



Warszawa, 21.07.2026 r.

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

KMPT.573.4.2026.RKU

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji placówki całodobowej opieki – Dom Opieki „Kana” w Cieszynie**

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

1. Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)¹.

2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)² i krajowe mechanizmy prewencji. W Polsce funkcję krajowego mechanizmu prewencji wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą funkcjonującego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)³.

3. KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa-strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania

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 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1264), dalej jako: ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiejkolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁵.

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

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

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

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

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

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

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

⁸ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur 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 18–20 marca 2026 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację placówki całodobowej opieki – Dom Opieki „Kana” w Cieszynie (dalej jako: placówka, PCO).

10. W skład zespołu wizytacyjnego wchodziły: Dorota Krzysztoń (politolożka o specjalizacji prawno-kryminologicznej), Karolina Sobocińska (prawnik), Wiktoria Chachulska (prawniczka, socjolożka), Renata Kłyż-Urbańska (prawnik, kryminalistyk).

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT przeprowadziły wstępną rozmowę z dyrektorem Centrum i Ośrodka Medycznego, pod opieką którego znajduje się placówka – Krystianem Kukuczką oraz kierowniczką placówki – Anną Babik. Ponadto przedstawicielki KMPT, w ramach czynności wizytacyjnych, dokonały oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń i terenu zewnętrznego, przeprowadziły poufne rozmowy z mieszkańcami i personelem, zapoznały się z wybraną dokumentacją. Wykonane też zostały pomiary i dokumentacja fotograficzna.

12. Na koniec wizyty, w czasie rozmowy podsumowującej, delegacja KMPT przekazała swoje wstępne rekomendacje prezes Fundacji siostrze Magdalenie Jasek, dyrektorowi Centrum i Ośrodka Medycznego oraz kierownicze placówki.

13. Po zakończeniu wizytacji przedstawicielki KMPT dokonały analizy zebranych informacji i sformułowały zalecenia mające na celu wzmocnienie praw mieszkańców PCO (pkt VII).

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

III. Charakterystyka placówki

14. Podmiotem prowadzącym placówkę jest Fundacja św. Elżbiety Węgierskiej w Cieszynie. PCO działa na podstawie decyzji Wojewody Śląskiego. Zezwolenie wydano 20 listopada 2013 r. na czas nieokreślony, na prowadzenie działalności w zakresie placówki zapewniającej całodobową opiekę dla osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych lub osób w podeszłym wieku. Placówka wpisana jest do rejestru¹³ pod pozycją 27.

15. Wojewoda w decyzji zezwalającej na prowadzenie placówki określił liczbę miejsc przeznaczonych dla mieszkańców na 21 osób. Tylu też mieszkańców

¹³ Zob. <https://suw.bip.gov.pl/placowki-pomocy-spoecznej/wykaz-zarejestrowanych-placowek-zapewniajacych-calodobowa-opieke-osobom-niepelnosprawnym-przewlekle-chorym-lub-w-podeszlym-wieku-prowadzonym-w-ramach-dzialalnosci-statutowej-lub-gospodarczej-w-wojewodztwie-slaskim.html>.

przebywało w PCO w czasie wizytacji (17 kobiet i 4 mężczyzn). Pięciu mieszkańców było ubezwłasnowolnionych całkowicie.

16. W aktualnie zawieranych umowach odpłatność za pobyt wynosi 240 zł za dobę w pokoju jednoosobowym i 230 zł w pokojach wieloosobowych. Cena nie obejmuje zakupu leków, pieluch/pieluchomajtek oraz kosztu wizyt u specjalistów.

17. Mieszkańcy zakwaterowani są na parterze, w budynku wolnostojącym wielokondygnacyjnym. Teren, na którym znajduje się placówka, to kompleks budynków, w których Fundacja prowadzi m.in. dział rehabilitacji, ZOL, dzienne pobyty. Mieszkańcy przebywają w pokojach 1-, 2- i 3-osobowych. Część pokoi ma własną łazienkę. Dodatkowo wyodrębniono: jadalnię, salę do zajęć terapeutycznych, dyżurkę pielęgniarek, łazienkę ogólnodostępną, magazyn bielizny czystej, brudownik, pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia (główna pralnia i suszarnia znajdują się w kompleksie budynków i są wspólne dla pozostałych placówek). PCO nie jest objęte monitoringiem wizyjnym.

IV. Problemy systemowe

18. **[Sytuacja osób, które nie są ubezwłasnowolnione, a których stan zdrowia nie pozwala na złożenie skutecznego oświadczenia woli dotyczącego pobytu w placówce]**

19. Stronami umów zawieranych przy przyjęciu do PCO, poza kierownictwem, są mieszkańcy i opiekunowie prawni w przypadku osób ubezwłasnowolnionych. Jeśli mieszkańcy nie są ubezwłasnowolnieni, samodzielnie składają podpis na umowie bądź tuszowy odcisk palca, na zasadach określonych w art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny¹⁴. Składanie tuszowego odcisku palca jest dobrą praktyką. Należy jednak pamiętać, że ma ona zastosowanie do osób, które są w logicznym kontakcie i mogą wyrazić własne zdanie na temat woli pobytu w placówce, a jedynie z powodu braku umiejętności pisania lub fizycznej niemożności nakreślenia podpisu nie są w stanie złożyć oświadczenia w formie pisemnej.

20. Z dokumentacji jednego mieszkańca (będącego osobą nieubezwłasnowolnioną) wynikało, że złożył podpis na umowie i innej wymaganej w placówce dokumentacji w postaci tuszowego odcisku palca. W czasie przyjęcia do placówki był on jednak bez kontaktu logicznego, w przebiegu choroby Alzheimera. Mieszkaniec ten był również po udarze niedokrwiennym mózgu.

21. KMPT wskazuje na problem systemowy związany z legalnością pobytu osób, które nie są ubezwłasnowolnione i jednocześnie nie mogą w sposób świadomy wyrazić zgody na pobyt w placówkach całodobowej opieki. Zazwyczaj decyzję o tym podejmują za nich osoby najbliższe i to one załatwiają wszelkie formalności związane

¹⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 1071.

z przyjęciem do placówki. Istniejąca luka prawna i brak zabezpieczeń sprzyjają arbitralności decyzji osób podpisujących umowy (opiekunów faktycznych), które w świetle obowiązujących przepisów nie są w żaden sposób legitymowane do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia bliskich w placówce całodobowej opieki, nawet jeśli osoba taka znajduje się w złym stanie psychofizycznym i sama nie jest w stanie złożyć podpisu pod umową o świadczenie usług lub oświadczeniem woli dotyczącym pobytu. RPO na początku 2022 r. wystosował w tej sprawie wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹⁵. Z uzyskanej odpowiedzi wynika, że wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy tym resortem oraz Ministerstwem Sprawiedliwości¹⁶. Sprawa nadal pozostaje w zainteresowaniu RPO.

22. Z dokumentacji wspomnianego mieszkańca wynikało ponadto, że miesiąc po przyjęciu sąd opiekuńczy wydał postanowienie o wyrażeniu zgody na umieszczenie go w zakładzie opiekuńczo-leczniczym bez zgody (postanowienie z 28 sierpnia 2025 r.). Do czasu wizytacji (18–20 marca 2026 r.) przebywał on nadal w PCO. Z wyjaśnień osób zarządzających placówką wynikało, że nie ma możliwości przeniesienia mieszkańca do zakładu opiekuńczo-leczniczego z powodu braku wolnych miejsc. Powyższa sytuacja budzi zaniepokojenie przedstawicielek KMPT. W szczególności nasuwa się pytanie, czy stan zdrowia mieszkańca uzasadnia jego dalsze przebywanie w PCO oraz czy personel jest w stanie zapewnić mu odpowiednią opiekę.

23. KMPT wskazuje na zróżnicowanie oferty ZOL i PCO. ZOL jest placówką medyczną. Stale obecny jest w niej wykwalifikowany personel medyczny. Przebywają w nim osoby niesamodzielne, wymagające wzmożonej opieki medycznej – jednym z wyznaczników przyjęcia jest nieprzekroczenie 40 pkt w skali Barthel¹⁷. Jeśli zatem sąd orzekł o umieszczeniu mieszkańca w ZOL, to znaczy, że miał wiedzę na temat jego stanu zdrowia i uznał, iż będzie to najbardziej odpowiednia placówka dla tej osoby.

24. **KMPT zwraca się do kierownictwa placówki z pytaniem, czy mieszkaniec ten nadal przebywa w PCO, a jeśli tak, to czy ma zapewnioną**

¹⁵ Zob. wystąpienie RPO do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022; z odpowiedzi MRPIPS z 28 maja 2026 r., uzyskanej przez KMPT w sprawie KMPT.573.2.2026, w której poruszono taki sam problem, wynika, że Minister Sprawiedliwości skierował do rozpatrzenia przez Radę Ministrów projekt ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji (UD80). Projektowane przepisy wprowadzają nowe rozwiązania oparte na zastąpieniu ubezwłasnowolnienia modelem wspieranego podejmowania decyzji, stanowiąc realizację międzynarodowych standardów w zakresie ochrony osób z niepełnosprawnościami. Przepisy te będą dotyczyły również osób korzystających ze świadczeń i usług określonych w ustawie o pomocy społecznej, w tym mieszkańców PCO. Do czasu sporządzenia niniejszego raportu projektowane rozwiązania nie weszły jeszcze w życie.

¹⁶ Zob. pismo Sekretarza Stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej z 25 lutego 2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP, zamieszczone na stronie internetowej Biura Rzecznika Praw Obywatelskich: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-domy-opieki-niezdolni-do-wyrazenia-woli-mrips-odpowiedz>.

¹⁷ Narzędzie diagnostyczne służące do oceny sprawności ruchowej i samodzielności pacjenta.

adekwatną do jego stanu zdrowia opiekę medyczną. Jeśli nie – czy został przeniesiony do ZOL i jak długo trwało oczekiwanie na miejsce w ZOL?

25. **[Niestandardowe formy zabezpieczenia]** Przedstawicielki KMPT zauważyły, że w wizytowanej placówce stosuje się niestandardowe formy zabezpieczenia mieszkańców w postaci specjalnych kombinezonów, tzw. pajaców oraz pasów zabezpieczających, które uniemożliwiają osunięcie się mieszkańców z wózków.

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 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.¹⁸, w którym RPO zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym. Podobny pogląd wyraża Rzecznik Praw Pacjenta¹⁹. 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.

27. W opinii KMPT zastosowanie wobec mieszkańców placówki specjalnych zabezpieczeń w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno im samym, jak i osobom trzecim jest czasami nieuniknione. 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.**

28. **[Wskaźniki zatrudnienia]** Określone w art. 68a pkt 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej²⁰ wskaźniki zatrudnienia nie odpowiadają realnej potrzebie zapewnienia właściwej opieki mieszkańcom placówek całodobowej opieki. Aktualnie wynoszą one „nie mniej niż 1/3 pełnego wymiaru czasu pracy na jedną osobę przebywającą w placówce, nie mniej niż w wymiarze 4,5 pełnego wymiaru czasu pracy, z tym że czas pracy osoby fizycznej prowadzącej placówkę, spełniającej warunki, o których mowa w pkt 4, zalicza się w wymiarze 1/2 pełnego wymiaru czasu pracy, a w przypadku prowadzenia więcej niż jednej placówki zalicza się w wymiarze 1/2 pełnego wymiaru czasu pracy tylko w jednej placówce”.

¹⁸ Zob. wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

¹⁹ Zob. <https://www.gov.pl/web/rpp/przymus-bezposredni-a-zabezpieczenie-pozycji-pacjenta-przed-upadkiem>.

²⁰ Dz. U. z 2026 r. poz. 639 (dalej jako: u.p.s.).

29. Takie brzmienie przepisu powoduje liczne wątpliwości interpretacyjne. Przede wszystkim przepis nie określa, ilu pracowników powinno pełnić dyżur w nocy, a ilu w dzień. Nie bierze także pod uwagę stanu zdrowia mieszkańców. Wydaje się, że liczba wykwalifikowanych pracowników powinna być inna, jeśli większość mieszkańców będą stanowiły osoby sprawne fizycznie, ale pozostające w znacznie utrudnionym kontakcie z uwagi na choroby neurodegeneracyjne, a jeszcze inna, kiedy większość mieszkańców to osoby leżące. Podmioty prowadzące placówki całodobowej opieki mają obecnie dowolność w określaniu składu dobowego personelu. KMPT często obserwuje praktykę pozostawiania na nocnej zmianie tylko jednego pracownika, niekoniecznie posiadającego kwalifikacje medyczne, do opieki nad starszymi i schorowanymi osobami. Ponadto ustawowy wskaźnik zatrudnienia jest niższy od tego obowiązującego w domach pomocy społecznej²¹, a przecież działalność i rodzaj usług, które wykonują PCO, są podobne do tych świadczonych w DPS.

30. **[Częstotliwość kontrolowania placówek całodobowej opieki 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 społecznej²² 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 PCO. Jeśli wojewoda nie otrzyma sygnałów o złym funkcjonowaniu placówki, to przy niekiedy wieloletnich przerwach w kompleksowej kontroli nie ma on szans na 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. Ze strony internetowej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego nie wynika, aby kontrola kompleksowa odbyła się w wizytowanej placówce w okresie wskazanym w ww. rozporządzeniu²³.

31. 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

²¹ Zob. § 6 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 51).

²² Dz. U. z 2025 r. poz. 1065.

²³ Zob. <https://suw.bip.gov.pl/Inne/PS%20-%20podkategoria/kontrole-oddzial-ds-nadzoru-nad-placowkami-pomocy-spoecznej-psii.html>.

w należyty sposób. Kontrole wojewodów są tu o tyle istotne, że jest to jedyny urząd odpowiedzialny za wydawanie i cofanie zezwoleń na prowadzenie PCO.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Legalność pobytu

32. Podczas każdej wizytacji przedmiotem zainteresowania przedstawicieli KMPT jest kwestia legalności pobytu mieszkańców. Weryfikacji poddawana jest w szczególności ich dokumentacja indywidualna. W okazanych dokumentacjach mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie brak było postanowień sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia ich opiekunom zezwolenia na umieszczenie w placówce. Wymóg posiadania takiego orzeczenia określa wprost art. 68a pkt 1 lit. f u.p.s.

33. KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie o postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia im opiekunom zezwolenia na umieszczenie w PCO oraz weryfikowanie przy przyjęciu nowych mieszkańców, czy opiekunowie prawni mają takie orzeczenie.

B. Traktowanie

34. Z ustaleń KMPT wynika, że podczas czynności higienicznych, tj. mycia, zmiany pieluch, opiekunowie nie stosują parawanów, które zasłaniałyby mieszkańców przed wzrokiem innych osób znajdujących się w pokoju. Dodatkowo mieszkańcy niesamodzielną są myci przez opiekunów innych płci. Nie jest to sytuacja komfortowa dla niektórych mieszkańców. W ocenie KMPT należy wzmocnić ochronę mieszkańców w tym zakresie i zapewnić im poczucie godności i intymności.

35. KMPT rekomenduje używanie przez personel parawanów podczas wykonywania mieszkańcom zabiegów higienicznych oraz wprowadzenie praktyki uwzględniania preferencji mieszkańców w zakresie płci osoby wykonującej czynności higieniczne.

C. Prawo do ochrony zdrowia

36. Mieszkańcy objęci są opieką lekarską w ramach podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej przez NFZ. Placówka współpracuje z jedną z poradni zdrowia w Cieszynie. Lekarz przyjmuje pacjentów w placówce w każdą środę. W razie potrzeby udziela także konsultacji telefonicznie. W nagłych przypadkach, poza godzinami pracy przychodni, PCO korzysta z nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa, realizowanej całodobowo w weekendy i święta oraz od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 8:00 w Szpitalu Śląskim w Cieszynie.

37. Przedstawicielki KMPT ustaliły, że nie wszyscy mieszkańcy są poddawani badaniom lekarskim niezwłocznie po przyjęciu do placówki. Z dokumentacji części mieszkańców wynikało, że pierwsza wzmianka o ich kontakcie z lekarzem pojawia się po czterech, a nawet sześciu miesiącach od daty przyjęcia. Mieszkańców nie bada się także po powrocie ze szpitala czy też pobycie w miejscu zamieszkania rodziny.

38. Dodatkowo, nawet jeśli lekarz badałby osoby od razu po przyjęciu, to w wizytowanej placówce nie było procedury dotyczącej dokumentowania urazów. Została ona utworzona po wydaniu wstępnych rekomendacji po zakończeniu wizytacji. Wszelkie zauważalne zmiany stanu zdrowia, zmiany na ciele – opiekunowie zapisywali w zeszycie spostrzeżeń opiekunów.

39. Kierownictwu placówki oraz personelowi nie był również znany podręcznik ONZ dotyczący diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania – Protokół stambulski²⁴, który zawiera specjalne formularze do zamieszczania obrażeń i urazów, tzw. mapy ciała. Znajomość Protokołu stambulskiego pomaga pracownikom w wykrywaniu i dokumentowaniu przypadków niewłaściwego traktowania mieszkańców, co wzmacnia ich potencjał zawodowy.

40. KMPT zwraca uwagę, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za minimalną gwarancję chroniącą mieszkańców przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce. Na temat dokumentowania obrażeń wielokrotnie wypowiadał się CPT²⁵.

41. **KMPT zaleca przeprowadzanie badań medycznych każdego nowo przyjmowanego mieszkańca niezwłocznie po przyjęciu i dokumentowanie występujących obrażeń zgodnie z wytycznymi Protokołu stambulskiego.**

42. **KMPT, w ślad za Podkomitetem ONZ ds. Zapobiegania Torturom²⁶, zaleca również przeszkolenie personelu medycznego z Protokołu stambulskiego.**

43. Jak wskazano wyżej, lekarz internista jest obecny w placówce przez kilka godzin w środy. Z ustaleń przedstawicielek KMPT wynikało, że przyjmuje pacjentów wskazanych wcześniej przez personel placówki, z uwagi na zaobserwowane przez opiekunów albo zgłaszane przez mieszkańców dolegliwości. W PCO nie ma wizyt profilaktycznych ani kontrolnych, np. po przebytej antybiotykoterapii. W ocenie KMPT dostęp mieszkańców do lekarza w obecnym kształcie nie jest wystarczający, aby

²⁴ Jego zaktualizowana w 2022 r. wersja w języku polskim dostępna jest m.in. na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

²⁵ Zob. m.in. Raport CPT z wizyty przeprowadzonej w Polsce w dniach 5-17 czerwca 2013 r., CPT/Inf (2014) 21, p. 78.

²⁶ Zob. Raporty SPT z wizyt: w Peru, CAT/OP/PER/1, par. 20; w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, par. 46-48; w Brazylii, CAT/OP/BRA/1, par. 38-39.

regularnie monitorować ich stan zdrowia. Na ograniczoną dostępność lekarza i problemy z tym związane wskazywało również kierownictwo placówki.

44. O konieczności regularnego monitorowania stanu fizycznego mieszkańców przez personel medyczny wspomina także CPT²⁷.

45. **KMPT rekomenduje zapewnienie mieszkańcom częstszego kontaktu z lekarzem, w tym wizyt profilaktycznych oraz kontrolnych.**

46. Pielęgniarka jest obecna w PCO dwa razy w tygodniu przez godzinę lub dwie godziny. Przyjeżdża także, jeśli jej obecność jest konieczna w inne dni, np. do pobrania krwi. Do jej obowiązków należy również m.in. rozkładanie leków, dbanie o zdrowie mieszkańców, karmienie sondą, cewnikowanie, wykonywanie zastrzyków, zmiana opatrunków. W sytuacjach nagłych placówka korzysta z doraźnej pomocy pielęgniarek zatrudnionych w ZOL, znajdującym się w tym samym budynku. Oprócz tego w PCO zatrudnieni są opiekunowie medyczni. Zakres ich uprawnień jest zdecydowanie węższy od pielęgniarskich. Zdarza się, że na dyżurze nocnym nie ma personelu mającego kwalifikacje medyczne.

47. W ocenie KMPT stan zdrowia mieszkańców placówki uzasadnia potrzebę całodobowego ich monitorowania przez personel medyczny. Część z nich wymaga cewnikowania, zakładania wkłuc do kroplówek, doraźnego podawania leków. Zdarza się także, że mieszkańcy grupowo chorują, np. wymiotują i mają biegunkę. Opieka nad mieszkańcami wymaga wiedzy i kwalifikacji medycznych oraz powinna być sprawowana całodobowo. Przyjęte rozwiązanie korzystania doraźnie z pomocy personelu medycznego z ZOL nie zapewnia gwarancji bezpieczeństwa mieszkańców PCO. Nie daje ich też dwugodzinna tygodniowa obecność pielęgniarki kontraktowej w placówce. Przede wszystkim w przypadku dłuższej nieobecności pielęgniarki kontraktowej nie ma, poza pielęgniarką z ZOL, żadnego personelu medycznego, który podjąłby szybką reakcję na zagrożenia zdrowia lub życia mieszkańców. Trudno też oczekiwać, że pielęgniarki z ZOL pojawią się w placówce szybko, jeśli same będą wykonywały pilne obowiązki w ZOL. Pojawia się też pytanie, czy zakres ich obowiązków im na to pozwala.

48. Na konieczność zapewnienia całodobowej opieki pielęgniarskiej w ciągu doby w placówkach opieki wskazuje także CPT²⁸.

49. **KMPT zaleca zapewnienie całodobowej obsady pielęgniarskiej.**

50. Przedstawicielki KMPT ustaliły, że niektórym mieszkańcom, mającym problem z połykaniem, leki podawane są w formie rozkruszonej (najczęściej w zmiksowanych pokarmach).

²⁷ Standardy CPT, Persons deprived of their liberty in social care establishments, 21 grudnia 2020 r., CPT/Inf (2020)41, par. 20.

²⁸ Standardy CPT, Persons deprived of their liberty in social care establishments, 21 grudnia 2020 r., CPT/Inf (2020)41, par. 19; raport z wizyty CPT we Włoszech w 2022 r., CPT/Inf (2023) 5, par. 252.

51. KMPT od lat odnotowuje podczas wizytacji prewencyjnych praktykę rozkruszania leków i podawania ich w jedzeniu. Czasami odbywa się to bez wiedzy mieszkańców. Zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego²⁹, rozkruszanie lekarstw nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nich zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować. Dodatkowo zastanowienia wymaga, czy łączenie niektórych leków z pokarmami nie wpływa na ich działanie.

52. KMPT zauważa, że zgodnie z art. 68a pkt 1 lit. d tiret 2 i 3 u.p.s. dokumentacja medyczna powinna obejmować m.in. zalecenia lekarskie oraz ewidencję korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki, ze wskazaniem daty i zakresu tych świadczeń oraz danych świadczeniodawcy udzielającego świadczeń zdrowotnych. Niezależnie zatem od tego, czy lekarz prowadzi w przychodni odrębną dokumentację pacjentów, odpowiednie zalecenia związane z udzielanymi w placówce świadczeniami medycznymi powinny być odzwierciedlone także w dokumentacji przechowywanej w placówce. W okazanych przedstawicielkom dokumentacjach medycznych brak było zaleceń lekarskich co do rozkruszania lekarstw mieszkańcom.

53. **KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji medycznej mieszkańców, którym podawane są rozkruszane leki, o zalecenia lekarskie umożliwiające podanie leku w tej formie, które będą opatrzone pieczętą, datą i podpisem lekarza.**

54. Z dokumentacji medycznej wynikało, że niektórzy mieszkańcy powinni mieć specjalne diety, np. cukrzycową. Niektórym należy dodatkowo mieć/miksować posiłki. Okazany przedstawicielkom jadłospis nie zawiera podziału na różne rodzaje diet. Niektóre posiłki mają dodatkowe oznaczenie literą „D”, co może oznaczać, że ten właśnie posiłek jest dietetyczny. Przykładowo, na obiad 17 marca 2026 r. mieszkańcy mieli serwowaną zupę z fasolki szparagowej, ziemniaki z mortadela smażoną/D duszoną, surówkę z selera/D, bukiet warzyw i kompot. Ponadto z jadłospisu wynika, że dieta mieszkańców uboga jest w świeże owoce i warzywa, a także dobrej jakości, nieprzetworzone produkty. Śniadania i kolacje w dniach 14, 17, 18–23 marca 2026 r. nie zawierały w ogóle świeżych warzyw i owoców. Dominują kielbasy, parówki, sery żółte, sery kanapkowe, konserwy. Uwagę zwracają także flaczki na kolację 19 marca 2026 r. Jest to danie specyficzne, ciężkostrawne i nieodpowiednie dla osób starszych,

²⁹ Zob. Raport tematyczny KMPT „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, s. 109-111; dostępny na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/raport-kmpt-prawa-mieszkancow-domow-pomocy-spoecznej>.

mających problemy z przeżuwaniami. Zachodzi wątpliwość, czy posiłki podawane mieszkańcom są pełnowartościowe, właściwie zbilansowane i odpowiednie dla osób chorujących np. na cukrzycę czy mających problemy gastryczne.

55. KMPT rekomenduje ustalanie jadłospisu w porozumieniu z dietetykiem i lekarzem, w oparciu o indywidualne zalecenia lekarskie dla każdego mieszkańca, z rozróżnieniem na poszczególne diety, oraz przestrzeganie go.

56. Ustalenia KMPT w kontekście wyżywienia wskazują też, że część osób otrzymuje w wizytowanej placówce posiłki w formie zmiksowanej. W przeszłości KMPT zwracało uwagę na sposób przygotowania posiłków dla osób odżywianych tzw. dietą papkową³⁰, które powinny mieć postać specjalnie przygotowanego dania, umożliwiającego łatwe przełykanie, wzbogaconego o produkty białkowe.

57. KMPT zwraca się do kierownictwa placówki z pytaniem, według jakich zasad organizowane jest żywienie dla osób mających trudności z połykaniem oraz czy o podawaniu posiłków w formie zmiksowanej decyduje lekarz.

D. Dokumentacja

58. Personel opiekuńczy prowadzi zeszyt spostrzeżeń, gdzie zamieszczane są raporty z dyżurów dziennych i nocnych. Zawierają one wpisy m.in. na temat wizyt lekarskich, konsultacji telefonicznych z lekarzem, podaży leków mieszkańcom, informacji o wykonanych czynnościach pielęgnacyjnych, spostrzeżeń opiekunów dotyczących zachowania mieszkańców.

59. W zeszycie znalazły się też wpisy, które wzbudziły zaniepokojenie przedstawicieli KMPT, m.in.:

- z raportu nocnego z 28 lutego / 1 marca 2026 r.: „[...] biegunka, wymioty, temp. ciała w normie. Po konsultacji z pielęgniarką z ZOL1 podano domięśniowo Metodopramidum 0,05% (2 ml) [...]”;
- z raportu nocnego z 27/28 lutego 2026 r.: „[...] po konsultacji z pielęgniarką z ZOL I podłączona została kroplówka Optylite 500 ml [...]”;
- raport z dyżuru dziennego 28 lutego 2026 r.: „[...] podłączono wlew kroplowy Optylite 500 ml [...]”.

60. Wpisy te zamieściły opiekunki, które nie mają wykształcenia medycznego. W trakcie wizytacji uzyskano od kierowniczkę placówki wyjaśnienia, że kroplówki i leki

³⁰ Zob. np. Raport RPO z działalności KMPT w 2015 r., s. 108, dostępny na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Raport%20RPO%20KMP%202015.pdf>; w którym wskazywano na zasady tego rodzaju żywienia po wizytacji KMPT w dwóch placówkach, w których regułą było miksowanie wszystkich dań w jeden posiłek.

domięśniowe zawsze podawane są przez personel medyczny i nie ma możliwości, aby zajmowali się tym opiekunowie.

61. KMPT zwraca uwagę, że niespójność oraz braki w prowadzonej dokumentacji dotyczącej tego, kto wykonuje poszczególne czynności związane z mieszkańcami, wpływają negatywnie na transparentność działań PCO oraz utrudniają analizę jego funkcjonowania. Nieprecyzyjnie zamieszczone wpisy mogą sugerować, że opieka nad mieszkańcami jest sprawowana w niewłaściwy sposób. Zachodzi też ryzyko, że lekarstwa są podawane przez osoby do tego nieuprawnione, co może zagrażać zdrowiu i życiu mieszkańców.

62. W PCO prowadzony jest także „Wykaz przepustek”. Z analizy tego rejestru wynikało, że nie wszystkie rubryki były wypełniane przez personel. W przypadku dwóch wyjść mieszkańców poza placówkę nie wpisano albo daty i godziny rzeczywistego powrotu, albo podpisu osoby przejmującej opiekę. W uwagach zamieszczane są podpisy osób, pod opieką których mieszkańcy wracają do placówki. Nie zawsze rubryki te były wypełnione.

63. Po wizytacji kierownictwo placówki poinformowało KMPT o uzupełnieniu dokumentacji.

64. **KMPT rekomenduje szczegółowe i skrupulatne prowadzenie dokumentacji sporządzanej w placówce, w szczególności dokonywanie wpisów o tym, kto, kiedy i w jakiej dawce podał lekarstwa mieszkańcom, wprowadził dożylnie wkłucie do podaży kroplówki albo wykonał zastrzyk domięśniowy.**

E. Kontakt ze światem zewnętrznym oraz aktywizacja mieszkańców

65. Niewątpliwie mocną stroną placówki są podejmowane przez kierownictwo działania na rzecz aktywizacji mieszkańców. Są oni odwiedzani m.in. przez wolontariuszy, dzieci z przedszkola. Zapraszani są profesjonalni muzycy, kucharze, odbywają się warsztaty tematyczne. Latem w ogrodzie organizowane są koncerty i nabożeństwa. Mieszkańcy mają możliwość uczestniczenia w wycieczkach. W tygodniu mają także zapewnione zajęcia terapeutyczne oraz ćwiczenia z fizjoterapeutą. Wykonywana jest rehabilitacja przyłóżkowa. Natomiast w weekendy zajęcia z mieszkańcami nie są prowadzone.

66. CPT podaje, że za minimum w zakresie organizacji czasu mieszkańców uznać należy zagwarantowanie mieszkańcowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia³¹.

67. **KMPT zaleca organizację zajęć mieszkańcom także w weekendy.**

68. Otworzenie drzwi wejściowych w placówce jest możliwe po wpisaniu kodu, który nie jest znany mieszkańcom. Samodzielnie poza budynek mieszkalny

³¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, par. 171 oraz Macedonii Północnej, CPT/Inf (2024) 17, par. 199.

mogą wychodzić niektórzy mieszkańcy, po zgłoszeniu takiego zamiaru opiekunom. Inne osoby, z uwagi na ich stan zdrowia lub obawę ucieczki, nie wychodzą samodzielnie. Brak jest też wystarczającej liczby pracowników, którzy mogliby systematycznie pełnić nadzór nad wszystkimi mieszkańcami na dworze. Zarazem jednak w analizowanej dokumentacji mieszkańców nie było ograniczeń możliwości samodzielnego opuszczania przez nich terenu placówki oraz stosownych zaświadczeń lekarskich, o których mowa w art. 68 ust. 2a u.p.s.³²

69. KMPT wskazuje, że ograniczanie mieszkańcom samodzielnego wyjścia poza teren placówki jest możliwe wyłącznie w oparciu o przesłanki i zasady wskazane w art. 68 ust. 2a i nast. u.p.s.

70. **KMPT rekomenduje dokonanie analizy sytuacji zdrowotnej mieszkańców pod kątem zasadności ograniczenia im możliwości swobodnego wyjścia poza teren placówki i prowadzenie dokumentacji w tym zakresie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej.**

71. Możliwość spacerowania w okresie jesienno-zimowym jest znacznie ograniczona. Nie ma możliwości przebywania codziennie na świeżym powietrzu. Osoby leżące co do zasady nie są wywożone na zewnątrz. Personel stara się wychodzić na spacer z tymi osobami, które można umieścić na wózku. Kierownictwo planuje, by w przyszłości umożliwić mieszkańcom leżącym wyjście na teren placówki co najmniej raz w tygodniu.

72. CPT wskazuje, że mieszkańcy powinni mieć możliwość codziennej aktywności na świeżym powietrzu, jeśli warunki pogodowe temu sprzyjają³³. KMPT w pełni podziela tę rekomendację i wskazuje, że nie ma żadnych przeszkód, aby mieszkańcy wychodzili na zewnątrz również w zimie, jeśli ich stan zdrowia im na to pozwala i są ku temu sprzyjające warunki pogodowe, zwłaszcza że placówka dysponuje rozległym terenem zewnętrznym, na którym znajdują się altany z miejscami siedzącymi, chroniące przed opadami deszczu i słońcem.

73. **KMPT rekomenduje, aby umożliwiać mieszkańcom spędzanie czasu na świeżym powietrzu niezależnie od pory roku.**

74. Z pozyskanych przez przedstawicielki KMPT informacji wyłoniła się wątpliwość, czy oddziaływaniami terapeutycznymi są objęci wszyscy mieszkańcy leżący oraz z jaką częstotliwością oferowane będą im zajęcia wobec zatrudnienia nowej osoby na stanowisku terapeutki, która w okresie wizytacji organizowała dopiero swój harmonogram działań. Zgodnie z art. 68 ust. 3 pkt 2 u.p.s., usługi opiekuńcze świadczone w placówce obejmować powinny m.in. organizację czasu wolnego.

³² Dz. U. z 2026 r. poz. 639.

³³ Standardy CPT, Persons deprived of their liberty in social care establishments, 21 grudnia 2020 r., CPT/Inf(2020)41, par. 12; raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2023 r., CPT/Inf(2024)06, par. 66; raport CPT z wizyty w Albanii w 2023 r., CPT/Inf(2024)01, par. 208.

Organizacja czasu wolnego nie stanowi dodatkowego obszaru działalności placówek opiekuńczych. Ustawodawca zaliczył ją do niezbędnego minimum w zakresie opieki nad osobami z niepełnosprawnością, przewlekłe chorymi lub osobami w podeszłym wieku. Jest to niezwykle istotny obszar mający wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne mieszkańców. Brak odpowiednio zaplanowanej i przeprowadzonej terapii zajęciowej i innych aktywności dostosowanych do potrzeb mieszkańców w połączeniu z brakiem możliwości swobodnego wychodzenia na zewnątrz budynku prowadzi do znacznego obniżenia kompetencji intelektualnych i społecznych, apatii i pogorszenia zdrowia psychicznego.

75. Oddziaływania terapeutyczne powinny być dostępne dla wszystkich mieszkańców i uwzględniać ich indywidualne możliwości. Poza oczywistymi korzyściami w aspekcie zdrowia fizycznego mieszkańcy będący w ciężkim stanie mają możliwość doświadczania świata w ten sposób. Jak wskazano wyżej, na znaczenie odpowiedniej organizacji czasu wolnego dla mieszkańców placówek opiekuńczych zwraca uwagę także CPT, jako minimum określając włączenie każdego mieszkańca w co najmniej jedną zorganizowaną aktywność dziennie.

76. **KMPT rekomenduje objęcie oddziaływaniami terapeutycznymi również mieszkańców leżących.**

F. Warunki bytowe

77. W placówce panują bardzo dobre warunki bytowe. Wszyscy mieszkańcy mają zapewniony taki sam standard wyposażenia – jednakowe umeblowanie, łóżka rehabilitacyjne, telewizory. Mieszkańcy mają możliwość spersonalizowania swoich pokoi, posiadania zdjęć osób bliskich, kwiatów, książek i ozdób. Mieszkańcy, którzy mają własne telefony komórkowe i są w stanie z nich korzystać, mogą mieć je przy sobie. W placówce każdy mieszkaniec ma zapewnioną własną miskę do mycia i dwie pary ręczników. W toaletach nie brakuje środków czystości, papieru toaletowego. Placówka zapewnia pieluchy/pieluchomajtki wysokiej jakości i chłonności. Dla każdego mieszkańca korzystającego z takiego zaopatrzenia przeznaczone jest minimum 3 sztuki dziennie. Jeśli istnieje potrzeba, zwiększa się tę liczbę. Wprowadzono także bardzo praktyczne rozwiązanie polegające na naprasowywaniu na ubrania mieszkańców niezmywalnych naklejek z oznaczeniem ich imienia i nazwiska. Zapobiega to zgubieniu lub kradzieżom odzieży. Ubrania są na bieżąco prane i składane. Podczas oglądu placówki przedstawicielki KMPT zauważyły, że były one skompletowane, w odpowiedniej ilości i uporządkowane w szafach mieszkańców. W wizytowanej placówce bardzo dba się o czystość.

78. PCO posiada instalację alarmowo-przyzywową. Była ona sprawna w czasie wizytacji, jednakże montaż niektórych urządzeń znajdował się poza zasięgiem rąk mieszkańców. Uniemożliwia to szybkie wezwanie pomocy przez mieszkańca.

79. **KMPT rekomenduje dokonanie przeglądu instalacji alarmowo-przyzywowej w pokojach mieszkańców i zamontowanie ich w miejscu umożliwiającym łatwe skorzystanie z urządzenia przywoławczego.**

80. Wizytowana placówka nie jest w pełni przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Uwagę zwraca mała przestrzeń manewrowa dla osób poruszających się na wózkach w jadalni, sali terapeutycznej i w pokojach. Pokoje te spełniają co prawda normę powierzchniową (jeden z 3-osobowych pokoi miał normę graniczną 17,2 m²), ale są wąskie, co uniemożliwia swobodne poruszanie się wózkiem albo za pomocą balkonika.

81. 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 wolności³⁴.

82. **KMPT rekomenduje pełne dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.**

83. Na korytarzu głównym znajduje się tablica informacyjna. Na niej dostępny jest Regulamin oraz informacje, o których mowa w art. 68a pkt 3 u.p.s. Informacje te spisane były jednak czcionką uniemożliwiającą ich przeczytanie osobom słabowidzącym. Brak było jednocześnie innych przydatnych mieszkańcom informacji, jak jadłospis, plan dnia i tygodniowy rozkład zajęć, harmonogram imprez w placówce oraz organizowanych przez podmioty zewnętrzne.

84. **KMPT rekomenduje zamieszczenie na tablicy ogłoszeń informacji przydatnych mieszkańcom w ich codziennym funkcjonowaniu i wydrukowanie ich większą czcionką.**

85. Ostatni posiłek w placówce mieszkańcy otrzymują o godzinie 17.00. Nie mają wiedzy na temat możliwości otrzymania dodatkowego posiłku, jeśli będą głodni. Tymczasem zgodnie z art. 68 ust. 6 pkt 2 u.p.s. ostatni posiłek nie powinien być podawany wcześniej niż o godzinie 18.00.

86. **KMPT zaleca stosowanie się do art. 68 ust. 6 pkt 2 u.p.s. i przypominanie mieszkańcom o możliwości poproszenia o dodatkowy posiłek.**

87. Każdy mieszkaniec ma zaplanowaną jedną kąpiel w tygodniu. Oprócz tego wykonywana jest codziennie toaleta. W ocenie KMPT liczba kąpieli nie jest wystarczająca. Każdy powinien mieć możliwość skorzystania z prysznica codziennie.

³⁴ 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 pod terenie placówki oraz samodzielne korzystanie z sanitariatów. Szerzej omawiane kwestie opisane zostały w raporcie tematycznym KMPT dotyczącym osób z niepełnosprawnościami, dostępnym na stronie RPO: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnoscia-fizyczna-i-sensoryczna-raport-z>.

Jest to istotne zwłaszcza w okresach letnich. KMPT ma świadomość ograniczeń kadrowych i tego, że nie zawsze stan zdrowia mieszkańców leżących będzie na to pozwalał, jednak częstotliwość kąpieli stanowczo powinna ulec zwiększeniu. Również CPT zaleca zapewnienie mieszkańcom co najmniej dwóch pryszniców w tygodniu³⁵.

88. **KMPT rekomenduje zwiększenie częstotliwości kąpieli mieszkańców.**

G. Personel

89. Kierownictwo placówki poinformowało pisemnie KMPT o szkoleniach pracowniczych, które odbyły się w latach 2024–2026. Wymieniono 4 szkolenia, w tym okresowe z BHP i RODO. Pozostałe dwa dotyczyły tematyki demencji: „Demencja 360° – pozytywne podejście w opiece” oraz „Prawidłowa i bezpieczna postawa ciała przy pracy z podopiecznym, zapobiegająca urazom kręgosłupa”. W 2026 r. zaplanowano 5 szkoleń tematycznych, dotyczących m.in. profilaktyki stresu i wypalenia zawodowego, postępowania w sytuacjach trudnych w pracy z pacjentem i jego rodziną, ćwiczeń z osobami starszymi, w tym z demencją. PCO nie zapewnia personelowi superwizji.

90. W ocenie KMPT dotychczasowa liczba szkoleń personelu nie odpowiada ich rzeczywistym potrzebom i trudnym sytuacjom, z którymi spotykają się na co dzień w pracy. Opieka nad mieszkańcami będącymi osobami starszymi, schorowanymi, w szczególności mającymi schorzenia neurodegeneracyjne, jest bardzo obciążająca. Pojawiają się u tych mieszkańców zachowania trudne do przewidzenia albo cechujące się uporczywością. Z zeszytu spostrzeżeń opiekunów wynika także, że u niektórych mieszkańców dochodzi do autostymulacji przy innych mieszkańcach.

91. KMPT od lat podkreśla, że tylko odpowiednio dobrany i wyszkolony personel jest w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki. Stanowi też skuteczną gwarancję chroniącą mieszkańców przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem. Dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu oraz możliwości codziennego kontaktu z mieszkańcami na bieżąco monitoruje ich zachowania i wyłapuje niepokojące sygnały świadczące o złym traktowaniu. Może także podjąć skuteczne środki zaradcze w przypadku stwierdzenia niepokojących zdarzeń (np. przez podjęcie interwencji, udzielenie pomocy czy zgłoszenie przełożonym swoich obaw i podejrzeń).

92. **KMPT zaleca rozszerzenie katalogu szkoleń o cykliczne spotkania o tematyce związanej ze sposobami radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym mieszkańcem, zachowaniami seksualnymi mieszkańców, interwencją kryzysową, dialogiem motywacyjnym oraz międzynarodowymi standardami w zakresie ochrony praw człowieka,**

³⁵ Standardy CPT, Persons deprived of their liberty in social care establishments, 21 grudnia 2020 r., CPT/Inf (2020) 41, par. 14.

ukierunkowanymi na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

93. **KMPT zaleca też organizowanie superwizji dla chętnego personelu.**

94. Zgodnie z przyjętym w placówce Regulaminem, a także postanowieniami zawartymi w umowie, PCO świadczy mieszkańcom usługi terapeutyczne polegające na umożliwieniu wsparcia psychologicznego. Kierownictwo PCO podaje, że dla potrzebujących mieszkańców organizowane są konsultacje z psychologiem, jednak wizyty nie są w żaden sposób ewidencjonowane, przez co trudno jest ocenić ich częstotliwość. Z ustaleń przedstawicielek KMPT wynika, że większość mieszkańców nie korzystała z pomocy psychologa i nie miała wiedzy o takiej możliwości. Pomoc psychologa nie jest oferowana także w okresie adaptacji, kiedy mieszkańcy zmagają się z silnymi emocjami, smutkiem, żalem związanym z opuszczeniem własnego domu. Rozmówcy wskazywali, że psycholog nie odwiedza ich w pokojach, nie zapoznaje się z nimi przy przyjęciu.

95. W ocenie KMPT wsparcie psychologiczne jest niezbędne, szczególnie w początkowym okresie pobytu – podczas zmiany otoczenia i rozstania z bliskimi – kiedy to u mieszkańca z dużym prawdopodobieństwem może wystąpić poczucie zagubienia, stany depresyjne i lękowe, zamykanie się w sobie oraz niechęć do nawiązywania kontaktów. U nowo przyjmowanej do placówki osoby może wtedy pojawić się uczucie silnego oporu wewnętrznego przed diametralną zmianą dotychczasowej sytuacji życiowej. Możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej niewątpliwie polepszyłaby ogólne samopoczucie i codzienne funkcjonowanie mieszkańców w placówce. Psycholog może także stanowić wsparcie dla pracowników.

96. Na zasadność zapewnienia odpowiedniej opieki psychologicznej osobom przebywającym m.in. w placówkach opiekuńczych wskazuje również SPT, zauważając, że regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób przebywających w placówkach ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania. W związku z tym rekomenduje się, aby władze uwzględniły rutynowe badania w zakresie zdrowia psychicznego podczas badań lekarskich po umieszczeniu w miejscu zatrzymania (rozumianym także jako dom opieki)³⁶.

97. **Krajowy Mechanizm rekomenduje realne zapewnienie mieszkańcom wsparcia psychologicznego, zgodnie z postanowieniami zawartymi w umowie i przyjętym Regulaminem.**

H. Procedury i mechanizm skargowy

98. W czasie wizytacji placówka nie miała spisanych procedur dotyczących składania skarg i wniosków, przyjęcia nowego mieszkańca, odnotowywania obrażeń,

³⁶ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, par. 30 i 32.

postępowania w przypadku pojawienia się odleżyn, agresji i autoagresji, zdarzeń niepożądanych, zgłoszenia przemocy. Po wizytacji kierownictwo PCO poinformowało pisemnie KMPT o utworzeniu procedur przyjęcia nowego mieszkańca (uwzględniającej m.in. oględziny ciała w celu odnotowania ewentualnych obrażeń), postępowania w przypadku odleżyn i okresowej oceny pracownika (uwzględniającej potrzeby szkoleniowe).

99. KMPT z zadowoleniem przyjmuje wolę współpracy kierownictwa placówki w celu zapewnienia mieszkańcom właściwego traktowania i docenia szybką reakcję na ustne zalecenia KMPT przedstawione podczas wizytacji. Działania te wskazują na zrozumienie, że wprowadzenie jednolitego standardu postępowania pozwala unikać błędnych decyzji, które mogą mieć negatywny wpływ na bezpieczeństwo nie tylko mieszkańców placówki, lecz także pracowników. Ustalenie spójnego sposobu działania ma szczególne znaczenie zwłaszcza w sytuacjach, gdy pracownik zmuszony jest do działania w stresie, w sytuacji nieprzewidzianej, np. kiedy zachodzi potrzeba uspokojenia pobudzonego mieszkańca. Ponadto jest to pomocne nowo zatrudnionym pracownikom w okresie wdrożeniowym. Istnieje zatem potrzeba dalszej pracy nad wprowadzeniem określonych procedur w placówce.

100. KMPT rekomenduje opracowanie procedur dotyczących składania skarg i wniosków, postępowania w przypadku zachowań agresywnych i autoagresywnych mieszkańców oraz wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

101. Mieszkańcy ze swoimi prośbami zwracają się bezpośrednio do personelu. Fundacja dysponuje Książką skarg i zażaleń, ale obejmuje ona wpisy ze wszystkich podmiotów, które prowadzone są przez Fundację. PCO nie ma własnego rejestru. W książce tej zawarto tylko dwa wpisy, w 2011 r. i 2012 r. Nie dotyczyły one PCO.

102. Fundacja posiada także wspólną dla wszystkich placówek skrzynkę umożliwiającą anonimowe złożenie skargi. Jest ona umiejscowiona poza budynkiem przeznaczonym dla wizytowanej placówki.

103. Jak wskazuje Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom, efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności. Mogą bowiem nie tylko łagodzić napięcia między mieszkańcami a personelem, lecz także przyczynić się do budowania pozytywnych relacji przez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie. Dlatego też mieszkańcy placówki oraz ich rodziny powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do osób lub organów rozpatrujących skargi. Ponadto Komitet podkreśla, że brak skarg nie musi być koniecznie uznawany za

zjawisko pozytywne. Przeciwnie, może to oznaczać niebezpieczne środowisko w placówce lub brak zaufania do systemu skargowego³⁷.

104. Pomimo istnienia wspólnej Książki skarg i zażaleń KMPT rekomenduje wyodrębnienie osobnego rejestru skargowego dla PCO oraz zamontowanie wewnątrz PCO skrzynki skarg i wniosków, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. wyznaczony pracownik administracyjny). Skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze skargowym.

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, KMPT zaleca Zarządowi Fundacji św. Elżbiety Węgierskiej:

1. uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie o postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia ich opiekunom zezwolenia na umieszczenie w PCO oraz weryfikowanie przy przyjęciu nowych mieszkańców, czy opiekunowie prawni mają takie orzeczenie;
2. używanie przez personel parawanów podczas wykonywania mieszkańcom zabiegów higienicznych oraz wprowadzenie praktyki uwzględniania preferencji mieszkańców w zakresie płci osoby wykonującej czynności higieniczne;
3. przeprowadzanie badań medycznych każdego nowo przyjmowanego mieszkańca niezwłocznie po przyjęciu i dokumentowanie występujących obrażeń zgodnie z wytycznymi Protokołu stambulskiego;
4. zapewnienie mieszkańcom częstszego kontaktu z lekarzem, w tym wizyt profilaktycznych oraz kontrolnych;
5. zapewnienie całodobowej obsady pielęgniarskiej w placówce;
6. uzupełnienie dokumentacji medycznej mieszkańców mających rozkruszone leki o zalecenia lekarskie umożliwiające podanie leku w tej formie, które będą jednocześnie opatrzone pieczęcią, datą i podpisem lekarza;
7. ustalanie jadłospisu w porozumieniu z dietetykiem i lekarzem, w oparciu o indywidualne zalecenia lekarskie dla każdego mieszkańca z rozróżnieniem na poszczególne diety, oraz przestrzeganie go;
8. szczegółowe i skrupulatne prowadzenie dokumentacji sporządzanej w placówce, w szczególności dokonywania wpisów o tym, kto, kiedy i w jakiej

³⁷ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2018) 4, par. 91].

- dawce podał lekarstwa mieszkańcom, wprowadził dożylnie wkłucie do podaży kroplówki albo wykonał zastrzyk domięśniowy;
9. dokonanie analizy sytuacji zdrowotnej mieszkańców pod kątem zasadności ograniczenia im możliwości swobodnego wyjścia poza teren placówki i prowadzenie dokumentacji w tym zakresie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej;
 10. umożliwienie mieszkańcom spędzania czasu na świeżym powietrzu niezależnie od pory roku;
 11. organizowanie zajęć dla mieszkańców również w weekendy;
 12. objęcie oddziaływaniami terapeutycznymi również mieszkańców leżących;
 13. dokonanie przeglądu instalacji alarmowo-przyzywowej w pokojach mieszkańców i zamontowanie jej w miejscu umożliwiającym łatwe skorzystanie z urządzenia przywoławczego;
 14. pełne dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami;
 15. zamieszczenie na tablicy ogłoszeń informacji przydatnych mieszkańcom w ich codziennym funkcjonowaniu oraz wydrukowanie ich większą czcionką;
 16. stosowanie się do art. 68 ust. 6 pkt 2 u.p.s. oraz cykliczne przypominanie mieszkańcom o możliwości poproszenia o dodatkowy posiłek;
 17. zwiększenie częstotliwości kąpieli mieszkańców;
 18. rozszerzenie katalogu szkoleń o cykliczne spotkania o tematyce związanej ze sposobami radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym mieszkańcem, zachowaniami seksualnymi mieszkańców, interwencją kryzysową, dialogiem motywacyjnym oraz międzynarodowymi standardami w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanymi na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;
 19. zapewnienie superwizji dla chętnych pracowników;
 20. realne zapewnienie mieszkańcom wsparcia psychologicznego, zgodnie z przyjętym Regulaminem i postanowieniami umownymi;
 21. opracowanie procedur dotyczących składania skarg i wniosków, postępowania w przypadku zachowań agresywnych i autoagresywnych mieszkańców oraz wystąpienia zdarzeń niepożądanych;
 22. wyodrębnienie osobnego rejestru skargowego dla PCO oraz zamontowanie wewnątrz budynku skrzynki skarg i wniosków;
 23. 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.

VII. Informacje dodatkowe

Na podstawie art. 20 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w pkt 24 i 57 raportu.

Opracowała: Renata Kłyż-Urbańska

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/