



Warszawa, 09-12-2025 r.

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

KMPT.575.3.2025.AG

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

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

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

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

⁸ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2023 r., Część II – 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 17–18 czerwca 2025 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Domu Pomocy Społecznej w Rzadkowie przy ul. Szybowników 50 (dalej jako: DPS, dom pomocy, dom, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodził: Rafał Kulas (dyrektor Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, prawnik), Sylwia Kozarzewska (specjalista w dziedzinie profilaktyki społecznej i resocjalizacji) oraz Anna Grabowska (socjolożka).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z Justyną Łoś – dyrektorem DPS, dokonali oglądu pomieszczeń placówki i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z mieszkańcami i personelem oraz zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją.

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

III. Charakterystyka placówki

13. DPS jest przeznaczony dla 66 dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną. W dniach wizytacji w placówce przebywało 65 mieszkańców (obojga płci), w tej liczbie były 44 osoby pełnoletnie; 37 mieszkańców było ubezwłasnowolnionych.

14. Organem prowadzącym placówkę jest Powiat Pilski, reprezentowany przez Starostę Pilskiego. Nadzór nad jej funkcjonowaniem sprawują Starosta Pilski, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pile, Wojewoda Wielkopolski oraz Sąd Rejonowy w Chodzieży.

IV. Problemy systemowe

A. Pełnienie funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych przez pracowników

15. Część pracowników pełni równocześnie funkcję opiekunów prawnych mieszkańców. Tego rodzaju praktyka od lat budzi wątpliwości KMPT¹³.

16. Rozwiązanie to może być korzystne dla mieszkańców, którzy mają dzięki niemu stały kontakt ze swoim opiekunem prawnym. 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. W sytuacji gdy pracownik domu pomocy społecznej jest jednocześnie opiekunem prawnym ubezwłasnowolnionego mieszkańca, zachodzi ryzyko konfliktu interesów. Pracownikom placówek może być trudno zachować obiektywizm podczas pełnienia funkcji opiekunów, szczególnie że może się to wiązać z działaniami wobec pracodawcy. Nałożenie dodatkowych obowiązków może także prowadzić do braku motywacji i obniżonej rzetelności w wykonywaniu dotychczasowych obowiązków.

17. Na problem zwraca uwagę również Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), który rekomenduje, aby w takich sytuacjach władze kraju dążyły do znalezienia alternatywnych rozwiązań, które mogłyby lepiej zagwarantować niezależność i bezstronność opiekunów¹⁴.

B. Niestandardowe formy zabezpieczeń

18. W czasie oglądu placówki zwrócono uwagę, że przy wejściach do niektórych pokoi oprócz drzwi były zamontowane dodatkowe barierki w formie płotka, zamykane od strony korytarza, które mogły uniemożliwiać opuszczenie pomieszczenia. Krajowy Mechanizm zwraca uwagę, że taka bariera fizyczna stwarza ryzyko pozbawienia wolności.

¹³ Zob. Raport tematyczny KMPT pt. „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, Warszawa 2017, s. 75-78, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/raport-kmpt-prawa-mieszkancow-domow-pomocy-spoecznej>.

¹⁴ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT/Inf (2020) 41, p. 32. Zob. również raporty CPT z wizyt w: Polsce w 2009 r. [CPT/Inf (2011) 20], p. 167; Bułgarii w 2020 r. [CPT/Inf (2020) 39], p. 81; w Ukrainie w 2019 r. [CPT/Inf (2020) 1], p. 44 oraz na Łotwie w 2016 r., [CPT/Inf (2017) 16], p. 157.

19. **Z uwagi na fakt, że barierki ograniczają mieszkańcom możliwość wyjścia z pokoi, stwarzając również ryzyko nadużyć, KMPT zwraca się do dyrektora DPS o analizę problemu i wskazanie, czy możliwy jest demontaż barier, a także jakie rozwiązania są w opinii placówki możliwe do zastosowania w celu zapewnienia mieszkańcom właściwej opieki przy jednoczesnym poszanowaniu ich praw i wolności.**

20. Podczas wizytacji przedstawiciele KMPT ustalili, że pracownicy, aby zapobiec przypadkom autoagresji mieszkańców (uderzanie głową o ścianę, gryzienie lub drapanie się), każą im zakładać rękawice bokserskie, bawełniane rękawiczki albo kaski. Dodatkowo wózki ortopedyczne w placówce są wyposażone w pasy uniemożliwiające wypadnięcie. W DPS nie istnieje procedura regulująca stosowanie tych środków, ich użycie nie jest odnotowywane również w raportach pielęgniarstwa.

21. Opisana sytuacja może obrazować istnienie systemowego problemu stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki.

22. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.¹⁵, w którym Rzecznik zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym. Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)¹⁶.

23. W opinii KMPT zastosowanie wobec podopiecznego placówki specjalnych zabezpieczeń może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno jemu samemu, jak i osobom trzecim. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko nadużyć związane z taką formą zabezpieczania mieszkańców, **KMPT zaleca:**
1) Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia. W procedurze takiej należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkańcem, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, tj. lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla

¹⁵ Zob. wystąpienie generalne RPO z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-mz-dps-niestandardowe-formy-opieki-ustawa-odpowiedz>.

¹⁶ Zob. Raporty CPT z wizyt: we Francji, CPT/Inf (2017) 7, p. 174; w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, p. 80; w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, p. 160.

mieszkańca oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujednolicić praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie warto też przypomnieć, że wszelkie zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z poszanowaniem godności człowieka i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.

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

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

C. Opieka psychologiczna

24. Placówka zatrudnia psychologa w wymiarze 1/4 etatu. Specjalista nie ma stałych godzin pracy, w których byłby dostępny dla osób przebywających w domu pomocy, pracuje zadaniowo: pojawia się na prośbę personelu, gdy potrzebna jest rozmowa z którymś z mieszkańców, a także jest obecny w czasie ich przyjmowania do DPS. W ocenie dyrektor DPS potrzebne jest zwiększenie wymiaru pracy psychologa, brakuje jednak środków finansowych na ten cel.

25. Zgodnie z obowiązującymi przepisami DPS ma obowiązek jedynie zapewnienia mieszkańcom kontaktu z psychologiem, nie zaś – zatrudniania psychologa¹⁷. Problem ten ma wymiar systemowy i był już wskazywany przez Krajowy Mechanizm zarówno w raportach rocznych¹⁸, jak i w raporcie tematycznym poświęconym domom pomocy społecznej¹⁹.

¹⁷ Zob. § 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 51).

¹⁸ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2023 r., s. 105, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-raport-dzialalnosc-kmpt-2023>.

¹⁹ Zob. Raport tematyczny KMPT pt. „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, Warszawa 2017, s. 78-82.

26. **KMPT rekomenduje zwiększenie wymiaru opieki psychologicznej zapewnionej mieszkańcom.**

D. Monitoring

27. W placówce funkcjonuje monitoring wizyjny obejmujący teren na zewnątrz budynku oraz izolatkę medyczną.

28. W opinii KMPT instalowanie kamer w placówkach opiekuńczo-leczniczych w celu zapewnienia bezpieczeństwa może stanowić ingerencję w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie budynku. Dla legalności stosowania tego typu nadzoru istotne jest, aby spełniał on przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. Jednakże obecnie żadne przepisy nie regulują tej kwestii, co w ocenie Krajowego Mechanizmu stanowi problem systemowy²⁰.

29. W tej sprawie Rzecznik Praw Obywatelskich wystosował w 2016 r. wystąpienie generalne do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w którym wskazywał, że ustawodawca nie zawarł w ustawie o pomocy społecznej przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu²¹. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.²² Sprawa nadal pozostaje w obrębie zainteresowania RPO.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Kontakt ze światem zewnętrznym

30. Delegacja KMPT ustaliła, że poza nielicznymi wyjątkami mieszkańcy nie mogą samodzielnie opuszczać terenu domu pomocy. Co do zasady wychodzą poza posesję placówki grupowo i w towarzystwie opiekuna. Jednocześnie nie stosuje się w tej mierze trybu określonego w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy

²⁰ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2023 r., s. 103.

²¹ 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-zasad-stosowania-monitoringu-w-dps>.

²² 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>.

społecznej²³. Krajowy Mechanizm przypomina, że zgodnie z art. 55 ust. 2b-2i tej ustawy w przypadku, gdy brak opieki zagraża życiu lub zdrowiu mieszkańca, który cierpi na zaburzenia psychiczne, osoba kierująca DPS 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 mieszkańca. O ograniczeniu musi też zostać poinformowany właściwy sąd opiekuńczy, który może tę decyzję uchylić. Tymczasem wobec żadnego z mieszkańców nie wydano opinii i decyzji uprawniających ograniczanie ich samodzielnego wychodzenia poza teren domu pomocy społecznej.

31. KMPT niejednokrotnie zwracał uwagę na problem nieformalnego ograniczania prawa do kontaktu ze światem zewnętrznym przez placówki opiekuńcze²⁴.

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

33. Z ustaleń KMPT wynika także, że pracownicy odbierają mieszkańcom na pewien czas (np. w godzinach nocnych) telefony komórkowe, ponieważ zdarzały się sytuacje, że dzwonili oni dla żartu na numer alarmowy, aby wezwać policję lub straż pożarną. Poza tym w DPS ma funkcjonować nieformalna praktyka odbierania telefonów lub sprzętu elektronicznego osobom zachowującym się agresywnie.

34. W ocenie KMPT odbieranie mieszkańcom telefonów i sprzętu elektronicznego nie rozwiązuje podłoża problemów, tworząc jednocześnie obszary ryzyka sprzyjające naruszaniu praw mieszkańców i ułatwiające ich niewłaściwe traktowanie. Praktyka odbierania telefonów i sprzętu elektronicznego stanowi bowiem ingerencję w prawo własności i nie ma oparcia w przepisach prawnych. Natomiast dostęp do telefonu, możliwość odbycia poufnej rozmowy i powiadomienia w ten sposób o ewentualnych przejawach złego traktowania stanowi ważną gwarancję zapobiegawczą. W ocenie KMPT należy znaleźć rozwiązanie, które pozwoli na zapobieżenie negatywnym skutkom możliwych działań podopiecznych, przy poszanowaniu praw i wolności mieszkańca, wynikających z przepisów prawnych.

35. KMPT zaleca odstąpienie od praktyki czasowego ograniczania dostępu mieszkańców do telefonów komórkowych i odbierania im sprzętu elektronicznego. Ponadto Krajowy Mechanizm zwraca się do dyrektor

²³ Dz. U. z 2024 r. poz. 1214 (dalej jako: ustawa o pomocy społecznej).

²⁴ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2023 r., s. 121.

Domu Pomocy Społecznej w Rzadkowie o analizę problemu i podjęcie działań profilaktycznych, które pomogą w rozwiązaniu problemów agresji i niewłaściwego korzystania z telefonów. KMPT prosi o informację o podjętych działaniach.

B. Profilaktyka różnych form wykorzystywania seksualnego

36. Mieszkańcy są podzieleni na około 11-osobowe grupy, w których spędzają czas wraz z opiekunami. W każdej grupie znajdują się i osoby dorosłe, i dzieci – dobór jest przeprowadzany wedle kryterium dopasowania usposobień, a nie wieku. W opinii KMPT taka praktyka stwarza ryzyko wystąpienia różnych nieprawidłowości, w tym wykorzystywania seksualnego. Dodatkowo dyrektor placówki przyznała, że dużym problemem jest pobudzenie seksualne niektórych mieszkańców, a w czasie wizytacji zebrano informacje dotyczące przypadku obnażenia się jednego z mężczyzn w obecności innego mieszkańca. Jedynym środkiem zaradczym, jaki stosuje DPS wobec wszystkich tych zagrożeń, jest każdorazowe oddzielanie sprawcy i osoby pokrzywdzonej oraz zasada izolacji dziewczynek od pozostałych mieszkańców. W opinii KMPT są to sposoby niewystarczające, biorąc pod uwagę skalę ryzyka, a dodatkowo tę drugą metodę stosuje się wybiórczo – w czasie wizytacji jeden z chłopców spędzał czas w grupie dziewcząt. Ponadto przedstawiciele KMPT odebrali sygnały, że niektórzy mieszkańcy są proszeni o pomoc w wycieraniu młodszych (nieletnich) pensjonariuszy po kąpieli. Jest to kolejny bardzo poważny obszar ryzyka wystąpienia przemocy seksualnej lub przemocy ze względu na płeć, a także poniżającego traktowania.

37. Krajowy Mechanizm zwraca uwagę na konieczność prowadzenia systematycznej edukacji dotyczącej szeroko rozumianej profilaktyki wykorzystywania seksualnego skierowanej zarówno do pracowników, jak i mieszkańców. Z informacji pozyskanych z DPS wynika, że co najmniej od początku 2024 r. nie przeprowadzono wśród personelu szkolenia z tego zakresu.

38. KMPT zaleca przeprowadzenie i systematyczne ponawianie szkolenia pracowników z zakresu przeciwdziałania przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć (sexual and gender-based violence, SGBV).

39. W odniesieniu do kwestii edukacji mieszkańców z zakresu przeciwdziałania wykorzystywaniu seksualnemu KMPT zwraca się do dyrektora DPS z pytaniem, czy organizowano dla nich odpowiednio przygotowane zajęcia poświęcone problematyce przemocy seksualnej i sposobom zgłaszania takich przypadków, a także czy placówka opracowała narzędzia komunikacji, które

ułatwiłyby mieszkańcom zrozumienie, na czym polegają nadużycia w tej dziedzinie oraz w jaki sposób mogą oni zgłaszać ewentualne obawy i sytuacje niebezpieczne.

40. KMPT zaleca również zaprzestanie angażowania mieszkańców w czynności higieniczne wobec innych osób.

C. Mechanizmy skargowe

41. Zgodnie z obowiązującą w domu pomocy procedurą, pracownicy i mieszkańcy mogą przedstawiać skargi i wnioski w formie pisemnej lub ustnej referentowi, pracownikowi socjalnemu, kierownikowi działu lub dyrektorowi. Procedura zawiera godziny urzędowania dyrektora w sprawach skargowych, opis kolejnych etapów postępowania oraz informację, do jakich organów zewnętrznych można składać skargi. W opinii KMPT dokument jest sformułowany w sposób klarowny, biorąc pod uwagę kompetencje komunikacyjne dorosłych, w pełni sprawnych odbiorców. Placówka nie wypracowała natomiast form komunikacji o mechanizmach skargowych przystosowanych do potrzeb mieszkańców będących osobami z niepełnosprawnością intelektualną.

42. Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) podkreśla, że dostęp do mechanizmów skargowych stanowi podstawową gwarancję prewencji złego traktowania. Komitet wskazuje jednocześnie, że kluczowe jest faktyczne zrozumienie zasad korzystania z przysługującego prawa do złożenia skargi. W tym celu powinny być opracowane odpowiednie materiały informacyjne (np. plakaty w przestrzeniach wspólnych, ulotki, filmy) wykorzystujące proste, przyjazne dla użytkownika i nieprawnicze formaty²⁵.

43. Krajowy Mechanizm zaleca rozważenie opracowania materiałów informacyjnych (np. plakatów lub ulotek) przedstawiających w sposób zrozumiały dla mieszkańców dostępne w placówce sposoby składania skargi lub wniosku.

44. KMPT zwraca się też o doprecyzowanie znaczenia pojęć referenta i kierownika działu wymienionych w procedurze składania skarg jako potencjalnych odbiorców tychże skarg.

45. Wszystkie skargi odnotowuje się w rejestrze, który, jak dowiedzieli się przedstawiciele KMPT, znajduje się w pokoju pracowników socjalnych – co oznacza,

²⁵ Zob. Raport roczny CPT z 2017 r., CPT/Inf (2018) 4, p. 79.

że przynajmniej część personelu może mieć dostęp do treści skarg. Krajowy Mechanizm pozytywnie ocenia prowadzenie rejestru, jednakże zwraca uwagę, że sposób przechowywania go nie zapewnia poufności osobom składającym skargi (zarówno mieszkańcom, jak i pracownikom). Stwarza to ryzyko wyciągania nieformalnych negatywnych konsekwencji wobec osób sygnalizujących nieprawidłowości.

46. CPT wskazuje, że rejestr skarg powinien mieć charakter poufny. Powinien on także służyć jako narzędzie zarządzania – dzięki prowadzeniu takiego rejestru może się na przykład okazać, że skargi odnoszą się do tych samych pracowników lub że niektóre kategorie osób pozbawionych wolności szczególnie rzadko decydują się na złożenie oficjalnej skargi²⁶.

47. **Krajowy Mechanizm rekomenduje przechowywanie rejestru skarg w taki sposób, by miał do niego dostęp dyrektor, ewentualnie wyznaczony pracownik odpowiedzialny za rejestrację i dokonywanie wpisów w rejestrze (nie zaś wszyscy pracownicy i osoby postronne).**

48. CPT rekomenduje także zapewnienie bezpośredniego, poufnego i anonimowego dostępu do organów rozpatrujących skargi. Sposobem na to może być zainstalowanie w odpowiednich miejscach zamkniętych skrzynek na skargi, do których dostęp mają skarżący (mieszkańcy, pracownicy, osoby odwiedzające), a które, dla zapewnienia poufności, mogą otwierać wyłącznie osoby specjalnie do tego wyznaczone. Pracownicy, którzy mają pod swoją opieką osoby pozbawione wolności, nie powinni mieć możliwości filtrowania skarg²⁷.

49. **Krajowy Mechanizm rekomenduje zamontowanie w ogólnodostępnym miejscu skrzynki na skargi i wnioski, z której mieszkańcy i inne osoby będą mogli korzystać z zachowaniem anonimowości. 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 skarg.**

D. Ochrona zdrowia

50. Z informacji pozyskanych w czasie wizytacji wynika, że pielęgniarka jest dostępna w placówce w godzinach 7–15 (od poniedziałku do piątku) oraz 8–20 (w soboty i niedziele). Ponadto od poniedziałku do piątku w godzinach 16–20 jest

²⁶ Tamże, p. 90.

²⁷ Tamże, p. 84.

dostępna pielęgniarka w ramach opieki długoterminowej. Oznacza to, że przez cały tydzień po godzinie 20 oraz w dni powszednie między godziną 15 a 16 mieszkańcy nie mają zapewnionej opieki pielęgniarskiej.

51. Krajowy Mechanizm zwraca uwagę, że ze względu na bezpieczeństwo mieszkańców opieka pielęgniarska powinna być zapewniona przez całą dobę²⁸.

52. Na potrzebę zapewnienia obecności co najmniej jednej pielęgniarki w porze nocnej wskazuje CPT, podkreślając, że leczenie stanowi ważną część ogólnej opieki. Zdaniem Komitetu co najmniej jedna pielęgniarka powinna być obecna zawsze, również w nocy²⁹.

53. **KMPT rekomenduje zapewnienie w placówce całodobowej opieki medycznej świadczonej przez pielęgniarkę lub ratownika medycznego.**

54. Z ustaleń Krajowego Mechanizmu wynika duże przeciążenie pracą pielęgniarki zatrudnionej na etacie, między innymi przez czynności administracyjne takie jak wystawianie faktur, zamawianie leków i umawianie wizyt lekarskich. Tego typu zadania z powodzeniem może realizować sekretarka medyczna, dzięki czemu osoba zatrudniona na stanowisku pielęgniarki mogłaby skoncentrować się na pracy medycznej i działaniach profilaktycznych.

55. **KMPT rekomenduje zatrudnienie sekretarki medycznej.**

56. W czasie przyjęcia nowego mieszkańca pielęgniarka przeprowadza wywiad mający na celu ocenę stanu zdrowia, ogląda też ciało pacjenta. Zmiany skórne i obrażenia są odnotowywane w zeszytach pielęgniarskich, jednak opis jest bardzo ogólny („rana na plecach”, „rana bardzo duża”). Nie stosuje się formularza z mapami ciała i nie wykonuje zdjęć.

57. **Krajowy Mechanizm zaleca dokumentowanie odleżyn i obrażeń mieszkańców za pomocą zdjęć i map ciała³⁰ do zobrazowania ich umiejscowienia, a także włączanie zdjęć i map do dokumentacji medycznej.**

58. Z dokumentacji udostępnionej w placówce wynikało, że w 2023 r. znaczna część pracowników wzięła udział w szkoleniu „Protokół stambulski i jego odniesienie do pracy personelu DPS”, jednak żadna z osób zatrudnionych zapytana o przekazane

²⁸ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2023 r., s. 119.

²⁹ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments. Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, p. 19.

³⁰ Przykładowe mapy ciała zawiera Protokół stambulski: Podręcznik skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (wydanie z 2022 r.), s. 197 i nast. Polska wersja językowa dostępna jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedzkolejna>.

wówczas treści nie była w stanie nic sobie przypomnieć. Protokół nie był znany personelowi medycznemu.

59. W ocenie Krajowego Mechanizmu znajomość Protokołu stambulskiego i umiejętność jego praktycznego stosowania ma kluczowe znaczenie dla skutecznej prewencji różnych form złego traktowania osób przebywających w placówkach opiekuńczych. Stosowanie Protokołu rekomenduje również SPT³¹.

60. **KMPT zaleca przeszkolenie pracowników z zakresu Protokołu stambulskiego i stosowanie zawartych w nim wytycznych.**

61. W ocenie dyrektor i personelu dostęp osób przebywających w placówce do opieki psychiatrycznej jest niewystarczający. Specjalista planowo przyjeżdża do domu pomocy raz na pół roku, a niektórzy mieszkańcy potrzebują konsultacji znacznie częściej. Doraźnym rozwiązaniem są wizyty prywatne, za które czasem płacą sami pensjonariusze. Częstsza regularna obecność lekarza pozwoliłaby na poprawienie jakości opieki i mogłaby mieć dobry wpływ na samopoczucie mieszkańców oraz profilaktykę problemów zdrowia psychicznego, a w razie potrzeby – przełożyć się na szybsze podejmowanie decyzji o przeniesieniu niektórych z nich (np. wykazujących szczególnie agresywne zachowania) do placówki oferującej odpowiednie wsparcie psychiatryczne.

62. **KMPT zaleca zapewnienie częstszych systematycznych konsultacji psychiatrycznych finansowanych w całości przez dom pomocy społecznej.**

63. W dokumentacji mieszkańców gromadzono zgody blankietowe, czyli ogólne oświadczenia opiekuna prawnego o wyrażeniu przez niego zgody na badania medyczne, leczenie szpitalne, zabiegi operacyjne lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, które może okazać się niezbędne podczas pobytu danej osoby w DPS. Sytuacja taka jest niezgodna z uregulowaniami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry³², zgodnie z którymi lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby. Zgoda może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym.

³¹ Zob. Raporty SPT z wizyt: w Peru, CAT/OP/PER/1, p. 20; w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, p. 46-48; w Brazylii, CAT/OP/BRA/1, p. 38-39.

³² Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.).

64. **KMPT zaleca każdorazowe odbieranie od pacjenta lub jego przedstawiciela zgody na podjęcie czynności medycznych.**

E. Personel

65. Od początku 2024 r. do dnia wizytacji personel DPS odbył szkolenia z zakresu pierwszej pomocy, sposobów pracy z pobudzonym mieszkańcem oraz zmian w zakresie ważności orzeczeń o niepełnosprawności.

66. **KMPT rekomenduje zapewnienie pracownikom systematycznych szkoleń z zakresu: pracy z osobami w spektrum autyzmu, kontaktu z trudnym mieszkańcem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, rozpoznawania symptomów przemocy wśród podopiecznych, deeskalacji konfliktu, radzenia sobie ze stresem i z wypaleniem zawodowym oraz międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka, zapobiegania torturom i innym formom niewłaściwego traktowania, jak również szkoleń, o których mowa we wcześniejszej części raportu (Protokół stambulski i przeciwdziałanie SGBV).**

67. Pracownicy placówki nie są objęci superwizją, a jednocześnie – jak wynika z przeprowadzonych rozmów – ich obciążenie psychiczne liczbą i charakterem obowiązków jest bardzo duże. W opinii KMPT systematyczna superwizja może być sposobem na rozładowanie napięć powstałych w związku z wykonywanymi zadaniami, omówienie trudnych sytuacji i wypracowanie metod zaradczych. W dłuższej perspektywie może również zapobiegać wypaleniu zawodowemu.

68. Zgodnie ze standardami międzynarodowymi, z uwagi na trudny charakter pracy, personel terapeutyczny w domu pomocy powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo, aby móc zapewnić odpowiednią jakość opieki³³.

69. **KMPT zaleca rozważenie zorganizowania personelowi regularnych superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta.**

F. Warunki materialne

70. Warunki materialne w placówce delegacja KMPT oceniła co do zasady jako dobre.

³³ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT/Inf (2020) 41, p. 17. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, p. 149.

71. W oknie jednego z pokoi nie było rolety ani zasłonki umożliwiającej ochronę przed słońcem. Natomiast w dwóch łazienkach brakowało desek sedesowych przy sanitariatach.

72. **KMPT zaleca zamontowanie brakujących elementów wyposażenia w pokojach i łazienkach.**

73. W czasie oglądu domu pomocy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu stwierdzili, że niektórzy mieszkańcy nie spuszczały wody po skorzystaniu z toalety. W trakcie wizytacji w toaletach stwierdzono zanieczyszczenia.

74. **KMPT rekomenduje zapewnienie czystości w toaletach.**

VI. Zalecenia

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

a) Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Rzadkowie:

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia;
2. Stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza;
3. Wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
4. Zwiększenie wymiaru opieki psychologicznej zapewnionej mieszkańcom;
5. Ograniczanie samodzielnych wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego;
6. Odstąpienie od praktyki czasowego ograniczania dostępu mieszkańców do telefonów komórkowych i odbierania im sprzętu elektronicznego;
7. Przeprowadzenie i systematyczne ponawianie szkolenia pracowników z zakresu przeciwdziałania przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć;
8. Zaprzestanie angażowania mieszkańców w czynności higieniczne wobec innych osób;
9. Rozważenie opracowania materiałów informacyjnych (np. plakatów lub ulotek) przedstawiających w sposób zrozumiały dla mieszkańców dostępne w placówce sposoby składania skargi lub wniosku;
10. Przechowywanie rejestru skarg w taki sposób, aby miał do niego dostęp dyrektor, ewentualnie wyznaczony pracownik odpowiedzialny za rejestrację

- i dokonywanie wpisów w rejestrze (nie zaś wszyscy pracownicy i osoby postronne);
11. Zamontowanie w ogólnodostępnym miejscu skrzynki na skargi i wnioski, z której mieszkańcy i inne osoby będą mogli korzystać z zachowaniem anonimowości. 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;
 12. Zapewnienie w placówce całodobowej opieki medycznej świadczonej przez pielęgniarkę lub ratownika medycznego;
 13. Zatrudnienie sekretarki medycznej;
 14. Dokumentowanie odleżyn i obrażeń mieszkańców za pomocą zdjęć i map ciała do zobrazowania ich umiejscowienia, a także włączanie zdjęć i map do dokumentacji medycznej;
 15. Przeszkolenie pracowników z zakresu Protokołu stambulskiego i wdrożenie zawartych w nim wytycznych;
 16. Zapewnienie mieszkańcom częstszych systematycznych konsultacji psychiatrycznych finansowanych w całości przez dom pomocy społecznej;
 17. Każdorazowe odbieranie od pacjenta lub jego przedstawiciela zgody na podjęcie czynności medycznych;
 18. Zapewnienie pracownikom systematycznych szkoleń z zakresu: pracy z osobami w spektrum autyzmu, kontaktu z trudnym mieszkańcem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, rozpoznawania symptomów przemocy wśród podopiecznych, deeskalacji konfliktu, radzenia sobie ze stresem i z wypaleniem zawodowym oraz międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka, zapobiegania torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;
 19. Rozważenie zorganizowania personelowi regularnych superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta;
 20. Zamontowanie brakujących elementów wyposażenia w pokojach i łazienkach;
 21. Zapewnienie czystości w toaletach.

Ponadto, na podstawie art. 20 OPCAT, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Rzadkowie o udzielenie informacji, o których mowa w pkt 19, 35, 39 i 44 raportu.

b) Staroście Pilskiemu:

Udzielenie Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Rzadkowie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji zaleceń wymagających nakładów finansowych.

Opracowała: Anna Grabowska

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/