



Warszawa, 25-07-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.575.1.2025.AT

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Domu Pomocy Społecznej w Szczawnie**

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)¹.

2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)² 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)³.

3. 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

¹ 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).

² Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), zob. <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.

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

organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. 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 jakiejkolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁵.

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 wizyjnego⁶. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁷. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁸.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁹. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego 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 ONZ¹⁰.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji¹¹.

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

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

⁷ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁸ 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 2023 r., Część II – Jak pracuje KMPT?

⁹ 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.

¹⁰ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

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

II. Wprowadzenie

9. W dniach 4–6 lutego 2025 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację Domu Pomocy Społecznej w Szczawnie, znajdującego się przy ul. Parkowej 2 (dalej również: DPS, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Karina Balicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego), Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego) i Aleksandra Tokarska (prawnik, psycholog).

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły wstępną rozmowę z dyrektorką placówki Anetą Bencar i kierowniczką działu medyczno-terapeutycznego Magdaleną Jerczyńską, dokonały oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń i terenu zewnętrznego DPS, przeprowadziły poufne rozmowy z mieszkańcami i pracownikami placówki, zapoznały się z prowadzoną na miejscu dokumentacją oraz wykonały dokumentację fotograficzną.

12. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi dyrektorze placówki oraz kierowniczce działu medyczno-terapeutycznego.

13. Po zakończeniu wizytacji przedstawicielki KMPT dokonały analizy dokumentacji przekazanej przez kierownictwo placówki, a także dokumentacji fotograficznej zabezpieczonej przez delegację na miejscu.

14. Niniejszy raport sygnalizuje: problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt IV), i obszary wymagające ulepszeń w celu prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt V).

III. Charakterystyka placówki

15. Dom Pomocy Społecznej w Szczawnie jest placówką stałego pobytu przeznaczoną dla maksymalnie 99 dorosłych, przewlekłe psychicznie chorych mężczyzn. Podczas wizytacji przebywało w nim 95 mieszkańców. Dodatkowo trzech mieszkańców było hospitalizowanych oraz wobec jednej osoby trwała procedura przyjęcia.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

16. Placówka działa na podstawie decyzji Wojewody Lubuskiego¹³ na czas nieokreślony, z wpisem do Rejestru Domów Pomocy Społecznej Województwa Lubuskiego pod nr 19.

17. Organem prowadzącym DPS w Szczawnie jest powiat krośnieński. Nadzór nad placówką sprawuje Starostwo Powiatowe w Krośnie Odrzańskim przy pomocy Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.

IV. Problemy systemowe

A. Opłaty za pobyt mieszkańców przyjętych przed 2004 r.

18. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹⁴ wprowadziła tzw. trójskładowy udział w partycypowaniu w koszcie utrzymania mieszkańca¹⁵. Opłatę w pierwszej kolejności ponosi sam mieszkaniiec domu (do 70% swojego dochodu); w przypadku, gdy kwota ta nie wystarcza na pokrycie całości opłaty, w kosztach partycypują małżonek, zstępni, wstępni, a gdy i to nie wystarcza – gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej.

19. Zmiana przepisów o odpłatności dotyczyła jedynie mieszkańców przyjętych po wejściu ustawy w życie, czyli po 1 maja 2004 r. Wysokość dotacji pobytu mieszkańców przyjętych do DPS przed dniem 1 stycznia 2004 r. realizowana jest na starych zasadach, co w praktyce oznacza pokrywanie znacznej części opłaty za pobyt mieszkańca przez DPS, w którym osoba się znajduje.

20. W 2024 r. uprawnionych do dotacji było 25 osób, przyjętych przed 2004 r. Miesięczny koszt utrzymania mieszkańca wynosił 7248,91 zł, a dotacja celowa na 1 mieszkańca za 1 miesiąc wynosiła 3830 zł. Średnie miesięczne wpływy z odpłatności za pobyt mieszkańca uprawnionego do dotacji to 1801 zł. Po zsumowaniu średnio brakowało ok. 1600 zł miesięcznie, aby utrzymać mieszkańca. Kwota ta dopłacana jest z budżetu placówki.

21. Bezpośrednim skutkiem regulacji wymuszającej dofinansowywanie pobytu mieszkańców z budżetu DPS jest obniżenie szeroko rozumianych standardów opieki. Po pierwsze, dopłacanie do pobytu mieszkańców przez domy pomocy społecznej uniemożliwia kierownictwu proponowanie zatrudnianym osobom konkurencyjnych wynagrodzeń w porównaniu do podmiotów prywatnych, przy jednoczesnym zachowaniu odpowiedniej liczby personelu. Mniejsza liczba personelu

¹³ Decyzja nr PS.II.AKac/9013/3/2008 z dnia 23 marca 2009 r.

¹⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.

¹⁵ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy, druk sejmowy nr 2012/IV kad., s. 6, pkt III.

prowadzić może do ograniczania liczby zajęć dodatkowych dla mieszkańców, na co KMPT zwracał uwagę już wcześniej¹⁶. Po drugie, zwiększone wydatki domów pomocy społecznej, wynikające z obowiązujących regulacji, istotnie pogarszają warunki bytowe mieszkańców, ograniczając możliwość reagowania na nagłe potrzeby, np. remontowe. Wiele placówek boryka się z trudnościami w pokrywaniu podstawowych kosztów funkcjonowania, co wskazuje na systemowy charakter problemu.

B. Pełnienie funkcji opiekunów prawnych ubezwłasnowolnionych mieszkańców przez pracowników domu pomocy społecznej

22. Wśród pracowników DPS w Szczawnie były osoby, które równocześnie pełniły funkcję opiekuna prawnego osób ubezwłasnowolnionych, a także kuratorów osób ubezwłasnowolnionych częściowo. Kwestia ta od lat budzi wątpliwości KMPT¹⁷.

23. KMPT dostrzega, że takie rozwiązanie może być korzystne dla mieszkańców, dzięki stałemu kontaktowi ze swoim opiekunem prawnym. Jednakże jednym z obowiązków opiekuna prawnego jest monitorowanie, czy podopieczny otrzymuje odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Pracownikom DPS może być trudno zachować obiektywizm w ocenie jakości opieki oferowanej przez dom, skoro są częścią hierarchicznej struktury w miejscu pracy. Może to powodować powstanie konfliktu interesów. Ponadto nałożenie dodatkowych obowiązków związanych z opieką prawną może doprowadzić do zmniejszenia zaangażowania lub rzetelności w wykonywaniu czynności pracowniczych.

24. Na problem ten zwracał również uwagę CPT, podkreślając, że jednym z aspektów roli opiekuna jest – w razie konieczności – obrona 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 opiekunów¹⁸.

25. RPO dostrzega też problematykę i konsekwencje braku chętnych do pełnienia funkcji opiekuna prawnego osób ubezwłasnowolnionych¹⁹.

¹⁶ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2021 r., s. 20-22.

¹⁷ Zob. Raport tematyczny KMPT „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, s. 75-78.

¹⁸ Raport CPT z wizyty na Łotwie, CPT/Inf (2017)16, par. 157.

¹⁹ Wystąpienie generalne RPO do Ministra Sprawiedliwości z dnia 11 marca 2025 r., IV.7024.44.2024.

C. Monitoring

26. W placówce funkcjonuje monitoring wizyjny, obejmujący otoczenie budynku oraz ciągi komunikacyjne i części wspólne wewnątrz placówki. Dostęp do podglądu monitoringu mają pielęgniarki, portierzy oraz dyrekcja. Nagrania przechowywane są zasadniczo przez 14 dni.

27. RPO od dłuższego czasu sygnalizuje kwestię braku regulacji ustawowej w zakresie stosowania monitoringu w DPS i podnosi problem wpływu instalacji monitoringu na prawo mieszkańców do prywatności²⁰. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur opisuje ten problem jako systemowy w swoich publikacjach²¹.

V. Obszary wymagające poprawy

D. Zatrzymanie telefonu jednego z mieszkańców

28. Delegacja ustaliła, że telefon komórkowy jednego z mieszkańców jest na stałe przechowywany w gabinecie psychologa. Mieszkaniec ten ma możliwość korzystania z urządzenia wyłącznie w obecności członka personelu. Praktyka ta została uzasadniona przez personel koniecznością monitorowania aktywności mieszkańca w Internecie, wynikającą z objawów jego choroby, przejawiających się m.in. w uporczywym umawianiu się na oględziny luksusowych pojazdów oferowanych do sprzedaży za pośrednictwem sieci.

29. KMPT przypomina, że ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw (art. 31 ust. 3 Konstytucji).

30. KMPT rozumie obawy kierownictwa w zakresie posiadania telefonu komórkowego przez mieszkańca, jednakże odbieranie go podopiecznemu i umożliwianie rozmowy wyłącznie w obecności pracownika, stanowi ingerencję w jego prawo własności i prywatność. Stwarza też pole do nadużyć. A dostęp do

²⁰ Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016; Wystąpienie generalne RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

²¹ Zob. Raport tematyczny KMPT „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, s. 103; zob. też: Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., s. 103.

telefonu, możliwość odbycia poufnej rozmowy i powiadomienia w ten sposób innych osób o ewentualnych przejawach złego traktowania, stanowi ważną gwarancję zapobiegawczą. W ocenie KMPT należy znaleźć rozwiązanie, które pozwoli na zapobieżenie negatywnym skutkom wynikającym z choroby, przy poszanowaniu praw i wolności mieszkańca, wynikających z przepisów prawnych.

31. KMPT zwraca się do Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Szczawnie o analizę problemu w świetle powyższych uwag i powiadomienie Krajowego Mechanizmu o propozycji jego rozwiązania.

E. Przyjęcie mieszkańca i dokumentowanie obrażeń

32. Placówka posiada procedurę przyjęcia nowego mieszkańca, która składa się m.in. z wizyty u pielęgniarki, podczas której dokonuje się pomiaru wagi, wzrostu, temperatury ciała, ciśnienia krwi i poziomu cukru, a także zakłada dokumentację medyczną. Spostrzeżenia dotyczące stanu ciała i skóry nowo przyjętego mieszkańca odnotowywane w raporcie pielęgniarskim i dokumentacji medycznej są według Krajowego Mechanizmu niewystarczające.

33. KMPT podkreśla, że rzetelne dokumentowanie stwierdzonych urazów stanowi podstawowy i niezbędny standard ochrony mieszkańców przed przemocą, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem, w tym torturami. Jednocześnie praktyka ta pełni funkcję zabezpieczającą również wobec personelu placówki, chroniąc go przed potencjalnie bezpodstawnymi zarzutami dotyczącymi powstania obrażeń w trakcie pobytu mieszkańca w placówce.

34. Regulamin mieszkańców placówki w § 4 pkt 4.8 przewiduje każdorazowe oględziny ciała w razie powzięcia informacji o tym, że mieszkaniiec uległ wypadkowi podczas pobytu poza domem. Procedura postępowania w sytuacji stwierdzenia obrażeń fizycznych na ciele po powrocie mieszkańca do DPS zakłada wykonywanie oględzin ciała i dokumentowanie ich opisowo i fotograficznie, a następnie drukowanie fotografii i umieszczanie ich w dokumentacji medycznej.

35. Delegacja z niepokojem odnotowała jednak niestosowanie się do procedury fotograficznego dokumentowania obrażeń mieszkańców. Ograniczenie oględzin ciała pod kątem obrażeń jedynie do przypadków powzięcia informacji o obrażeniach fizycznych mieszkańca Krajowy Mechanizm ocenił również jako niewystarczające.

36. W związku z powyższym KMPT zaleca:

- **každorazowe dokonywanie oględzin ciała i ich dokumentowanie po powrocie mieszkańca z pobytu w miejscu, w którym mógł doświadczyć**

złego traktowania (w tym po pobycie w szpitalu), niezależnie od powzięcia informacji o tym, że uległ wypadkowi,

- **dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń²², zawierającego tzw. mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną (wykonaną za zgodą mieszkańca) powinien zostać włączony do jego dokumentacji medycznej.**

F. Dokumentacja

37. W dokumentacji medycznej mieszkańców ubezwłasnowolnionych znajdowały się podpisane przez ich opiekunów prawnych tzw. zgody blankietowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych, o jednolitej, ogólnej treści: „wyrażam zgodę na leczenie w każdej poradni specjalistycznej/każdym szpitalu mojego podopiecznego, całkowicie ubezwłasnowolnionego (imię i nazwisko ubezwłasnowolnionego mieszkańca)”

38. Problematyka uzyskiwania takich zgód była wcześniej omawiana przez KMPT²³. Praktyka ta pozostaje w sprzeczności z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty²⁴ – zgoda ogólna, na każde świadczenie medyczne, nie wywołuje żadnych skutków i w świetle prawa jest nieważna.

39. KMPT zaleca odstąpienie od stosowania praktyki odbierania zgód ogólnych na udzielanie świadczeń medycznych, a w miejsce tego uzyskiwanie każdorazowej zgody opiekuna prawnego oraz mieszkańca na poszczególne świadczenia. W razie braku możliwości uzyskania zgody opiekuna korzystać należy z instytucji zgody zastępczej sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego²⁵.

40. Jak wynika z informacji uzyskanych podczas wizytacji, nowi mieszkańcy są zaznajamiani z Regulaminem oraz swoimi prawami i obowiązkami wynikającymi

²² Zob. Formularze dostępne do wydrukowania opracowane przez ONZ w Protokole Stambulskim – podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, s. 98; podręcznik w polskiej wersji językowej dostępny na stronie RPO: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

²³ Zob. np. Raport KMPT z wizytacji Placówki Całodobowej Opieki – Centrum Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego Alter Domus w Otwocku, KMP.573.14.2023., s. 16-17; Raport KMPT z rewizytacji Domu Pomocy Społecznej „Etola” w Rudzie Pilczyckiej, KMP.575.3.2022, s. 17-18.

²⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.

²⁵ Wyrażanej w trybie art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

z pobytu w placówce. Jednak w przypadku osób ubezwłasnowolnionych wszelkie oświadczenia były podpisywane wyłącznie przez ich opiekunów prawnych.

41. KMPT podkreśla, że w sytuacjach, w których nie występują istotne przeciwwskazania zdrowotne uniemożliwiające zrozumienie treści dokumentów, podpisy pod oświadczeniami powinny być składane przede wszystkim przez same osoby, których one dotyczą. Rola opiekuna prawnego polega na wspieraniu osoby ubezwłasnowolnionej, a nie na zastępowaniu jej w wyrażaniu woli i wiedzy, zwłaszcza gdy jedynie dana osoba może potwierdzić zapoznanie się z przysługującymi jej prawami i obowiązkami.

42. Uzyskiwanie podpisów od osób ubezwłasnowolnionych stanowi istotną gwarancję, że skutki wynikające z treści podpisywanych dokumentów (w tym pouczenia i zgody) byłyby znane nie tylko ich opiekunom prawnym, lecz przede wszystkim samym zainteresowanym.

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

44. W DPS Szczawno nie przebywała żadna osoba niewładająca językiem polskim. Nie wyklucza to jednak potrzeby przygotowania się na ewentualność zniwelowania bariery językowej pomiędzy placówką a potencjalnym mieszkańcem – cudzoziemcem.

45. KMPT podkreśla, że prawo do informacji stanowi istotną gwarancję prewencji tortur. Otrzymanie przez osobę umieszczoną w DPS zrozumiałych dla niej informacji o funkcjonowaniu placówki, obowiązujących procedurach, zasadach i posiadanych prawach (w tym o zasadach składania skarg) zwiększa poczucie bezpieczeństwa i pozwala odgrywać aktywną rolę w realizacji własnych praw, dzięki czemu pełni funkcję prewencji złego traktowania.

46. **Krajowy Mechanizm zaleca przygotowanie się na ewentualność przyjęcia mieszkańca, który nie włada językiem polskim, przez opracowanie tłumaczeń regulaminów, oświadczeń i procedur na często spotykane na terenie Polski języki obce (m.in. angielski, ukraiński, niemiecki).**

G. Mechanizm skargowy

47. W zeszycie skarg i wniosków prowadzonym od 2023 r. nie widnieje żaden wpis. Z wyjaśnień kierownictwa placówki wynika, że spowodowane jest to zgłaszaniem skarg i wniosków jedynie ustnie oraz ustnym trybem ich rozpatrywania.

48. Jak wynika z dokumentów statutowych prowadzonych w placówce, w sytuacji gdy skarga lub wniosek zgłoszone są w formie pisemnej, odpowiedź również

następuje w formie pisemnej. Natomiast gdy skarga lub wniosek zostaną złożone ustnie, to odpowiedź również przybiera formę ustną.

49. Istota bezpiecznego, wewnętrznego mechanizmu skargowego, jako fundamentalnej gwarancji prewencji tortur we wszystkich miejscach, w których przebywają lub mogą przebywać osoby wbrew własnej woli, była wielokrotnie opisywana przez KMPT²⁶.

50. CPT podkreśla, że należy podjąć specjalne środki w celu zapewnienia, że mechanizmy skargowe będą bardziej dostępne dla grup szczególnie wrażliwych, w tym m.in. nieletnich, osób z niepełnosprawnościami, mających problem ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem oraz cudzoziemców²⁷.

51. CPT wyraża również stanowisko, że rozpatrywanie wniosku lub skargi powinno odbywać się zarówno ustnie, jak i pisemnie i zawierać informacje o możliwości i sposobie odwołania się od decyzji²⁸.

52. Wpis w rejestrze skarg i wniosków powinien każdorazowo zawierać co najmniej informację na temat osoby je rozpatrującej, a także sposobu rozpatrzenia. Prowadzenie pisemnej dokumentacji skargowej jest zarówno narzędziem zarządzania dla placówki, jak i źródłem wiedzy na jej temat dla zewnętrznych organów wizytujących. Brak skarg również stanowi istotną informację i nie zawsze jest dobrym zjawiskiem. Może być bowiem spowodowany brakiem poczucia bezpieczeństwa w danym środowisku lub brakiem zaufania do systemu skargowego.

53. **KMPT zaleca każdorazowe pisemne odnotowywanie wszelkich skarg i wniosków mieszkańców (lub innych osób), wraz ze sposobem ich rozwiązania, niezależnie od formy, w jakiej zostały złożone.**

54. Delegacja bardzo pozytywnie oceniła umieszczenie w pokoju socjalnym skrzynki, do której wszyscy pracownicy mogą wrzucać na karteczkach swoje prośby, wnioski (w tym o szkolenia), potrzeby, problemy do omówienia – także anonimowo.

55. **KMPT zaleca zainstalowanie analogicznego systemu skargowego dla mieszkańców, tj. umieszczenie w miejscu niemonitorowanym, zapewniającym anonimowość i poufność, skrzynki, do której mieszkańcy lub osoby odwiedzające będą mogli wrzucić swoje wnioski lub skargi.**

56. Tablica zawierająca informacje o instytucjach stojących na straży praw człowieka została umieszczona jedynie na parterze placówki.

²⁶ Zob. np. Raport KMPT z wizytacji Domu Pomocy Społecznej w Lublinie im. Wiktorii Michelisowej, KMP.575.2.2023, s. 10-12; Raport KMPT z wizytacji Domu Pomocy Społecznej „Słoneczne Wzgórze” w Ryjewie, KMP.575.3.2023, s. 8-11.

²⁷ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018)4, par. 83.

²⁸ Tamże, par. 79.

57. Wszystkie osoby przebywające w placówce powinny być należycie poinformowane o wszelkich możliwościach składania skarg zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Umieszczenie tych informacji wyłącznie w jednym miejscu nie gwarantuje ich dostępności dla wszystkich mieszkańców domu. Istotne jest również zrozumienie przez mieszkańców sposobów korzystania z prawa do składania skarg. W tym celu powinny zostać opracowane odpowiednie narzędzia informacyjne, dostosowane do ich odbiorców i regularnie udostępniane im w prostych, przyjaznych dla użytkownika formatach (np. plakaty w miejscach wspólnych z informacjami o procedurach składania skarg, ulotki, filmy informacyjne).

58. **KMPT rekomenduje wyeksponowanie również w pozostałych przestrzeniach wspólnych (np. korytarzach, świetlicy), do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji, do których mieszkaniem lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca.**

H. Personel i usługi w placówce

59. Placówka zatrudnia dwóch fizjoterapeutów, którzy realizują zalecenia lekarzy, jak również prowadzą zajęcia ogólnorozwojowe i sportowe, a także masaże w nowocześnie wyposażonej sali do rehabilitacji i fizykoterapii. Sala ta jest otwarta cały dzień dla mieszkańców chcących korzystać z niej samodzielnie.

60. Zajęcia ruchowe odbywają się od poniedziałku do piątku – grupowo w godzinach 7:00-15:00, a następnie indywidualnie. Z zajęć mogą korzystać wszyscy chętni mieszkańcy. W czasie wizytacji KMPT jeden z fizjoterapeutów przebywał na urlopie wychowawczym.

61. Mając na uwadze liczbę mieszkańców w placówce oraz ich szczególne, wynikające z przebytych chorób potrzeby, czas, jaki obecnie zatrudnieni fizjoterapeuci mogą poświęcić mieszkańcom, może być nieproporcjonalny do faktycznych potrzeb.

62. **KMPT zaleca zatrudnienie fizjoterapeuty w formie zastępstwa do czasu powrotu pracownika z urlopu wychowawczego – w celu zwiększenia dostępności zajęć i rehabilitacji.**

63. W DPS terapia zajęciowa odbywa się od poniedziałku do piątku. Liczba etatów terapeutów zajęciowych (5) jest wystarczająca, a oferta i różnorodność zajęć – bogata. Brakuje jednak zajęć w weekendy. Zwiększenie dostępności zajęć terapeutycznych uatrakcyjniłoby ofertę placówki i korzystnie wpłynęło na atmosferę w domu.

64. W opinii CPT, jako absolutne minimum, każdy pensjonariusz powinien mieć możliwość uczestniczenia w jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia²⁹.

65. **KMPT rekomenduje zapewnienie obecności terapeuty zajęciowego również w weekendy.**

66. W trakcie wizytacji w placówce zatrudnione były cztery pielęgniarki. Pozostawał jeden wakat na stanowisku pielęgniarskim. Praca pielęgniarek zorganizowana była w systemie zmianowym, dwunastogodzinnym. Zdarzały się nieobsadzone przez pielęgniarkę dyżury nocne. Na taką okoliczność zwiększana była liczba opiekunów.

67. W placówkach tego rodzaju jedną z podstawowych potrzeb mieszkańców jest zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej, na co KMPT zwracał uwagę wielokrotnie³⁰. Z zadowoleniem więc Krajowy Mechanizm przyjął informację o wypełnieniu wakatu pielęgniarskiego od dnia 17 marca 2025 r. oraz zatrudnieniu 2 nowych opiekunów od początku marca 2025 r.

68. **KMPT zaleca organizowanie pracy pielęgniarek w sposób zapewniający mieszkańcom całodobową opiekę.**

69. KMPT z zadowoleniem odnotował fakt współpracy placówki z zewnętrznym superwizorem i docenia starania dyrekcji reagowania na potrzeby personelu w tej mierze. Delegacja odniosła jednak wrażenie, że spotkania superwizyjne mają charakter głównie interwencyjny.

70. **KMPT zaleca rozważenie, aby superwizja dla personelu była dostępna, obok sytuacji interwencyjnych, również regularnie.**

71. Dostępność do szkoleń dla pracowników delegacja również oceniła satysfakcjonująco (np. szkolenia wskazujące na rodzaje komunikacji wspierającej, zdrowe relacje w rodzinie, trening umiejętności społecznych). Pracownicy pozytywnie ocenili odbyte szkolenia. Jak jednak wynika z przeanalizowanej dokumentacji, nie wszyscy mający codzienny kontakt z mieszkańcami uczestniczyli w szkoleniach.

72. **KMPT zaleca wprowadzenie systemu, który umożliwi większej liczbie pracowników uczestnictwo w proponowanych szkoleniach, oraz poszerzenie ich tematyki o zagadnienia: stosowania Protokołu Stambulskiego, sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej**

²⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Republice Mołdowy w 2020 r., CPT/CPT/Inf (2020)27, par. 172, zob. też Raport CPT z wizyty w Albanii w 2023 r., CPT/Inf(2024)01, par. 217.

³⁰ Raport KMPT „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, s. 77-79.

oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

I. Warunki bytowe

73. Budynek i jego otoczenie zasadniczo pozbawione są barier architektonicznych. Dom jest wyposażony w dźwig osobowy dostosowany do potrzeb osób z obniżoną sprawnością fizyczną oraz usprawnienia wspomagające osoby z niepełnosprawnością ruchową.

74. Delegacja zauważyła jednak, że niektóre z łazienek wymagają dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną w zakresie zniesienia progów prysznicowych i dostosowania wysokości umywalek. Nie wszystkie osoby korzystające z toalet mogą korzystać z luster znajdujących się nad umywalkami, ze względu na zbyt wysokie ich zamontowanie. Jednocześnie pod niektórymi umywalkami brak jest miejsca na nogi osoby poruszającej się na wózku.

75. W DPS przebywają osoby poruszające się przy pomocy wózka, toteż, zdaniem KMPT, urządzenia te powinny odpowiadać ich potrzebom. Kierownictwo placówki podzieliło opinię KMPT i powzięło działania naprawcze, aktywnie poszukiwane jest wsparcie finansowe na realizację kolejnych remontów.

76. Przy okazji planowanych remontów KMPT rekomenduje, aby remontowana infrastruktura była dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, zgodnie z zasadami planowania dostępności³¹.

77. Podczas oglądu placówki delegacja zwróciła również uwagę na niewykończone naprawy, tj. nieodmalowane części ścian po wypełnianiu ubytków tynku w niektórych pokojach mieszkalnych.

78. KMPT zaleca wykonanie drobnych prac remontowych polegających na pomalowaniu ścian w pomieszczeniach, które tego wymagają.

³¹ Opracowanie KMPT, powstałe w porozumieniu z Fundacją Polska Bez Barrier oraz Fundacją Integracja, wskazuje na istotne cechy, jakie spełniać powinna przestrzeń placówki, w której pozbawione wolności są osoby z niepełnosprawnościami; publikacja dostępna jest na stronie Rzecznika Praw Obywatelskich: <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Monitoring%20traktowania%20wi%C4%99%C5%BAni%C3%B3w%20z%20niepe%C5%82nosprawno%C5%9Bci%C4%85%20fizyczn%C4%85%20i%20sensoryczn%C4%8501.pdf>.

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Szczawnie:

1. każdorazowe dokonywanie oględzin ciała i ich dokumentowanie, po powrocie mieszkańca z pobytu w miejscu, w którym mógł doświadczyć złego traktowania (w tym po pobycie w szpitalu), niezależnie od powzięcia informacji o tym, że uległ wypadkowi,
2. dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego tzw. mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną (zabezpieczoną za zgodą mieszkańca) powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca,
3. odstąpienie od stosowania praktyki zgód ogólnych, tzw. blankietowych, na udzielanie świadczeń medycznych, a w miejsce tego uzyskiwanie każdorazowej zgody opiekuna prawnego oraz mieszkańca na poszczególne świadczenia,
4. zapoznavanie osób ubezwłasnowolnionych z ich prawami i odbierania od nich podpisów pod treścią oświadczeń,
5. przygotowanie się na ewentualność przyjęcia mieszkańca, który nie włada językiem polskim, przez opracowanie tłumaczeń regulaminów, oświadczeń i procedur na powszechnie na terenie Polski języki obce (m.in. angielski, ukraiński, niemiecki),
6. każdorazowe pisemne odnotowywanie wszelkich skarg i wniosków mieszkańców (lub innych osób), wraz ze sposobem ich rozwiązania, niezależnie od formy, w jakiej zostały złożone,
7. zainstalowanie w miejscu niemonitorowanym – zapewniającym anonimowość i poufność – skrzynki, do której mieszkańcy będą mogli wrzucić swoje wnioski lub skargi,
8. wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych (np. w innych korytarzach, świetlicy), do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji, do których mieszkani lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca,
9. zatrudnienie fizjoterapeuty w formie zastępstwa do czasu powrotu pracownika z urlopu w celu zwiększenia dostępności zajęć i rehabilitacji,
10. zagwarantowanie obecności terapeuty zajęciowego również w weekendy,
11. rozważenie zagwarantowania regularnego dostępu do superwizji dla personelu,

12. wprowadzenie systemu, który umożliwi większej liczbie pracowników uczestnictwo w proponowanych szkoleniach, oraz poszerzenie ich zakresu o zagadnienia: 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, w tym Protokołu Stambulskiego,
13. dostosowanie infrastruktury do potrzeb osób z niepełnosprawnością,
14. wykonanie drobnych prac remontowych polegających na pomalowaniu ścian w pomieszczeniach, które tego wymagają.

Ponadto Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Szczawnie o analizę praktyki zapewnienia mieszkańcom dostępu do telefonu (pkt 28 raportu) i powiadomienie o propozycji rozwiązania kwestii budzącej obawy.

Opracowała: Aleksandra Tokarska

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/