



Warszawa, 29-12-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.573.15.2025.KS

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Placówki Całodobowej Opieki „Mazurski Dom Seniora” w Żurejnach**

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), <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 jakiejkolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁵.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁶. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁷. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁸.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁹. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności oraz przedstawienie zaleceń mających na celu ich wyeliminowanie.

6. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ¹⁰.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji¹¹.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie Krajowemu Mechanizmowi informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiejkolwiek sankcji lub uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

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

⁸ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., Część II – 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 22–23 września 2025 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację Placówki Całodobowej Opieki „Mazurski Dom Seniora”, znajdującej się pod adresem Żurejny 9, obok wsi Stare Jabłonki w powiecie ostródzkim (dalej jako: PCO, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Aleksandra Osińska (psycholożka), Renata Kłyż-Urbańska (prawnik, kryminalistyk) oraz Karolina Sobocińska (prawnik).

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły wstępną rozmowę z panią Iwoną Lasotą – kierownikiem PCO oraz z panią Joanną Zielską – zatrudnioną na stanowisku opiekuna w placówce. Dokonały także oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki i terenu zewnętrznego, przeprowadziły poufne rozmowy z mieszkańcami i personelem, zapoznały się z prowadzoną na miejscu dokumentacją i wybranymi nagraniami monitoringu. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi kierującej placówką w czasie rozmowy podsumowującej.

12. Pierwszego dnia wizytacji przedstawicielki KMPT nie napotkały trudności w realizacji czynności wizytacyjnych. **Jednakże drugiego dnia wizytacji doszło do utrudnień w realizacji mandatu KMPT.** Kierownik placówki, na polecenie właścicielki PCO pani Kamili Kamińskiej (nieobecnej podczas wizytacji), odmówiła przedstawicielkom KMPT dostępu do nagrań monitoringu, kwestionując uprawnienia KMPT w tym zakresie. Przedstawicielki delegacji nie miały również możliwości wglądu w niektóre elementy dokumentacji placówki (aktualne zezwolenie na prowadzenie placówki, koncepcję prowadzenia placówki, protokół kontroli placówki przez Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki w Olsztynie oraz dokumenty potwierdzające wykształcenie kierunkowe do pełnionych funkcji). Właścicielka PCO podczas rozmowy telefonicznej z przedstawicielkami KMPT chciała także wpłynąć na kształt raportu powizytacyjnego, żądając, aby dołączone zostały do niego sporządzone na jej prośbę przez kierownik placówki oświadczenia.

13. Po wyjaśnieniach delegacji KMPT odnośnie do podstawy prawnej oraz metodologii pracy Krajowego Mechanizmu, a także interwencji kierownik placówki, nagrania z monitoringu zostały udostępnione, jednakże brakujące dokumenty nie zostały okazane ani przesłane po zakończeniu wizytacji.

14. Zakres mandatu oraz metodologia pracy KMPT od lat pozostają niezmiennie i obejmują wizytacje w miejscach pozbawienia wolności, pozwalające na zbadanie sytuacji na miejscu, oraz pogłębioną analizę zebranej podczas wizytacji dokumentacji, zdjęć, nagrań monitoringu i informacji przesłanych przez wizytowane placówki już po zakończeniu czynności w miejscu wizytacji.

15. Uprawnienia KMPT zostały przedstawione w części I niniejszego raportu. Wynikają one bezpośrednio z OPCAT, opierają się także na ustawie o Rzeczniku Praw Obywatelskich i, co do zasady, KMPT nie napotyka trudności w realizacji swoich czynności.

16. Krajowy Mechanizm jest organem niezależnym. Niedopuszczalna jest ingerencja w metodologię jego pracy oraz publikowane przezeń raporty.

17. KMPT przypomina również, że OPCAT przyznaje krajowym mechanizmom swobodę wyboru miejsc, które delegacja zechce odwiedzić, oraz osób, z którymi zechce odbyć poufne rozmowy, a także niezakłóconego dostępu do wszystkich miejsc i informacji, które umożliwią KMPT wypełnianie ich mandatu. **W opisaney sytuacji doszło do naruszenia uprawnień KMPT przyznanych na mocy OPCAT.**

18. 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

19. Placówka działa na podstawie decyzji Wojewody Warmińsko-Mazurskiego¹³ zezwalającej na prowadzenie działalności gospodarczej na czas nieokreślony w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku. Placówka wpisana jest do rejestru pod pozycją 37¹⁴.

20. Podczas wizytacji placówka przeznaczona była dla 58 osób z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorych lub w podeszłym wieku (kobiet i mężczyzn). W dniu wizytacji w PCO przebywało 43 mieszkańców, w tym jedna mieszkanka w ramach opieki wytchnieniowej.

21. Nadzór nad placówką sprawuje Wojewoda Warmińsko-Mazurski.

IV. Problemy systemowe

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

22. Umowa na pobyt mieszkańca zawierana jest pomiędzy osobą umieszczaną w PCO, jej opiekunem faktycznym a kierownictwem placówki.

¹³ Decyzja PS-V.9423.1.1.2023 z dnia 23 marca 2023 r.

¹⁴ Zob. Rejestr placówek całodobowej opieki dostępny na stronie: <https://www.gov.pl/web/uw-warminsko-mazurski/rejstry-prowadzone-w-wydziale-polityki-spoecznej>.

W przypadku niektórych umów delegacja KMPT zauważyła jednak braki podpisów mieszkańców w umowie głównej oraz pod oświadczeniami, a także podpisy opiekunów faktycznych w miejscach przeznaczonych na podpis mieszkańca. Krajowy Mechanizm odnotował też przykłady oświadczeń podpisanych wyłącznie przez opiekuna faktycznego mieszkańca.

23. Brak podpisu mieszkańca opisanego jako strona umowy czyni ją nieważną. Może sugerować brak jego woli do zawarcia umowy i do pobytu w placówce. Z kolei brak podpisów przy oświadczeniach może sugerować brak zgody mieszkańca na inne kwestie związane z pobytem.

24. Zgodnie z przepisami opiekunowie faktyczni nie są w żaden sposób legitymowani do podejmowania decyzji w przedmiocie umieszczenia osób wymagających wsparcia w placówce. Rzecznik postuluje uregulowanie tego problemu na poziomie ustawowym¹⁵.

25. **Dla celów dowodowych KMPT rekomenduje odbieranie od pensjonariuszy pisemnych pełnomocnictw na rzecz opiekunów faktycznych, upoważniających do zawarcia umowy z placówką bądź wyrażania zgody w imieniu mieszkańców.**

26. **KMPT zdaje sobie również sprawę, że pomimo zdolności mieszkańca do podjęcia świadomej zgody jego stan fizyczny może uniemożliwić złożenie własnoręcznego podpisu. Należy wówczas stosować praktykę składania oświadczeń woli w formie pisemnej przez uczynienie tuszowego odcisku palca, obok którego osoba upoważniona wpisze jej imię, nazwisko oraz złoży swój podpis¹⁶.**

B. Monitoring wizyjny

27. Na terenie placówki zainstalowany jest monitoring wizyjny. Kamery monitoringu obejmowały swoim zasięgiem teren na zewnątrz budynku, części wspólne wewnątrz budynku oraz gabinet zabiegowy.

28. Kwestia stosowania monitoringu w PCO pozostaje w zainteresowaniu KMPT. Z jednej strony rozwiązanie to służy poprawie bezpieczeństwa w placówce i samych pensjonariuszy. Warto jednak podkreślić, że monitoring może stanowić

¹⁵ Zob. wystąpienie RPO z dnia 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022; Raport RPO z działalności KMPT w 2023 r., s. 148.

¹⁶ Zgodnie z art. 79 Kodeksu cywilnego: „Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać”.

formę ingerencji w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku. Dla legalności tego rodzaju kontroli istotne jest, żeby ograniczenie to spełniało przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. Obecnie jednak żadne przepisy dotyczące funkcjonowania PCO nie regulują tej kwestii.

29. RPO od dłuższego czasu sygnalizuje problem braku regulacji w zakresie stosowania monitoringu w placówkach całodobowej opieki¹⁷.

C. Stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń mieszkańców

30. W placówce stosowane są niestandardowe formy zabezpieczenia mieszkańców. Wizytujące zaobserwowały, że niektóre osoby mają zakładane specjalne stroje, tzw. pajace. Z uzyskanych informacji wynika również, że niektórzy mieszkańcy poruszający się na wózkach są stabilizowani i zabezpieczani przed upadkiem za pomocą szalików bądź koców. Nie odnotowano w dokumentacji zaleceń lekarskich stosowania opisanych form zabezpieczeń. Placówka nie posiadała również formalnych, pisemnych wytycznych w tym zakresie.

31. Nieatestowane przedmioty, które mają utrudnić lub uniemożliwić mieszkańcom np. zsunięcie się z łóżka lub wózka, formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale ingerują w wolność jednostki, a tym samym mogą zwiększać ryzyko nadużyć w stosunku do mieszkańców. Stosowanie tego rodzaju zabezpieczeń powinno być uregulowane na poziomie ustawowym i zawierać gwarancje o charakterze proceduralnym i materialnym¹⁸.

32. Na powyższą kwestię zwracał uwagę także Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)¹⁹.

33. **W przypadku konieczności zastosowania niestandardowych form zabezpieczeń KMPT zaleca:**

- a. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia;**
- b. stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza;**
- c. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.**

¹⁷ Zob. wystąpienie generalne RPO z 30 stycznia 2018 r. (KMP.575.7.2016), zob. także wystąpienie generalne RPO z 11 kwietnia 2016 r. (III.7065.3.2016).

¹⁸ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2022 r., s. 112 oraz w 2023 r., s. 149; zob. także: wystąpienie generalne RPO z 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

¹⁹ Zob. Raporty CPT z wizyt: we Francji, CPT/Inf (2017) 7, par. 174; w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, par. 80; w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, par. 160.

D. Współpraca PCO z psychologiem

34. Placówka nie zatrudnia psychologa. Obowiązujące przepisy nie zobowiązują osób prowadzących placówki całodobowej opieki do zatrudniania psychologa. Jednakże w ocenie KMPT wsparcie psychologiczne w placówkach całodobowej opieki jest niezbędne, szczególnie w początkowym okresie pobytu – podczas zmiany otoczenia i rozstania z bliskimi – kiedy to u mieszkańca z dużym prawdopodobieństwem może wystąpić poczucie zagubienia, stany depresyjne i lękowe, zamykanie się w sobie oraz niechęć do nawiązywania kontaktów. Regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób przebywających w PCO ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania.

35. **KMPT zaleca nawiązanie współpracy z psychologiem, w wymiarze adekwatnym do liczby osób przebywających w placówce.**

V. Obszary wymagające poprawy

E. Legalność pobytu

36. Przedstawicielki KMPT otrzymały informacje, że w placówce przebywają osoby ubezwłasnowolnione. Analiza dokumentacji wykazała jednak, że postanowienia o ubezwłasnowolnieniu oraz udzieleniu zezwolenia na umieszczenie mieszkańców w PCO nie są przechowywane w placówce. Z wyjaśnień kierownictwa placówki wynika, że informacje o ubezwłasnowolnieniu zbierane są ustnie od opiekunów mieszkańców podczas ich przyjmowania do placówki.

37. KMPT przypomina, że zgodnie z ustawą o pomocy społecznej²⁰, podmiot prowadzący placówkę jest zobowiązany prowadzić szczegółową dokumentację osób przebywających w placówce, w tym imię i nazwisko opiekuna prawnego lub kuratora osoby przebywającej w placówce, jeżeli został ustanowiony, oraz postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na umieszczenie w placówce²¹.

38. **KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie o wymagane prawnie dokumenty.**

F. Prawo do ochrony zdrowia i dokumentowanie obrażeń

39. Z informacji otrzymanych od kierownictwa placówki wynika, że w placówce zatrudnionych jest 3 opiekunów medycznych. Placówka współpracuje również z pielęgniarką, która przyjeżdża do PCO w razie potrzeby. Lekarz z kolei ma być obecny w placówce raz w tygodniu. Niektórzy z mieszkańców mają również swoich

²⁰ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214), dalej jako: ustawa o pomocy społecznej, u.o.p.s.

²¹ Zob. art. 68a u.o.p.s.

własnych lekarzy, do których na konsultację zawożą ich członkowie rodzin. Według deklaracji kierownik placówki, zdecydowana większość mieszkańców przyjmuje również leki przepisane przez psychiatrę.

40. CPT podkreśla, że leczenie medyczne i psychiatryczne stanowi ważną część ogólnej opieki, oraz zwraca uwagę na rolę opieki profilaktycznej w każdym środowisku instytucjonalnym. W tym celu lekarz ogólny i psychiatra powinni być regularnie obecni, zgodnie z potrzebami mieszkańców i wielkością placówki, a co najmniej jedna pielęgniarka powinna być obecna zawsze, również w nocy²². Ponadto każdy nowo przyjęty mieszkaniec powinien przejść badanie lekarskie przy przyjęciu, a jego stan somatyczny powinien być regularnie monitorowany²³.

41. **KMPT rekomenduje zwiększenie obsady medycznej w placówce w celu zapewnienia, że przez całą dobę obecna jest minimum jedna pielęgniarka lub ratownik medyczny.**

42. **KMPT rekomenduje również nawiązanie współpracy z psychiatrą i zapewnienie mieszkańcom regularnych wizyt lekarza psychiatry, tak by mieszkańcy mieli z nim osobisty kontakt.**

43. Z informacji uzyskanych podczas wizytacji wynikało, że mieszkańcy nie są profilaktycznie badani przez lekarza bądź pielęgniarkę przy przyjęciu do placówki. W placówce nie wykonuje się zdjęć obrażeń ani nie stosuje się formularzy do oznaczania miejsc występowania obrażeń (tzw. map ciała).

44. KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie przeprowadzone w warunkach poufności, jak najszybciej po przyjęciu do placówki, a także właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania są minimalną gwarancją chroniącą przed złym traktowaniem i przemocą w miejscach pozbawienia wolności. Nadto z punktu widzenia personelu placówki praktyka ta chroni przed ewentualnymi fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce.

45. **KMPT rekomenduje zapewnienie profilaktycznych badań lekarskich wszystkim nowo przyjmowanym mieszkańcom.**

46. **KMPT rekomenduje również dokumentowanie obrażeń zgodnie ze standardami Protokołu stambulskiego²⁴, za pomocą specjalnych formularzy,**

²² Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, par. 19.

²³ Tamże, par. 20; zob. też: raport CPT z wizyty w Bułgarii, CPT/Inf (2020), par. 145.

²⁴ Profesjonalnym, skutecznym i uznanym międzynarodowo narzędziem służącym do identyfikacji osób pokrzywdzonych przemocą (w tym torturami), jest Protokół stambulski (Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania). Podręcznik w języku polskim dostępny jest na stronie:

<https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczeniems-odpowiedz-kolejna>.) Zawiera on zarówno wskazówki pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba

tzw. map ciała, które wraz ze zdjęciami urazów (wykonywanymi za zgodą mieszkańca) powinny być włączone do dokumentacji medycznej.

47. KMPT zaleca również przeprowadzenie dla wszystkich pracowników szkolenia z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego.

48. Wizytujące ustaliły również, że pomimo ustawowego obowiązku²⁵, w placówce nie była przechowywana dokumentacja medyczna niektórych mieszkańców. W przypadku innych była ona nieaktualna bądź niepełna²⁶. Zdarzały się również przypadki mieszkańców, których dokumentacja indywidualna była włączona do ich dokumentacji medycznej.

49. KMPT rekomenduje przechowywanie pełnej dokumentacji medycznej w placówce, w przeznaczonych do tego celu osobnych folderach, w sposób gwarantujący jej zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych (np. w specjalnie zabezpieczonych szafach).

50. KMPT rekomenduje również przegląd dokumentacji medycznej mieszkańców i uzupełnienie jej o wymagane prawnie dokumenty oraz aktualne informacje (np. dotyczące dawkowania leków).

51. Podczas wizytacji w placówce przebywała mieszkanka karmiona pozajelitowo. Z informacji od kierownik placówki wynika, że czynności związane z jej karmieniem wykonują opiekunowie, którzy zostali do nich poinstruowani przez syna mieszkanki, który ma wykształcenie medyczne.

52. KMPT rekomenduje zapewnienie, aby czynności związane z karmieniem pozajelitowym mieszkanki wykonywał wyłącznie przeszkolony w tym zakresie personel medyczny.

53. Zgodnie z informacjami uzyskanymi od kierownictwa placówki, leki, w tym leki psychiatryczne, rozkładane są i podawane mieszkańcom przez zatrudnionych w placówce opiekunów.

54. KMPT rekomenduje zapewnienie, by leki były rozkładane i podawane mieszkańcom przez personel medyczny.

55. Wizytujące otrzymały również informację, że w placówce stosowana jest praktyka rozkruszania leków w sytuacji, gdy mieszkaniec ma problem z ich

doświadczyła złego traktowania lub tortur, jak i wytyczne co do dokumentowania takich przypadków, w tym przykładowe mapy ciała (Załącznik III Protokołu).

²⁵ Art. 68a u.o.p.s.

²⁶ Zgodnie z informacją otrzymaną od kierownictwa placówki, część dokumentacji medycznej mieszkańców miała znajdować się u odwiedzającego placówkę lekarza. W udostępnionej podczas wizytacji dokumentacji medycznej znajdowały się natomiast dokumenty sprzed pobytu mieszkańców w placówce oraz pozostałe, nie pochodzące od lekarza. Brakowało również aktualnych informacji o dawkowaniu leków niektórych mieszkańców.

połknięciem. Ponadto, jeżeli pacjent nie chce przyjąć leków, zdarza się, że są one podawane podstępem, przez umieszczanie w jedzeniu.

56. KMPT zwraca uwagę, że rozkruszanie leków może mieć miejsce jedynie przy wyraźnym zaleceniu lekarza w indywidualnych przypadkach²⁷. Analiza dokumentacji medycznej mieszkańców wykazała, że takie zalecenia nie były przechowywane w teczkach mieszkańców w placówce.

57. Ponadto podawanie medykamentów w ukrytej formie jest niezgodne z prawem mieszkańca do informacji na temat przyjmowanych leków. Systematyczne podawanie leków ukrytych w jedzeniu może prowadzić również do mylnego przekonania pensjonariusza o swoim stanie zdrowia, a w konsekwencji do odmowy przyjmowania leków podanych w sposób świadomy²⁸.

58. **KMPT zaleca zapewnienie, aby leki rozkruszane były jedynie po uprzednim uzyskaniu zalecenia lekarskiego, które będzie włączane do dokumentacji medycznej mieszkańca, oraz wyeliminowanie praktyki podawania medykamentów podstępem.**

G. Kontakt ze światem zewnętrznym

59. Budynek, w którym zakwaterowani są mieszkańcy, otoczony jest terenem zewnętrznym, a dom i teren zewnętrzny otoczone są z kolei ogrodzeniem. Wejście do placówki możliwe jest poprzez bramę wjazdową i bramkę. Podczas wizytacji Krajowego Mechanizmu bramka zabezpieczona była łańcuchem z kłódką. Z obserwacji przedstawicielek delegacji KMPT oraz relacji kierownik placówki wynika, że mieszkańcy nie mogą wychodzić poza teren placówki samodzielnie. Ewentualne spacerują mają odbywać się wyłącznie w asyście opiekunów bądź bliskich mieszkańców.

60. Z analizy przedstawicielek KMPT wynikało również, że wobec żadnego z mieszkańców nie zastosowano formalnego ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania placówki.

61. Ustawa o pomocy społecznej zezwala na ograniczenie mieszkańcom możliwości opuszczania placówek całodobowej opieki, 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

²⁷ Szczegółowa argumentacja w tym zakresie była wielokrotnie przedstawiana przez KMPT, zob. np. Raport RPO z działalności KMPT w 2022 r., s. 118 oraz w 2023 r., s. 157; zob. też: Raport RPO z działalności KMPT „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, s. 109-111.

²⁸ Zob. Raport RPO z działalności KMPT „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, s. 82-83.

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 placówka²⁹.

62. 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 mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej.

63. W placówce nie był także prowadzony rejestr wyjść mieszkańców poza teren placówki. Ewentualne wyjścia mieszkańców poza placówkę odnotowywane były za pomocą oświadczeń podpisywanych przez osoby bliskie, zawierające adnotacje o dniu powrotu mieszkańca do placówki, dołączane później do ich dokumentacji indywidualnej.

64. Pomimo braku prawnego obowiązku posiadania takiego rejestru w placówkach całodobowej opieki, w ocenie KMPT rejestr wyjść pełnił ważną funkcję w systemie prewencji złego traktowania. Pozwala na udokumentowanie m.in., kiedy i pod czyją opieką mieszkaniiec opuścił placówkę oraz kiedy do niej powrócił, co pozwala np. na prześledzenie, czy ewentualne obrażenia po powrocie z miejsc, gdzie mogło dojść do przemocy, zostały niezwłocznie udokumentowane.

65. Dlatego też Krajowy Mechanizm zaleca założenie rejestru wyjść mieszkańców poza teren placówki.

H. Aktywizacja mieszkańców

66. W czasie wizytacji placówka współpracowała z rehabilitantką, która odwiedzała placówkę 3 razy w tygodniu. Nie zatrudniano natomiast terapeuty zajęciowego, a zorganizowany czas wspólny na świetlicy, pod nadzorem jednej z opiekunek, odbywał się w dni powszednie od 9:00 do 14:00. Mieszkańcy zajmowali się wówczas kolorowaniem, rękodziełem i słuchali muzyki. Co do zasady mieszkańcy nie mieli organizowanych wycieczek i wyjść poza placówkę. Nie uczestniczyli również w spotkaniach integracyjnych czy imprezach z osobami z zewnątrz. Na czas wizytacji żaden z mieszkańców nie miał ułożonego indywidualnego programu zajęć. Podczas wizytacji przedstawiciele KMPT odebrali również sygnały, że mieszkańcy leżący, ze względu na stan zdrowia, cały swój czas spędzają w pokoju.

²⁹ Zob. art. 68 ust. 2a–2d u.o.p.s.

67. W ocenie KMPT mieszkańcy powinni mieć zapewnioną profesjonalną terapię zajęciową, która pomogłaby w ich aktywizacji fizycznej, psychicznej, jak również intelektualnej.

68. Jak zauważa CPT, proces opieki nad mieszkańcami placówek opiekuńczych powinien obejmować terapię zajęciową, rehabilitację, jak również zajęcia o charakterze rekreacyjnym. Według Komitetu szczególną uwagę należy zwrócić na opracowanie dla każdego mieszkańca indywidualnego planu, który będzie miał na celu utrzymanie umiejętności osobistych i społecznych, w tym mobilności, a tym samym poprawę jakości życia i ich dobrostanu³⁰. Za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia.

69. **KMPT zaleca nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym terapeutą zajęciowym oraz rozplanowanie wymiaru terapii zajęciowej w taki sposób, aby odbywała się ona również w weekendy.**

70. **KMPT zaleca opracowanie indywidualnego planu programu zajęć dla każdego mieszkańca.**

71. **KMPT zaleca również regularne organizowanie pobytu na świeżym powietrzu również dla mieszkańców leżących oraz rozważanie organizowania mieszkańcom wycieczek lub spotkań integracyjnych poza placówką, o ile z opinii lekarza wynika, że stan zdrowia mieszkańca na to pozwala.**

I. Warunki bytowe

72. Mieszkańcy zakwaterowani byli w trzykondygnacyjnym budynku, w którego skład wchodziły parter, pierwsze i drugie piętro, w pokojach 2-, 3- i 4-osobowych, wyposażonych najczęściej w łóżka, szafy, telewizory, szafki przyłóżkowe oraz stoły z krzesłami bądź fotelami.

73. Co prawda, budynek (oprócz schodów) wyposażony był również w windę, jednak w celu jej uruchomienia potrzebny był klucz, który posiadała kierownik placówki, więc w praktyce mieszkańcy nie mogli swobodnie z niej korzystać.

74. Niektóre z łazienek w pokojach mieszkańców miały niewielką przestrzeń manewrową oraz wyposażone były w wysokie brodziki prysznicowe, co uniemożliwiałoby wjazd oraz swobodne poruszanie się wewnątrz łazienek osobom korzystającym z wózków ortopedycznych. Również sposób zamontowania w łazienkach umywalek i luster ograniczał osobom poruszających się na wózkach możliwość korzystania z nich.

³⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, par. 171.

75. Ponadto w 4-osobowym pokoju zakwaterowane były zarówno osoby leżące, jak i chodzące.

76. **Krajowy Mechanizm zaleca dostosowanie warunków bytowych w placówce do wymagań określonych w ustawie o pomocy społecznej przez pozbawienie ich barier architektonicznych³¹ oraz umieszczanie w pokojach 4-osobowych wyłącznie osób leżących³².**

77. Budynek nie był wyposażony w instalację przyzywową (przywoławczą).

78. Instalacja przyzywowa umożliwia szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych ze stanem zdrowia mieszkańców.

79. **KMPT zaleca zainstalowanie systemu alarmowo-przyzywowego we wszystkich pokojach oraz w łazienkach, w taki sposób, aby były łatwo dostępne mieszkańcom w sytuacjach nagłych (lub udostępnianie bezprzewodowych przycisków przywoławczych, które nie wymagają dostępu pacjenta do instalacji elektrycznej i wykorzystywane mogą być w szczególności przez osoby leżące).**

80. Warunki bytowe panujące w placówce delegacja KMPT oceniła jako poprawne. Co do zasady w pokojach mieszkańców i częściach wspólnych panowała czystość, jednak podczas wizytacji pokoi mieszkańców w niektórych pomieszczeniach przedstawicielki KMPT napotkały podniszczone meble, plamy moczu na podłodze oraz utrzymujący się w powietrzu nieprzyjemny zapach kału oraz moczu.

81. **KMPT rekomenduje bieżący przegląd oraz dbanie o czystość i stan wyposażenia w pokojach mieszkańców.**

82. W niektórych pokojach w oknach mieszkańców nie było klamek, które umożliwiałyby mieszkańcom swobodne wietrzenie swoich przestrzeni. Klamkami dysponował personel, który otwierał okna w razie konieczności albo na prośbę mieszkańca.

83. **KMPT rekomenduje wprowadzenie bezpiecznych rozwiązań technicznych, które umożliwiałyby mieszkańcom samodzielne wietrzenie pokoi.**

84. Przedstawicielki delegacji KMPT zaobserwowały również, że jeden z mieszkańców nie posiadał szczoteczki do zębów, ręcznika oraz środków czystości.

85. **KMPT rekomenduje zapewnienie wszystkim mieszkańcom środków higieny osobistej, środków czystości, przyborów toaletowych i innych**

³¹ W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto pamiętać o zasadach poprawiających jakość dostosowania, które zostały opracowane przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier i Fundacji Integracja, i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT: zob. Raport tematyczny KMPT „Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną” dostępny na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowaniawiezniow-z-niepelnosprawnoscia-fizyczna-i-sensoryczna-raport-z>.

³² Zob. art. 68 ust. 4a u.o.p.s.

przedmiotów niezbędnych do higieny osobistej, stosownie do przepisów ustawy o pomocy społecznej³³.

86. Podczas oglądu placówki przedstawicielki delegacji KMPT zauważyły, że część mieszkańców przebywała w pidżamach w ciągu dnia.

87. W ocenie KMPT, przestrzeganie i pomaganie mieszkańcom w stworzeniu oraz utrzymaniu rutyny dnia codziennego, a także dopasowanie codziennych czynności do zwyczajowego rytmu dnia pomaga mieszkańcom w odnalezieniu się w rzeczywistości placówki, wspiera ich zdrowie psychiczne oraz buduje w nich poczucie sprawczości.

88. KMPT rekomenduje zachęcanie mieszkańców do podążania za rytmem dnia oraz pomoc mieszkańcom w codziennych czynnościach, takich jak przebieranie się po spoczynku nocnym czy utrzymywanie higieny osobistej.

J. Rejestry, procedury, dokumentacja

89. W wizytowanej placówce nie było opracowanych procedur regulujących sposób postępowania personelu, np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, zdarzeń niepożądanych, autoagresji czy zgłaszania podejrzenia przemocy odpowiednim instytucjom. Wprowadzenie jednolitego standardu postępowania pozwala na uniknięcie błędnych decyzji, które mogą mieć negatywny wpływ nie tylko na bezpieczeństwo mieszkańców placówki, lecz także jej pracowników. Ustalenie spójnego sposobu działania ma szczególne znaczenie zwłaszcza w sytuacjach, gdy pracownik zmuszony jest do działania w niecodziennych okolicznościach, w stresie czy w kontakcie z pobudzonym mieszkańcem.

90. KMPT rekomenduje opracowanie i wprowadzenie w placówce odpowiednich procedur, dotyczących np. zachowań agresywnych, zdarzeń niepożądanych, autoagresji czy zgłaszania podejrzenia przemocy odpowiednim instytucjom.

91. W dniu wizytacji placówka nie posiadała wymaganych prawnie³⁴ rejestrów: ewidencji przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki, ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego³⁵ oraz rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych.

³³ Zob. art. 68 ust. 6 pkt 5 u.o.p.s.

³⁴ Zob. art. 68a i 68aa u.o.p.s.

³⁵ Z informacji uzyskanych od dyrektora placówki wynika, że w PCO nie stosuje wobec mieszkańców środków przymusu bezpośredniego, co jest zgodne z obowiązującym prawem, gdyż personel placówek całodobowej opieki nie jest uprawniony do ich stosowania. Pomimo tego PCO są zobowiązane do prowadzenia ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego (wraz ze wskazaniem daty i rodzaju tego środka) z uwagi na prawo innych podmiotów mających wstęp na teren placówki, np. funkcjonariuszy Policji czy ratowników medycznych, do stosowania środków przymusu.

92. **KMPT zaleca założenie oraz prowadzenie rejestrów, zgodnie z obowiązującymi przepisami.**

93. Podczas analizy dokumentacji przedstawicielki KMPT natrafiły również na informację, że 16 września 2025 r. doszło w placówce do zdarzenia nadzwyczajnego – jedna z mieszanek przewróciła się i doznała urazu, co skutkowało krwawieniem z głowy.

94. **KMPT zwraca się o informację, czy wymienione w pkt 93 wydarzenie nadzwyczajne zostało przekazane w kwartalnym zestawieniu Wojewodzie Warmińsko-Mazurskiemu, zgodnie z obowiązującymi przepisami³⁶.**

K. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

95. Placówka nie posiadała spisanego regulaminu organizacyjnego, a z informacji uzyskanych od kierownictwa wynika, że o sposobie funkcjonowania placówki mieszkańcy i ich opiekunowie informowani są ustnie podczas przyjęcia. KMPT stoi na stanowisku, że pensjonariusze oraz osoby ich odwiedzające powinny mieć szczegółową wiedzę, co jest w placówce dozwolone, a co zakazane.

96. **KMPT zaleca stworzenie pisemnego regulaminu placówki i zawarcie w nim treści związanych z prawami przysługującymi mieszkańcom i osobom ich odwiedzającym oraz ciążącymi na nich obowiązkami (np. prawa i obowiązki mieszkańca, rozkład dnia i tygodniowy plan zajęć, regulamin funkcjonowania depozytu³⁷ oraz regulamin odwiedzin).**

97. **KMPT zaleca również zapoznavanie mieszkańców oraz ich opiekunów z regulaminem przy przyjęciu oraz wyeksponowanie go w częściach wspólnych w PCO (np. przez wywieszenie na tablicy informacyjnej).**

98. KMPT każdorazowo zwraca uwagę, czy placówki całodobowej opieki w ogólnodostępnych miejscach (np. korytarzach) zamieszczają informacje o instytucjach stojących na straży praw człowieka oraz o przyjętej procedurze skargowej. Możliwość kontaktu z takimi instytucjami przez osobę przebywającą w placówce lub np. odwiedzających ją krewnych stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem. Analogiczne zabezpieczenie stanowi również jasna i ogólnodostępna informacja dotycząca mechanizmu skargowego funkcjonującego w placówce.

99. Na tablicach ogłoszeń w częściach wspólnych dla mieszkańców znajdowały się: informacja o godzinach wydawania posiłków, informacja dotycząca

³⁶ Zob. art. 68aa ust. 5 u.o.p.s.

³⁷ Z informacji uzyskanych podczas wizytacji wynika, że mieszkańcy mogą posiadać swoje rzeczy przy sobie (mają również w pokojach szafki zamykane na klucz), z wyjątkiem przedmiotów o dużej wartości, np. drogiej biżuterii. Za depozyt wartościowy odpowiedzialny jest kierownik placówki.

zakresu działalności prowadzonej w placówce, numeru placówki w rejestrze placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku oraz komunikat „prosimy o odwiedziny pensjonariuszy w godzinach 10-13 oraz 15-17”. Brakowało natomiast numerów alarmowych oraz danych teleadresowych organów nadzoru czy właściwych miejscowo instytucji i organizacji działających w zakresie wolności i praw człowieka.

100. Znowelizowane przepisy ustawy o pomocy społecznej³⁸ zobowiązały właścicieli placówek do zamieszczenia tych informacji na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku. KMPT rekomenduje wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji, do których mieszkancie lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca. Takimi instytucjami mogą być np.: Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii Rzecznika – 800 676 676), Rzecznik Praw Pacjenta, Wydział Polityki Społecznej Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Ostródzie czy organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

101. KMPT zaleca zamieszczenie na tablicach ogłoszeń wymaganych informacji.

102. W placówce nie istnieje rejestr skarg i wniosków. Wszelkie uwagi dotyczące funkcjonowania placówki zgłaszane przez pensjonariuszy bądź ich krewnych są rozpatrywane ustnie przez dyrektora placówki.

103. Rejestr taki może pomóc nie tylko w identyfikacji i rozwiązywaniu problemów zaraz po ich pojawieniu się, ale także służyć jako narzędzie zarządzania, pomagając kierownictwu i personelowi w zapobieganiu nadużyciom³⁹.

104. KMPT rekomenduje stworzenie poufnego rejestru skarg i wniosków oraz poinformowanie mieszkańców i ich opiekunów prawnych/faktycznych o jego istnieniu. Informacje o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru powinny być przekazywane w sposób zrozumiały dla odbiorców (w razie potrzeby należy stosować powtarzalne,

³⁸ Zob. art. 68a pkt 3 u.o.p.s.

³⁹ CPT podkreśla, że każda placówka powinna prowadzić spis skarg w specjalnym rejestrze, zwracając należytą uwagę na zasady poufności i bezpieczeństwa. Taki rejestr powinien zawierać nazwiska skarżących, rodzaj i przedmiot skarg, wynik procedury składania skarg i procedury odwoławczej, działania następcze podjęte w celu naprawienia zarzucanej sytuacji oraz wszelkie rekompensaty przyznane skarżącym. Zapisy te powinny służyć jako narzędzie zarządzania. Na przykład może się zdarzyć, że wiele skarg odnosi się do tych samych pracowników lub że niektóre kategorie osób pozbawionych wolności rzadko składają formalne skargi. Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 70 i 90.

uproszczone, zindywidualizowane komunikaty werbalne lub obrazkowe), zarówno ustnie, jak i pisemnie (np. przez wyeksponowanie informacji na tablicy informacyjnej).

105. **Dodatkowo KMPT rekomenduje zamontowanie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. wyznaczony pracownik administracyjny). Skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze skarg i wniosków.**

L. Personel

106. W dniu wizytacji placówka zatrudniała dwanaście opiekunek oraz dwie opiekunki medyczne (przy czym jeden pracownik pełnił obie funkcje jednocześnie). Jak wspomniano w części II raportu, z uwagi na nieokazanie dokumentów potwierdzających wykształcenie kierunkowe odpowiednie do zajmowanego stanowiska w placówce oraz nieprzesłanie ich KMPT po zakończeniu wizytacji, delegacja nie była w stanie zweryfikować, czy wszystkie zatrudnione osoby posiadały kwalifikacje odpowiednie do pełnionego stanowiska, o czym poinformowane zostało również kierownictwo placówki podczas wizytacji.

107. **W związku z powyższym KMPT ponownie zwraca się o przesłanie brakujących dokumentów we wskazanym zakresie.**

108. Podczas wizytacji delegacja KMPT dowiedziała się również, że zatrudnione w placówce osoby świadczą usługi w ramach działalności nierejestrowej, rozliczanej na podstawie funkcjonującego w Domu grafiku, w związku z czym żadna z tych osób nie posiadała spisanej umowy o pracę czy innej umowy cywilnoprawnej. Niemożliwe było określenie przez przedstawicieli KMPT wymiaru pracy, zakresu obowiązków ani wysokości wynagrodzenia osób pracujących w placówce.

109. **Wobec powyższego Krajowy Mechanizm powziął wątpliwość, czy forma zatrudnienia personelu spełnia dostatecznie standardy, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej oraz ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy⁴⁰ i zwrócił się osobnymi pismami do Okręgowego Inspektora Pracy w Olsztynie oraz Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie o kontrolę w tym obszarze.**

110. W okresie objętym analizą pracownicy placówki nie uczestniczyli w szkoleniach umożliwiających podnoszenie kwalifikacji, organizowanych przez zewnętrznych ekspertów.

⁴⁰ Dz. U. z 2025 r. poz. 277.

111. CPT wskazuje, że ze względu na trudny charakter pracy personel oddziałowy placówek opiekuńczych powinien otrzymać niezbędne wsparcie i doradztwo, aby móc uniknąć wypalenia zawodowego i zachować wysokie standardy pracy⁴¹. Szkolenia personelu są również mechanizmem zapobiegania torturom i poniżającemu traktowaniu oraz sprzyjają standardom pracy i opieki.

112. KMPT zaleca zapewnienie systematycznego doskonalenia zawodowego pracowników PCO w obszarach: opieki nad mieszkańcami (z uwzględnieniem wykonywanych przez pracowników zadań), radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

113. Pracownicy PCO nie mają możliwości skorzystania z superwizji. Systematyczna superwizja może być sposobem na rozładowanie napięć powstałych w związku z wykonywanymi obowiązkami, szansą na omówienie sytuacji trudnych i wypracowanie metod zaradczych.

114. Krajowy Mechanizm rekomenduje rozważenie zapewnienia personelowi placówki możliwości regularnego korzystania z superwizji, prowadzonej przez zewnętrznego specjalistę.

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca **Dyrektor Placówki Całodobowej Opieki „Mazurski Dom Seniora”:**

1. odbieranie od pensjonariuszy pisemnych pełnomocnictw na rzecz opiekunów faktycznych, upoważniających do zawarcia umowy z placówką bądź wyrażania zgody w imieniu mieszkańców;
2. w przypadku zdolności mieszkańca do podjęcia świadomej zgody, gdy jego stan fizyczny może uniemożliwić złożenie własnoręcznego podpisu – stosowanie praktyki składania oświadczeń woli w formie pisemnej przez uczynienie tuszowego odcisku palca, obok którego osoba upoważniona wpisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis;
3. w przypadku konieczności zastosowania niestandardowych form zabezpieczeń:
 - a. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia;

⁴¹ Zob. Arkusz informacyjny „Persons deprived of their liberty in social care establishments”, CPT/Inf (2020) 41, par. 17 oraz Raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

- b. stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza;
 - c. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
4. nawiązanie współpracy z psychologiem, w wymiarze adekwatnym do liczby osób przebywających w placówce;
 5. uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie o wymagane prawnie dokumenty;
 6. zwiększenie obsady medycznej w placówce w celu zapewnienia, że przez całą dobę obecna jest minimum jedna pielęgniarka lub ratownik medyczny;
 7. nawiązanie współpracy z psychiatrą i zapewnienie mieszkańcom regularnych wizyt lekarza psychiatry, tak by mieszkańcy mieli z nim osobisty kontakt;
 8. zapewnienie profilaktycznych badań lekarskich wszystkim nowo przyjmowanym mieszkańcom;
 9. dokumentowanie obrażeń zgodnie ze standardami Protokołu stambulskiego, za pomocą specjalnych formularzy, tzw. map ciała, które wraz ze zdjęciami urazów (wykonywanymi za zgodą mieszkańca) powinny być włączone do dokumentacji medycznej;
 10. przeprowadzenie dla wszystkich pracowników szkolenia z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego;
 11. przechowywanie pełnej dokumentacji medycznej w placówce, w przeznaczonych do tego celu osobnych folderach, w sposób gwarantujący jej zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych (np. w specjalnie zabezpieczonych szafach);
 12. przegląd dokumentacji medycznej mieszkańców i uzupełnienie jej o wymagane prawnie dokumenty oraz aktualne informacje (np. dotyczące dawkowania leków);
 13. zapewnienie, aby czynności związane z karmieniem pozajelitowym mieszkanki wykonywał wyłącznie przeszkolony w tym zakresie personel medyczny;
 14. zapewnienie, by leki były rozkładane i podawane mieszkańcom przez personel medyczny;
 15. zapewnienie, aby leki rozkruszane były jedynie po uprzednim uzyskaniu zalecenia lekarskiego, które będzie włączane do dokumentacji medycznej mieszkańca, oraz wyeliminowanie praktyki podawania medykamentów podstępem;
 16. ograniczanie samodzielnych wyjść pensjonariuszy jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego, a także uzupełnienie dokumentacji mieszkańców, którzy

- mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki,
o zaświadczenia lekarskie, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej;
- 17.założenie rejestru wyjść mieszkańców poza teren placówki;
 - 18.nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym terapeutą zajęciowym oraz
rozplanowanie wymiaru terapii zajęciowej w taki sposób, aby odbywała się ona
również w weekendy;
 - 19.opracowanie indywidualnego planu programu zajęć dla każdego mieszkańca;
 - 20.regularne organizowanie pobytu na świeżym powietrzu również dla
mieszkańców leżących oraz rozważanie organizowania mieszkańcom wycieczek
lub spotkań integracyjnych poza placówką, o ile z opinii lekarza wynika, że stan
zdrowia mieszkańca na to pozwala;
 - 21.dostosowanie warunków bytowych w placówce do wymagań określonych
w ustawie o pomocy społecznej przez pozbawienie ich barier
architektonicznych oraz umieszczanie w pokojach 4-osobowych wyłącznie osób
leżących;
 - 22.zainstalowanie systemu alarmowo-przyzywowego we wszystkich pokojach
oraz w łazienkach, w taki sposób, aby były łatwo dostępne mieszkańcom
w sytuacjach nagłych (lub udostępnianie bezprzewodowych przycisków
przywoławczych, które nie wymagają dostępu pacjenta do instalacji
elektrycznej i wykorzystywane mogą być w szczególności przez osoby leżące);
 - 23.bieżący przegląd oraz dbanie o czystość i stan wyposażenia w pokojach
mieszkańców;
 - 24.wprowadzenie bezpiecznych rozwiązań technicznych, które umożliwiłyby
mieszkańcom samodzielne wietrzenie pokoi;
 - 25.zapewnienie wszystkim mieszkańcom środków higieny osobistej, środków
czystości, przyborów toaletowych i innych przedmiotów niezbędnych do
higieny osobistej, stosownie do przepisów ustawy o pomocy społecznej;
 - 26.zachęcanie mieszkańców do podążania za rytmem dnia oraz pomoc
mieszkańcom w codziennych czynnościach, takich jak przebieganie się po
spoczynku nocnym czy utrzymywanie higieny osobistej;
 - 27.opracowanie i wprowadzenie w placówce odpowiednich procedur, dotyczących
np. zachowań agresywnych, zdarzeń niepożądanych, autoagresji czy zgłaszania
podejrzenia przemocy odpowiednim instytucjom;
 - 28.założenie oraz prowadzenie rejestrów, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 29.stworzenie pisemnego regulaminu placówki i zawarcie w nim treści związanych
z prawami przysługującymi mieszkańcom i osobom ich odwiedzającym oraz
ciężącymi na nich obowiązkami (np. prawa i obowiązki mieszkańca, rozkład

- dnia i tygodniowy plan zajęć, regulamin funkcjonowania depozytu oraz regulamin odwiedzin);
30. zapoznanie mieszkańców oraz ich opiekunów z regulaminem przy przyjęciu oraz wyeksponowanie go w częściach wspólnych w PCO (np. przez wywieszenie na tablicy informacyjnej);
 31. zamieszczenie na tablicach ogłoszeń wymaganych prawem informacji;
 32. stworzenie poufnego rejestru skarg i wniosków oraz poinformowanie mieszkańców i ich opiekunów prawnych/faktycznych o jego istnieniu; informacje o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru powinny być przekazywane w sposób zrozumiały dla odbiorców (w razie potrzeby należy stosować powtarzalne, uproszczone, zindywidualizowane komunikaty werbalne lub obrazkowe), zarówno ustnie, jak i pisemnie (np. przez wyeksponowanie informacji na tablicy informacyjnej);
 33. zamontowanie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności; obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. wyznaczony pracownik administracyjny); skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze skarg i wniosków;
 34. zapewnienie systematycznego doskonalenia zawodowego pracowników PCO w obszarach: opieki nad mieszkańcami (z uwzględnieniem wykonywanych przez pracowników zadań), radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;
 35. rozważenie zapewnienia personelowi placówki możliwości regularnego korzystania z superwizji, prowadzonej przez zewnętrznego specjalistę.

Jednocześnie, na podstawie art. 20 OPCAT, KMPT zwraca się do Dyrektora PCO o udzielenie informacji wskazanych w pkt 94 i 107 raportu.

Opracowała: Karolina Sobocińska

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/