



Warszawa, 29-10-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.573.13.2025.KB

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji placówki całodobowej opieki „Dom Ania” w Tomisławie**

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).

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

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 – Metodologia i zakres prac 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 dniu 26 czerwca 2025 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację placówki całodobowej opieki – „Dom Ania” w Tomisławie (dalej jako: PCO, placówka). Jej celem było sprawdzenie sposobu traktowania i warunków pobytu mieszkańców oraz przedstawienie rekomendacji, które wzmocnią ich ochronę przed ryzykiem tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania oraz karania.

10. W skład zespołu wizytującego wchodziło: Karina Balicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego), Tomasz Żółtek (psycholog, coach), Aleksandra Tokarska (prawnik, psycholog).

11. **Przedstawiciele KMPT podczas swojej wizyty odnotowali utrudnienia w realizacji swojego mandatu.** Po przybyciu na miejsce wizytujący zostali poinformowani o nieobecności na miejscu kierownika placówki Andżeliki Rosy i braku możliwości rozpoczęcia czynności bez jej zgody. Przedstawiciele KMPT musieli oczekiwać na możliwość telefonicznego skontaktowania się z kierownikiem placówki, co opóźniło rozpoczęcie wizytacji o kilkadziesiąt minut. Następnego dnia, tj. 27 czerwca 2025 r., pomimo wcześniejszych ustaleń, wizytujący nie zostali wpuszczeni na teren placówki. Nie udało się również nawiązać w tym dniu kontaktu telefonicznego z Andżeliką Rosą, co uniemożliwiło kontynuowanie czynności przez wizytujących.

12. KMPT podkreśla, że ma nieograniczony dostęp do wszystkich miejsc pozbawienia wolności i dostęp ten powinien być zapewniony niezwłocznie, niezależnie od obecności na miejscu osoby kierującej placówką. Krajowy Mechanizm ufa, że w przyszłości tego typu incydenty nie będą miały miejsca.

13. W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT przeprowadzili rozmowę telefoniczną z kierownikiem placówki oraz rozmowę z opiekunką obecną w dniu wizytacji w placówce, dokonali oglądu pomieszczeń i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z mieszkańcami oraz wykonali dokumentację fotograficzną wybranych pomieszczeń. Z uwagi na brak obecności w placówce osoby mającej dostęp do pomieszczeń administracji wizytującym nie została udostępniona dokumentacja mieszkańców. Po zakończeniu wizytacji dokonano analizy dokumentów dotyczących pobytu mieszkańców w placówce oraz informacji pisemnych przekazanych przez PCO pocztą elektroniczną.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

14. Niniejszy raport sygnalizuje problemy systemowe (IV) i obszary wymagające poprawy, ważne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt V).

III. Charakterystyka placówki

15. Placówka przeznaczona jest dla 12 osób z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorych oraz w podeszłym wieku. W czasie wizytacji przebywało w niej 6 osób (4 kobiety i 2 mężczyzn). Podczas wizytacji wśród obecnych mieszkańców były 2 osoby ubezwłasnowolnione.

16. Mieszkańcy zakwaterowani byli na parterze dwukondygnacyjnego budynku. Piętro wyżej znajdowały się pomieszczenia wyłączone z użytku.

17. Placówka działa na podstawie zezwolenia Wojewody Dolnośląskiego na prowadzenie działalności nr 1/2016 z dnia 17 lutego 2016 r., na czas nieokreślony, i jest wpisana do rejestru prowadzonego przez Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu pod pozycją 20¹³.

18. W trakcie wykonywania swoich czynności przedstawiciele KMPT uzyskali informację, że placówka w najbliższym czasie ma zostać zamknięta. Jednak według stanu na 27 października 2025 r. placówka nadal widnieje w rejestrze prowadzonym przez Dolnośląski Urząd Wojewódzki.

19. **W związku z powyższym Krajowy Mechanizm zwraca się o informację, czy plany zamknięcia placówki pozostają aktualne, a jeśli tak – to w jakim terminie planowanie jest jej zamknięcie.**

IV. Problemy systemowe

20. **[Monitoring]** Kamery zamontowane w placówce obejmowały swoim zasięgiem ciągi komunikacyjne i części wspólne, z zapisem bieżącym, do którego dostęp miał kierownik placówki.

21. Kwestia stosowania monitoringu w placówkach całodobowej opieki od kilku lat jest sygnalizowana przez KMPT. Z jednej strony rozwiązanie to służy poprawie bezpieczeństwa w placówce i samych pensjonariuszy. Warto jednak podkreślić, że monitoring może stanowić formę ingerencji w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku. Dla legalności tego rodzaju kontroli istotne jest, żeby ograniczenie to spełniało przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym

¹³ Rejestr placówek całodobowej opieki dostępny jest na stronie: <https://www.gov.pl/web/dolnoslaski-uw/rejestr-placowek-calodobowej-opieki>.

wymóg ustawowej formy ograniczenia. Obecnie jednak żadne przepisy dotyczące funkcjonowania placówek całodobowej opieki nie regulują tej kwestii.

22. O powyższym problemie systemowym Rzecznik Praw Obywatelskich informował już odpowiednie władze. W 2016 r. RPO wystosował wystąpienie generalne do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w którym wskazywał, że ustawodawca nie zawarł w ustawie o pomocy społecznej¹⁴ przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań¹⁵. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.¹⁶ Problem ten był również wskazywany jako systemowy w raportach rocznych KMPT¹⁷.

23. **[Brak psychologa]** Obowiązujące przepisy nie zobowiązują osób prowadzących placówki całodobowej opieki do zatrudniania psychologa. W wizytowanej placówce również nie zatrudniano takiej osoby.

24. KMPT pragnie podkreślić, że sam pobyt w placówce całodobowej opieki, zmiana otoczenia, długotrwałe rozstanie z bliskimi, jak również brak akceptacji dla zmian psychicznych oraz fizycznych, które towarzyszą procesowi starzenia się, mogą wywoływać negatywne skutki dla zdrowia psychicznego mieszkańców. Osoby starsze dość często borykają się z depresją, a wykwalifikowany psycholog potrafi rozpoznać i zbadać jej pierwsze symptomy, jak również oszacować ryzyko rozwoju choroby oraz przewidzieć zachowanie mieszkańca. Psycholog może także formułować na potrzeby personelu zalecenia odnośnie do sposobu postępowania z mieszkańcem.

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

V. Obszary wymagające poprawy

A. Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń

26. Według pozyskanych informacji przyjęcie do placówki nowego mieszkańca odbywa się na podstawie aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do przebywania w placówce tego typu. Mieszkańcy, którzy są przyjmowani do placówki, nie są rutynowo poddawani badaniu lekarskiemu. Kontakt z lekarzem odbywa się w razie pogorszenia ich stanu zdrowia. Opiekę medyczną nad mieszkankami sprawuje wówczas lekarz POZ „SKOMED” w Osiecznicy.

¹⁴ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1214).

¹⁵ Zob. wystąpienie generalne RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

¹⁶ Zob. wystąpienie generalne RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

¹⁷ Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2023 r., s. 103.

27. Krajowy Mechanizm ustalił również, że w placówce nie ma przyjętej praktyki oglądania ciała mieszkańca przez opiekunów po powrocie ze szpitala lub przepustki. Personel ogląda ciała mieszkańców w sytuacji, gdy potrzebują oni pomocy w czynnościach higienicznych. Ewentualne odleżyny i zmiany skórne nie są odnotowywane. W placówce nie ma procedury na wypadek ujawnienia takich śladów.

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

29. **KMPT rekomenduje dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą podopiecznych) powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkanki.** Dla celów dowodowych konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była sylwetka lub w miarę możliwości twarz osoby fotografowanej, a przy obrażeniu znajdowała się linijka lub inny przyrząd pozwalający określić rozmiar obrażenia. Zdjęcia powinny być kolorowe, zawierać datę i godzinę ich wykonania (na samym zdjęciu lub jako metadane dołączone do zdjęcia w formie elektronicznej). Tak wykonane fotografie powinny być przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

30. **Krajowy Mechanizm rekomenduje również przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego¹⁸** oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych. 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 traktowania, co wzmocni ich potencjał zawodowy. Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomenduje Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)¹⁹.

31. W placówce nie ma zatrudnionej pielęgniarki. Leki wydawane są mieszkańcom przez opiekunów osób starszych, którzy nie mają wykształcenia i kwalifikacji właściwych dla zawodu medycznego.

¹⁸ 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.

¹⁹ Zob. Raporty SPT z wizyt: w Peru, CAT/OP/PER/1, par. 20; w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, par. 46-48; w Brazylii, CAT/OP/BRA/1, par. 38-39.

32. KMPT wskazuje, że dla bezpieczeństwa mieszkańców i konieczności właściwego leczenia i opieki kluczowe jest, by lekarstwa były podane mieszkańcom w odpowiedni sposób. Samo podanie leku nie jest wystarczające dla zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom. Konieczna jest jego dalsza obserwacja pod kątem reakcji na podane leki i reagowanie w przypadku wystąpienia działań niepożądanych.

33. **KMPT rekomenduje zatrudnienie wykwalifikowanego personelu medycznego, który będzie odpowiedzialny za podawanie leków mieszkańcom.**

B. Kontakt ze światem zewnętrznym

34. Krajowy Mechanizm ustalił, że mieszkańcy nie mają możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki, a decyzja taka jest podejmowana na podstawie porozumienia między członkami rodzin pensjonariuszy oraz osobą kierującą placówką. Taka praktyka jest pozbawiona podstaw prawnych i stanowi ograniczenie praw mieszkańców. Ponadto pozbawia ich zabezpieczeń przewidzianych w ustawie o pomocy społecznej.

35. Krajowy Mechanizm przypomina, że zgodnie z art. 68 ust. 2a–2f ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej w przypadku, gdy brak opieki zagraża życiu lub zdrowiu mieszkańca będącego osobą z zaburzeniami psychicznymi, kierownik placówki może ograniczyć mu możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki. Konieczne jest jednak uzyskanie opinii lekarza w tym zakresie. Takie zaświadczenie jest wydawane na czas określony (nie dłuższy niż 6 miesięcy) i musi zostać dołączone do dokumentacji pensjonariusza. O ograniczeniu musi zostać poinformowany właściwy sąd opiekuńczy, który może tę decyzję uchylić.

36. KMPT niejednokrotnie zwracał uwagę na problem nieformalnego ograniczania prawa do kontaktu ze światem zewnętrznym przez placówki opiekuńcze²⁰.

37. **Krajowy Mechanizm zaleca ograniczanie samodzielnych wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego.**

38. W placówce nie był także prowadzony rejestr wyjść mieszkańców poza teren placówki w przypadku przepustki czy pobytu w szpitalu.

39. Rejestr wyjść pełni ważną funkcję w systemie prewencji złego traktowania. Pozwala na udokumentowanie m.in., częstotliwości wyjść, kiedy i pod czyją opieką mieszkaniowiec opuścił placówkę oraz kiedy do niej powrócił.

²⁰ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2023 r., s. 111.

40. **Krajowy Mechanizm zaleca założenie rejestru wyjść mieszkańców poza teren placówki.**

C. Aktywizacja mieszkańców

41. W trakcie wizytacji zdecydowana większość mieszkańców wolny czas spędzała w swoim pokoju bądź na terenie zewnętrznym placówki. PCO nie zatrudniała terapeutę zajęciowego ani rehabilitanta/fizjoterapeuty.

42. W ocenie KMPT mieszkańcy powinni mieć zapewnioną profesjonalną terapię zajęciową, która pomogłaby w aktywizacji fizycznej, psychicznej oraz intelektualnej pensjonariuszy. Obecne formy spędzania czasu wolnego przez pensjonariuszy nie stanowią bowiem oddziaływań terapeutycznych. Terapia zajęciowa powinna być prowadzona w sposób przemyślany oraz udokumentowany, aby umożliwić ocenę efektywności podjętych oddziaływań.

43. Jak zauważa CPT, proces opieki nad mieszkańcami tego typu placówek powinien obejmować terapię zajęciową, rehabilitację i zajęcia o charakterze rekreacyjnym. W ocenie Komitetu szczególną uwagę należy zwrócić na opracowanie dla każdego z mieszkańców indywidualnego planu, który będzie miał na celu utrzymanie umiejętności osobistych i społecznych, w tym mobilności, a tym samym poprawę jakości życia i dobrostanu mieszkańców²¹. Jak podkreśla CPT, za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia²².

44. **Krajowy Mechanizm zaleca zatrudnienie terapeutę zajęciowego oraz rehabilitanta/fizjoterapeuty w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy dobrostanu pensjonariuszy.**

D. Procedury, regulamin, raport opiekunów

45. W trakcie każdej wizytacji przedstawiciele KMPT zwracają się o przedstawienie im przyjętych w danej instytucji procedur. W wizytowanej placówce nie było opracowanych procedur regulujących sposób postępowania personelu, np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, zdarzeń niepożądanych, autoagresji. Wprowadzenie jednolitego standardu postępowania pozwala na uniknięcie błędnych decyzji, które mogą mieć negatywny wpływ nie tylko na bezpieczeństwo mieszkańców placówki, lecz także jej pracowników. Ustalenie spójnego sposobu działania ma szczególne znaczenie zwłaszcza w sytuacjach, gdy

²¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, par. 171.

²² Zob. Raport CPT z wizyty w Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, par. 174.

pracownik zmuszony jest do działania w niecodziennych okolicznościach, w stresie czy w kontakcie z pobudzonym mieszkańcem.

46. **KMPT rekomenduje wprowadzenia odpowiednich procedur, np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, zdarzeń niepożądanych, autoagresji.**

47. Placówka posiada regulamin, którego treść jest również wywieszona w widocznym miejscu w placówce. Jednak jego treść reguluje jedynie zasady odwiedzin mieszkańców przez osoby bliskie na terenie placówki. Dodatkowe zapisy istotne dla mieszkańca zawarte są w umowie na pobyt pensjonariusza w PCO.

48. KMPT stoi na stanowisku, że pensjonariusze powinni dysponować szczegółową wiedzą na temat obowiązujących w placówce zasad, obejmujących zarówno działania dozwolone, jak i zakazane. Zasady te powinny być sformułowane w sposób jasny, zrozumiały i przystępny. Ponadto wskazane jest, aby informacje zostały umieszczone w miejscu ogólnodostępnym, tak aby mieszkańcy mieli możliwość w każdej chwili przypomnieć sobie przysługujące im prawa i obowiązki.

49. **KMPT zaleca uzupełnienie regulaminu placówki o treści związane z prawami przysługującymi mieszkańcom oraz ciążącymi na nich obowiązkami oraz wywieszenie regulaminu w miejscu ogólnodostępnym dla mieszkańców.**

50. Placówka nie prowadzi zeszytu raportów opiekunów. Raport powinien zawierać informacje o stanie zdrowia i samopoczuciu mieszkańców, wykonanych czynnościach opiekuńczych w ciągu dnia i zmianach w zachowaniu podopiecznych oraz wszelkich istotnych sytuacjach, które mają wpływ na funkcjonowanie mieszkańców w placówce.

51. Prowadzenie takiego rejestru jest niezbędne, aby zapewnić ciągłość opieki oraz bezpieczeństwa pensjonariuszy. Stanowi on ważny element komunikacji, bo umożliwia sprawne przekazywanie ważnych informacji (np. o złym samopoczuciu mieszkańca i konieczności obserwacji jego stanu) pomiędzy kolejnymi zmianami opiekunów. Rejestr jest również narzędziem umożliwiającym na bieżąco sprawowanie nadzoru nad funkcjonowaniem PCO i wprowadzanie udoskonaleń przez osobę kierującą placówką.

52. **KMPT zaleca założenie i bieżące prowadzenie zeszytu raportów opiekunów.**

E. Mechanizmy skargowe

53. Mieszkańcy, z którymi rozmawiała delegacja KMPT, mieli zaledwie 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 kontrolnych²³.

54. CPT zwraca uwagę, że mechanizmy skargowe są podstawowym zabezpieczeniem przed złym traktowaniem, a placówka powinna zapewnić efektywny dostęp do mechanizmów składania skarg, zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych²⁴.

55. **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.**

56. W placówce nie jest prowadzony rejestr skarg i wniosków, ewentualne skargi są przyjmowane ustnie.

57. CPT przedstawił standardy odnoszące się do mechanizmów skargowych, które warto brać pod uwagę w procesie zarządzania placówką²⁵. Efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności (w tym w domach opieki). Sprawnie funkcjonujące mechanizmy mogą nie tylko łagodzić napięcia między pensjonariuszami a personelem, lecz także przez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też mieszkańcy placówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi.

58. CPT wskazuje, że wpis w rejestrze skarg powinien zawierać nazwisko osoby wnoszącej skargę, rodzaj i temat zgłoszenia, rezultat przeprowadzenia procedury skargowej i ew. odwoławczej, a także informacje o działaniach podjętych w celu naprawienia sytuacji. Prowadzenie tego rodzaju zapisków może służyć jako narzędzie ułatwiające zarządzanie placówką – np. 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 to świadczyć o braku

²³ Zob. art. 68a pkt 3 lit. e ustawy o pomocy społecznej.

²⁴ Zob. Standardy CPT, Persons deprived of their liberty in social care establishments, 21 grudnia 2020 r., CPT/Inf (2020) 41, par. 33 i 34.

²⁵ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, p. 68-91.

poczucia bezpieczeństwa lub braku zaufania do istniejących mechanizmów skargowych.

59. **KMPT zaleca założenie i systematyczne uzupełnianie rejestru skarg i wniosków, również w sytuacjach ustnego ich złożenia.**

60. Ponadto dobrym rozwiązaniem byłoby również zamontowanie skrzynki skarg, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. 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.

61. **KMPT zaleca zamontowanie skrzynek na skargi i odnotowanie informacji przekazywanych tą drogą w rejestrze skarg i wniosków.**

F. Personel

62. Podczas wizytacji KMPT stwierdzono, że w placówce była obecna jedna osoba z personelu, przy obecności sześciu pensjonariuszy. Do obowiązków opiekunki należało wykonywanie zadań z zakresu bieżącej opieki nad mieszkańcami, w tym czynności higieniczno-pielęgnacyjne, wydawanie leków, odgrzewanie posiłków, karmienie jednej z mieszkanek oraz wykonywanie czynności porządkowych na terenie placówki.

63. Krajowy Mechanizm stoi na stanowisku, że zakres obowiązków przypisany jednej osobie jest nadmierny, co może negatywnie wpływać na jakość sprawowanej opieki. Należy również uwzględnić, że w placówce przebywają osoby starsze, często cierpiące na schorzenia przewlekłe, co zwiększa ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia oraz konieczności udzielenia pierwszej pomocy. W takiej sytuacji zapewnienie właściwej opieki wszystkim mieszkańcom przez jednego pracownika może okazać się niemożliwe.

64. **KMPT rekomenduje dokonanie przeglądu liczby zatrudnionych pracowników w celu zapewnienia podopiecznym właściwej opieki.**

65. Personel został przeszkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

66. Przedstawiciele KMPT nie odebrali sygnałów o złym traktowaniu pensjonariuszy przez personel placówki. Niemniej z uwagi na specyfikę pracy w placówce całodobowej opieki możliwe jest występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu

67. **KMPT rekomenduje zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym,**

kontakty z trudnym pensjonariuszem oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

68. Personel placówki nie jest również objęty superwizją. Pozwoliłaby ona na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu.

69. **KMPT zaleca rozważenie zorganizowanie personelowi superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.**

G. Warunki bytowe

70. Zarówno teren zewnętrzny, jak i pomieszczenia placówki utrzymane były w należytej czystości. Pokoje mieszkańców były schludne i odpowiednio wyposażone.

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. Brodziki prysznicowe miały wysokie progi, a sposób zamontowania umywalk i lustek ograniczał osobom poruszających 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 standardach dostępności, wskazanych w raporcie tematycznym KMPT²⁶.

73. W placówce nie ma sygnalizacji alarmowo-przyzywowej.

74. KMPT podkreśla, że instalacja alarmowo-przyzywowa powinna być dostępna we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców (zarówno w pokojach, jak i toaletach). Umożliwia ona szybką interwencję personelu w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi mieszkańców.

75. **KMPT zaleca zamontowanie instalacji alarmowo-przyzywowej w pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców.**

²⁶ Zob. Raport tematyczny KMPT „Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną” dostępny na stronie:

<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 kierownikowi placówki:

1. dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą podopiecznych) powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca;
2. przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych;
3. dokonanie przeglądu liczby zatrudnionych pracowników w celu zapewnienia podopiecznym właściwej opieki;
4. zatrudnienie wykwalifikowanego personelu medycznego, który będzie odpowiedzialny za podawanie leków mieszkańcom;
5. nawiązanie współpracy z psychologiem;
6. zatrudnienie terapeuty zajęciowego oraz rehabilitanta/fizjoterapeuty;
7. ograniczanie samodzielnych wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego;
8. założenie rejestru wyjść mieszkańców poza teren placówki;
9. wprowadzenie odpowiednich procedur, np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, zdarzeń niepożądanych, autoagresji;
10. uzupełnienie regulaminu placówki o treści związane z prawami i obowiązkami mieszkańców oraz wywieszenie regulaminu w miejscu ogólnodostępnym dla mieszkańców;
11. założenie i bieżące prowadzenie zeszytu raportów opiekunów;
12. wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu adresów instytucji, zgodnie z obowiązkiem nałożonym przez art. 68a pkt 2 i 3 ustawy o pomocy społecznej, a także adresów innych organizacji, do których mieszkańcy i osoby odwiedzające mogą się zwrócić w przypadku naruszenia praw pensjonariuszy;
13. zamontowanie skrzynek na skargi;
14. założenie i systematyczne uzupełnianie rejestru skarg i wniosków;
15. zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony

- praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;
16. rozważenie zorganizowania personelowi superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta;
17. zamontowanie instalacji alarmowo-przyzywowej w pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców.

VII. Informacje dodatkowe

Na podstawie art. 20 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do kierownika placówki o udzielenie informacji zawartych w pkt 19 raportu.

Opracowała: Karina Balicka

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/