



Warszawa, 02.04.2026 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur**

**KMPT.575.7.2025.DK**

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji  
Domu Pomocy Społecznej w Nowym Mieście nad Pilicą**

**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)<sup>1</sup>.

2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)<sup>2</sup> 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)<sup>3</sup>.

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 przyzwoleniem<sup>4</sup>. Z kolei

---

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), zob. <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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”<sup>5</sup>.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urzędzeń, 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 wizyjnego<sup>6</sup>. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane<sup>7</sup>. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu<sup>8</sup>.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg<sup>9</sup>. 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 ONZ<sup>10</sup>.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji<sup>11</sup>.

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)<sup>12</sup>.

<sup>5</sup> Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

<sup>6</sup> Zob. art. 20 OPCAT.

<sup>7</sup> Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

<sup>8</sup> Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2024 r., Część II – Metodologia i zakres prac KMPT.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

<sup>11</sup> Zob. art. 22 OPCAT.

<sup>12</sup> Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

## II. Wprowadzenie

9. W dniach 24–27 listopada 2025 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację Domu Pomocy Społecznej w Nowym Mieście nad Pilicą (dalej jako: Dom, DPS, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Klaudia Dębowska (prawnik, politolog), Karolina Sobocińska (prawnik), Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego), Dorota Krzysztoń (politolożka o specjalizacji prawno-kryminologicznej) oraz Sylwia Radecka (lekarz – ekspertka zewnętrzna KMPT).

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły wstępną rozmowę z Wiolettą Kucharską – Dyrektorką DPS, dokonały oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń DPS i terenu zewnętrznego, przeprowadziły poufne rozmowy z mieszkańcami i pracownikami oraz zapoznały się z prowadzoną dokumentacją. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi Dyrektorce 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, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania (pkt VI i VII).

## III. Charakterystyka placówki

13. DPS w Nowym Mieście nad Pilicą przy ul. Ogrodowej 18 przeznaczony jest dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (70 osób)<sup>13</sup>.

14. W dniu wizytacji w Domu przebywało 67 podopiecznych, w tym 29 kobiet, 36 mężczyzn oraz 2 dzieci. Na urlopie przebywało 3 podopiecznych, w tym 1 dziecko. Na miejsce w DPS oczekiwała 1 osoba.

15. Dom jest jednostką budżetową, podległą Powiatowi Grójeckiemu. Nadzór nad jej funkcjonowaniem sprawują: Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Mieście nad Pilicą, Mazowiecki Urząd Wojewódzki (Wydział Rodziny i Polityki Społecznej) oraz Sąd Okręgowy w Radomiu.

## IV. Mocne strony placówki

16. **[Odstąpienie od stosowania metalowych łóżek ograniczających możliwość samodzielnego przemieszczania się mieszkańców DPS]** Obecna Dyrektorka DPS, po objęciu stanowiska, odstąpiła od stosowania w placówce metalowych łóżek rehabilitacyjnych, z których podopieczni nie mogą samodzielnie wyjść i które swoją konstrukcją mogą przywoływać na myśl klatki<sup>14</sup>. Łóżka takie

<sup>13</sup> Zezwolenie Wojewody Mazowieckiego nr WRSP-II.9423.1.10.2025.MM z dnia 7 listopada 2025 r.

<sup>14</sup> Przykład użytkowania łóżka tego typu wraz z omówieniem możliwego ryzyka niewłaściwego traktowania mieszkańców DPS korzystających z niego zostały opisane w raporcie KMPT z wizytacji DPS

użytkowane były w placówce w poprzednich latach i zastąpione zostały meblami o podwyższonych ramach bocznych zaprojektowanymi przez Dyrektorkę Domu. Meble te zabezpieczają przed upadkiem, ale umożliwiają też swobodne wyjście z łóżka. Otapicerowanie miękkim i grubym materiałem daje, w przypadku osób często objadających się o ramę łóżka w niekontrolowanej aktywności, znacznie większy komfort niż metalowe pręty. Personel wskazywał też, że łóżka te umożliwiają swobodę przy wykonywaniu czynności medycznych i higienicznych wobec osób leżących.



Zdj. Tapicerowane łóżko używane w placówce.

17. **[Animaloterapia]** W placówce prowadzona jest animaloterapia – oddziaływania, które formalnie nie zostały określone w taki sposób, jednak spełniają jej kryteria. Mieszkańców będących w stanie zająć się zwierzętami domowymi wspiera się w opiece nad nimi, a obecność zwierząt niewątpliwie wpływa pozytywnie na dobrostan psychiczny ich właścicieli i pozostałych pensjonariuszy, mogących również ze zwierzętami przebywać. W okresie wizytacji KMPT kilka mieszkańek opiekowało się swoim kotami, swobodnie wychodzącymi poza ich pokoje. W przeszłości kadra DPS adoptowała psa, ważnego dla wszystkich pensjonariuszy Domu. Wyróżnia to placówkę na tle innych tego typu instytucji. Kontakt ze zwierzęciem wspiera aktywność fizyczną pensjonariuszy, 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

rodzinych czy pozytywnych emocjach z nimi związanych. Animaloterapia ogranicza postęp demencji, może także zmniejszyć ryzyko przedwczesnej śmierci człowieka opiekującego się zwierzęciem<sup>15</sup>.

## **V. Problemy systemowe**

### **A. Problemy związane z kierowaniem dzieci do DPS**

#### **A.1. Umieszczanie dzieci z niepełnosprawnościami w DPS zamiast w rodzinnej pieczy zastępczej**

18. Miejsce dzieci z niepełnosprawnościami jest w domu rodzinnym lub rodzinnej pieczy zastępczej, nie w domu pomocy społecznej. Pobyt dzieci w DPS ma negatywne konsekwencje dla ich rozwoju fizycznego, emocjonalnego i społecznego.

19. RPO już w 2022 r. apelował do Minister Pracy i Polityki Społecznej<sup>16</sup> o działania w tej sprawie, wskazując, że sytuacja dzieci z niepełnosprawnością przebywających w DPS wymaga systemowego przeglądu i pilnych działań naprawczych. Dotyczy to obszaru pieczy zastępczej (poprzez inwestowanie w rozwój form rodzinnych przeznaczonych dla dzieci z niepełnosprawnością), obszaru pomocy społecznej (poprzez określenie obowiązku poszukiwania dla dzieci z DPS miejsc w rodzinnej pieczy zastępczej) oraz wzmocnienia działań nadzorczych nad wykonywaniem zadań przez DPS. W ocenie Rzecznika konieczne jest wypracowanie rozwiązań, które nie tylko zapobiegą umieszczaniu dzieci w domach pomocy społecznej i pieczy instytucjonalnej, lecz będą skutkowały przeniesieniem dzieci obecnie przebywających w placówkach pomocowych do rodzinnej pieczy zastępczej<sup>17</sup>.

20. W wizytowanej placówce dzieci z uregulowaną sytuacją prawną zgłaszane są do adopcji. Wojewódzki Ośrodek Adopcyjny Oddział w Radomiu na bieżąco informowany jest przez DPS o każdej zmianie sytuacji mającej wpływ na proces adopcyjny. Niemniej jednak kierowanie dzieci do tej i innych tego typu placówek trwa nadal, mimo składanych przez MRPiPS deklaracji o deinstytucjonalizacji, mającej na celu przechodzenie od opieki o charakterze instytucjonalnym do opieki świadczonej w środowisku rodzinnym.

---

<sup>15</sup> 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>.

<sup>16</sup> Obecnie – Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, dalej: MRPiPS.

<sup>17</sup> Zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-mrrips-dzieci-niepelnosprawnosci-rodziny-zastepcze-nie-dps>. Swoją interwencję RPO ponowił także w 2026 r., kierując ponowne wystąpienie do MRPiPS wskazujące, że znikoma liczba dzieci opuszcza DPS z powodu przeniesienia do rodzinnej pieczy zastępczej i rodzin adopcyjnych. Powoduje to, że gwarantowane przepisami prawa dzieci z niepełnosprawnością nie są w pełni realizowane, zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-dzieci-niepelnosprawnosci-placowki-mrrips>.

## **A.2. Łączenie dzieci i dorosłych w domach pomocy społecznej przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością intelektualną**

21. Wizytowana placówka jest kolejną odwiedzaną przez KMPT, gdzie występują radykalne różnice wieku między pensjonariuszami – od małych dzieci do osób w sędziwym wieku<sup>18</sup>. Koncepcja „hybrydy domu seniora i domu dziecka”, mająca przynosić korzyści obu stronom, przyczyniając się do zwalczania poczucia samotności osób starszych oraz zapewnienia czułości i uwagi dzieciom niemającym krewnych, w obecnym kształcie jest krzywdząca dla dzieci. Z obserwacji KMPT wynika, że dzieci umieszczone w DPS dla osób z niepełnosprawnością intelektualną (często połączoną z zaburzeniami psychicznymi) są narażone na skrajnie negatywne bodźce, tudzież fizyczne niebezpieczeństwo<sup>19</sup>. Większość dorosłych pensjonariuszy sama potrzebuje wsparcia we wszystkich obszarach życia, a dzieci umieszczone w takim miejscu jak DPS dla osób z niepełnosprawnością intelektualną nie mogą być podmiotem integracji międzypokoleniowej z wymierną korzyścią dla obydwu stron.

## **A.3. Brak wyspecjalizowanych DPS dla dzieci ze specjalnymi potrzebami**

22. Brak jest na terenie całego kraju domów pomocy społecznej dla osób w kryzysie zdrowia psychicznego czy w spektrum autyzmu przeznaczonych dla dzieci. Dzieci ze specjalnymi potrzebami kierowane są do istniejących domów pomocy społecznej, niedysponujących ofertą dostosowaną do ich zdiagnozowanych potrzeb.

23. Dyrektorka wizytowanej placówki zgłosiła przedstawicielkom KMPT problem niemożliwości przekierowywania dzieci z diagnozą choroby psychicznej do wyspecjalizowanej dla nich placówki (przykładowo w powiecie grójeckim istnieje Dom Pomocy Społecznej dla osób chorujących psychicznie – w Lesznowoli, ale nie przyjmuje się do niego osób niepełnoletnich). Brak jest też w placówce odpowiedniej opieki psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej i przedszkola specjalnego dla dzieci z diagnozą spektrum autyzmu. Dyrektor wskazywała delegacji KMPT na podjęte próby zapisania potrzebującego dziecka do przedszkola specjalnego, ale nie było to możliwe ze względu na brak miejsc lub odległość.

24. W istniejących typach DPS, przy braku ich specjalizacji, zaobserwować można szereg czynników, które zwiększają ryzyko niewłaściwego traktowania dzieci w nich przebywających, np. nie ma wymogu zatrudnienia psychiatry dziecięcego,

<sup>18</sup> Zob. Raport KMPT z wizytacji DPS w Miłowicach (KMPT.575.5.2025).

<sup>19</sup> W wizytowanym DPS najmłodsze dziecko (z jedynie 3 obecnych) miało 4 lata. Większość mieszkańców stanowiły osoby dorosłe (średnia wieku ok. 40 lat, w tym najstarsi pensjonariusze ok. 80 lat). Wśród kilkudziesięciu dorosłych pensjonariuszy z niepełnosprawnością intelektualną były osoby przejawiające zachowania trudne do kontroli, np. jeden z mieszkańców nieoczekiwanie zaczął kopać jedną z wizytatorek. Nie jest możliwe uznanie środowiska DPS za bezpieczne i rozwijające miejsce do życia dla dzieci. Por np. M. Mieśnik, Dożywocie dla 5-letniego dziecka. Jak urzędnicy wydali wyrok na Kubę, 30 stycznia 2026 r., <https://tinyurl.com/3jymjrdz>.

liczba kadry nie odpowiada potrzebom dzieci, istnieje ryzyko przemocy starszych podopiecznych wobec młodszych dzieci, jak również wykorzystania naiwności poznawczej dzieci o obniżonej sprawności intelektualnej przez innych mieszkańców.

## **B. Niestandardowe formy zabezpieczenia**

25. W dokumentacji medycznej zawarte zostały zalecenia lekarza psychiatry co do rozpoczęcia stosowania niestandardowych form zabezpieczeń u niektórych mieszkańców, jak np. bandaży, śpiochów czy pasów do wózka (szerzej kwestia ta została omówiona w części VI.A raportu). Obrazuje to istnienie problemu stosowania przez personel metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, lecz mogą ingerować w wolność jednostki.

26. 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.<sup>20</sup>, w którym RPO zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym. Doprecyzowanie w ustawie takich sytuacji pozwoliłoby na ujednoczenie praktyki w poszczególnych placówkach i uniknięcie różbieżności interpretacyjnych, w szczególności co do oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni.

27. W opinii KMPT zastosowanie wobec podopiecznych danej placówki specjalnych zabezpieczeń może być czasami nieuniknione, w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno im samym, jak i osobom trzecim. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko związane z taką formą opieki, **KMPT zaleca stosowanie poniżej opisanych rozwiązań**. Część z nich jest już praktykowana w wizytowanym Domu, niemniej jednak dla wzmocnienia prewencji niewłaściwego traktowania warto je uzupełnić i ująć w następujący model:

**1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pensjonariuszami 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 ujednoczyć praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie

<sup>20</sup> Zob. wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

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 mieszkańca i indywidualnej ocenie stanu jego 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 mieszkańców 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.**

### **C. Pełnienie funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych przez pracowników DPS**

28. Przedstawicielki KMPT otrzymały informację, że część mieszkańców ma opiekunów prawnych będących jednocześnie obecnymi pracownikami Domu. Skala zjawiska jest duża, bo opiekunowie prawni będący aktywnymi pracownikami Domu stanowią opiekę dla niemal 50% wszystkich ubezwłasnowolnionych mieszkańców<sup>21</sup>. Jako powody wskazywane zostały: brak zainteresowania losem pensjonariuszy DPS ze strony osób najbliższych, odległość zamieszkania potencjalnych opiekunów od placówki, wykluczająca działania w sprawach pilnych oraz zdecydowanie lepsza orientacja pracowników placówki w sprawach pensjonariuszy.

29. Omawiana kwestia od lat budzi wątpliwości KMPT<sup>22</sup>. Z jednej strony takie rozwiązanie może być korzystne dla mieszkańców, którzy 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 odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. 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 obniżonej rzetelności w wykonywaniu obowiązków.

<sup>21</sup> Choć nie dotyczy to osób ubezwłasnowolnionych, warto wskazać na równie niepokojącą tendencję dotyczącą osób objętych kuratelą – w czasie wizytacji KMPT spośród 27 pensjonariuszy DPS kuratora w osobie pracownika Domu miały aż 23 osoby.

<sup>22</sup> 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.

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 opiekunów<sup>23</sup>.

#### **D. Opieka psychologiczna**

51. Większość typów DPS ma jedynie obowiązek zapewnienia mieszkańcom kontaktu z psychologiem<sup>24</sup>. Wyjątkiem są DPS dla: dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, osób przewlekle psychicznie chorych – ze względu na obowiązek sformułowany w § 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w DPS dla osób z zaburzeniami psychicznymi<sup>25</sup> w DPS, gdzie umieszczane są osoby z zaburzeniami psychicznymi, zajęcia z udziałem psychologa są obowiązkowe. Zdaniem KMPT filarem należytej opieki nad mieszkańcami DPS powinno być zapewnienie im stałego i nieskrępowanego dostępu do psychologa.

52. Problem braku wymogu zapewnienia etatów dla psychologów DPS w zależności od ich pojemności i katalogu zadań związanych z charakterystyką tego typu placówek ma charakter systemowy i w pewnym zakresie był już wskazywany przez KMPT zarówno w raportach rocznych<sup>26</sup>, jak i raporcie tematycznym poświęconym prawom mieszkańców DPS<sup>27</sup>.

---

<sup>23</sup> 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.

<sup>24</sup> Zob. § 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie DPS.

<sup>25</sup> Dz. U. poz. 250 (dalej jako: rozporządzenie MRPiPS w sprawie rehabilitacji społecznej).

<sup>26</sup> Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., s. 105 i Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2024 r. s. 56-57.

<sup>27</sup> 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.

## **VI. Obszary wymagające poprawy**

### **A. Stosowanie niestandardowych form zabezpieczenia**

53. Jak już wspomniano w części V.B raportu, w dokumentacji medycznej znajdowały się zalecenia lekarza psychiatry co do rozpoczęcia stosowania niestandardowych form zabezpieczeń, jak np. pasów do wózka, bandaży, śpiochów. Natomiast w przeanalizowanych raportach pielęgniarskich oraz w innej dokumentacji medycznej brak było adnotacji o zakresie czasowym stosowania tych zabezpieczeń (liczbie godzin na dobę, dni w tygodniu, tolerancji mieszkańca). Pożądane byłoby, gdyby lekarz, który regularnie odwiedza mieszkańców, miał dostęp do tych informacji i mógł wydać zalecenia odnośnie do utrzymania czy zmniejszenia czasu trwania lub zmiany niestandardowych form zabezpieczeń na inne, np. w przypadku powikłań takich jak siniaki czy otarcia. Takie informacje powinny być dostępne w dokumentacji medycznej.

**54. KMPT zaleca dokładniejsze odnotowywanie w dokumentacji medycznej faktu zastosowania różnych form zabezpieczeń mieszkańców, czasu ich użycia oraz wystąpienia ewentualnych powikłań w postaci np. otarć skóry, krwiałków podskórnych.**

### **B. Traktowanie**

55. Z rozmów przeprowadzonych przez przedstawicielki KMPT, a także z obserwacji poczynionych podczas wizytacji wynikało, że mieszkańcy, co do zasady, są traktowani właściwie, a personel odnosi się do nich z szacunkiem i troską. Atmosfera panująca w placówce podczas wizytacji była serdeczna i – mimo instytucjonalnych ram – domowa. W ocenie wizytujących zespół opiekuńczo-leczniczy jest profesjonalny, życzliwy, empatyczny, zaangażowany w swoją pracę, a także lubiany przez mieszkańców, którzy mogą liczyć na pomoc jego członków. Niezależnie od powyższego zidentyfikowano kwestie, których wyeliminowanie pozwoli na redukcję ryzyka niewłaściwego lub poniżającego traktowania mieszkańców Domu.

56. Delegacja KMPT zauważyła, że przy czynnościach pomocowych i higienicznych wymagających rozebrania danej osoby – w przypadku wykonywania tych czynności w pokoju wieloosobowym – nie są stosowane parawany, chroniące prywatność i godność osób poddawanych zabiegom.

**57. KMPT rekomenduje każdorazowe stosowanie parawanów przy czynnościach wymagających rozebrania mieszkańca, jeśli może być on widziany przez osoby postronne.**

58. Skutkiem niepełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością, m.in. pozostawienia wanien zamiast pryszniców w łazienkach przy pokojach mieszkańców, również sprawniejsi pensjonariusze wymagają pomocy

personelu w czynnościach higienicznych. Wizytatorki Krajowego Mechanizmu nie odebrały skarg w tym zakresie, niemniej jednak mycie osób, które powinny być mobilizowane do możliwie jak najdłuższego utrzymania sprawności, może prowadzić do odwrotnego efektu. Zajmuje to również niepotrzebnie czas pracy personelu.

**59. KMPT rekomenduje zainstalowanie, w miejsce wanien, pryszniców umożliwiających samodzielną kąpiel pensjonariuszom placówki.**

60. Nadto część czynności higienicznych (np. pomoc w wejściu do wanny i mycie pensjonariuszy z nadwagą) odbywa się z pomocą męskiego personelu, niemającego kompetencji opiekunów, lecz zajmujących stanowisko pracowników „technicznych”. Przy kąpeli mieszkańców nie są użytkowane podnośniki, gdyż według relacji pracowników DPS te urządzenia pomocnicze są niesprawne z powodu długotrwałego wysłużenia.

**61. KMPT zaleca wyeliminowanie udziału w czynnościach higienicznych mieszkańców tych pracowników Domu, którzy nie są do tego uprawnieni i stosownie przeszkoleni.**

**62. KMPT zaleca zakup nowego sprzętu pomocniczego do opieki nad mniej sprawnymi mieszkańcami (m.in. podnośników).**

### **C. Dokumentowanie obrażeń**

63. Personel placówki został zapoznany i przeszkolony z zasad wskazanych w Protokole stambulskim<sup>28</sup>. Przygotowany jest do posługiwania się rysunkami anatomicznymi człowieka do oznaczenia umiejscowienia obrażeń tzw. mapami ciała i dysponuje ich wzorami. Dokumentacja medyczna nie zawiera jednak zalecanej w Protokole stambulskim dokumentacji fotograficznej obrażeń i pracownicy nie są przygotowani do jej wykonania w razie potrzeby. Zgodnie z Protokołem stambulskim zdjęcia 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 ukazania skali na zdjęciu. Zdjęcia należy wykonać tak szybko jak to możliwe, gdyż niektóre oznaki fizyczne szybko zanikają.

**64. KMPT zaleca włączanie do dokumentacji medycznej zdjęć obrażeń, wykonanych zgodnie z wytycznymi Protokołu stambulskiego, celem pełnego zobrazowania ich umiejscowienia i wyglądu.**

---

<sup>28</sup> Protokół stambulski – oficjalny podręcznik ONZ dotyczący diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Zaktualizowana wersja w języku polskim dostępna jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

#### **D. Zgody blankietowe na leczenie mieszkańców**

65. W placówce praktykuje się odbieranie od krewnych mieszkańców DPS oświadczeń, zgodnie z którymi upoważniają oni Dom do „podejmowania wszelkich decyzji związanych z leczeniem na wypadek utraty świadomości lub zdolności komunikowania się pensjonariusza”.

66. Zgodnie z art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>29</sup>, lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – należy uzyskać zezwolenie sądu opiekuńczego. W sytuacjach nagłych udzielenie świadczenia zdrowotnego, w tym przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, może być przeprowadzone bez zgody zainteresowanych (art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 7 wymienionej ustawy). Warto też zauważyć, że jeżeli zachodzi jedynie potrzeba przeprowadzenia badania osoby niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody, zgodę wyrazić może także opiekun faktyczny, np. pracownik placówki (art. 32 ust. 3 wskazanej wyżej ustawy).

67. Zgoda blankietowa nie wywołuje skutków odnośnie do poszczególnych świadczeń zdrowotnych – konieczne jest uzyskanie zgody na udzielenie konkretnego świadczenia. Krewni pensjonariusza wyrażający zgodę in blanco mogą nie być bowiem świadomi okoliczności, które zajdą w przyszłości, a które spowodują, że nie wyrażiliby zgody np. na konkretny zabieg operacyjny.

68. **KMPT zaleca odstąpienie od praktyki przyjmowania zgód blankietowych na świadczenia medyczne mieszkańców.**

#### **E. Opieka lekarska**

69. Wywiad medyczny i ogólny ogląd ciała realizowany w trakcie przyjęcia do DPS, raportowany jest przez pielęgniarki w raporcie pielęgniarskim. Badanie wstępne lekarskie mieszkańców odbywa się podczas comiesięcznej wizyty lekarza (w każdą pierwszą środę miesiąca). Personel pielęgniarski podkreśla możliwość umówienia wizyty wstępnej u lekarza wcześniej, w przypadku stwierdzenia takiej potrzeby. Jednocześnie z analizy dokumentacji medycznej udostępnionej podczas wizytacji lekarce – ekspertce zewnętrznej KMPT– wynika, że w historii Domu nie zdarzyło się, by pacjent wymagał konsultacji lekarza pierwszego kontaktu wcześniej.

70. Mieszkańcy, którzy dotąd nie leczyli się lub przybyli do DPS z niekompletną dokumentacją medyczną (co wiąże się z dodatkowym stresem), mogą, w opinii ekspertki KMPT obecnej podczas wizytacji, wygenerować poważne objawy

<sup>29</sup> Dz. U. z 2026 r. poz. 37.

wynikające z zaostrzenia choroby przewlekłej, np. nagły wzrost ciśnienia tętniczego, co grozi udarem niedokrwiennym mózgu, zawałem mięśnia sercowego. Tym samym badanie lekarskie zaraz po przyjęciu do placówki jest kluczowe dla zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańca, weryfikacji warunków, w jakich przebywał przed przyjęciem, oraz ustalenia właściwego planu opieki.

**71. Krajowy Mechanizm zaleca przeprowadzanie badań lekarskich nowych mieszkańców niezwłocznie po przyjęciu do placówki.**

72. Dyżurka pielęgniarek jest odpowiednio wyposażona w niezbędny sprzęt, tj. ciśnieniomierz, nebulizator, termometr, pulsoksymetr, glukometr, AED. Posiadane wyposażenie umożliwia przeprowadzanie zabiegów i badanie mieszkańców w warunkach zapewniających intymność. W ocenie wizytujących, z uwagi na częste schorzenia mieszkańców dotyczące funkcjonowania serca, warto uzupełnić powyższy zestaw o aparat EKG służący do nieinwazyjnego badania aktywności elektrycznej serca w celu wykrycia zaburzeń rytmu (np. arytmii, migotania przedsionków), choroby niedokrwiennej, zawału serca, przerostu mięśnia sercowego czy wad serca.

**73. KMPT zaleca rozważenie doposażenia Domu w aparat EKG, co ułatwiłoby pracę zespołu medycznego.**

#### **F. Opieka psychologiczna**

74. W wizytowanym DPS w ramach opieki psychologicznej współpracę nawiązano z jedną osobą – w postaci wolontariatu, w wymiarze 20 godzin miesięcznie. Należy docenić, że psycholog bezpłatnie i regularnie poświęca swój prywatny czas na pomoc mieszkańcom DPS. Trudno jednak w tej sytuacji stawiać wymagania umowne w zakresie wykonywanych zadań, odpowiednie do faktycznych potrzeb tego typu placówki<sup>30</sup>, i mieć możliwość egzekwowania wykonywanej pracy w sposób

<sup>30</sup> Dla zobrazowania mnogości zadań psychologa zatrudnionego w DPS przywołać można poniżej zakres zadań w wizytowanym przez KMPT w 2025 r. DPS w Miłowicach (KMPT.575.5.2025). W zakresie obowiązków zatrudnionego jedynie na 0,5 etatu psychologa zapisano następujące zadania:

- Diagnoza psychologiczna
- Ocena funkcjonowania intelektualnego, emocjonalnego i społecznego mieszkańców
- Określanie mocnych stron i obszarów wymagających wsparcia
- Udział w opracowaniu indywidualnych planów wsparcia mieszkańców
- Wsparcie indywidualne
- Prowadzenie terapii psychologicznej w zakresie dostosowanym do możliwości mieszkańca.
- Pomoc w rozwiązywaniu problemów osobistych i emocjonalnych
- Zajęcia grupowe
- Treningi umiejętności społecznych (np. komunikacja, współpraca, radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych)
- Zajęcia terapeutyczne rozwijające pamięć, uwagę i koncentrację
- Zajęcia relaksacyjne i profilaktyka stresu
- Podejmowanie działań w sytuacjach nagłych (zachowania agresywne, stany lękowe, żaloba)
- Współpraca z personelem DPS
- Konsultowanie problemów wychowawczych i emocjonalnych mieszkańców.

zastrzeżony dla umów o pracę. W efekcie, w umowie wolontariackiej, zobowiązania dla psychologa były pomocnicze i uzupełniające pracę etatowego personelu Domu oraz, w ocenie KMPT, zbyt skromne do potrzeb tego typu instytucji. Poza ograniczonym katalogiem czynności i godzinami pracy trudno w tym przypadku również dokonać głębszej oceny merytorycznej tej działalności. Psycholog działający w wizytowanej placówce nie prowadzi bowiem dokumentacji oddziaływań, zgodnie z uzgodnionym zakresem obowiązków nie opracowuje też opinii psychologicznych o mieszkańcach. Reasumując, modelu tego KMPT nie uznaje za optymalny i pochwała złożoną przez Dyrektorkę DPS podczas wizytacji deklarację podjęcia starań w nawiązaniu szerszej współpracy z psychologiem – szczególnie że ze względu na § 4 pkt 2 rozporządzenia MRPiPS w sprawie rehabilitacji społecznej, w wizytowanym typie DPS zajęcia z udziałem psychologa są obowiązkowe. Zdaniem KMPT filarem należytej opieki powinno być zapewnienie stałego i nieskrępowanego dostępu do psychologa.

**75. KMPT zaleca zatrudnienie psychologa/psychologów w wizytowanym domu pomocy społecznej.**

#### **G. Mechanizmy skargowe**

79. Na tablicach ogłoszeń w ogólnodostępnych miejscach wewnątrz DPS znajdowały się m.in. jadłospisy i harmonogram wydawania posiłków, programy zajęć i ich harmonogramy oraz spis ogólnopolskich telefonów zaufania. Brakowało jednak innych ważnych informacji, z których mieszkańcy powinni móc korzystać.

**80. KMPT rekomenduje uzupełnienie tablic informacyjnych o informacje dotyczące możliwości składania skarg i wniosków w samej placówce, o dane teleadresowe Straży Pożarnej i Sanepidu oraz instytucji stojących na straży praw człowieka, m.in. Biura Rzecznika Praw Obywatelskich i Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz Sądu Rejonowego, Prokuratury Rejonowej, Wydziału Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, a także inne informacje przewidziane w obowiązujących przepisach<sup>31</sup>.**

81. W pudełku wystawionym w korytarzu obok pokoi mieszkańców DPS wyłożono zeszyt skarg i wniosków, niemniej w czasie wizytacji był on pusty. Pensjonariusze preferują ustną formę kontaktu, kierując się albo do Dyrektorki Domu albo do innych pracowników placówki. 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

Dobłą praktyką w działalności psychologów w domach pomocy społecznej jest także prowadzenie psychoedukacji m.in. na temat seksualności osób z niepełnosprawnościami czy prewencji przemocy seksualnej – np. przez wyjaśnianie w przystępny do potrzeb tych osób sposób, co oznacza „zły dotyk”.  
<sup>31</sup> Zob. § 6 ust. 1a rozporządzenia MRPiPS z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 51) dalej: rozporządzenie w sprawie DPS.

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 skargi<sup>32</sup>.

**82. KMPT zaleca odnotowywanie w rejestrze skarg i wniosków mieszkańców oraz ich bliskich, przekazywanych w formie pisemnej, jak i ustnej.**

83. Kolejnym problemem jest niekontrolowany dostęp do zeszytu skarg i wniosków m.in. osób, których mogą one dotyczyć.

**84. KMPT rekomenduje zachowanie poufności zeszytu skarg i wniosków, który nie powinien być przechowany w miejscu dostępnym dla każdego pracownika, ale pod opieką jednej osoby, np. Dyrektorki DPS.**

85. Dodatkowym dobrym rozwiązaniem byłoby zamontowanie skrzynki skarg, z której mieszkańcy i inne osoby (np. osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności<sup>33</sup>. Podobnie do zeszytu skarg i wniosków, obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się jedna osoba (np. Dyrektorka Domu lub wyznaczony pracownik). Skargi i inne sygnały zgłaszane za pomocą tego typu skrzynki (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze. Należy także odpowiednio zmodyfikować procedurę skargową, by uwzględniała ona również taką drogę składania skarg.

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

**87. Krajowy Mechanizm rekomenduje również opracowanie materiałów informacyjnych, które pozwolą mieszkańcom 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).**

## **H. Personel**

88. Według rozkładu pracy opiekunek, nie pracują one w porze nocnej, tj. od godz. 21:00 do godz. 6:00. Dyżur pełni wówczas pielęgniarka i 3 pokojowe. Według informacji Dyrektorki Domu planowana była w tym zakresie zmiana grafiku

<sup>32</sup> Zob. Raport roczny CPT z 2017 r., CPT/Inf (2018) 4, par. 90.

<sup>33</sup> Zob. Raport roczny CPT z 2017 r., CPT/Inf (2018) 4, par. 84. CPT rekomenduje zapewnienie bezpośredniego i poufnego dostępu do organów skargowych (np. przez instalowanie 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.

dyżurów, tak aby opiekunki były obecne wśród personelu dyżurującego zarówno w ciągu dnia, jak i w nocy. Stwierdzonym bowiem przez KMPT problemem jest fakt, że wszystkie trzy stanowiska różnią się zakresem realizowanych zadań, a zatem nie są one tożsame. Opiekun realizuje usługi opiekuńcze wobec mieszkańców, pokojowa natomiast dba o czystość w pomieszczeniach placówki i nie może wyręczyć wykwalifikowanej opiekunki w jej zadaniach. Również pielęgniarka ma z założenia zadania zastrzeżone dla jej grupy zawodowej.

**89. KMPT zwraca się do Dyrektorki DPS o informację o nowym rozkładzie czasu pracy wymienionych w pkt 88 raportu grup zawodowych w DPS.**

90. Atmosfera wśród pracowników DPS, według oceny delegacji KMPT, jest dobra, niemniej wizytorki zwróciły uwagę na brak pomieszczenia socjalnego dla pracowników, gdzie mogliby m.in. odpoczywać podczas przerw i spożywać posiłki. Sytuacja ta stanowi dyskomfort dla personelu Domu i może wywoływać wyczuwalne przez mieszkańców napięcia.

**91. KMPT rekomenduje wyodrębnienie w Domu pokoju socjalnego dla pracowników placówki.**

92. Pracownicy DPS nie mają również zapewnionej superwizji 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.

93. 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 opieki<sup>34</sup>.

**94. KMPT zaleca zaoferowanie personelowi superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.**

#### **I. Warunki bytowe**

95. Wizytowany Dom spełnia najwyższe standardy w zakresie zapewnienia mieszkańcom godnych warunków bytowych, z uwzględnieniem ich indywidualnych potrzeb, co dostrzegalne jest szczególnie w pokoju dziecięcym, wyposażonym stosownie do wieku jego kilkuletnich lokatorów.

96. Choć pensjonariusze byli odpowiednio odżywieni i nie zgłaszali skarg w zakresie wielkości, jakości i godzin wydawania posiłków, tudzież możliwości otrzymania dodatków, uwagę wizytujących zwrócił brak poczęstunku między posiłkami, poza wyłożonymi w jadalni jabłkami. Nie wszyscy mieszkańcy, również z racji

<sup>34</sup> 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.

niepełnosprawności intelektualnej i obniżonej możliwości komunikacji, byli świadomi możliwości zwrócenia się do któregoś z pracowników czy osób pracujących w kuchni z prośbą o przygotowanie np. herbaty i kanapki z dżemem.

97. W domach pomocy społecznej podstawowe produkty żywnościowe oraz napoje mają być dostępne przez całą dobę<sup>35</sup>. Tymczasem w kuchenkach pomocniczych wizytowanej placówki dostępne były jedynie prywatne artykuły żywnościowe poszczególnych mieszkańców.

**98. Krajowy Mechanizm rekomenduje zapewnienie podstawowych produktów żywnościowych oraz napoi dla mieszkańców DPS przez całą dobę.**

99. Poza uwagami związanymi z niepełnym dostosowaniem placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością, przedstawionymi w części Raportu dotyczącej traktowania mieszkańców, delegacja KMPT stwierdziła brak instalacji przyzywowo-alarmowej w łazienkach, z których korzystają mieszkańcy. Narusza to bezpieczeństwo pensjonariuszy DPS.

100. Wyposażenie budynku w system przyzywowo-alarmowy stanowi jeden z warunków, które muszą być spełnione przez DPS<sup>36</sup>. Nie ulega wątpliwości, że system przyzywowo-alarmowy powinien zostać zainstalowany w taki sposób, aby umożliwiał każdemu pensjonariuszowi dostęp do przycisków przywoławczych w każdym pomieszczeniu przez niego użytkowanym.

**101. KMPT zaleca montaż instalacji alarmowo-przyzywowej we wszystkich łazienkach użytkowanych przez mieszkańców.**

## **VII. Inne kwestie**

102. **[Brak kontroli sądowej legalności pobytu mieszkańców]** Przegląd dokumentacji placówki ujawnił brak sprawozdań z kontroli sądowej DPS. Według informacji Dyrektorki Domu, nie jest ona przeprowadzana. Obowiązek kontroli przez sędziego legalności pobytu mieszkańców i respektowania ich praw w DPS wynika z art. 43 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>37</sup>.

**103. KMPT zwraca się do Prezesa Sądu Okręgowego w Radomiu z prośbą o wyjaśnienie kwestii opisanej w pkt 102.**

104. **[Obowiązek badań psychiatrycznych co najmniej raz na 6 miesięcy]** Dyrektorka DPS zgłosiła problem obowiązkowych badań psychiatrycznych mieszkank Domu przeprowadzanych co najmniej raz na 6 miesięcy, który wynika z art. 38 ust. 1 i 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i dotyczy mieszkank „z chorobami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym”. Celem okresowego badania stanu zdrowia psychicznego jest sprawdzenie, czy pobyt w DPS jest nadal uzasadniony.

<sup>35</sup> Zob. § 6 ust. 1 pkt 6 lit. d rozporządzenia w sprawie DPS.

<sup>36</sup> Tamże, § 6 ust. 1 pkt 1 lit. c.

<sup>37</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 917.

105. 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.

106. 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.

107. Wśród problematycznych pojawiają się też kwestie logistyczne i finansowe związane z organizacją cyklicznych badań dużej liczby mieszkańców, szczególnie że w placówkach tego typu co wizytowana z założenia badaniem takim powinny być objęci praktycznie wszyscy podopieczni.

108. **KMPT zwraca się do Starosty Powiatowego w Grójcu z pytaniem, czy zgłaszane były mu problemy placówki w opisywanym obszarze, a jeżeli tak, to jakie czynności podjęto w obliczu ich występowania.**

109. **[Niejednolita praktyka w zakresie wyznaczania limitu miejsc dla osób dorosłych i małoletnich w DPS]** Co do zasady liczba mieszkańców DPS nie powinna przekraczać 100 osób<sup>38</sup>. Należy jednak również zwrócić uwagę na swobodę decyzji wojewodów w zakresie określania liczebności grup mieszkańców w danym wieku, mogących zostać skierowanymi do danego typu domu. Praktyka w tym zakresie jest niejednolita. Przykładowo, w przypadku wizytowanego przez KMPT Domu Pomocy Społecznej w Miłowicach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie oraz dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, określono proporcje: 70 miejsc dla dzieci i młodzieży oraz 10 miejsc dla dorosłych. Natomiast w DPS w Nowym Mieście nad Pilicą dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie oraz dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie nie wskazano żadnych kryteriów co do liczebności dzieci i młodzieży oraz dorosłych.

<sup>38</sup> Zob. § 6 ust. 1 pkt 1 lit. d rozporządzenia w sprawie DPS.

110. W ocenie KMPT warto, aby decyzje wojewodów określały jedynie ogólną pojemność danego domu, jak w opisywanym przypadku Domu Pomocy Społecznej w Nowym Mieście nad Pilicą. Przesłanki i zasady umieszczania w domu pomocy społecznej, opisane w ustawie o pomocy społecznej<sup>39</sup>, dotyczą bowiem sytuacji życiowej i zdrowotnej, a nie wieku osoby (z wyjątkiem kontekstu niedołążności).

**111. KMPT zwraca się do Wojewody Mazowieckiego o informację, czy na terenie właściwości miejscowej Wojewody Mazowieckiego funkcjonują DPS, w których zdecydowano o wyznaczeniu proporcji przyjęć ze względu na wiek, a jeżeli tak – co zdecydowało o podjęciu takiej decyzji, które są to Domy oraz w jakiej proporcji przyjmują one mieszkańców małoletnich i pełnoletnich.**

112. **[Niedoprecyzowany katalog wydarzeń nadzwyczajnych]** Według informacji Dyrektorki Domu, w placówce nie dochodziło do zdarzeń nadzwyczajnych, stąd prowadzony rejestr zgłoszeń o nich w czasie wizytacji był pusty. Podczas omawiania tego zagadnienia kierująca placówką zwróciła uwagę, że obowiązujące wskazania u.p.s. w tym zakresie można różnie interpretować. Ustawa wskazuje ogólnie, że zdarzenie nadzwyczajne w DPS związane jest z zagrożeniem życia lub zdrowia mieszkańców podczas: wypadków, samouszkodzeń, obrażeń ciała<sup>40</sup>. O ile zagrożenie życia jest sprawą raczej oczywistą, to istnieje problem z rozstrzygnięciem kwestii zagrożenia zdrowia u osób już poważnie schorowanych lub/i mających problemy z samokontrolą wynikające ze stanu chorobowego (np. permanentnie raniących się, mimo starań personelu, by tego uniknąć – np. rozdrapujących rany, wykonujących gwałtowne, niekontrolowane ruchy podczas snu itp.). Biorąc pod uwagę wykładnię językową zdarzenia nadzwyczajnego, nie są to sytuacje nagłe i nietypowe. Trudno także rozsądzić, czy powstałe wskutek takiej aktywności np. otarcia uznać za samouszkodzenia czy obrażenia ciała.

113. Również w innych DPS podczas wizytacji KMPT zgłaszano opisywane problemy, albowiem mimo szkoleń personelu, z racji niejasności pojęcia zdarzenia nadzwyczajnego oraz szczupłego ich katalogu<sup>41</sup>, niepozwalającego oddać różnorodności zdarzeń, do których dochodzi z udziałem mieszkańców DPS – placówki odstępowały od uznania, że dana sytuacja jest takim zdarzeniem i należy je zgłosić.

**117. KMPT zwraca się do MRiPS o stanowisko w tej sprawie i informację, czy wydano rekomendacje dotyczące prowadzenia rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dla DPS oraz czy prowadzone są prace nad poszerzeniem katalogu zdarzeń w u.p.s.**

<sup>39</sup> Zob. art. 54 ustawy z dnia 3 września 2025 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214).

<sup>40</sup> Art. 55c ust. 2 u.p.s.

<sup>41</sup> Dla porównania – np. w ustawie z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. z 2026 r. poz. 163) wyróżniono 15 kategorii zdarzeń w odniesieniu do placówek dla nieletnich.

## VIII. Zalecenia

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

### a) Dyrektorce Domu Pomocy Społecznej w Nowym Mieście nad Pilicą:

1. Dokładniejsze odnotowywanie w dokumentacji medycznej faktu zastosowania różnych form zabezpieczeń mieszkańców, czasu ich użycia oraz wystąpienia ewentualnych powikłań w postaci np. otarć skóry i/lub krwiaków podskórnych.
2. Każdorazowe stosowanie parawanów przy czynnościach wymagających rozebrania mieszkańca, jeśli może być on widziany przez osoby postronne.
3. Wyeliminowanie udziału w czynnościach higienicznych mieszkańców tych pracowników Domu, którzy nie są do tego uprawnieni i stosownie przeszkoleni.
4. Zainstalowanie, w miejsce wanien, pryszniców umożliwiającą samodzielną kąpiel pensjonariuszom placówki.
5. Zakup nowego sprzętu pomocniczego do opieki nad mniej sprawnymi mieszkańcami (m.in. podnośników).
6. Każdorazowe włączanie do dokumentacji medycznej zdjęć obrażeń, wykonanych zgodnie z wytycznymi Protokołu stambulskiego, celem pełnego zobrazowania ich umiejscowienia i wyglądu.
7. Odstąpienie od praktyki przyjmowania zgód blankietowych na świadczenia medyczne mieszkańców.
8. Przeprowadzanie badań lekarskich nowych mieszkańców niezwłocznie po przyjęciu do placówki.
9. Rozważenie doposażenia Domu w aparat EKG.
10. Zatrudnienie psychologa/psychologów.
11. Uzupełnienie tablic informacyjnych o informacje dotyczące możliwości składania skarg i wniosków w samej placówce, o dane teleadresowe Straży Pożarnej i Sanepidu oraz instytucji stojących na straży praw człowieka, m.in. RPO, Rzecznika Praw Pacjenta oraz Sądu Rejonowego, Prokuratury Rejonowej, Wydziału Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, a także inne informacje przewidziane w obowiązujących przepisach.
12. Odnotowywanie w rejestrze skarg i wniosków uwag oraz postulatów mieszkańców oraz ich bliskich, zarówno tych przekazywanych w formie pisemnej, jak i ustnej.

13. Zachowanie poufności zeszytu skarg i wniosków, który nie powinien być przechowany w miejscu dostępnym dla każdego pracownika, lecz pod opieką jednej osoby, np. Dyrektorki DPS.
14. Stworzenie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy i inne osoby będą mogły korzystać z zachowaniem zasad poufności, odnotowywanie skarg przekazanych tą metodą w rejestrze oraz zmianę procedury skargowej, tak by uwzględniała ona informacje przekazane tą drogą.
15. Opracowanie materiałów informacyjnych, które pozwolą mieszkańcom 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).
16. Wyodrębnienie w Domu pokoju socjalnego dla pracowników placówki.
17. Zaoferowanie personelowi superwizji, prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.
18. Zapewnienie podstawowych produktów żywnościowych oraz napoi dla mieszkańców DPS przez całą dobę.
19. Montaż instalacji alarmowo-przyzywowej we wszystkich łazienkach użytkowanych przez mieszkańców.

#### **b) Staroście Powiatowemu w Grójcu**

Zapewnienie środków finansowych na realizację zaleceń KMPT.

#### **IX. Informacje dodatkowe**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, na podstawie art. 20 OPCAT, zwraca się:

- do Dyrektorki DPS w zakresie opisanym w pkt 89;
- do Starosty Powiatowego w Grójcu w zakresie opisanym w pkt 108;
- do Prezesa Sądu Okręgowego w Grójcu w zakresie opisanym w pkt 103;
- do Wojewody Mazowieckiego w zakresie opisanym w pkt 111;
- do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej o odniesienie się do zagadnień podniesionych w raporcie, w szczególności w pkt 18–24 i 117.

Opracowała: Dorota Krzysztoń

Za Zespół podpisuje:

Zastępczyni Dyrektora Zespołu  
Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

  
Katarzyna Kopystyńska