



Warszawa, 23-10-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.575.6.2025.KD

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

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

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 RPO z działalności w Polsce KMPT 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 12–14 sierpnia 2025 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację Domu Pomocy Społecznej w Ostrołęce, znajdującego się pod adresem: ul. Rolna 27, 07-410 Ostrołęka.

10. W skład zespołu wizytującego wchodził: Klaudia Dębowska (prawnik, politolog), Barbara Pauli (prawniczka, psycholożka) oraz Tomasz Żółtek (psycholog, coach).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z dyrektorką DPS, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z personelem oraz mieszkańcami, a także zapoznali się z wybraną dokumentacją.

12. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanej przez placówkę dokumentacji oraz informacji pisemnych.

13. 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).

14. Dodatkowo KMPT pragnie wskazać, że w czasie swojej wizyty przedstawiciele KMPT zdecydowali o przeprowadzeniu ponownych rozmów z niektórymi mieszkańcami, z którymi już wcześniej rozmawiano, w celu upewnienia się, że nie byli oni rozpytywani co do treści konwersacji i nie ponieśli w związku z nimi żadnych negatywnych konsekwencji. Jak ustalono, część rozmówców KMPT była wypytywana przez personel placówki o przebieg rozmowy.

15. Takie działanie świadczyć może o naruszeniu zasady poufności rozmów, którą gwarantuje OPCAT, zaś całokształt przekazanych informacji budzi też obawy o możliwość naruszenia zakazu represji wobec osób, które zdecydowały się na rozmowę w czasie wizytacji. Zaznaczyć należy, że zgodnie z OPCAT „żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiejkolwiek sankcji przeciwko jakiejkolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiejkolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób”.

16. **KMPT rekomenduje dyrektorze placówki podjęcie efektywnych działań w celu zapewnienia, że wszystkie osoby, z którymi przedstawiciele KMPT przeprowadzili rozmowy, nie są przepytywane na okoliczność ich przebiegu i nie doświadczyły żadnych negatywnych konsekwencji w związku z nimi, stosownie do wymogów art. 20 pkt d i art. 21 ust. 1 OPCAT.**

III. Charakterystyka placówki

17. Dom Pomocy Społecznej w Ostrołęce jest miejscem stałego pobytu dla 233 osób przewlekłe psychicznie chorych. W trakcie wizytacji w DPS przebywało 229 mieszkańców.

18. Wśród mieszkańców znajdowały się osoby ubezwłasnowolnione całkowicie (76 osób), ubezwłasnowolnione częściowo (10 osób) oraz osoby przyjęte na podstawie postanowienia sądu (97 mieszkańców).

19. Nadzór nad działalnością Domu sprawuje Prezydent Miasta Ostrołęki, przy pomocy Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce.

IV. Problemy systemowe

20. [Stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń mieszkańców]

Z uzyskanych informacji wynikało, że w placówce pracownicy stosowali sporadycznie na ręce mieszkańców tzw. łapki – ochronne rękawice (w celu ochrony przed podrapaniem) oraz wózki ortopedyczne, wyposażone w pasy stabilizujące (w celu ochrony przed upadkiem). W trakcie wizytacji nie było żadnej osoby, w stosunku do której stosowano ww. zabezpieczenia, niemniej jednak, jak ustaliła delegacja KMPT, takie przypadki zdarzały się w przeszłości.

21. O stosowaniu ww. zabezpieczeń decydował personel pielęgniarski, nie lekarz. Stosowanie powyższego sprzętu nie było odnotowywane w dokumentacji. Brak było również formalnych, pisemnych wytycznych w tym zakresie.

22. Powyższa sytuacja obrazuje istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, lecz mogą ingerować w wolność jednostki.

23. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.¹³, w którym Rzecznik zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym. Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)¹⁴.

24. W opinii KMPT zastosowanie wobec podopiecznego placówki specjalnych zabezpieczeń może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno jemu samemu, jak i osobom trzecim. **Aby jednak zredukować ryzyko nadużyć związane z taką formą zabezpieczania mieszkańców, KMPT zaleca:**

¹³ Zob. wystąpienie generalne RPO z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-mz-dps-niestandardowe-formy-opieki-ustawa-odpowiedz>.

¹⁴ Zob. Raporty CPT z wizyt: we Francji, [CPT/Inf (2017) 7], par. 174; w Liechtensteinie, [CPT/Inf (2017) 21], par. 80; w Irlandii, [CPT/Inf (2020) 37], par. 160.

(1) Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia. W procedurze takiej należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkańcem, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, tj. lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańca oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujednolicić praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie warto też przypomnieć, że wszelkie zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z poszanowaniem godności i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.

(2) Stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza.

Lekarz po zbadaniu mieszkańca i indywidualnej ocenie stanu zdrowia i ryzyka powinien odnotować w dokumentacji medycznej mieszkańca potrzebę zastosowania środka, czas i okoliczności jego stosowania, ewentualne przeciwwskazania i inne uwagi istotne dla zapewnienia właściwej opieki. Potrzeba dalszego stosowania tego środka powinna podlegać regularnemu przeglądowi. Należy też dokumentować wszelkie urazy i obrażenia odniesione przez mieszkańca w trakcie stosowania danego środka oraz bezpośrednio po jego zakończeniu (np. obtarcia, skaleczenia, upadki itp.).

(3) Wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.

25. [Pełnienie funkcji opiekunów prawnych przez pracowników DPS]

Wśród pracowników placówki były osoby, które równocześnie pełniły funkcję opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej. Kwestia ta od lat budzi wątpliwości przedstawicieli KMPT¹⁵.

26. 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 winno 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.

¹⁵ 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, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/raport-kmpt-prawa-mieszkancow-domow-pomocy-spoecznej>.

27. 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 opiekunów¹⁶.

28. **[Opieka psychologiczna]** Obowiązujące przepisy nie zobowiązują dyrektorów DPS do zatrudnienia psychologa, a jedynie do zapewnienia mieszkańcom kontaktu z nim. W placówce zatrudniony był psycholog w ramach umowy zlecenia w wymiarze 120 godzin w miesiącu. Zdaniem KMPT jest to niewystarczające.

29. Podkreślenia wymaga fakt, że sam pobyt w DPS, zmiana otoczenia, długotrwałe rozstanie z bliskimi, jak również brak akceptacji dla zmian psychicznych i fizycznych, które towarzyszą starzeniu się, mogą wywoływać negatywne skutki dla zdrowia psychicznego. Osoby starsze dość często borykają się z depresją, a jedynie wykwalifikowany psycholog potrafi rozpoznać i zbadać pierwsze jej symptomy, jak również oszacować ryzyko rozwoju choroby oraz przewidzieć zachowanie mieszkańca. Psycholog może także stanowić wsparcie dla pracowników oraz rodzin pensjonariuszy.

30. Także SPT wskazuje na istotę zapewnienia odpowiedniej opieki psychologicznej osobom przebywającym m.in. w placówkach opiekuńczych. Monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób pozbawionych wolności ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania. W związku z tym rekomenduje się, aby władze uwzględniły rutynowe badania w zakresie zdrowia psychicznego podczas badań lekarskich po umieszczeniu w miejscu zatrzymania (rozumianym także jako dom opieki¹⁷).

31. **Krajowy Mechanizm zaleca zwiększenie dostępności psychologa.**

32. **[Monitoring wizyjny]** Z uzyskanych informacji wynikało, że w DPS zamontowany jest monitoring obejmujący korytarze główne oraz teren zewnętrzny.

33. Instalowanie kamer w placówkach opiekuńczych w celu zapewnienia bezpieczeństwa może stanowić ingerencję w prywatność pensjonariuszy, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie budynku. Dla legalności

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

¹⁷ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., [CAT/OP/UKR/3], par. 30 i 32; zob. także: General comment No. 1 (2024) on article 4 of the Optional Protocol (places of deprivation of liberty), 2024 r., [CAT/OP/GC/1], par. 53, <https://docs.un.org/en/CAT/OP/GC/1> – zgodnie z oficjalnym komentarzem do art. 4 OPCAT domy opieki stanowią miejsce pozbawienia wolności w rozumieniu OPCAT.

stosowania tego typu nadzoru istotne jest, aby spełniał on przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. W tej sprawie Rzecznik 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 monitoringu¹⁸. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.¹⁹ Zagadnienie poruszane było również w raporcie rocznym KMPT w 2023 r.²⁰

34. [Funkcjonowanie DPS dla osób uzależnionych od alkoholu]

Z uzyskanych informacji wynikało, że w wizytowanym domu pomocy społecznej przebywają mieszkańcy z problemem alkoholowym. Nie otrzymują tam odpowiedniej terapii, a ich zachowanie zaburza funkcjonowanie placówki. Osoby nadużywające alkoholu często dezorganizują życie domu, zakłócają porządek, powodują zaburzenie relacji interpersonalnych oraz eskalację konfliktów i napięcia, a przejawiana niekiedy agresja stanowi poważny problem dla innych mieszkańców i personelu.

35. Pomimo zmiany przepisów umożliwiających tworzenie DPS dla osób uzależnionych od alkoholu, placówek tego typu jest wciąż za mało w skali kraju²¹.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Opieka medyczna

36. Nowo przyjmowani mieszkańcy – najszybciej jak to możliwe – poddawani są badaniu przez pielęgniarkę. Ewentualne obrażenia opisywane są w raporcie pielęgniarskim. W placówce nie używa się specjalnych formularzy do oznaczania obrażeń, zawierających mapy ciała do umiejscowienia urazów, oraz nie wykonuje się zdjęć obrażeń.

37. KMPT pragnie podkreślić, że sprawdzoną gwarancją zapobiegania torturom jest przeprowadzanie badań medycznych wszystkich mieszkańców DPS, w szczególności w trakcie przyjęcia do placówki. Dokładne i wczesne dokumentowanie

¹⁸ Zob. wystąpienie generalne RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/wystapienie-do-ministra-rodziny-pracy-i-polityki-spoecznej-ws-zasadstosowania-monitoringu-w-dps>.

¹⁹ Zob. wystąpienie generalne RPO z 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/wystapienie-generalne-z-dnia-30012018-r-do-ministra-rodziny-pracy-i-polityki-spoecznej-w>.

²⁰ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., s. 103, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2025-02/Raport%20KMPT%202023.pdf>.

²¹ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2022 r., s. 114, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-raport-dzialalnosc-kmpt-2022>.

i następnie zgłaszanie ujawnionych urazów znacznie ułatwia zbadanie przypadków ewentualnego złego traktowania i zatrzymanie sprawców, co z kolei stanowi środek odstraszający od popełnienia w przyszłości tego typu czynów. CPT rekomenduje, aby wstępne badania przeprowadzane były bez zbędnej zwłoki, najlepiej w ciągu 24 godzin od przyjęcia. Dokumentacja z takiego badania powinna zawierać: obiektywny i dokładny opis stanu mieszkańca, w szczególności wszelkich urazów, wyniki dodatkowych badań, szczegółowe wnioski wynikające ze specjalistycznych konsultacji, proponowany sposób leczenia w przypadku ujawnienia urazów, a także wskazania do dalszej pracy z osobą²².

38. KMPT zaleca poddawanie wszystkich nowo przybyłych mieszkańców, niezwłocznie po ich przyjęciu do placówki, niezależnym badaniom lekarskim.

39. KMPT rekomenduje również dokumentowanie obrażeń mieszkańca 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 dokumentacji medycznej.

40. Krajowy Mechanizm pragnie zaznaczyć, że dla celów dowodowych należy wykonywać zdjęcia obrażeń. Zgodnie z Protokołem stambulskim²³ należy wykonać kolorowe zdjęcia obrażeń ciała osób, które twierdzą, że były torturowane lub źle traktowane (wykonanie zdjęć powinno nastąpić za ich zgodą), pomieszczeń, w których miały mieć miejsce tortury lub niewłaściwe traktowanie (wewnątrz i na zewnątrz), oraz wszelkich innych znalezionych tam dowodów rzeczowych. Niezbędna jest taśma miernicza lub inny sposób pokazania skali na zdjęciu. Zdjęcia należy wykonać tak szybko, jak to możliwe, nawet przy użyciu podstawowego aparatu fotograficznego lub innego odpowiedniego urządzenia, ponieważ niektóre oznaki fizyczne szybko zanikają, a miejsca mogą zostać zanieczyszczone. Preferowane są jednak profesjonalne zdjęcia, które należy wykonać, gdy tylko sprzęt będzie dostępny. Jeśli to możliwe, zdjęcia należy wykonać przy użyciu aparatu cyfrowego, który rejestruje datę i godzinę (na samym zdjęciu lub jako metadane dołączone do zdjęcia w formie elektronicznej).

41. Krajowy Mechanizm rekomenduje również przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.

42. Publikacja ta pozostaje nieznana pracownikom, mimo że odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur. Znajomość Protokołu stambulskiego pomoże pracownikom w wykrywaniu i dokumentowaniu przypadków poniżającego

²² Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, [CPT/Inf (2013) 29], par. 71-84.

²³ Zob. Protokół stambulski: Podręcznik skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (wydanie z 2022 r.). Polska wersja językowa dostępna jest na stronie: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2024-09/Protokol_stambulski_aktualizacja_2022_jez.polski.pdf.

traktowania, co wzmocni ich potencjał zawodowy. Stosowanie Protokołu rekomendują CAT²⁴, SPT²⁵, CPT²⁶ i Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur²⁷.

43. Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu otrzymali również informacje, że w sytuacjach, w których pensjonariusze nie są w stanie samodzielnie połączyć medykamentów, są one rozkruszane, co odnotowywane jest w dokumentacji medycznej. Jednakże zdarza się, że niektórym pensjonariuszom leki podawane są w pokarmach bez ich wiedzy.

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

45. **Krajowy Mechanizm zaleca odstąpienie od podawania rozkruszonych leków w posiłkach bez wiedzy pensjonariusza.**

B. Dokumentacja medyczna

46. Przedstawiciele KMPT dostrzegli, że dokumentacja medyczna mieszkańców (w tym dokumentacja psychiatryczna) przechowywana jest razem z aktami osobowymi mieszkańców.

47. Taka praktyka stanowi naruszenie poufności informacji medycznych. Dane o stanie zdrowia stanowią bowiem dane wrażliwe, podlegające kwalifikowanej ochronie prawnej²⁸. Zgodnie z art. 51 ust. 2 Konstytucji władze publiczne nie mogą pozyskiwać, gromadzić i udostępniać innych informacji o obywatelach niż niezbędne w demokratycznym państwie prawnym. Informacjami niezbędnymi są te, których posiadanie przez organ warunkuje możliwość realizacji przyznanych mu kompetencji. Niezbędność informacji należy zatem ocenić przez pryzmat jej przydatności,

²⁴ Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpnia 2019 r., [CAT/C/POL/CO/7], par. 27-28.

²⁵ Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1–10 maja 2018 r., [CAT/OP/PRT/1], par. 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9–18 lipca 2018 r., [CAT/OP/PRT/1], par. 55.

²⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, [CPT/Inf (2019) 35], par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, [CPT/ Inf (2019) 16], par. 80.

²⁷ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipca 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

²⁸ Zob. M. Florczak-Wątor, Komentarz do art. 51, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, red. P. Tuleja, LEX/el. 2023.

konieczności oraz proporcjonalności w ścisłym tego słowa znaczeniu. Nie mogą to być więc informacje zbierane „na wszelki wypadek”²⁹.

48. W ocenie KMPT lekarze i inni pracownicy medyczni powinni udostępniać pracownikom niemedycznym wyłącznie zalecenia niezbędne do sprawowania właściwej opieki nad mieszkańcem w trakcie jego pobytu w DPS. Nie ma uzasadnienia i potrzeby, by personel niemedyczny dysponował informacjami zawartymi np. w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego, m.in. treścią wywiadu z pacjentem, wynikiem badania (w tym informacjami o obrażeniach) i wnioskami pracownika wykonującego zawód medyczny.

49. **KMPT zaleca wyeliminowanie praktyki przechowywania dokumentacji medycznej mieszkańców w aktach osobowych.**

C. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

50. Na terenie placówki na większości tablic informacyjnych znajdował się wykaz instytucji stojących na straży praw człowieka wraz z danymi teleadresowymi. Działania te należy uznać za jak najbardziej pożądane.

51. **KMPT zwraca jednakże uwagę na potrzebę uzupełnienia wszystkich tablic informacyjnych o dane adresowe instytucji stojących na straży praw człowieka.**

52. W placówce funkcjonuje rejestr skarg i wniosków dostępny dla mieszkańców w sekretariacie, a informacja o jego dostępności znajduje się na tablicach informacyjnych wraz z informacją o godzinach i dniach przyjmowania skarg i wniosków przez dyrektora i zastępcy dyrektora ds. opiekuńczo-terapeutycznych.

53. KMPT zwraca uwagę na to, że rejestr skarg powinien mieć charakter poufny i być dostępny wyłącznie dla dyrektora placówki (ewentualnie wyznaczonego przez dyrekcję pracownika). Fakt, że rejestr znajduje się w sekretariacie placówki, sprawia, że dostęp ma do niego duża liczba osób, a w związku z tym trudno uznać, by miał on charakter poufny. Może to zniechęcać mieszkańców do składania skarg.

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 CPT, brak skarg nie musi być koniecznie uznawany za pozytywny. Przeciwnie, może to oznaczać niebezpieczne środowisko w placówce lub brak zaufania do systemu skargowego³⁰.

55. **KMPT zaleca zachowanie poufności rejestru skarg i wniosków, który nie powinien być przechowywany w miejscu dostępnym dla każdego pracownika.**

²⁹ Tamże.

³⁰ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2018) 4], par. 91.

56. Dodatkowym dobrym rozwiązaniem byłoby zamontowanie skrzynki skarg, z której mieszkańcy i inne osoby (np. osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się jedna osoba (np. dyrektor lub wyznaczony pracownik). Skargi i inne sygnały zgłaszane za pomocą tego typu skrzynki (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze. Należy także odpowiednio zmodyfikować procedurę skargową, by uwzględniała ona również taką drogę składania skarg.

57. **KMPT zaleca stworzenie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy i inne osoby będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności, odnotowywanie skarg przekazanych tą metodą w rejestrze oraz zmianę procedury skargowej, tak by uwzględniała ona informacje przekazane tą drogą.**

D. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

58. W placówce obowiązuje „Procedura dotycząca zgłaszania i ograniczania wyjść mieszkańców Domu Pomocy Społecznej”. Zgodnie z w/w procedurą: „Mieszkaniec może samodzielnie wyjść poza DPS, jeżeli jego stan zdrowia na to pozwala (...)”. W pkt 3 natomiast zapisano: „Pielęgniarka (opiekun) ponosi odpowiedzialność za wyrażenie zgody na opuszczenie przez mieszkańca DPS w kontekście oceny aktualnego stanu zdrowia mieszkańca (...)”. Dalej w pkt 5 widnieją zapisy: „Mieszkaniec całkowicie ubezwłasnowolniony może wyjść poza teren Domu w dniach i godzinach określonych w oświadczeniu przez opiekuna prawnego. Powyższe wyjścia będą uzależnione od stanu zdrowia mieszkańca i po konsultacji z pielęgniarką (opiekunem) dyżurującym. Pracownik socjalny w dokumentacji mieszkańca posiada odpowiednie oświadczenie opiekuna prawnego”.

59. W opinii KMPT, w niektórych przypadkach, ze względu na bezpieczeństwo samych pensjonariuszy, tego typu ograniczenia są konieczne, np. gdy są to osoby ze stwierdzoną demencją. Należy jednak pamiętać, że ograniczenia w tym zakresie powinny być wprowadzane wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

60. Zgodnie bowiem z art. 55 ust. 2a–2i ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej³¹ zasady ewentualnego ograniczania samodzielnych wyjść przez mieszkańców DPS nie mogą być kształtowane dowolnie. Dom pomocy społecznej może określić zasady zgłaszania przez mieszkańców domu personelowi tego domu wyjść poza jego teren, lecz nie warunki uzyskania zgody na wyjście. Natomiast w przypadku, gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu mieszkańca domu będącego osobą z zaburzeniami psychicznymi, dyrektor lub kierownik tego

³¹ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214).

domu może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tego mieszkańca terenu domu pomocy społecznej na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia. Placówka posiadała stosowne, opisane w ustawie oświadczenia.

61. **KMPT zaleca, aby wyżej opisana procedura została dostosowana do obowiązującego porządku prawa, a niezgodne z przepisami rozwiązania powinny zostać uchylone. Należy także pamiętać, że to lekarz, a nie pielęgniarz czy opiekun, ocenia stan zdrowia mieszkańca.**

62. Ponadto KMPT przypomina, że ubezwłasnowolnienie powinno pozostawać bez wpływu na możliwość podejmowania przez osobę ubezwłasnowolnioną decyzji w podstawowych kwestiach związanych z jej codziennym funkcjonowaniem. W tym kierunku zmierza orzecznictwo Sądu Najwyższego, w świetle którego celem ubezwłasnowolnienia jest niesienie pomocy osobie nim objętej w załatwianiu spraw osobistych i majątkowych³². Niesienie pomocy nie jest tożsame z pozbawieniem tej osoby autonomii i wpływu na własne życie. Zatem nie można ograniczać praw mieszkańców ubezwłasnowolnionych w zakresie kontaktów ze światem zewnętrznym od zgody opiekuna prawnego.

63. **KMPT zaleca ograniczanie wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej.**

E. Warunki bytowe

64. Warunki bytowe zostały ocenione jako dobre, pokoje były czyste, wolne od nieprzyjemnych zapachów, a podopieczni – zadbani higienicznie. Jednakże meble użytkowane przez pensjonariuszy były mocno wyeksploatowane.

65. Jak wskazuje CPT, stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje zapewnienie pacjentom właściwej przestrzeni życiowej, odpowiedniego oświetlenia, ogrzewania, wentylacji, utrzymywanie ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych³³.

66. **KMPT zaleca systematyczną wymianę wyeksploatowanych mebli użytkowanych przez pensjonariuszy.**

67. Zdaniem osób wizytujących placówka nie była w pełni dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością, w szczególności chodzi o łazienki (wannы, prysznice z wysokim stopniem).

³² Postanowienie SN z dnia 11 sierpnia 1971 r. II CR 295/71, postanowienie SN z dnia 7 sierpnia 1972 r., II Cr 302/72, postanowienie SN z dnia 27 października 1976 r., II CR 387/76.

³³ Zob. Ósmy Raport Generalny CPT, [CPT/Inf (98) 12], par. 34.

68. W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb tej grupy osób należy zwrócić uwagę na standardy dostępności – KMPT opracował we współpracy z Fundacją „Polska bez barier” standardy uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT. Należą do nich.:

- szerokość drzwi umożliwiające wjazd wózkiem – min. 90 cm,
- wysokość włączników światła i przycisków sygnalizacji przyzywowej – od 90 do 120 cm,
- schody powinny mieć oznaczenia kontrastowe (na dolnych i górnych stopniach) oraz oznaczenia przed biegiem stopni, co pozwoli na korzystanie z nich osobom niedowidzącym; to samo dotyczy oznaczeń przed każdym biegiem pochylni,
- czcionki we wszystkich pismach i tabelach wywieszanych na tablicach informacyjnych powinny być większe, aby z materiałami tymi mogły zapoznać się również osoby niedowidzące,
- poręcze przy schodach oraz przy pochylniach powinny mieć wysokość 90 cm (górna) i 75 cm (dolna), ponadto prawidłowy rozstaw poręczy pochylni powinien wynosić 1–1,1 m,
- pochylnie wiodące do budynków mieszkalnych powinny mieć – w zależności od ich wysokości – kąt nachylenia, który nie przekracza 6% (przy wysokości powyżej 50 cm) lub który nie przekracza 8% (przy wysokości poniżej 50 cm),
- w łazienkach wszystkie krany powinny mieć zamiast kurków przedłużoną dźwignię, ułatwiającą uruchomienie ich osobom ze słabszymi rękami, wysokość muszli ustępowej: 45–50 cm, poręcze powinny być w odległości 40 cm od osi muszli i umieszczone na wysokości: 70–85 cm, wysokość brodzika pod prysznicem do 2 cm, górna krawędź umywalki powinna być umieszczona na wysokości 85 cm, dolna krawędź lustra powinna zaczynać się od poziomu umywalki (tak aby skorzystała z niego również siedząca na wózku inwalidzkim osoba), a górna – sięgać do wysokości stojącej osoby; należy też zapewnić swobodę manewrowania wózkiem (przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm); zaznaczyć należy, że rozwiązania te powinny również dotyczyć umywalek w pokojach mieszkańców poruszających się na wózkach inwalidzkich, a przestrzeń manewrowa jest ważna we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają te osoby,
- klamki okienne w pokojach mieszkańców powinny być zamontowane tak, aby dosięgnęła ich osoba siedząca na wózku inwalidzkim lub niskiego wzrostu, dotyczy to również wszelkich przycisków, kontaktów, skrzynek wrzutowych na skargi i wnioski, dozowników, wieszaków, z których korzystają osoby

poruszające się na wózkach inwalidzkich itp.; powinny one znajdować się na wysokości do 120 cm od powierzchni podłogi.

69. **KMPT rekomenduje poprawę dostępności placówki zgodnie z potrzebami osób z niepełnosprawnościami podczas najbliższych remontów i modernizacji.**

H. Personel

70. Zdaniem wizytujących osoby pracujące w placówce mają odpowiednie wykształcenie. Pracownicy przechodzą szkolenia zawodowe związane z ich pracą, w tym m.in.: „Przymus bezpośredni czy stabilizacja mieszkańca”, „Obowiązek przeciwdziałania mobbingowi i dyskryminacji. Procedura mobbingowa, planowane zmiany”, „Dyscyplina finansów publicznych”, „Szkolenie BHP Pracodawców i innych osób kierujących pracownikami”, „Tryb podstawowy w Prawie zamówień publicznych – jak prawidłowo przygotować i przeprowadzić postępowanie”.

71. Niemniej jednak, z uwagi na specyfikę pracy oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, **KMPT rekomenduje zapewnienie personelowi szkoleń z zakresu: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.**

72. **KMPT zaleca również rozważenie zorganizowania personelowi superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta, która pozwoliłaby na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych.**

73. Zgodnie ze standardami międzynarodowymi, z uwagi na trudny charakter pracy, personel oddziałowy w domu opieki (pielęgniarka, opiekunka) powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki³⁴.

³⁴ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 grudnia 2020 r., [CPT/Inf (2020) 41], par. 17. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., [CPT/Inf (2018) 15], par. 149.

VI. Zalecenia

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

I. Dyrektor Domu Pomocy Społecznej:

1. poddawanie wszystkich nowo przybyłych mieszkańców, niezwłocznie po ich przyjęciu do placówki, niezależnym badaniom lekarskim;
2. dokumentowanie obrażeń mieszkańca 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 dokumentacji medycznej mieszkańca;
3. przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych;
4. stosowanie wobec mieszkańców niestandardowych form zabezpieczeń wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta, stosownie do uwag wskazanych w części IV raportu;
5. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańców wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
6. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi zabezpieczenia niestandardowymi formami opieki, stosownie do uwag zawartych w części IV raportu;
7. odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków w posiłkach bez wiedzy pensjonariusza;
8. wyeliminowanie praktyki przechowywania dokumentacji medycznej mieszkańców w aktach osobowych;
9. zwiększenie dostępności psychologa;
10. uzupełnienie wszystkich tablic informacyjnych o dane adresowe instytucji stojących na straży praw człowieka;
11. zachowanie poufności rejestru skarg i wniosków, który nie powinien być przechowywany w miejscu dostępnym dla każdego pracownika;
12. stworzenie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy i inne osoby będą mogły korzystać z zachowaniem zasad poufności, odnotowywanie skarg przekazanych tą metodą w rejestrze oraz zmianę procedury skargowej, tak by uwzględniała ona informacje przekazane tą drogą;

13. ograniczanie wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej i dostosowanie obowiązującej w tym zakresie procedury do przepisów prawa;
14. systematyczną wymianę wyeksploatowanych mebli użytkowanych przez pensjonariuszy;
15. poprawę dostępności placówki zgodnie z potrzebami osób z niepełnosprawnościami podczas najbliższych remontów i modernizacji;
16. zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;
17. rozważenie zorganizowania personelowi superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.

II. Prezydentowi Miasta Ostrołęki:

udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

Ponadto, w nawiązaniu do sytuacji opisanych w pkt 14–15 niniejszego raportu, KMPT rekomenduje dyrektorze placówki podjęcie efektywnych działań w celu zapewnienia, że wszystkie osoby, z którymi przedstawiciele KMPT przeprowadzili rozmowy, nie są przepytywane na okoliczność ich przebiegu i nie doświadczyły żadnych negatywnych konsekwencji w związku z nimi, stosownie do wymogów art. 20 pkt d i art. 21 ust. 1 OPCAT.

Opracowała: Klaudia Dębowska

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska
Zastępczyni Dyrektora Zespołu
/-podpisano elektronicznie/