



Warszawa, 11-03-2025 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur**

**KMP.575.6.2024.PB**

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur  
z wizytacji Domu Pomocy Społecznej w Jaskulinie, Jaskulin 13**

**I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur**

1. Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)<sup>1</sup>.

2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)<sup>2</sup> i krajowe mechanizmy prewencji. W Polsce funkcję krajowego mechanizmu prewencji wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą funkcjonującego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)<sup>3</sup>.

3. KMPT na 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

---

<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> Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.

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

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>.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urzędzeń, 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 opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu<sup>8</sup>.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg<sup>9</sup>. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności oraz przedstawienie zaleceń mających na celu ich wyeliminowanie.

6. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ<sup>10</sup>.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji<sup>11</sup>.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie Krajowemu Mechanizmowi informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiegokolwiek sankcji

---

<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. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r., Część II – Jak pracuje KMPT?

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

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

<sup>11</sup> Zob. art. 22 OPCAT.

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

## **II. Wprowadzenie**

9. W dniach 2–4 lipca 2024 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT) przeprowadzili wizytację Domu Pomocy Społecznej w Jaskulinie przy ul. Jaskulin 13 (dalej jako: DPS, Dom, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodziło: Paulina Wróbel (psycholog), Klaudia Kamińska i Paweł Borkowski (prawnicy).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z dyrektorką placówki p. Darią Kurek, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń, przeprowadzili poufne rozmowy z mieszkańcami i pracownikami oraz zapoznali się z wybraną dokumentacją.

12. Swoje wstępne uwagi przedstawiciele Krajowego Mechanizmu przedstawili dyrektorze placówki w czasie rozmowy podsumowującej wizytę.

13. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanej przez placówkę dokumentacji, informacji pisemnych oraz nagrań monitoringu.

14. Niniejszy raport sygnalizuje problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt IV), oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania (pkt V).

## **III. Charakterystyka placówki**

15. Dom Pomocy Społecznej w Jaskulinie przeznaczony jest dla 70 osób – dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. W dniu wizytacji w DPS przebywało 70 osób.

16. DPS prowadzony jest przez Powiat Świdnicki. Nadzór nad działalnością Domu sprawuje Dolnośląski Urząd Wojewódzki.

## **IV. Problemy systemowe**

17. Wśród pracowników placówki były osoby, które równocześnie pełniły funkcję opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej. Kwestia ta od lat budzi

---

<sup>12</sup> Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

wątpliwości przedstawicieli KMPT<sup>13</sup>. Z jednej strony takie rozwiązanie może być korzystne dla mieszkańców, którzy dzięki tej praktyce mają stały kontakt ze swoim opiekunem prawnym. Warto jednak zauważyć, że jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Pracownikom domów pomocy społecznej trudno w tej sytuacji zachować obiektywizm w ocenie oferty opiekuńczej domu. Ponadto pełnienie przez personel DPS funkcji opiekunów prawnych wiąże się z nakładaniem na nich dodatkowych obowiązków kosztem czasu wolnego lub prywatnego.

18. Na problem ten zwracał również uwagę CPT, podkreślając, że jednym z aspektów roli opiekuna jest obrona – w razie konieczności – praw osób z niepełnosprawnościami wobec instytucji przyjmującej. Pełnienie funkcji opiekuna przez pracownika tej samej instytucji może prowadzić do konfliktu interesów i zagrozić niezależności i bezstronności opiekuna. CPT rekomenduje w takich sytuacjach, aby władze kraju dążyły do znalezienia alternatywnych rozwiązań, które mogłyby lepiej zagwarantować niezależność i bezstronność opiekunów<sup>14</sup>.

19. Z obserwacji przedstawicieli KMPT wynika, że DPS wyposażony jest w monitoring. Obejmuje on teren zewnętrzny oraz pokój jednego z mieszkańców. Instalowanie kamer w placówkach opiekuńczo-leczniczych w celu zapewnienia bezpieczeństwa może stanowić ingerencję w prywatność pensjonariuszy, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie budynku. Dla legalności stosowania tego typu nadzoru istotne jest, aby spełniał on przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. Obecnie bowiem żadne przepisy nie regulują tej kwestii. W tej sprawie Rzecznik Praw Obywatelskich wystosował w 2016 r. 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 w domach pomocy społecznej, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu<sup>15</sup>. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten

---

<sup>13</sup> Zob. Raport tematyczny KMPT pt. „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, Warszawa 2017, s. 75-78.

<sup>14</sup> Zob. Standardy CPT przedstawione w dokumencie pt. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, § 32. Zob. również raporty CPT z wizyt w: Polsce w 2009 r. [CPT/Inf (2011) 20], § 167; Bułgarii w 2020 r. [CPT/Inf (2020) 39], § 81; Ukrainie w 2019 r. [CPT/Inf (2020) 1], § 44 oraz Łotwie w 2016 r., [CPT/Inf (2017) 16], § 157.

<sup>15</sup> Zob. Wystąpienie generalne RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.<sup>16</sup> Sprawa pozostaje w obrębie zainteresowania RPO.

## **V. Obszary wymagające poprawy**

### **A. Traktowanie**

20. Z rozmów z przedstawicielami KMPT, a także z obserwacji poczynionych podczas wizytacji wynikało, że mieszkańcy są, co do zasady, traktowani właściwie, a personel odnosi się do nich z szacunkiem i troską.

21. Delegacja KMPT odebrała jednak również wiarygodne sygnały, że w wizytowanej placówce może dochodzić do przypadków stosowania przemocy psychicznej wobec mieszkańców przez jedną z opiekunek. Przemoc ta polegać miała na formułowaniu wobec podopiecznych wulgarnych i obraźliwych sformułowań. W jednym przypadku miało również dojść do popchnięcia mieszkańca.

22. **KMPT zaleca systematyczne przypominanie personelowi o konieczności traktowania podopiecznych z szacunkiem i godnością.** Zachowania i komentarze opisane powyżej są niedopuszczalne, a każda informacja wskazująca na tego typu incydenty powinna zostać starannie zweryfikowana. W razie potwierdzenia stawianych zarzutów dyrekcja placówki powinna wyciągnąć konsekwencje wobec sprawców, w tym poinformować o podejrzeniu popełnienia przestępstwa Policję lub prokuraturę<sup>17</sup>.

23. **KMPT zaleca staranne weryfikowanie każdej informacji wskazującej na występowanie w placówce przemocy, a w przypadku jej potwierdzenia – informowanie organów ścigania o możliwości popełnienia przestępstwa.**

24. Z dokonanych przez wizytujących ustaleń wynika, że w wizytowanej placówce zdarzają się przypadki zamykania niektórych mieszkańców w pokojach na klucz. Ustalenia te pokrywają się z obserwacjami pracowników Dolnośląskiego Urzędu

---

<sup>16</sup> Zob. Wystąpienie generalne RPO z 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

<sup>17</sup> Zgodnie bowiem z art. 304 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2025 r. poz. 46), instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub Policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa. Ponadto, zgodnie z art. 207 § 1a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17), kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą nieporadną ze względu na jej wiek, stan psychiczny lub fizyczny, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Wojewódzkiego we Wrocławiu (dalej jako: Urząd Wojewódzki, DUW), którzy wizytowali DPS w dniach 7–8 maja 2024 r. i potwierdzili, że wizytowanej placówce dochodzi do przypadków zamykania jednej z mieszkańek w pokoju wbrew jej woli.

25. Podczas rozmów z delegacją KMPT większość członków personelu negowała istnienie praktyki zamykania mieszkańców w pokojach na klucz, jednak z ustaleń pracowników DUW wynika, że krótkotrwałe zamykanie jednego z mieszkańców podyktowane było brakiem możliwości zapewnienia mu opieki w sytuacji, gdy opiekun udawał się na przerwę (zostało to potwierdzone w rozmowach z personelem).

26. W ocenie KMPT stosowana przez wizytowaną jednostkę praktyka pozbawiona jest podstaw prawnych, stanowi formę krótkotrwałego pozbawienia wolności podopiecznych i może zagrażać ich zdrowiu. Brak możliwości zapewnienia ciągłej pieczy nad mieszkańcami – nawet chwilowy – nie może stanowić usprawiedliwienia dla ograniczania ich praw.

27. **Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca natychmiastowe zaprzestanie praktyki zamykania mieszkańców w pokojach na klucz.**

## **B. Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń**

28. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT byli świadkami podawania niewidomemu mieszkańcowi przez opiekunów leków psychotropowych w celu jego wyciszenia. W trakcie tej czynności posługiwali się określeniami typu: „masz tu cukiereczka”. Mieszkaniec otrzymywał zatem leki bez wiedzy i zgody, myśląc, że dostaje słodczy, o które prosił.

29. W ocenie KMPT każdy pacjent ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Ponadto musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana. Jeśli nie będzie miał takiej świadomości, to w przyszłości może dojść do sytuacji, w której pomimo wzburzenia nie będzie chciał przyjąć leku, pamiętając, że poprzednio zły stan zdrowia udało się polepszyć bez przyjmowania leku (nie miał bowiem świadomości, że podano mu go podstępem).

30. **KMPT zaleca każdorazowo informowanie mieszkańców o tym, jakie leki przyjmują i w jakiej formie, jeżeli mają wątpliwości co do stosowanej wobec nich farmakoterapii.**

31. Z obserwacji wizytujących oraz rozmów z personelem wynikało, że mieszkaniec przejawia zachowania agresywne. Opisany sposób podawania mu leków podyktowany jest tym, że personel się go boi i nie widzi innego rozwiązania problemu powracających napadów agresji. Ryzyko, że mieszkaniec przebywa w placówce, w której nie zapewnia mu się właściwej ze względu na jego

schorzenia opieki, potwierdzają opinie psychologiczne i psychiatryczne. Wynika z nich m.in., że rozpoznanie u mieszkańca przewlekłej choroby psychicznej (stan przewlekłej psychozy) warunkuje postępowanie wobec niego w inny sposób niż wobec osób, u których występuje wyłącznie niepełnosprawność intelektualna. Zdaniem jednego z badających mieszkańca psychiatrów „pozostawienie chorego w domu pomocy społecznej stanowi zagrożenie powtórzenia się zachowań agresywnych i jest błędem w sztuce medycznej”. Z innej opinii wynika, że „mieszkaniec stwarza zagrożenie dla siebie, współmieszkańców i personelu DPS. Nie jest zdolny skorzystać z jakichkolwiek oddziaływań terapeutycznych, a leczenie psychiatryczne w formule nieregularnych konsultacji lekarskich nie przynosi oczekiwanej poprawy. Podopieczny wymaga przeniesienia do placówki, w której będzie miał zapewnioną regularną opiekę psychiatryczną, jak zakład opiekuńczo-leczniczy o profilu psychiatrycznym”.

32. Pozostawienie mieszkańca w placówce, w której nie jest mu zapewniona właściwa opieka, stanowi zagrożenie nie tylko dla niego samego i personelu, lecz również dla pozostałych mieszkańców DPS. Obserwacje przedstawicieli KMPT poczynione w trakcie wizytacji pokrywają się z ustaleniami jednego z badających mieszkańca psychiatrów, który twierdził, że badany jest „niewidomy, często pobudzony, wychodzi na korytarz, bezładnie uderza rękoma wokół siebie jeśli wyczuwa kogoś w otoczeniu co powoduje silne stany lękowe współpensjonariuszy, ucieczkę do swoich pokoi, pogorszenie efektów terapeutycznych”.

33. Z ustaleń przedstawicieli KMPT wynika również, że z uwagi na agresywne zachowania (uderzanie i krzyk) mieszkańca pozostali podopieczni DPS uskarżali się na problemy ze snem.

34. **KMPT zwraca się z prośbą o informację, czy i jakie kroki zostały podjęte dotychczas przez dyrekcję DPS w celu zmiany placówki na taką, która zapewni mieszkańcowi adekwatną opiekę.**

35. Dom Pomocy Społecznej w Jaskulinie nie zatrudnia lekarzy. Opiekę lekarza, pielęgniarki i położnej oraz pielęgniarki środowiskowej i położnej środowiskowej zapewnia mieszkańcom, w ramach NFZ, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Miejski Ośrodek Zdrowia w Świebodzicach zgodnie ze złożoną przez mieszkańców deklaracją wyboru.

36. Wizytowana placówka nie zatrudnia ponadto żadnej osoby na stanowisku pielęgniarki. Osoby legitymujące się wykształceniem pielęgniarskim pełnią funkcję opiekunów. Są one odpowiedzialne za rozdzielanie i podawanie leków (w tym w formie iniekcji), uzupełnianie książki raportów pielęgniarskich oraz prowadzenie gabinetu doraźnej pomocy medycznej. Kontakt z pielęgniarką i lekarzem DPS

zapewnia w ramach opieki środowiskowej w postaci wizyt domowych oraz prywatnych realizowanych z pieniędzy mieszkańców.

37. Na potrzebę zapewnienia obecności co najmniej jednej pielęgniarki w porze nocnej wskazuje CPT, podkreślając, że leczenie, w tym psychiatryczne, stanowi ważną część ogólnej opieki. W tym celu lekarz ogólny oraz psychiatra powinni być obecni regularnie, w zależności od potrzeb mieszkańców i wielkości placówki, a co najmniej jedna pielęgniarka powinna być obecna zawsze, również w nocy<sup>18</sup>.

**38. KMPT zaleca zatrudnienie co najmniej jednej osoby na stanowisku pielęgniarki oraz zapewnienie w placówce całodobowej opieki medycznej świadczonej przez pielęgniarkę lub ratownika medycznego.**

39. Nowo przyjmowani mieszkańcy – najszybciej jak to możliwe – poddawani są badaniu przez lekarza. Ewentualne obrażenia odnotowywane są w książce obserwacji opiekunek i zapisywane w dokumentacji medycznej mieszkańców. W placówce nie używa się specjalnych formularzy do oznaczania obrażeń, zawierających mapy ciała do umiejscowienia urazów.

40. Stosowanie map ciała i szczegółowe opisywanie obrażeń jest szczególnie istotne z uwagi na to, że w wizytowanej placówce dochodzi do przypadków dokonywania samouszkodzeń przez mieszkańców, m.in. uderzania głową w meble, uderzania pięścią o przedmioty oraz gryzienia się.

41. KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za minimalną gwarancję chroniącą pensjonariuszy przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce.

**42. KMPT rekomenduje dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą podopiecznych) powinien zostać włączony do prowadzonej w placówce dokumentacji medycznej.**

43. Krajowy Mechanizm pragnie też zaznaczyć, że 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.

---

<sup>18</sup> Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments. Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, § 19.



44. Z ustaleń delegacji KMPT wynika, że Protokół stambulski<sup>19</sup> nie był znany personelowi placówki. Publikacja ta odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur. Znajomość Protokołu stambulskiego ułatwia pracownikom wykrywanie i odpowiednie dokumentowanie przypadków poniżającego traktowania, co wzmocni ich potencjał zawodowy. Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomenduje Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom<sup>20</sup>.

45. **Krajowy Mechanizm zaleca przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.**

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

46. Znajdujące się w analizowanej dokumentacji oświadczenia dotyczące osób ubezwłasnowolnionych podpisywane były jedynie przez opiekunów prawnych.

47. KMPT stoi na stanowisku, że o ile jest to możliwe, tj. nie stoją temu na przeszkodzie ważne względy zdrowotne wykluczające możliwość zrozumienia treści materiału, podpisy pod oświadczeniami tego typu powinni składać przede wszystkim sami zainteresowani.

48. Opiekun prawny wyznaczony jest bowiem do pomocy osobie ubezwłasnowolnionej, a nie do wypowiedzania się za mieszkańca, zwłaszcza w sprawach, w których jedynie on może zająć stanowisko (np. oświadczyć, czy faktycznie zapoznał się ze swoimi prawami i obowiązkami).

49. Przyjęcie praktyki odbierania podpisów od ubezwłasnowolnionych mieszkańców stanowiłoby, w ocenie przedstawicieli KMPT, gwarancję, że konsekwencje wynikające z treści podpisywanych pouczeń, zgód i innych oświadczeń woli byłyby znane nie tylko opiekunom prawnym osób ubezwłasnowolnionych, lecz przede wszystkim im samym.

50. **KMPT zaleca zapoznawanie osób ubezwłasnowolnionych z ich prawami i odbierania od nich podpisów pod treścią oświadczeń.**

51. Na terenie placówki na tablicy informacyjnej znajdowała się informacja, że Dyrektor DPS dostępny jest dla mieszkańców w każdy wtorek między godz. 10.00 a 13.00. Jak ustalono, w DPS funkcjonuje procedura składania skarg i wniosków przez mieszkańców. Wątpliwości KMPT budzi pkt 2, zgodnie z którym: „mieszkaniec lub jego opiekun prawny może zgłosić skargę bądź wniosek osobiście. Przekazuje go w formie

---

<sup>19</sup> Zob. Protokół stambulski. Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Dokument dostępny jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna> [dostęp: 24.02.2025 r.].

<sup>20</sup> Zob. Raporty SPT z wizyt: w Peru, CAT/OP/PER/1, § 20; w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, § 46-48; w Brazylii, CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

werbalnej Dyrektorowi Domu". Jest to forma najprostsza, jednak ujawnia tożsamość osoby sygnalizującej istnienie problemu związanego z funkcjonowaniem placówki. Zapis ten może zniechęcać do składania skargi w ten sposób i uniemożliwiać dostępność do systemu skargowego tym mieszkańcom, którzy pragną zachować anonimowość.

**52. KMPT rekomenduje uwzględnienie w procedurze składania skarg i wniosków również możliwości kierowania ich w formie pisemnej.**

53. Rejestr skarg w wizytowanej placówce znajdował się w gabinecie doraźnej pomocy. Sprawia to, że dostęp do niego miały wszystkie osoby odpowiedzialne za obsługę gabinetu. W ocenie KMPT rejestr skarg powinien mieć charakter poufny i być dostępny wyłącznie dla dyrektora placówki (ewentualnie wyznaczonego przez dyrekcję pracownika).

54. Funkcjonowanie rejestru skarg pozwala na odnotowywanie problemów pojawiających się w placówce, co ułatwia ich rozwiązywanie oraz sprawowanie nadzoru nad częstotliwością ich występowania. Jak bowiem wskazuje Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom, brak skarg nie musi być koniecznie uznawany za pozytywny. Przeciwnie, może to oznaczać niebezpieczne środowisko w placówce lub brak zaufania do systemu skargowego<sup>21</sup>.

55. CPT podkreśla znaczenie dostępu do mechanizmów skargowych jako fundamentalnej gwarancji ochronnej przed niewłaściwym traktowaniem. Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także przez 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<sup>22</sup>.

56. Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie, ulotek i filmów informacyjnych)<sup>23</sup>.

57. W wizytowanej placówce mieszkańcom powinna zostać zapewniona możliwość składania skarg również przez umieszczanie ich w zamkniętych skrzynkach na skargi, do których dostęp miałyby osoby specjalnie do tego wyznaczone przez

---

<sup>21</sup> Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2018) 4], § 9.

<sup>22</sup> Tamże, § 68-91.

<sup>23</sup> Tamże, § 79.

dyrekcję. Znaczenie tej formy sygnalizowania występujących w miejscach pozbawienia wolności nieprawidłowości również podkreślał CPT<sup>24</sup>.

58. W celu zwiększenia dostępności do wewnętrznego systemu składania skarg **KMPT rekomenduje stworzenie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy i inne osoby będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności, oraz zmianę procedury skargowej, tak by uwzględniała ona informacje przekazane tą drogą.**

59. KMPT każdorazowo zwraca uwagę, czy placówka w ogólnodostępnych miejscach (np. korytarze) zamieszcza informacje o instytucjach stojących na straży praw człowieka. Możliwość kontaktu z takimi instytucjami przez osobę przebywającą w DPS lub np. odwiedzających ją krewnych stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem. Z obserwacji delegacji KMPT wynika, że dane teled adresowe do instytucji stojących na straży praw człowieka były wyeksponowane jedynie na tablicy informacyjnej znajdującej się na parterze budynku.

60. **KMPT rekomenduje wyeksponowanie również w pozostałych przestrzeniach wspólnych (np. na korytarzach, przy wejściu do placówki), do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teled adresowych instytucji, do których mieszkańiec lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca.**

#### **D. Dokumentacja**

61. W niektórych z analizowanych teczek osobowych mieszkańców ubezwłasnowolnionych brakowało postanowienia sądu o zgodzie na umieszczenie ich w domu pomocy społecznej przez opiekuna prawnego. Obowiązek przedstawienia ww. dokumentu wraz z wnioskiem o skierowanie do DPS wynika z treści § 8 ust. 2 pkt 7 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej<sup>25</sup> (dalej jako: rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej). Powyższa obserwacja wskazuje na to, że uzyskanie przez opiekuna prawnego zgody sądu na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w DPS nie było weryfikowane na żadnym etapie postępowania administracyjnego w sprawie umieszczenia jej w wizytowanej placówce.

62. **KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji ubezwłasnowolnionych mieszkańców o postanowienia sądu o zgodzie na umieszczenie ich w domu pomocy społecznej oraz prowadzenie dokumentacji zgodnie z przewidzianymi w obowiązujących przepisach wymogami.**

---

<sup>24</sup> Tamże, § 84.

<sup>25</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 51.

## **E. Warunki bytowe**

63. W wizytowanym DPS mieści się m.in.: sala terapeutyczna, sala do rehabilitacji i fizjoterapii. Wnętrza domu w czasie wizytacji były czyste i wolne od nieprzyjemnych zapachów. Panowała w nich odpowiednia temperatura i były dobrze oświetlone (zarówno światłem sztucznym, jak i naturalnym). Do dyspozycji mieszkańców pozostają również zewnętrzna siłownia oraz ogródek.

64. Z obserwacji wizytujących wynika jednak, że nie wszystkie znajdujące się w wizytowanej placówce toalety wyposażone są w deski sedesowe.

65. **KMPT zaleca wyposażenie toalet w deski sedesowe.**

## **F. Personel**

66. W wizytowanej placówce w porze nocnej dyżur pełni jedynie dwóch pracowników, którzy odpowiedzialni są za obydwie kondygnacje budynku. W ocenie KMPT taka obsada nie jest wystarczająca do zapewnienia właściwej opieki ok. 70 mieszkańcom, w szczególności w sytuacjach wymagających wzajemnego współdziałania (np. udzielenia pomocy czy uspokojenia pobudzonego mieszkańca).

67. **KMPT zaleca zwiększenie obsady obecnego w porze nocnej personelu, tak aby dyżur pełniły co najmniej trzy osoby.**

68. Zdaniem wizytujących osoby pracujące w placówce mają odpowiednie wykształcenie. Personel przechodził również szkolenia, m.in.: „Pierwsza pomoc przedmedyczna”, „Stres i wypalenie zawodowe – jak skutecznie radzić sobie z kryzysem pomagania osobom niepełnosprawnym”, „Prawa i obowiązki mieszkańców DPS-u”, „Agresja i autoagresja u podopiecznych DPS-u”, „Nowoczesne narzędzia i formy wsparcia pracowników Domu Pomocy Społecznej”, „Agresja i autoagresja u osób niepełnosprawnych – metody i zasady postępowania oraz udzielania pierwszej pomocy”, „Relacja opiekuna z osobą niepełnosprawną i trening efektywnej komunikacji, granice, współpraca i wzajemny szacunek”, „Techniki relaksacyjne i inne metody radzenia sobie z napięciem u osób niepełnosprawnych”, „Specyfika pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną”, „Praca z osobami niepełnosprawnymi – zespół downa, fas, aspergera”, „Usamodzielnianie mieszkańców DPS”.

69. KMPT od lat podkreśla, że odpowiednio dobrany i wyszkolony personel jest w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki bez uciekania się do przemocy. Stanowi też skuteczną gwarancję chroniącą mieszkańców przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem. Dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu oraz możliwości codziennego kontaktu z mieszkańcami ma możliwość bieżącego monitorowania ich zachowania i wyłapywania niepokojących sygnałów, świadczących o złym

traktowaniu. Może także podjąć skuteczne środki zaradcze w przypadku stwierdzenia niepokojących zdarzeń (np. przez podjęcie interwencji, udzielenie pomocy czy zgłoszenie przełożonym swoich obaw i podejrzeń).

70. Na kwestię odpowiedniego przeszkolenia personelu w placówkach opieki zwracał także uwagę CPT, pisząc, iż „biorąc pod uwagę trudny charakter pracy, ważne jest, aby personel w placówkach opieki społecznej był starannie dobrany i odpowiednio przeszkolony w zakresie humanitarnej i bezpiecznej opieki nad mieszkańcami, przed podjęciem przez nich obowiązków, a także w formie przypominających i regularnych szkoleń w późniejszym okresie. Ponadto personel powinien w trakcie wykonywania swoich obowiązków podlegać regularnemu nadzorowi. Ważne jest także zapewnienie personelowi odpowiedniego wsparcia, aby uniknąć wypalenia zawodowego oraz utrzymać wysokie standardy opieki”<sup>26</sup>.

**71. KMPT rekomenduje zapewnienie pracownikom cyklicznych szkoleń z zakresu sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, Protokołu stambulskiego, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.**

72. Z ustaleń delegacji KMPT wynika, że od końca lutego 2023 r. do dnia wizytacji DPS nie zapewniał personelowi możliwości udziału w superwizji. W ocenie KMPT prowadzona przez zewnętrznego eksperta superwizja pozwala na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu.

73. **KMPT zaleca zorganizowanie personelowi superwizji**, która powinna być prowadzona przez zewnętrznego eksperta. Jest to szczególnie istotne z uwagi na notoryczny kontakt personelu z agresywnym i stwarzającym zagrożenie mieszkańcem i specyfiką wykonywanych przez pracowników czynności opiekuńczych.

## **VI. Zalecenia**

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

### **I. Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej w Jaskulinie:**

---

<sup>26</sup> Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, § 17.

1. systematyczne przypominanie personelowi o konieczności traktowania podopiecznych z szacunkiem i godnością;
2. staranne weryfikowanie każdej informacji wskazującej na występowanie w placówce przemocy, a w przypadku jej potwierdzenia – informowanie organów ścigania o możliwości popełnienia przestępstwa;
3. natychmiastowe zaprzestanie praktyki zamykania mieszkańców na klucz;
4. każdorazowe informowanie mieszkańców o tym, jakie leki przyjmują i w jakiej formie, jeżeli mają wątpliwości co do stosowanej wobec nich farmakoterapii;
5. zatrudnienie co najmniej jednej osoby na stanowisku pielęgniarki oraz zapewnienie w placówce całodobowej opieki medycznej świadczonej przez pielęgniarkę lub ratownika medycznego;
6. dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do ich umiejscowienia, oraz włączanie go do dokumentacji medycznej wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą podopiecznych);
7. przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych;
8. zapoznavanie osób ubezwłasnowolnionych z ich prawami i odbieranie od nich podpisów pod treścią oświadczeń;
9. uwzględnienie w procedurze składania skarg i wniosków również możliwości kierowania ich w formie pisemnej;
10. stworzenie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy i inne osoby będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności, oraz zmianę procedury skargowej, tak by uwzględniała ona informacje przekazane tą drogą;
11. wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych (np. na korytarzach, przy wejściu do placówki), do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji, do których mieszkaniac lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca;
12. uzupełnienie dokumentacji ubezwłasnowolnionych mieszkańców o postanowienia sądu o zgodzie na umieszczenie ich w domu pomocy społecznej oraz prowadzenie dokumentacji zgodnie z przewidzianymi w obowiązujących przepisach wymogami;
13. wyposażenie toalet w deski sedesowe;
14. zwiększenie obsady obecnego w porze nocnej personelu, tak aby dyżur pełniły co najmniej trzy osoby;

15. zapewnienie pracownikom cyklicznych szkoleń z zakresu: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, Protokołu stambulskiego, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;
16. zorganizowanie personelowi superwizji.

**Ponadto, na podstawie art. 20 OPCAT, KMPT zwraca się do Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Jaskulinie o udzielenie informacji w kwestiach wskazanych w pkt 34 niniejszego raportu.**

## **II. Staroście Świdnickiemu:**

1. udzielenie Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej w Jaskulinie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

Opracował: Paweł Borkowski

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/