



Warszawa, 08.08.2026 r.

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

KMPT.575.3.2026.RKU

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

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 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 RPO.

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 RPO.

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 2024 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 9–13 lutego 2026 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację w Domu Pomocy Społecznej w Nowym Czarnowie (dalej jako: placówka, dom, DPS). Dom mieści się w miejscowości Nowe Czarnowo 66 (74-105 Krajnik).

10. Wizytującymi były: Karina Balicka (specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego, kryminolog), Karolina Sobocińska (prawnik) oraz Renata Kłyż-Urbańska (prawnik, kryminalistyk).

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły wstępną rozmowę z Julią Porwit – dyrektorką DPS, dokonały oglądu pomieszczeń, terenu zewnętrznego, samochodu służącego do przewozu mieszkańców, przeprowadziły poufne rozmowy z mieszkańcami oraz personelem, zapoznały się z wybraną dokumentacją. Wykonane też zostały pomiary i zdjęcia fotograficzne. Wizytacja zakończyła się przekazaniem wstępnych rekomendacji dyrekcji placówki.

12. Po zakończeniu wizytacji przedstawicielki KMPT dokonały analizy zebranych informacji i sformułowały rekomendacje mające na celu wzmocnienie praw mieszkańców DPS (pkt VII).

13. Raport sygnalizuje również problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt IV), zawiera wskazanie mocnych stron placówki (pkt V) oraz obszarów wymagających ulepszeń, istotnych z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt VI).

III. Charakterystyka placówki

14. Decyzją Wojewody Zachodniopomorskiego z 20 kwietnia 2010 r.¹³, zmienionej decyzją z 6 lipca 2021 r.¹⁴, Starosta Gryfiński otrzymał zezwolenie na prowadzenie DPS w Nowym Czarnowie na czas nieokreślony, łącznie dla 120 osób obojga płci – dzieci, młodzieży i dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną. Limity miejsc wynoszą: 19 dla dzieci i młodzieży oraz 101 dla dorosłych. Placówka jest wpisana do Rejestru DPS województwa zachodniopomorskiego¹⁵ pod nr 4.

15. Mieszkańcami domu są osoby o różnym stopniu sprawności fizycznej i o różnych schorzeniach. Spośród mieszkańców 36 jest ubezwłasnowolnionych całkowicie, 4 jest ubezwłasnowolnionych częściowo, 70 ma ustanowionego kuratora na podstawie art. 44 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹⁶. Wobec 5 mieszkańców prowadzone jest postępowanie o ubezwłasnowolnienie.

¹³ Znak: PS.1.AK.9013/2/2010.

¹⁴ Znak: ZPS-3.9423.8.2021.JJ.

¹⁵ Zob. <https://www.gov.pl/web/uw-zachodniopomorski/domy-pomocy-spoecznej>.

¹⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 917; dalej jako: u.o.z.p.

16. W czasie wizytacji w domu przebywało 119 osób, w tym 54 kobiety (1 małoletnia) i 65 mężczyzn (4 małoletnich). Jeden mieszkaniec czasowo przebywał poza DPS, w miejscu zamieszkania.

17. Dom podzielony jest na 7 oddziałów, tzw. domów rodzinnych.

18. DPS zapewnia usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne.

19. Nadzór nad funkcjonowaniem domu sprawują Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie i Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryfinie.

DPS kontrolowany jest również co roku przez sędziego Sądu Rejonowego w Gryfinie. W sprawozdaniu z ostatniej kontroli w 2025 r. sędzia nie wydał zaleceń pokontrolnych.

20. Ostatnia kontrola placówki przez Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie miała charakter doraźny i była przeprowadzona w 2022 r. Działalność DPS oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami i wydano zalecenia do realizacji¹⁷.

21. DPS kontrolowany jest także przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryfinie. Przedstawicielkom KMPT udostępniono protokoły kontroli z 2024 r. i 2025 r. Ostatnia kontrola miała charakter pozaplanowy i doraźny, dotyczyła procedur przyjmowania nowego mieszkańca do domu, sprawowania opieki nad mieszkańcami, w tym przestrzegania standardów opieki. Kontrolujący wyjaśniali także sytuację zdrowotną jednej z mieszkanek, przyjętej do wizytowanego domu z wieloma schorzeniami i w pogarszającym się stanie zdrowia, która w niedługim czasie przeniesiona została z DPS do szpitala w stanie wychudzenia i odwodnienia. Warunki zapewnione mieszkańcom co do zasady oceniono jako dobre. W protokole znajduje się jednakże informacja, że personel mógł niewłaściwie ocenić sytuację zdrowotną ww. mieszkanki, co skutkowało opóźnieniem decyzji o wezwaniu karetki pogotowia. W konsekwencji wydano 4 zalecenia pokontrolne dotyczące:

- a. uzupełnienia procedury przyjęcia mieszkańca o konieczność umówienia wizyty lekarskiej nowo przyjętego mieszkańca w ciągu 7 dni od dnia przyjęcia, celem oceny stanu zdrowia, a w przypadku gdy stan zdrowia budzi wątpliwości – niezwłoczną wizytę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ);
- b. zwiększenia obserwacji mieszkańców, a w przypadku pogorszenia stanu zdrowia, wysokiej gorączki – zalecono niezwłocznie wezwać pomoc lekarską;
- c. odnotowywania w formie raportów lub notatek odmowy przyjęcia przez lekarza, lub gdy wizyta z jakiegoś powodu się nie odbyła;
- d. celem zwiększenia czujności i obserwacji mieszkańców DPS oraz odpowiednio szybkiej reakcji w razie problemów i trudnych sytuacji zalecono czytanie raportów opiekunów nie tylko przez Dyrektora i Kierownika, lecz także przez pracowników socjalnych przynajmniej raz dziennie.

¹⁷ Zob. <https://www.gov.pl/web/uw-zachodniopomorski/kontrole-wydzialu-zdrowia-i-polityki-spoecznej>.

IV. Problemy systemowe

22. **[Usługi zdrowotne w domach pomocy społecznej]** Obowiązujące przepisy prawa nie zobowiązują podmiotów prowadzących domy pomocy społecznej do zapewnienia mieszkańcom usług zdrowotnych. W art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹⁸ zawarto zamknięty katalog usług (bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne), które domy pomocy społecznej muszą zapewnić mieszkańcom na poziomie obowiązującego w ustawie standardu. W zakresie świadczeń zdrowotnych domy pomocy społecznej jedynie umożliwiają i organizują mieszkańcom pomoc w korzystaniu z tych świadczeń, które są obywatelom gwarantowane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁹.

23. Z ugruntowanego stanowiska Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wynika, że domy pomocy społecznej nie świadczą usług medycznych, a system opieki społecznej nie jest narzędziem mającym na celu uzupełnienie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej²⁰. W konsekwencji nie ma obowiązku zatrudnienia w tego typu placówkach personelu medycznego, np. lekarzy, pielęgniarek, opiekunów medycznych, rehabilitantów, ratowników medycznych.

24. Tymczasem w DPS przebywają osoby bardzo schorowane, ze znacznym stopniem niepełnosprawności, chorobami współistniejącymi czy schorzeniami sprzężonymi, wymagający stałej opieki specjalistycznej, cewnikowania, żywienia pozajelitowego, zaopatrywania ran, odleżyn, podawania leków psychotropowych i umiejętności wychwytywania przez personel obniżenia się parametrów życiowych podopiecznych oraz odpowiedniego reagowania na ich zmieniający się stan psychiczny. Takie świadczenia oferują w świetle aktualnie obowiązujących przepisów jedynie placówki medyczne (zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, szpitale) z wykwalifikowanym personelem medycznym dyżurującym całodobowo.

¹⁸ Dz. U. z 2025 r. poz. 1214; dalej jako: u.p.s.

¹⁹ Dz. U. z 2025 r. poz. 1461.

²⁰ Zob. m.in. odpowiedź Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 5 marca 2018 r. na Raport tematyczny KMPT pt. „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, Warszawa 2017, dostępna na stronie internetowej: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/raport-kmpt-prawa-mieszkancow-domow-pomocy-spoecznej>; stanowisko Dyrektora Departamentu Pomocy Społecznej w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przedstawione Dyrektorowi DPS w Jaskulinie w odpowiedzi na pytania formułowane przez placówkę po wizytacji KMPT. W piśmie (znak: DPS-XIII.052.23.2025) MRPiPS potwierdza, że DPS zapewniają usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne – nie świadczą jednak usług medycznych, a jedynie umożliwiają i organizują mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

25. W wizytowanym DPS przebywało 119 mieszkańców. Większość z nich przyjmuje leki psychotropowe, wymaga stałej pomocy w zakresie spożywania posiłków, mycia, ubierania się oraz nadzoru, a 29 osób w ogóle nie opuszcza łóżek. Niektórzy są po amputacjach kończyn. Część mieszkańców przejawia zachowania agresywne, stwarzając zagrożenie dla życia i zdrowia swojego, innych mieszkańców i personelu. Podopiecznymi DPS są również pacjenci onkologiczni. Wszyscy wymagają organizacji wizyt w specjalistycznych poradniach, m.in. psychiatrycznej, okulistycznej, endokrynologicznej, ginekologicznej, urologicznej, chorób metabolicznych.

26. Wizytowany DPS nie zatrudnia lekarza. Zatrudnia jedną pielęgniarkę na pół etatu (pielęgniarka nie pełni dyżurów nocnych)²¹ oraz 11 opiekunów medycznych.

27. Należy zaznaczyć, że kwalifikacje 3 z 11 zatrudnionych opiekunów medycznych nie pozwalają na wykonywanie wobec mieszkańców wszystkich czynności²², o których mowa w aktualnie obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących zawody medyczne²³.

28. Z udostępnionego wizytującym grafiku dyżurów wynika, że w niektórych domach rodzinnych w ogóle nie dyżuruje opiekun medyczny. Standardem jest, że na nocnej zmianie obecny jest tylko jeden opiekun, niemający wykształcenia medycznego. W konsekwencji za dobrostan zdrowotny mieszkańców i podawanie leków (również doraźne podanie leków psychotropowych) odpowiada personel nieposiadający kwalifikacji medycznych. Warto też zauważyć, że tylko pielęgniarka jest uprawniona do zlecenia zastosowania środków przymusu bezpośredniego²⁴, a ta nigdy nie jest obecna w nocy, w dzień zaś – w wymiarze połowy etatu.

29. W świetle powyższych obserwacji KMPT na temat potrzeb zdrowotnych mieszkańców DPS trudno jest przyjąć, że trwanie w obecnym stanie prawnym, w którym brak jest obowiązku zatrudniania w tego typu placówkach personelu medycznego, w sposób należyty zapewnia bezpieczeństwo i godne traktowanie mieszkańców DPS, zwłaszcza że w Polsce brak jest innych wyspecjalizowanych ośrodków dla osób z licznymi niepełnosprawnościami czy też rozwiniętego systemu wsparcia pozainstytucjonalnego tych osób. Stan ten nie wychodzi naprzeciw gwarancjom zawartym chociażby w Konwencji z dnia 13 grudnia 2006 r. o prawach osób niepełnosprawnych²⁵ ani nie nadąża za rozwijanymi od lat standardami

²¹ Dodatkowo zawarta została umowa cywilnoprawna z drugą pielęgniarką na usługi pielęgniarskie, lecz świadczone tylko w przypadku dłuższej nieobecności pielęgniarki etatowej, jako zastępstwo.

²² W związku z ewoluowaniem zawodu opiekuna medycznego osoby wykształcone w różnych okresach mają zróżnicowane uprawnienia do podejmowania konkretnych czynności medycznych.

²³ Dz. U. poz. 626.

²⁴ Zob. art. 18 ust. 3 u.o.z.p.

²⁵ Dz. U. z 2012 r. poz. 1169 ze zm.

Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom (CPT), dotyczącymi traktowania osób pozbawionych wolności w domach pomocy społecznej²⁶.

30. Powyższy stan obrazuje istnienie problemu systemowego, którego rozwiązanie wymaga interwencji ustawodawcy. Kwestia ta w 2021 r. była przedmiotem wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich do Minister Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia i nadal znajduje się w zainteresowaniu Rzecznika²⁷.

31. **[Kwalifikacje opiekunów]** Na stanowisko młodszego opiekuna w DPS, zgodnie z obowiązującym w czasie wizytacji załącznikiem nr 3 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 października 2021 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych²⁸, może być zatrudniona osoba z wykształceniem podstawowym, bez konieczności legitymowania się doświadczeniem zawodowym.

32. W wizytowanej placówce ta grupa pracownicza była najliczniejsza (18 etatów). Budzi to ogromne zaniepokojenie KMPT co do bezpieczeństwa mieszkańców. Wskazać należy, że młodsi opiekunowie mają pod swoją opieką osoby mocno schorowane, małeletnie, a także agresywne. Często pełnią sami dyżur w nocy. Do ich obowiązków należy podawanie przygotowanych wcześniej przez pielęgniarkę leków, obserwowanie skutków działania tych leków, a także ewentualne podjęcie decyzji o podaniu leków psychotropowych przepisanych przez lekarza doraźnie. Zwiększa to ryzyko niewłaściwej podaży leków czy też nieodpowiedniego sposobu postępowania z mieszkańcami, w szczególności przy skromnej ofercie doszkalającej (lub braku takiej oferty) w toku trwania zatrudnienia.

33. Zmiany wprowadzone w 2025 r. obniżyły wymagania bazowe dla osób ubiegających się o zatrudnienie przy czynnościach opiekuńczych w DPS²⁹ – wcześniej wymagane było ukończenie szkoły średniej. Utrzymujące się braki kadrowe przyczyniły się jednak do opisywanych zmian, które w opinii KMPT sprzyjają ryzyku niewłaściwego traktowania podopiecznych DPS. Należy dążyć do jego systemowej redukcji zarówno przez odpowiednie do obowiązków kształtowanie wymogów przy zatrudnieniu, jak i rozbudowany system szkoleń w toku zatrudnienia oraz zapewnienie wynagrodzenia adekwatnego do obciążenia na danym stanowisku, które mogłoby zachęcić do

²⁶ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 grudnia 2020 r., CPT/Inf (2020) 41; dostępne na stronie: <https://www.coe.int/en/web/cpt/social-care-homes>.

²⁷ Zob. wystąpienie generalne RPO z 21 czerwca 2021 r., KMP.575.9.2021. Z ostatniej odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2022 r. (znak DSZ.052.7.2021.JP) na omawiane wystąpienie RPO wynika, że we współpracy z Ministrem Rodziny i Polityki Społecznej prowadzone są prace mające na celu umożliwienie domom pomocy społecznej wykonywanie działalności leczniczej (jako podmiotom leczniczym) i w konsekwencji zawierania przez nie umów (jako świadczeniodawców) na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Do czasu sformułowania niniejszego raportu Krajowego Mechanizmu nie zaszły jednak zapowiadane zmiany.

²⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 1638.

²⁹ Zob. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 września 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. poz. 1260).

rekrutacji i utrzymać w zawodzie opiekuna w DPS osoby o możliwie jak najwyższych kwalifikacjach.

34. **[Wskaźniki zatrudnienia]** Określone w § 6 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej³⁰ wskaźniki zatrudnienia nie odpowiadają realnej potrzebie zapewnienia odpowiedniej opieki mieszkańcom DPS. Aby efektywnie zrealizować usługi opiekuńcze i wspomagające, należy posiadać odpowiedni wskaźnik zatrudnienia personelu opiekuńczo-terapeutycznego. Dla domu dla dzieci, młodzieży oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie wynosi on nie mniej niż 0,5 na jednego mieszkańca domu. Wskazany wyżej przepis nakazuje, by przy wyliczaniu wskaźnika uwzględniać „również wolontariuszy, stażystów, praktykantów oraz osoby odbywające służbę zastępczą w domu, a także osoby wykonujące pracę na podstawie umów cywilnoprawnych, jeżeli pracują bezpośrednio z mieszkańcami domu; przy wyliczaniu wskaźnika udział tych osób nie może przekroczyć 20% ogólnej liczby osób zatrudnionych w zespole terapeutyczno-opiekuńczym, a także pracowników pierwszego kontaktu zatrudnionych na stanowiskach administracyjnych lub obsługi, w wymiarze proporcjonalnym do czasu, w jakim koordynują działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca domu”.

35. Takie brzmienie przepisu powoduje liczne wątpliwości interpretacyjne. Przede wszystkim nie określa on wprost, ilu mieszkańców powinno przypadać na jednego opiekuna realnie sprawującego opiekę nad osobami zamieszkującymi DPS, ilu pracowników powinno pełnić dyżur w nocy, a ilu w dzień. Wskaźnik nie bierze także pod uwagę stanu zdrowia mieszkańców. Wizytując DPS, KMPT często spotyka się z sytuacjami, w których placówki spełniają wskaźniki zatrudnienia, jednak nie przekłada się to na zapewnienie odpowiedniej obsady podczas dyżurów i efektywnego sposobu realizacji usług³¹.

36. **[Częstotliwość kontrolowania DPS przez wojewodów]** Zgodnie z § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2020 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej³² kontrole kompleksowe w jednostce podlegającej kontroli przeprowadza się nie rzadziej niż raz na cztery lata, według planu kontroli. Z wieloletnich obserwacji KMPT wynika, że częstotliwość kontroli nie zapewnia właściwego nadzoru nad funkcjonowaniem domów pomocy społecznej. Jeśli wojewoda nie otrzyma sygnałów o złym funkcjonowaniu placówki, to przy niekiedy wieloletnich przerwach w kompleksowej kontroli nie ma on szans na

³⁰ Dz. U. z 2025 r. poz. 51.

³¹ Zob. m.in. Raport KMPT z wizytacji DPS w Jaskulinie (KMP.575.6.2024); Raport KMPT z wizytacji DPS w Miłowicach (KMPT.575.5.2025); Raport KMPT z wizytacji DPS w Nowym Mieście nad Pilicą (KMPT.575.7.2025).

³² Dz. U. z 2025 r. poz. 1065.

wychwycenie nieprawidłowości w sposobie traktowania mieszkańców, zweryfikowanie jakości świadczonych usług czy sposobu realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przy uprzedniej wizycie. KMPT spotkał się także z przypadkami prowadzenia kontroli rzadziej niż raz na cztery lata. Wizytowana placówka była kontrolowana doraźnie przez wojewodę w czerwcu i lipcu 2022 r. Ze strony internetowej Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego nie wynika, aby kontrola kompleksowa odbyła się w DPS Nowe Czarnowo w okresie wskazanym w ww. rozporządzeniu³³.

37. W ocenie KMPT tylko regularne wizytowanie placówek, w których przebywają osoby szczególnie nieporadne, niesamodzielne, z licznymi schorzeniami i niepełnosprawnościami, wzmacnia gwarancję właściwego sposobu traktowania osób z tej wrażliwej grupy, wysoce narażonej na nieludzkie i poniżające traktowanie. Nie sposób uznać, że obowiązujące regulacje prawne dotyczące kontrolowania placówek przez wojewodów odpowiadają potrzebom ww. osób i chronią ich prawa w należyty sposób. Kontrole wojewodów są dodatkowo o tyle istotne, że jest to jedyny urząd odpowiedzialny za wydawanie i cofanie zezwoleń na prowadzenie DPS.

38. **[Pełnienie przez pracowników DPS funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych i kuratorów w trybie art. 43 u.o.z.p.]** Podczas wizytacji przedstawicielki KMPT otrzymały informację, że większość mieszkańców ma opiekunów prawnych bądź ustanowionych kuratorów, którzy są jednocześnie pracownikami domu.

39. Omawiana kwestia od lat budzi wątpliwości KMPT³⁴. Z jednej strony takie rozwiązanie może być korzystne dla mieszkańców, którzy mają stały kontakt ze swoim opiekunem prawnym w sytuacji, gdy nie mają nikogo bliskiego lub gdy bliscy nie dają gwarancji sprawowania nad nim należytej opieki. Należy jednak zauważyć, że jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Jeżeli pracownik DPS jest jednocześnie opiekunem prawnym ubezwłasnowolnionego mieszkańca bądź jego kuratorem, zachodzi ryzyko konfliktu interesów. Pracownikom placówek może być trudno zachować obiektywizm podczas pełnienia tych funkcji, szczególnie że może się to wiązać z działaniami wobec pracodawcy. Nałożenie dodatkowych obowiązków może także ujemnie wpływać na rzetelność ich wykonywania.

³³ Zob. <https://www.gov.pl/web/uw-zachodniopomorski/plany-kontroli>.

³⁴ Zob. np. 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, dostępny na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/jak-wsp%C3%B3lnie-zadba%C4%87-o-godne-%C5%BCycie-os%C3%B3b-starszych-chorych-i-z-niepe%C5%82nosprawno%C5%9Bciami-rpo-o-prawach>.

40. Na problem ten wskazuje również CPT, podkreślając że należy znaleźć alternatywne rozwiązania, które lepiej zagwarantują niezależność i bezstronność opiekunów³⁵.

41. **[Zróżnicowanie wysokości wynagrodzenia pielęgniarek i opiekunów medycznych zatrudnionych w DPS]** Domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Jeśli jednostka samorządu terytorialnego, na terenie której działa dom, podejmie decyzję o zatrudnieniu w nim personelu medycznego, to jego wynagrodzenie pochodzi z budżetu samorządów³⁶. Personel medyczny zatrudniony w sektorze medycznym otrzymuje zaś znacznie wyższe wynagrodzenie powiększone o dodatki, premie itp.³⁷ Powoduje to problemy w rekrutowaniu do pracy w DPS osób o wykształceniu medycznym lub częstą rotację zatrudnionych i wyszkolonych do pracy z mieszkańcami medyków. Osoby te szybko znajdują zatrudnienie w podmiotach leczniczych, co przekłada się na obniżenie standardów usług świadczonym mieszkańcom DPS.

42. **[Niestandardowe formy zabezpieczenia]** Przedstawicielki KMPT zauważyły, że w wizytowanej placówce stosuje się niestandardowe formy opieki i zabezpieczenia mieszkańców, np. bramki ograniczające możliwość opuszczenia pokoi przez niektórych mieszkańców, specjalne kombinezony, tzw. pajace, rękawice zakładane na ręce czy też łóżka z zamontowanymi wysokimi barierkami drewnianymi uniemożliwiającymi ich samodzielne opuszczenie. Obrazuje to istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, lecz mogą ingerować w wolność jednostki.

43. 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.³⁸, w którym RPO zwrócił się o uregulowanie tej praktyki w akcie

³⁵ Zob. Standardy CPT przedstawione w dokumencie pt. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 32.

³⁶ Załącznik nr 3 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 października 2021 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1638).

³⁷ Zob. m.in. ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (Dz. U. z 2025 r. poz. 518).

³⁸ Zob. wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

rangi ustawowej. Doprecyzowanie w ustawie takich sytuacji pozwoliłoby też na ujednolicenie praktyki w poszczególnych placówkach i uniknięcie rozbieżności interpretacyjnych, w szczególności co do oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni.

44. W opinii KMPT zastosowanie wobec mieszkańców 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 opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia; stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza; używanie do zabezpieczenia wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.**

45. **[Umieszczanie dzieci z niepełnosprawnościami w DPS zamiast w rodzinnej pieczy zastępczej]** Dzieci z niepełnosprawnościami powinny wychowywać się w rodzinie lub środowisku najbardziej zbliżonym do rodzinnego. Przebywanie dzieci w opiece instytucjonalnej ma negatywne konsekwencje dla ich rozwoju. Przede wszystkim nie są one w stanie zaspokoić potrzeb emocjonalnych oraz społecznych, zwłaszcza poczucia bezpieczeństwa i przywiązania.

46. Na powyższy problem RPO zwracał wielokrotnie uwagę, m.in. kierując w 2022 r.³⁹ i 2026 r.⁴⁰ wystąpienia do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w których apelował o dokonanie systemowego przeglądu i podjęcia pilnych działań naprawczych wobec dzieci z niepełnosprawnością przebywających w DPS. Z odpowiedzi resortu⁴¹ przekazanej RPO wynika, że przygotowany projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw⁴² zakłada m.in. wprowadzenie obowiązku działań w celu zapewnienia dzieciom i młodzieży skierowanych do DPS miejsca w rodzinnej pieczy zastępczej, sporządzanie i realizację planu pomocy oraz wprowadzenie przepisu umożliwiającego kierowanie do DPS tylko osób pełnoletnich. W ocenie Rzecznika konieczne jest nadto 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.

³⁹ Zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-mrips-dzieci-niepelnosprawnosci-rodziny-zastepcze-nie-dps>.

⁴⁰ Zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-dzieci-niepelnosprawnosci-placowki-mrpips-odpowiedz>.

⁴¹ Tamże.

⁴² Zob. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12408603>; do czasu sporządzenia niniejszego raportu projektowane zmiany nie weszły jednak jeszcze w życie.

47. **[Łączenie dzieci i dorosłych w domach pomocy społecznej przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością intelektualną]** W wizytowanym DPS przebywało 5 dzieci. Najmłodszy podopieczny miał 8 lat. Większość mieszkańców to osoby pełnoletnie. Dzieci przebywają w domu rodzinnym nr IV wraz z innymi dorosłymi albo dużo starszymi od siebie dziećmi. Dodatkowo należy wskazać, że niektórzy mieszkańcy mogą swobodnie przemieszczać się pomiędzy domami rodzinnymi. Wszystko to rodzi ryzyko narażenia dzieci na niebezpieczeństwo ze strony dorosłych mieszkańców.

48. **[Brak wyspecjalizowanych ośrodków terapeutycznych dla dzieci ze specjalnymi potrzebami]** W Polsce brakuje placówek przeznaczonych wyłącznie dla dzieci z zaburzeniami psychicznymi czy też będących w spektrum autyzmu. Z braku innych rozwiązań kierowane są one do istniejących DPS, niemających często zaplecza terapeutycznego, wykwalifikowanego personelu, w tym personelu medycznego, ani usług dostosowanych do ich potrzeb. Odstąpienie od umieszczania dzieci w DPS oraz deinstytucjonalizacja wsparcia to, w ocenie KMPT, właściwy kierunek przemian systemu opieki, jednak – do czasu rozwinięcia sieci tego rodzaju rozwiązań – profesjonalizacja i specjalizacja istniejących DPS pozostaje niezbędna.

49. W wizytowanym DPS przebywali mieszkańcy z diagnozą całościowych zaburzeń rozwojowych, w tym spektrum autyzmu. Wśród nich były również dzieci. Z udostępnionej dokumentacji wynikało, że większość zdarzeń niepożądanych w DPS dotyczyła agresji tych osób (głównie małoletnich) wobec mieszkańców i personelu. W 2025 r. było to ponad 30 zdarzeń. Do sytuacji niebezpiecznych dochodzi bardzo często. Udokumentowane pozostają przypadki zaatakowania opiekunek, ciągnięcia ich za włosy, kopania, bicia, gryzienia, grożenia śmiercią; w analizowanej przez przedstawicielki KMPT dokumentacji pojawiają się m.in. następujące wpisy: „agresywny mieszkaniak w szkole”, „agresja do opiekunek i mieszkańca”, „atak szaleńcy mieszkańca”, „demolował swój pokój”, „pobudzony, rzucał przedmiotami”, „zaatakował opiekunkę, przewrócił na podłogę, chciał dusić”, „pobił opiekunkę, pogryzł ją”.

50. Pracownicy, w szczególności młodszy personel, nie mają wiedzy na temat zaburzeń rozwojowych i sposobu postępowania z osobami ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi. Nie są wykwalifikowani do pracy z tego typu osobami i mogą podejmować działania nieadekwatne do sposobu zachowania mieszkańca, nie rozumieć ich podłoża, co w konsekwencji nie przyczynia się do deeskalacji agresji. Co do zasady, w sytuacji wystąpienia agresji ze strony mieszkańca, podejmowane są działania obejmujące wyprowadzenie pozostałych mieszkańców i personelu z domu rodzinnego, wezwanie wsparcia opiekunów z innych domów rodzinnych w celu zapewnienia bezpieczeństwa oraz ochrony przed atakami fizycznymi, a także zawiadomienie zespołu ratownictwa medycznego i Policji.

V. Mocne strony placówki

51. Dom zapewnia mieszkańcom atrakcyjny i ciekawy program aktywizujący. W każdym miesiącu podopieczni DPS uczestniczą w wydarzeniach organizowanych w DPS. W miesiącach letnich jest to nawet 4–5 aktywności. W 2024 r. łącznie odbyły się 52 wydarzenia, w 2025 r. – 48. Plan na 2026 r. jest równie bogaty. Mieszkańcy mają możliwość ciekawego spędzania czasu zarówno na terenie placówki (m.in. spotkanie z grupą wokalnoinstrumentalną ze Szwecji „Margmura Audetta”, Teatr „Magiczna Scena” z programem „Niezwykła wyprawa” i „Pułapki w Sieci”, zabawa andrzejkowa czy z okazji Dnia Dziecka), jak i integracji z mieszkańcami innych domów (np. spotkanie integracyjno-walentynkowe w DPS Myślibórz, XXVI zawody wędkarskie mieszkańców DPS w DPS Dębce). Dodatkowo mieszkańcy wyjeżdżają na kręgle, lody, do kina, restauracji oraz na kilkudniowe wyjazdy nad morze. Kilku mieszkańców domu pracuje w Zakładzie Aktywizacji Zawodowej w Gryfinie i samodzielnie podróżuje poza teren placówki. DPS współpracuje też z wieloma podmiotami (np. stowarzyszeniami, instytucjami państwowymi, instytutami, przedsiębiorstwami) które pomagają m.in. w organizowaniu imprez kulturalnych, dofinansowują je, przekazują mieszkańcom upominki lub potrzebne do zajęć materiały. Podmioty te uczestniczą też często we wspólnych aktywnościach razem z mieszkańcami domu oraz promują ich aktywność.

52. KMPT z zadowoleniem przyjmuje starania kadry w zakresie organizacji mieszkańcom czasu wolnego, aktywizowania oraz wspierania ich integracji ze środowiskiem. Ma to ogromny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie psychofizyczne i psychospołeczne mieszkańców oraz sprzyja ich usamodzielnianiu. Współpraca ze środowiskiem i otwarta atmosfera ma także walor prewencyjny – dopuszczenie do częstych wizyt osób z zewnątrz w placówce może pozwolić na wychwycenie sygnałów o ewentualnym niewłaściwym traktowaniu i ich zgłoszenia odpowiednim organom.

53. Tak bogata oferta utrzymuje się w wizytowanym DPS stale, od wielu lat. KMPT odnotował tożsame obserwacje w raporcie z wizytacji placówki już w 2016 r.⁴³, co jest niezwykle budujące.

VI. Obszary wymagające poprawy

A. Traktowanie i dyscyplinowanie

54. Przedstawicielki KMPT nie odebrały od mieszkańców sygnałów o niewłaściwym traktowaniu przez personel.

55. Zarazem jednak w dokumentacji jednej mieszkanki delegacja natrafiła na zbiór spisanych na spotkaniu zespołu terapeutycznego zasad, których mieszkanka zobowiązała się przestrzegać. Dokument ten zawierał również konsekwencje

⁴³ Zob. Raport z wizytacji KMPT w DPS w Nowym Czarnowie (KMP.575.9.2016).

przewidziane za nieprzestrzeganie tych zasad. Przykładowo: za uбиżanie lub bicie mieszkańców lub pracowników wypłata kieszonkowego zostawała mieszkance wstrzymywana; jeśli mieszkanka zmoczy łóůko, to samodzielnie je posprząta i zmienia pościel.

56. Powyůsze budzi zaniepokojenie KMPT. Ustawa o pomocy społecznej nie przewiduje moůliwoůci stosowania jakichkolwiek kar czy teů „konsekwencji” wobec mieszkańców DPS. Ponadto taka praktyka jest zastraszająca i tworzy opresyjne óródownisko óycia.

57. Przede wszystkim naleůy mieć zawsze na uwadze zakres moůliwoůci psychofizycznych i niepełnosprawnoůci mieszkańca. Gwałtowne reakcje czy teů niekontrolowanie potrzeb fizjologicznych nie są działaniami zamierzonymi, wymierzonymi bepoůrednio w personel. Najczóściej wynikają z zaburzeń, niepełnosprawnoůci, zaniedbań społecznych oraz utrwalonych w sposób niewłaściwy wzorców postępowania. Pracownicy, którzy wchodzą w skład zespołów terapeutycznych, powinni o tym wiedzieć i umieć dostosować zasady do moůliwoůci mieszkańca, zwłaszcza jeśli pozostaje on na etapie adaptacyjnym (jak miało to miejsce w wyůej opisywanym przypadku mieszkanki). Na początkowym etapie pobytu w DPS kaůda osoba nowo przyjęta powinna podlegać wzmoůzonej obserwacji, być poddawana treningowi czystości (jeśli nie nabyła wczeůniej tych umiejótnoůci) lub oddziaływaniom terapeutycznym mającym na celu wyuczenie sposobów rozładowania napięcia emocjonalnego i zastępowania agresji.

58. Na niedopuszczalnoůć stosowania w instytucjach opieki społecznej tego typu praktyk, polegających na utrzymywaniu dyscypliny i posłuszeństwa mieszkańców przez stosowanie surowych reůimów i gróůb nakładania kar, wskazuje równieů CPT⁴⁴.

59. Z uwagi na fakt, że wizytowany DPS przeznaczony jest takůe dla dzieci i młodoóy, warto dodać, że zgodnie ze standardami OZN dotyczącymi ochrony nieletnich pozbawionych wolnoůci (Zasady z Hawany) óaden nieletni nie powinien być karany dyscyplinarnie, chyba óe w ócisłej zgodnoůci z warunkami obowiąůującego prawa⁴⁵. Jak wskazano na wstępie – takich podstaw prawnych dla DPS nie stworzono.

60. **KMPT zaleca wyeliminowanie dyscyplinowania mieszkańców za pomocą stosowania kar i gróůb ich uůycia.**

61. W dokumentacji indywidualnej kolejnej mieszkanki znalazły się wpisy mogące ówiadczyć o braku profesjonalizmu pracownika pierwszego kontaktu i o negatywnym nastawieniu do mieszkanki. W dokumencie pn. „Charakterystyka funkcjonowania biopsychospółecznego”, zapisano: „Jest leniwa” (pkt V Uspołócznienia

⁴⁴ Zob. Publiczne ówiadczenie CPT dotyczące Bułgarii z 2021 r., CPT/Inf (2021) 26, par 6.

⁴⁵ Zob. Zasady Narodów Zjednoczonych dotyczące ochrony osób nieletnich pozbawionych wolnoůci (Zasady z Hawany). Rezolucja Zgromadzenia Ogółnego 45/113 z 14 grudnia 1990 r., Reguła 70.

ppkt 3 Samokontrola); „Od siebie samej wymaga bardzo mało. Wszystko musi być zrobione tu i teraz natychmiast dla niej” (pkt V Uspołecznienie, ppkt 5 Zaburzenia zachowania); „Nie pracuje zawodowo – leniwa, brak chęci do pracy” (pkt VIII Aktywność Ekonomiczna i Zawodowa, ppkt 2 Rodzaj i sposób wykonywania czynności związanych z terapią lub pracą). Dodatkowo w „Rocznym arkuszu obserwacji” wskazano: „Mieszkanka wesół, pogodna, pomocna, ale humorzasta”, „Bałaganiara, przy sprzątaniu prosi o pomoc, twierdzi że nie umie składać ubrań, co tyle razy jej pokazywano”.

62. Krajowy Mechanizm zaleca dyrekcji placówki przypomnienie personelowi o zasadach etyki zawodowej i konieczności traktowania mieszkańców z szacunkiem i godnością.

B. Środki przymusu bezpośredniego

63. Z ustaleń KMPT wynika, że tylko raz – w roku 2024 – był stosowany wobec jednej z mieszanek środków przymusu bezpośredniego (ś.p.b.) w postaci przytrzymania. Z opisu przebiegu stosowania tego środka wynika, że mogło dojść do zastosowania dwóch różnych rodzajów ś.p.b. – przytrzymania i przymusowego podania zastrzyku: „O godzinie 18 mieszkanka została poproszona o przyjęcie do gab. zabiegowego. Odmowa ze str. mieszkanki została poproszona jeszcze kilkakrotnie, bez skutku. Po udaniu się do pomieszczenia w którym przebywała mieszkanka i poinformowaniu o konieczności podania zastrzyku. Mieszkanka zaczęła być agresywna czynnie w stosunku do personelu. Została przytrzymana przez p. opiekunki. Podano zastrzyk” (pisownia oryginalna). Informacja ta pochodzi z dokumentu pn. „Zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego”. W opisie zdarzenia nie wskazano, na podstawie jakiej przesłanki z art. 18 u.o.z.p. zastosowano przymus bezpośredni.

64. W katalogu przesłanek stosowania przymusu bezpośredniego ustawodawca nie wskazał *expressis verbis* agresji. Prawidłowe określenie i wskazanie wprost przesłanek ustawowych jest istotne z punktu widzenia doboru właściwego środka. Nie każdy bowiem środek można zastosować do każdej ze wskazanych w przepisie przesłanek, co również precyzuje u.o.z.p.

65. KMPT wskazuje, że niespójność oraz braki w prowadzonej dokumentacji wpływają negatywnie na transparentność działań placówki oraz utrudniają analizę jej funkcjonowania.

66. KMPT rekomenduje precyzyjne wypełnianie dokumentacji dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego w oparciu o przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

67. Z art. 18 ust. 3 u.o.z.p. wynika, że w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, informację o zastosowaniu przymusu pielęgniarka przekazuje kierownikowi jednostki, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii. DPS nie zatrudnia lekarza. Z dokumentacji okazanej przedstawicielkom KMPT nie wynika, aby o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego został poinformowany upoważniony przez marszałka województwa lekarz psychiatra.

68. **KMPT zaleca zawiadamianie, zgodnie z u.o.z.p., lekarza psychiatrii upoważnionego przez marszałka województwa o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego i odnotowywanie powiadomienia w dokumentacji.**

69. DPS mają obowiązek zamieszczać przypadki zastosowania środków przymusu bezpośredniego w rejestrze, w oparciu o wskazane w u.o.z.p. wytyczne⁴⁶.

70. Dokumentacja zbiorcza dotycząca stosowania środków przymusu bezpośredniego prowadzona w wizytowanej placówce nie zawierała rejestru w rozumieniu przepisów ww. ustawy. Nie przewidywała jego utworzenia również przyjęta „Procedura stosowania środków przymusu bezpośredniego”. Ponadto dokumentowanie stosowania środków przymusu bezpośredniego odbywało się na podstawie nieaktualnych wzorów formularzy. Aktualne wzory dokumentacji zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi⁴⁷.

71. **KMPT rekomenduje dostosowanie „Procedury stosowania środków przymusu bezpośredniego” do wymogów zawartych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, założenie rejestru przypadków stosowania środków przymusu bezpośredniego zgodnie z wytycznymi, o których mowa w art. 18c ust. 2 u.o.z.p., oraz dokumentowanie stosowania środków przymusu bezpośredniego zgodnie z aktualnymi rodzajami i wzorami dokumentów.**

C. Opieka medyczna

72. Nowo przyjmowani mieszkańcy – najszybciej jak to możliwe – poddawani są badaniu przez pielęgniarkę. Pielęgniarka przy pierwszym kontakcie z mieszkańcem wypełnia historię choroby mieszkańca, w której zamieszcza informacje o jego wadze, wzroście, ocenia stan motoryczny, skóry i paznokci. Na rysunku anatomicznym zaznacza dodatkowo miejsca chorobowo zmienione oraz opisuje charakter tych zmian i ich wielkość. Wizyta lekarska odbywa się, co do zasady, w przeciągu tygodnia od przyjęcia mieszkańca.

⁴⁶ Zob. art. 18c ust. 2 u.o.z.p.

⁴⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 731.

73. KMPT przypomina, że sprawdzoną gwarancją zapobiegania torturom jest przeprowadzanie badań medycznych wszystkich mieszkańców DPS, zwłaszcza na etapie przyjmowania do placówki, po powrocie ze szpitala czy też z innych miejsc, gdzie osoba mogła doznać przemocy podczas pobytu. Dokładne i wczesne dokumentowanie obrażeń mieszkańców mogących powstać w wyniku stosowania względem nich przemocy, a następnie zgłaszanie tego typu sytuacji odpowiednim organom, znacznie ułatwia zbadanie przypadków ewentualnego złego traktowania i wykrycie sprawców, co z kolei stanowi środek odstraszający od popełnienia w przyszłości tego typu czynów.

74. CPT rekomenduje, aby wstępne badania przeprowadzane były bez zbędnej zwłoki, najlepiej w ciągu 24 godzin od przyjęcia. Dokumentacja z takiego badania powinna zawierać: obiektywny i dokładny opis stanu mieszkańca, w szczególności wszelkich urazów, wyniki dodatkowych badań, szczegółowe wnioski wynikające ze specjalistycznych konsultacji, proponowany sposób leczenia w przypadku ujawnienia urazów, a także wskazania do dalszej pracy z osobą⁴⁸.

75. Profesjonalnym, skutecznym i uznanym międzynarodowo narzędziem służącym do identyfikacji osób pokrzywdzonych przemocą jest Protokół stambulski⁴⁹. Zawiera on zarówno wskazówki pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba doświadczyła złego traktowania lub tortur, jak i wytyczne co do dokumentowania takich przypadków. Jego stosowanie rekomendują instytucje międzynarodowe: Komitet Przeciwko Torturom ONZ (CAT)⁵⁰, SPT⁵¹, Specjalny Sprawozdawca ONZ art. Tortur⁵² i Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom (CPT)⁵³.

76. Personel DPS nie był zaznajomiony z Protokołem stambulskim.

77. **KMPT zaleca poddawanie wszystkich nowo przybyłych mieszkańców niezależnym badaniom medycznym niezwłocznie po ich przyjęciu do placówki oraz powrocie z miejsc, gdzie mogli doznać niewłaściwego traktowania, a także dokumentowanie obrażeń zgodnie z wytycznymi Protokołu stambulskiego.**

78. Jak wskazano wyżej, DPS zatrudnia tylko jedną pielęgniarkę na pół etatu. W przypadku jej dłuższej nieobecności zastępuje ją pielęgniarka, z którą dyrekcja

⁴⁸ Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, [CPT/Inf (2013) 29], par. 71-84.

⁴⁹ Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Zaktualizowana wersja podręcznika w języku polskim dostępna jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczeniems-odpowiedz-kolejna>.

⁵⁰ Zob. konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpnia 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

⁵¹ Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 55.

⁵² Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipca 2018 r., A/73/207, § 77 (e).

⁵³ Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, § 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019)16, par. 80.

podpisała umowę cywilnoprawną na usługi pielęgniarские. Dyżury odbywają się tylko w ciągu dnia, przez 12 godzin. Z grafiku pracy wynika, że w styczniu 2026 r. pielęgniarka pracowała 8 dni, w lutym 2026 r. – 7 dni, przy czym nie wszystkie dyżury trwały po 12 godzin. Z uwagi na liczbę mieszkańców, stopień ich niepełnosprawności, schorzenia, konieczność stałego monitorowania stanu zdrowia i podawania lekarstw, w tym leków psychotropowych, podejmowania decyzji o stosowaniu środków przymusu bezpośredniego – w ocenie KMPT obsada pielęgniarская domu jest stanowczo niewystarczająca.

79. CPT również wskazuje na konieczność stałej obecności przynajmniej jednej pielęgniarki w placówce, także w nocy⁵⁴.

80. **KMPT zaleca zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarской.**

81. Przedstawicielki KMPT poddały analizie rejestr doraźnie podawanych mieszkańcom leków. Wynika z niego, że w styczniu 2026 r. leki te były podane ok. 50 razy, w lutym 2026 r. – ponad 100 razy. Większość leków podawanych doraźnie to leki psychotropowe (Lorafen, Ketrel) albo leki nasenne (Trazodone). Raz podano Relanium. Jeden wpis nie zawierał godziny podania leku, nie zawsze też wpisywana była dawka podanego leku. Najczęściej potrzeba podania leku odnotowywana była w porach wieczorowych i nocnych. Byli też mieszkańcy, którzy lek „w razie potrzeby” podawany mieli codziennie, a nawet kilka razy dziennie. Przykładowo, jeden z małoletnich mieszkańców, poza stale przyjmowanymi lekami, otrzymał leki doraźne w następujących konfiguracjach i sytuacjach:

1.02.2026 r., godz. 10.05 – Ketrel – pobudzony

1.02.2026 r., godz. 10.55 – Lorafen – pobudzony

1.02.2026 r., godz. 15.2 (oryginalny zapis) – Ketrel – pobudzony

1.02.2026 r., godz. 15.40 – Lorafen 2,5 – niespokojny, pobudzony, złośliwy

1.02.2026 r., godz. 20.30 – Trazodone – bezsenność

4.02.2026 r. – 14.40 – Ketrel 25 mg – pobudzony

4.02.2026 r. – 15.45 – Lorafen 2,5 – pobudzony

4.02.2026 r. – 20.10 – Lorafen 2,5 – pobudzony

4.02.2026 r. – 21.30 – Trazodone – bezsenność

5.02.2026r. – 6.45 – Ketrel 25 mg – pobudzony.

82. Nie wszystkie podpisy osób podających lek są czytelne. Nie ma także wskazania zajmowanego stanowiska osoby, która podaje lek. Nie jest możliwe zatem ustalenie przez osoby kontrolujące, czy lek podała osoba posiadająca do tego kwalifikacje i potrafiąca ocenić faktyczną potrzebę jego podania.

⁵⁴ Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet CPT/Inf(2020)41, par. 19.

83. **KMPT rekomenduje szczegółowe wypełnianie rejestru leków podawanych doraźnie, z uwzględnieniem w szczególności daty podania i dawkowania leku oraz danych osoby decydującej o jego podaniu.**

84. **KMPT zaleca ponadto informowanie lekarzy zlecających leki doraźne o tym, jak często są one podawane mieszkańcom przez opiekunów, w celu weryfikacji prawidłowości stosowanej praktyki.**

85. Przedstawicielki KMPT dostrzegły, że dokumentacja medyczna (bądź jej kopie) niektórych mieszkańców przechowywana była razem z ich aktami osobowymi.

86. Taka praktyka stanowi naruszenie poufności informacji medycznych. Dane o stanie zdrowia stanowią bowiem dane wrażliwe, podlegające kwalifikowanej ochronie prawnej. Zgodnie z art. 51 ust. 2 Konstytucji RP, władze publiczne nie mogą pozyskiwać, gromadzić i udostępniać innych informacji o obywatelach niż niezbędne w demokratycznym państwie prawnym. Informacjami niezbędnymi są te, których posiadanie przez organ warunkuje możliwość realizacji przyznaných mu kompetencji. Niezbędność informacji należy zatem ocenić przez pryzmat jej przydatności, konieczności oraz proporcjonalności w ścisłym tego słowa znaczeniu. Nie mogą to być informacje zbierane „na wszelki wypadek”⁵⁵.

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

88. **KMPT zaleca wyodrębnienie dokumentacji medycznej z akt mieszkańców oraz przechowywanie jej w sposób chroniący przed dostępem osób nieuprawnionych.**

D. Aktywizacja i oddziaływania terapeutyczne

89. Wielu mieszkańców DPS nie mówi lub ma problemy z komunikacją werbalną. Personel rozpoznaje potrzeby mieszkańców głównie przez obserwację ich zachowania. Mieszkańcy nie są uczeni alternatywnych metod komunikacji. Dyrekcja i personel DPS nie korzystają z metod i narzędzi wspomagających te metody.

90. Zgodnie z § 5 ust. 1 pkt 3 lit. b rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej⁵⁶ dom, niezależnie od typu, świadczy usługi wspomagające, polegające na podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu, w tym w zakresie komunikacji

⁵⁵ Zob. M. Florczak-Wątor, Komentarz do art. 51, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, red. P. Tuleja, LEX/el. 2023.

⁵⁶ Dz. U. z 2025 r. poz. 51.

wspomagającej lub alternatywnej, w przypadku osób z problemami w komunikacji werbalnej. Wizytowany DPS nie zapewnia tego typu usługi.

91. KMPT wskazuje, że możliwość samodzielnej komunikacji jest kluczowym aspektem w usamodzielnianiu i samostanowieniu osób z niepełnosprawnościami. Nie odbiera im też godności i przeciwdziała wykluczeniom. Mieszkańcy domów pomocy społecznej mogą w ten sposób wyrażać swoje potrzeby, załatwić sprawę w urzędzie, samodzielnie udać się do przychodni na wizytę.

92. Zdaniem CPT, jeśli osoby z zaburzeniami mowy/języka nie będą mogły komunikować się za pomocą alternatywnych metod komunikacji, ich potrzeby mogą nie zostać odpowiednio zidentyfikowane, co może prowadzić do frustracji, izolacji społecznej i problematycznych zachowań. Dodatkowo może to wpłynąć na zdolność personelu do wykrywania i zapobiegania nadużyciom i/lub agresji⁵⁷.

93. **KMPT rekomenduje aktywizowanie mieszkańców mających problemy z komunikacją werbalną w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, w sposób odpowiedni do ich możliwości psychofizycznych.**

94. Mieszkańcy mają w tygodniu zapewnioną terapię zajęciową. W weekendy zajęcia terapeutyczne nie odbywają się. Plan pracy obejmuje zajęcia w godzinach: 8.30–9.00 (gimnastyka); 9.00–11.00 i 13.30–15.00 (zajęcia indywidualne); 11.30–13.30 oraz 15.00–19.00 (terapia manualna, trening umiejętności spędzania czasu wolnego, trening funkcjonowania w codziennym życiu, umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów, terapia różności, silvoterapia).

95. Z grafiku pracy wynika, że zajęcia terapeutyczne prowadzone były niezgodnie z tygodniowym planem pracy. W tygodniach od 1 do 13 lutego 2026 r. terapeutki pracowały w godzinach 7.00–15.00. Od 16 do 27 lutego 2026 r. zajęcia odbywały się od 11.00 do 20.00.

96. Placówka prowadzi także tygodniowy plan pracy z wykazem mieszkańców, którzy objęci są terapią grupową oraz terapią indywidualną. Na podstawie listy obecności za styczeń 2026 r. można wywnioskować, że niektórzy mieszkańcy nie uczestniczą w terapii, do której zostali zakwalifikowani (zamiast w terapii indywidualnej uczestniczą w grupowej). Ponadto mieszkańcy leżący albo uciążliwi dla innych mieszkańców nie są w większości poddawani oddziaływaniom terapeutycznym. Spędzają głównie czas w swoich pokojach. Powyższe budzi zaniepokojenie KMPT.

97. Wydaje się także, że nie każda tematyka zajęć została zrealizowana. Przykładowo, w piątek 2 stycznia 2026 r. zaplanowano zajęcia grupowe pn. „Mój portret – praca techniczna z kartonu i kolorowego papieru” – brak podpisu terapeutki.

⁵⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2023 r., CPT/Inf(2024)06, par. 62, Raport z wizyty w Albanii w 2023 r., CPT/Inf (2024) 01, par. 219.

Podobnie było w piątek 9 stycznia 2026 r., jeśli chodzi o arteterapię i biblioterapię, oraz w czwartek 22 stycznia 2026 r. – zajęcia indywidualne z bajkoterapii.

98. Oddziaływania terapeutyczne nie tylko sprzyjają usprawnianiu mieszkańców, aktywizowaniu ich, lecz przede wszystkim zapobiegają pogorszeniu się psychofizycznego stanu zdrowia i dają szansę mieszkańcom na zgłoszenie niewłaściwego traktowania bądź osobie prowadzącej zajęcia – na zaobserwowanie jego symptomów.

99. Znaczenie odpowiedniej organizacji czasu wolnego dla mieszkańców placówek opiekuńczych zwraca uwagę CPT, wskazując, że za minimum uznać należy zagwarantowanie mieszkańcowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia⁵⁸.

100. **KMPT zaleca zorganizowanie mieszkańcom terapii również w weekendy, prowadzenie terapii zajęciowej zgodnie z przyjętym tygodniowym planem pracy, tematyką zajęć oraz objęcie terapią wszystkich mieszkańców, zgodnie z rodzajem terapii dobranej do ich potrzeb i możliwości.**

101. Uwagę przedstawicieli KMPT zwróciły również wpisy o zajęciach prowadzonych w sali sensorycznej. W wizytowanej placówce nie ma takiej sali. Sala, która uprzednio pełniła tę funkcję, jest obecnie pokojem mieszkalnym. Wszystkie zajęcia terapeutyczne odbywały się w sali wielofunkcyjnej.

102. Przypomnieć należy, że w wizytowanym DPS przebywają osoby neuroróżnorodne, w spektrum autyzmu. Pokoje sensoryczne umożliwiłyby im stymulację i wyciszenie zmysłów w sposób kontrolowany, jednocześnie wspierając regulację emocjonalną, koncentrację i relaks.

103. **KMPT rekomenduje przywrócenie w placówce sali sensorycznej.**

104. DPS zapewnia mieszkańcom opiekę psychologiczną w wymiarze 4 godzin tygodniowo. Psycholog jest obecny w placówce dwa razy w ciągu tygodnia po dwie godziny. Standard taki utrzymuje się od 2016 r. i nadal nie jest wystarczający.

105. Wsparcia psychologicznego wymagają wszyscy mieszkańcy. Przy obecnym wymiarze pracy psychologa może on poświęcić każdemu mieszkańcowi ok. 2 minuty w tygodniu (!). Nie jest możliwe w tak krótkim czasie prowadzenie terapii indywidualnej i grupowej, pracy diagnostycznej, obserwacji mieszkańców, diagnozowanie ich problemów czy też reagowanie w sytuacjach kryzysowych. Przypomnieć należy, że w placówce przebywają osoby z zaburzeniami zachowania, będące w spektrum autyzmu. Kiedy dochodzi do agresji z ich strony, w domu nie ma psychologa, który mógłby w sposób odpowiedni podjąć interwencję. Nie ma także możliwości prowadzenia z takimi mieszkańcami regularnej terapii, polegającej na

⁵⁸ Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, p. 171 oraz Macedonii Północnej CPT/Inf (2024) 17, par. 199.

pracy z emocjami, treningu zastępowania agresji. Oddziaływania psychologiczne w placówce należy uznać za iluzoryczne.

106. W DPS dla dorosłych, dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną prowadzenie zajęć z psychologiem jest obowiązkowe. Zakres ramowy zajęć obejmuje badanie psychologiczne, terapię psychologiczną, poradnictwo psychologiczne⁵⁹. Zdaniem KMPT filarem należytej opieki powinno być zapewnienie wszystkim mieszkańcom stałego i nieskrępowanego dostępu do psychologa.

107. **KMPT rekomenduje zapewnienie opieki psychologicznej w wymiarze odpowiadającym potrzebom mieszkańców.**

108. W domu przebywają mieszkańcy, którzy zawierają relacje romantyczne. Zadają personelowi pytania o możliwość współżycia. Z dokumentacji niektórych mieszanek wynikało, że część z nich może być aktywna seksualnie. W placówce nie prowadzi się edukacji seksualnej.

109. W ocenie KMPT ważne jest, aby personel rozumiał potrzeby seksualne mieszkańców i wiedział, jak odpowiednio wspierać ich w tym aspekcie życia. Otwarta, rzetelna i konstruktywna wiedza przekazywana mieszkańcom może przygotować ich do podejmowania odpowiedzialnych decyzji w obszarze życia seksualnego.

110. **KMPT rekomenduje rozważenie współpracy z seksuologiem w celu przekazywania rzetelnej wiedzy mieszkańcom w zakresie tematyki szeroko rozumianego życia seksualnego oraz potencjalnych negatywnych konsekwencji wynikających z podejmowanych przez nich decyzji w tym aspekcie życia.**

E. Indywidualne Programy Wsparcia (IPW)

111. Sposób prowadzenia i opracowania IPW niektórych mieszkańców przez zespół terapeutyczny budzi wątpliwości. Planowanie mieszkańcom wsparcia, dobór odpowiedniej metody pracy oraz zaplanowanie kierunków prowadzonej z terapii odbywa się najczęściej na zasadzie kopiowania działań z lat poprzednich, bez refleksji nad ich zasadnością i modyfikacji wprowadzanych oddziaływań.

112. U jednej z mieszanek w IPW za 2025 r. wpisano, że cele i zadania nie przyniosły efektów, a mimo to w planach na 2026 r. określono takie same formy oddziaływań. Ponadto w placówkach przebywają mieszkańcy małoletni, którzy mają trudne doświadczenia związane z pobytem w placówkach resocjalizacyjnych. Z uwagi na fakt, że placówki resocjalizacyjne nie były w stanie zapewnić małoletnim odpowiedniego do ich poziomu funkcjonowania wsparcia, zostali oni umieszczeni w DPS. Przygotowane dla tych małoletnich IPW nie zawierają oddziaływań mających

⁵⁹ Zob. § 3 pkt 2 i § 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. poz. 250).

na celu objęcie ich wzmożonym wsparciem psychologicznym i terapeutycznym po pobytach w placówkach resocjalizacyjnych.

113. Wpisy w IPW są częściowo dokonywane fragmentarycznie i niepełne, jak choćby w tabelach zmian w funkcjonowaniu psychospołecznym oraz rocznych arkuszach obserwacji za poszczególne lata. Zdarzało się także, że roczne arkusze obserwacji mieszkańców za 2026 r. za okres styczeń–czerwiec były już wypełnione i podpisane przez pracownika pierwszego kontaktu, choć wizytujące analizowały je w lutym 2026 r. Podobnie, w jednej dokumentacji protokół ze spotkania podsumowującego pierwsze półrocze za 2026 r. był już podpisany przez pracownika pierwszego kontaktu.

114. Z orzeczenia o niepełnosprawności jednego z mieszkańców wynika, że wymaga on zamieszkiwania w pokoju jednoosobowym. W czasie wizytacji mieszkaniac ten miał w pokoju współlokatora. Natomiast w dokumentacji jeszcze innej mieszkanki przebywającej w pokoju jednoosobowym nie było dokumentu wskazującego na przesłanki do umieszczenia jej w tym pokoju oraz brakowało jej zgody, co jest w sprzeczności z § 6 ust. 1 pkt 3a rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej⁶⁰.

115. Sposób dokumentowania zajęć w IPW nie uwzględniał określenia wymiaru czasu zajęć dla każdego mieszkańca indywidualnie⁶¹.

116. **KMPT rekomenduje staranne opracowanie i rzetelne prowadzenie Indywidualnych Planów Wsparcia.**

F. Personel

117. Przyjęte w placówce rozwiązania dotyczące liczebności dziennej i nocnej obsady dyżurów opiekuńczych są w ocenie Krajowego Mechanizmu niewystarczające do zapewnienia właściwej opieki i bezpieczeństwa mieszkańców oraz personelu.

118. Z udostępnionego grafiku dyżurów pracowników wynika, że nie zawsze w dzień pracowało 3 opiekunów. W szczególności dotyczyło to pracy w weekendy, kiedy mieszkańcy nie mają zaplanowanych zajęć terapeutycznych oraz nie wyjeżdżają do pracy. Ponadto z raportów opiekunek wynika, że część dyżurów poświęcają one na pomoc opiekunkom z innych domów. W styczniu 2026 r. jedna z opiekunek pracowała częściowo również w innym domu – wydawała tam mieszkańcom leki.

119. Zapewnienie odpowiedniej obsady personelu nie było możliwe w przypadku absencji pracowników. Przekonały się o tym naocznie przedstawicielki

⁶⁰ Dz. U. z 2025 r., poz. 51.

⁶¹ Zob. § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14 stycznia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2014 r., poz. 250).

KMPT. W czasie wizytacji dyżur w jednym z domów pełniła tylko jedna opiekunka, która miała do pomocy pokojową.

120. Pomimo wszelkich starań pracowników, a także pomocy innych niż opiekunowie pracowników przy czynnościach opiekuńczych, kadra nie jest w stanie zapewnić dostatecznego wsparcia dla tak dużej liczby mieszkańców. Sytuacja jest o tyle problematyczna, że w placówce przebywają mieszkańcy agresywni, atakujący bardzo często personel i innych mieszkańców. Zdarza się, że do jednego z nich wzywany jest zespół ratownictwa medycznego oraz Policja – nawet kilka razy dziennie. Opiekunki są pobite, pogryzione, przewlekłe zestresowane. Często z tego powodu przebywają na długotrwałych zwolnieniach lekarskich. Opiekunowie boją się o własne bezpieczeństwo do tego stopnia, że w lutym 2026 r. zwrócili się pisemnie do dyrekcji DPS o wyposażenie personelu w gaz pieprzowy⁶². Opiekunowie chcieliby też przeszkolenia z samoobrony.

121. Z obserwacji wizytujących wynika, że personel realnie może koncentrować się jedynie na podstawowych czynnościach. Potwierdziły to rozmowy, w których wskazywano na symptomy przeciążenia. Krajowy Mechanizm alarmuje, że długotrwałe przeciążenie pracą może prowadzić do wypalenia zawodowego, zwiększając jednocześnie ryzyko niewłaściwych zachowań wobec mieszkańców.

122. **KMPT zaleca analizę faktycznych potrzeb opiekuńczych i adekwatne zwiększenie liczby opiekunów na dyżurach.**

123. Z otrzymanego przez KMPT wykazu szkoleń zespołu terapeutyczno-opiekuńczego wynika, że w ubiegłych latach pracownicy mieli zapewnione szkolenia.

124. W 2022 r. były to trzy szkolenia: „Motywowanie uczestników procesu terapeutycznego do aktywnego uczestnictwa – nowoczesne metody i formy terapii”; „Kultura rozwoju organizacji – profesjonalizm terapeuty w zarządzaniu komunikacją na poziomie współpracy z podopiecznym oraz w zespole terapeutycznym”; „Seksualność mieszkańców DPS – temat trudny, ale ważny”.

125. W 2023 r. zrealizowano jedno szkolenie – „Różnice zdań, konflikty, nieporozumienia – w jaki sposób je zażegnać i zapobiegać ich powtarzaniu”.

126. W 2024 r. odbyły się dwa szkolenia: „Trafna obserwacja – skuteczna interwencja – kurs wsparcia zawodowego pracowników DPS” (szkolenie obejmowało tematykę zachowań agresywnych i autoagresywnych oraz trening umiejętności komunikacyjnych); „Podstawy pierwszej pomocy”.

127. W 2025 r. przeprowadzono sześć szkoleń: „Przymus bezpośredni czy stabilizacja mieszkańca”; „Zaburzenia zachowania oraz zaburzenia psychiatryczne

⁶² Dyrekcja zwróciła się w tym zakresie o opinię prawną do radcy prawnego, który wskazał na bezprawność stosowania tego typu środków przymusu bezpośredniego przez personel. Rozwiązanie takie nie zostało wprowadzone w placówce.

i afektywne w demencji”; „Prawa mieszkańców instytucji opieki długoterminowej”; „Trening zastępowania agresji z elementami przymusu bezpośredniego”; udział w konferencji poświęconej zagadnieniom spektrum autyzmu oraz w warsztatach „Zaopiekowany rodzic – zaopiekowane dziecko”; „Lepsze jutro dla osób w spektrum autyzmu”.

128. Dotychczas nie przeprowadzono żadnego szkolenia z zakresu komunikacji wspomagającej i alternatywnej. Takie szkolenie jest zaplanowane na 2026 r. Brak też szkoleń dopasowanych do konkretnych grup mieszkańców – dzieci, dorosłych mieszkańców i występujących problemów związanych z opieką. W ocenie KMPT liczba szkoleń z pierwszej pomocy również nie jest wystarczająca, mając na uwadze fakt, że w DPS przebywają mieszkańcy niesamodzielni, wymagający karmienia, gdzie ryzyko zachłyśnięcia się treścią pokarmową jest bardzo wysokie.

129. W opinii KMPT, w związku z narażeniem personelu na szereg trudnych sytuacji związanych ze specyfiką pracy, a także opisywane wyżej obszary do poprawy, konieczne jest zwiększenie liczby i zakresu szkoleń proponowanych personelowi.

130. **KMPT rekomenduje włączenie do programu szkoleniowego tematyki związanej z pracą z osobami w konkretnej sytuacji zdrowotnej, dopasowanej do zdiagnozowanych potrzeb mieszkańców, komunikacji wspomagającej i alternatywnej, dialogu motywacyjnego, rozpoznawania symptomów przemocy wśród podopiecznych, interwencji kryzysowej, radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, ochrony praw człowieka oraz zapobiegania torturom i innym formom niewłaściwego traktowania, w tym Protokołu stambulskiego.**

131. Pracownicy nie mają zapewnionej przez pracodawcę superwizji. Na zalety takiej metody wsparcia wskazuje zarówno personel, jak i dyrekcja placówki, jednak problemem jest brak środków finansowych na ten cel.

132. Superwizja jest istotna z punktu widzenia rozładowania napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienia sytuacji trudnych i metod zaradczych, a także przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Zgodnie z międzynarodowymi zaleceniami, z uwagi na trudny charakter pracy personel terapeutyczny oraz pozostałe osoby pracujące w domu pomocy społecznej powinny otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu zachowania wysokich standardów opieki⁶³. Jako że wizytowany DPS przeznaczony jest dla także dla małoletnich podopiecznych, warto dodać, że na przydatność tej formy wsparcia osób pracujących z młodzieżą wskazuje UNICEF⁶⁴.

⁶³ 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.

⁶⁴ Zob. Raport „Prawa dziecka w Polsce 2024. Wyniki badania porównawczego prezentującego perspektywę dzieci, rodziców i nauczycieli oraz rekomendacje koniecznych zmian”, Stowarzyszenie Polski Komitet Narodowy UNICEF, Warszawa 2025, s. 93.

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

G. Warunki bytowe

134. Wizytowana placówka nie jest dostosowana w pełni do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

135. Wizytujące stwierdziły nieprawidłowe umiejscowienie instalacji przyzywowo-alarmowej w części pokoi mieszkalnych. Znajdowały się one poza zasięgiem ręki mieszkańców (wysoko na ścianie szafy, wysoko na ścianie, przy drzwiach będących w dalekiej odległości od łóżek).

136. Wyposażenie budynku w system przyzywowo-alarmowy stanowi jeden z warunków, które muszą być spełnione przez DPS⁶⁵. Nie ulega wątpliwości, że system przyzywowo-alarmowy powinien zostać zainstalowany w taki sposób, aby umożliwiał każdej osobie dostęp do włącznika takiego systemu. Liczba włączników systemu powinna odpowiadać liczbie łóżek i umożliwiać swobodny dostęp do włącznika z każdego łóżka. Instalacja przywoławcza powinna być zawsze sprawna i łatwo dostępna w każdym pomieszczeniu użytkowanym przez mieszkańców. Umiejscowienie instalacji w placówce jest нефunkcjonalne i eliminuje możliwość wezwania pomocy przez każdą osobę zamieszkujejącą dom.

137. **KMPT zaleca montaż instalacji alarmowo-przyzywowej w taki sposób, by przyciski przyzywowe były dostępne dla każdego mieszkańca.**

138. Z uwagi na fakt, że dyżur nocny pełni tylko jedna opiekunka, a w domu dochodzi często do zdarzeń niepożądanych, w ocenie KMPT personel powinien być wyposażony w indywidualne urządzenia alarmujące, tak by w szybkim czasie móc wezwać na pomoc opiekunów z innych domów.

139. **KMPT rekomenduje wyposażenie placówki w system antynapadowy.**

140. Dom nie ma własnej kuchni. Posiłki dostarczane są w formie cateringu. W dokumentacji medycznej mieszkańca chorującego na fenyloketonurię znajdują się wpisy lekarza o następującej treści: „Posiłki przygotowywane przez firmę cateringową. Problem ze współpracą odnośnie modyfikacji diety”; „Wyższe stężenia wynikają prawdopodobnie z błędu dietetycznego, pacjent otrzymuje wysokobiałkowe jogurty, jajka, zupy na mięsie”. W zaleceniach zaś: „Bezwzględnie konieczna wiadomość na temat jadłospisu pacjenta i założeń dietetycznych z ilością białka i kalorii”.

141. Również z protokołów ze spotkań Rady Mieszkańców wynika, że omawianie posiłków było częstym ich tematem. Mieszkańcy zgłaszali, że pudełka, w których przewożone jest jedzenie, są połamane i cuchną, oraz sygnalizowali, że nie

⁶⁵ Zob. § 6 ust. 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia w sprawie DPS.

chcą dostawać stale twarogu. Część mieszkańców wskazywała na niedostateczną ilość chleba.

142. Również Sanepid w 2024 r. w protokole z kontroli sanitarnej interwencyjnej wskazał na niewłaściwy stan higieniczny pojemnika do przewożenia żywności dostarczanej przez firmę cateringową. Pojemniki na kompot były brudne, jeden termos na zupe był uszkodzony. Jedzenie było niezgodne z jadłospisem.

143. **KMPT rekomenduje pilne zapewnienie mieszkańcom dobrej jakości żywienia, dostosowanego do ich stanu zdrowia, odpowiednio zbilansowanego oraz przygotowanego zgodnie z wymogami sanitarnymi.**

144. Przedstawicielki KMPT oceniły warunki bytowe wizytowanego domu jako dobre. Mieszkańcy mają możliwość urządzania swoich pokoi, posiadania zdjęć osób bliskich, ozdób. Niemniej jednak w niektórych pokojach nie było zamontowanych drzwi. Uwagę zwracały także ubytki płytek, odrapania farby, nieprzykręcone wieszaki ściennie na ubrania, pęknięcia podłogi w niektórych pomieszczeniach, zardzewiałe siedzisko do kąpeli w kabinie prysznicowej. Nie wszystkie łazienki i sanitariaty dostosowane były do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Pomocne w dostosowaniu placówek do potrzeb takich osób mogą być wytyczne opracowane przez ekspertów Fundacji Polska bez Barier i Fundacji Integracja, którzy uczestniczyli z KMPT w wizytacjach miejsc pozbawienia wolności⁶⁶.

145. **KMPT rekomenduje przeprowadzenie koniecznych remontów oraz dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.**

146. Z ustaleń poczynionych przez przedstawicielki KMPT wynika, że w DPS nie ma magazynu z odzieżą zastępczą ani zapasów środków czystości dla mieszkańców, którzy nie posiadają własnych środków na ten cel. KMPT wskazuje, że obowiązek zapewnienia odzieży, obuwia i środków czystości mieszkańcom, którzy nie mają możliwości zakupienia tych rzeczy z własnych środków, wynika z § 6 ust. 1 pkt 7 i 8 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.

147. **KMPT rekomenduje zaopatrzenie placówki w odzież zastępczą i środki czystości.**

148. Niektóre łazienki nie miały rolet czy też folii, które osłaniałyby okna podczas kąpeli mieszkańca. Nie w każdej toalecie znajdował się też papier toaletowy. Z informacji uzyskanych od kierownictwa placówki wynikało, że mieszkańcy zapychają

⁶⁶ Wymienione standardy ustalone zostały zgodnie z zasadami planowania dostępności i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT. Stanowią one o odpowiednich warunkach dla mieszkańców, które zapewnią im swobodne poruszanie się po terenie placówki oraz samodzielne korzystanie z sanitariatów. Szerzej omawiane kwestie opisane zostały w raporcie tematycznym KMPT dotyczącym OzN, dostępnym na stronie RPO: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnoscia-fizyczna-i-sensoryczna-raport-z>.

nimi toalety. W ocenie KMPT ograniczenie dostępności tego środka higienicznego narusza prawo do prywatności i godności mieszkańców. Każdy mieszkaniec powinien mieć je zagwarantowane. Jeśli mieszkańcy zapychają toalety, to personel powinien podjąć działania zaradcze, zwłaszcza edukacyjne.

149. **KMPT zaleca udostępnienie w toaletach papieru toaletowego, tak aby mieszkańcy mieli do niego nieskrępowany dostęp, a także zamontowanie w oknach łazienek rolet lub folii, które umożliwią mieszkańcom zachowanie prywatności podczas kąpieli.**

150. Placówka nie była wyposażona w AED (automatyczny defibrylator zewnętrzny). Na korzyści z wykorzystania AED (zwłaszcza użycia go na wczesnym etapie resuscytacji krążeniowo-oddechowej) wskazała Europejska Rada Resuscytacji, wydając w 2025 r. stosowne wytyczne⁶⁷, oraz CPT⁶⁸.

151. **KMPT zaleca wyposażenie DPS w AED i szkolenie kadry z jego użycia.**

VII. Inne kwestie

152. **[Zabiegi stomatologiczne mieszkańców DPS]** Kierownictwo DPS zgłosiło wizytującym problem związany z długim czasem oczekiwania na wykonanie mieszkańcom zabiegów stomatologicznych w znieczuleniu ogólnym.

153. W przypadkach, gdy stan zdrowia mieszkańca nie pozwala na podjęcie z nim współpracy w pobliskim gabinecie stomatologicznym i wykonanie niezbędnego leczenia, stomatolog zleca leczenie uzębienia w znieczuleniu ogólnym. Zabieg taki wykonać można jedynie w kilku placówkach województwa zachodniopomorskiego, mających zaplecze anestezyjologiczne⁶⁹. Wizytowany DPS współpracuje w ramach świadczeń NFZ z poradnią stomatologiczną na terenie szpitala w Szczecinie. Czas oczekiwania na pierwszą wizytę przed zabiegiem wynosi od 14 do 16 miesięcy, pomimo że większość mieszkańców ma znaczny albo umiarkowany stopień niepełnosprawności intelektualnej oraz nie może samodzielnie egzystować bez wsparcia osób trzecich, co uprawnia ich do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością⁷⁰.

154. Procedura postępowania w przypadku uzyskania zgody na leczenie stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym wygląda w ten sposób, że po uzgodnieniu terminu na wizytę przed zabiegiem placówka wydaje pisemne zaświadczenie

⁶⁷ Zob. https://www.prc.krakow.pl/wp-content/uploads/2026/01/WytResusc2025_20a.pdf.

⁶⁸ Zob. Raport CPT z wizytacji w Albanii w 2023 r., CPT/Inf (2024) 01, par. 220.

⁶⁹ Zob. <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/LeczenieStomatologiczne>.

⁷⁰ Zob. art. 47c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2025 r. poz. 615).

z potwierdzeniem wizyty. Dokument ten jest niezbędny dla sądu opiekuńczego i lekarza psychiatry w przypadku dalszego procedowania w sprawie mieszkańców nieubezprawnowolnionych, niemogących jednocześnie świadomie wyrazić zgody na zabieg. Po uzyskaniu dokumentu potwierdzającego termin wizyty mieszkaniowiec nieubezprawnowolniony jest konsultowany przez psychiatrę. Lekarz psychiatra po obserwacji stanu zdrowia psychicznego pacjenta wystawia zaświadczenie o braku możliwości wyrażenia przez niego świadomej zgody na zabieg stomatologiczny. Zaświadczenie lekarskie wraz z pisemnym potwierdzeniem wizyty stomatologicznej jest wysyłane przez pracownika socjalnego DPS do sądu opiekuńczego. Sąd opiekuńczy podejmuje decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg w znieczuleniu ogólnym. Z decyzją sądu pracownik DPS – wraz z mieszkańcem – mogą stawić się na termin wizyty przed zabiegiem. Tam lekarz stomatolog wraz z lekarzem anestezjologiem wydają skierowanie na badania laboratoryjne oraz wyznaczają termin zabiegu za ok. 5–21 dni. Bezpośrednio po wizycie wykonywane są mieszkańcowi badania laboratoryjne, a po uzyskaniu ich wyników lekarz stomatolog dokonuje weryfikacji badań, ostatecznej kwalifikacji do zabiegu oraz wydaje zgodę na zabieg.

155. W przypadku osób ubezprawnowolnionych nie ma konieczności występowania do sądu opiekuńczego o zgodę na wykonanie zabiegów. Wydaje ją opiekun prawny. Natomiast czas oczekiwania na wizytę przed zabiegiem jest taki sam i wynosi od 14 do 16 miesięcy.

156. Czas oczekiwania na zabieg stomatologiczny w znieczuleniu ogólnym przekłada się bezpośrednio na sposób traktowania osób niesamodzielnych przebywających w opiece instytucjonalnej. Konieczność przeprowadzenia kilku wizyt przed zabiegiem w przychodni stomatologicznej, która nie znajduje się w pobliżu DPS, jest uciążliwa dla mieszkańców i powoduje liczne utrudnienia organizacyjne, związane chociażby z zapewnieniem transportu czy oddelegowaniem personelu do asystowania mieszkańcowi.

157. W ocenie KMPT tak długi czas oczekiwania na zabieg stomatologiczny w znieczuleniu ogólnym jest nie do pogodzenia z prawem do ochrony zdrowia każdego człowieka, w szczególności osoby z niepełnosprawnością.

158. Na konieczność zapewnienia mieszkańcom domów opieki społecznej odpowiedniego leczenia stomatologicznego wskazuje również CPT⁷¹.

159. **KMPT zwraca się do Kierownika Poradni Stomatologicznej SPSZOZ „Zdroje” w Szczecinie z prośbą o wskazanie przyczyn długiego czasu oczekiwania na leczenie stomatologiczne mieszkańców DPS w znieczuleniu ogólnym.**

⁷¹ Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 grudnia 2020 r., CPT/Inf (2020) 41, par. 23.

VIII. Zalecenia

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

I. **Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej w Nowym Czarnowie:**

1. wyeliminowanie dyscyplinowania mieszkańców za pomocą stosowania kar i gróźb ich użycia;
2. przypomnienie personelowi o zasadach etyki zawodowej i konieczności traktowania mieszkańców z szacunkiem i godnością;
3. precyzyjne wypełnianie dokumentacji dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego w oparciu o przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;
4. zawiadamianie, zgodnie z u.o.z.p., lekarza psychiatry upoważnionego przez marszałka województwa o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego i odnotowywanie powiadomienia w dokumentacji;
5. dostosowanie procedury stosowania środków przymusu bezpośredniego do wymogów zawartych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, założenie rejestru przypadków stosowania tych środków zgodnie z wytycznymi, o których mowa w art. 18c ust. 2 u.o.z.p., oraz dokumentowanie stosowania środków przymusu bezpośredniego zgodnie z aktualnymi rodzajami i wzorami dokumentów;
6. poddawanie wszystkich nowo przybyłych mieszkańców niezależnym badaniom medycznym niezwłocznie po ich przyjęciu do placówki oraz powrocie z miejsc, gdzie mogli doznać niewłaściwego traktowania, a także dokumentowanie obrażeń zgodnie z wytycznymi Protokołu stambulskiego;
7. zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarzkiej;
8. szczegółowe wypełnianie rejestru leków podawanych doraźnie, z uwzględnieniem w szczególności daty podania i dawkowania leku oraz danych osoby decydującej o jego podaniu;
9. informowanie lekarzy zlecających leki doraźne o tym, jak często są one podawane mieszkańcom przez opiekunów, w celu weryfikacji prawidłowości stosowanej praktyki;
10. wyodrębnienie dokumentacji medycznej z akt mieszkańców oraz przechowywanie jej w sposób chroniący przed dostępem osób nieuprawnionych;
11. aktywizowanie mieszkańców mających problemy z komunikacją werbalną w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej w sposób odpowiedni do ich możliwości psychofizycznych;

12. zorganizowanie mieszkańcom terapii również w weekendy, prowadzenie terapii zajęciowej zgodnie z przyjętym tygodniowym planem pracy i tematyką zajęć oraz objęcie terapią wszystkich mieszkańców, zgodnie z rodzajem terapii dobranej do ich potrzeb i możliwości;
13. przywrócenie w placówce sali sensorycznej;
14. zapewnienie opieki psychologicznej w wymiarze odpowiadającym potrzebom mieszkańców;
15. rozważenie rozpoczęcia współpracy ze specjalistą seksuologiem w celu przekazywania rzetelnej wiedzy mieszkańcom w zakresie tematyki szeroko rozumianego życia seksualnego oraz potencjalnych negatywnych konsekwencji wynikających z podejmowanych przez nich decyzji w tym aspekcie życia;
16. staranne opracowanie i rzetelne prowadzenie Indywidualnych Planów Wsparcia;
17. analizę faktycznych potrzeb opiekuńczych i adekwatne zwiększenie liczby opiekunów na dyżurach;
18. włączenie do programu szkoleniowego tematyki związanej z pracą z osobami w konkretnej sytuacji zdrowotnej, dopasowanych do zdiagnozowanych potrzeb mieszkańców, komunikacji wspomagającej i alternatywnej, dialogu motywacyjnego, rozpoznawania symptomów przemocy wśród podopiecznych, interwencji kryzysowej, radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, ochrony praw człowieka oraz zapobiegania torturom i innym formom niewłaściwego traktowania, w tym Protokołu stambulskiego;
19. zaoferowanie personelowi superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta;
20. montaż instalacji alarmowo-przyzywowej w taki sposób, by przyciski przyzywowe były dostępne dla każdego mieszkańca;
21. wyposażenie placówki w system antynapadowy;
22. zapewnienie mieszkańcom dobrej jakości wyżywienia, dostosowanego do ich stanu zdrowia, odpowiednio zbilansowanego oraz przygotowanego zgodnie z wymogami sanitarnymi;
23. przeprowadzenie koniecznych remontów i dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami;
24. zaopatrzenie placówki w odzież zastępczą i środki czystości;
25. udostępnienie w toaletach papieru toaletowego, tak aby mieszkańcy mieli do niego nieskrępowany dostęp, a także zamontowanie w oknach

- łazienek rolet lub folii, które umożliwią mieszkańcom zachowanie prywatności podczas kąpieli;
26. wyposażenie w AED i przeszkolenie kadry z jego użycia;
 27. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia;
 28. stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza;
 29. używanie do zabezpieczenia wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.

II. Staroście powiatu gryfińskiego:

przekazanie środków finansowych na realizację zaleceń wymagających nakładów finansowych.

IX. Informacje dodatkowe

KMPT zwraca się do Kierownika Poradni Stomatologicznej SPSZOZ „Zdroje” w Szczecinie o udzielenie odpowiedzi na pytanie zawarte w pkt 159 raportu.

Opracowała: Renata Kłyż-Urbańska

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/