych przez KMPT. Ich spełnienie warunkuje zapewnienie mieszkańcom swobody i samodzielności w korzystaniu ze wszystkich pomieszczeń i urzędzeń w dps. Część z wyżej wskazanych rozwiązań została ponadto wymieniona w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. *w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie*<sup>356</sup>.

<sup>356</sup> Dz. U. z 2015 r., poz. 1422.

## 7. Rekomendacje

W niniejszym raporcie zobrazowano funkcjonowanie domów pomocy społecznej z perspektywy stanu przestrzegania praw osób w nich przebywających. Wnioski płynące z ustaleń KMPT oraz analizy obowiązujących regulacji prawnych uwidaczniają kilka obszarów problemowych wymagających zaangażowania po stronie ustawodawcy, resortów odpowiedzialnych za sytuację osób przebywających w placówkach opiekuńczych oraz kierownictwa i pracowników poszczególnych dps.

Ze strony Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej uwagi wymagają następujące kwestie:

- 1) podjęcie inicjatywy legislacyjnej w celu określenia na poziomie ustawowym sytuacji, w których możliwe będzie ograniczanie swobodnych, samodzielnych wyjść mieszkańców z budynku i terenu należącego do dps;
- 2) przeanalizowanie potrzeby unormowania kwestii stosowania w dps monitoringu wizyjnego oraz gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu;
- 3) określenie w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej *w sprawie domów pomocy społecznej*<sup>357</sup> standardu współpracy dps z psychologiem;
- 4) wprowadzenie w rozporządzeniu *w sprawie domów pomocy społecznej* obowiązku zapewnienia kontaktu z psychiatrą potrzebującym tego mieszkańcom z niepełnosprawnością intelektualną.

W odniesieniu do Ministra Zdrowia należy sformułować zalecenie podjęcia, w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do wprowadzenia przepisami u.o.z.p. możliwości objęcia kontrolą ze strony sędziów rodzinnych wszystkich domów, w których mogą przebywać osoby z zaburzeniami psychicznymi. Zmiany wymagają także przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*<sup>358</sup> w zakresie w jakim stwarzają aktualnie wątpliwości co do warunków jakim powinno

---

<sup>357</sup> Dz. U. z 2012 r., 964.

<sup>358</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 740.



odpowiadać pomieszczenie do stosowania przymusu bezpośredniego w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej.

Bacniejszej uwagi wymaga niewątpliwie problem zapewnianej mieszkańcom dps opieki medycznej. Sygnalizowane w raporcie trudności w dostępie do lekarzy specjalistów, specjalistycznych badań i zabiegów, występujące jeszcze braki w obsadzie pielęgniarskiej i formy zatrudniania pielęgniarek, czy też trudności w dostępie do informacji o stanie zdrowia mieszkańców wymownie świadczą o konieczności integracji działań w tym obszarze między ministerstwami odpowiedzialnymi za opiekę społeczną oraz za zdrowie.

Z aprobatą natomiast należy odnieść się do przygotowywanej Ministerstwo Zdrowia nowelizacji ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*<sup>359</sup>. Dzięki proponowanym zmianom możliwe będzie zapewnienie podstawowych gwarancji służących ochronie praw osób przebywających w domach pomocy społecznej, czyli wprowadzenie systemu cyklicznej kontroli legalności pobytu osób umieszczonych w placówce orzeczeniem sądowym, obowiązku wysłuchania przez sąd osoby ubezwłasnowolnionej, która na wniosek jej opiekuna prawnego ma być przyjęta do domu pomocy społecznej, czy też przyznanie osobom ubezwłasnowolnionym prawa do wnioskowania o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej. Należy także wyrazić nadzieję, że przyjęte w ostatnim czasie przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przepisy wykonawcze określające zasady funkcjonowania domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu przyczynią się do powstania większej liczby tego typu placówek i tym samym zredukowania nasilenia problemu nadużywania alkoholu przez część mieszkańców oraz związanych z nim implikacji.

Być może również zawarte w raporcie informacje dotyczące sytuacji przebywających w domach pomocy społecznej osób ubezwłasnowolnionych staną się kolejnym czynnikiem uzasadniającym konieczność podjęcia przez Ministra Sprawiedliwości działań zmierzających do zastąpienia instytucji ubezwłasnowolnienia nowym modelem systemu wsparcia osób niepełnosprawnych, uwzględniającym standardy wyrażone w art. 12 Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 13 grudnia 2006 r.<sup>360</sup>

Zarówno organy prowadzące domy pomocy społecznej, jak i ich kierownictwo powinny z kolei dołożyć wszelkich starań zmierzających do dostoso-

<sup>359</sup> Dz. U. z 2017 r., poz. 882 j.t.

<sup>360</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.



wania placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnością w zakresie dostępności samych obiektów, świadczonych w nich usług oraz przekazywanych informacji. Duży nacisk należy także kłaść na uwrażliwianie personelu na potrzeby oraz możliwości osób z niepełnosprawnością, tak by wzmacniać ich potencjał, podtrzymywać aktywność i samodzielność, zachęcać do podejmowania decyzji i wyrażoną przez nie wolę respektować.

Niewątpliwie wyeliminowania wymagają wszelkie nieprawidłowości w traktowaniu mieszkańców domów. Całkowity brak tolerancji w tym zakresie powinien dotyczyć przypadków naruszania nietykalności cielesnej pensjonariuszy, zastraszania, stosowanej wobec nich agresji werbalnej czy innych form niewłaściwego zwracania się, jak również wszelkiego typu zachowań mogących prowadzić do ich upokorzenia lub poniżenia. Z punktu widzenia praw osób przebywających w placówkach opiekuńczych nie do zaakceptowania są także działania nie znajdujące oparcia w obowiązujących przepisach i godzące jednocześnie w samo postrzeganie dps jako domu – miejsca zapewniającego poczucie bezpieczeństwa i przynajmniej minimum komfortu fizycznego i psychicznego – w tym przeprowadzanie kontroli pokoi, kontroli rzeczy należących do mieszkańców, czy też ich karania. Z pewnością zwiększonej uwagi i podniesienia świadomości personelu wymagają kwestie związane ze stosowaniem i prawidłowym dokumentowaniem przymusu bezpośredniego, tak by respektowane były wszystkie gwarancje prawne należne osobom wobec których przymus jest stosowany.





Fot. BRPO

DPS w Gdańsku – jadalnia



Fot. BRPO

DPS w Śremie – pokój mieszkalny

Fot. BRPO



DPS Kalina w Suwałkach – pokój w domku Spotkań z historią

Fot. BRPO



DPS Kalina w Suwałkach – Teatr Nestor



Fot. BRPO

DPS w Augustowie – pokój mieszkalny



Fot. BRPO

DPS nr 2 w Lęborku – pokój mieszkalny



Fot. BRPO

DPS w Ostrowcu Świętokrzyskim – pokój mieszkalny



Fot. BRPO

DPS w Ostrowcu Świętokrzyskim – pokój mieszkalny