



Warszawa, 22-01-2024 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Krajowy Mechanizm Prewencji**

**KMP.573.18.2023.DK**

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji  
„Domu Ufnej Starości” Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego à Paulo  
w Konstancinie-Jeziornej**

**1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur**

Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)<sup>1</sup>. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji RP)<sup>2</sup>. Podpisując OPCAT, Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w

---

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

<sup>2</sup> Dz. U. z 1997 r., Nr 78, poz.483.

Biurze RPO Zespołu - Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)<sup>3</sup>.

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem<sup>4</sup>. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”<sup>5</sup>.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego<sup>6</sup>. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane<sup>7</sup>.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu<sup>8</sup>.

---

<sup>3</sup> Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2023 r. poz. 1058; dalej: ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich).

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

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

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

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

<sup>8</sup> Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo „Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r., Część II - Jak pracuje KMPT?”, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-raport-dzialalnosc-kmpt-2022>.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg<sup>9</sup>. Celem wizytacji KMPT jest zidentyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ<sup>10</sup> oraz zalecenia organów międzynarodowych.

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

## **2. Zakaz represji**

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkańcy, personel, osoby odwiedzające) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie od tego, czy udzieliła informacji prawdziwej czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że „żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna

---

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

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

taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób”.

### **3. Uwagi wstępne na temat wizytacji**

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 6-7 listopada 2023 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację „Domu Ufnej Starości” Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego à Paulo w Konstancinie-Jeziornej (dalej: Dom, PCO, placówka).

W skład zespołu wizytującego wchodził: Oliwia Rybczyńska i Paweł Borkowski (prawnicy) oraz Dorota Krzysztoń (politolożka).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w placówce, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawienie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków pobytu wychowanków i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W ramach wizytacji dokonano następujących czynności:

- przeprowadzono rozmowę wstępną z s. Bogusławą Jaworowską – dyrektorką placówki (dalej: siostra dyrektor) i s. Haliną Niemiec – główną księgową;
- dokonano oglądu placówki, w tym m.in. pokoi pensjonariuszy, sanitariatów, gabinetu zabiegowego, jadalni i innych przestrzeni wspólnych, w tym terenu zielonego wokół budynków;

- przeprowadzono indywidualne rozmowy z pensjonariuszami i pracownikami placówki, w warunkach zapewniających poufność;
- dokonano analizy wybranej dokumentacji dostępnej w Domu;
- wykonano dokumentację fotograficzną.

W ostatnim dniu wizytacji działania KMPT sfinalizowane zostały poinformowaniem siostry dyrektor i głównej księgowej PCO o wstępnych ustaleniach dokonanych po przeprowadzeniu czynności. Wizytujący wysłuchali także ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji poddano analizie dokumentację i informacje związane z funkcjonowaniem placówki.

Podczas wizytacji w przedmiocie zainteresowania KMPT każdorazowo pozostają zagadnienia związane z: legalnością pobytu mieszkańców w placówce, ich traktowaniem przez personel, kwalifikacjami zawodowymi kadry, prawem do informacji, prawem do kontaktu ze światem zewnętrznym, prawem do ochrony zdrowia, prawem do praktyk religijnych, a także warunkami bytowymi.

W niniejszym raporcie uwzględniono jedynie te obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Nadto wskazane są mocne strony Domu, które mogą być powielane, jako dobre praktyki, w innych tego typu placówkach.

#### **4. Charakterystyka placówki**

„Dom Ufnej Starości” prowadzony jest przez Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego à Paulo Prowincji Warszawskiej (dalej: Zgromadzenie), z siedzibą w Warszawie przy ul. Tamka 35. Działa na podstawie decyzji Wojewody Mazowieckiego Nr 19/2011 z dnia 10 sierpnia 2011 r., zezwalającej na prowadzenie PCO w ramach działalności statutowej na czas nieokreślony, i wpisany jest do rejestru placówek

zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku pod poz. nr 66/2011.

PCO mieści się w uzdrowiskowym Konstancinie-Jeziornie, na obrzeżach Warszawy.

Dom przyjmuje chętnych na stałe lub okresowo, zarówno długoterminowo, jak i na krótkie pobyty. Pojemność placówki to 57 miejsc, w dniu wizytacji obecnych było 38 osób, głównie kobiet, przebywających w większości na stałe w PCO.

## **5. Dobre praktyki i mocne strony**

### **5.1. Współpraca z wolontariuszami oraz placówkami dla dzieci i młodzieży**

W PCO regularnie pracuje 8 wolontariuszek (m.in. członkinie rodzin zmarłych już mieszkanek Domu), które pomagają personelowi w codziennej opiece nad pensjonariuszami placówki. Ponadto jedna z pań zajmuje się sprawami kadrowymi PCO, a emerytowana siostra ze Zgromadzenia prowadzącego Dom jest instruktorką terapii zajęciowej. Taki wymiar i stałość współpracy świadczą o dobrej atmosferze w Domu i o zaangażowaniu emocjonalnym wolontariuszek w kontakt z mieszkańcami, z korzyścią dla nich. Jest to cenne nie tylko w zakresie szerszej gamy samych usług, np. higienicznych, ale też z perspektywy kontaktów ze światem zewnętrznym, do którego z racji schorzeń charakterystycznych dla podeszłego wieku mieszkańcy sami nie są zawsze w stanie dotrzeć.

W tym samym – wzmacniającym więź z rzeczywistością poza PCO – kontekście należy traktować odwiedziny mieszkańców przez dzieci z pobliskich przedszkoli czy młodzież z placówek edukacyjno-wychowawczych, organizowane z okazji świąt czy np. Dni Babci i Dziadka.

### **5.2. Utrzymywanie bezpośredniego kontaktu z mieszkańcami przebywającymi w szpitalach**

Dbłość prowadzących Dom o komfort emocjonalny pensjonariuszy wyraża się szczególnie w formie opieki i podtrzymywania kontaktów w najtrudniejszych dla człowieka momentach, jakimi jest choćby pobyt w szpitalu. Pracownicy PCO odwiedzają mieszkańców w placówkach służby zdrowia, co jest dobrą praktyką na tle innych tego typu domów.

### **5.3. Otwartość na przyjmowanie nowych pensjonariuszy z ich zwierzętami czy meblami**

W tym samym obszarze empatycznego podejścia do pensjonariuszy na uznanie zasługuje fakt, że kadra zarządzająca Domem przychylnie reaguje na prośby o przyjęcie chętnych do zamieszkania w PCO wraz z własnymi meblami (w miarę możliwości lokalowych i za zgodą współużytkowników pokoju). Personel jest też otwarty na przyjmowanie nowych pensjonariuszy z ich zwierzętami, np. kotami. Ci, którzy ich nie mają lub nie mogą się nimi opiekować z uwagi na stan zdrowia, mają możliwość kontaktu z 3 kotami, które zaadoptowała sama placówka.

Możliwość urządzania pokoi według własnych preferencji, na wzór dotychczasowego miejsca zamieszkania, z pewnością wpływa dobrze na stan psychiczny osoby, która tak radykalnie zmienia swoje życie. Przenosiny z domu rodzinnego do placówki wiążą się zawsze z dużą zmianą, stresem i mogą być przyczyną pogorszenia zdrowia psychicznego. Posiadanie wokół znanych przedmiotów z pewnością wpływa na zwiększenie poczucia bezpieczeństwa w nowym miejscu.

Natomiast interakcje ze zwierzętami, w świetle badań naukowych okazują się cenne w przypadku depresji, zaburzeń lękowych, schizofrenii czy procesów otępiennych, mają pozytywny wpływ na funkcjonowanie osób w wieku podeszłym

oraz niosą korzyści dla zdrowia somatycznego<sup>11</sup>. Osoby z niepełnosprawnością i starsze, dzięki możliwości opieki nad zwierzęciem, są aktywniejsze (wizyty u weterynarza, spacer i kontakty z innymi opiekunami zwierząt) oraz mimo zależności od wsparcia innych osób, z racji pobytu w placówce, mają wciąż poczucie, iż są ważne i potrzebne. Mruczenie głaskanego kota czy śpiew ptaków działa terapeutycznie na człowieka. W tym zakresie uwagę wizytujących zwróciło również to, iż personel placówki, budując i zawieszając liczne budki dla ptaków na drzewach, zadbał, by do parku, gdzie czas spędzają również osoby leżące, wywożone na dwór na wózkach, przylatywały ptaki, których odgłosów można słuchać.

#### **5.4. Organizacja opieki zdrowotnej w zakresie chorób somatycznych**

PCO zapewnia opiekę lekarza internisty, który przychodzi do pokoi pacjentów 2 razy w tygodniu, oraz wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską (wśród kadry etatowej placówki jest 5 pielęgniarek i 3 opiekunki medyczne). Dodatkowo Dom umożliwia specjalistyczną opiekę lekarską, świadczoną przez odwiedzających lekarzy specjalistów (w tym psychiatrę), usługi rehabilitacyjne (w placówce działa 3 rehabilitantów, również w zakresie indywidualnym), optyczne, stomatologiczne i inne, według indywidualnych potrzeb pensjonariuszy.

Ponadto część kadry przeszła dodatkowe szkolenia, pogłębiające wiedzę pielęgniarską w zakresie opieki nad osobami, które mieszkają w PCO (m.in. „Pielęgniarstwo przewlekle chorych i niepełnosprawnych”, „Odleżyny – problem współczesnej medycyny”, „Pielęgniarstwo opieki długoterminowej”, „Szkolenie z pierwszej pomocy”, „Praca z osobą chorą na Alzheimera”). Większość przyjętych przez Dom procedur to modelowe, warte powielania instruktarze opieki, np. „Zapobieganie zapaleniu płuc u leżących mieszkańców”, „Zmiana bielizny pościelowej z chorym leżącym w łóżku”, „Toalety jamy ustnej u ciężko chorego mieszkańca z protezą

---

<sup>11</sup> Zob. np. <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/40405/32060>.



zębowa”, „Wykonanie wlewki doodbytniczej”, „Podawania czopków”, dodatkowo wskazujące na trud zadań, z jakimi w praktyce mierzy się personel Domu.

Na potrzeby zewnętrznych wizyt lekarskich i innych placówka zapewnia własny transport lub organizuje transport medyczny NFZ.

Zważywszy literalną treść art. 68 ust. 3 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej<sup>12</sup>, wizytowany Dom wychodzi poza ustawowe minimum i w opisanym zakresie wyróżnia się na tle innych tego typu placówek.

## **6. Problemy systemowe**

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

Umowa na sprawowanie opieki w placówce zawierana jest między osobą kierującą PCO a opiekunami faktycznymi osoby umieszczonej w Domu. Według relacji siostry dyrektor zdarza się, że stroną umowy jest bliska znajoma tej osoby, która troszczy się o los pensjonariusza w miejsce rodziny, natomiast zawsze dodatkowy podpis pod umową składają mieszkańcy, których stan zdrowia pozwala na zawarcie umowy, jednakże sytuacje te nie są częste. Faktycznie, w czasie wizytacji KMPT w placówce przebywały osoby, które nie były ubezwłasnowolnione, jednak ich stan zdrowia i poziom świadomości mógł nie pozwalać na ważne zawarcie umowy czy złożenie skutecznego oświadczenia woli.

W ocenie KMPT powyższy problem ma charakter systemowy, wymagający stworzenia odpowiednich przepisów prawnych, które zapewnią ochronę praw osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji.

---

<sup>12</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 901 ze zm.

KMPT podkreśla, że podmioty działające w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są w żaden sposób legitymowane w świetle obowiązujących przepisów do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia jej w placówce całodobowej opieki, nawet jeśli osoba taka znajduje się w złym stanie psychofizycznym i sama nie jest w stanie złożyć podpisu pod umową o świadczenie usług lub oświadczeniem woli pobytu. Brak odpowiednich rozwiązań systemowych rodzi sytuację, w której umowa podpisana jest przez opiekuna faktycznego, który nie posiada upoważnienia do jej podpisania w imieniu mieszkańca. Brak podpisu strony pod umową dekompletuje jej elementy konieczne (do których w przypadku umów pisemnych należy podpis – art. 78 § 1 kodeksu cywilnego). To zaś prowadzi do braku podstawy do umieszczenia mieszkańca w domu opieki. Placówkom całodobowej opieki nie można czynić zarzutu, że przyjmują osoby wymagające opieki mimo braku formalnego umocowania wnioskodawców. Czynią to bowiem, mając na względzie dobro pensjonariusza. Nie można jednak tracić z pola widzenia, że jest to sytuacja niezgodna z prawem. Chodzi bowiem o podejmowanie przez osobę nieuprawnioną decyzji w sprawie wolności innej osoby.

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

Pożądanym byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. poprzez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej

sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażanej w trybie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>13</sup> czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym<sup>14</sup>. Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony osób przyjmowanych do takich placówek, które to osoby obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

Rzecznik Praw Obywatelskich na początku 2022 r. wystosował w tej sprawie wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej<sup>15</sup>. Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministerstwem Sprawiedliwości<sup>16</sup>. Sprawa nadal pozostaje w zainteresowaniu Rzecznika oraz KMPT.

Warto w tym miejscu wskazać, że także Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej: CPT) zwrócił uwagę na tę kwestię w swoim raporcie z wizyty w Polsce w 2009 r. Jak zauważył CPT, należy podjąć kroki, aby mieszkańcy niezdolni do wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie ich w placówce, nieposiadający opiekuna (rozumianego jako opiekuna prawnego) i niemający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu<sup>17</sup>.

## **6.2. Monitoring wizyjny**

Na terenie placówki zainstalowano monitoring wizyjny. Kamery znajdują się wyłącznie w wydzielonej części terenu zewnętrznego (brama wjazdowa, furtka

---

<sup>13</sup> Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 ze zm.).

<sup>14</sup> Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r., poz. 2123).

<sup>15</sup> Zob. Wystąpienie Generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022.KK.

<sup>16</sup> Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25 lutego 2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP.

<sup>17</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, p. 166.

wejściowa, obszar parkingowy), a podgląd z monitoringu nie jest dostępny dla osób trzecich, tudzież – zgodnie z informacją siostry dyrektor – archiwizowany.

Choć monitoringowi nie podlegały ani pomieszczenia PCO, ani teren użytkowanego przez mieszkańców parku, to z uwagi na fakt, że zarówno odwiedziny mieszkańców, jak ich samodzielne wyjścia poza Dom mogą być w ten sposób kontrolowane, należy zwrócić uwagę, że kwestia stosowania monitoringu w placówkach całodobowej opieki od kilku lat jest przedmiotem analizy KMPT.

Rozwiązanie takie służy niewątpliwie poprawie bezpieczeństwa w placówce i samych pensjonariuszy. Warto jednak podkreślić, że monitorowanie tego typu placówek może stanowić formę ingerencji w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku, o czym powinni oni być poinformowani np. w formie tabliczki informacyjnej w miejscu wjazdu (w przypadku wizytowanego PCO). Dla legalności tego rodzaju kontroli istotne jest, żeby ograniczenie to spełniało przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. Obecnie bowiem żadne przepisy regulujące funkcjonowanie placówek całodobowej opieki nie określają tej kwestii.

O powyższym problemie systemowym Rzecznik Praw Obywatelskich informował już odpowiednie władze. W 2016 r. RPO wystosował wystąpienie generalne do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w którym wskazywał, że ustawodawca nie zawarł w ustawie o pomocy społecznej przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań<sup>18</sup>. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.<sup>19</sup> Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

## **7. Obszary wymagające poprawy**

---

<sup>18</sup> Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

<sup>19</sup> Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

## 7.1. Legalność pobytu

Jak wskazano w punkcie 6.1 raportu, umowy, których przedmiotem jest pobyt pensjonariuszy w placówce, nie są zawierane z mieszkańcami, ale z ich faktycznymi opiekunami. Zauważyć w tym miejscu należy, że w czasie wizytacji nie było osób ubezwłasnowolnionych, których na mocy decyzji sądowej reprezentowałby opiekun prawny.

Wprawdzie od niektórych nowo przyjmowanych osób odbiera się dodatkowo pisemne zgody na umieszczenie w PCO (końcowa część umowy zatytułowana „oświadczenie osoby umieszczanej”), ale przedstawiciele KMPT ujawnili w dokumentacji placówki braki oświadczeń osób, których stan zdrowia pozwalał na złożenie świadomego podpisu. Wśród przeanalizowanych przez KMPT umów były i takie, w których brakowało informacji, kto i kiedy podpisał się pod tą częścią dokumentu. W jednym przypadku wizytujący zauważyli umowę podpisaną przez osobę, u której stwierdzono zespół otępienny (co w obserwacji wizytatorów Krajowego Mechanizmu w bezpośrednim kontakcie z mieszkańcami oznaczało niemal całkowity brak kontaktu mieszkańca ze światem zewnętrznym).

Biorąc pod uwagę stwierdzone przez KMPT mankamenty, na wstępie należy zauważyć, iż konstrukcja umowy, którą posługuje się placówka, z założenia nie uwzględnia nowo przyjmowanej osoby jako jej strony. Niezależnie od opisanego wcześniej problemu systemowego, takie podejście, odbierające podmiotowość pensjonariusza, również w pełni świadomej swojej sytuacji i pełnoprawnego, należy uznać za wadliwą praktykę. Nijak ma się ona zresztą do treści § 9 rozdziału IV „Regulaminu organizacyjnego Domu Ufnej Starości”, zgodnie z którym „Mieszkanka Domu ma prawo między innymi do (...) uczestniczenia w podejmowania decyzji w sprawach dotyczących jej osoby”.

Umieszczenie w PCO 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 jest z gwarantowanymi postanowieniami art. 31 Konstytucji RP wolnością, której ograniczenie może nastąpić jedynie w przypadku sytuacji określonej w akcie prawnym rangi ustawowej. W tym kontekście zgoda na umieszczenie w PCO innych osób niż sama osoba zainteresowana, w dodatku własnowolna i świadoma swojego działania, ma zdecydowanie irrelevantny charakter.

Kolejna sprawa to pozycja oświadczającego, która nie pozwala stwierdzić, jaka jest faktyczna rola pensjonariusza podczas podpisywania umowy, tym bardziej że jego podpis jest umiejscowiony na końcu umowy. Konstrukcja umów powinna być czytelna w zakresie dotyczącym tego, czy pensjonariusz jest jej stroną; jeżeli nie został ubezwłasnowolniony i jest w stanie wyrazić świadomą zgodę na pobyt w PCO, to równie dobrze może podpisać samą umowę jako jej strona. Taka zmiana umożliwi zachowanie transparentności procesu przyjmowania pensjonariuszy do placówki i pozwoli uniknąć zarzutów, że pensjonariusze przebywają w placówce niedobrowolnie.

W przypadku, gdy osobą płacącą za pobyt w PCO nie jest sam mieszkaniec, rozważyć można podpisywanie dwóch umów ze sobą powiązanych: jednej dotyczącej pobytu i drugiej – jego finansowania.

Osobom, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem (z uwagi na stan zdrowia uniemożliwiający pisanie), należy umożliwić złożenie tuszowego odcisku palca<sup>20</sup>.

Odrębną sprawą, niemniej łączącą się z zagadnieniem legalności pobytu mieszkańców w PCO, jest fakt, że choć wizytującym przedstawiona została informacja o przyjmowaniu do Domu wyłącznie kobiet, mająca odzwierciedlenie w treści materiałów placówki na stronie internetowej oraz „Statutu Domu Ufnej Starości” i „Regulaminu organizacyjnego Domu Ufnej Starości”, to jednak podczas oglądu PCO, przedstawiciele KMPT natrafili na starszego mężczyznę zajmującego odrębne miejsce – mieszkanie po zmarłym księdzu. Wizytujący nie odebrali sygnałów o problemach z tym związanych dla mieszkanki Domu, zatem zalecić należy dostosowanie do tej sytuacji dokumentów regulujących funkcjonowanie placówki i ogłoszenie na stronie internetowej, że PCO przyjmuje również mężczyzn, w celu poprawienia transparentności usług.

## **7.2. Dokumentacja**

Słabą stroną PCO jest prowadzona dokumentacja i orientacja prowadzących placówkę co do treści przepisów regulujących funkcjonowanie tego typu instytucji, tudzież należnego w świetle prawa postępowania, w przynajmniej części przypadków spraw typowych dla sytuacji osób starszych, zależnych od swoich bliskich czy niemających środków na pełną opłatę za pobyt w Domu. To wprawdzie pośrednio, niemniej jednak istotnie, może wpłynąć na sposób traktowania mieszkańców Domu.

### **7.2.1. Przedmioty pozostawiane w Domu**

---

<sup>20</sup> Zgodnie z art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2023 r. poz. 1610 ze zm.): „Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać”.

Odzwierciedleniem tego problemu są już wskazane wcześniej wady umowy, ale zastrzeżenia KMPT dotyczą też wyłączenia przez zwizytowaną placówkę odpowiedzialności za rzeczy pozostawione w Domu i odbieranie ich mieszkańcom celem przekazania rodzinom, ewentualnie pozostawianie w depozycie PCO dokumentów i pieniędzy, za zgodą ich bliskich.

W powyższym celu od mieszkańców odbierane jest „Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przechowywanie dokumentów” w depozycie placówki. W praktyce są to zarówno dowody osobiste, legitymacje emerytalne, jak i pieniądze. Choć pensjonariusze PCO w rozmowach indywidualnych nie skarżyli się na brak dostępu do swoich środków czy utrudnienia w robieniu zakupów, należy zwrócić uwagę na dwie kwestie.

Pierwszą z nich jest omawiana już dyskusyjna sprawa możliwości wyrażenia świadomej zgody na tę procedurę przez część pensjonariuszy placówki w gorszym stanie zdrowia, tudzież nagminne podpisywanie tego oświadczenia przez opiekunów faktycznych w miejsce samych mieszkańców. Jak wskazała siostra dyrektor, personel placówki nie miał do czasu informacji od wizytujących świadomości, iż istnieje konieczność odbierania oświadczeń od samych mieszkańców w tej sprawie.

Na ten problem KMPT zwracał uwagę m.in. w swoich raportach<sup>21</sup> rocznych: „W kilku przypadkach<sup>22</sup>, w dokumentacji indywidualnej mieszkańców znajdowały się ich dowody osobiste, nie było jednak żadnych oświadczeń wskazujących, że dobrowolnie przekazali swoje dokumenty do przechowania. Tymczasem w myśl art. 79 pkt 2 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych<sup>23</sup>, kto zatrzymuje bez podstawy prawnej cudzy dowód osobisty, podlega karze ograniczenia wolności albo karze grzywny. Zgodnie jednak z wykładnią dokonaną przez Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 9 grudnia 2010 roku o sygnaturze II AKa 397/10,

---

<sup>21</sup> Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r., <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-raport-dzialalnosc-kmpt-2022>.

<sup>22</sup> Dom Spokojnej Jesieni „Beatus” w Krakowie (KMP.573.14.2022), Dom Opieki w Kaleniu (KMP.573.23.2022).

<sup>23</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 671.



*znamiona wykroczenia (...) polegającego na zatrzymaniu cudzego dowodu osobistego nie są wypełnione, jeżeli wejście w posiadanie dowodu nastąpiło za akceptacją i przyzwoleniem osoby uprawnionej”.*

Drugim problemem jest to, że ten sam dokument zawiera część pt. „Porozumienie”, wyłączające odpowiedzialność PCO za przekazane przedmioty i inne rzeczy użytkowane na co dzień przez mieszkańców: „Dom nie ponosi żadnej odpowiedzialności za gotówkę i przedmioty wartościowe (np. zegarki, kruszce szlachetne i wyroby z tych kruszców oraz drogie kamienie (biżuteria), karty płatnicze wszelkiego rodzaju, klucze, dokumenty, przenośny sprzęt elektroniczny, telefony komórkowe – pozostawione przez Opiekuna przy Mieszkance”.

Przedstawiciele KMPT rozumieją trudności, z jakimi boryka się personel tego typu placówek, zderzający się z sytuacjami, o których mówiła siostra dyrektor (np. z koniecznością wyjmowania biżuterii z czyichś pieluchomajtek). Mogą się też zdarzać niesłuszne oskarżenia o kradzieże, stawiane przez osoby z zaburzeniami pamięci. Jednakże obowiązkiem Domu jest zapewnienie bezpieczeństwa rzeczy osobistych. Niedozwolone są więc postanowienia takie jak to, że placówka w ogóle nie bierze odpowiedzialności za pieniądze, biżuterię, pamiątki rodzinne<sup>24</sup>.

### **7.2.2. Przedmioty oddawane rodzinom**

Pokłosiem obaw personelu PCO o zaginięcia własności mieszkańców jest praktyka przekazywania rodzinie czy niespokrewnionym opiekunom faktycznym tak osobistych przedmiotów wartościowych mieszkańców, jak łańcuszek czy pierścionek. Brak jest pisemnych zgód pensjonariuszek na praktykę w opisanym obszarze, poświadczenia odbioru przedmiotów podpisują osoby je odbierające, choć do dysponowania tymi rzeczami nie jest uprawniony ani PCO, ani bliższa czy dalsza rodzina pensjonariuszy.

---

<sup>24</sup> Zob. [https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news\\_id=12351](https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12351).

Na ten problem należy spojrzeć również z ludzkiej strony i zauważyć, iż część odbieranych w ten sposób mieszkańcom przedmiotów stanowi dla nich pamiątkę mogącą mieć głębokie znaczenie sentymentalne i emocjonalne, służyć jako środek wyrażania siebie, komunikacji i osobistego wzmocnienia. W czasie stresu związanego np. ze zmianą miejsca zamieszkania z domu rodzinnego na PCO posiadanie przez mieszkańców np. biżuterii o wartości sentymentalnej może zapewnić komfort i poczucie stabilności. Odbierając im ją, poczucie to można zniweczyć.

Reasumując, nie sposób zatem nie zauważyć, że odbieranie mieszkańcom wartościowych przedmiotów, by przekazać je np. ich rodzinie, stanowi nadmierną ingerencję we własność i prywatność pensjonariuszy Domu oraz stanowi dla tych osób krzywdzącą praktykę, od której należy odstąpić.

### **7.2.3. Dokumentacja prywatna poza depozytem**

Mimo istnienia wspomnianego depozytu, gdzie za zgodą własnowolnego i świadomego mieszkańca można teoretycznie pozostawiać swoje dokumenty, wizytujący ujawnili przypadek przechowywania przez personel Domu testamentu odręcznego jednej z osób, w jej dokumentacji indywidualnej. Nie jest czytelne, z jakich powodów ten dokument się tam znalazł. Nie było też żadnej adnotacji o jego przechowywaniu w dokumentacji placówki, pisma mieszkanki wnioskującej o jego przechowywanie w administracji PCO, po prostu umieszczono go wśród innych dokumentów. W ten sposób istniało poważne ryzyko jego zaginięcia, przeczytania lub zabrania przez osoby nieuprawnione, ewentualnie nieujawnienia jego treści po śmierci pensjonariuszki w razie zapomnienia o jego istnieniu.

Przedstawiciele KMPT zwracają uwagę, że testament to bardzo ważny akt, który decyduje o podziale majątku po śmierci. Dla pewności, że zostanie znaleziony i wykonany zgodnie z ostatnią wolą mieszkańca, należy przechowywać go w bezpiecznym miejscu. Nie ma przeszkód, ani prawnych, ani faktycznych, aby

testament był przechowywany u osób darzonych zaufaniem, np. osób duchownych. Jeżeli jest on przechowywany przez placówkę, to należałoby zabezpieczyć go przed zaginięciem i zapoznawaniem się z jego treścią przed otwarciem spadku, a więc w nieprzezroczystej kopercie i z odnotowaniem tego faktu w dokumentacji.

Bezpiecznym miejscem do przechowywania testamentu jest też kancelaria notarialna, choć jak wyżej zaznaczono, nie jest to rozwiązanie obligatoryjne. Składając testament u notariusza można wnioskować np. w jego treści, aby został zarejestrowany w Notarialnym Rejestrze Testamentów (NORT). NOTR został utworzony przez Krajową Radę Notarialną. Celem rejestru jest z jednej strony, zmniejszenie ryzyka, że testament pozostanie nieznany lub będzie ujawniony z opóźnieniem, a z drugiej strony - ułatwienie ujawnienia tegoż testamentu po śmierci testatora.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu zalecają zadbanie o przechowywanie wszystkich dokumentów prywatnych mieszkańców Domu, z odebraniem pisemnej ich zgody lub wniosku w tej sprawie, w sposób umożliwiający ich odnalezienie i gwarantujący bezpieczeństwo danych w nich zawartych, a także brak dostępu do nich osób nieupoważnionych przez pensjonariusza lub ich zwrot właścicielom ze wskazaniem na ewentualne inne możliwości ich przechowywania.

#### **7.2.4. Blokowanie dostępu do spraw urzędowych mieszkańców przez osoby trzecie**

Kolejnym budzącym kontrowersje wizytującym dokumentem była prośba córki jednej z mieszanek o niedopuszczanie przez personel placówki do jej mamy urzędników państwowych, tudzież nieprzekazywanie jej korespondencji urzędowej, uzasadniona troską o stan jej zdrowia psychicznego.

Nie jest jasne, jak potraktowano to pismo, jaki był faktyczny stan mieszkanki w czasie jego składania (pismo dotyczyło połowy roku 2022), jakie były faktyczne intencje

wnioskującej i o jakie sprawy urzędowe chodziło, jednak KMPT zaleca – poza adnotacjami co do sposobu załatwienia sprawy, o czym dalej w niniejszym raporcie w kontekście prawa do składania skarg i wniosków – daleko idącą ostrożność w traktowaniu tego typu próśb. Jak wskazano wyżej w części dotyczącej legalności pobytu, osoby trzecie nie mogą ingerować w prawa własnowolnych mieszkańców do decydowania o swoim losie. Nikt nie może być bezprawnie pozbawiony kontaktu ze światem zewnętrznym, a Dom nie może być instytucją utrudniającą działalność urzędów państwowych. Wszelkie tego typu sprawy powinny być załatwiane według określonych prawem reguł, od oceny lekarskiej stanu psychicznego pacjentki, poprzez decyzję sądową o ewentualnym jej ubezwłasnowolnieniu i wskazaniu opiekuna prawnego, po ewentualną możliwość takiego jego/jej działania, by mieszkanka nie była narażona na stres związany ze swoją sytuacją prawną w danym obszarze. To zaś niekoniecznie wiąże się z całkowitym zamknięciem pensjonariuszce dostępu do wiedzy o swoich sprawach.

#### **7.2.5. Traktowanie zaległości płatniczych mieszkańców**

W obszarze niewłaściwego prowadzenia dokumentacji, potencjalnie wiodącego do niewłaściwego traktowania, należy też umieścić problem, ujawniony przez Krajowy Mechanizm, jakim jest wskazanie w umowie na pobyt w placówce, że okres jej wypowiedzenia to jedynie 7 dni, bez uprzedniego wezwania do zapłaty i innych polubownych metod załatwienia tej sprawy. W ocenie KMPT rozwiązanie umowy z powodu zaległości płatniczych powinno być poprzedzone wezwaniem do zapłaty, wyznaczeniem dodatkowego terminu i pouczeniem o konsekwencji niespełnienia tego obowiązku. W tej sprawie identyczne stanowisko zajął również Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (dalej: UOKiK)<sup>25</sup>. Należy zatem zalecić przeformułowanie umów z mieszkańcami również w tym zakresie.

---

<sup>25</sup> Zob. [https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news\\_id=12351](https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12351).

Pozostając jeszcze przy tej samej kwestii, wypada wspomnieć, że zgodnie z deklaracją siostry dyrektor, potwierdzoną przez główną księgową placówki, w sytuacji, gdy któryś z mieszkańców PCO nie ma wystarczających środków na opłacenie pobytu w Domu, sprawa ta załatwiana jest polubownie, np. poprzez odroczenie terminu płatności. Ponadto opłaty widniejące w umowach ustalane są indywidualnie i można je zmieniać aneksami do umów.

Tymczasem w dokumentacji jednej z mieszkanek wizytujący ujawnili jej oświadczenie o chęci wykonywania prac fizycznych (np. sprzątanie wskazanych przez personel pomieszczeń, grabienie liści) na rzecz placówki, w zamian za brakującą część opłaty za pobyt. Takie potraktowanie mieszkanki nie tylko przeczy wskazanym zasadom, ale również samej idei pobytu pensjonariuszy w PCO. KMPT zaleca wypracowanie innych rozwiązań tego typu spraw niż wyręczanie personelu w zadaniach im powierzonych, zwłaszcza że w powyższym przypadku chodziło o osobę schorowaną i starszą, a zadania miały polegać na ciężkiej dla niej pracy fizycznej.

#### **7.2.6. Rejestry**

W czasie wizytacji KMPT placówka nie prowadziła rejestru przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego. Zaznaczyć w tym miejscu należy, że personel PCO nie ma uprawnień do stosowania przymusu wobec mieszkańców, ale może dojść na terenie Domu do sytuacji, w której zastosują go z ważnych powodów przedstawiciele uprawnionych podmiotów (Policji, pogotowia ratunkowego). Wprawdzie zgodnie z informacją siostry dyrektor nie było takich zdarzeń, to jednak kierując się treścią art. 68a pkt 1 lit. d ustawy o pomocy społecznej, konieczne jest prowadzenie/gromadzenie „informacji dotyczących stanu zdrowia osoby przebywającej w placówce w szczególności: (...) ewidencję przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka”.

W ocenie KMPT warto mieć zatem opracowany wzór rejestru ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, który powinien być częścią dokumentacji każdej z mieszkańek.

Mając na względzie niedawne zmiany prawa w obszarze prowadzonej przez PCO dokumentacji, należy zwrócić uwagę, iż choć w placówce do czasu wizytacji nie odnotowano żadnych zdarzeń uznanych przez kadrę za nadzwyczajne, to jednak w dokumentacji placówki odnotowane zostały przypadki obrażeń powstałych w wyniku samouszkodzeń (wynikających ze złego stanu zdrowia psychicznego) czy upadków. Od dnia 1 stycznia 2024 r., zgodnie z dodanym art. 68aa ustawy o pomocy społecznej, zdarzenia takie jak samouszkodzenia, wypadki czy obrażenia ciała podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę ma obowiązek rejestrować jako zdarzenia nadzwyczajne. Ma też obowiązek przekazywać wojewodzie zanonimizowane informacje na ten temat, nie rzadziej niż raz na kwartał.

Dobrze prowadzony rejestr może być pomocny w ustaleniu, czy osoby odpowiedzialne za opiekę i pomoc pensjonariuszom prawidłowo wykonywały swoje obowiązki. Pozwoli na ujednoczenie działania personelu w trudnych sytuacjach pobudzenia mieszkańca, które z racji działania kadry w stresie mogą powodować błędy i złe traktowanie pensjonariuszy (również niezamierzone). Taka praktyka niewątpliwie wzmocni podstawowe gwarancje mieszkańców i transparentność podejmowanych czynności, co ułatwi pracę także osobom sprawującym nadzór i kontrolę nad placówką. W ocenie SPT taki rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami i innymi formami niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności<sup>26</sup>.

### **7.3. Opieka zdrowotna**

#### **7.3.1. Zgoda na świadczenia medyczne**

---

<sup>26</sup> Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. np. raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt 2, p. 49–52.

Wizytujący odnotowali przypadki uzależnienia udzielenia świadczeń medycznych od woli rodziny. W jednym przypadku kadra Domu zastosowała się do woli córki mieszkanki, która nie zgodziła się na zabranie matki do szpitala mimo pogarszania się jej stanu zdrowia. Kolejnego dnia personel PCO już nie zasięgał opinii rodziny i pensjonariuszka została zabrana przez pogotowie ratunkowe.

W dokumentacji placówki wizytujący znaleźli pismo autorstwa dalszych krewnych mieszkanki, w którym nie zgadzają się na zaszczepienie jej na Covid, oraz pismo rodziny, wyręczające w tym oświadczeniu woli samego pacjenta. W przypadku takich świadczeń jak szczepienie, zgodnie z art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty<sup>27</sup>, jeżeli dana osoba nie jest zdolna do świadomego wyrażenia zgody na leczenie, a nie jest ubezwłasnowolniona, lekarz powinien wystąpić o zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego do sądu opiekuńczego.

Brak zgód na świadczenia medyczne, a zwłaszcza na pomoc pogotowia ratunkowego, budzi zastrzeżenia Krajowego Mechanizmu co do faktycznych intencji osób odmawiających takiej zgody. Krajowy Mechanizm zaleca, aby w każdym przypadku udzielanie świadczeń medycznych zależało wyłącznie od indywidualnej oceny i zaleceń lekarskich, tudzież woli samego pacjenta.

### **7.3.2. Podawanie leków**

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu otrzymali również informację, że w sytuacjach, w których pensjonariusze nie są w stanie samodzielnie połknąć leków, są one rozcierane w moździerz i podawane wraz z posiłkiem, bez powiadomienia o tym fakcie jedzącej osoby i bez uprzedniej decyzji lekarza zlecającego lek, zapisanej w dokumentacji medycznej, prowadzonej w PCO.

---

<sup>27</sup> Dz. U. z 2023 r., poz. 1516.

KMPT pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego<sup>28</sup>, rozkruszanie leków nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować.

Krajowy Mechanizm nie godzi się także na praktykę kruszenia i rozpuszczania leków w posiłkach i podawania ich podstępem, w przypadku odmowy ich przyjęcia przez mieszkańca. Każdy mieszkaniec ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Ponadto musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana. Jeśli nie będzie miał takiej świadomości, to w przyszłości może dojść do sytuacji, w której pomimo wzburzenia nie będzie chciał przyjąć leku, pamiętając, że poprzedni zły stan zdrowia udało się polepszyć bez przyjmowania leku (nie posiadając wiedzy, że lek podano mu wówczas podstępem).

Krajowy Mechanizm zaleca bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej pensjonariuszy o zalecenia lekarskie dotyczące podawania medykamentów w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem. Zaleca także odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków bez wiedzy pensjonariusza.

### **7.3.3. Dokumentowanie obrażeń**

Dobłą praktyką jest poddawanie kontroli pielęgniarskiej nowo przyjmowanych osób w wyodrębnionym w placówce gabinecie zabiegowym, sfinalizowane wpisem do dokumentacji („Karta informacyjna przyjęcia mieszkanki DUS”) takich informacji, jak

---

<sup>28</sup> Zob. Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji, s. 109-111, dostęp:

<https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Prawa%20mieszka%C5%84c%C3%B3w%20dom%C3%B3w%20pomocy%20spo%C5%82ecznej%20%202016.pdf>.



stan skóry. Jednak informacje te nie zawsze są kompletne, a przede wszystkim nie zawierają szczegółów, w tym opisu ewentualnych obrażeń. Co więcej, z wywiadu z dyrektorką PCO i zorientowaną w życiu placówki siostrą prowadzącą księgowość wynika, że mieszkanki czasem wracają z obrażeniami np. ze szpitala. Tym bardziej powinno się odnotowywać ślady przemocy czy wypadków po każdym powrocie pensjonariuszy spoza Domu.

Drugą sprawą jest rzetelność wpisów dotyczących takich obszarów jak słuch czy wzrok – w dokumencie karty informacyjnej nie ma wskazania, na jakiej podstawie pielęgniarka oceniła te zmysły. Nie ma też mapy ciała do dokumentowania zarówno świeżych obrażeń, jak i starych śladów urazów, np. blizn.

KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za podstawową i minimalną gwarancję chroniącą pensjonariuszy przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce. Z kolei świadomość ujawnienia ewentualnych śladów przemocy i ich udokumentowania może zadziałać odstraszająco na osoby rozważające użycie przemocy wobec mieszkańców<sup>29</sup>.

Badanie medyczne służące ujawnieniu ewentualnych śladów tortur powinno spełniać dwa podstawowe kryteria – być przeprowadzone w najkrótszym możliwym czasie po zaistnieniu zdarzenia i z uwzględnieniem zasad dotyczących skutecznego dokumentowania tortur. Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) podkreśla, że badanie powinno odbywać się w warunkach poufności (obecny powinien być

---

<sup>29</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, 25 czerwca 2014 r., CPT/Inf (2014) 21, p. 26, 30; CAT/OP/PER/1, p. 20; Raport SPT z wizyty w Szwecji, 10 września 2008 r., CAT/OP/SWE/1, p. 62-64; Drugie Sprawozdanie Ogólne, CPT/Inf (92) 3, p. 36-38; Raport CPT z wizyty na Malcie, CPT/Inf (2016) 25, p. 167; Raport CPT z wizyty w Turcji, CPT/Inf (2009) 17, p. 53; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 16 marca 2016 r., CAT/OP/UKR/1, p. 45-48; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maja 2017 r., CAT/OP/UKR/3, p. 57-61; Raport SPT z wizyty w Peru, 9 sierpnia 2017 r.

wyłącznie personel medyczny) i być ukierunkowane na zdiagnozowanie ewentualnych przypadków tortur i złego traktowania<sup>30</sup>.

Krajowy Mechanizm zaleca poddawanie wszystkich nowo przybyłych mieszkańców, niezwłocznie po ich przyjęciu do placówki, niezależnym badaniom lekarskim i zawiadamianie prokuratora lub Policji o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, jeśli na możliwość jego popełnienia wskazują posiadane przez osobę obrażenia.

KMPT widzi też potrzebę przeszkolenia personelu z treści Protokołu stambulskiego, tj. oficjalnego podręcznika ONZ dotyczącego diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Zawiera on wskazówki pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą przemocy (w tym tortur), oraz wytyczne, jak należy zgłaszać takie przypadki odpowiednim organom. Dokument ten jest ogólnodostępny i odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur<sup>31</sup>. Stanowi więc istotny element zapobiegawczy i cenne narzędzie edukacyjne, wzmacniające potencjał personelu.

Poza opisywaniem i oznaczaniem obrażeń pożądane jest także ich fotografowanie i przechowywanie zdjęć w dokumentacji medycznej (za zgodą mieszkańców). Krajowy Mechanizm pragnie zaznaczyć, iż dla celów dowodowych konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była twarz osoby fotografowanej, a przy obrażeniu znajdowała się linijka lub inny przyrząd pozwalający określić rozmiar obrażenia. Tak wykonane fotografie powinny być przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

Reasumując, Krajowy Mechanizm zaleca dokumentowanie obrażeń mieszkańca przez przeszkolony z Protokołu stambulskiego personel, używający do tego celu

---

<sup>30</sup> Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maja 2017 r., CAT/OP/UKR/3, p. 57-61.

<sup>31</sup> Dokument dostępny na stronie:

[https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/atoms/files/3\\_Protokol\\_Stambulski.pdf](https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/atoms/files/3_Protokol_Stambulski.pdf).

specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej pensjonariusza.

#### **7.3.4. Wsparcie psychologiczne**

Analiza dokumentacji placówki, w tym m.in. raportów pielęgniarских, wskazuje, że niektóre mieszkanki borykają się ze stanami lękowymi, bezsennością, uzależnieniem od leków oraz mają zaburzoną orientację co do miejsca i czasu. Wprawdzie PCO pomaga w kontakcie z psychiatrą, ale pensjonariusze nie mają w Domu adekwatnego wsparcia psychologicznego. Organizowane 3 razy w roku zajęcia psychoterapeutyczne (w tym 1 psychoterapia indywidualna) wobec wskazanych problemów oraz innych (rodzinnych i związanych z nieprzebywaniem we własnym domu) należy ocenić jako bardzo skromne.

Negatywne skutki dla zdrowia psychicznego mieszkańców może mieć sam fakt zmian psychicznych oraz fizycznych, które towarzyszą procesowi starzenia się. Osoby starsze dość często borykają się z depresją, a jedynie wykwalifikowany psycholog potrafi rozpoznać i zbadać pierwsze jej symptomy, jak również oszacować ryzyko rozwoju choroby oraz przewidzieć zachowanie mieszkańca. Psycholog może także stanowić wsparcie dla pracowników oraz rodzin pensjonariuszy.

Także SPT wskazuje na istotę zapewnienia odpowiedniej opieki psychologicznej osobom przebywającym m.in. w placówkach opiekuńczych. Regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób pozbawionych wolności ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania. W związku z tym rekomenduje się, aby władze uwzględniły rutynowe badania w zakresie zdrowia psychicznego

podczas badań lekarskich po umieszczeniu w miejscu zatrzymania (rozumianym także jako dom opieki)<sup>32</sup>.

Krajowy Mechanizm zaleca nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki.

#### **7.4. Terapia zajęciowa**

Niewątpliwie takie przedsięwzięcia kadry Domu, jak zamontowanie budek dla ptaków w zalesionej części ogrodu po to, by ich śpiew działał kojąco na pensjonariuszy, ma ważne, terapeutyczne działanie. Z przedstawionej wizytującym listy przedsięwzięć terapeutycznych wynika też, że w każdym miesiącu są one organizowane (np. biblioterapia, muzykoterapia, spotkania z osobami spoza PCO, np. kolędnikami).

Jednak terapia zajęciowa, od czasu izolacji Domu i jej mieszkańców w obawie przed Covidem w roku 2020, nie jest prowadzona regularnie. Co więcej, codzienne zajęcia terapeutyczne, zaplanowane od godz. 9:30 do 11:30, według obserwacji przedstawicieli KMPT podczas oglądu placówki sprowadzają się do wspólnej modlitwy w jadalni, a niektóre mieszkanki podczas rozmów indywidualnych uskarżały się na brak zajęć.

Należy przypomnieć, iż zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej „sposób świadczenia usług powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce”.

W ocenie KMPT, mieszkańcy powinni mieć zapewnioną profesjonalną terapię zajęciową, która pomogłaby w aktywizacji fizycznej, psychicznej i intelektualnej

---

<sup>32</sup> Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, p. 30 i 32.

pensjonariuszy. Obecne formy spędzania czasu wolnego przez mieszkańców Domu, z uwagi na skromność oferty, brak spójności, czasową nieregularność i brak zindywidualizowanego, przemyślanego podejścia, nie stanowią oddziaływań terapeutycznych. Należy podkreślić, że terapia zajęciowa powinna być prowadzona w sposób przemyślany oraz udokumentowany, aby umożliwić ocenę efektywności podjętych oddziaływań.

Jak zauważa CPT, proces opieki nad mieszkańcami tego typu placówek powinien obejmować zarówno terapię zajęciową, rehabilitację, jak i zajęcia o charakterze rekreacyjnym. W ocenie Komitetu szczególną uwagę należy zwrócić na opracowanie indywidualnego planu dla każdego z mieszkańców, który będzie miał na celu utrzymanie umiejętności osobistych i społecznych, w tym mobilności, a tym samym poprawę jakości życia i dobrostanu mieszkańców<sup>33</sup>. Jak podkreśla CPT, za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia<sup>34</sup>.

Ponieważ wśród kadry placówki są instruktorki terapii zajęciowej i osoby po kursie terapii zajęciowej, Krajowy Mechanizm zaleca podjęcie przez nich działań w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy kondycji pensjonariuszy.

## **7.5. Kontakt ze światem zewnętrznym**

Kadra Domu umożliwia bezpośredni kontakt mieszkańców z rodzinami i znajomymi, a także telefoniczne i elektroniczne jego formy, m.in. dzięki udostępnianiu pensjonariuszom nieodpłatnie Wi-Fi, co jest dobrą praktyką. Chętni, których uznaje się za osoby w świadomym kontakcie, mogą wychodzić poza PCO, również z pomocą personelu, np. na zakupy do okolicznych sklepów, na pobliski cmentarz, gdzie mają pochowanych członków rodziny, czy w odwiedziny do przyjaciół w niedalekich miejscowościach.

---

<sup>33</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, p. 171.

<sup>34</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, p. 174.

Choć większość mieszkanki ze względu na stan zdrowia nie opuszcza PCO, w dokumentacji nie znajdują się wpisy lekarzy o takim problemie. Przedstawiciele KMPT nie mają wątpliwości, że ryzykowne byłoby przyzwolenie na opuszczanie placówki, zwłaszcza samodzielne, osób mających kłopoty z poruszaniem się, pamięcią oraz orientacją w czasie i przestrzeni. Jednak zgodnie z art. 68 ust. 1 lit. e ustawy o pomocy społecznej, do usług opiekuńczych świadczonych w tego typu placówkach zaliczyć należy także zapewnienie pensjonariuszom kontaktów z otoczeniem. Wszelkie ograniczenia w możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez pensjonariuszy powinny być wprowadzane jedynie na podstawie i w granicach obowiązującego prawa. Zgodnie z art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej, gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu osoby przebywającej w placówce, będącej osobą z zaburzeniami psychicznymi, osoba kierująca tą placówką może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tę osobę terenu placówki na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia. Do obowiązków osoby kierującej placówką należy także przekazanie informacji o ograniczeniu samodzielnych wyjść poza teren domu opieki do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka.

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

Choć wśród pensjonariuszy Domu niewielu mieszkańców miało zdiagnozowane zaburzenia psychiczne<sup>35</sup>, a zgodnie z relacją siostry dyrektor, przynajmniej teoretycznie, do PCO nie są przyjmowane takie osoby, Krajowy Mechanizm zaleca, aby uznanie kadry placówki o niemożności opuszczania jej terenu przez kogokolwiek z podopiecznych miało swoje odzwierciedlenie w decyzjach lekarskich.

---

<sup>35</sup> Zgodnie z dokumentacją medyczną, poza pojedynczymi przypadkami diagnozy, część mieszkanki miało zlecone leki psychotropowe, w tym uspokajające.

W tym samym zakresie należy zmienić treść „Regulaminu organizacyjnego Domu Ufnej Starości” (dalej Regulaminu), którego aktualny rozdział IV, traktujący o „prawach i obowiązkach mieszkanki”, uzależnia możliwość swobodnego poruszania się poza terenem placówki od zgody opiekuna lub zgody lekarza (jak wyżej wskazano, w ocenie KMPT, wspartej o przepisy prawa krajowego, dopiero uzyskanie jego zakazu powinno dawać możliwość reglamentacji wyjść pensjonariuszy).

## **7.6. Prawo do informacji i składania skarg oraz wniosków**

KMPT każdorazowo zachęca do tego, aby we wszystkich instytucjach opieki podjąć kroki w celu zaznajamiania mieszkańców z przysługującymi im prawami, w tym z prawem do składania skarg czy wniosków. W tym celu wskazane jest indywidualne wprowadzanie nowo przyjmowanych osób w zasady obowiązujące w placówce (przez rozmowę i prezentację obowiązujących zasad w formie zrozumiałej, również na piśmie), wywieszanie w ogólnodostępnych miejscach wszelkich ważnych informacji: regulaminów i dodatkowych procedur, komunikatów, adresów instytucji, do których mogłyby się zwrócić osoby zamieszkujące dom opieki lub ich rodziny w przypadku naruszenia praw mieszkańców. Ważne jest też opracowywanie i przekazanie mieszkańcom procedur wewnętrznych reagowania na skargi oraz wnioski (zarówno mieszkańców, jak i ich rodzin czy bliskich), z praktycznym umożliwieniem ich składania włącznie (wyznaczona osoba z personelu do spotkań w takich sprawach, skrzynka na również anonimowe informacje itd.).

Zgodnie z rozmową wstępną z siostrą dyrektora i główną księgową placówki, wszystkie nowo przyjmowane osoby są stopniowo i adekwatnie do stanu zdrowia/percepcji wprowadzane w życie Domu, udostępnia się im Regulamin i inne niezbędne informacje, zapoznaje z topografią placówki. Z rozmów indywidualnych przeprowadzonych przez przedstawicieli KMPT z mieszkańcami wynika, że niektórzy mieszkańcy nie czują się jednak w pełni poinformowani np. o zasadach obowiązujących w Domu, wynikających z Regulaminu i dodatkowych procedur. Być

może wiąże się to ze stresem, jaki towarzyszył im przy poważnej zmianie w życiu, jaką jest zamiana domu rodzinnego na placówkę. Krajowy Mechanizm zaleca przypomnienie przedstawionych na wstępie informacji np. przy okazji wspólnych spotkań z pensjonariuszami, tym bardziej że od czasu ich przybycia do PCO niektóre regulacje mogły ulec zmianie.

W zwizytowanym PCO wyeksponowano na korytarzowych tablicach ogłoszeń w częściach mieszkalnych Domu informacje o rozkładzie dnia, ogłoszenia dotyczące usług religijnych i możliwości kontaktu z siostrą dyrektora, wskazówki co do godzin odwiedzin oraz część Regulaminu w zakresie katalogu praw i obowiązków mieszkańców. Nadto w częściach wspólnych zawieszono zostały plany terapii zajęciowej i imprez organizowanych w placówce.

Wśród informacji dla mieszkańców brakowało jednak danych instytucji, do których mogłyby się zwracać osoby chcące złożyć skargę lub wniosek. Należy zauważyć, iż od 1 listopada 2023 r. ustawa o pomocy społecznej w art. 68a pkt 3 nakłada na właścicieli placówki obowiązek umieszczenia na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku informacji dotyczącej numeru placówki w rejestrze placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku, numerów alarmowych oraz danych teleadresowych organów, właściwych miejscowo instytucji i organizacji działających w zakresie wolności i praw człowieka oraz instytucji kontrolnych, w szczególności: Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta, państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, właściwego do spraw pomocy społecznej wydziału urzędu wojewódzkiego, właściwego ze względu na miejsce położenia placówki ośrodka pomocy społecznej, prokuratury rejonowej, sądu opiekuńczego.

W związku z tym KMPT zaleca, by umieścić na tablicy ogłoszeń wewnątrz budynku wyżej wskazane informacje.



Zgodnie z § 9 rozdziału IV Regulaminu, „Mieszkanca Domu ma prawo między innymi do (...) zgłaszania skarg i wniosków do Dyrektora Domu”. Brakuje dookreślenia procedury z tym związanej (formy, drogi, terminu udzielenia odpowiedzi itd.).

Według relacji siostry dyrektor, wszelkie problemy zgłaszane przez mieszkańców załatwiane są ustnie i niezwłocznie. W oparciu o rozmowy indywidualne KMPT z mieszkańcami domniemywać należy, że przynajmniej w części przypadków problemy zgłaszane przez nich załatwiane są w opisany sposób. Jednak w aktach osobowych pensjonariuszy wizytujący znaleźli pisemną skargę jednej z mieszanek pozostawioną bez odpowiedzi, co tym bardziej uzasadnia konieczność określenia zasad reagowania kadry PCO na zgłoszone skargi i wnioski, z odnotowywaniem ich wpływu włącznie.

CPT w swoim rocznym sprawozdaniu z 2017 r. przedstawił standardy odnoszące się do mechanizmów skargowych, które warto brać pod uwagę w procesie zarządzania placówką<sup>36</sup>. CPT podkreśla, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności (w tym w domach opieki). Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między pensjonariuszami a personelem, lecz także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też mieszkańcy placówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w

---

<sup>36</sup> Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, p. 68-91.

przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)<sup>37</sup>.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczących się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku danego kraju, w tym cudzoziemców<sup>38</sup>. Podkreśla również, że brak skarg niekoniecznie powinien być uznawany za pozytywne zjawisko. Przeciwnie, może on świadczyć o niebezpiecznej sytuacji w placówce lub braku zaufania do systemu skarg<sup>39</sup>.

Mając powyższe na uwadze, Krajowy Mechanizm zaleca opracowanie procedury skargowej/wnioskowej w Regulaminie, założenie rejestru skarg i wniosków oraz odnotowywanie w nim wszelkich składanych skarg (również w formie ustnej) oraz sposobu rozstrzygnięcia sprawy. Dodatkowo KMPT rekomenduje poinformowanie zarówno mieszkańców, jak i ich opiekunów prawnych i faktycznych o utworzeniu rejestru skarg i wniosków. Informacje o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz o miejscu przechowywania rejestru powinny być przekazywane w sposób zrozumiały dla odbiorców.

Wizytujący placówkę z zadowoleniem odebrali fakt założenia przez kadrę PCO, podczas drugiego dnia wizytacji, zeszytu skarg i wniosków dla mieszkańców. Ponadto podczas spotkania wstępnie podsumowującego czynności KMPT siostra dyrektor spontanicznie zapowiedziała zamontowanie w placówce skrzynki skarg, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. Krajowy Mechanizm uważa to za dobrą praktykę, zalecaną we wszystkich wizytowanych placówkach, gdzie jest to

---

<sup>37</sup> Tamże, p. 79.

<sup>38</sup> Tamże, p. 83.

<sup>39</sup> Tamże, p. 91.

formalnie i technicznie możliwe. Zaznaczyć należy, że obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. wyznaczony pracownik administracyjny). Skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze.

## **7.7. Warunki bytowe**

Generalnie placówka oferuje bardzo dobre warunki bytowe, w tym zadbane, duży ogród z altanami i ławkami dla pensjonariuszy, ale pomieszczenia PCO nie są w pełni dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Kondygnacje użytkowane przez mieszkańców i odrębny budynek administracji pozbawione są barier architektonicznych, takich jak wysokie progi czy zróżnicowanie poziomu podłóg, a korytarze i inne przestrzenie wspólne są odpowiednio przestronne, by swobodnie poruszały się tam osoby na wózkach czy wspierające się na podpórkach/chodzikach. W budynkach mieszkalnych działają windy, również do przewozu osób leżących, i wiodą do nich podjazdy.

Jednak tylko w jednym z budynków mieszkalnych w przestrzeniach wspólnych są dodatkowe poręcze, umożliwiające utrzymanie równowagi osobom osłabionym skutkiem chorób czy podeszłego wieku.

Nie wszystkie łazienki dostosowane zostały do potrzeb osób z niepełnosprawnościami lub z ograniczonymi możliwościami poruszania się. Problem dotyczy przede wszystkim łazienek w pokojach mieszkańców, w których głównym mankamentem jest zbyt mała przestrzeń do poruszania się, brakuje uchwytów do wsparcia się w momencie utracenia równowagi (m.in. przy umywalkach czy miskach WC), brodziki prysznicowe są zbyt wysokie, a wejścia do nich – zbyt wąskie (podobnie do drzwi wejściowych do części łazienek), aby mogły z nich skorzystać nawet osoby jeszcze samodzielnie chodzące. Niektórzy z mieszkańców wskazywali na to, że w ogóle

nie korzystają z kąpeli w tych łazienkach lub korzystają z pomocy personelu, gdyż boją się upadku.

Warto zatem, aby w ramach przyszłych modernizacji łazienki użytkowane przez mieszkańców przearanżowane zostały na bardziej funkcjonalne. Można by np. zrezygnować – o ile to technicznie możliwe – z pryszniców z brodzikami na rzecz bezprogowych, zmieniając armaturę łazienkową tak, aby sprzyjała ona również osobom z niepełnosprawnościami i aby mogły one korzystać z niej bez pomocy innych osób, w czym pomoże montaż brakujących uchwytów/poręczy i pozyskanie przestrzeni do manewrowania wózkami czy poruszania się z dodatkowym wsparciem.

Ponadto należy zwrócić uwagę na to, że pokoje mieszkalne oraz łazienki nie zostały wyposażone w instalację przywoławczą. Pensjonariusze nie mają też do dyspozycji przenośnych urządzeń przyzywowych.

KMPT wielokrotnie zwracał na ten problem uwagę w swoich raportach z wizytacji miejsc, w których przebywają osoby w podeszłym wieku, przewlekle chore oraz z niepełnosprawnościami, zalecając montaż i weryfikowanie sprawności urządzeń służących do wezwania pomocy.

W ocenie delegacji KMPT, ze względu na różny stan zdrowia przyjmowanych pensjonariuszy oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, przyciski alarmowo-przyzywowe, które umożliwiają szybką reakcję personelu, powinny być dostępne we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pensjonariuszy (pokoje sypialne, łazienki). Jest to również ważne z perspektywy komfortu psychicznego mieszkańców oraz ich poczucia bezpieczeństwa. Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami (zarówno narządów ruchu, jak i wynikających z powodu chorób przewlekłych, np. kardiologicznych), narażonych szczególnie na upadki czy zapaści zdrowotne.

Zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r.<sup>40</sup>, osoby takie powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność infrastrukturalną umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

W ocenie Krajowego Mechanizmu, placówka powinna zadbać zatem o pełną realizację wymogu art. 68 ust. 4 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej w zakresie braku barier architektonicznych i zrealizować szczegółowe wymagania odnoszące się do budynków zamieszkania zbiorowego w zakresie dostosowań dla osób z niepełnosprawnościami, opisanych w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakie powinny spełniać budynki i ich usytuowanie<sup>41</sup>.

W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto pamiętać o następujących zasadach, poprawiających jakość dostosowania:

- szerokość drzwi umożliwiająca wjazd wózkiem – min. 90 cm;
- wysokość włączników światła i przycisków sygnalizacji przyzywowej – 90-120 cm;
- 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;
- czcionki we wszystkich pismach i tabelach wywieszanych na tablicach informacyjnych powinny być większe, aby z materiałami tymi mogły zapoznać się również osoby niedowidzące;

---

<sup>40</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 1169 ze zm.

<sup>41</sup> Dz. U. z 2022 r., poz. 1225.

- poręcze przy schodach oraz przy pochylniach powinny mieć wysokość 90 cm (górną) i 75 cm (dolną), 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) oraz uwzględniać spoczniki po przekroczeniu długości 9 m;
- w łazienkach wszystkie krany powinny mieć zamiast kurków przedłużoną dźwignię, ułatwiającą uruchomienie ich osobom ze słabszymi rękami, wysokość muszli ustępowej: 45-50 cm, poręcze powinny być w odległości 40 cm od osi muszli i umieszczone na wysokości: 70-85 cm, wysokość brodzika pod prysznicem do 2 cm, górna krawędź umywalki powinna być umieszczona na wysokości 85 cm, dolna krawędź lustra powinna zaczynać się od poziomu umywalki (by skorzystała z niego również siedząca na wózku inwalidzkim osoba), a górna – sięgać do wysokości stojącej osoby; należy też zapewnić swobodę manewrowania wózkiem (przeźródzeń manewrowa 150 cm x 150 cm); zaznaczyć należy, że rozwiązania te powinny również dotyczyć umywalk w pokojach mieszkańców poruszających się na wózkach inwalidzkich, a przestrzeń manewrowa jest ważna we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają te osoby;
- klamki okienne w pokojach mieszkańców powinny być zamontowane tak, aby dosięgnęła ich osoba siedząca na wózku inwalidzkim lub niskiego wzrostu, dotyczy to również wszelkich przycisków, kontaktów, skrzynek wrzutowych na skargi i wnioski, dozowników, wieszaków, z których korzystają osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich, itp. Powinny one znajdować się na wysokości do 120 cm od powierzchni podłogi.

Wymienione standardy ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier, zgodnie z zasadami planowania dostępności, i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT.

W zakresie warunków bytowych wyrywkowy pomiar pokoi mieszkańców przez wizytujących pozwala na zwrócenie uwagi, że nie wszystkie te pomieszczenia spełniają wymóg zapewnienia powierzchni nie mniejszej niż 9 m<sup>2</sup> w przypadku jednoosobowego pokoju, określony w art. 68 ust. 4 pkt 3 lit. a ustawy o pomocy społecznej. Jest to o tyle niezrozumiałe, że w czasie wizytacji placówka dysponowała o wiele większymi i nieużywanymi pomieszczeniami, rezerwowanymi na ewentualne czasowe pobyty osób na stałe mieszkających we własnych domach.

Część mieszkańców skarżyła się też na brak zamykanych szafek, gdzie mogłaby chować swoje prywatne rzeczy. KMPT stoi na stanowisku, że placówki całodobowej opieki powinny zapewniać domowe, zindywidualizowane środowisko, gwarantujące pewien stopień prywatności. Dostęp mieszkańców domów opieki czy pacjentów szpitali do możliwości zamykania swoich rzeczy na klucz jest również rekomendowany przez CPT<sup>42</sup>. W ocenie CPT brak miejsca, gdzie osoby te mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem, może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii<sup>43</sup>.

Reasumując, KMPT zaleca przeniesienie mieszkanek (problem dotyczy wyłącznie kobiet) ulokowanych w zbyt ciasnych pokojach do wolnych i przestronniejszych pomieszczeń, a także zapewnienie wszystkim mieszkańcom możliwości zamykania swoich rzeczy na klucz.

## **7.8. Pracownicy**

Wizytujący nie odebrali informacji o złym traktowaniu pensjonariuszy przez personel placówki. Niemniej z uwagi na specyfikę pracy w domu opieki, możliwe jest występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu.

---

<sup>42</sup> Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, p. 10.

<sup>43</sup> Zob. Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (98) 12, p. 34.

W związku z tym Krajowy Mechanizm zaleca, by stworzyć katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów, dotyczących m.in.: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

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

CPT podkreśla, że z uwagi na trudny charakter pracy, personel oddziałowy w domu opieki (pielęgniarka, salowa) powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki<sup>44</sup>.

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy<sup>45</sup>.

## **8. Zalecenia**

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają

---

<sup>44</sup> European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, p. 17. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, p. 149.

<sup>45</sup> Zob. art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych CM/Rec (2014) 2, przyjętych przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 19 lutego 2014 r.



Zgromadzeniu prowadzącemu Placówkę Całodobowej Opieki „Dom Ufnej Starości”  
w Konstancinie Jeziornej oraz siostrze dyrektor:

1. przeformułowanie umowy na pobyt w placówce tak, aby pensjonariusz był jej stroną, i odbieranie w tej formie zgód na pobyt w placówce od wszystkich mieszkańców, których stan zdrowia pozwala na świadome złożenie oświadczenia woli, według wskazówek zawartych w pkt 7.1;
2. wyeliminowanie z umowy nieprawidłowego zapisu o siedmiodniowym terminie jej rozwiązania bez wypowiedzenia;
3. wyeliminowanie praktyki fizycznego odpracowywania przez mieszkańców brakującej kwoty comiesięcznej opłaty za pobyt w Domu;
4. odbieranie zgód na przechowywanie dokumentów czy innych rzeczy prywatnych pensjonariuszy w depozycie placówki bezpośrednio od samych zainteresowanych, jeśli ich stan zdrowia pozwala na świadome złożenie oświadczenia woli;
5. odstąpienie od uzależniania udzielania świadczeń medycznych od woli członków rodzin pacjentów i kierowanie się w tym zakresie indywidualną oceną i zaleceniami lekarskimi, tudzież powstrzymanie się w przyszłości od podobnych praktyk w innych obszarach (odbiór korespondencji urzędowej itp.) na wniosek osób nieuprawnionych;
6. odstąpienie od ogólnej zasady przekazywania rodzinom cenniejszych przedmiotów prywatnych i kierowanie się w tym zakresie przede wszystkim wolą i formalnymi zgodami samych mieszkańców, świadomych swojej woli;
7. ustalenie odpowiedzialności PCO za przedmioty pozostawione w placówce i stworzenie możliwości zapewnienia bezpieczeństwa rzeczy osobistych, w tym umożliwienie wszystkim mieszkańcom zamykania swoich rzeczy na klucz;
8. uzupełnienie teczek osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie, wskazane w art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej

- i informowanie sądu opiekuńczego o takich mieszkańcach przebywających w placówce;
9. stworzenie procedury skargowej oraz prowadzenie rejestru skarg i wniosków, zgodnie ze wskazówkami zawartymi w pkt 7.6 raportu, oraz zamontowanie skrzynki skarg;
  10. umieszczenie na tablicy ogłoszeń, znajdującej się w widocznym miejscu w budynku, informacji wskazanych w art. 68a pkt 3 ustawy o pomocy społecznej i uzupełnienie wyeksponowanych już w tej formie ważnych dla mieszkańców danych, według wskazań z pkt 7.6 niniejszego raportu;
  11. cykliczne przypominanie mieszkańcom PCO o zasadach w niej obowiązujących, np. przy okazji grupowych spotkań z pensjonariuszami;
  12. przeprowadzanie oględzin ciała nowo przyjmowanych osób oraz powracających z pobytu w domu/szpitalu i dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca, zaś w przypadkach podejrzenia popełnienia przestępstwa – zawiadamianie prokuratora lub policji;
  13. przeszkolenie personelu z treści Protokołu Stambulskiego i wykorzystywanie zawartych tam wskazówek w codziennej pracy;
  14. bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej pensjonariuszy o zalecenia lekarskie dotyczące podawania medykamentów w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem;
  15. odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków ukrytych w pokarmie bez wiedzy pensjonariusza;
  16. pełne dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami i starszych, według wskazówek zawartych w pkt 7.7 niniejszego raportu;

17. przystosowanie wszystkich łazienek do możliwości korzystania z nich tak, aby faktyczna liczba łazienek była zgodna z wymogami art. 68 ust. 5 pkt 3 ustawy o pomocy społecznej;
18. wyposażenie wszystkich pomieszczeń użytkowanych przez pensjonariuszy w system przywoławczy, w szczególności pokoi sypialnych oraz sanitariatów;
19. odstąpienie od praktyki lokowania pensjonariuszy w pokojach, których powierzchnia nie spełnia norm określonych w art. 68 ust. 4 pkt 3 ustawy o pomocy społecznej, i przeniesienie do przestronniejszych pomieszczeń osób niewłaściwie ulokowanych;
20. systematyczne wspieranie rozwoju zawodowego personelu przez oferowanie specjalistycznych szkoleń podnoszących kwalifikacje jego członków;
21. rozważenie, w porozumieniu z personelem, zorganizowania superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta;
22. rozwinięcie aktywności terapeuty zajęciowego w celu poprawy stanu pensjonariuszy;
23. nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki;
24. wyeliminowanie wad w prowadzeniu dokumentacji i przechowywaniu dokumentów prywatnych pensjonariuszy, a także utworzenie stosownych rejestrów wskazanych w niniejszym raporcie, ze szczególnym uwzględnieniem wzoru indywidualnego rejestru stosowania środków przymusu bezpośredniego przechowywanego w aktach każdego z mieszkańców celem ewentualnego wykorzystania oraz ogólnego rejestru zdarzeń nadzwyczajnych;
25. dostosowanie dokumentów regulujących funkcjonowanie placówki i informacji internetowych do faktycznej sytuacji – przyjmowania do Domu również mężczyzn.

Raport opracowała: Dorota Krzysztoń

Za Zespół podpisuje:

Marcin Kusy

Zastępca Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/