



Warszawa, 04-12-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH
Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur**

KMPT.575.5.2025.DK

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

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

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.

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”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 jakiegokolwiek 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 – 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.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

II. Wprowadzenie

9. W dniach 5–8 sierpnia 2025 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację Domu Pomocy Społecznej Miłowicach (dalej: Dom, DPS, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Karolina Sobocińska (prawnik), Aleksandra Tokarska (prawnik, psycholog) i Dorota Krzysztoń (politolożka o specjalizacji prawno-kryminalistycznej).

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły wstępną rozmowę z Anettą Reichel-Wasilijew – Dyrektorem DPS oraz Moniką Koman – pracownikiem socjalnym, dokonały oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń DPS i terenu zewnętrznego, przeprowadziły poufne rozmowy z mieszkankami i pracownikami oraz zapoznały się z prowadzoną dokumentacją. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi wymienionym przedstawicielkom DPS.

12. Niniejszy raport sygnalizuje mocne strony placówki (pkt IV), problemy systemowe – wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt V) oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt VI).

III. Charakterystyka placówki

13. Dom Pomocy Społecznej (dalej jako: DPS, dom, placówka) w Miłowicach jest placówką stałego pobytu przeznaczoną dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie (70 osób) z miejscami dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (10 miejsc dla kobiet)¹³.

14. Pełne obłożenie placówki (80 osób) przy braku wystarczającej liczby miejsc całodobowego pobytu i opieki dla osób wymagającym pomocy ze względu na wiek, chorobę czy niepełnosprawność skutkuje istnieniem listy oczekujących na przyjęcie do Domu (około 10 osób).

15. Dom jest jednostką budżetową, podległą Powiatowi Żarskiemu. Nadzór nad jej funkcjonowaniem sprawują: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR) w Żarach, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim (Wydział Polityki Społecznej) oraz Sąd Okręgowy w Zielonej Górze.

IV. Mocne strony placówki

16. **[Animaloterapia]** W placówce prowadzona jest animaloterapia, polegająca na możliwości posiadania zwierząt przez mieszkanki będące w stanie się nimi zająć oraz przygarnięciu przez kadrę DPS psa, ważnego dla wszystkich

¹³ Na podstawie zezwolenia Wojewody Lubuskiego nr PS.II.JJ.ż.9013-7/08 z dnia 9 lutego 2009 r.

pensjonariuszek Domu. To wyróżnia placówkę na tle innych tego typu instytucji, gdzie obawa przed odpowiedzialnością za zwierzęta i koszt ich utrzymania (problem nie jest rozwiązany systemowo) powodują zakaz przyjmowania mieszkanki wraz ze zwierzętami. Tymczasem kontakt ze zwierzęciem wspiera aktywność fizyczną mieszkanki, ich interakcje społeczne i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach dnia codziennego. Możliwość opieki nad zwierzęciem daje też poczucie odpowiedzialności i bycia potrzebnym oraz rekompensuje braki w relacjach rodzinnych czy pozytywnych emocjach z nimi związanych. Animaloterapia ogranicza postęp demencji, może także zmniejszyć ryzyko przedwczesnej śmierci człowieka opiekującego się zwierzęciem¹⁴.

17. **[Prowadzenie psychoedukacji na temat seksualności osób z niepełnosprawnościami]** W placówce organizowane są wewnętrzne szkolenia psychologa/seksuologa dotyczące wskazanej tematyki (adresowane do pracowników, jak i do mieszkanki – np. co oznacza „zły dotyk”). Wiedza, jak rozmawiać o seksualności i emocjach, jak przełamywać stereotypy dotyczące seksualności osób z niepełnosprawnościami i jak zmieniać postawy w tym obszarze, są niezmiernie ważne – tak jak rozpoznawanie i zapobieganie przemocy seksualnej, a także wiedza prawna i umiejętność postępowania w przypadku podejrzenia molestowania. Poza szkoleniami personel DPS, ze zrozumieniem i stosując zasadę indywidualizacji, prowadzi oddziaływania odnoszące się do sfery życia seksualnego mieszkanki, np. zapewniając na ich życzenie antykoncepcję¹⁵ czy pomagając w procesach towarzyszących zawieraniu związków uczuciowych (przez np. wsparcie w organizacji wyjść i spotkań). Pomoc DPS w tym obszarze obejmuje także trudne kwestie, jak śmierć partnera – doświadczenie to było przedmiotem spotkań pensjonariuszki z psychologiem.

V. Problemy systemowe

A. Niestandardowe formy zabezpieczenia

18. W placówce zauważono stosowanie niestandardowych form opieki i zabezpieczenia mieszkanki, szczegółowo opisane w części VI.B niniejszego raportu (jak np. bramki ograniczające możliwość opuszczenia części pomieszczeń zajmowanych przez mieszkanki). Obrazuje to istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, lecz mogą ingerować w wolność jednostki.

¹⁴ Szerzej o zaletach animaloterapii w pracy z mieszkańcami domów pomocy społecznej zob. np.: <https://oficynamm.pl/wp-content/uploads/2021/07/Newsletter-DPS-lipiec-2021-artykul-1.pdf>.

¹⁵ Zaznaczenia wymaga, że w przypadku mieszkanki ubezwłasnowolnionych całkowicie należy uzyskiwać zgodę sądu opiekuńczego na podawanie środków antykoncepcyjnych.

19. W procesie opiekuńczym istnieją sytuacje, w których stosowanie środków zabezpieczających jest niezbędne dla ochrony zdrowia mieszkańca. Ich używaniu musi jednak towarzyszyć szereg gwarancji o charakterze proceduralnym i materialnym. Z punktu widzenia art. 31 ust. 3 Konstytucji RP wszelkie ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych praw i wolności muszą zostać uregulowane na poziomie ustawy. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego RPO do Ministra Zdrowia w 2022 r.¹⁶, w którym RPO zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym. Doprecyzowanie w ustawie takich sytuacji pozwoliłoby też na ujednolicenie praktyki w poszczególnych placówkach i uniknięcie rozbieżności interpretacyjnych, w szczególności co do oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni.

20. W opinii KMPT zastosowanie wobec podopiecznej placówki specjalnych zabezpieczeń może być czasami nieuniknione, w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno jej samej, jak i osobom trzecim. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko związane z taką formą opieki, **KMPT zaleca stosowanie następujących rozwiązań:**

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia. W procedurze takiej należy w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania, 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, jak lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny. Procedura pozwoli też ujednolicić praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie warto też przypomnieć, że 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 mieszkanki i indywidualnej ocenie stanu jej zdrowia i ryzyka, powinien odnotować w dokumentacji medycznej potrzebę zastosowania środka, czas i okoliczności jego stosowania, ewentualne przeciwwskazania i inne uwagi istotne dla zapewnienia właściwej opieki. Potrzeba dalszego stosowania danego środka powinna podlegać regularnemu przeglądowi. Należy też dokumentować wszelkie urazy i obrażenia odniesione przez mieszkanki w trakcie stosowania zabezpieczenia oraz bezpośrednio po jego zakończeniu (np. obtarcia, skaleczenia, upadki itp.).

3. Używanie do zabezpieczenia wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.

¹⁶ Zob. wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

B. Monitoring

20. W czasie wizytacji trwały prace modernizujące system monitoringu wizyjnego z podglądem w dyżurce pielęgniarskiej. Kamery monitoringu nie obejmowały dotychczas pokoi mieszkalnych (z wyjątkiem izby chorych) i sanitariatów.

21. Kwestia stosowania monitoringu w DPS, w związku z jej pominięciem w przepisach regulujących funkcjonowanie tych placówek, pozostaje od kilku lat w zainteresowaniu Rzecznika. Z jednej strony monitoring służy bowiem poprawie bezpieczeństwa pensjonariuszek, z drugiej – stanowi formę ingerencji w prywatność mieszkanek, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie budynku. Dla legalności tego rodzaju kontroli istotne jest, żeby ograniczenie to spełniało przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, 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 przepisach rangi ustawowej przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu¹⁷. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.¹⁸ Zagadnienie poruszane było również w raporcie rocznym KMPT w 2023 r.¹⁹

C. Opieka pielęgniarska

21. W dniu wizytacji w Domu zatrudniano 1 pielęgniarkę na 0,25 etatu. Po bezskutecznych próbach zatrudnienia dodatkowych pielęgniarek i po problemach związanych z brakiem chęci pracy na etat tych z nich, które w przeszłości pracowały w DPS w oparciu o umowy-zlecenia, nie było planowane dalsze zwiększenie obsady pielęgniarskiej. Zgodnie z informacją Dyrektorki DPS, choć formalnie aktywne były podczas wizytacji jeszcze ogłoszenia o pracę w DPS dla pielęgniarek, w praktyce etaty te stopniowo zajmowały opiekunki medyczne (w toku wizytacji było to 5 osób).

22. W ocenie Dyrektorki Domu kwalifikacje i umiejętności opiekunek medycznych nie odbiegają od tych, którymi dysponują pielęgniarki – tym bardziej, że dom pomocy społecznej z założenia nie jest placówką ochrony zdrowia. Natomiast ocena KMPT tej kwestii jest odmienna – pielęgniarka posiada wyższe wykształcenie medyczne, zdobyte na przestrzeni kilku lat wspartych odpowiednią praktyką

¹⁷ 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>.

¹⁸ 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>.

¹⁹ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., s. 103.

i wykonuje bardziej zaawansowane procedury medyczne. Zawody te powinny się uzupełniać, a nie zastępować, jednak w praktyce działania różnych wizytowanych przez Krajowy Mechanizm instytucji stopniowo takie zastępowanie ma miejsce. Warto też zauważyć, że istnieją przepisy odnoszące się do domów pomocy społecznej, wskazujące wyłącznie na pielęgniarkę jako uprawnioną do niektórych czynności, np. w sytuacji stosowania przymusu bezpośredniego²⁰.

23. Kluczowym problemem powodującym trudność w rekrutacji osób z wykształceniem pielęgniarskim do pracy w DPS są znaczne różnice płac dla pielęgniarek zatrudnianych w sektorze publicznej służby zdrowia, np. w szpitalach, w stosunku do domów pomocy społecznej²¹. Domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, wynagrodzenie pielęgniarek w nich zatrudnionych pochodzi z budżetu samorządów. Pielęgniarki zatrudnione w sektorze medycznym otrzymują wyższe wynagrodzenie pochodzące ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia oraz powiązane z nim premie i dodatki służbowe.

24. Powyższy stan sygnalizuje istnienie problemu systemowego, którego rozwiązanie wymaga interwencji ustawodawcy²². Kwestia ta w 2021 r. była przedmiotem wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich do Minister Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia²³ i nadal znajduje się w zainteresowaniu Rzecznika.

D. Opieka psychologiczna

25. Według informacji przekazanych wizytującym, w placówce zatrudniona jest jedna psycholożka, w wymiarze 0,5 etatu. Jej zadania są rozbudowane i obejmują wiele istotnych aspektów życia mieszkanek, a formy jej pracy są zróżnicowane. Grafiki pracy psycholożki ustalany jest indywidualnie, z uwzględnieniem potrzeb placówki oraz innych, dodatkowych zadań przez nią realizowanych. Przez kilka godzin raz w tygodniu pozostaje ona do dyspozycji mieszkanek. W ramach tych – najczęściej indywidualnych – spotkań mieszkanki zgłaszają i omawiają z psychologiem swoje problemy. Uwagę przedstawielek KMPT zwróciły jednak liczne wpisy w raportach z dyżurów pracowników DPS, świadczące o złym stanie psychicznym części mieszkanek, m.in. niektóre z nich deklarowały myśli samobójcze. Mając na względzie

²⁰ Zob. art. 18 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917), dalej jako: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

²¹ Z ostatniej odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2022 r. (znak DSZ.052.7.2021.JP), na wystąpienie RPO w tej sprawie (KMP.575.9.2021) wynika, że we współpracy z Ministrem Rodziny i Polityki Społecznej prowadzone są prace mające na celu umożliwienie domom pomocy społecznej wykonywanie działalności leczniczej (jako podmiotom leczniczym) i w konsekwencji zawierania przez nie umów (jako świadczeniodawców) na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ministerstwo nie wskazało do tej pory na dalsze postanowienia w tej sprawie.

²² Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., s. 149.

²³ Zob. wystąpienie generalne RPO z 21 czerwca 2021 r., KMP.575.9.2021.

liczbę mieszkanki, ich problemy oraz potrzeby, jak również rolę psychologa w domach pomocy społecznej – dostępność psycholożki, determinowana jej częściowym etatem, jest zbyt mała. Chęć konsultacji z psychologiem deklarowali także pracownicy DPS.

26. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, dom pomocy społecznej ma jedynie obowiązek zapewnienia mieszkankom kontaktu z psychologiem²⁴. Jednakże powołując się na obowiązek sformułowany w § 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie rehabilitacji społecznej²⁵, w DPS, gdzie są osoby z zaburzeniami psychicznymi, zajęcia z udziałem psychologa są obowiązkowe. Problem ma charakter systemowy i był już wskazywany przez KMPT zarówno w raportach rocznych²⁶, jak i raporcie tematycznym poświęconym DPS²⁷.

E. Pełnienie funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych przez pracowników DPS

27. Podczas wizytacji przedstawiciele KMPT otrzymali informację, że większość mieszkanki ma opiekunów prawnych będących jednocześnie obecnymi lub emerytowanymi pracownikami Domu. Skala zjawiska jest bardzo duża, bo obejmuje 31 obecnie aktywnych pracowników.

28. Dokonując wizytacji prewencyjnych, przedstawiciele KMPT ponadto spotykają sytuacje, w których sądy, w miejsce samodzielnych działań wiodących do ustalenia najlepszej osoby, która mogłaby pełnić funkcję opiekuna prawnego, kierują do domów pomocy społecznej terminowe zobowiązania, nakazujące wskazanie kandydatów na opiekunów prawnych spośród pracowników. Problem ten dotyczy również wizytowanego DPS, do którego prośby takie przesyłane są z Sądu Rejonowego w Żarach, z dodatkowym wyznaczeniem 14-dniowego terminu na odpowiedź.

29. Omawiana kwestia od lat budzi wątpliwości KMPT²⁸. Z jednej strony takie rozwiązanie może być korzystne dla mieszkanki, które dzięki tej praktyce mają stały kontakt ze swoim opiekunem prawnym w sytuacji, gdy nie mają nikogo bliskiego lub bliscy pochodzą z odległych miejscowości. Należy jednak zauważyć, że jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Gdy pracownik domu pomocy społecznej jest jednocześnie opiekunem prawnym ubezwłasnowolnionego mieszkańca, zachodzi ryzyko konfliktu interesów.

²⁴ Zob. § 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia MPiPS z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 51), dalej jako: rozporządzenie w sprawie DPS.

²⁵ Dz. U. poz. 250.

²⁶ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., s. 105.

²⁷ Zob. Raport tematyczny KMPT pt. „Prawa mieszkanki domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, Warszawa 2017, s. 78-82.

²⁸ Tamże, s. 75-78.

Pracownikom placówek może być trudno zachować obiektywizm podczas pełnienia funkcji opiekunów, szczególnie że może się to wiązać z działaniami przeciwko pracodawcy. Nałożenie dodatkowych obowiązków może także prowadzić do przeciążenia, braku motywacji i rzetelności w wykonywaniu obowiązków.

30. Na problem ten zwraca uwagę również Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), podkreślając, że jednym z aspektów roli opiekuna jest obrona – w razie konieczności – praw osób z niepełnosprawnościami wobec instytucji przyjmującej. Pełnienie funkcji opiekuna przez pracownika tej samej instytucji może prowadzić do konfliktu interesów i zagrozić niezależności oraz bezstronności opiekuna. CPT rekomenduje w takich sytuacjach, aby władze kraju dążyły do znalezienia alternatywnych rozwiązań, które mogłyby lepiej zagwarantować niezależność i bezstronność opiekunów²⁹.

VI. Obszary wymagające poprawy

A. Legalność pobytu

31. Dom przeznaczony jest głównie dla dzieci, tymczasem w czasie wizytacji KMPT w DPS nie przebywała żadna małoletnia osoba (najmłodsza pensjonariuszka miała 18 lat, najstarsza – 75, przy czym większość mieszkanek to osoby ok. 50-letnie). Według relacji Dyrektorki Domu, od kilku lat w placówce nie ma dzieci, co ma związek jej zdaniem z lepszą ofertą domów dziecka i praktyką wprowadzania w ich strukturę tzw. systemu rodzinkowego. Niezależnie od powodów, zastana przez wizytujących sytuacja oznacza przekroczenie liczby miejsc dla osób dorosłych, określonej w zezwoleniu Wojewody Lubuskiego. Warto też zauważyć, że w czasie wizytacji wśród osób oczekujących na przyjęcie do DPS znajdowała się osoba małoletnia.

32. KMPT zwraca się z pytaniem do Dyrektorki DPS, czy oczekująca małoletnia została przyjęta do placówki, a jeżeli nie, to z jakich powodów.

33. Zważywszy na § 5 ust. 3 i 4 rozporządzenia w sprawie DPS, w tego typu placówce mogą przebywać osoby do 30 r.ż. Po ukończeniu 30 lat mogą one dalej przebywać w domu, jeżeli charakteryzuje je mała zdolność adaptacyjna do zmiany otoczenia i okres pobytu tych osób przekracza 5 lat, a dyrektor złoży wsparty przez rodzinę/opiekuna prawnego wniosek o pozostawienie osoby spełniającej powyższe kryteria. KMPT nie kwestionuje prawa osób, które zostały przyjęte do DPS jako dzieci, do dalszego w nim pobytu, jeśli są w opisanej sytuacji. Jednak zwraca uwagę, że do

²⁹ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, 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; w Ukrainie w 2019 r. [CPT/Inf (2020) 1], par. 44 oraz na Łotwie w 2016 r., [CPT/Inf (2017) 16], par. 157.

placówki przyjmowane są już dorosłe osoby, a na obecnej liście oczekujących figuruje osoba nastoletnia, dla której z kolei zabrakło miejsca w DPS. Trwanie tej sytuacji prowadzi do funkcjonowania placówki niezgodnie z wydanym dla niej zezwoleniem oraz wprowadza w błąd co do faktycznego przeznaczenia Domu.

34. Krajowy Mechanizm zwraca się do Wojewody Lubuskiego o odniesienie się do opisanej sytuacji pobytu w DPS osób dorosłych w liczbie przekraczającej limit określony w zezwoleniu Wojewody.

B. Stosowanie niestandardowych form zabezpieczenia

35. Jednej grupie mieszkanek, nazywanej przez personel „uciekinierkami”³⁰, ograniczany jest dostęp do pomieszczeń innych niż ich własne sypialnie, łazienki oraz pokój dziennego pobytu. Zapora, w formie metalowej barierki, do której klucz ma wyłącznie personel DPS, zamontowana została na korytarzu placówki.



Zdjęcie 1. Metalowa barierka zamykana na klucz.

36. W jednym z dwuosobowych pokoi przedstawicielki KMPT zastały dziecięce łóżeczko rehabilitacyjne, w które wyposaża się szpitalne oddziały dla dzieci.

³⁰ Dotyczy to osób z głębszymi dysfunkcjami umysłowymi, z którymi porozumienie jest ograniczone lub niemożliwe i które oddalają się z DPS bez uprzedzenia, co naraża ich zdrowie i życie.

Mebel miał długość 170 cm i szerokość ramy leża 67 cm. Dorosła mieszkanka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym spędzała w nim noce w pozycji półsiedzącej, siedzącej z podkurczonymi nogami lub embrionalnej. Kobieta jest w nim co noc zamykana – wysokie szczyty łóżeczka i jedna z barierek bocznych na stałe okalają wnętrze łóżka z 3 stron, druga barierka boczna podnoszona jest i unieruchamiana po ułożeniu mieszkanki w środku dziecięcego łóżeczka. Podkreślić należy, że zarówno szczyty łóżeczka, jak boczne barierki wykonane są z metalowych szczebli, a całość po zamknięciu przypomina klatkę.



Zdjęcie 2. Łóżko dziecięce przeznaczone dla dorosłej mieszkanki, zamykane jak klatka.

37. Zgodnie z informacjami udzielonymi wizytującym, mieszkanka samodzielnie nie jest w stanie wyjść poza łóżko (nie musi korzystać z WC – ubierana jest w pieluchomajtki, z uwagi na niekontrolowanie potrzeb fizjologicznych), a zamknięcie jest tłumaczone zabezpieczeniem jej przed ewentualnym upadkiem. Natomiast półsiedząca czy siedząca pozycja w trakcie snu, według kadry DPS, wynika z własnego wyboru mieszkanki, a nie rozmiaru łóżka.

38. Nie przedstawiono wizytującym żadnych zaleceń lekarskich dotyczących konieczności nabycia takiego właśnie łóżka. Z notatki służbowej z dnia 7 sierpnia 2025 r., wywołanej wątpliwościami przedstawicielki KMPT w opisywanym obszarze wynika, że zakup ten został skonsultowany z rehabilitantkami, pod opieką których

pozostaje mieszkanka³¹. Jednak w dokumentacji indywidualnej pensjonariuszki dotyczącej lat wcześniejszych (łóżeczko nabyte zostało w dniu 25 maja 2017 r.) nie ma na ten temat żadnych danych. Za to znajdują się tam wpisy, że nie jest ona objęta rehabilitacją i nie ma kłopotów ze snem – poza tym, że sypia z przerwami, podczas których zdarza jej się hałasować, a w przeszłości w nocy wychodziła z łóżka.

39. Wnioskować można, że łóżko to niestandardowa forma zabezpieczenia mieszkanki przed samowolnym oddalaniem się czy zakłócaniem innym spoczynku, a dopiero w dalszej kolejności może chronić ją przed upadkiem.

40. KMPT stoi na stanowisku, że tego typu łóżka niosą ze sobą potencjalnie wysokie ryzyko użycia ich jako narzędzia opresyjnego, a umieszczenie w nich można uznać za poniżające³². Co istotne, w pokoju, w którym znajdowało się łóżeczko, znajdowało się też zwykłe łóżko dla dorosłej mieszkanki, co w ocenie KMPT może wzbudzać jeszcze większe uczucie wstydu, poniżenia i zażenowania u osoby, która przebywa w łóżku-klatce w obecności mieszkanki korzystającej ze zwykłego łóżka.

41. Zamykanie łóżek w celu kontrolowania zachowania osób uznanych za trudne jest stanowczo krytykowane przez CPT³³.

42. Ponadto zastane w DPS łóżko jest za małe, aby dorosła osoba, nawet niska i lekka (poza niewielkimi rozmiarami ramy leża, łóżko to przeznaczone jest do

³¹ Zgodę na zakup miała wyrazić opiekunka prawna mieszkanki, będąca jednocześnie pracownicą DPS.

³² Podczas 5. międzynarodowego spotkania przedstawicieli krajowych mechanizmów prewencji oraz organizacji pozarządowych z krajów członkowskich Organizacji Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie (OBWE), które odbyło się w sierpniu 2022 r., poruszono temat łóżek-klatek. Swoje stanowisko przedstawiła m.in. ekspertka z Omega Research Foundation. Wskazała, że co do zasady takie wyposażenie traktowane jest jako zabronione z uwagi na potencjalnie wysokie ryzyko jego użycia jako instrumentu opresyjnego. Należy dążyć do wyeliminowania go z miejsc detencji. Jej opinię podzielił również przedstawiciel CPT.

³³ „Pewne środki przymusu mechanicznego, które nadal się stosuje w niektórych szpitalach psychiatrycznych wizytowanych przez CPT, są całkowicie nieodpowiednie do takich celów i mogą być uznane za poniżające. Kajdanki, metalowe łańcuchy i łóżka-klatki wyraźnie podpadają pod tę kategorię; nie mają prawa bytu w praktyce psychiatrycznej i powinny być natychmiast wycofane z użycia. Używanie łóżek z zabezpieczeniem z siatki, szeroko rozpowszechnione w niektórych krajach jeszcze kilka lat temu, wygląda na stopniowo zanikające. Nawet w tych kilku krajach, gdzie się ich nadal używa, jest to środek stosowany coraz rzadziej. Jest to pozytywna zmiana i CPT pragnie zachęcić państwa do kontynuowania wysiłków w celu dalszej redukcji używania tego środka” (zob. par. 40 wyciągu z Szesnastego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (2006) 35], dostępnego na stronie: https://arch-bip.ms.gov.pl/Data/Files/_public/bip/prawa_czl_onz/pol-standards-cpt.pdf). Tego typu klatki zostały kilka lat temu ostatecznie wycofane z użytku w Czechach. Podczas wizytacji CPT w tym kraju w 2002 r. Komitet zalecił, aby do czasu ich wycofania podjęto środki mające na celu zapewnienie, że osoby umieszczone w tego typu zabezpieczeniu nie są narażone na widok innych pacjentów/mieszkanek i podlegają odpowiedniemu nadzorowi ze strony personelu, tak jak ma to miejsce w przypadku środków przymusu bezpośredniego. W opinii CPT należałoby też poszukać bardziej odpowiednich środków, aby zapewnić bezpieczeństwo osobom o ograniczonej sprawności ruchowej lub zaburzeniach nocnych, jak np. dezorientacja/lunatykowanie (Raport z wizytacji CPT w Czechach w 2002 r. CPT/Inf (2004) 4, par. 127-128).

maksymalnego obciążenia 60 kg), mogła się w nim położyć i swobodnie zmieniać pozycję. Zamknięcie w niewielkim łóżku i tym samym unieruchomienie w opisanych wcześniej pozycjach może być wręcz niebezpieczne dla zdrowia (np. zwiększać ryzyko zakrzepicy żył głębokich i innych schorzeń, powodowanych m.in. nadmiernym obciążeniem kręgosłupa i uciskiem na organy wewnętrzne).

43. Na rynku dostępnych jest wiele łóżek rehabilitacyjnych czy łóżek z barierkami chroniącymi przed upadkiem, przeznaczonych dla osób dorosłych; w wizytowanym DPS takie łóżka, o wyglądzie bardziej kojarzącym się z domowymi warunkami, są wykorzystywane przez część pensjonariuszek.

44. Preferencje mieszkanki do snu w pozycji siedzącej z podkurczonymi nogami nie usprawiedliwiają przeznaczania dla osoby dorosłej szpitalnego łóżeczka dziecięcego, a powinny raczej skłaniać do konsultacji lekarskiej w celu diagnozy ich przyczyn.

45. **KMPT zaleca odstąpienie od praktyki zamykania mieszkanki na noc w dziecięcym łóżku szpitalnym.**

C. Traktowanie

46. Z rozmów z przedstawicielkami KMPT, a także z obserwacji poczynionych podczas wizytacji wynikało, że mieszkanki są, co do zasady, traktowane właściwie, a personel odnosi się do nich z szacunkiem i troską.

47. Delegacja KMPT odebrała jednak wiarygodne sygnały, że w wizytowanej placówce dochodziło do przypadków stosowania gróźb ukarania jednej z mieszanek, w ocenie personelu zachowującej się nieodpowiednio. Kary polegały np. na zakazie wyjść poza Dom, odebraniu ważnych dla pensjonariuszki przedmiotów czy „wpisem do raportu”. W części przypadków kary te zostały zrealizowane.

48. Z wyjaśnień Dyrektorki Domu wynika, że incydenty te są niezgodne z zasadami przyjętymi w placówce, polegającymi na pozytywnym wzmacnianiu mieszanek, lecz niektóre pracownice DPS samowolnie dopuszczają się stosowania takich metod, co zostanie wyeliminowane.

49. **KMPT zaleca wyeliminowanie stosowania wobec mieszanek Domu kar i przypadków grożenia nimi.**

50. W dokumentacji indywidualnej jednej z mieszanek wizytatorki KMPT natrafiły na niepodpisane zalecenie: „W sytuacji silnego wzburzenia i zachowań agresywnych, stosować izolowanie lub kąpiel w wannie (nagłą, w ciepłej wodzie)”.

51. Istnienie takiego zalecenia stwarza ryzyko wystąpienia przemocy w stosunku do mieszkanki – np. nagłej, siłowo przeprowadzonej kąpieli w zbyt gorącej wodzie, a nawet podtopienia czy poparzenia. Wizytatorki KMPT nie odebrały żadnych sygnałów o tym, że proponowana „nagła kąpiel” jest realizowana w praktyce. Jednak

samo sformułowanie jej zalecenia w prezentowanej formie tworzy ryzyko niewłaściwego traktowania mieszanek.

52. **Krajowy Mechanizm zaleca niestosowanie zalecenia nagłej kąpeli.**

D. Nieodpłatna praca na rzecz DPS

53. Z ustaleń i obserwacji wizytujących wynika, że mieszkanki, poza dyżurami w stołówce czy sprzątaniem wspólnie użytkowanych miejsc, np. holu, istotnie odciążają pracownice DPS w pomocy i wsparciu pensjonariuszek w gorszym stanie zdrowia, w tym: pomagają im przy jedzeniu, ubieraniu, myciu, zmianie pieluchomajtek).

54. Niektóre mieszkanki bezpłatnie pracują w zlokalizowanej w DPS pralni i maglu (m.in. rozwieszając pranie, składając i roznosząc czystą odzież z magla) przez około 3 godziny dziennie, również odciążając zatrudnione tam osoby od pracy, którą te osoby powinny samodzielnie wykonywać. Z rozmów z mieszkankami wynika, że cenią sobie tę formę aktywności i są dumne ze swoich dokonań. Natomiast Dyrektorka Domu uzasadniła opisaną praktykę ergoterapią.

55. W ocenie KMPT, mimo pozytywnego nastawienia mieszanek do opisanej sytuacji, absolutnie niedopuszczalne jest angażowanie mieszanek do uczestniczenia w pracach wkraczających w sferę intymną innych pensjonariuszek (m.in. zmiany pieluchomajtek czy mycia ich). Narusza to prawo do prywatności i godności tych osób oraz stwarza ryzyko niewłaściwego traktowania.



Zdjęcia 3 i 4: Pomieszczenia suszarni i magla, w których pracują mieszkanki.

56. Ponadto należy zauważyć, że ergoterapia jest metodą rehabilitacji, w której wykorzystuje się różne rodzaje pracy umożliwiające jednostce kształtowanie określonych sprawności (np. ruchowych, koncentracji, pamięci), zaspokajająca jej potrzeby emocjonalne i społeczne oraz wpływająca na rozwój samodzielności, niezależności i pobudzanie aktywności. Instruowanie i nadzorowanie mieszkanek przez pracownice DPS w zakresie wykonywania czynności porządkowych nie wpisuje się w tego typu terapię, która powinna być prowadzona przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje.

57. Zatrudnienie mieszkanki przez DPS jest możliwe ze wskazań terapeutyczno-rehabilitacyjnych, jeśli jej stan zdrowia na to pozwala. Praca może wspierać rehabilitację społeczną pensjonariuszki, a dochody z niej są uwzględniane przy naliczaniu opłaty za pobyt w placówce, która może zostać pomniejszona o 50% wynagrodzenia. Zespół terapeutyczno-opiekuńczy organizuje zajęcia i wspiera mieszkanki, które mogą podjąć zatrudnienie w ramach np. terapii zajęciowej³⁴.

58. **KMPT zaleca zatrudnianie mieszanek w DPS odpłatnie, wyłącznie ze wskazań terapeutyczno-rehabilitacyjnych i jeśli ich stan zdrowia na to pozwala.**

59. **KMPT zaleca odstąpienie od angażowania mieszanek w prace na rzecz innych pensjonariuszek, ingerujące w ich intymność (np. kąpiel czy zmiana pieluchomajtek).**

E. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego

60. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego (ś.p.b.) w domach pomocy społecznej jest dopuszczalne wyłącznie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i tylko w określonych sytuacjach, takich jak zagrożenie życia lub zdrowia, uszkodzenie mienia lub zakłócanie funkcjonowania placówki. Decyzję o zastosowaniu przymusu podejmuje lekarz, który nadzoruje jego wykonanie, a przypadku, gdy placówka go nie zatrudnia – po zgłoszeniu konieczności zastosowania przymusu przez pielęgniarkę, kierownik placówki niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii. Stosowane środki muszą być proporcjonalne do sytuacji i trwać tylko do ustania przyczyn³⁵.

61. Dyrektorka DPS zadeklarowała, że w placówce nie stosuje się przymusu bezpośredniego, w tym nie izoluje się np. agresywnych mieszanek do czasu uspokojenia. Według jej relacji, raz do agresywnej mieszkanki wezwano zespół ratownictwa medycznego, którego interwencja zakończyła się podaniem pobudzonej pensjonariuszce środka uspokajającego.

³⁴ Zob. art. 61 ust. 4 ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214), dalej jako: u.p.s.).

³⁵ Zob. art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

62. Z ustaleń wizytujących wynika jednak, że do wezwań pogotowia ratunkowego, a także patrolu Policji w okolicznościach, które mogły wiązać się z zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego, dochodziło przynajmniej kilka razy. Informacja o tego typu sytuacjach opiera się jedynie na pamięci pracowników, gdyż nie są one odnotowywane w prowadzonym w Domu rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego.

63. Stosowanie środków przymusu stanowi głęboką ingerencję w prawa danej mieszkanki i w związku z tym powinno być odnotowywane w rejestrze Domu, jeśli na jego terenie doszło do takiej sytuacji, niezależnie od tego, kto wykonywał środek (czy pracownik DPS, czy uprawniony funkcjonariusz Policji, czy ratownik pogotowia). W ocenie SPT dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami i innymi formami niewłaściwego traktowania³⁶. Stan mieszkańek placówki, niesamodzielność i uzależnienie od pomocy osób trzecich tym bardziej uzasadniają wzmocniony nadzór (w tym nadzór instytucji zewnętrznych) nad przypadkami stosowania przymusu, a rejestr istotnie wzmacnia instrumenty nadzoru.

64. Dodać należy, że ogląd drzwi izolatki chorych z widocznymi śladami kopnięć/uderzeń od wewnątrz, częściowo załatanych, oraz inne ustalenia wizytujących wskazują, że pomieszczenie to służy do stosowania przymusu.



Zdjęcie 5: Drzwi izolatki dla chorych ze śladami prób wybicia od środka.

³⁶ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, par. 49-52.

65. **KMPT zaleca stosowanie środków przymusu zgodnie z zasadami określonymi w przepisach prawa.**

66. **Krajowy Mechanizm rekomenduje rzetelne prowadzenie rejestru zastosowania przymusu bezpośredniego i innej dokumentacji z nim związanej.**

F. Wydarzenia nadzwyczajne

67. Według informacji Dyrektorki Domu, w placówce nie dochodziło do zdarzeń nadzwyczajnych. Analiza dokumentacji wskazuje jednak, że w okresie od stycznia 2025 r. do dnia wizytacji w DPS wystąpiło przynajmniej kilka zdarzeń mogących kwalifikować się jako nadzwyczajne³⁷. Przykładowo, miały miejsce wypadki skutkujące koniecznością interwencji szpitalnej, np. jedna z mieszkank podczas upadku złamała prawy nadgarstek i jednocześnie doszło do pęknięcia jej lewego barku, co skutkowało koniecznością zaopiekowania medycznego w szpitalu. Lakoniczne wpisy opiekunów w raportach nie pozwalają na ocenę niektórych przypadków. Niepokojący w tym kontekście jest także wpis o izolacji mieszkanki, która usiłowała dokonać samobójstwa/samouszkodzenia przy pomocy maszynki do golenia.

68. Z udzielonych wizytującym wyjaśnień wynikało, że w przeszłości zgłaszane zdarzenia nie były uznawane przez Urząd Wojewódzki za nadzwyczajne, dlatego odstąpiono od zgłoszeń wypadków, jakie miały miejsce w Domu. Z następnie przesłanej przez DPS notatki wyjaśniającej z dnia 2 września 2025 r. wynika, że Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim jednak nie zajmował stanowiska w tej sprawie, a zdarzenie skutkujące złamaniami kończyn u mieszkanki nie zostało zakwalifikowane jako zdarzenie nadzwyczajne „ze względu na stan psychiczny i fizyczny mieszkanki” w postaci zaburzeń równowagi.

69. Krajowy Mechanizm rozumie, że w takich sytuacjach nie zawsze istnieje możliwość natychmiastowej reakcji ze strony personelu, a topografia placówki utrudnia funkcjonowanie osobom o obniżonej sprawności, tudzież szybką reakcję personelu. Jednak klasyfikowaniu zdarzeń jako nadzwyczajnych w placówce poświęcone powinno być więcej uwagi, a kryterium kwalifikacyjnym nie może być bliżej nieokreślone „zaistnienie innych niecodziennych przyczyn lub niejasnych sytuacji”, lecz fakty – jak złamanie kończyny mieszkańca przebywającego w Domu.

70. Obowiązujące przepisy wymagają prowadzenie rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych³⁸ oraz kwartalnego przekazywania właściwemu organowi administracji samorządowej, np. wójtowi, informacji o zdarzeniach

³⁷ Art. 55 lit. c ust. 2 u.p.s. jako katalog zdarzeń nadzwyczajnych definiuje: wypadki, samouszkodzenia oraz obrażenia ciała.

³⁸ Art. 55 lit. c ust. 1 u.p.s.

nadzwyczajnych uwzględnionych w prowadzonym rejestrze³⁹. W wizytowanej placówce wprawdzie zaprowadzono rejestr, ale jest on pusty.

74. Warto dodać, że praktyką działania części DPS jest opracowanie procedury wymagającej powiadomienia przez pielęgniarkę/dyżurującego opiekuna o zdarzeniu kierownika działu/dyrektora i opisanie sytuacji w raporcie pielęgniarskim/opiekuńczym. Sporządzane są także notatki służbowe oraz wypełniany jest formularz zgłoszenia zdarzenia. Następnie powołany w placówce Zespół ds. Zdarzeń Nadzwyczajnych dokonuje analizy zgłoszonego zdarzenia i podejmuje decyzję w sprawie uznania go za nadzwyczajne oraz wpisania go do rejestru⁴⁰.

75. **KMPT rekomenduje każdorazowe sporządzanie notatek służbowych oraz formularzy zgłoszenia zdarzeń, które mogą zostać uznane za nadzwyczajne, a także umieszczanie ich w rejestrze zgłoszeń o takich zdarzeniach.**

76. **KMPT zaleca co najmniej kwartalne raportowanie organowi administracji samorządowej o zdarzeniach nadzwyczajnych.**

77. **KMPT zaleca uzupełnienie wewnętrznych aktów normatywnych o kwestie związane z identyfikowaniem i raportowaniem informacji o zdarzeniach nadzwyczajnych oraz udzielaniem pomocy ich uczestnikom.**

G. Dokumentowanie obrażeń

78. W dokumentacji placówki, w sytuacjach takich jak np. powrót ze szpitala czy domu rodzinnego, dostrzeżenie urazów, do jakich doszło w Domu, czy np. odleżyn, opisuje się obrażenia u mieszkanki. Opisy są jednak ogólne i niedokładne (np. „okrągłe zaczerwienienie z tyłu na kręgosłupie”, „uszkodziła sobie ciało”). Nie można odtworzyć też udokumentowanej ścieżki zgłaszania tego typu przypadków lekarzowi, choć niewątpliwie mieszkankom jest udzielana pomoc (odkażanie, bandażowanie, smarowanie maścią itp.). Wiele wpisów w raportach z dyżurów wskazuje na uszkodzenia ciała mieszkanki, co ma wynikać z ich własnych dysfunkcji czy zachowań (np. bicie głową w twarde miejsca poza łóżkiem, pomimo zabezpieczenia ściany). Daje to pole do wadliwej identyfikacji obrażeń jako przypadkowych, wywołanych stanem mieszkanki – bez wnikliwej diagnozy, czy w danym przypadku dojść mogło do przemocy lub zaniedbania.

79. Dokumentacja nie zawiera także zalecanej w Protokole stambulskim⁴¹ dokumentacji fotograficznej obrażeń. Zgodnie z Protokołem stambulskim zdjęcia

³⁹ Zob. art. 55 lit. c ust. 6 u.p.s.

⁴⁰ Zob. przykładowo Raport KMPT z wizytacji Domu Pomocy Społecznej im. Brata Alberta w Toruniu, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2025-07/Raport%20-%20DPS%20Toru%C5%84%202025.pdf>.

⁴¹ Protokół stambulski – Oficjalny podręcznik ONZ dotyczący diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Zaktualizowana wersja w języku polskim

powinny być kolorowe, zawierać datę i godzinę ich wykonania (na samym zdjęciu lub jako metadane dołączone do zdjęcia w formie elektronicznej). Należy też użyć taśmy mierniczej lub innego sposobu pokazania skali na zdjęciu. Zdjęcia należy wykonać tak szybko jak to możliwe, gdyż niektóre oznaki fizyczne szybko zanikają.

80. Personel medyczny nie stosuje również formularza zawierającego rysunki anatomiczne człowieka do oznaczenia umiejscowienia obrażeń (tzw. mapy ciała)⁴².

81. W ocenie Krajowego Mechanizmu znajomość Protokołu stambulskiego przez pracowników i umiejętność jego praktycznego stosowania ma kluczowe znaczenie dla skutecznej prewencji tortur i innych form złego traktowania mieszkanek. Na potrzebę stosowania Protokołu stambulskiego wielokrotnie zwracały uwagę instytucje międzynarodowe: SPT⁴³, Komitet ONZ przeciwko Torturom (CAT)⁴⁴, CPT⁴⁵, a także Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur⁴⁶.

82. KMPT zaleca dokumentowanie wszystkich obrażeń mieszkanek za pomocą wyczerpujących opisów, zdjęć i map ciała do zobrazowania ich umiejscowienia oraz włączanie tych materiałów do dokumentacji medycznej.

83. Krajowy Mechanizm zaleca przeszkolenie pracowników z treści Protokołu stambulskiego i stosowanie zawartych w nim wytycznych.

H. Zapewnienie poufności dokumentacji medycznej

88. Przedstawicielki KMPT dostrzegły, że dokumentacja medyczna mieszkanek przechowywana jest razem z ich aktami osobowymi.

89. Taka praktyka stanowi naruszenie poufności informacji medycznych. Dane o stanie zdrowia stanowią bowiem dane wrażliwe, podlegające kwalifikowanej ochronie prawnej. Zgodnie z art. 51 ust. 2 Konstytucji RP, 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,

dostępna jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

⁴² Przykładowe mapy ciała zawiera Protokół stambulski, s. 197 i nast.

⁴³ Zob. Uwagi i zalecenia SPT przedstawione w raportach z wizyt w: Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 55; Wielkiej Brytanii, CAT/OP/GBR/ROSP/1, par. 69 i 71; Portugalii, CAT/OP/PRT/1, par. 34, 89, 93; Hiszpanii, CAT/OP/ESP/1, par. 46, 63-64, 70; Brazylii, CAT/OP/BRA/3, par. 20-22, 34, 89, 93.

⁴⁴ Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpnia 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27 i 28.

⁴⁵ Zob. Raporty CPT z wizyt w: Mołdawii, CPT/Inf (2020) 27, par. 29; Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, par. 29; Portugalii, CPT/Inf (2020) 33, par. 71 i 72; Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20; Gruzji, CPT/Inf (2019) 16, par. 80.

⁴⁶ Zob. Raporty Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur: z dnia 16 lipca 2021 r. A/76/168, par. 22, 25, 34, 66 pkt g; z dnia 20 marca 2020 r. A/HRC/43/49, par. 13, 21; z dnia 20 lipca 2018 r. A/73/207, par. 77 pkt e.

konieczności oraz proporcjonalności w ścisłym tego słowa znaczeniu. Nie mogą to być informacje zbierane „na wszelki wypadek”⁴⁷.

90. W ocenie KMPT lekarze i inni pracownicy medyczni powinni udostępniać pracownikom niemedycznym wyłącznie zalecenia niezbędne do sprawowania właściwej opieki nad mieszkanką w trakcie jej pobytu w DPS. Nie ma uzasadnienia i potrzeby, by personel niemedyczny dysponował wszystkimi informacjami zawartymi np. w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego czy wynikiem badania.

91. **KMPT zaleca wyeliminowanie praktyki przechowywania dokumentacji medycznej mieszanek w aktach osobowych używanych przez personel niemedyczny i dostępnych dla przedstawicieli innych instytucji niemających uprawnień do wglądu w dokumentację medyczną.**

I. Odbieranie podpisów mieszanek pod oświadczeniami

92. W dokumentacji mieszanek znajdowały się różne ich oświadczenia, np. zgody na wykorzystywanie ich wizerunku na stronie internetowej, w publikacjach prasowych i materiałach promocyjnych placówki, podpisywane przez same mieszkanki (również w formie tuszowego odcisku palca). W ocenie wizytatorek KMPT, tylko nieliczne mieszkanki miały możliwość przeczytania ze zrozumieniem tekstu takiego oświadczenia. Ograniczenia znacznej części pensjonariuszek nie pozwalały też na pełne zrozumienie odniesień ustawowych wymienianych w drukach placówki przedkładanych do ich podpisu, a odbieranie oświadczeń od osób, u których np. stwierdzono „niewykształcenie procesów myślowych”, nie powinno mieć miejsca. W tym kontekście warto zauważyć, że nie każda osoba musi być prezentowana w materiałach promocyjnych placówki, a tym samym zamiast odbierać zgodę od opiekuna prawnego wypowiadającego się w zastępstwie nieświadomej mieszkanki, wystarczy po prostu pominąć ją w ujawnianiu wizerunku.

94. **KMPT zaleca dostosowanie treści oświadczeń do możliwości zrozumienia ich przez osoby, które je podpisują, i zadbanie o równoczesny podpis opiekuna prawnego mieszkanki (jeśli został on wyznaczony) pod tym samym dokumentem.**

95. **Krajowy Mechanizm zaleca odstąpienie od odbierania podpisów czy tuszowych odcisków palców od osób, które nie są świadome, co podpisują. W miejsce tych ostatnich powinien wypowiedzieć się opiekun prawny, jeśli wykonanie danej czynności wymagającej złożenia oświadczenia jest bezwzględnie konieczne i służy interesom mieszkanki.**

⁴⁷ Zob. M. Florczak-Wątor, Komentarz do art. 51, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, red. P. Tuleja, LEX/el. 2023.

J. Mechanizmy skargowe

96. Na tablicach ogłoszeń w ogólnodostępnych miejscach wewnątrz DPS znajdowały się dane teleadresowe instytucji stojących na straży praw człowieka, m.in. Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, Biura Rzecznika Praw Pacjenta, Sądu Rejonowego i Prokuratury Rejonowej oraz numery alarmowe.

97. **KMPT rekomenduje uzupełnienie tablic informacyjnych o dane teleadresowe Wydziału Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim i organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony praw człowieka (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka), a także inne informacje przewidziane w obowiązujących przepisach⁴⁸.**

98. W DPS skargi i wnioski składane są ustnie, bezpośrednio do Dyrektorki Domu i kierowników poszczególnych działów, pośrednio do innych pracowników lub zbiorczo – przez samorząd mieszkanek placówki. Pomimo że w Domu prowadzony powinien być zeszyt skarg i wniosków (§ 27 Regulaminu Organizacyjnego DPS w Miłowicach), nie odnotowuje się w nim zgłoszeń mieszkanek. Według deklaracji kadry placówki, wnioski i skargi składane w formie ustnej są na bieżąco rozpatrywane. Nie są one jednak ewidencjonowane. W ocenie KMPT ustne skargi również należy odnotowywać w rejestrze. Taka praktyka pomogłaby w ocenie częstotliwości występowania określonego problemu, co pozwoliłoby na podjęcie odpowiednich działań zapobiegawczych. Jak bowiem podkreśla CPT, zapisy rejestru skarg powinny służyć jako narzędzie zarządzania, np. może się zdarzyć, że wiele skarg odnosi się do tych samych pracowników lub że niektóre kategorie osób rzadko składają skargi⁴⁹.

99. W wizytowanym DPS nie ma też skrzynek wrzutowych na skargi i wnioski, dostępnych w niemonitorowanych, ogólnodostępnych miejscach placówki. Wyjaśnienie Dyrektorki Domu, że mieszkanki nie rozumieją, do czego skrzynki służą, lub je niszczą, w ocenie KMPT może dotyczyć niektórych tylko osób i nie powinno stanowić powodu odbierania pozostałym mieszkankom oraz ich rodzinom prawa do składania skarg i wniosków dotyczących funkcjonowania placówki⁵⁰.

100. **KMPT zaleca odnotowywanie w zeszycie skarg i wniosków uwag oraz postulatów mieszkanek, zarówno tych przekazywanych w formie pisemnej, jak i ustnej.**

⁴⁸ Zob. § 6 ust. 1a rozporządzenia w sprawie DPS.

⁴⁹ Zob. Raport roczny CPT z 2017 r., CPT/Inf (2018) 4, par. 90.

⁵⁰ Zob. Raport roczny CPT z 2017 r., CPT/Inf (2018) 4, par. 84: CPT rekomenduje zapewnienie bezpośredniego i poufnego dostępu do organów rozpatrujących skargi (np. przez zainstalowanie w odpowiednich miejscach zamkniętych skrzynek na skargi, do których dostęp mają skarżący, a które mogą otwierać wyłącznie osoby specjalnie wyznaczone do zapewnienia poufności skarg). Pracownicy, którzy mają pod swoją opieką osoby pozbawione wolności, nie powinni mieć możliwości filtrowania skarg.

101. **Krajowy Mechanizm rekomenduje również opracowanie materiałów informacyjnych, które pozwolą mieszkankom na zrozumienie ich praw, w tym prawa do skargi i sposobów jego realizacji, dostosowanych do ich możliwości poznawczych (np. w postaci plakatów lub broszur z wykorzystaniem ilustracji).**

102. **KMPT zaleca zamontowanie w ogólnodostępnym, niemonitorowanym miejscu skrzynki na skargi i wnioski, z której mieszkanki i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyznaczona osoba. Skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze.**

K. Prawo własności

103. W dokumentacji placówki wizytatorki KMPT natrafiły na drukowane przez DPS formularze oświadczeń, podpisywane przez mieszkanki, iż przyjmują do wiadomości, że Dom nie ponosi odpowiedzialności za m.in. wartościowe przedmioty pozostawione w pokoju mieszkanki oraz że prywatna odzież mieszkanki, która nie będzie „stosownie opisana (zgodnie ze zwyczajem domu), zostanie przekazana do wspólnego użytku przez mieszkanki”.

104. Przedstawiciele KMPT rozumieją trudności, z jakimi boryka się personel tego typu placówek, w których mogą się zdarzać np. niesłuszne oskarżenia o kradzieże, stawiane przez osoby z zaburzeniami pamięci. Jednakże obowiązkiem Domu jest zapewnienie bezpieczeństwa rzeczy osobistych. Niedozwolone są więc postanowienia takie jak to, że placówka w ogóle nie bierze odpowiedzialności za pieniądze, biżuterię, pamiątki rodzinne⁵¹. Podobnie bezprawne jest odbieranie ubrań osobom, które nie zastosowały się do zacytowanego wymogu, szczególnie że nie wszystkie mieszkanki mogą być na tyle samodzielne (lub korzystać z pomocy rodziny), aby właściwie oznaczyć odzież. Zabór odzieży może stanowić także nieformalną karę.

105. **KMPT zaleca wyeliminowanie z użytku formularzy zawierających zapisy o wyłączeniu odpowiedzialności DPS za własność mieszanek.**

106. **Krajowy Mechanizm rekomenduje odstąpienie od konsekwencji za nieoznaczanie ubrań prywatnych i udzielanie pomocy mieszkankom, które mają trudności z samodzielnym oznaczeniem należących do nich przedmiotów.**

L. Personel

107. Według informacji przekazanej wizytującym przez Dyrektorkę Domu, placówka boryka się z niedoborem osób świadczących pracę, mimo spełniania wymogów rozporządzenia w sprawie DPS dotyczących wskaźnika zatrudnienia.

⁵¹ Zob. https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12351.

Problemem są zarówno długotrwałe absencje, m.in. zdrowotne (podczas wizytacji KMPT dotyczyło to 4 osób), jak i liczba personelu możliwa do zatrudnienia według przekazanych środków. Braki etatowe utrudniają sprawne funkcjonowanie Domu i narażają mieszkanki na niebezpieczeństwo m.in. wskutek niewystarczającej obsady nocnej (2 osoby na cały Dom: opiekunka i opiekun medyczny/pielęgniarka).

108. W czasie wizytacji Krajowego Mechanizmu w toku były zmiany systemu pracy w celu wzmocnienia nocnej obsady. W tym kontekście warto zaznaczyć, że budynek ma 4 kondygnacje, bardzo skomplikowaną topografię, piętra między sobą i pomiędzy administracją placówki są nieskomunikowane telefonicznie (poza jedną grupą telefon stacjonarny jest w administracji, która nie działa nocą). W ocenie KMPT na każdym piętrze nocą dyżur powinna pełnić przynajmniej 1 osoba. Dodatkowo część mieszanek to osoby leżące lub mające problemy z samodzielnym poruszaniem się czy cierpiące na zaburzenia przestrzeni, więc dla ich ewentualnego wyprowadzenia z budynku potrzebne jest zaangażowanie 2 osób.

109. Dla sprawnego funkcjonowania grup mieszanek brakuje 2 opiekunek i 4 terapeutów (aktualnie są 3 opiekunki na grupę i 3 terapeuci na cały Dom).

110. Również administracja w ocenie KMPT powinna być wzmocniona o osobę zastępującą Dyrektorkę DPS i osobę prowadzącą sekretariat, aby zapewnić sprawną organizację pracy np. podczas absencji chorobowych czy urlopowych.

111. Zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie DPS warunkiem efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających jest zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż 2 pracowników socjalnych na 100 mieszanek. W DPS przebywało w analizowanym okresie 80 mieszanek, przy zatrudnieniu 1 pracownika socjalnego. W ocenie KMPT konieczne jest zwiększenie obsady etatowej na stanowisku pracownika socjalnego, ze względu na mnogość potrzeb socjalnych mieszanek.

112. KMPT zaleca wdrożenie systemu pracy gwarantującego odpowiednią opiekę dzienną i nocną dla wszystkich grup mieszanek i dostępną niezależnie od ich miejsca zakwaterowania na terenie placówki oraz zatrudnienie drugiego pracownika socjalnego.

113. Wśród odbytych i zaplanowanych szkoleń dla pracowników, w ocenie KMPT, poza zalecanym wcześniej szkoleniem z Protokołu Stambulskiego, brakuje szkoleń ze stosowania przymusu bezpośredniego (z ćwiczeniami praktycznymi). Nadto, biorąc pod uwagę obecność w placówce osoby z niedosłuchem, w ocenie KMPT warto rozważyć również szkolenia dla szerszego grona pracowników z komunikacji z osobami głuchymi, np. wdrożyć ogólnodostępne dla pracowników lekcje języka PJM.

114. Pracownicy, z którymi przedstawicielki KMPT odbyły rozmowy, wskazywali na konieczność zapewnienia im szkoleń z komunikacji alternatywnej i współpracy z osobami z dysfunkcjami, z jakimi mają styczność w codziennej praktyce.

115. **Delegacja KMPT, doceniając rozwój zawodowy personelu Domu, rekomenduje jednocześnie zapewnienie systematycznych szkoleń z zakresu: pracy z mieszkankami w konkretnej sytuacji zdrowotnej, dostosowanych do zdiagnozowanych potrzeb, Protokołu stambulskiego, języka migowego PJM, komunikacji alternatywnej, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, stosowania środków przymusu, rozpoznawania symptomów przemocy wśród podopiecznych, radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, zapobiegania torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.**

116. Atmosfera wśród pracowników DPS – według oceny delegacji KMPT, jak i w relacji pracowników i dyrekcji – jest napięta, co wyczuwają także mieszkanki Domu. Być może napięcia mogłyby ulec redukcji dzięki zapewnieniu superwizji lub/i mediacji zewnętrznej. Superwizja jest istotna z punktu widzenia rozładowania napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienia sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu. Natomiast mediacja jest alternatywnym, obiektywnym narzędziem rozwiązywania konfliktów w sposób konstruktywny, mającym na celu znalezienie rozwiązania korzystnego dla wszystkich stron.

117. Zgodnie z międzynarodowymi zaleceniami, z uwagi na trudny charakter pracy, personel terapeutyczny, ale też pozostałe osoby pracujące w domu pomocy społecznej, powinny otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu zachowania wysokich standardów opieki⁵².

118. **KMPT zaleca zorganizowanie personelowi superwizji lub/i mediacji, prowadzonych przez zewnętrznego eksperta.**

M. Kontakt ze światem zewnętrznym

a) Wyjścia poza teren DPS

119. Samodzielne wyjścia co do zasady są możliwe dla wszystkich pensjonariuszek (m.in. podczas wizytacji kilka mieszkanek wyszło poza teren DPS, by uprawiać nordic walking), a brama wyjściowa nie jest zamknięta. Jednakże z ustaleń wizytujących wynika również, że istnieją nieformalne, indywidualne zakazy wyjść, dotyczące głównie osób niesamodzielnych czy trudnych w kontakcie.

⁵² Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

120. Niewątpliwie w DPS przebywają osoby, które nie mogą samodzielnie wychodzić poza placówkę, ale to zagadnienie jest ściśle uregulowane prawnie. Ustawa o pomocy społecznej zezwala na ograniczenie swobody poruszania się, jednakże wprowadza konkretne warunki, jakie muszą zostać spełnione, aby ograniczenie takie było zgodne z prawem. Po pierwsze, spełniona musi zostać przesłanka poważnego zagrożenia życia lub zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi w wypadku opuszczenia przez nią placówki bez opieki. Po drugie, ograniczenie może nastąpić z inicjatywy osoby kierującej placówką, jednak wyłącznie na podstawie pisemnego zaświadczenia lekarza wskazującego zasadność takiego ograniczenia (wydanego na czas określony, nie dłuższy niż sześć miesięcy). Po trzecie, w decyzji doręczonej osobie, której ona dotyczy, znajdować się musi pouczenie o prawie do złożenia wniosku o jej uchylenie do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka⁵³.

123. Krajowy Mechanizm zaleca ograniczanie samodzielnych wyjść pensjonariuszy jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego, a także uzupełnienie dokumentacji mieszkanek, które mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie, o których mowa w przepisach.

b) Kontakty telefoniczne

124. W wizytowanej placówce mieszkanki podzielone są na 7 grup, spośród których tylko jedna dysponuje telefonem stacjonarnym, w związku z czym dostępność do telefonu oraz czas rozmów są mocno ograniczone. Trudno jest się też do danej mieszkanki dodzwonić. Kilka osób korzysta z prywatnych telefonów komórkowych, ale w samym budynku jest problem z zasięgiem (szerzej opisany został w punkcie dotyczącym warunków bytowych).

125. Krajowy Mechanizm zaleca podłączenie dodatkowych linii telefonicznych do pozostałych grup mieszkanek lub znalezienie innego rozwiązania gwarantującego mieszkankom swobodny kontakt telefoniczny ze światem zewnętrznym niezależnie od grupy, w której są zakwaterowane.

c) Tajemnica korespondencji

126. W dokumentacji DPS wizytujące znalazły prywatną korespondencję, adresowaną do jednej z mieszkanek, o intymnym charakterze.

127. Tajemnica komunikowania się podlega ochronie konstytucyjnej (art. 49 Konstytucji RP). Z art. 23 kodeksu cywilnego⁵⁴ jednoznacznie wynika, że tajemnica

⁵³ Zob. art. 68 ust. 2a-2d u.p.s.

⁵⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 1071.

korrespondencji należy do kategorii dóbr osobistych, czyli wartości najistotniejszych dla człowieka, chronionych przez prawo cywilne. Korrespondencja chroniona jest także przez prawo międzynarodowe, w tym Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 r.⁵⁵, stanowiącą w art. 8 ust. 1, że: „Każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji”. Osoby postronne, tj. nie będące ani nadawcą, ani odbiorcą komunikatu, co do zasady nie mają prawa dostępu do informacji zawartych w korespondencji. Jakakolwiek ingerencja w ten proces, w szczególności narzucanie bądź zakazywanie komunikowania się (w tym nieprzekazywanie i zatrzymywanie cudzej korespondencji) lub pozyskanie informacji bez zgody stron, stanowi naruszenie dobra osobistego im przysługującego. Naruszenie tajemnicy korespondencji jest też przestępstwem regulowanym przez art. 267 kodeksu karnego⁵⁶, zagrożonym karą grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do 2 lat.

128. W ocenie KMPT, jeśli nawet mieszkanka sama poprosi o pomoc w odczytaniu jej korespondencji, to po udzieleniu jej pomocy dany list powinien zostać jej zwrócony; ewentualnie, za jej prośbą, może być przekazany do depozytu.

129. **Krajowy Mechanizm zaleca poszanowanie tajemnicy korespondencji mieszanek oraz nieprzechowywanie jej w dokumentacji placówki.**

N. Indywidualne Programy Wsparcia (IPW)

130. Dom funkcjonuje w sposób zapewniający właściwy zakres usług, zgodny ze standardami określonymi dla danego typu domu, w oparciu o indywidualne potrzeby mieszanek. Analiza Krajowego Mechanizmu wskazuje jednak na potrzebę zwiększonego wsparcia mieszkanki z niedosłuchem.

131. Analiza materiałów odnoszących się do osoby przedstawionej delegacji jako niesłyszcząca ujawnia, że diagnoza jej potrzeb pomija całkowicie zagadnienia związane z komunikowaniem się jej z otoczeniem i związanym z tym planem działania.

132. Z wyjaśnień personelu wynika, że jest on przekonany, iż mieszkanka nie słyszy, mimo implantu słuchowego. Tymczasem z jej dokumentacji wynika, że nie posługuje się językiem polskim, tj. nie rozumie mowy werbalnej. W efekcie jej funkcjonowanie w placówce jest trudne w zakresie komunikacji z innymi osobami, w tym z personelem. Mieszkanka może czuć się w tej sytuacji osamotniona, co może pogłębić jej problemy psychiczne. Może mieć też problemy z korzystaniem z oferty Domu (zajęć terapeutycznych, rozmów z psychologiem itd.).

133. Zaznaczyć należy, że problem ten może dotyczyć w przyszłości również innych osób, więc DPS powinien być na takie sytuacje przygotowany. Komunikacja

⁵⁵ Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284.

⁵⁶ Dz. U. z 2025 r. poz. 383.

z osobami ze szczególnymi potrzebami jest tematem szerokim, dotyczącym większego grona osób niż te z dysfunkcjami słuchu czy wzroku – może dotyczyć też np. osób neuroróżnorodnych.

134. KMPT zaleca rewizję IPW mieszkanki z niedosłuchem, wyposażonej w implant słuchowy, pod kątem możliwości zachęcenia jej do nauki posługiwania się językiem polskim/werbalnym oraz przeanalizowanie możliwości zorganizowania jej kontaktu ze światem zewnętrznym, np. przez porozumienie pracownika DPS z najbliższym oddziałem Polskiego Związku Głuchych, celem m.in. zidentyfikowania osoby/grupy, z którą mieszkanka mogłaby się spotykać.

O. Warunki bytowe

a) Umieszczenie DPS w budynku o charakterze historycznym

135. Ulokowanie DPS w budynku pałacowym z ok. 1860 r., wpisanym do rejestru zabytków, z założenia generuje liczne problemy, jak opór konserwatora zabytków przed modernizacjami dostosowującymi placówkę do stanu zdrowia pensjonariuszek, w tym osób z niepełnosprawnościami (w czasie wizytacji aktualny był w tym kontekście problem z zamontowaniem barierek wspomagających osoby wchodzące po schodach przy wejściu głównym). Dostosowania są w znacznej mierze po prostu niemożliwe ze względu na rozkład pomieszczeń, istotne różnice poziomów w korytarzach i inne nieprzystające do aktualnych norm budowlanych cechy budynku.

136. Wiek budynku generuje potrzebę nieustannych modernizacji, w tym kosztownych remontów, stąd niektóre urządzenia i pomieszczenia są wyłączone z użytkowania. Dotyczy to m.in. nieczynnej studni, zepsutej windy, a także przestronnej oranżerii położonej przy sali jadalnej i mogącej służyć jako miła przestrzeń do spędzania wspólnie np. dni świątecznych. Środki przeznaczone muszą być także na renowację elementów budynków, które nie są związane z funkcjami, które pełni DPS (w czasie wizytacji zgłoszono delegacji jako przykład konieczność kosztownego remontu zabytkowej iglicy).

137. Z informacji Dyrektorki Domu wynika też, że Straż Pożarna ma poważne zastrzeżenia co do możliwości przeprowadzenia sprawnej akcji w budynku, głównie co do możliwości szybkiego dotarcia do wszystkich osób i wyprowadzenia ich na zewnątrz.

138. Zdjęcia ilustrujące trudną dla zapewnienia dostępności topografię budynku (jak przykładowy korytarz ze znaczną różnicą poziomów oraz oznaczeniami stopni i barierkami niezapewniającymi bezpieczeństwa osobom z niepełnosprawnościami) oraz obrazujące skalę koniecznych remontów (oranżeria z zawalającym się dachem) znajdują się poniżej (zdjęcia 6 i 7).



137. Wizytujące przedstawicielki KMPT stwierdziły też, że DPS ulokowany jest w miejscu poza zasięgiem sieci komórkowych, a telefony stacjonarne, poza administracją i jedną z grup, znajdują się daleko od pokoi mieszkanek. Poszukiwania kogokolwiek w razie braku możliwości kontaktu telefonicznego z pracownikami znajdującymi się w różnych skrzydłach czy na różnych piętrach Domu są co najmniej utrudnione.

138. Budynek pałacowy, w którym funkcjonuje DPS, położony jest w małej miejscowości, z dala od miejsc, do których mieszkanki – z asystą personelu lub bez – powinny mieć stały dostęp, np. do przychodni NFZ i gabinetów lekarskich, placówek oświatowych czy instytucji i obiektów, które służą organizowaniu i promowaniu działalności kulturalnej i sportowej. Wykluczenie komunikacyjne, tudzież konieczność wożenia mieszkanek do wymienionych obiektów, angażuje nadmiarowo personel Domu. Stanowi to istotny problem w utrzymaniu odpowiednich standardów opieki świadczonej przez placówkę.

139. KMPT zaleca zakupienie krótkofalówek/radiotelefonów dla pracowników, by mogli się komunikować mimo przebywania w odległych od siebie częściach placówki.

140. Krajowy Mechanizm zaleca pilne ustalenie we współpracy ze Strażą Pożarną planu działania na wypadek pożaru/klęsk żywiołowych i innych wypadków zagrażających wszystkim mieszkankom oraz personelowi placówki.

141. KMPT zwraca się do Starosty Powiatowego w Żarach z prośbą o odniesienie się do opisanych ryzyk i trudności związanych z ulokowaniem DPS w zabytkowym budynku pałacowym oraz o wskazanie, czy rozważano jego przeniesienie do innej lokalizacji, spełniającej standardy dostępności.

b) Różnice wyposażenia pokoi i łazienek mieszkanek

142. Warunki bytowe panujące w placówce delegacja KMPT oceniła co do zasady pozytywnie, w zakresie zależnym od personelu DPS. Przestrzenie wspólne oraz pokoje mieszkanek były czyste, dobrze wywietrzone i panował w nich domowy charakter, jednakże standardy części łazienek i pokoi różniły się od siebie.

143. Większość pokoi mieszkanek oraz wspólnych pomieszczeń służących do dziennego pobytu, zajęć terapeutycznych, spożywania posiłków czy spotkań była przytulne i odpowiednio urządzona. Dotyczyło to głównie pomieszczeń na górnych kondygnacjach DPS, użytkowanych przez pensjonariuszki o mniejszych deficytach intelektualnych i nieobciążonych fizycznymi dysfunkcjami, ewentualnie o obniżonej sprawności, która jednak nie stanowiła przeszkody w samodzielnym poruszaniu się.



Zdjęcia nr 8 i 9: Różnice w wyposażeniu pokoi mieszkanek.

147. W kolejnych przypadkach, na niższych piętrach – gdzie mieszkały osoby, które według relacji kadry DPS np. brudzą kałem ściany i łazienki – pomieszczenia mieszkalne i meble były w gorszym stanie, ze śladami dewastacji. Panował w nich standard minimum i miały one surowy wygląd. Złe wrażenie pogłębiały ślady zawilgoceń, w tym zacieki spowodowane nieszczelnością dachu, tudzież wymagający renowacji drewniany parkiet w pokojach i korytarzach.

148. Zdjęcia obrazujące różnice w przestronności, czystości i wyposażeniu łazienek użytkowanych przez mieszkanki znajdują się poniżej (zdjęcia 10 i 11).



149. **Krajowy Mechanizm zaleca dobór wyposażenia w pokojach mieszkanek o ograniczonej samokontroli, który łączyłby bezpieczeństwo użytkowania i jednocześnie sprawiałby przyjemne, domowe wrażenie, konstruktywnie działające na samopoczucie osób je użytkujących.**

150. **KMPT rekomenduje dokonanie przeglądu pokoi i łazienek w celu odświeżenia tych pomieszczeń, które tego wymagają, i zapewnienia mieszkankom odpowiednich warunków pobytu.**

c) Niedostępność sygnalizacji przyzywowo-alarmowej

151. Delegacja KMPT stwierdziła ograniczony dostęp osób korzystających z części pomieszczeń do instalacji przyzywowo-alarmowej, w tym całkowity brak instalacji w pomieszczeniach magła/pralni/suszarni, gdzie pracują m.in. mieszkanki. Narusza to bezpieczeństwo ich samych oraz pracujących tam pracowników DPS.

152. Wyposażenie budynku w system przyzywowo-alarmowy stanowi jeden z warunków, które muszą być spełnione przez DPS⁵⁷. Nie ulega wątpliwości, że system przyzywowo-alarmowy powinien zostać zainstalowany w taki sposób, aby umożliwiał każdej mieszkance dostęp do włącznika takiego systemu (przycisków przywoławczych). Liczba włączników systemu powinna odpowiadać liczbie łóżek i umożliwiać swobodny dostęp do włącznika z każdego łóżka. Instalacja przywoławcza powinna być zawsze sprawna i łatwo dostępna w każdym pomieszczeniu użytkowanym przez mieszkanki.

153. Tymczasem w wizytowanej placówce większość urządzeń przyzywowo-alarmowych zamontowano wysoko (1,5-1,7 m od podłogi), a kable służące włączeniu alarmu (pomocne np., gdy ktoś upadnie i nie może wstać), zwinięto wokół tych urządzeń tak, by mieszkanki nie mogły z nich korzystać. W łazienkach co do zasady zamontowany był jeden alarm, a więc osoba, która korzystałaby np. z wyodrębnionego w sanitariacie WC i potrzebowała pomocy, musiałaby dotrzeć do wspólnej dla całego pomieszczenia instalacji przyzywowej.

154. Wyjątkiem była dostępność tej sygnalizacji przy łóżkach niektórych osób leżących, gdzie zamontowano dodatkowo włączniki (podobne do włączników światła) w pobliżu wezglowia, często wspólne dla 2 łóżek, ale taka instalacja nie była standardem.

⁵⁷ Zob. § 6 ust. 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia w sprawie DPS.



Zdjęcie 12: wysoko położona sygnalizacja alarmowa w izolatce chorych ze zwiniętym kablem od przycisku przyzywowego.

155. Dyrektorka DPS wyjaśniła, że zwinięcie kabli z przyciskami przyzywowymi do alarmów jest celowym działaniem, by pensjonariuszki nie nadużywały tej formy wzywania pomocy w sytuacjach tego niewymagających. Krajowy Mechanizm zauważa, że praktyka ta jest skrajnie niebezpieczna i nieprawidłowa, gdyż eliminuje z założenia możliwość wezwania pomocy przez każdą mieszkankę Domu.

156. **KMPT zaleca montaż instalacji alarmowo-przyzywowej w taki sposób, by przyciski przyzywowe były dostępne dla każdej mieszkanki, w tym osób, które upadną w łazience lub nie mogą wstać z łóżek.**

d) Inne bariery dostępności DPS dla osób z niepełnosprawnościami

157. W ocenie delegacji KMPT, poza naprawą windy nr 2, należy zwrócić uwagę m.in. na wytarte i w związku z tym niewidoczne dla osób z dysfunkcją wzroku znaczniki przed biegiem schodów, brak poręczy w części ciągów komunikacyjnych i urządzeń sanitarnych. Obniżenia wymagają zbyt wysoko położone lustra nad umywalkami, niedostępne dla osób korzystających z wózków. Upowszechnić należy baterie z długimi drążkami, umożliwiającymi uruchomienie osobom z dysfunkcjami rąk.

158. Zgodnie z wymogami Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r.⁵⁸, osoby te powinny

⁵⁸ Dz. U. poz. 1169 ze zm.

mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność infrastrukturalną umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

159. W ocenie Krajowego Mechanizmu, placówka powinna zadbać zatem o pełną realizację wymogu art. 68 ust. 4 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej w zakresie braku barier architektonicznych i zrealizować szczegółowe wymagania odnoszące się do budynków zamieszkania zbiorowego w zakresie dostosowań dla osób z niepełnosprawnościami, opisanych w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakie powinny spełniać budynki i ich usytuowanie⁵⁹.

160. W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto pamiętać także o zasadach poprawiających jakość dostosowania, które zostały opracowane przez przedstawicieli Fundacji Polska bez Barier i Fundacji Integracja, zgodnie z zasadami planowania dostępności, i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT⁶⁰:

- szerokość drzwi umożliwiające wjazd wózkiem – min. 90 cm;
- wysokość włączników światła i przycisków sygnalizacji przyzywowej – 90–120 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), nadto 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 8% (przy wysokości poniżej 50 cm), oraz uwzględniać spoczniki po przekroczeniu długości 9 m;
- 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

⁵⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 1225.

⁶⁰ Zob. Raport tematyczny KMPT pt. „Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną” z 2019 r., s. 52-78, dostępny: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnosciafizycznaisensoryczna-raport-z>.

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 (by 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 mieszkańek poruszających się na wózkach inwalidzkich, a przestrzeń manewrowa jest ważna we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają te osoby;

- klamki okienne w pokojach mieszkańek 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.

161. Krajowy Mechanizm zaleca redukcję barier architektonicznych oraz wymianę wyposażenia placówki w kierunku zapewniającym możliwie szeroką dostępność dla osób z niepełnosprawnościami.

VII. Inne kwestie

162. Dyrektorka DPS zgłosiła wizytatorce KMPT problem obowiązkowych badań psychiatrycznych mieszkańek Domu przeprowadzanych co najmniej raz na 6 miesięcy, który wynika z art. 38 ust. 1 i 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i dotyczy mieszkańek „z chorobami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym”.

163. Celem okresowego badania stanu zdrowia psychicznego jest sprawdzenie, czy pobyt w domu pomocy społecznej jest nadal uzasadniony.

164. Krajowy Mechanizm stoi na stanowisku, że przepis ten pozwala na cykliczną weryfikację potrzeby pobytu danej osoby w domu pomocy społecznej, co ma fundamentalne znaczenie głównie w kontekście pozbawienia wolności osób przyjętych na podstawie decyzji opiekuna prawnego i wbrew swojej woli.

165. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że niepełnosprawność intelektualna nie może się cofnąć, ponieważ jest to stan nieodwracalny, spowodowany trwałym uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu. Celem terapii jest stymulacja rozwoju i poprawa jakości życia, a nie „wyleczenie”. Odpowiednie wsparcie może pomóc w nauce, komunikacji i wykonywaniu codziennych czynności, co zwiększa samodzielność i kompetencje społeczne. Osiągnięcie stanu, w którym osoba może samodzielnie

funkcjonować poza DPS, w przypadku znacznej niepełnosprawności intelektualnej jest niemożliwe. Jednak ocena w tym zakresie winna być dokonywana nie tylko przez psychiatrę (co do zasady diagnozującego i leczącego zaburzenia psychiczne, które mogą towarzyszyć niepełnosprawności intelektualnej, np. zaburzenia lękowe czy depresyjne), ale i innych specjalistów, jak np. mogącego ocenić postępy w rozwoju społecznego funkcjonowania psychologa czy mającego kompetencje w zakresie dobrostanu fizycznego rehabilitanta, logopedę itd. Takiej zespołowej analizy nie przewidują obowiązujące przepisy.

166. Pojawiają się też kwestie organizacyjne i finansowe, szczególnie że w placówkach tego typu co wizytowana z założenia badaniem takim powinny być objęte praktycznie wszystkie mieszkanki. Z informacji przedstawionych przez Dyrektorkę Domu wynika, że budżet placówki nie jest wystarczający na ten cel, ponieważ badania wykonują odpłatnie wyłącznie psychiatrzy prowadzący prywatną praktykę. W lokalnym środowisku trudno jest znaleźć specjalistów skłonnych wykonywać to zadanie. Wizytowany DPS współpracuje w tym zakresie z jednym psychiatrą, który z racji podeszłego wieku może wkrótce zakończyć praktykę zawodową.

167. **KMPT zwraca się do Starosty Powiatu Żarskiego z pytaniem, czy zgłaszane były mu problemy placówki w opisywanym obszarze i jakie czynności podjęto w obliczu ich występowania.**

VIII. Zalecenia

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

a) Dyrektorce Domu Pomocy Społecznej w Miłowicach:

1. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pensjonariuszkami wymagającymi stosowania niestandardowych form zabezpieczeń, stosowanie ich wyłącznie za zgodą lekarza oraz wyłącznie przy użyciu produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
2. odstąpienie od praktyki zamykania mieszkanki na noc w dziecięcym łóżku szpitalnym;
3. wyeliminowanie stosowania wobec mieszanek Domu kar i przypadków grożenia nimi;
4. niestosowanie zalecenia nagłej kąpieli;
5. zatrudnianie mieszanek w DPS odpłatnie, wyłącznie ze wskazań terapeutyczno-rehabilitacyjnych i jeśli ich stan zdrowia na to pozwala;

6. odstąpienie od angażowania mieszkanki w prace na rzecz innych pensjonariuszek, ingerujące w ich intymność (np. kąpiel czy zmiana pieluchomajtek);
7. stosowanie środków przymusu zgodnie z zasadami określonymi w przepisach;
8. rzetelne prowadzenie rejestru zastosowania przymusu bezpośredniego i innej dokumentacji z nim związanej;
9. każdorazowe sporządzanie notatek służbowych oraz formularzy zgłoszenia zdarzeń, które mogą zostać uznane za nadzwyczajne, a także umieszczanie ich w rejestrze zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych;
10. co najmniej kwartalne raportowanie organowi administracji samorządowej o zdarzeniach nadzwyczajnych;
11. uzupełnienie wewnętrznych aktów normatywnych o kwestie związane z identyfikowaniem i raportowaniem informacji o zdarzeniach nadzwyczajnych oraz udzielaniem pomocy ich uczestnikom;
12. dokumentowanie wszystkich obrażeń mieszkanki za pomocą wyczerpujących opisów, zdjęć i map ciała do zobrazowania ich umiejscowienia oraz włączanie tych materiałów do dokumentacji medycznej;
13. wyeliminowanie praktyki przechowywania dokumentacji medycznej mieszkanki w aktach osobowych;
14. dostosowanie treści oświadczeń do możliwości zrozumienia ich przez osoby, które je podpisują, i zadbanie o równoczesny podpis opiekuna prawnego mieszkanki (jeśli został on wyznaczony) pod tym samym dokumentem;
15. odstąpienie od odbierania podpisów czy tuszowych odcisków palców od osób, które nie są świadome, co podpisują; w miejsce tych ostatnich powinien wypowiedzieć się opiekun prawny, jeśli wykonanie danej czynności wymagającej złożenia oświadczenia jest bezwzględnie konieczne i służy interesom mieszkanki;
16. uzupełnienie tablic informacyjnych o dane teleadresowe Wydziału Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim i organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony praw człowieka (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka), a także inne informacje przewidziane w obowiązujących przepisach;
17. odnotowywanie w zeszycie skarg i wniosków uwag oraz postulatów mieszkanki, zarówno tych przekazanych w formie pisemnej, jak i ustnej;
18. opracowanie materiałów informacyjnych, które pozwolą mieszkankom na zrozumienie ich praw, w tym prawa do skargi i sposobów jego realizacji, dostosowanych do ich możliwości poznawczych (np. w postaci plakatów lub broszur z wykorzystaniem ilustracji);

19. zamontowanie w ogólnodostępnym, niemonitorowanym miejscu skrzynki na skargi i wnioski, z której mieszkanki i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności; obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyznaczona osoba; skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze;
20. wyeliminowanie z użytku formularzy zawierających zapisy o wyłączeniu odpowiedzialności DPS za własność mieszkańek;
21. odstąpienie od konsekwencji za nieoznaczanie ubrań prywatnych i udzielanie pomocy mieszkankom, które mają trudności z samodzielnym oznaczeniem należących do nich przedmiotów;
22. wdrożenie systemu pracy gwarantującego odpowiednią opiekę dzienną i nocną dla wszystkich grup mieszkańek i dostępną niezależnie od ich miejsca zakwaterowania na terenie placówki oraz zatrudnienie drugiego pracownika socjalnego;
23. zapewnienie systematycznych szkoleń z zakresu: pracy z mieszkankami w konkretnej sytuacji zdrowotnej, dostosowanych do zdiagnozowanych potrzeb, języka migowego PJM, komunikacji alternatywnej, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, stosowania środków przymusu, Protokołu stambulskiego, rozpoznawania symptomów przemocy wśród podopiecznych, radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, zapobiegania torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;
24. zorganizowanie personelowi superwizji lub/i mediacji, prowadzonych przez zewnętrznego eksperta;
25. ograniczanie samodzielnych wyjść pensjonariuszy jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego, a także uzupełnienie dokumentacji mieszkańek, które mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie, o których mowa w przepisach;
26. podłączenie dodatkowych linii telefonicznych do pozostałych grup mieszkańek lub znalezienie innego rozwiązania gwarantującego mieszkankom swobodny kontakt telefoniczny ze światem zewnętrznym niezależnie od grupy, w której są zakwaterowane;
27. poszanowanie tajemnicy korespondencji mieszkańek oraz nieprzechowywanie jej w dokumentacji placówki;
28. rewizję IPW mieszkanki z niedosłuchem, wyposażonej w implant słuchowy, pod kątem możliwości zachęcenia jej do nauki posługiwania się językiem polskim/werbalnym oraz przeanalizowanie możliwości zorganizowania jej

kontakty ze światem zewnętrznym, np. przez porozumienie pracownika DPS z najbliższym oddziałem Polskiego Związku Głuchych, celem m.in.

zidentyfikowania osoby/grupy, z którą mieszkanka mogłaby się spotykać;

29. zakupienie krótkofalówek/radiotelefonów dla pracowników, by mogli się komunikować mimo przebywania w odległych od siebie częściach placówki;
30. pilne ustalenie we współpracy ze Strażą Pożarną planu działania na wypadek pożaru/klęsk żywiołowych i innych wypadków zagrażających wszystkim mieszkankom oraz personelowi placówki;
31. dobór takiego wyposażenia w pokojach mieszkanek o ograniczonej samokontroli, który cechowałoby bezpieczeństwo użytkowania i który jednocześnie sprawiałby przyjemne, domowe wrażenie;
32. dokonanie przeglądu pokoi i łazienek w celu odświeżenia tych pomieszczeń, które tego wymagają, i zapewnienia mieszkankom odpowiednich warunków pobytu;
33. montaż instalacji alarmowo-przyzywowej w taki sposób, by przyciski przyzywowe były dostępne dla każdej mieszkanki, w tym osób, które upadną w łazience lub nie mogą wstać z łóżek;
34. redukcję barier architektonicznych oraz wymianę wyposażenia placówki w kierunku zapewniającym możliwie szeroką dostępność dla osób z niepełnosprawnościami.

IX. Informacje dodatkowe

Krajowy Mechanizm zwraca się o udzielenie dodatkowych informacji do:

- Dyrektora DPS (w zakresie opisanym w pkt 32);
- Starosty Powiatowego w Żarach (w zakresie opisanym w pkt 141 i 161);
- Wojewody Lubelskiego (w zakresie opisanym w pkt 34).

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się ponadto do Prezesa Sądu Rejonowego w Żarach z prośbą o rozpowszechnienie wśród sędziów argumentacji przedstawionej w pkt 27–30 niniejszego raportu.

Opracowała: Dorota Krzysztoń

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/