



Warszawa, 11-08-2026 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.573.7.2026.WCh

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Placówki Całodobowej Opieki „Dom Spokojnej Starości św. Proroka
Eljasza” w Białymstoku**

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

¹ Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim: Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).

² Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), zob. <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 ze zm.).

organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. Z kolei 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 przedstawianie 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

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

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

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

⁹ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z dnia 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, par. 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.

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

II. Wprowadzenie

9. W dniach 20-21 kwietnia 2026 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Placówki Całodobowej Opieki „Dom Spokojnej Starości św. Proroka Eliasza”, znajdującej się przy ul. Ks. Aleksandra Tomkowida 6 w Białymstoku (dalej: PCO, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodził: Karina Balicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego), Renata Kłyż-Urbańska (prawnik, kryminalistyk), Marcin Imszenik (dr nauk prawnych) i Wiktoria Chachulska (prawniczka, socjolożka).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z ks. Anatolem Fiedorukiem – kierownikiem PCO, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń i terenu zewnętrznego, wykonali pomiary i zdjęcia wybranych pomieszczeń, przeprowadzili poufne rozmowy z mieszkańcami i personelem oraz zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją. Swoje wstępne uwagi delegacja KMPT przekazała kierownikowi PCO w czasie rozmowy podsumowującej.

12. W czasie pierwszego dnia wizytacji delegacja KMPT napotkała utrudnienia w realizacji swojego mandatu. Podczas oglądu placówki, kierownik PCO odmówił opuszczenia pokoi mieszkańców celem przeprowadzenia z nimi poufnych rozmów. Podobne przeszkody nie występowały podczas rozmów z personelem placówki.

13. OPCAT przyznaje krajowym mechanizmom swobodę wyboru miejsc pozbawienia wolności oraz osób, z którymi zechcą porozmawiać, a także gwarantuje niezakłócony dostęp do wszystkich miejsc i informacji, które umożliwią im wypełnianie swojego mandatu. KMPT podkreśla zatem, że wizytujący mogą odbyć poufne rozmowy z każdą wybraną przez siebie osobą. Szczegółowe uprawnienia Krajowego Mechanizmu zostały przedstawione w I części niniejszego raportu.

14. Drugiego dnia wizytacji nie odnotowano żadnych utrudnień. Wszystkie zaplanowane czynności zostały zrealizowane bez jakichkolwiek zakłóceń. KMPT ufa, że dalsza współpraca z władzami placówki będzie przebiegała z poszanowaniem jego uprawnień, w duchu dialogu i konstruktywnej współpracy, ukierunkowanej na zapobieganie torturom i innym formom okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

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

III. Charakterystyka placówki

16. Podmiotem prowadzącym placówkę jest Parafia Prawosławna pw. św. Proroka Eliasza w Białymstoku (dalej: parafia). PCO jest wydzieloną jednostką organizacyjną parafii, utworzoną na podstawie dekretu prawosławnego arcybiskupa białostockiego i gdańskiego nr 165/P/2011 z 20 grudnia 2011 r.

17. Placówka jest prowadzona w ramach działalności statutowej parafii. Świadczy usługi w zakresie zapewniania całodobowej opieki osobom z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorym lub w podeszłym wieku. Zezwolenie na prowadzenie działalności na czas nieokreślony zostało wydane decyzją Wojewody Podlaskiego o numerze PS-V.9423.9.2014.MN z dnia 26 listopada 2014 r., zmienioną następnie decyzjami: PS-V.9423.8.2015.MN z dnia 27 listopada 2015 r. oraz PS-V.9423.10.2021.AM z dnia 28 października 2021 r. Placówka wpisana jest do rejestru prowadzonego przez Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku pod pozycją nr 33¹³.

18. Placówka przeznaczona jest dla 28 osób z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorych lub w podeszłym wieku. W czasie wizytacji przebywało w niej 24 mieszkańców, w tym 5 osób leżących. Nie było wśród nich osób ubezwłasnowolnionych.

IV. Problemy systemowe

19. **[Brak wymogów zatrudnienia specjalistów i kontroli medycznej PCO]**
W PCO zatrudniona jest jedna osoba wykonująca zawód medyczny (opiekunka medyczna), świadcząca opiekę w wymiarze 1/2 etatu, a więc przez średnio 20 godzin tygodniowo. Pielęgniarka pojawia się w placówce tylko doraźnie, kiedy występuje taka potrzeba, realizując wizyty domowe w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Zdarza się zatem, że podczas dyżurów wśród personelu nie ma żadnych osób posiadających

¹³ Rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego w Białymstoku, dostępny na stronie internetowej: <https://puw.bip.gov.pl/prowadzone-rejestry/rejestr-placowek-zapewniajacych-calodobowa-opieke-osobom-niepelnosprawnym-przewlekłe-chorym.html>

kwalifikacje medyczne. Z ewidencji wizyt pogotowia i transportu medycznego prowadzonej przez placówkę wynika, że do przeprowadzenia inwazyjnych procedur medycznych, np. wymiany cewnika, wzywany jest zespół ratownictwa medycznego¹⁴.

20. Część mieszkańców wizytowanej placówki potrzebuje szczególnej opieki. Są wśród nich osoby wymagające cewnikowania czy karmienia dojelitowego przez zgłębnik nosowo-żołądkowy (sondę) lub PEG. Podawane są im opioidowe środki przeciwbólowe oraz leki psychotropowe. Ich stan wymaga stałego, całodobowego monitorowania, a personel sprawujący opiekę powinien posiadać odpowiednią wiedzę i kwalifikacje do wykonywania czynności medycznych.

21. Placówki całodobowej opieki nie są zobowiązane do przestrzegania ściśle określonych standardów, tak jak w przypadku domów pomocy społecznej¹⁵. Nie ma w nich obowiązku zatrudniania pracowników socjalnych, terapeutów, lekarzy czy pielęgniarzek¹⁶.

22. Z jednej strony sprzyja to wzrastającej liczbie placówek zapewniających całodobową opiekę. Wychodzi też naprzeciw koncepcji, że PCO nie są placówkami medycznymi, a opiekuńczymi, w dodatku bardziej podobnymi do rodzinnych domów niż do instytucji. Z drugiej strony, przebywają w nich głównie osoby starsze i schorowane, kwalifikujące się do pobytu w różnego rodzaju wyspecjalizowanych placówkach medycznych, do których często trudno dostać się im z powodu braku miejsc. Brak jednoznacznie sprecyzowanych wymagań kadrowych w prywatnych placówkach opiekuńczych może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia przebywających w nich osób.

23. Problem pogłębia fakt, że w obecnie obowiązujących przepisach nie wskazano instytucji, która byłaby uprawniona do kontroli placówek pod kątem jakości opieki medycznej zapewnianej mieszkańcom, w szczególności prowadzonej

¹⁴ Wpisy w ewidencji wizyt pogotowia i transportu medycznego z 21 i 28 grudnia 2025 r.

¹⁵ Standardy określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r., poz. 51).

¹⁶ Wprowadzenie pewnych standardów kadrowych przewidziano w art. 1 pkt 13 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. poz. 1690). W art. 68a pkt 4-5 ustawy o pomocy społecznej wprowadzono wymogi w zakresie wskaźników zatrudnienia oraz kwalifikacji osób świadczących usługi opiekuńcze w placówkach (m.in. lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego, opiekuna w domu pomocy społecznej, opiekuna osoby starszej), które powinny być zatrudnione w wymiarze nie mniej niż 1/3 pełnego wymiaru czasu pracy na jedną osobę przebywającą w placówce. Jednak nadal zatrudnianie lekarza czy pielęgniarki w PCO nie jest obowiązkiem, gdyż w świetle zmian ustawowych zapewnienie wykonywania czynności, o których mowa w art. 69 ust.1 pkt. 1 ustawy o pomocy społecznej mogą także gwarantować osoby posiadające udokumentowane co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe polegające na świadczeniu usług opiekuńczych osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku oraz ukończone szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy.

farmakoterapii¹⁷. Biorąc pod uwagę stan zdrowotny osób umieszczonych w PCO, sprawdzenie i analiza tego obszaru wydają się konieczne. W praktyce jedynymi organami zobligowanymi do cyklicznych kontroli są właściwe urzędy wojewódzkie, Sanepid i Straż Pożarna – z założenia zajmujące się innymi obszarami tematycznymi wizytacji.

24. Powyższy stan sygnalizuje istnienie problemu systemowego braku zarówno odpowiednio szczegółowych standardów dotyczących placówek całodobowej opieki w zakresie kwalifikacji personelu, jak i kompleksowej kontroli tego typu usług, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Kwestie te wymagają podjęcia odpowiednich działań legislacyjnych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwo Zdrowia.

25. Zgodnie ze standardami Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)¹⁸, na każdej zmianie, również w nocy, powinna być obecna co najmniej jedna pielęgniarka¹⁹. Kierownictwo wizytowanego PCO zgłosiło jednak istotne trudności w rekrutowaniu personelu medycznego. W tym kontekście nie bez znaczenia jest fakt, że pielęgniarki zatrudnione w sektorze medycznym otrzymują wynagrodzenie, którego wysokość jest ustalana na podstawie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych²⁰. Stworzenie konkurencyjnych warunków zatrudnienia musiałoby wiązać się z podniesieniem opłaty za pobyt mieszkańca w placówce. Kierownik PCO zapewnił jednak, że dąży do zatrudnienia pielęgniarki w przyszłości.

26. **KMPT zaleca zwiększenie obsady medycznej w placówce celem zapewnienia, że przez całą dobę na zmianie będzie obecna co najmniej jedna pielęgniarka.**

27. **[Stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń]** Z informacji pozyskanych przez wizytujących wynika, że w placówce stosowane są niestandardowe formy zabezpieczenia. Część mieszkańców poruszających się na wózkach jest

¹⁷ Rzecznik Praw Pacjenta reaguje na skargi i nie ma ani możliwości logistycznych, ani obowiązku cyklicznego przeprowadzania kontroli w PCO.

¹⁸ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), zob. <https://www.coe.int/en/web/cpt>.

¹⁹ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT/Inf (2020) 41, par. 19. Standardy dostępne na stronie: <https://www.coe.int/en/web/cpt/social-care-homes>.

²⁰ 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). Należy podkreślić, że ustawa gwarantuje także coroczną waloryzację wynagrodzeń minimalnych.

zabezpieczana przed zsunięciem się i upadkiem np. przy pomocy pasa zapinanego na rzep.

28. Kierownictwo placówki nie opracowało formalnych, pisemnych wytycznych w zakresie stosowania niestandardowych form zabezpieczenia. W dokumentacji mieszkańców nie odnotowano zaleceń lekarskich dotyczących stosowania takich praktyk. Powyższe elementy tworzą czynniki ryzyka umożliwiające nadużywanie ww. form zabezpieczeń.

29. Przedmioty takie jak pasy stabilizacyjne, które mają utrudnić lub uniemożliwić mieszkańcom zsunięcie się z wózka, formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale ingerują w wolność jednostki, a tym samym mogą zwiększać ryzyko nadużyć w stosunku do mieszkańców.

30. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego do Ministra Zdrowia, w którym Rzecznik Praw Obywatelskich apelował o uregulowanie stosowania tego rodzaju praktyk na poziomie ustawowym²¹. Na kwestię tę zwraca również uwagę CPT²².

31. W ocenie KMPT używanie zabezpieczeń może być uzasadnione względami bezpieczeństwa mieszkańców, jednak należy stosować je w sposób minimalizujący ryzyko nadużyć.

32. **KMPT rekomenduje opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia.** W procedurze takiej należy w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, jak lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny. Procedura pozwoli też ujednolicić praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie warto też przypomnieć, że zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z poszanowaniem godności i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość. **Ponadto Krajowy Mechanizm zaleca stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza oraz wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańców wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.**

²¹ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

²² Zob. np. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, par. 80.

33. **[Monitoring wizyjny]** Na terenie placówki zainstalowany jest monitoring wizyjny. W czasie wizytacji system był niesprawny, co uniemożliwiło analizę jego zapisów. Ustalono, że system uległ awarii na około tydzień przed dniem wizytacji.

34. Kamery są zamontowane zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz budynku. Obejmują swoim zasięgiem każdy pokój mieszkalny, korytarze, klatkę schodową, jadalnię, gabinet zabiegowy, a także wejścia do budynku i teren otaczający placówkę. Kierownik PCO wyjaśnił, że monitoring stosowany jest z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom, a także w celu prowadzenia bieżącego nadzoru nad pracą personelu.

35. Każdemu mieszkańcowi przedstawiane jest do podpisu oświadczenie dotyczące wyrażenia zgody na prowadzenie monitoringu, w którym informowany jest m.in. o administratorze danych, celu gromadzenia danych czy miejscach objętych monitoringiem wizyjnym.

36. KMPT dostrzega potrzebę dbałości o bezpieczeństwo mieszkańców i jakość zapewnianej im opieki. Należy jednak zauważyć, że monitoring może stanowić istotną ingerencję w poczucie prywatności mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie placówki.

37. Stosowanie monitoringu wizyjnego w placówkach całodobowej opieki oraz kwestia gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań nie jest prawnie uregulowana. Natomiast każde ograniczenie w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw, w tym prawa do prywatności, powinno spełniać przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. Kwestia ta była przedmiotem wystąpień generalnych Rzecznika²³, w których wskazywano na potrzebę ustawowego uregulowania wspomnianej materii.

38. Niezależnie od powyższych uwag należy wskazać, że gromadzone przez PCO dane osobowe muszą być adekwatne, stosowne oraz ograniczone do tego, co niezbędne do celów, dla których są przetwarzane (zasada minimalizacji danych)²⁴. Wspomniane powyżej oświadczenie dotyczące wyrażenia zgody na prowadzenie monitoringu stanowi, że celem tym jest „zapewnienie bezpieczeństwa, ochrony zdrowia oraz stałej opieki pensjonariuszy, a także umożliwienie wykrywania zachowań szkodzących pensjonariuszom i pracownikom”. W tym kontekście montaż kamer w gabinecie zabiegowym, gdzie mieszkaniacy przebywa pod bieżącą opieką personelu

²³ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

²⁴ Art. 5 ust. 1 lit. c) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L.2016.119.1).

i gdzie mogą być wykonywane zabiegi medyczne, rehabilitacyjne czy pielęgnacyjne, wydaje się nadmierną ingerencją w jego prywatność i intymność. Kwestia obecności kamer w tym pomieszczeniu budzi wątpliwości również z uwagi na fakt, że podpisywane przez mieszkańców oświadczenie zawierające wyliczenie przestrzeni objętych systemem nie wspomina o gabinecie zabiegowym.

39. KMPT zaleca rozważenie ograniczenia stosowania monitoringu w placówce (w szczególności w gabinecie zabiegowym oraz pokojach mieszkańców).

40. [Kontakt z psychologiem] Przepisy prawa nie zobowiązują podmiotów prowadzących placówki całodobowej opieki do zatrudnienia psychologa. Zgodnie z deklaracją kierownika PCO, dla potrzebujących mieszkańców organizowane są konsultacje ze specjalistą, jednak wizyty nie są w żaden sposób ewidencjonowane, przez co trudno ocenić, jak często się odbywają. W ocenie KMPT bieżące wsparcie psychologiczne jest dla mieszkańców niezbędne, w szczególności w początkowym okresie ich pobytu w placówce, kiedy z dużym prawdopodobieństwem może wystąpić u nich poczucie zagubienia, zamykanie się w sobie oraz niechęć do nawiązywania kontaktów. Przedstawiciele KMPT zauważyli, że część mieszkańców mierzy się z problemami adaptacyjnymi oraz doświadcza trudnych emocji, związanych np. ze śmiercią bliskiej osoby. Regularne monitorowanie samopoczucia osób przebywających w PCO oraz odpowiednie reagowanie na objawy pogorszenia ich stanu psychicznego są kluczowe dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania.

41. KMPT zaleca nawiązanie stałej współpracy z psychologiem i prowadzenie ewidencji jego spotkań z mieszkańcami.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Legalność pobytu

42. Podstawą pobytu w PCO jest umowa trójstronna, zawierana pomiędzy kierownictwem placówki a mieszkańcem oraz jego opiekunem faktycznym.

43. Stosowane przez placówkę wzory umów nazywają opiekuna faktycznego „przedstawicielem ustawowym” lub „opiekunem prawnym”, choć żaden z mieszkańców przebywających w PCO podczas wizytacji KMPT nie był ubezwłasnowolniony.

44. W niektórych przypadkach podpisy mieszkańców pod umowami były nieczytelne, prawdopodobnie ze względu na ich stan fizyczny oraz ograniczone zdolności manualne. KMPT przypomina, że zgodnie z przepisami prawa, mieszkańcy

zdolni do świadomego wyrażenia zgody mogą złożyć oświadczenie woli przy pomocy tuszowego odcisku palca. Praktyka ta jest stosowana przez PCO w ograniczonym stopniu – przedstawiciele KMPT znaleźli tuszowe odciski w dokumentacji jednej mieszkanki. Nie było obok nich jednak imienia i nazwiska oraz podpisu osoby upoważnionej²⁵, co może budzić wątpliwości co do tożsamości osoby składającej oświadczenie woli w tej formie.

45. KMPT zaleca uporządkowanie terminologii stosowanej w dokumentacji w taki sposób, by nie budziła ona wątpliwości oraz była zgodna z obowiązującymi przepisami prawa i rzeczywistym statusem osób będących stroną umowy.

46. W przypadku postępowania z mieszkańcami niebędącymi w stanie złożyć czytelnego podpisu, KMPT zaleca stosowanie praktyki składania przez nich oświadczeń woli w formie tuszowego odcisku palca z zachowaniem wymogu, by obok odcisku osoba upoważniona wpisała imię i nazwisko mieszkańca oraz złożyła swój podpis.

B. Prawo do ochrony zdrowia i dokumentowanie obrażeń

47. Opieka lekarska i pielęgnarska jest zapewniana mieszkańcom poprzez organizowanie teleporad oraz wizyt domowych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

48. Regulamin organizacyjny placówki stanowi, że „każdy mieszkaniec zgłoszony jest do lekarza rodzinnego z Przychodni NZOZ PULS s. c. w Białymstoku”. Z informacji pozyskanych przez przedstawicieli KMPT wynika jednak, że w ostatnim czasie placówka medyczna odmawia przyjęcia deklaracji wyboru lekarza/pielęgniarki POZ składanych przez nowo przyjętych mieszkańców. Sytuacja ma wyglądać podobnie w przypadku innych tego typu placówek znajdujących się w pobliżu. W konsekwencji część mieszkańców pozostaje pod opieką przychodni, do których byli zapisani jeszcze przed przyjęciem ich do PCO.

49. KMPT zwraca uwagę, że poradnia POZ co do zasady może odmówić przyjęcia deklaracji wyboru tylko w jednym, ściśle określonym przypadku – kiedy

²⁵ Zgodnie z art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2026 r., poz. 795): „Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać”.

w placówce został przekroczony limit pacjentów mogących pozostawać pod opieką jednego lekarza²⁶. Z wyjaśnień kierownika PCO wynika natomiast, że przychodnie odmawiają przyjmowania nowych pacjentów, nie wyjaśniając przy tym powodu takiej decyzji.

50. Niezakłócona współpraca przychodni POZ z PCO mogłaby znacząco ułatwić organizację regularnych stacjonarnych wizyt lekarskich w placówce, przyczyniając się do zapewnienia ciągłości i dostępności opieki medycznej dla wszystkich mieszkańców.

51. **Krajowy Mechanizm zwraca się do Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o wskazanie, czy odnotowano sygnały o bezzasadnych odmowach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w stosunku do mieszkańców placówek całodobowej opieki (w tym wizytowanej placówki) oraz wskazanie jaka była w tych przypadkach reakcja Funduszu.**

52. Analiza książki wizyt lekarza rodzinnego wykazała, że konsultacje z lekarzem w placówce odbywają się nieregularnie i dotyczą tylko wybranych mieszkańców. Przykładowo, w okresie między 30 września 2025 r. a 9 stycznia 2026 r. nie odbyła się żadna konsultacja lekarska, a wpisy opatrzone pieczęcią lekarza dotyczyły tylko stwierdzenia zgonu. W samym 2026 r. (do dnia rozpoczęcia wizytacji – tj. 20 kwietnia 2026 r.) odnotowano cztery konsultacje, którymi objęte były pojedyncze osoby. Lekarz wzywany jest w razie potrzeby, w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia mieszkańca.

53. CPT podkreśla, że dostęp do świadczeń medycznych stanowi ważną część ogólnej opieki nad mieszkańcami. Zwraca również uwagę na istotną rolę opieki profilaktycznej w każdym środowisku instytucjonalnym. Lekarz pierwszego kontaktu powinien być regularnie obecny w placówce, a częstotliwość jego wizyt dopasowana do potrzeb oraz liczby mieszkańców²⁷. Należy zauważyć, że nie każda choroba daje widoczne, łatwe do zidentyfikowania objawy. W tym kontekście dopiero regularny kontakt ze specjalistą może pozwolić na dostrzeżenie pogarszającego się stanu mieszkańca.

54. **KMPT zaleca zapewnienie wszystkim mieszkańcom regularnego kontaktu z lekarzem, w tym wizyt profilaktycznych.**

²⁶ Zob. § 13 ust. 1 Zarządzenia Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Potwierdza to również stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta dostępne na stronie internetowej: <https://www.gov.pl/web/rpp/najczesciej-zadawane-pytania-i-odpowiedzi>.

²⁷ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT/Inf (2020) 41, par. 19.

55. Mieszkańcy nie są badani przez lekarza bądź pielęgniarkę przy przyjęciu do placówki. Ich stan jest sprawdzany przez opiekunów, zwykle przy kąpeli. Ewentualne urazy, odleżyny, zmiany skórne czy zaniedbania higieniczne są odnotowywane w księdze raportów z dyżurów.

56. KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie przeprowadzone w warunkach poufności możliwie jak najszybciej po przyjęciu do placówki, a także właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania, stanowią minimalną gwarancję chroniącą mieszkańców przed złym traktowaniem i przemocą. Oprócz tego, praktyka ta chroni personel przed ewentualnymi fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce.

57. Uznany międzynarodowo narzędziem służącym identyfikowaniu tortur i niewłaściwego traktowania jest Protokół stambulski²⁸. Zawiera on wskazówki pozwalające na ocenę, czy dana osoba doświadczyła przemocy, jak i wytyczne co do dokumentowania takich przypadków. Wskazuje na konieczność oznaczania obrażeń przy pomocy specjalnych formularzy, tzw. map ciała, co postuluje w wystąpieniach również RPO²⁹.

58. Na potrzebę stosowania Protokołu stambulskiego wielokrotnie zwracali uwagę instytucje międzynarodowe, takie jak SPT³⁰, CPT³¹, Komitet ONZ przeciwko Torturom (CAT)³² czy Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur³³.

59. **KMPT zaleca zapewnienie wszystkim nowo przyjętym oraz wracającym z przepustek mieszkańcom badania przez lekarza lub pielęgniarkę oraz dokumentowanie ewentualnych obrażeń przy pomocy specjalnych formularzy, tzw. map ciała, zawartych w Protokole stambulskim.**

60. **KMPT rekomenduje przeprowadzenie szkolenia dla pracowników z zakresu praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego.**

²⁸ Podręcznik skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (wydanie z 2022 r.). Polska wersja językowa dostępna jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms>.

²⁹ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Sprawiedliwości z 24 czerwca 2024 r. i 26 marca 2025 r., KMP.571.12.2024.KK.

³⁰ Zob. np. Uwagi i zalecenia SPT przedstawione w raportach z wizyt w: Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 55; Wielkiej Brytanii, CAT/OP/GBR/ROSP/1, par. 69 i 71; Portugalii, CAT/OP/PRT/1, par. 34, 89, 93.

³¹ Zob. np. Raporty CPT z wizyt w: Mołdawii, CPT/Inf (2020) 27, par. 29; Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, par. 29; Portugalii, CPT/Inf (2020) 33, par. 71 i 72.

³² Zob. np. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpnia 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27 i 28.

³³ Zob. Raporty Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur: z dnia 13 marca 2023 r., A/HRC/52/30, par. 74 pkt i; z dnia 16 lipca 2021 r. A/76/168, par. 22, 25, 34, 66 pkt g.

61. Leki, w tym leki psychotropowe, są rozkładane przez opiekunkę medyczną, a w razie jej nieobecności podawane mieszkańcom przez opiekunów osób starszych.

62. Analiza księgi raportów z dyżurów pokazuje, że w placówce mają miejsce sytuacje, w których opiekunowie osób starszych samodzielnie podejmują decyzje o doraźnym podaniu leku. Przykładowo, w raporcie dziennym z 20 kwietnia 2026 r. odnotowano informację o podaniu mieszkance leku Captopril. Na zmianie nie była obecna opiekunka medyczna.

63. KMPT zwraca uwagę, że personel przygotowujący i podający leki powinien posiadać odpowiednie kwalifikacje do realizowania tych czynności³⁴.

64. **KMPT zaleca, by leki były rozkładane i podawane mieszkańcom wyłącznie przez uprawniony do tego personel medyczny.**

65. Przedstawiciele KMPT ustalili, że wobec mieszkańców mających problemy z przełykaniem stosowana jest praktyka rozkruszania leków.

66. Rozkruszenie lekarstw może wpływać na ich właściwości³⁵, dlatego powinno być stosowane jedynie na zlecenie lekarza oraz odpowiednio udokumentowane. W dokumentacji mieszkańców nie znaleziono jednak jakichkolwiek adnotacji dotyczących tej praktyki.

67. **KMPT zaleca każdorazowe konsultowanie z lekarzem potrzeby podawania leków w formie rozkruszonej oraz bieżące uzupełnianie dokumentacji mieszkańców w tym zakresie.**

68. Z dokumentacji indywidualnej mieszkańców – kart informacyjnych z leczenia szpitalnego wynika, że w placówce znajdują się osoby chorujące na cukrzycę i wymagające odpowiednio dostosowanej diety. W udostępnionym delegacji KMPT jadłospisie nie uwzględniono jednak żadnego rozróżnienia – żywienie jest takie samo dla wszystkich mieszkańców i uwzględnia produkty niezalecane w diecie cukrzycowej, np. słodkie bułki.

³⁴ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne (Dz. U. z 2025 r., poz. 626), uprawnieni do przygotowywania i podawania produktów leczniczych są opiekunowie medyczni, którzy rozpoczęli po dniu 31 sierpnia 2021 r. szkołę policealną publiczną lub niepubliczną i uzyskali dyplom zawodowy w zawodzie opiekun medyczny lub uzupełnili kształcenie w zakresie kwalifikacji MED.14.

³⁵ Zob. Raport RPO z działalności KMPT „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, s. 110. Raport dostępny na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/kategoria-prawna-i-organizacyjna/krajowy-mechanizm-prewencji-raporty-rpo>.

69. Art. 68 ust. 6 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej³⁶ mówi o tym, że placówka całodobowej opieki powinna zapewniać co najmniej 3 posiłki dziennie, w tym posiłki dietetyczne, zgodnie ze wskazaniem lekarza.

70. **KMPT rekomenduje ustalanie jadłospisu w porozumieniu z dietetykiem oraz zapewnianie mieszkańcom posiłków dietetycznych zgodnie z zaleceniami lekarza.**

C. Traktowanie

71. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym placówki, zapewnia ona mieszkańcom „bezpieczne przechowywanie środków pieniężnych i cennych ruchomości”. Jednak w praktyce w PCO nie funkcjonuje depozyt, a wszelkie przedmioty wartościowe mieszkańców są im odbierane i przekazywane członkowi rodziny lub opiekunowi faktycznemu. Mieszkańcy nie dysponują też żadnymi pieniędzmi. Przyjęcie takiego rozwiązania zostało uzasadnione obawami przed niesłusznymi oskarżeniami personelu o kradzież.

72. KMPT przypomina, że do dysponowania odbieranymi przedmiotami i środkami pieniężnymi nie jest uprawniony ani PCO, ani rodzina czy opiekun faktyczny mieszkańca. W dokumentacji indywidualnej mieszkańców brak było jakichkolwiek pisemnych zgód na przekazanie mienia innym osobom. Osoby przebywające w placówce podpisują jedynie oświadczenie, w którym wyrażają zgodę na to, by kierownik przechowywał ich dowód osobisty.

73. Niemożność dysponowania nawet niewielkimi kwotami uniemożliwia mieszkańcom swobodne dokonywanie drobnych zakupów, samodzielnie lub z pomocą personelu. Są w tym zakresie zdani głównie na członków rodziny. Jak jednak zasygnalizowało samo kierownictwo PCO, wielu mieszkańców to osoby samotne, odwiedzane bardzo rzadko, czasem nawet co kilka miesięcy.

74. Część odbieranych mieszkańcom przedmiotów, takich jak biżuteria, może mieć dla nich osobisty, sentymentalny charakter. W tym kontekście praktyka PCO stanowi nadmierną ingerencję we własność i poczucie prywatności osób przebywających w placówce.

75. **KMPT zaleca umożliwienie mieszkańcom przechowywania środków pieniężnych oraz przedmiotów wartościowych w depozycie.**

³⁶ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r., poz. 639), dalej: ustawa o pomocy społecznej.

76. **KMPT rekomenduje odstąpienie od ogólnie przyjętej zasady przekazywania opiekunom przedmiotów wartościowych i kierowanie się w tym zakresie zgodą mieszkańców będących w stanie świadomości wyrazić swoją wolę.**

77. Każdy mieszkaniec placówki ma zaplanowaną jedną kąpiel w tygodniu. Czynności higieniczne odbywają się według grafiku rozpisanego na poszczególne pokoje.

78. W ocenie KMPT liczba kąpieli nie jest wystarczająca. Ich częstotliwość powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb, stanu zdrowia oraz poziomu samodzielności mieszkańców. CPT wskazuje, że mieszkańcy powinni mieć możliwość skorzystania z kąpieli co najmniej dwa razy w ciągu tygodnia lub częściej, jeśli wystąpi taka potrzeba³⁷.

79. **KMPT zaleca zwiększenie częstotliwości kąpieli mieszkańców.**

80. Czynności higieniczne mieszkańców bywają wykonywane przez personel odmiennej płci, co u niektórych z nich wywołuje dyskomfort.

81. W ocenie KMPT wcześniejsze uzgadnianie płci osób, które mogą wykonywać zabiegi higieniczne jest istotne z perspektywy ochrony prawa do poszanowania intymności i godności mieszkańców.

82. **KMPT zaleca uwzględnianie preferencji mieszkańców w zakresie płci osoby wykonującej czynności higieniczne, a w miarę możliwości zapewnienie, by zasadą było wykonywanie ich przez osobę tej samej płci.**

D. Kontakt ze światem zewnętrznym

83. Mieszkańcy nie mogą samodzielnie wychodzić poza teren PCO. Kierownik wyjaśnił, że możliwe jest korzystanie z ogrodu znajdującego się na terenie placówki, jednak każde inne wyjście bez opiekuna, np. do sklepu, jest zabronione. Jednocześnie wobec żadnego z mieszkańców nie zastosowano formalnego ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania placówki.

84. Krajowy Mechanizm przypomina, że wszelkie ograniczenia możliwości opuszczania terenu placówki przez mieszkańców powinny być dokonywane w oparciu o obowiązujące przepisy prawa. Art. 68 ust. 2a-2f ustawy o pomocy społecznej mówi o tym, że ograniczenie takie może zostać zastosowane, gdy brak opieki zagraża życiu lub zdrowiu mieszkańca będącego osobą z zaburzeniami psychicznymi. W tym zakresie konieczne jest uzyskanie opinii lekarza wydawanej na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy. Ograniczenie w formie pisemnej powinno zostać przekazane

³⁷ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT/Inf (2020) 41, par. 14.

osobie przebywającej w placówce, a także odpowiedniemu sądowi opiekuńczemu, który może tę decyzję uchylić.

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

E. Warunki bytowe

86. Budynek PCO jest trzykondygnacyjny. Mieszkańcy są zakwaterowani w pokojach jedno-, dwu-, trzy- i czteroosobowych znajdujących na pierwszym i drugim piętrze.

87. Niektóre z pokoi posiadają bardzo niewielką przestrzeń manewrową. Przykładowo, jeden z pokoi jest zorganizowany na planie litery „L”, a przestrzeń, w której umieszczono łóżko mieszkanki, jest na tyle wąska, że nie pozwala na umieszczenie w pobliżu jakichkolwiek mebli – znajdują się one w drugiej części pomieszczenia. Układ ten może znacznie utrudniać, a nawet uniemożliwiać poruszanie się po nim przy użyciu wózka, a w przypadku osób leżących – przenoszenie ich czy wykonywanie opieki przyłożkowej przez personel. Dodatkowo, okno w tej części pokoju jest małe i umieszczone wysoko, pod samym sufitem, co sprawia, że osoba leżąca w łóżku nie ma możliwości wyglądania na zewnątrz.

88. Część łazienek nie jest w pełni dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Wśród problemów wyróżniono m.in.: wysokie progi brodzików prysznicowych, brak poręczy przy sedesach lub zamontowanie ich w sposób uniemożliwiający skorzystanie z nich oraz nieodpowiednią wysokość umywalek i luster.

89. W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto mieć na względzie standardy projektowania budynków opracowane przez Ministerstwo Rozwoju i Technologii³⁸ i następujących zasad, poprawiających jakość dostosowania:

- szerokość drzwi umożliwiające wjazd wózkiem – min. 90 cm;
- wysokość włączników światła i przycisków sygnalizacji przyzywowej – 90-120 cm;
- schody powinny mieć oznaczenia kontrastowe (na dolnych i górnych stopniach) oraz oznaczenia przed biegiem stopni, co pozwoli na korzystanie z nich osobom niedowidzącym; to samo dotyczy oznaczeń przed każdym biegiem pochylni;

³⁸ Budowlane ABC, zakładka „Standardy projektowania budynków dla osób z niepełnosprawnościami”, dostępne na stronie internetowej: <https://budowlaneabc.gov.pl/standardy-projektowania-budynkow-dla-osob-niepelnosprawnych/>.

- czcionki we wszystkich pismach i tabelach wywieszanych na tablicach informacyjnych powinny być większe, aby z materiałami tymi mogły zapoznać się również osoby niedowidzące;
- poręcze przy schodach oraz przy pochylniach powinny mieć wysokość 90 cm (górna) i 75 cm (dolna), nadto prawidłowy rozstaw poręczy pochylni powinien wynosić 1-1,1 m;
- pochylnie wiodące do budynków mieszkalnych powinny mieć – w zależności od ich wysokości – kąt nachylenia, który nie przekracza 6% (przy wysokości powyżej 50 cm) lub 8% (przy wysokości poniżej 50 cm) oraz uwzględniać spoczniki po przekroczeniu długości 9 m;
- w łazienkach wszystkie krany powinny mieć zamiast kurków przedłużoną dźwignię, ułatwiającą uruchomienie ich osobom ze słabszymi rękami, wysokość muszli ustępowej: 45-50 cm, poręcze powinny być w odległości 40 cm od osi muszli i umieszczone na wysokości: 70-85 cm, wysokość brodzika pod prysznicem do 2 cm, górna krawędź umywalki powinna być umieszczona na wysokości 85 cm, dolna krawędź lustra powinna zaczynać się od poziomu umywalki (by skorzystała z niego również siedząca na wózku osoba), a górna – sięgać do wysokości stojącej osoby; należy też zapewnić swobodę manewrowania wózkiem (przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm); zaznaczyć należy, że rozwiązania te powinny również dotyczyć umywarek w pokojach mieszkańców poruszających się na wózkach, a przestrzeń manewrowa jest ważna we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają te osoby;
- klamki okienne w pokojach mieszkańców powinny być zamontowane tak, aby dosięgnęła ich osoba siedząca na wózku lub niskiego wzrostu, dotyczy to również wszelkich przycisków, kontaktów, skrzynek wrzutowych na skargi i wnioski, dozowników, wieszaków, z których korzystają osoby poruszające się na wózkach, itp. Powinny one znajdować się na wysokości do 120 cm od powierzchni podłogi; wobec obecności lub w przypadku przyjęć do placówki osób niewidzących, polecane jest zamontowanie systemu nawigacyjno-informacyjnego, pomagającego w przestrzennym poruszaniu się osobom z dysfunkcją narządu wzroku.

90. Krajowy Mechanizm zaleca przeorganizowanie pokoi w sposób zapewniający wszystkim mieszkańcom komfortowe korzystanie z przestrzeni oraz pełne dostosowanie infrastruktury placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

91. W placówce znajduje się winda, z której mieszkańcy mogą korzystać wyłącznie pod opieką personelu. W czasie wizytacji ruch windy odbywał się tylko przy

pomocy wciśniętego i przytrzymanego przycisku, co może utrudniać mieszkańcom, zwłaszcza osobom o ograniczonej sprawności manualnej, samodzielne korzystanie z urządzenia. Według informacji pozyskanych przez przedstawicieli KMPT, winda ulega częstym awariom.

92. Drzwi prowadzące na klatkę schodową są wyposażone w automatyczne zatraski, co w połączeniu z brakiem dostępu do windy zasadniczo uniemożliwia mieszkańcom swobodne poruszanie się po placówce. Jadalnia pełniąc funkcję pokoju dziennego pobytu znajduje się na innej kondygnacji niż pokoje mieszkalne. W efekcie mieszkańcy nie mogą samodzielnie zejść na dół i spędzić czas w przestrzeni wspólnej. Są tam oni przyprowadzani przez personel w czasie trwania zorganizowanych aktywności, np. terapii zajęciowej.

93. **KMPT rekomenduje zapewnienie mieszkańcom swobodnego dostępu do przestrzeni wspólnych.**

94. Placówka nie jest wyposażona w system alarmowo-przyzywowy.

95. Biorąc pod uwagę stan zdrowotny mieszkańców, wśród których znajdują się osoby leżące, osoby o ograniczonej mobilności oraz osoby szczególnie podatne na wypadki (np. ze względu na pojawiające się u nich zawroty głowy), możliwość szybkiego zasygnalizowania potrzeby uzyskania pomocy jest kluczowa dla ochrony ich życia i zdrowia.

96. **KMPT zaleca zainstalowanie systemu alarmowo-przyzywowego we wszystkich pokojach mieszkalnych oraz łazienkach lub udostępnianie mieszkańcom, w szczególności leżącym, bezprzewodowych przycisków przywoławczych.**

F. Aktywizacja mieszkańców

97. Terapia zajęciowa w placówce odbywa się dwa razy w tygodniu i trwa przez około 2 godziny. Zajęcia zwykle odbywają się w jadalni, a w ciepłe dni – także w ogrodzie. W spotkaniach nie uczestniczą osoby leżące; terapeutka odwiedza ich w pokojach. W dni nieobecności terapeutki, mieszkańcy samodzielnie organizują sobie czas. Najczęściej oglądają telewizję lub czytają książki.

98. PCO współpracuje z wolontariuszami oraz okolicznym przedszkolem, organizując spotkania czy wydarzenia okolicznościowe. Mieszkańcy nie uczestniczą jednak w żadnych zorganizowanych aktywnościach odbywających się poza placówką. Nie organizuje się wycieczek czy grupowych wyjść integracyjnych. Według kierownika PCO, stan zdrowotny mieszkańców nie pozwala im na udział w takich wydarzeniach.

99. Rehabilitacja jest prowadzona w ograniczonym zakresie. Placówka współpracuje z fizjoterapeutą, który pojawia się na miejscu co dwa-trzy dni, na około 1,5 godziny, w zależności od liczby pacjentów. Współpracuje on głównie z mieszkańcami, którzy otrzymali zalecenia lekarskie w zakresie rehabilitacji. Zwykle są to około trzy, cztery osoby, natomiast zdarzają się okresy, w których oddziaływaniami objęci są tylko pojedynczy mieszkańcy³⁹.

100. CPT podkreśla, że opieka nad osobami przebywającymi w placówce powinna zakładać uczestnictwo w terapii zajęciowej, rehabilitacji oraz aktywnościach o charakterze rekreacyjnym. Ponadto, w ocenie Komitetu szczególną uwagę należy zwrócić na opracowanie dla każdego mieszkańca indywidualnego planu dążącego do zachowania jego osobistych i społecznych umiejętności, a tym samym poprawę jakości jego życia⁴⁰. Istotne jest zatem zróżnicowanie dostępnych w placówce form terapii i innych aktywności oraz dopasowanie ich do realnych możliwości i potrzeb mieszkańców. Za minimum CPT uznaje zapewnienie dostępu do co najmniej jednej zorganizowanej aktywności w ciągu dnia⁴¹.

101. KMPT zaleca zwiększenie częstotliwości terapii zajęciowej i zapewnienie wszystkim mieszkańcom dostępu do co najmniej jednej zorganizowanej aktywności w ciągu dnia.

102. KMPT zaleca zwiększenie dostępu do rehabilitacji dla wszystkich mieszkańców, np. poprzez organizację zajęć grupowych.

103. KMPT zaleca opracowanie indywidualnego planu zajęć dla każdego mieszkańca.

104. Wychodzenie na zewnątrz jest możliwe wyłącznie w okresie letnim, w ciepłe dni. W pozostałej części roku możliwość przebywania w ogrodzie jest znacznie ograniczona. CPT wskazuje, że mieszkańcy powinni mieć dostęp do codziennej aktywności na świeżym powietrzu⁴². W ocenie KMPT nie ma żadnych przeszkód, aby mieszkańcy wychodzili do ogrodu również w chłodniejsze dni, jeśli ich stan zdrowia na to pozwala.

105. KMPT rekomenduje umożliwienie mieszkańcom przebywania na świeżym powietrzu niezależnie od pory roku.

³⁹ Informacje z zeszytu „Rehabilitacja” wskazują, że w okresie od 11 marca do 13 kwietnia 2026 r. rehabilitowany był tylko jeden mieszkaniec.

⁴⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, par. 171.

⁴¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Mołdawii, CPT/Inf (2020) 27, par. 172; Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT/Inf (2020) 41, par. 18.

⁴² Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT/Inf (2020) 41, par. 12.

G. Personel

106. Zgodnie z listą pracowników przedłożoną przez kierownika PCO, w placówce zatrudnionych jest łącznie 15 osób, w tym kierownik. 9 z nich świadczy usługi opiekuńcze, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej – są wśród nich opiekunowie i opiekunka medyczna, a także opiekunka środowiskowa oraz fizjoterapeuta.

107. Opiekunowie i opiekunka medyczna świadczą pracę w systemie 12-godzinnych zmian. W porze dziennej dyżur pełni zwykle 3 opiekunów, natomiast w nocy – 1. Z uwagi na stan zdrowotny mieszkańców oraz rozmieszczenie ich pokoi na dwóch kondygnacjach budynku, w ocenie KMPT wskazane jest zwiększenie liczby pracowników pełniących dyżur w porze nocnej. W przypadku wystąpienia zgonu, nagłego pogorszenia stanu zdrowia czy innego zdarzenia niepożądanego wśród mieszkańców, np. wypadku może okazać się, że część osób przebywających w PCO czasowo pozostanie bez należytej opieki.

108. KMPT zaznacza, że problem niewystarczającej obsady zmiany nocnej został zidentyfikowany już w marcu 2025 r. podczas kontroli kompleksowej przeprowadzonej przez Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku⁴³.

109. **KMPT rekomenduje zwiększenie liczby pracowników pełniących dyżur w godzinach nocnych.**

110. Teczki pracownicze w części przypadków nie zawierają jakichkolwiek informacji dotyczących wymaganych kwalifikacji lub co najmniej 2-letniego doświadczenia zawodowego, o których mowa w art. 68a pkt 4 ustawy o pomocy społecznej.

111. Nieprawidłowość polegająca na braku wymaganych kwalifikacji opiekunów również została zidentyfikowana przez Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku⁴⁴.

112. Dokumentacja niektórych pracowników budzi wątpliwości co do pełnionego przez nich stanowiska i rzeczywistego zakresu zadań. Jedna z pracownic według umowy została zatrudniona na stanowisku pomocy kuchennej, podczas gdy w rzeczywistości od kilku lat pełni funkcję opiekunki. Inna, według treści umowy

⁴³ Protokół z kontroli kompleksowej placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku – Dom Spokojnej Starości św. Proroka Eliasza, ul. Ks. A. Tomkowida 6, 15-568 Białystok, przeprowadzonej w dniu 31 marca 2025 r., s. 6.

⁴⁴ Tamże, s. 8-9.

zlecenia wykonuje zadania opiekuna, natomiast podpisany przez nią zakres obowiązków dotyczy stanowiska opiekuna medycznego.

113. KMPT zaleca zatrudnienie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie niezbędne do wykonywania powierzonych im zadań, zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej oraz precyzyjne określanie zakresu ich obowiązków.

114. W większości przypadków dokumentacja pracownicza nie zawiera informacji o jakichkolwiek szkoleniach związanych z zapewnianiem opieki osobom z niepełnosprawnościami, przewlekle chorym czy w podeszłym wieku, w tym obowiązkowych szkoleniach z pierwszej pomocy⁴⁵. Pracownicy przechodzą instruktaż ogólny i stanowiskowy w ramach szkolenia z bezpieczeństwa i higieny pracy. Personel co do zasady nie uczestniczy w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe czy kursach kompetencji miękkich.

115. Delegacja KMPT odebrała sygnały o trudnościach placówki związanych z dużą rotacją personelu. Część nowo przyjętych osób wymaga szkoleń, w szczególności w zakresie skutecznej komunikacji z mieszkańcem, ze względu na nieposługiwanie się językiem polskim w stopniu komunikatywnym.

116. W placówce przebywają osoby przewlekle chore, cierpiące na zaburzenia neurodegeneracyjne, co wiąże się z narażeniem personelu na trudne, obciążające psychicznie sytuacje. CPT wskazuje, że ze względu na trudny charakter pracy personel placówek opiekuńczych powinien otrzymać niezbędne wsparcie i doradztwo, aby móc uniknąć wypalenia zawodowego i zachować wysokie standardy opieki⁴⁶.

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

118. Personel placówki nie ma możliwości skorzystania z superwizji. Systematyczne uczestnictwo w spotkaniach organizowanych przez zewnętrznego specjalistę może być sposobem na rozładowanie napięć powstałych w związku

⁴⁵ Art. 68a pkt 4 mówi o tym, że obok co najmniej 2-letniego doświadczenia zawodowego polegającego na świadczeniu usług opiekuńczych, opiekun powinien ukończyć szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy.

⁴⁶ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT/Inf (2020) 41, par. 17.

z wykonywanymi obowiązkami, szansą na omówienie trudnych sytuacji i wypracowanie metod zaradczych.

119. KMPT zaleca organizację superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.

H. Prawo do informacji i mechanizmy skargowe

120. Placówka posiada regulamin organizacyjny, w którym opisano między innymi prawa i obowiązki mieszkańców. Umowa o świadczenie usług opiekuńczych zawiera zapis potwierdzający zapoznanie się mieszkańca z regulaminem PCO.

121. Prawa i obowiązki mieszkańca są sformułowane w sposób ogólny, a w niektórych przypadkach zapisy są niezgodne z rzeczywistością⁴⁷. Treść regulaminu nie zawiera istotnych dla mieszkańców informacji, np. zasad odwiedzin. Dodatkowo z relacji kierownika PCO wynika, że nie istnieje praktyka zapoznania nowo przyjętych mieszkańców z regułami panującymi w placówce. Na ewentualne wątpliwości mieszkańców dotyczące organizacji PCO na bieżąco odpowiada personel.

122. KMPT stoi na stanowisku, że pensjonariusze powinni dysponować szczegółową wiedzą na temat obowiązujących w placówce zasad. Informacje te powinny być sformułowane w sposób jasny, zrozumiały i przystępny. Wskazane jest także, by zostały one umieszczone w miejscu ogólnodostępnym, tak by mieszkańcy mieli możliwość w każdej chwili ponownie się z nimi zapoznać.

123. KMPT zaleca weryfikację i aktualizację regulaminu organizacyjnego oraz wyeksponowanie go w częściach wspólnych PCO, np. na tablicy informacyjnej, razem z innymi istotnymi z perspektywy mieszkańców informacjami (np. rozkładem dnia czy tygodniowym planem zajęć).

124. KMPT rekomenduje zapoznawanie mieszkańców z zasadami pobytu w placówce przy przyjęciu w sposób dostosowany do ich indywidualnych możliwości.

125. Zgodnie z zapisami regulaminu organizacyjnego, rozpatrywaniem skarg i wniosków zajmuje się kierownik PCO. Na tablicy ogłoszeń widnieje informacja o dniach i godzinach dostępności kierownika. Z informacji pozyskanych przez przedstawicieli KMPT wynika jednak, że mieszkańcy nie są zapoznani z zasadami

⁴⁷ Np. § 6 ust. 1 lit. c Regulaminu organizacyjnego: „Mieszkaniec Domu w szczególności ma prawo do: zapewnienia bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i cennych ruchomości”. Z informacji pozyskanych przez przedstawicieli KMPT wynika, że w placówce nie funkcjonuje depozyt – zob. pkt 71 raportu.

mechanizmu skargowego obowiązującego w placówce, a swoje ewentualne problemy zgłaszają ustnie personelowi.

126. CPT podkreśla, że efektywnie działający wewnętrzny mechanizm skargowy stanowi podstawową gwarancję chroniącą mieszkańców przed niewłaściwym traktowaniem. Mieszkańcom należy zagwarantować bezpośredni dostęp do odpowiednich procedur, a skargi powinny być rozpatrywane niezwłocznie, w granicach określonego z góry terminu⁴⁸. Aby mieszkańcy byli w stanie realnie korzystać z prawa do składania skarg i wniosków, informacja o przyjętej w placówce procedurze powinna być im przekazywana w regularny i zrozumiały sposób. W ocenie KMPT istotne jest również stworzenie warunków do złożenia skargi w formie pisemnej, z zachowaniem poufności czy anonimowości.

127. KMPT zaleca weryfikację i aktualizację procedury skargowej oraz regularne informowanie mieszkańców i ich opiekunów o trybie składania skarg i wniosków. Informacja powinna być przekazywana w sposób zrozumiały dla odbiorców zarówno ustnie, jak i pisemnie (np. poprzez wyeksponowanie odpowiedniej informacji na tablicy ogłoszeń).

128. KMPT rekomenduje zamontowanie specjalnej skrzynki na skargi w miejscu nieobjętym monitoringiem, z której skorzystać będą mogli mieszkańcy oraz inne osoby (rodzina, osoby odwiedzające, pracownicy). Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. wyznaczony pracownik administracyjny).

129. Placówka nie prowadzi rejestru skarg i wniosków.

130. Rejestr skarg i wniosków jest istotnym narzędziem zarządczym, pomagającym kierownictwu oraz personelowi w identyfikowaniu powtarzających się problemów czy nadużyć oraz zapobieganiu im⁴⁹. Zgodnie z wytycznymi CPT, wpis w rejestrze powinien zawierać nazwisko osoby wnoszącej skargę, rodzaj i temat zgłoszenia, wynik przeprowadzonego postępowania (i ewentualnie postępowania odwoławczego), a także informację o podjętych działaniach naprawczych⁵⁰.

131. KMPT zaleca utworzenie i systematyczne uzupełnianie rejestru skarg i wniosków, obejmującego także zgłoszenia w formie ustnej oraz anonimowe.

⁴⁸ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT/Inf (2020) 41, par. 33; Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 70.

⁴⁹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 90.

⁵⁰ Tamże.

I. Rejestry, procedury, dokumentacja

132. Analiza ewidencji wizyt pogotowia i transportu medycznego wykazała, że w placówce miały miejsce wypadki mieszkańców wymagające interwencji medycznej. W latach 2024-2026 odnotowano 8 takich przypadków.

133. PCO posiada rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących osób przebywających w placówce, jednak w czasie wizytacji był on pusty, co budzi wątpliwości w zakresie właściwego dokumentowania takich incydentów.

KMPT zwraca uwagę, że rejestr powinien zawierać informacje o zdarzeniach związanych z zagrożeniem życia lub zdrowia mieszkańców, takich jak wypadki, samouszkodzenia czy obrażenia ciała, a zanonimizowana informacja na temat zdarzeń powinna być przekazywana właściwemu wojewodzie co najmniej raz na kwartał⁵¹.

134. **KMPT zaleca rzetelne prowadzenie rejestru zdarzeń nadzwyczajnych.**

135. Placówka nie opracowała procedur regulujących postępowanie personelu w sytuacjach nadzwyczajnych. Wprowadzenie jednolitego, spójnego sposobu postępowania wśród pracowników pozwala na ograniczenie ryzyka popełnienia błędu, zwłaszcza w sytuacjach, kiedy działają oni w wyjątkowych okolicznościach i pod wpływem silnego stresu. Formalnie przyjęte standardy postępowania są szczególnie istotne w sytuacji dużej rotacji pracowników.

136. **KMPT rekomenduje opracowanie i wprowadzenie w placówce odpowiednich procedur, dotyczących np. postępowania w przypadku wystąpienia zachowań agresywnych lub autoagresywnych u mieszkańca, zidentyfikowania u niego obrażeń, podejrzenia popełnienia przestępstwa czy wystąpienia innych zdarzeń niepożądanych.**

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca **Kierownikowi Domu Spokojnej Starości św. Proroka Eliasza w Białymstoku:**

1. zwiększenie obsady medycznej w placówce celem zapewnienia, że przez całą dobę na zmianie będzie obecna co najmniej jedna pielęgniarka;
2. w przypadku konieczności zastosowania niestandardowych form zabezpieczeń:

⁵¹ Art. 68aa ust. 2 i 5 ustawy o pomocy społecznej.

- a. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia;
 - b. stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza;
 - c. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańców wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
3. rozważenie ograniczenia stosowania monitoringu w placówce (w szczególności w gabinecie zabiegowym oraz pokojach mieszkańców);
 4. nawiązanie stałej współpracy z psychologiem i prowadzenie ewidencji jego spotkań z mieszkańcami;
 5. uporządkowanie terminologii stosowanej w dokumentacji w taki sposób, by nie budziła ona wątpliwości oraz była zgodna z obowiązującymi przepisami prawa i rzeczywistym statusem osób będących stroną umowy;
 6. w przypadku postępowania z mieszkańcami niebędącymi w staniełożyć czytelny podpis, stosowanie praktyki składania przez nich oświadczeń woli w formie tuszowego odcisku palca z zachowaniem wymogu, by obok odcisku osoba upoważniona wpisała imię i nazwisko mieszkańca oraz złożyła swój podpis;
 7. zapewnienie wszystkim mieszkańcom regularnego kontaktu z lekarzem, w tym wizyt profilaktycznych;
 8. zapewnienie wszystkim nowo przyjętym oraz wracającym z przepustek mieszkańcom badania przez lekarza lub pielęgniarkę oraz dokumentowanie ewentualnych obrażeń przy pomocy specjalnych formularzy, tzw. map ciała, zawartych w Protokole stambulskim;
 9. przeprowadzenie szkolenia dla pracowników z zakresu praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego;
 10. zapewnienie, by leki były rozkładane i podawane mieszkańcom wyłącznie przez uprawniony do tego personel medyczny;
 11. każdorazowe konsultowanie z lekarzem potrzeby podawania leków w formie rozkruszonej oraz bieżące uzupełnianie dokumentacji mieszkańców w tym zakresie;
 12. ustalanie jadłospisu w porozumieniu z dietetykiem oraz zapewnianie mieszkańcom posiłków dietetycznych zgodnie z zaleceniami lekarza;
 13. umożliwienie mieszkańcom przechowywania środków pieniężnych oraz przedmiotów wartościowych w depozycie;
 14. odstąpienie od odgórnej zasady przekazywania opiekunom przedmiotów wartościowych i kierowanie się w tym zakresie zgodą mieszkańców będących w stanie świadomie wyrazić swoją wolę;

15. zwiększenie częstotliwości kąpieli mieszkańców;
16. uwzględnianie preferencji mieszkańców w zakresie płci osoby wykonującej czynności higieniczne, a w miarę możliwości zapewnienie, by zasadą było wykonywanie ich przez osobę tej samej płci;
17. ograniczanie samodzielnych wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego;
18. przeorganizowanie pokoi w sposób zapewniający wszystkim mieszkańcom komfortowe korzystanie z przestrzeni oraz pełne dostosowanie infrastruktury placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami;
19. zapewnienie mieszkańcom swobodnego dostępu do przestrzeni wspólnych;
20. zainstalowanie systemu alarmowo-przyzywowego we wszystkich pokojach mieszkalnych oraz łazienkach lub udostępnianie mieszkańcom, w szczególności leżącym, bezprzewodowych przycisków przywoławczych;
21. zwiększenie częstotliwości terapii zajęciowej i zapewnienie wszystkim mieszkańcom dostępu do co najmniej jednej zorganizowanej aktywności w ciągu dnia;
22. zwiększenie dostępu do rehabilitacji dla wszystkich mieszkańców, np. poprzez organizację zajęć grupowych;
23. opracowanie indywidualnego planu zajęć dla każdego mieszkańca;
24. umożliwienie mieszkańcom przebywania na świeżym powietrzu niezależnie od pory roku;
25. zwiększenie liczby pracowników pełniących dyżur w godzinach nocnych;
26. zatrudnienie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie niezbędne do wykonywania powierzonych im zadań, zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej oraz precyzyjne określanie zakresu ich obowiązków;
27. zapewnienie systematycznego doskonalenia zawodowego pracowników PCO w obszarach: opieki nad mieszkańcami (z uwzględnieniem wykonywanych przez pracowników zadań), radzenia sobie ze stresem, wypaleniem zawodowym, agresją, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;
28. organizację superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta;
29. weryfikację i aktualizację regulaminu organizacyjnego oraz wyeksponowanie go w częściach wspólnych PCO, np. na tablicy informacyjnej, razem z innymi istotnymi z perspektywy mieszkańców informacjami (np. rozkładem dnia czy tygodniowym planem zajęć);

- 30. zapoznavanie mieszkańców z zasadami pobytu w placówce przy przyjęciu w sposób dostosowany do ich indywidualnych możliwości;
- 31. weryfikację i aktualizację procedury skargowej oraz regularne informowanie mieszkańców i ich opiekunów o trybie składania skarg i wniosków w sposób zrozumiały dla odbiorców zarówno ustnie, jak i pisemnie (np. poprzez wyeksponowanie odpowiedniej informacji na tablicy ogłoszeń);
- 32. zamontowanie specjalnej skrzynki na skargi w miejscu nieobjętym monitoringiem, z której skorzystać będą mogli mieszkańcy oraz inne osoby (rodzina, osoby odwiedzające, pracownicy);
- 33. utworzenie i systematyczne uzupełnianie rejestru skarg i wniosków, obejmującego także zgłoszenia w formie ustnej oraz anonimowe;
- 34. rzetelne prowadzenie rejestru zdarzeń nadzwyczajnych;
- 35. opracowanie i wprowadzenie w placówce odpowiednich procedur, dotyczących np. postępowania w przypadku wystąpienia zachowań agresywnych lub autoagresywnych u mieszkańca, zidentyfikowania u niego obrażeń, podejrzenia popełnienia przestępstwa czy wystąpienia innych zdarzeń niepożądanych.

VII. Informacje dodatkowe

Krajowy Mechanizm zwraca się do **Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia** o udzielenie informacji, o których mowa w pkt 51 niniejszego raportu.

Opracowała: Wiktoria Chachulska

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/