



Warszawa, 29.08.2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.573.7.2025.AT

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Domu Opieki „EDO” w Marcinkowie**

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 organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub

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), <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), dalej jako: ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

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

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.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

II. Wprowadzenie

9. W dniach 6–7 maja 2025 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację w Domu Opieki „EDO” mieszczącym się pod adresem Marcinkowo 23a, 11-030 (gmina Purda, powiat olsztyński), dalej również jako: PCO, placówka.

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Aleksandra Tokarska (prawnik, psycholog), Karina Balicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego) i Oliwia Rybczyńska-Gryguc (prawniczka).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z osobami zarządzającymi placówką – Martą i Adamem Kolendami, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z mieszkańcami i personelem, zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją i oglądem monitoringu w czasie rzeczywistym.

12. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi pani Marcie Kolendo podczas rozmowy podsumowującej.

13. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy zabezpieczonej na miejscu dokumentacji oraz przekazanych przez właścicieli informacji pisemnych.

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, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt V).

III. Charakterystyka placówki

15. Dom Opieki „EDO” jest placówką całodobowej opieki przeznaczoną dla 30 osób niepełnosprawnych i w podeszłym wieku. Podczas wizytacji faktycznie przebywało w nim 29 mieszkańców, a jeden mieszkaniec był hospitalizowany.

16. Placówka działa na podstawie decyzji Wojewody Warmińsko-Mazurskiego z dnia 1 września 2005 r.¹³ wydanej na czas nieokreślony i jest wpisana do Rejestru placówek zapewniających całodobową opiekę Województwa Warmińsko-Mazurskiego pod nr 2.

17. Nadzór nad placówką sprawuje Wojewoda Warmińsko-Mazurski.

¹³ Decyzja nr PS.II.SK.9013-9/05.

IV. Problemy systemowe

A. Legalność pobytu osób, które nie są ubezwłasnowolnione, a których stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy

18. Umowy na pobyt w placówce mają charakter dwustronny i zawierane są pomiędzy pensjonariuszem, reprezentowanym przez pełnomocnika w postaci opiekuna faktycznego, a placówką. W większości przypadków pełnomocnictwo nie znajdowało się w dokumentacji prowadzonej przez placówkę. Z wyjaśnień właścicieli wynikało, że pełnomocnictwa te udzielone były ustnie. Stan zdrowia niektórych z pensjonariuszy wzbudził wątpliwości delegacji KMPT co do ich zdolności do wyrażenia zgody na pobyt w placówce, a także do udzielenia pełnomocnictwa.

19. KMPT odnotował przykład umowy zawartej w styczniu 2024 r., dotyczącej pobytu pensjonariuszki, w której aktach osobowych znajdowała się kopia wniosku o ubezwłasnowolnienie wraz z dokumentacją medyczną stwierdzającą u niej otępienie głębokie trwające od 2023 r. Tym samym należy podać w wątpliwość możliwość świadomego udzielenia przez nią pełnomocnictwa, zwłaszcza że już w czerwcu 2024 r. lekarz stwierdził, iż pensjonariuszka „nie potrafi podać swojego nazwiska (...) ma trudności w zrozumieniu prostych poleceń (...) funkcje poznawcze na poziomie otępienia głębokiego”.

20. RPO od lat alarmuje o problemie braku regulacji prawnej dotyczącej zasad przyjęć do placówek całodobowej opieki osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wykluczającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji¹⁴. Krajowy Mechanizm podkreśla, że podmioty inne niż przedstawiciele ustawowi nie są w żaden sposób legitymowane do podejmowania arbitralnej decyzji w sprawie umieszczenia w PCO osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona.

21. Krajowy Mechanizm odnotował też przykłady umów podpisanych, obok pełnomocnika, również przez pensjonariusza, co może świadczyć, że przynajmniej część z nich miała świadomość udzielenia pełnomocnictwa i zawarcia umowy na ich rzecz. Dla celów dowodowych KMPT rekomenduje jednak odbieranie pisemnych pełnomocnictw od pensjonariuszy na rzecz opiekunów faktycznych, upoważniających do zawarcia umowy z placówką.

¹⁴ Zob. wystąpienie generalne RPO z dnia 25 stycznia 2022 r. (KMP.573.1.2022); zob. także: Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., s. 103.

22. KMPT zwraca też uwagę, że osobom, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem, należy umożliwić złożenie tuszowego odcisku palca¹⁵.

B. Monitoring wizyjny

23. W placówce zainstalowane są kamery monitoringu wizyjnego, które obejmują części wspólne, kuchnie, stołówkę i korytarze oraz teren zewnętrzny. Podgląd monitoringu dostępny jest w gabinecie osoby zarządzającej placówką.

24. Stosowanie monitoringu wizyjnego ma na celu zwiększenie bezpieczeństwa osób przebywających w placówce, jednocześnie może ingerować w ich konstytucyjne prawa, m.in. prawo do prywatności. Zasadą jest, że ograniczenie konstytucyjnych praw i wolności może być ustanowione jedynie w ustawie (zob. art. 31 ust. 3 Konstytucji RP).

25. Kwestia stosowania monitoringu wizyjnego w placówkach całodobowej opieki pozostaje nieuregulowana, na co Rzecznik wskazuje od dłuższego czasu¹⁶.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Opieka medyczna

26. Przyjęcie pensjonariusza odbywa się na podstawie zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do umieszczenia w placówce. Dalsze czynności medyczne realizowane są według potrzeb, w ramach wizyt domowych na terenie PCO bądź w placówkach medycznych. W wizytowanej placówce nie zatrudnia się lekarzy ani pielęgniarek. Leki mieszkańcom wydaje opiekunka medyczna, która jest w trakcie studiów pielęgniarskich. Brak jest również personelu medycznego w nocy. Stan ten budzi duże wątpliwości ze strony przedstawicieli KMPT co do możliwości sprawnego zaopiekowania się mieszkańcami wymagającymi szczególnej opieki. Mając na uwadze charakter placówki, a także wiek i choroby jej mieszkańców (zwłaszcza mieszkańców

¹⁵ Zgodnie z art. 79 kodeksu cywilnego: „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”.

¹⁶ Zob. wystąpienie generalne RPO z dnia 30 stycznia 2018 r. (KMP.575.7.2016), zob. także wystąpienie generalne RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r. (III.7065.3.2016).

leżących), opiekę medyczną gwarantowaną w wizytowanej placówce należy ocenić jako niewystarczającą.

27. **KMPT zaleca nawiązanie stałej współpracy z pielęgniarką.**

28. Przy przyjęciu do placówki mieszkańcy nie są badani, nie prowadzi się oględzin ciała w celu odnotowania ewentualnych obrażeń. Podczas pomocy przy kąpieli opiekunki zwracają uwagę na ewentualne zmiany na ciele. W placówce nie ma jednak procedury na wypadek ujawnienia takich śladów.

29. Informacje opisowe na temat nowo przyjętego mieszkańca znajdujące się w raportach opiekuńczych są w opinii KMPT niewystarczające. Przykładowy opis brzmi: „Dieta z ograniczeniem cukru, uczulona na Cipronex, otępienie w stopniu lekkim, samodzielna, trzeba pilnować toalety, ubierania, bez leków nasennych”. Opisy mieszkańców wracających z miejsc, w których mogli doświadczyć złego traktowania, np. ze szpitala, ograniczają się do zaleceń dla personelu placówki lub samej informacji o powrocie. W placówce nie są stosowane mapy ciała, a personel nie zna rekomendowanego przez instytucje międzynarodowe podręcznika dotyczącego diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania, czyli Protokołu stambulskiego¹⁷.

30. Krajowy Mechanizm podkreśla, że właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania jest jedną z minimalnych gwarancji chroniących mieszkańców przed złym traktowaniem. W tym celu pożądane jest wykorzystywanie Protokołu stambulskiego. Istotnym elementem chroniącym mieszkańców przed złym traktowaniem jest stosowanie map ciała – formularzy zawierających rysunki anatomiczne ciała człowieka do oznaczania umiejscowienia obrażeń¹⁸. W przypadku poważniejszych obrażeń do dokumentacji powinno dołączać się również ich zdjęcia¹⁹, wykonane za zgodą mieszkańców.

31. **KMPT zaleca każdorazowe przeprowadzanie badania lekarskiego przy przyjęciu nowego mieszkańca do placówki, jak i po powrocie do placówki z miejsc, w których doznać mógł on niewłaściwego traktowania, a także dokumentowanie wszelkich zmian i obrażeń przy użyciu map ciała.**

32. **KMPT zaleca przeprowadzenie dla personelu szkolenia z zakresu Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do jego wytycznych.**

¹⁷ Zob. Protokół stambulski, dostępny w tłumaczeniu na język polski na stronie:

https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2024-09/Protokol_stambulski_aktualizacja_2022_jez.polski.pdf.

¹⁸ Tamże, s. 197 i nast.

¹⁹ 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.

33. W placówce zdarzają się przypadki, gdy przed podaniem leków mieszkańcowi są one rozkruszane. Informacja o tym jest odnotowywana w raporcie prowadzonym przez opiekunki, jednak w dokumentacji medycznej brakuje zaleceń lekarza w tym zakresie.

34. Z uwagi na ryzyko zmiany właściwości leku decyzja o zmianie formy jego podania każdorazowo należy do lekarza, a fakt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej²⁰.

35. Ponadto zdarzało się, że leki były podawane mieszkańcom podstępem, przez ukrycie ich w jedzeniu. Takie postępowanie przeczy prawu do informacji o swoim stanie zdrowia, a także rodzaju i zakresie udzielanych osobie świadczeń²¹.

36. Krajowy Mechanizm od lat podczas swoich wizytacji stwierdza występowanie praktyki rozkruszania leków przed ich podaniem. Szczegółowe argumenty przemawiające za podawaniem leku w formie rozkruszonej jedynie na zlecenie lekarza oraz za właściwym dokumentowaniem tego faktu, jak również możliwe negatywne skutki podawania ich bez wiedzy pacjentów – zostały szeroko przedstawione w raporcie rocznym KMPT²².

37. Krajowy Mechanizm zaleca odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków bez wiedzy podopiecznych, a także każdorazowe konsultowanie z lekarzem potrzeby podawania medykamentów w postaci rozkruszonej oraz bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej o odpowiednie zalecenia lekarskie w tym zakresie.

38. W aktach osobowych nieubezważnionej mieszkanki znajdowało się notarialne pełnomocnictwo zawierające upoważnienia do „podejmowania wszelkich decyzji związanych z ewentualnym leczeniem i przeprowadzaniem zabiegów medycznych zarówno ratujących życie, jak również wszelkich innych”, a także „składania w tym zakresie stosownych oświadczeń woli i wiedzy oraz podpisywania wszelkich pism, wniosków i skarg niezbędnych do diagnozowania i prowadzenia mego leczenia”.

39. Niezależnie od formy, w jakiej jest składana, zgoda blankietowa na czynności medyczne nie wywołuje skutków prawnych, bowiem oświadczenie woli w tej kwestii musi dotyczyć skonkretyzowanej czynności, poprzedzonej informacją na jej temat. Zgodnie z uregulowaniami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza

²⁰ Zob. Raport RPO z rocznej działalności KMPT w 2022 r., s. 141-143.

²¹ Zob. art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

²² Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., s. 104.

i lekarza dentysty²³ badania i inne świadczenia zdrowotne mogą być przeprowadzone po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1). Jeśli osoba nie została ubezwłasnowolniona, ale jej stan zdrowia uniemożliwia świadome wyrażenie zgody na leczenie, decyzję o zgodzie powinien podjąć sąd opiekuńczy (art. 32 ust. 2). Przedstawiciele KMPT zwracają również uwagę, że w sytuacjach nagłych udzielenie świadczenia zdrowotnego, w tym przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, może być przeprowadzone bez zgody zainteresowanych (art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 7). W sytuacji, gdy przeprowadzone ma być jedynie badanie osoby niezdolnej do udzielenia świadomej zgody, może ją również wyrazić opiekun faktyczny (art. 32 ust. 3).

40. W tym miejscu KMPT wskazuje także na zapis stanowiący zgodę blankietową w umowach na pobyt w placówce – § 4 pkt 3 umowy stanowi, że „w razie zaistnienia konieczności, Pensjonariusz upoważnia Dom Opieki do umieszczenia go w placówkach szpitalnych”. Leczenie w warunkach szpitalnych również wymaga zgody na zasadach przytoczonych powyżej.

41. **KMPT zaleca odstąpienie od praktyki przyjmowania zgód blankietowych na świadczenia medyczne oraz stosowanie się do przepisów ustawy o zawodzie lekarza, a także ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**

B. Aktywizacja mieszkańców i kontakt z psychologiem

42. Rehabilitacja w placówce prowadzona jest w ograniczonym zakresie. Placówka współpracuje z rehabilitantką w wymiarze ok. 80 godzin w ciągu roku, a w rehabilitacji biorą udział jedynie wybrani mieszkańcy. Zdarza się, że rehabilitantka ma dodatkowe zobowiązania w innym miejscu pracy, co dodatkowo ogranicza jej dostępność dla mieszkańców placówki całodobowej opieki „EDO”.

43. Delegacja odebrała od pensjonariuszy sygnały, że chcieliby oni brać udział w większej ilości zajęć ruchowych. Terapeutka zajęciowa próbuje zaspokoić potrzeby mieszkańców w miarę swoich możliwości i umiejętności, jednakże oferta ta jest niewystarczająca.

44. **KMPT zaleca zwiększenie dostępu do rehabilitacji dla wszystkich mieszkańców.**

45. Terapia zajęciowa w placówce odbywa się trzy razy w tygodniu – w poniedziałki, środki i piątki. Pensjonariusze z niecierpliwością wyczekują kolejnych

²³ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.), dalej jako: ustawa o zawodzie lekarza.

zajęć. Proponowane zajęcia są bardzo różnorodne, są to np. zajęcia muzyczne, plastyczne, koordynacyjne i ruchowe (również z elementami rywalizacji), a także zadania logiczne i lingwistyczne. Terapeutka zajęciowa dopasowuje zakres zadań do indywidualnych potrzeb, w tym również odwiedza w pokojach osoby leżące.

46. W pozostałe dni, w które nie odbywa się terapia zajęciowa, pensjonariusze organizują sobie czas we własnym zakresie. Zazwyczaj jest to oglądanie telewizji.

47. Stanowisko CPT na temat ilości organizowanego dla mieszkańców tego rodzaju placówek czasu jest precyzyjne – za minimum uznać należy zagwarantowanie, o ile pozwala na to stan zdrowia mieszkańca, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia²⁴.

48. **KMPT zaleca prowadzenie co najmniej jednej zorganizowanej aktywności codziennie, również w weekendy.**

49. Mieszkańcy placówki nie mają zapewnionego kontaktu z psychologiem. Jak wynika z rozmów delegacji z personelem placówki, pensjonariusze miewają problemy adaptacyjne, szczególnie na początku pobytu w placówce.

50. Zmiana środowiska i długotrwałe rozstanie z bliskimi może potęgować poczucie samotności i opuszczenia u osób starszych. Jest to grupa szczególnie narażona na trudne emocje związane ze zmianami psychofizycznymi, jakie postępują w miarę starzenia się.

51. KMPT od dawna zwraca uwagę placówkom całodobowej opieki na potrzebę zapewnienia obserwacji i wsparcia psychologicznego pensjonariuszom²⁵.

52. Jak podkreśla CPT, różnorodność zatrudnionych specjalistów jest istotna w konstruowaniu i egzekwowaniu indywidualnych planów terapeutycznych²⁶.

53. **KMPT zaleca nawiązanie współpracy z psychologiem.**

C. Kontakt ze światem zewnętrznym

54. Niektórzy mieszkańcy nie mogą samodzielnie wychodzić poza teren placówki. Ograniczenie takie nałożone jest na mieszkańca na podstawie decyzji jego rodziny. Placówka nie prowadzi dokumentacji na temat zastosowanych ograniczeń.

²⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, par. 174.

²⁵ Zob. Raport RPO z działalności rocznej KMPT w 2023 r. s. 110–111; zob. także Raport RPO z działalności rocznej KMPT w 2022 r., s. 143.

²⁶ Zob. Standardy CPT, Persons deprived of their liberty in social care establishments, 21 grudnia 2020 r., CPT/Inf (2020)41, par. 18.

55. Krajowy Mechanizm przypomina, że wszelkie ograniczenia w możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez pensjonariuszy powinny być wprowadzane jedynie na podstawie i w granicach obowiązującego prawa. Osoba kierująca placówką może pisemnie ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki osobie w niej przebywającej, gdy ze względu na jej zaburzenia psychiczne brak opieki zagraża jej życiu lub poważnie zagraża jej zdrowiu. Ograniczenie takie może być nałożone na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia. Ograniczenie doręcza się osobie przebywającej w placówce, a gdy jest ona ubezwłasnowolniona całkowicie, również jej przedstawicielowi ustawowemu. Doręczając ograniczenie, osoba kierująca placówką poucza osobę w niej przebywającą o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia. Do obowiązków osoby kierującej placówką należy także przekazanie informacji o ograniczeniu samodzielnego wyjść poza teren domu opieki do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka²⁷. Ponadto, w myśl art. 68a pkt 1 lit. h ustawy o pomocy społecznej, placówka ma obowiązek prowadzić szczegółową dokumentację zawierającą informacje dotyczące ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki.

56. **KMPT zaleca uzupełnienie teczek osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o stosowne zaświadczenia lekarskie wskazane w art. 68 ust. 2a–2h ustawy o pomocy społecznej, ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego i informowanie sądu opiekuńczego o pobycie w placówce mieszkańców objętych tego rodzaju ograniczeniem.**

D. Personel

57. Delegacja KMPT nie odebrała sygnałów świadczących o złym traktowaniu mieszkańców przez pracowników placówki. Uwagę wizytujących zwróciły jednak symptomy mogące świadczyć o niewystarczającej liczbie personelu opiekuńczego. W ciągu dnia w placówce dyżur pełnią dwie opiekunki, a w nocy jedna. Zmiany dyżurów personelu opiekuńczego są ułożone w taki sposób, że w godz. 15.00–17.00 dostępna jest tylko jedna opiekunka. Ponadto w PCO nie są zatrudnione pielęgniarki, na których potrzebę zatrudnienia wskazywano we wcześniejszej części raportu.

²⁷ Zob. art. 68 ust. 2a–2h ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.), dalej jako: ustawa o pomocy społecznej.

58. W opinii KMPT liczba personelu, szczególnie przy braku pielęgniarek czy lekarzy, jest zbyt mała dla zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom, choć spełnia minimalne ustawowe limity dotyczące obsady etatowej. Delegacja odnotowała, że personel jest przeciążony liczbą obowiązków. Jak wynika z analizy raportów opiekuńczych, w placówce zdarza się wiele wypadków i sytuacji pogorszenia stanu zdrowia angażujących personel. W razie wydarzenia niepożądanego bądź serii takich wydarzeń może się okazać, że reszta mieszkańców pozostanie bez należytej opieki. Prawdopodobieństwo takiej sytuacji wzrasta przy jednoosobowej obsadzie opiekuńczej. Problem ten został potwierdzony podczas rozmów z mieszkańcami. Wskazywali oni, że zdarza im się pomagać swoim współlokatorom przy wstawaniu po upadku, gdyż nie mogą znaleźć dostępnej opiekunki bądź nie są przez nią słyszani. Sytuacja taka stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa i zdrowia mieszkańców, zwłaszcza że pokoje nie są wyposażone w instalację przyzywową.

59. **KMPT zaleca zwiększenie liczby personelu opiekuńczego zarówno w ciągu dnia, jak i w nocy.**

60. Placówka nie zapewnia personelowi dostępu do superwizji. Podczas rozmów prowadzonych z personelem delegacja odnotowała wiele głosów wskazujących na chęć korzystania z tej formy wsparcia.

61. KMPT każdorazowo zaleca nawiązanie współpracy z zewnętrznym ekspertem, który prowadziłby superwizję dla personelu pracującego bezpośrednio z pensjonariuszami²⁸. Jest to szczególnie ważne w przypadku instytucji opiekuńczych, gdzie z uwagi na stan zdrowotny mieszkańców występują obciążające psychicznie i trudne sytuacje mogące prowadzić do wypalenia zawodowego.

62. **KMPT zaleca organizację superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.**

63. Placówka nie organizuje szkoleń, lecz jest otwarta na samokształcenie pracowników – grafik układany jest z uwzględnieniem potrzeb związanych z edukacją. W opinii KMPT nie jest to jednak wystarczające. Personel placówki tego rodzaju jest szczególnie narażony na obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, a także występowaniem trudnych sytuacji, m.in. związanych z agresją werbalną i fizyczną ze strony starszych lub schorowanych mieszkańców. Wymaga zatem stałego doskonalenia zawodowego organizowanego przez pracodawcę.

64. **KMPT zaleca regularne organizowanie szkoleń z zakresu: sposobów radzenia sobie ze stresem, z agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktem**

²⁸ Zob. Raport RPO z rocznej działalności KMPT w roku 2023, s. 117; zob. także raport RPO z rocznej działalności KMPT w roku 2022, s. 150–151.

z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, pierwszej pomocy, a także międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

E. Rejestry

65. Prowadzony w placówce rejestr zdarzeń nadzwyczajnych jest odpowiednio skonstruowany. Zawarta w nim tabela umożliwia, oprócz opisu sytuacji, uzupełnienie opisu o dane na temat: daty, podmiotu, miejsca, rodzaju zdarzenia (indywidualne/grupowe); typu zdarzenia (wypadek, samouszkodzenie, uszkodzenie ciała), danych osoby zgłaszającej, podjętych działań następnych. Rejestr ten nie jest jednak uzupełniany na bieżąco – widnieje w nim tylko jeden wpis z dnia 4 maja 2025 r. Występuje tu rozbieżność z wpisami znajdującymi się w prowadzonych w placówce raportach opiekuńczych. Znajduje się w nich wiele opisów wydarzeń, które z uwagi na ich charakter należy zakwalifikować jako zdarzenia nadzwyczajne, np. upadki skutkujące obrażeniami, rozbicia głowy, łuku brwiowego.

66. KMPT zaleca regularne uzupełnianie rejestru zdarzeń nadzwyczajnych zgodnie z faktycznymi sytuacjami mającymi miejsce w PCO.

67. Placówka nie prowadzi rejestru stosowania środków przymusu bezpośredniego. Fakt, że personel placówki nie jest upoważniony do stosowania środków przymusu, nie oznacza, że na jej terenie nie może być on stosowany przez inne, uprawnione do tego organy, np. Policję.

68. Dokumentowanie tego rodzaju zdarzeń stanowi zabezpieczenie przed torturami i innymi formami niewłaściwego traktowania²⁹. KMPT przypomina, że wymóg prowadzenia wspomnianego rejestru wynika wprost z przepisów ustawy o pomocy społecznej³⁰.

69. KMPT zaleca założenie i prowadzenie rejestru stosowania środków przymusu bezpośredniego.

F. Warunki bytowe

70. Zarówno teren zewnętrzny, jak i pomieszczenia placówki utrzymane są w należytej czystości. Pokoje mieszkańców są schludne. Wszyscy mieszkańcy mają

²⁹ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, par. 49–52.

³⁰ Zob. art. 68a pkt 1 lit. d tiret 4 ustawy o pomocy społecznej.

w pokojach swoją szafkę nocną, szafę na ubrania oraz miejsce przy biurku (z wyłączeniem pensjonariuszy leżących).

71. Wizytowana placówka była częściowo dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Niektóre z łazienek przeznaczonych dla mieszkańców placówki nie były dostosowane do potrzeb osób z ograniczeniami ruchowymi – w prysznicach znajdowały się progi, a sposób zamontowania umywalk i luster ograniczał osobom poruszającym się na wózkach możliwość korzystania z nich.

72. **W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto pamiętać o zasadach poprawiających jakość dostosowania, które zostały opracowane przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier i Fundacji Integracja, i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT³¹.**

73. W placówce nie funkcjonuje sygnalizacja alarmowo-przyzywowa, która służyłaby do wezwania pomocy w nagłych wypadkach. Jak wynika z rozmów z mieszkańcami, zdarzają się sytuacje, w których muszą oni samodzielnie pomagać współlokatorom, którzy doznali upadku. Niebezpieczna może okazać się potencjalna sytuacja, gdy takie zdarzenie nastąpi w miejscu, gdzie mieszkaniiec przebywa sam i przez dłuższy czas może nie być wiadomo, że potrzebuje on wsparcia.

74. **KMPT zaleca zamontowanie alarmów przyzywowych w pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców.**

75. Podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych u osób leżących opiekunki nie osłaniają ich od innych osób przebywających w tym samym pokoju. Ponadto delegacja zwróciła uwagę na praktykę wykonywania czynności higienicznych u osób leżących przy otwartych drzwiach. Takie postępowanie narusza prawo do prywatności oraz intymności mieszkańców.

76. **KMPT zaleca, aby przy wykonywaniu czynności higienicznych u osób leżących szanowano ich prawo do prywatności, np. przez stosowanie parawanów.**

77. Niektóre z szaf na ubrania lub szafek nocnych w pokojach mieszkańców mają zamontowane zamki meblowe, a mieszkańcy posiadają przynależne do nich indywidualne klucze. Podczas rozmów pensjonariusze niemający żadnej zamykanej na klucz szafki wyrażali obawę przed potencjalną kradzieżą przedmiotów prywatnych, a także zgłaszali potrzebę posiadania szafy zabezpieczonej przed innymi osobami.

³¹ Zob. Raport tematyczny KMPT „Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną” dostępny na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnoscia-fizyczna-i-sensoryczna-raport-z>.

78. W ocenie CPT brak miejsca, gdzie osoby mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem, może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii³².

79. **KMPT zaleca zagwarantowanie prywatności i bezpieczeństwa dla własności mieszkańców przez uniemożliwienie innym osobom dostępu do szaf lub szafek nocnych (np. zamontowanie w nich zamków lub klódek).**

G. Mechanizmy skargowe

80. Mieszkańcy, z którymi rozmawiała delegacja KMPT, mieli minimalną świadomość na temat mechanizmów skargowych, zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Placówka nie wywiązała się z ustawowego obowiązku umieszczenia w widocznym miejscu w budynku danych teleadresowych instytucji działających w zakresie ochrony wolności i praw człowieka oraz instytucji kontrolnych³³.

81. CPT zwraca uwagę, że mechanizmy skargowe są podstawowym zabezpieczeniem przed złym traktowaniem, a placówka powinna zapewnić efektywny mechanizm skarg zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych³⁴.

82. **KMPT zaleca wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu adresów instytucji, zgodnie z obowiązkiem nałożonym przez art. 68a pkt 2 i 3 ustawy o pomocy społecznej, a także innych organizacji, do których zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające mogłyby się zwrócić w przypadku naruszenia praw pensjonariuszy (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).**

83. W placówce prowadzony jest zeszyt skarg i wniosków, lecz nie ma w nim żadnych wpisów. Jak wynika z rozmowy z właścicielami, ewentualne skargi są przyjmowane ustnie.

84. CPT wskazuje, że wpis w rejestrze skarg powinien zawierać nazwisko osoby wnoszącej skargę, rodzaj i temat zgłoszenia, rezultat przeprowadzenia procedury skargowej i apelacyjnej, a także informacje o działaniach podjętych w celu naprawienia sytuacji i o przyznanej rekompensacie. Prowadzenie tego rodzaju zapisków może służyć jako narzędzie ułatwiające zarządzanie placówką – na przykład wskazywać, że wiele skarg odnosi się do zachowania określonych członków personelu lub że podopieczni należący do pewnych kategorii szczególnie rzadko decydują się na złożenie skargi lub zgłoszenie wniosku. CPT zwraca też uwagę na fakt, że brak skarg niekoniecznie powinien być traktowany jako zjawisko pozytywne – przeciwnie, może

³² Zob. Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (98) 12, par. 34.

³³ Zob. art. 68a pkt 3 lit. e ustawy o pomocy społecznej.

³⁴ Zob. Standardy CPT, Persons deprived of their liberty in social care establishments, 21 grudnia 2020 r., CPT/Inf (2020)41, par. 33 i 34.

to świadczyć o braku poczucia bezpieczeństwa lub braku zaufania do istniejących mechanizmów skargowych³⁵.

85. **KMPT zaleca systematyczne pisemne uzupełnianie zeszytu skarg i wniosków również w sytuacjach ustnego ich złożenia.**

86. Dla zwiększenia poczucia bezpieczeństwa zgłaszających swoje skargi mieszkańców należy ponadto zapewnić możliwość wnoszenia ich anonimowo.

87. **KMPT zaleca umieszczenie w miejscu niemonitorowanym, zapewniającym anonimowość i poufność, skrzynki, do której mieszkańcy lub osoby odwiedzające będą mogli wrzucić swoje wnioski lub skargi. 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.**

88. **KMPT zaleca regularne przypominanie mieszkańcom, w przystępny dla nich sposób, jakie mają prawa i obowiązki, jakie zasady panują w placówce oraz w jaki sposób funkcjonują procedury skargowe.**

H. Dokumentacja

89. Konstrukcja umowy pomiędzy mieszkańcem (reprezentowanym przez pełnomocnika) a placówką nakłada na pełnomocnika obowiązki z tytułu umowy, chociaż nie jest on jej stroną. **Pełnomocnik działa bowiem jedynie w imieniu i na rzecz pensjonariusza, który jest stroną umowy.** Ponadto w niektórych przypadkach osobą wskazywaną jako zobowiązana z tytułu umowy była inna osoba trzecia, brak było jednak jakiegokolwiek umowy albo chociażby innej formy wyrażenia woli osoby trzeciej o przyjęciu takiej odpowiedzialności (§ 4 ust. 2 umowy).

90. **KMPT zaleca rozważenie, w przypadku mieszkańców świadomych, zawieranie umowy o charakterze trójstronnym – pomiędzy mieszkańcem, opiekunem faktycznym a placówką. Zwiększy to podmiotowość pensjonariusza w stosunkach między nim a placówką, a także pozwoli na to, by opiekun faktyczny był również stroną umowy i ponosił odpowiedzialność z niej wynikającą (np. w kwestii finansowania pobytu).**

91. Krajowy Mechanizm zwraca również uwagę na to, że § 3 ust. 4 umowy na pobyt jest prawnie nieskuteczny. Zgodnie z jego brzmieniem „pensjonariusz lub opiekun ustawowy ponosi pełną odpowiedzialność karną i cywilną za szkody wyrządzone przez pensjonariusza w domu opieki oraz osobom trzecim”. Umową nie

³⁵ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 90 i 91.

można jednak rozszerzać odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów prawa, a wszelkie roszczenia wobec pensjonariuszy placówka może egzekwować na drodze prawnej niezależnie od postanowień umowy.

92. **KMPT zaleca wyeliminowanie § 3 ust. 4 z umowy na pobyt w PCO.**

93. Przedstawiciele KMPT podczas analizy dokumentacji zauważyli również znajdujący się w umowie niepokojący zapis, który wyłącza odpowiedzialność PCO za rzeczy wartościowe pozostawione w pokoju lub na terenie placówki (§ 3 ust. 5 umowy). Przedstawiciele KMPT rozumieją trudności, z jakimi boryka się personel tego typu placówek, oraz to, że mogą się zdarzać niesłuszne oskarżenia o kradzieże, formułowane przez osoby z zaburzeniami pamięci. Jednakże obowiązkiem placówki jest zapewnienie bezpieczeństwa rzeczy osobistych. Niedopuszczalne są więc postanowienia takie jak to, że placówka w ogóle nie bierze odpowiedzialności za pieniądze, biżuterię czy pamiątki rodzinne³⁶.

94. **KMPT zaleca wyeliminowanie z umów postanowień całkowicie wyłączających odpowiedzialność PCO za rzeczy mieszkańców.**

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

a) Właścicielom Domu Opieki „EDO” w Marcinkowie:

1. odbieranie od pensjonariuszy pisemnych pełnomocnictw dla opiekunów faktycznych, upoważniających do zawarcia umowy z placówką;
2. nawiązanie stałej współpracy z pielęgniarką;
3. przeprowadzanie badania lekarskiego każdorazowo przy przyjęciu nowego mieszkańca i po powrocie do placówki z miejsca, w którym mógł doświadczyć złego traktowania;
4. dokumentowanie wszelkich zmian i obrażeń przy użyciu map ciała;
5. odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków bez wiedzy podopiecznych, a także każdorazowe konsultowanie z lekarzem potrzeby podawania medykamentów w postaci rozkruszonej oraz bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej o odpowiednie zalecenia lekarskie w tym zakresie;

³⁶ Zob. Domy opieki – wyniki badania wzorców umownych, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, dostępny na stronie: https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12351.

6. stosowanie się do przepisów ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie udzielania zgody na świadczenia medyczne;
7. zwiększenie dostępu do rehabilitacji dla wszystkich mieszkańców;
8. prowadzenie co najmniej jednej zorganizowanej aktywności codziennie, również w weekendy;
9. nawiązanie współpracy z psychologiem;
10. uzupełnienie teczek osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o stosowne zaświadczenia lekarskie;
11. zwiększenie liczby personelu opiekuńczego zarówno w ciągu dnia, jak i w nocy;
12. organizację prowadzonej przez zewnętrznego eksperta superwizji dla personelu;
13. regularne organizowanie szkoleń z zakresu: sposobów radzenia sobie ze stresem, z agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktem z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, pierwszej pomocy, a także międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania, w tym Protokołu stambulskiego;
14. regularne uzupełnianie rejestru zdarzeń nadzwyczajnych zgodnie z faktycznymi wydarzeniami mającymi miejsce w placówce;
15. założenie i prowadzenie rejestru stosowania środków przymusu bezpośredniego;
16. dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami zgodnie z zasadami planowania dostępności;
17. zamontowanie alarmów przyzywowych w pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców, m.in. w pokojach oraz w łazienkach;
18. poszanowanie prawa do prywatności osób leżących przez np. stosowanie parawanów oddzielających ich od współmieszkańców podczas wykonywania czynności higienicznych;
19. zagwarantowanie prywatności i bezpieczeństwa własności mieszkańców przez zapewnienie im dostępu do szaf lub szafek nocnych zamykanych na klucz;
20. wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu adresów instytucji, zgodnie z obowiązkiem nałożonym przez art. 68a pkt 2 i 3 ustawy o pomocy społecznej, a także do innych organizacji, do których zarówno

- mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające mogliby się zwrócić w przypadku naruszenia praw pensjonariuszy;
21. systematyczne uzupełnianie zeszytu skarg i wniosków, również w razie złożenia ich ustnie;
 22. umieszczenie w miejscu niemonitorowanym, zapewniającym anonimowość i poufność, skrzynki na skargi i wnioski;
 23. regularne przypominanie mieszkańcom, w przystępny dla nich sposób, jakie mają prawa i obowiązki, jakie zasady panują w placówce oraz w jaki sposób funkcjonują procedury skargowe;
 24. rozważenie, w przypadku mieszkańców świadomych, zawieranie umowy o charakterze trójstronnym – pomiędzy mieszkańcem, opiekunem faktycznym a placówką;
 25. wyeliminowanie § 3 ust. 4 z umowy na pobyt w placówce;
 26. wyeliminowanie z umów postanowień całkowicie wyłączających odpowiedzialność PCO za rzeczy będące własnością mieszkańców.

Opracowała: Aleksandra Tokarska

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska
Zastępczyni Dyrektora Zespołu
/-podpisano elektronicznie/