



Warszawa, 13-08-2026 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.573.5.2026.DK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Placówki Całodobowej Opieki
Dom opieki „u Boromeuszek” sp. z o.o. 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

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), dalej jako: ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

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 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

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 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.

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

II. Wprowadzenie

9. W dniach 16-17 marca 2026 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację w Placówce Całodobowej Opieki – Dom Opieki „u Boromeuszek” sp. z o.o. w Cieszynie (dalej jako: PCO, Dom lub placówka).

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

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły wstępną rozmowę z s. Ireną Wiolettą Rogowską – Prezesem Zarządu spółki prowadzącej PCO (dalej: Dyrektorką placówki), dokonały oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń Domu i terenu zewnętrznego, przeprowadziły poufne rozmowy z niektórymi mieszkańcami oraz pracownikami placówki, a także zapoznały się z prowadzoną na miejscu dokumentacją. Wykonane też zostały pomiary i zdjęcia wybranych pomieszczeń.

12. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi Dyrektorce placówki i zapoznała się z jej uwagami i wyjaśnieniami.

13. Niniejszy raport sygnalizuje poza problemami systemowymi (część V) zarówno mocne strony placówki (część IV), jak i obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (część VI i VII).

III. Charakterystyka placówki

14. Dom prowadzony jest przez spółkę z.o.o. Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza (dalej: Zgromadzenia). Pełni usługi w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę kobietom i mężczyznom w podeszłym wieku, przewlekłe chorym lub z niepełnosprawnością. Zezwolenie na tę działalność, na czas nieokreślony, zostało wydane decyzją Wojewody Śląskiego nr PSII.9423.36.2014 z dnia 14 stycznia 2015 r., a zmienione decyzją nr PSII.9423.36.2020 z dnia 2 listopada 2020 r.

15. Zgodnie z ostatnią decyzją Wojewody Śląskiego, zwiększono liczbę miejsc w PCO z 18 do 40. W czasie wizytacji w placówce panowało pełne obłożenie. Osoby przebywające w Domu były w wieku 65-97 lat, wszystkie o obniżonej sprawności,

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

a część borykała się z chorobami neurodegeneracyjnymi. Wielu mieszkańców było leżących, cewnikowanych i wymagających leczenia, głównie z racji przewlekłych schorzeń.

16. Według informacji Dyrektorki placówki, w czasie wizytacji wśród obecnych była 1 osoba ubezwłasnowolniona.

17. Mieszkańców kwateruje się na 1 i 2 piętrze (po 20 osób na każdym) w trzykondygnacyjnym budynku.

IV. Mocne strony placówki

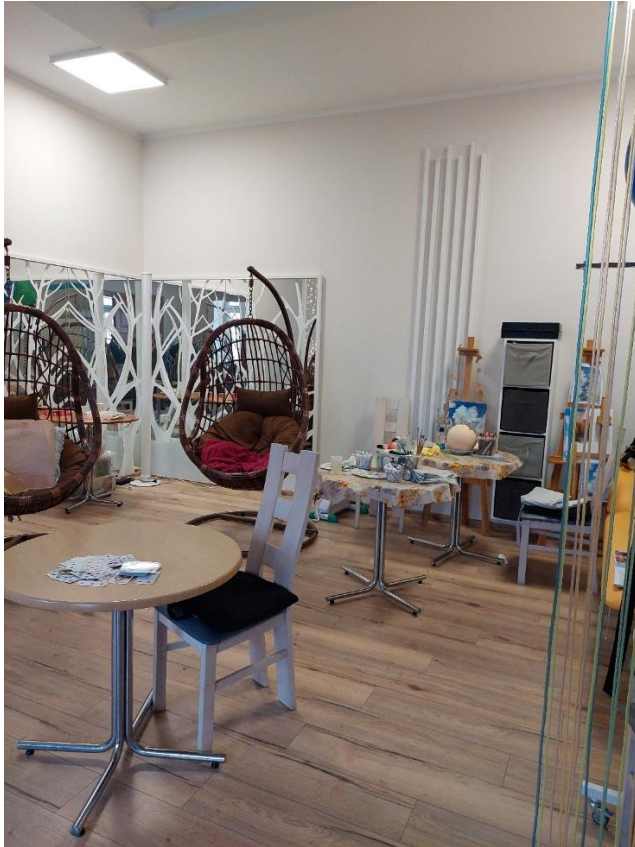
18. Bogate wyposażenie sali terapeutycznej

W PCO prowadzone są różnorodne zajęcia rehabilitacyjne i terapeutyczne. Odbývają się one m.in. w wyjątkowo estetycznie urządzonej i dobrze wyposażonej w urządzenia pomagające zachować lub odzyskać sprawność sali terapeutycznej.

W pomieszczeniu tym ponadto puszczana jest łagodna muzyka i zapalane kojące, tudzież pobudzające zmysły światła, zainstalowane m.in. w formie świetlnych kurtyn czy obrazów. Nie zapomniano też o rozmaitych, wygodnych meblach, jak np. kanapach i fotelach z dodatkowymi poduszkami i podnóżkami, a także o sprzętach do masażu i ozdobach.



Fot. 1. Fragment wnętrza sali terapeutycznej z fotelami i świetlnym obrazem



Fot. 2. Fragment wnętrza sali terapeutycznej z wiszącymi fotelami



Fot. 3. Fragment sali terapeutycznej ze sprzętem rehabilitacyjnym



Fot. 4. Fragment sali terapeutycznej ze sprzętem do ćwiczenia rąk i ozdobami na parapetach

19. **Atrakcyjne i pomocne zagospodarowanie terenu zielonego otaczającego Dom**

Poza komfortową salą terapeutyczną, mieszkańcy PCO mogą korzystać z różnych udogodnień np. z bezpłatnego dostępu do Wi-Fi oraz z zadbanego i urządzonego w ciekawy sposób ogrodu przed budynkiem, gdzie z myślą o ich potrzebach zainstalowano m.in. różnorakie sprzęty do ćwiczeń fizycznych na świeżym powietrzu i altanę, w której cieniu można posiedzieć czy biesiadować. Zadbane rośliny i różne miejsca w ogrodzie, opatrzone tabliczkami ze sprzyjającymi medytacjom czy modlitwie napisami np. obok małej sadzonki drzewa napis „Cis – wieczna zieleń cisów symbolizuje nieśmiertelność duszy”.



Fot. 5 i 6. Sprzęt do ćwiczeń na świeżym powietrzu



Fot. 7, 8 i 9. Ogród wokół placówki: altana, ścieżki wśród roślin, klomb

20. **Utrzymywanie bezpośredniego kontaktu z mieszkańcami przebywającymi w szpitalach**

Dbałość prowadzących Dom o komfort emocjonalny pensjonariuszy wyraża się szczególnie w formie opieki i podtrzymywania kontaktów w najtrudniejszych dla człowieka momentach, jakimi jest choćby pobyt w szpitalu. Pracownicy PCO odwiedzają mieszkańców w placówkach służby zdrowia, co jest dobrą praktyką na tle innych tego typu domów.

V. Problemy systemowe¹³

A. Niestandardowe formy zabezpieczenia

21. W praktyce działania zwizytowanego PCO, stosuje się niestandardowe formy zabezpieczenia, jakimi jest np. ubieranie w „śpiochy”/kombinezony osób, które nie kontrolują wypróżniania się i używanie celem zabezpieczenia osób mogących zsunąć się z wózków, atestowanych szelek do ich utrzymania w siedzącej pozycji. W dokumentacji medycznej nie zostały jednak zawarte zalecenia lekarza co do rozpoczęcia stosowania wymienionych niestandardowych form zabezpieczeń u niektórych mieszkańców. Obrazuje to istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, lecz mogą ingerować w wolność jednostki.

22. 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 RP¹⁴ 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.¹⁵, w którym RPO zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym. Podobny pogląd wyraża Rzecznik Praw Pacjenta¹⁶. 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.

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

¹³ Wnioski systemowe z wizytacji KMPT m.in. w placówkach całodobowej opieki, zawarte zostały również w wystąpieniu Zastępcy RPO z dnia 8 lipca 2026 r. do Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (sygn. KMPT.575.6.2026.RK) zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-pomoc-spoeczna-nowelizacja-ustawy-projekt-opinia-kmpt>.

¹⁴ Zob. Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. nr 78, poz. 483), dalej: Konstytucja RP.

¹⁵ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

¹⁶ Zob. <https://www.gov.pl/web/rpp/przymus-bezposredni-a-zabezpieczenie-pozycji-pacjenta-przed-upadkiem>.

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pensjonariuszami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia. W procedurze takiej należy w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, jak lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny. Procedura pozwoli też 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.

2. Stosowanie środków zabezpieczających – jak w prezentowanych sytuacjach - wyłącznie za zgodą lekarza. Lekarz, po zbadaniu mieszkańca i indywidualnej ocenie stanu jego zdrowia i ryzyka, powinien odnotować w dokumentacji medycznej potrzebę zastosowania środka, czas i okoliczności jego stosowania, ewentualne przeciwwskazania i inne uwagi istotne dla zapewnienia właściwej opieki. Potrzeba dalszego stosowania danego środka powinna podlegać regularnemu przeglądowi. Należy też dokumentować wszelkie urazy i obrażenia odniesione przez mieszkańców w trakcie stosowania zabezpieczenia oraz bezpośrednio po jego zakończeniu (np. obtarcia, skaleczenia, upadki itp.).

3. Używanie do zabezpieczenia wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.

B. Brak wymogów zatrudnienia specjalistów i kontroli medycznej PCO

24. Placówka zapewnia opiekę lekarza internisty (w ramach NFZ), który przychodzi do mieszkańców raz w tygodniu, oraz wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską (wśród kadry etatowej placówki są 2 pielęgniarki, a w razie potrzeby jest wsparcie pielęgniarek z zakładu opiekuńczo-leczniczego, usytuowanego w przylegającym do Domu budynku¹⁷). Na potrzeby zewnętrznych wizyt lekarskich PCO zapewnia własny transport lub organizuje transport medyczny NFZ. Wśród kadry jest też 2 psychologów i 2 fizjoterapeutów. Część opiekunów ma kwalifikacje opiekunów medycznych. Ponadto personel przechodzi liczne szkolenia, pogłębiające wiedzę w zakresie komunikacji i opieki nad osobami, które mieszkają w PCO.

¹⁷ Wskazany ZOL jest również prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza.

25. Zważywszy literalną treść art. 68 ust. 3 pkt 4 ustawy o pomocy społecznej¹⁸, wizytowany Dom wychodzi poza ustawowe minimum i w opisanym zakresie wyróżnia się na tle innych tego typu placówek.

26. Pomimo bardzo dobrej sytuacji na tle innych tego typu placówek w obszarze zatrudnienia i organizowania wizyt mieszkańców u specjalistów tudzież umawiania badań i zabiegów lekarskich w ramach NFZ, generalnie kluczowym problemem systemowym jest brak standardów prawnych wymagających od PCO zatrudnienia oraz stałej dostępności (w tym całodobowej) rozbudowanego pod względem różnych specjalizacji zawodowych personelu o profesjonalnych z perspektywy potrzeb PCO kwalifikacjach. W tym zwłaszcza osób dbających o dobrostan mieszkańców w każdym ważnym obszarze, a szczególnie w zakresie zdrowia psychicznego i fizycznego.

Nie bez znaczenia jest także znaczna trudność w rekrutacji osób z wykształceniem lekarskim czy pielęgniariskim do pracy w takich placówkach z uwagi na ich skromne możliwości ponoszenia wysokich kosztów zatrudnienia, bez konieczności zwiększania miesięcznych opłat wnoszonych przez samych mieszkańców.

27. Placówki całodobowej opieki nie są zobowiązane do przestrzegania ściśle określonych standardów, tak jak w przypadku domów pomocy społecznej¹⁹. Nie ma w nich także obowiązku zatrudniania pracowników socjalnych, terapeutów, lekarzy czy pielęgniarek²⁰.

Z jednej strony sprzyja to wzrastającej liczbie placówek zapewniających całodobową opiekę i określaniu kosztów pobytów w nich na poziomie możliwym do udźwignięcia przynajmniej przez część osób potrzebujących i partycypujących

¹⁸ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r., poz. 639), dalej: ustawa o pomocy społecznej.

¹⁹ 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).

²⁰ 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.

w tym często ich rodzin²¹. Wychodzi to 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, które kwalifikują się do różnego rodzaju wyspecjalizowanych placówek, do których często z braku miejsc trudno im się dostać (osoby z różnymi typami chorób neurodegradacyjnych, przewlekłe chore i w związku z tym wymagające specjalistycznego leczenia, w tym cewnikowane, używające stomii, aparatów tlenowych czy żywienia pozajelitowego lub/i z niepełnosprawnością intelektualną oraz z chorobami psychicznymi niewymagającymi leczenia szpitalnego).

28. Brak jednoznacznie sprecyzowanych wymagań kadrowych może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia osób przebywających w prywatnych placówkach. Powoduje też, coraz częściej stwierdzone przez KMPT odmawianie przyjęć pewnych grup pensjonariuszy do PCO tj. głównie osób z chorobami psychicznymi czy chorobami neurodegradacyjnymi np. z chorobą Alzheimera²². Uznawani są oni z założenia jako potencjalnie trudni we współżyciu i wymagający m.in. stałej opieki psychologicznej oraz psychiatrycznej, a także terapii i leczenia farmakologicznego, ordynowanego na zlecenie lekarskie, ale możliwego do podawania wyłącznie przez pielęgniarkę.

29. Problem pogłębia fakt, że w obecnie obowiązujących przepisach nie wskazano instytucji, która w sytuacji kryzysowej byłaby zobligowana do stwierdzenia wystąpienia zagrożenia zdrowia lub życia mieszkańców, a także uprawnionej do kontroli placówek pod kątem zapewnienia mieszkańcom opieki medycznej, w szczególności prowadzonej farmakoterapii²³. Biorąc pod uwagę wysoką śmiertelność osób umieszczonych w PCO²⁴, sprawdzenie i analiza tego obszaru wydaje się konieczna. W praktyce jedynymi organami zobligowanymi do cyklicznych kontroli

²¹ Miesięczna stawka pobytu w PCO waha się w zależności od regionu Polski i zakresu usług/oferowanych warunków materialnych, ale zazwyczaj jest to około 5-7 tys. zł.

²² W umowie na pobyt w PCO zawarty jest zapis, zgodnie z którym jeśli w ciągu 7 dni od dnia przyjęcia do placówki pensjonariusz okaże się osobą chorą psychicznie, to umowa może zostać rozwiązana w trybie natychmiastowym (bez obowiązującego okresu wypowiedzenia). W takim przypadku uiszczone przez pensjonariusza wynagrodzenie nie podlega zwrotowi.

²³ Rzecznik Praw Pacjenta reaguje na skargi i nie ma ani możliwości logistycznych, ani obowiązku cyklicznego przeprowadzania kontroli w PCO.

²⁴ Sprawa dotyczy niemal wszystkich wizytowanych przez KMPT placówek. Liczebność zgonów mieszkańców tłumaczona jest ich bardzo złym stanem zdrowia przy przyjęciu do placówki. Przykładowo w wizytowanym Domu w 2025 r. zmarło 13 osób, co nie jest liczbą negatywnie wyróżniającą tę placówkę na tle innych o podobnej pojemności.

są właściwe urzędy wojewódzkie oraz Sanepid i Straż Pożarna – z założenia zajmujące się innymi zagadnieniami tematycznymi w toku ich kontroli.

30. Powyższy stan sygnalizuje istnienie problemu systemowego braku 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 rozważenia inicjatywy odpowiednich resortów: Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwa Zdrowia.

C. Brak sądowej kontroli PCO

31. W wizytowanych przez Krajowy Mechanizm placówkach całodobowej opieki, mogą przebywać osoby wbrew swojej woli, umieszczone decyzją przedstawiciela ustawowego.

32. Należy zwrócić uwagę, że obowiązek kontroli przez sędziego legalności pobytu mieszkańców i respektowania ich praw, dotyczy wyłącznie domów pomocy społecznej i szpitali psychiatrycznych²⁵. Placówki całodobowej opieki podlegają kontroli wyłącznie w zakresie przestrzegania praw osób, w stosunku do których zastosowano ograniczenie możliwości samodzielnego opuszczania domu pomocy społecznej lub placówki (zakaz spacerów, wyjścia do sklepu, na cmentarz itp.)²⁶. W praktyce dotyczy to znikomej liczby mieszkańców²⁷.

33. Placówek całodobowej opieki nie dotyczą również okresowe badania psychiatryczne pensjonariuszy przyjętych ze stwierdzonymi chorobami psychicznymi, które nie wymagają leczenia szpitalnego i z niepełnosprawnością intelektualną²⁸.

34. W ocenie KMPT stwarza to poważne zagrożenie swobody nadużyć, również ze strony bliskich osób umieszczanych w PCO. Kwestia ta wymaga rozważenia inicjatywy odpowiednich resortów: Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwa Sprawiedliwości i Ministerstwa Zdrowia.

²⁵ Zob. art 43 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r., poz. 917).

²⁶ Tamże art. 43a.

²⁷ Problem ten KMPT zauważa w większości zwizytowanych PCO (zob. https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2025-12/Raport_KMPT_2024.pdf str.54) i nie omija on również opisywanej placówki, o czym szerzej w części VI. B pkt b raportu.

²⁸ Tamże art. 38 ust. 5. Zaznaczyć należy, że w kwestii cyklicznych organizacji badań psychiatrycznych zgłoszone zostały przez KMPT systemowe zastrzeżenia dotyczące osób z niepełnosprawnością intelektualną, tudzież logistyki i finansowania takowych (zob. raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Domu Pomocy Społecznej w Nowym Mieście nad Pilicą sygn. KMPT.575.7.2025.DK).

D. Monitoring wizyjny

35. Na terenie placówki zainstalowano monitoring wizyjny. Kamery znajdują się wyłącznie w wydzielonej części terenu zewnętrznego. Monitoringowi nie podlegały pomieszczenia w PCO, ale zarówno odwiedziny mieszkańców, jak ich samodzielne wyjścia poza Dom mogą być w ten sposób kontrolowane, na co należy zwrócić uwagę. Kwestia stosowania monitoringu w placówkach całodobowej opieki od kilku lat jest przedmiotem analizy KMPT.

36. Rozwiązanie takie służy niewątpliwie poprawie bezpieczeństwa w placówce, w tym samych pensjonariuszy. Warto jednak podkreślić, że monitorowanie tego typu placówek może stanowić formę ingerencji w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku, o czym powinni oni być poinformowani np. w formie tabliczki informacyjnej widocznej dla wchodzących. Dla legalności tego rodzaju kontroli istotne jest, żeby ograniczenie to spełniało przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. Obecnie bowiem żadne przepisy regulujące funkcjonowanie placówek całodobowej opieki nie określają tej kwestii.

37. O powyższym problemie systemowym Rzecznik Praw Obywatelskich informował już odpowiednie władze²⁹.

E. Wskaźniki zatrudnienia

38. Określone w art. 68a pkt 5 ustawy o pomocy społecznej 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”.

39. Takie brzmienie przepisu jest nieczytelne i 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. Liczba wykwalifikowanych pracowników powinna być inna, jeśli

²⁹ Zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-pomoc-spoeczna-nowelizacja-ustawy-projekt-opinia-kmpt>.

większość mieszkańców będą stanowiły osoby sprawne fizycznie, ale pozostające w znacznie utrudnionym kontakcie z uwagi np. na choroby neurodegeneracyjne. Powinno się zatem uściślić liczbę pracowników i ich specjalizacje w przypadku, gdy większość mieszkańców będzie osobami leżącymi.

40. Podmioty prowadzące placówki całodobowej opieki mają obecnie dowolność w określaniu składu dobowego personelu. KMPT często obserwuje praktykę pozostawiania na nocnej zmianie do opieki nad starszymi i schorowanymi osobami tylko jednego pracownika, niekoniecznie posiadającego kwalifikacje medyczne.

41. Ponadto ustawowy wskaźnik zatrudnienia jest niższy od wskaźnika obowiązującego w domach pomocy społecznej³⁰, a przecież działalność i rodzaj usług, które wykonują PCO, są podobne do tych świadczonych w DPS.

F. Częstotliwość kontrolowania placówek całodobowej opieki przez instytucje zewnętrzne

42. Według informacji uzyskanych przez delegację KMPT, od kilku lat Dom nie był przedmiotem zainteresowania właściwego urzędu wojewódzkiego. Zgodnie z obowiązującymi przepisami³¹ kompleksowe kontrole w tego typu placówkach przeprowadza się nie rzadziej niż raz na cztery lata. Z wieloletnich obserwacji KMPT wynika, że częstotliwość kontroli nie zapewnia właściwego nadzoru nad funkcjonowaniem PCO. Jeśli dany 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 i 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.

43. Ze strony internetowej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego nie wynika, aby kontrola kompleksowa odbyła się w wizytowanej placówce w okresie wskazanym w obowiązujących przepisach³².

44. W ocenie KMPT tylko regularne wizytowanie placówek, w których przebywają osoby szczególnie nieporadne, niesamodzielne, z licznymi

³⁰ 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).

³¹ Zob. § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2020 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1065).

³² Zob. <https://suw.bip.gov.pl/Inne/PS%20-%20podkategoria/kontrole-oddzial-ds-nadzoru-nad-placowkami-pomocy-spoecznej-psii.html>.

schorzeniami i niepełnosprawnościami, wzmacnia gwarancję właściwego sposobu traktowania osób z tej wrażliwej grupy, wysoce narażonej na nieludzkie i poniżające traktowanie. Nie sposób uznać, że obowiązujące regulacje prawne dotyczące kontrolowania placówek przez wojewodów odpowiadają potrzebom ww. osób i chronią ich prawa w należyty sposób. Kontrole wojewodów są tu o tyle istotne, że jest to jedyny urząd odpowiedzialny za wydawanie i cofanie zezwoleń na prowadzenie PCO.

VI. Obszary wymagające poprawy

A. Legalność pobytu

45. Umowy na pobyt w PCO co do zasady są trójstronne, tj. podpisywane są przez mieszkańca, bliską mu osobę (np. dorosłą córkę) i Prezesa Zarządu spółki. Przegląd umów z obecnymi mieszkańcami Domu wskazuje, że w przypadku niektórych umów podpisanych odrębnie, podpisy członka rodziny i pensjonariusza, są bardzo podobne.

46. **KMPT zaleca, aby osobom, które mogą wyrazić świadomą zgodę na pobyt w PCO, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem (z uwagi na stan zdrowia uniemożliwiający pisanie), umożliwić złożenie tuszowego odcisku palca³³.**

47. **Krajowy Mechanizm zaleca zwrócenie uwagi, by za mieszkańców nie podpisywali się członkowie ich rodzin. Wyjątkiem w tym zakresie może być jedynie reprezentowanie mieszkańców w takich sprawach przez pełnomocnika dysponującego upoważnieniem notarialnym.**

B. Prawo do godności i wolności

a) Niedozwolone postanowienia umowne

48. Umowa zawierana przez placówkę z mieszkańcami PCO zawiera w § 2 ust. 2 zastrzeżenie o możliwości natychmiastowego jej rozwiązania w przypadku m.in. odmowy spożywania posiłków i leków czy samodzielnego opuszczania terenu Domu

³³ Zgodnie z art. 79 ustawy z dnia 26 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”.

bez skonsultowania takiego wyjścia z pracownikiem PCO. Bez względu na intencję autora tego tekstu, Krajowy Mechanizm zauważa, że wskazane postanowienia umowne godzą w prawo mieszkańców do swobody decydowania o sobie. Tym bardziej są rażące, iż większość pensjonariuszy to osoby własnowolne i zdrowe psychicznie/świadome.

49. Prawo do odmowy zażycia leków wynika z fundamentalnego prawa pacjenta do samostanowienia i świadomej zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Pacjent ma prawo samodzielnie zdecydować, czy przyjmuje proponowane leczenie, czy z niego rezygnuje³⁴. W przypadku odmowy, lekarz powinien odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. W sytuacjach wątpliwych zalecane jest złożenie oświadczenia o odmowie na piśmie. Komitet Ministrów Rady Europy (dalej: Komitet Ministrów) w rekomendacji CM/Rec(2014)2 dotyczącej promocji praw osób starszych w punkcie 35 wskazał, że „Osoby starsze powinny otrzymywać opiekę medyczną tylko po uzyskaniu ich wolnej i świadomej zgody, ponadto mogą wycofać zgodę w każdym momencie”³⁵.

50. Identycznie należy traktować odmowę spożywania jedzenia. Każda osoba dorosła i świadoma ma prawo odmówić przyjęcia posiłku. Odmawianie przyjmowania przez mieszkańca jedzenia może przynieść negatywne dla jego zdrowia skutki w niedalekiej przyszłości, jednak godność i autonomia tej osoby stoją tu na pierwszym planie. Wyjątki dotyczą głównie przypadków regulowanych odrębnymi przepisami, związanych z brakiem świadomości i/lub zagrożenia życia.

b) Kontakt ze światem zewnętrznym

51. Konstytucyjnie chroniona wolność i godność człowieka³⁶ odnoszą się także do swobody poruszania się. Poza wskazanym wcześniej, dyskusyjnym zapisem w umowie, mieszkańcy są faktycznie zamykani na zajmowanych przez nich piętrach, gdyż drzwi do nich są stale zamknięte na kodowe zamki, a kody do nich nie są im znane.

52. Poza pojedynczymi przypadkami spacerów mieszkańców poza placówkę³⁷, nie ma możliwości wychodzenia z budynku. Poza wyjściem do ogrodu

³⁴ Zob. art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r., poz. 581).

³⁵ Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych
https://dziennikurzedowy.msz.gov.pl/resource/Rekomendacja%20CDDH%20AGE%20-%20polskie%20tlumaczenie_final.pdf.

³⁶ Zob. art. 30 i 31 Konstytucji RP.

³⁷ Delegacja KMPT ustaliła, że dotyczy to tylko 1 osoby.

na terenie między budynkami Zgromadzenia i możliwością spędzania czasu przed budynkiem Domu sprawniejszych mieszkańców, spacerów np. do sklepów w mieście są przez PCO zakazane. Tłumaczone to było trudnym stanem części mieszkańców, w tym obawami o ich zaginięcie oraz alertami pogodowymi.

53. Komitet Ministrów w pkt 40 wymienionej wyżej rekomendacji wskazał, że „osobom starszym, które zostały umieszczone w domach opieki instytucjonalnej, przysługuje prawo do wolności przemieszczania. Jakiegokolwiek ograniczenia w tym zakresie powinny być prawowite, niezbędne i proporcjonalne, jak również zgodne z prawem międzynarodowym”. Komitet promuje również działania umożliwiające pełne uczestnictwo osób starszych w życiu publicznym, ekonomicznym, społecznym i kulturalnym.

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

Powyższe oznacza, że ustawodawca nie dopuścił możliwości wprowadzania generalnych zakazów opuszczania placówki obejmujących wszystkich mieszkańców ani uzależniania możliwości wyjścia od wewnętrznych, nieformalnych zasad funkcjonowania Domu. Każde ograniczenie powinno mieć charakter indywidualny, być poprzedzone oceną konkretnego ryzyka oraz podlegać okresowej weryfikacji.

55. W czasie wizytacji nie stwierdzono, aby opisane ograniczenia wynikały z indywidualnych decyzji wydanych wobec poszczególnych mieszkańców na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej. W konsekwencji praktyka polegająca na nieudostępnianiu pensjonariuszom kodów do drzwi oraz uzależnianiu możliwości wyjścia od zgody personelu może prowadzić do faktycznego pozbawienia wolności osób, wobec których nie istnieje ustawowa podstawa do stosowania takich ograniczeń.

56. Niezależnie od aspektu prawnego, KMPT zwraca uwagę na konsekwencje zdrowotne stosowanych ograniczeń. Możliwość codziennego przebywania na świeżym powietrzu oraz podejmowania spontanicznej aktywności fizycznej stanowi jeden z podstawowych elementów profilaktyki geriatrycznej i jest zgodne ze standardami Podkomitetu ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) i Europejskiego Komitetu do Spraw

Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT). Ograniczenie możliwości wychodzenia przez znaczną część roku może przyczyniać się do pogorszenia sprawności fizycznej mieszkańców, nasilenia objawów depresyjnych, zaburzeń snu oraz poczucia izolacji społecznej. Takie zakazy mogą prowadzić również do nieuprawnionego odizolowania osób starszych i schorowanych, a w konsekwencji do pogłębienia ich zależności od personelu PCO.

57. Krajowy Mechanizm podkreśla, że dostrzega organizację na terenie placówki przedsięwzięć mających na celu zwiększenie aktywności mieszkańców z udziałem osób spoza PCO np. systematyczne przeprowadzanie spotkań z ciekawymi osobami, koncerty, imprezy integracyjne, odwiedziny dorosłych wolontariuszy czy dzieci z okolicznych szkół i przedszkoli. Placówka zapewnia też mieszkańcom bezpłatny dostęp do Wi-Fi, co wyróżnia ją na tle innych tego typu instytucji. Pożądane jest jednak zwiększenie faktycznego udziału mieszkańców w życiu poza placówką np. poprzez wyjścia grupowe czy indywidualne spacer i dojsca do sklepu, biblioteki, cmentarza etc.

58. **Krajowy Mechanizm zaleca zmianę treści umowy pobytowej tak, by była ona wolna od nieuprawnionych zapisów.**

59. **KMPT zaleca ograniczanie samodzielnych wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego o zakazie w tym obszarze, dotyczącym wybranych osób.**

60. **KMPT rekomenduje organizację pomocy mieszkańcom w systematycznych wyjściach i kontaktach z innymi osobami spoza Domu, w tym w organizowanych na terenie miasta przedsięwzięciach rekreacyjnych i kulturalno-oświatowych.**

61. Krajowy Mechanizm dostrzega, że obowiązujące przepisy prawa nie nakładają na placówki całodobowej opieki obowiązku prowadzenia rejestru wyjść mieszkańców. Brak szczegółowej regulacji ustawowej nie oznacza jednak, że prowadzenie takiej ewidencji jest zbędne. Wręcz przeciwnie, stanowi ono element należytej organizacji opieki oraz jeden z podstawowych mechanizmów zapewniających bezpieczeństwo mieszkańców. W tym kontekście warto przypomnieć o obawach personelu Domu co do ewentualnych zaginięć wychodzących mieszkańców.

62. Dobrze prowadzonego rejestru wyjść nie zastąpią prowadzone w placówce pisemne „oświadczenia o wzięciu na siebie odpowiedzialności” osób biorących danego mieszkańca np. na święta, gdyż nie zawierają one ważnych informacji np. daty wyjścia czy adresu pobytu poza PCO danego pensjonariusza.

63. Placówka przeznaczona jest dla 40 osób, z których znaczną część stanowią osoby w podeszłym wieku, przewlekłe chore oraz wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W przypadku zaginięcia mieszkańca, jego nagłego pogorszenia stanu zdrowia poza placówką lub niepowrotu w deklarowanym czasie, personel powinien dysponować podstawowymi informacjami umożliwiającymi szybkie podjęcie działań.

64. Brak rejestracji wyjść utrudnia również nadzór nad praktyką ograniczania wolności mieszkańców i faktyczne zawęży ich swobodę poruszania się.

65. Prowadzenie ewidencji wyjść pozwala na pogodzenie dwóch wartości wymagających ochrony: prawa mieszkańców do swobodnego opuszczania placówki oraz obowiązku zapewnienia im bezpieczeństwa. Rejestr nie powinien pełnić funkcji kontrolnej ani ograniczającej wolność mieszkańców, lecz służyć wyłącznie zapewnieniu właściwej organizacji opieki oraz umożliwieniu szybkiej reakcji w sytuacjach nadzwyczajnych.

66. **KMPT zaleca wprowadzenie ewidencji wyjść mieszkańców, określającej m.in. deklarowaną dobrowolnie przez mieszkańca jego lokalizację i spodziewaną godzinę jego powrotu, oraz wskazanie numeru telefonu kontaktowego do mieszkańca albo osoby towarzyszącej, jeżeli taki numer jest dostępny.**

C. Opieka medyczna i pomoc psychologiczna

a) Dokumentacja medyczna

67. Nawiązując do zagadnień wskazanych w części V. A raportu, nie odnotowuje się w dokumentacji medycznej zaleceń lekarza co do rozpoczęcia stosowania niestandardowych form zabezpieczeń, jak np. pasów do wózka czy tzw. „śpiochów”/kombinezonów, wraz z zakresem czasowym stosowania tych zabezpieczeń (informacjami o liczbie godzin na dobę, dni w tygodniu, tolerancji mieszkańca). Pożądane byłoby, gdyby lekarz, który regularnie odwiedza mieszkańców, wydawał zalecenia odnośnie utrzymania czy zmniejszenia czasu trwania lub zmiany niestandardowych form zabezpieczeń na inne, np. w przypadku powikłań takich jak siniaki czy otarcia. Takie informacje powinny być dostępne w dokumentacji medycznej.

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

b) Badanie lekarskie przy przyjęciu do PCO i dokumentowanie obrażeń

69. Nowo przyjmowane osoby nie są badane przez lekarza od razu po przyjęciu i nie odnotowuje się ich ewentualnych obrażeń w dokumentacji medycznej, co dotyczy również powrotów ze szpitali czy urlopów.

70. Nie przyjęto też żadnej procedury na taką okoliczność i nie stosuje się też druków z tzw. mapami ciała do dokumentowania zarówno świeżych obrażeń, jak i starych śladów urazów, np. blizn oraz nie wykonuje pomiarów obrażeń³⁸.

71. KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za podstawową i minimalną gwarancję chroniącą pensjonariuszy przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce. Z kolei świadomość ujawnienia ewentualnych śladów przemocy i ich udokumentowania może zadziałać odstraszająco na osoby rozważające użycie przemocy wobec mieszkańców³⁹.

72. Badanie medyczne służące ujawnieniu ewentualnych śladów tortur powinno spełniać dwa podstawowe kryteria – być przeprowadzone w najkrótszym możliwym czasie po zaistnieniu zdarzenia i z uwzględnieniem zasad dotyczących skutecznego dokumentowania tortur. Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) podkreśla, że badanie powinno odbywać się w warunkach poufności (obecny powinien być wyłącznie personel medyczny) i być ukierunkowane na zdiagnozowanie ewentualnych przypadków tortur i złego traktowania⁴⁰.

73. KMPT widzi też potrzebę przeszkolenia personelu z treści Protokołu stambulskiego, tj. oficjalnego podręcznika ONZ dotyczącego diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania⁴¹. Zawiera on wskazówki pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą przemocy (w tym tortur) a także wytyczne, jak należy zgłaszać takie przypadki odpowiednim organom. Dokument ten jest ogólnodostępny i odgrywa kluczową rolę

³⁸ Wyjątkiem był jeden przypadek rozległej odleżyny u osoby po pobycie w szpitalu, odnotowany w formie dokumentacji fotograficznej z własnej inicjatywy pracownicy Domu w dokumentacji medycznej PCO.

³⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, 25 czerwca 2014 r., CPT/Inf (2014) 21, p. 26, 30; CAT/OP/PER/1, p. 20; Raport SPT z wizyty w Szwecji, 10 września 2008 r., CAT/OP/SWE/1, p. 62-64; Drugie Sprawozdanie Ogólne, CPT/Inf (92) 3, p. 36-38; Raport CPT z wizyty na Malcie, CPT/Inf (2016) 25, p. 167; Raport CPT z wizyty w Turcji, CPT/Inf (2009) 17, p. 53; Raport SPT z wizyty w Ukrainie, 16 marca 2016 r., CAT/OP/UKR/1, p. 45-48; Raport SPT z wizyty w Ukrainie, 18 maja 2017 r., CAT/OP/UKR/3, p. 57-61; Raport SPT z wizyty w Peru, 9 sierpnia 2017 r. CAT/OP/PER/1, p.20.

⁴⁰ Zob. Raport SPT z wizyty w Ukrainie, 18 maja 2017 r., CAT/OP/UKR/3, p. 57-61.

w zapobieganiu i zwalczaniu tortur⁴². Stanowi więc istotny element zapobiegawczy i cenne narzędzie edukacyjne, wzmacniające potencjał pracowników Domu⁴³.

74. Krajowy Mechanizm zaleca poddawanie wszystkich nowo przybyłych mieszkańców, niezwłocznie po ich przyjęciu do placówki, niezależnym badaniom lekarskim.

75. KMPT zaleca przeprowadzenie szkolenia dla pracowników z zakresu praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego.

76. KMPT rekomenduje przyjęcie procedury obejmującej m.in. dokumentowanie obrażeń mieszkańca przez przeszkolony z Protokołu stambulskiego personel, używający do tego celu specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który powinien zostać włączany do dokumentacji medycznej pensjonariusza. Procedura ta ponadto powinna zawierać ścieżkę dalszego działania, w przypadkach tego wymagających, w tym powiadomienie organów ścigania.

c) Podawanie leków

77. Delegacja Krajowego Mechanizmu ustaliła, że niektórym mieszkańcom podawane są leki rozkruszone i umieszczone w chlebie, bez indywidualnego zalecenia lekarskiego, wpisywanego w dokumentację medyczną.

78. Taka praktyka budzi istotne zastrzeżenia, ponieważ rozkruszanie może naruszać skład leku⁴⁴, zmieniać jego działanie, a w skrajnych przypadkach prowadzić do zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta⁴⁵. Podawanie leków w tej formie powinno być wyjątkiem, uzasadnionym konkretnym stanem zdrowia i jednoznacznym zaleceniem lekarza, a nie rutyną organizacyjną.

79. KMPT podkreśla, że bezpieczeństwo farmakoterapii wymaga nie tylko podania leku, ale również obserwacji pacjenta, prawidłowego odnotowania sposobu podania oraz reagowania na działania niepożądane.

⁴² Dokument dostępny na stronie: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2024-09/Protokol_stambulski_aktualizacja_2022_jez.polski.pdf.

⁴³ Zob. Raporty SPT z wizyt: w Peru, CAT/OP/PER/1, p. 20; w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, p. 46-48; Brazylii, CAT/OP/BRA/1, p. 38-39.

⁴⁴ 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.

⁴⁵ Rozkruszenie takich preparatów może skutkować m.in. jednorazowym uwolnieniem dawki substancji czynnej przewidzianej do stopniowego uwalniania przez wiele godzin, co w określonych przypadkach może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych.

80. W ocenie Krajowego Mechanizmu decyzja o zmianie postaci leku powinna być podejmowana wyłącznie przez lekarza, z uwzględnieniem charakterystyki konkretnego produktu leczniczego oraz indywidualnej sytuacji pacjenta.

81. KMPT podkreśla również, że niekiedy trudności w połykaniu tabletek mogą świadczyć o występowaniu zaburzeń połykania (np. dysfagii), które wymagają diagnostyki medycznej⁴⁶. Rozwiązaniem problemu nie powinno być automatyczne rozdrabnianie leków, lecz dokonanie przez lekarza oceny stanu zdrowia mieszkańca oraz rozważenie zastosowania preparatów w innej postaci farmaceutycznej.

82. Z perspektywy standardów antytorturowych dowolne modyfikowanie leczenia bez podstawy medycznej osłabia zaufanie mieszkańca do personelu i może prowadzić do poczucia przymusu oraz zależności.

83. Kolejną wątpliwością KMPT w tym samym obszarze jest podawanie leków po wyłącznym zleceniu telefonicznym i decyzjach kadry PCO niekoniecznie pochodzących od lekarza. Przykładowo lek Captopril został – według zanalizowanej dokumentacji placówki – podany po porozumieniu telefonicznym z „pogotowiem ratunkowym”. W dokumentacji placówki nie było śladu informacji, że wymieniony specyfik może być podawany danej osobie „alarmowo”. Zauważyć należy, że to lekarstwo mogące zatrzymać akcję serca, potrzebne w specyficznych sytuacjach np. dotyczących osób ze stwierdzonym nadciśnieniem i niewydolnością serca.

84. **KMPT zaleca każdorazowe, bezpośrednie i w ramach dokumentacji medycznej, konsultowanie z lekarzem potrzeby podawania leków potrzebnych indywidualnie w nagłych przypadkach.**

85. **Krajowy Mechanizm rekomenduje podawanie leków w formie rozkruszonej wyłącznie za zgodą lekarza lub farmaceuty oraz bieżące uzupełnianie dokumentacji mieszkańców w tym zakresie.**

d) Opieka pielęgniarska

86. W Domu przebywają bardzo schorowani mieszkańcy, w tym leżący i niekomunikujący się lub porozumiewający się w ograniczonym stopniu z innymi osobami. Ich stan, w tym zapaści zdrowotne, nie są czytelne dla personelu niemedycznego. Ponadto zdarza się także, że mieszkańcy grupowo chorują, np. wymiotują i mają biegunkę. W ocenie KMPT stan zdrowia mieszkańców placówki

⁴⁶ Zob. np. Zaburzenia połykania u chorych objętych opieką paliatywną aut. Tomasz Dzierżanowski i Grażyna Rydzewska w: *Medycyna Paliatywna* 2017; 9(1): 1–6 <https://www.termedia.pl/Zaburzenia-polykania-u-chorych-objetych-opieka-paliatywna,59,30131,0,0.html>.

wymaga wiedzy i kwalifikacji medycznych, a opieka w tym zakresie powinna być sprawowana całodobowo.

87. W placówce zatrudnione są z 2 pielęgniarki. Są one obecne w PCO od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-15:00. Każda z nich ma pod opieką po 20 mieszkańców (1 piętro). Do ich zadań należy m.in. rozkładanie leków, podanie insuliny, cewnikowanie, zmiana opatrunków i mierzenie parametrów. W sytuacjach nagłych np. w nocy, placówka korzysta z doraźnej pomocy pielęgniarek zatrudnionych w przyległym ZOL-u. W porze wieczorowej albo w weekend leki podają opiekunowie medyczni, którzy są obecni 24 h na dobę w PCO. Dodatkowo cały personel Domu przechodzi ważne z perspektywy mieszkańców Domu szkolenia⁴⁷. Nie zdarza się zatem, że podczas dyżurów wśród personelu nie ma żadnych osób posiadających kwalifikacji medycznych czy wiedzy odpowiedniej do pracy ze starszymi osobami, obciążonymi schorzeniami m.in. typowymi dla ich wieku.

88. Choć w organizacji pomocy zdrowotnej Dom wyróżnia się pozytywnie na tle innych tego typu instytucji, to jednak w ocenie KMPT opisane wyżej rozwiązanie nie jest optymalne. W przypadku urlopów czy absencji chorobowych pielęgniarek zatrudnionych w PCO, codzienne czynności przez nie wykonywane, a także doraźne podawanie leków, również w formie kroplówek i decyzje o ewentualnym wezwaniu pogotowia ratunkowego, spadają na zajęte pacjentami ZOL pielęgniarki z sąsiedniego budynku. Podobnie dzieje się po południu, w nocy i w weekendy.

Nie jest przy tym czytelne, w jaki sposób odpowiadają one za czynności wykonywane w PCO i na jakich zasadach są one do nich upoważnione. Z informacji udzielonym wizytującym wynika, że jest to organizacja pracy wynikająca z obyczaju, a nie formalnego zakresu zadań pielęgniarek z ZOL.

Przyjęte rozwiązanie korzystania z pomocy personelu medycznego z ZOL-u nie zapewnia gwarancji bezpieczeństwa mieszkańców PCO. Przede wszystkim przez większość czasu w tygodniu nie ma w Domu żadnej pielęgniarki, która mogłaby podjąć szybką reakcję na zagrożenie zdrowia lub życia mieszkańców, w ramach wyłącznie należących do tej grupy zawodowej kompetencji. Trudno też oczekiwać, że pielęgniarki z ZOL-u pojawią się w placówce szybko, jeśli same będą wykonywały pilne obowiązki w sąsiednim budynku.

⁴⁷ Przykładowe: „Pielęgniarstwo przewlekłe chorych i niepełnosprawnych”, „Odleżyny – problem współczesnej medycyny”, „Pielęgniarstwo opieki długoterminowej”, „Szkolenie z pierwszej pomocy”, „Praca z osobą chorą na Alzheimera”, „Zapobieganie zapaleniu płuc u leżących mieszkańców”, „Zmiana bielizny pościelowej z chorym leżącym w łóżku”, „Toaleta jamy ustnej u ciężko chorego mieszkańca z protezą zębową”, „Wykonanie wlewki doodbytniczej”, „Podawania czopków”.

Na konieczność zapewnienia całodobowej opieki pielęgniarskiej w ciągu doby w placówkach opieki wskazuje także CPT⁴⁸.

89. **KMPT zaleca zapewnienie całodobowej obsady pielęgniarskiej w placówce.**

e) Brak szybkiej i rzetelnej reakcji na zgłoszenia mieszkańców o wypadkach i urazach z nimi związanych

90. Zgodnie z udzielonymi delegacji KMPT informacjami, lekarz w ramach usług NFZ pojawia się w PCO raz w tygodniu i zajmuje się tymi mieszkańcami, którzy zgłoszą taką potrzebę oraz osobami wskazanymi przez pielęgniarki.

91. Analiza dokumentacji PCO pozwala na wyrażenie wątpliwości dotyczącej rzetelności tej procedury, pomijającej szczególne sytuacje, uzasadniające szybką ścieżkę działania.

92. Przykładowo mieszkaniac nie mogący chodzić po upadku, z dolegliwością bólową, nie został natychmiast zawieziony do placówki służby zdrowia. Konsultacja lekarska kolejnego dnia była zdecydowanie zbyt pobieżna. Między innymi lekarz nie skierował poszkodowanego na badanie RTG. W kolejnych dniach w PCO pomijano zgłoszenia o ciągłym bólu i niemożności chodzenia przez mieszkańca. Dopiero po 10 dniach miała miejsce kolejna konsultacja z lekarzem w Domu, tym razem ze skierowaniem na RTG. Wykonane ono zostało jednak dopiero następnego - 11 dnia po upadku pensjonariusza. Badanie ujawniło złamanie kości biodrowej i dopiero po jego wykonaniu, poszkodowany został umieszczony w szpitalu.

93. Powyższy przebieg sprawy pozwala na sformułowanie uwagi, iż szybkość i profesjonalizm reakcji na zgłoszenia problemów zdrowotnych mieszkańców wymaga poprawy. Zalecana przez KMPT w części V. B. raportu potrzeba zatrudniania specjalistów nie wyręczy dostępnych w ramach NFZ i obecnych w samej placówce pracowników medycznych w profesjonalnym działaniu.

94. **Krajowy Mechanizm zaleca niezwłoczne reagowanie na zgłoszenia dolegliwości zdrowotne mieszkańców PCO, w tym każdorazowe kierowanie pensjonariuszy do szpitala po wypadkach i zgłoszeniach urazów z nimi związanych.**

⁴⁸ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, 21 grudnia 2020 r., CPT/Inf (2020) 41, p. 19; raport CPT z wizyty we Włoszech w 2022 r., CPT/Inf (2023) 5, p. 252.

f) Wsparcie psychologiczne

95. Dobrą praktyką jest umożliwienie przez PCO wsparcia 2 psychologów (kobiety i mężczyzny, co ma istotne znaczenie dla zróżnicowanych problemów mieszkańców). Dostępni są oni w ramach umowy - zlecenia do konkretnych przypadków, sygnalizowanych przez personel placówki.

96. Zakres wykonywanych przez nich obowiązków nie obejmuje jednak m.in. systemowego wsparcia mieszkańców w procesie adaptacji po przyjęciu do placówki.

97. Przeniesienie osoby starszej do placówki całodobowej opieki stanowi jedno z najbardziej stresujących wydarzeń życiowych. Wiąże się z opuszczeniem dotychczasowego miejsca zamieszkania, utratą części samodzielności, zmianą środowiska społecznego oraz koniecznością funkcjonowania w nowych relacjach interpersonalnych. U wielu osób powoduje to występowanie objawów lękowych, obniżenie nastroju, poczucie osamotnienia, dezorientację, a niekiedy także pogorszenie funkcji poznawczych.

98. W ocenie KMPT pierwsze tygodnie pobytu w placówce mają kluczowe znaczenie dla późniejszego dobrostanu psychicznego mieszkańca oraz jego funkcjonowania społecznego. Odpowiednio prowadzony proces adaptacji, w który dobrowolnie włączana jest nowoprzyjęta osoba, może ograniczyć poczucie izolacji, sprzyjać budowaniu relacji z personelem i innymi mieszkańcami oraz zmniejszać ryzyko wystąpienia wskazanych wyżej problemów zdrowotnych.

99. Przepisy ustawy o pomocy społecznej nie nakładają na placówki całodobowej opieki obowiązku zatrudniania psychologa ani prowadzenia programu adaptacyjnego. Rozwiązanie takie odpowiada jednak standardowi opieki skoncentrowanej na osobie, promowanemu przez Światową Organizację Zdrowia oraz pozostaje zgodne z Konwencją ONZ o prawach osób z niepełnosprawnościami⁴⁹. Akcentuje ona konieczność zapewnienia osobom wymagającym wsparcia usług ukierunkowanych na zachowanie możliwie największej samodzielności, dobrostanu psychicznego oraz pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

100. Także SPT wskazuje na istotę zapewnienia odpowiedniej opieki psychologicznej osobom przebywającym m.in. w placówkach opiekuńczych. Regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób pozbawionych wolności ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania. W związku z tym rekomenduje się, aby władze uwzględniły rutynowe badania w zakresie zdrowia

⁴⁹ Zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/konwencja-onz-o-prawach-osob-niepelnosprawnych>.

psychicznego podczas badań lekarskich po umieszczeniu w miejscu zatrzymania (rozumianym także jako dom opieki)⁵⁰.

101. Krajowy Mechanizm zaleca uwzględnienie w zadaniach psychologów pomocy w adaptacji osób nowoprzybyłych do warunków PCO.

D. Prawo do informacji

102. Na budynku PCO/na bramie wejściowej do kompleksu budynków Zgromadzenia, nie widniała informacja o prowadzeniu placówki, rodzaju posiadanego zezwolenia i numerze wpisu do rejestru placówek, co jest niezgodne z art. 68a pkt 2 ustawy o pomocy społecznej.

103. Na wewnętrznych tablicach informacyjnych brakowało danych o zakresie działalności placówki i podmiocie ją prowadzącym, a także informacji wskazanych w art. 68a pkt 3 ustawy o pomocy społecznej, w tym danych teleadresowych organów, właściwych miejscowo instytucji i organizacji działających w zakresie wolności i praw człowieka oraz instytucji kontrolnych, m.in. Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta, państwowego powiatowego inspektora sanitarnego czy właściwego do spraw pomocy społecznej wydziału urzędu wojewódzkiego.

104. W korytarzach mieszkalnych PCO nie wywieszono również ważnych dla mieszkańców informacji, jak porządek dnia, regulamin z prawami i obowiązkami mieszkańców, jadłospis czy też oferty zajęć organizowanych w Domu i poza nim (rehabilitacja, wizyty lekarskie, nabożeństwa, spotkania i wyjazdy, wydarzenia kulturalno-oświatowe, w tym dostęp do biblioteki etc.).

105. W ocenie KMPT dostęp do informacji jest podstawową gwarancją prewencji złego traktowania, ponieważ osoba właściwie poinformowana łatwiej rozpoznaje własne prawa i granice uprawnień instytucji jej dotyczące. Brak takich informacji ogranicza realny dostęp mieszkańców do wiedzy o własnej sytuacji i do mechanizmów ochronnych, a więc osłabia ich zdolność do reagowania na nadużycia. Natomiast wiedza o porządku dnia i oferowanych zajęciach, pozwala na utrzymanie aktywności pensjonariuszy Domu i społecznych więzi, jednocześnie zaspokajając ich indywidualne potrzeby i zainteresowania.

106. Umieszczenie czytelnych komunikatów w miejscach ogólnodostępnych jest szczególnie ważne w placówkach, w których przebywają osoby starsze, z niepełnosprawnościami lub deficytami poznawczymi m.in. wynikającymi z przebiegających u nich chorób neurodegeneracyjnych. Ich aktywność i samodzielność w obszarze pozyskiwania danych bywa bowiem obarczona

⁵⁰ Zob. Raport SPT z wizyty w Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, p. 30 i 32.

ograniczeniami wynikającymi z braku realnych możliwości samodzielnego docierania do różnych informacji.

107. **Krajowy Mechanizm zaleca wskazanie na tablicach wywieszonych w widocznych dla mieszkańców i osób ich odwiedzających, ogólnych zasad obowiązujących w PCO, jadłospisu dla pensjonariuszy, porządku dnia, oferty zajęć w Domu, a także innych, ważnych dla mieszkańców informacji np. o usługach dostępnych lekarzy i psychologów, terminach usług religijnych, dowozu książek z lokalnej biblioteki, ofercie imprez w pobliżu placówki itp.**

108. **KMPT zaleca wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych oraz na budynku PCO, danych ważnych dla mieszkańców i osób ich odwiedzających w tym danych teleadresowych instytucji działających w zakresie ochrony praw człowieka i instytucji kontrolnych (m.in. danych teleadresowych Rzecznika Praw Obywatelskich).**

E. Mechanizm skargowy

109. W czasie wizytacji placówka nie miała spisanych procedur dotyczących składania skarg i wniosków. Mieszkańcy zwracali się bezpośrednio do personelu ze swoimi prośbami. Nie były one rejestrowane. W placówce nie była prowadzona książka skarg i zażaleń, ani nie zainstalowano w niej skrzynki wrzutowej, umożliwiającej anonimowe złożenie skargi.

110. Jak wskazuje Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) 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, ale 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 skargowego⁵¹.

111. **KMPT rekomenduje opracowanie procedury składania skarg i wniosków.**

112. **KMPT zaleca wyodrębnienie osobnego rejestru skargowego dla PCO oraz zamontowanie wewnątrz domu skrzynki skarg i wniosków, z której**

⁵¹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, p. 91.

mieszkańcy domu 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.

F. Środki przymusu bezpośredniego i zdarzenia nadzwyczajne

113. Placówka nie posiada ewidencji przypadków stosowania przymusu bezpośredniego na terenie placówki. KMPT przypomina, że prowadzenie rejestru jest wymagane przepisami prawa⁵². Choć personel placówek całodobowej opieki nie posiada uprawnień do stosowania tego typu środków, to prowadzenie ewidencji ma walor kontrolny i prewencyjny – służy ona weryfikacji częstotliwości i prawidłowości stosowania przymusu przez inne uprawnione podmioty.

114. W Domu przyjęto procedurę stosowania środków przymusu bezpośredniego, z wyżej wskazanych względów nieuprawnioną.

115. Informacje o zdarzeniach nadzwyczajnych rejestrowane są elektronicznie w systemie CAS i ślone tą drogą do właściwego wojewody. Brak jest natomiast w PCO procedury postępowania w przypadku zachowań agresywnych i autoagresywnych mieszkańców oraz wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

116. KMPT zaleca prowadzenie ewidencji przypadków stosowania przymusu bezpośredniego i likwidację istniejącej, a nie dotyczącej PCO procedury stosowania przez personel placówki środków przymusu bezpośredniego.

117. Krajowy Mechanizm rekomenduje wprowadzenie procedury postępowania w przypadku zachowań agresywnych i autoagresywnych mieszkańców oraz wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

G. Warunki bytowe

a) Wyżywienie

118. Placówka zapewnia wyżywienie mieszkańcom korzystając z firmy cateringowej. Obejmuje ono również poczęstunek między posiłkami (śniadaniem, obiadem i kolacją). Choć nie było większych skarg na ilość i jakość jedzenia (w tym uwag w zakresie braku odpowiedniej diety), delegacja KMPT zwróciła uwagę na zbyt

⁵² Zob. art. 68a pkt 1 lit. d ustawy o pomocy społecznej.

wczesne podawanie kolacji tj. przed godz. 18:00. Placówki całodobowej opieki obowiązuje podawanie kolacji nie wcześniej niż o wskazanej godzinie⁵³.

119. Należy też zwrócić uwagę, że mieszkańcy PCO zachowują prawa i wolności osobiste, a organizacja życia Domu powinna być możliwie najbardziej zbliżona do warunków domowych. Również ze względów zdrowotnych długie przerwy między ostatnim a pierwszym posiłkiem kolejnego dnia, w przypadku osób starszych i schorowanych nie są wskazane. Przykładowo późniejsza kolacja u osób chorych na cukrzycę pomaga utrzymać bardziej stabilny poziom glukozy w nocy i ogranicza ryzyko hipoglikemii.

120. Krajowy Mechanizm rekomenduje wydawanie kolacji po godz. 18:00 i zapewnienie mieszkańcom możliwości spożycia dodatkowego posiłku oraz dostępu do produktów żywnościowych w godzinach wieczornych i nocnych, tak aby ograniczyć nadmiernie długą przerwę nocną między posiłkami.

b) Dostosowanie PCO do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

121. Choć w zakresie dostosowań do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową PCO wyróżnia się na tle innych tego typu instytucji⁵⁴, należy zauważyć, iż wizytowana placówka nie jest w pełni dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami różnego typu.

122. Wśród problemów z tego obszaru, delegacja Krajowego Mechanizmu zauważyła m.in.: brak baterii łokciowych umożliwiających korzystanie z umywalek osobom z dysfunkcjami narządów ruchu, brak pasów ostrzegawczych przed schodami i innych oznaczeń kontrastowych, odpowiednio wysokich dla osób siedzących na wózkach i stojących luster w łazienkach, tudzież widocznych czcionek w informacjach na tablicach informacyjnych dla osób niedowidzących, a także niedostępność dla tzw. wózkowiczów części umywalek w pokojach niektórych mieszkańców.

123. Placówka jest wyposażona w system alarmowo-przyzywowy, ale podczas wizytacji KMPT sznurki umożliwiające wezwanie pomocy były zwinięte tak, iż nie można było ich użyć. Dostęp do wezwania pomocy z niektórych łóżek osób leżących był w ogóle niedostępny lub osoby leżące nie miały przycisków alarmowych w zasięgu ręki. Biorąc pod uwagę stan zdrowotny mieszkańców, wśród których znajdują się

⁵³ Zob. art. 68 ust. 6 pkt 2 ustawy o pomocy społecznej.

⁵⁴ Między innymi poprzez dostępną również dla potrzeb osób wożonych w pozycji horyzontalnej windę, bezprogowe przestrzenie czy urządzenia wspomagające m.in. podnoszenie czy mycie mieszkańców oraz fotele chroniące przed upadkiem i umożliwiające wywożenie mniej sprawnych mieszkańców np. na dwór.

osoby leżące, o ograniczonej mobilności, czy 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.

124. W ocenie KMPT warto wzmocnić dostosowania dla osób z niepełnosprawnościami, które obecnie służą pensjonariuszom placówki. Dobrym kierunkiem w tym zakresie jest zaplanowana budowa podjazdu przed wejściem i drugiej windy (potrzebnej z uwagi na zwiększenie o 100% liczebności mieszkańców PCO i faktu korzystania przez nich z wielokondygnacyjnego budynku).

125. W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji warto mieć na względzie niwelację wymienionych mankamentów oraz kontynuację zamierzeń dostosowawczych przy uwzględnieniu standardów projektowania budynków opracowanych przez Ministerstwo Rozwoju i Technologii⁵⁵ i następujących zasad, poprawiających jakość dostosowania⁵⁶:

- 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;
- 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;

⁵⁵ Budowlane ABC, zakładka „Standardy projektowania budynków dla osób z niepełnosprawnościami”, dostępne na stronie internetowej: <https://budowlaneabc.gov.pl/standardy-projektowania-budynkow-dla-osob-niepelnosprawnych/>.

⁵⁶ Wymienione standardy ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier, zgodnie z zasadami planowania dostępności i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT.

- 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 ortopedycznym 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 ortopedycznych, 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 ortopedycznym 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 ortopedycznych, 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 wzroku⁵⁷.

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

127. KMPT zaleca przeorganizowanie pokoi mieszkańców i innych użytkowanych przez nich pomieszczeń w sposób zapewniający wszystkim pensjonariuszom komfortowe korzystanie z przestrzeni oraz pełne dostosowanie infrastruktury placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

⁵⁷ Przykładowy system, użytkowany m.in. w Ośrodku Interwencji Kryzysowej (OIK) MOPR w Gdańsku <https://www.totupoint.pl/>.

VII. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca
**Prezesce Zarządu sp. z o.o., prowadzącej Dom Opieki „U Boromeuszek”
w Cieszynie:**

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pensjonariuszami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia, stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza i używanie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.
2. Umożliwienie osobom, które mogą wyrazić świadomą zgodę na pobyt w PCO, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem (z uwagi na stan zdrowia uniemożliwiający pisanie), złożenia tuszowego odcisku palca.
3. Zwrócenie uwagi, by za mieszkańców nie podpisywali się członkowie ich rodzin.
4. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pensjonariuszami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia.
5. Odnotowywanie przez lekarza w dokumentacji medycznej faktu zastosowania różnych form zabezpieczeń mieszkańców, czasu ich użycia oraz wystąpienia ewentualnych powikłań w postaci np. otarć skóry, krwiaków podskórnych.
6. Zmianę treści umowy pobytovej tak, by była ona wolna od nieuprawnionych zapisów.
7. Ograniczanie samodzielnych wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego o zakazie w tym obszarze, dotyczącym wybranych osób.
8. Organizację pomocy mieszkańcom w systematycznych wyjściach i kontaktach z innymi osobami spoza Domu, w tym w organizowanych na terenie miasta przedsięwzięciach rekreacyjnych i kulturalno-oświatowych.
9. Wprowadzenie ewidencji wyjść mieszkańców, określającej m.in. deklarowaną dobrowolnie przez mieszkańca jego lokalizację i spodziewaną godzinę jego powrotu, oraz wskazanie numeru telefonu kontaktowego do mieszkańca albo osoby towarzyszącej, jeżeli taki numer jest dostępny.
10. Poddawanie wszystkich nowo przybyłych mieszkańców, niezwłocznie po ich przyjęciu do placówki, niezależnym badaniom lekarskim.
11. Przeprowadzenie szkolenia dla pracowników z zakresu praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego.

12. Przyjęcie procedury obejmującej m.in. dokumentowanie obrażeń mieszkańców przez przeszkolony z Protokołu stambulskiego personel, używający do tego celu specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który powinien zostać włączany do dokumentacji medycznej pensjonariusza. Procedura ta ponadto powinna zawierać ścieżkę dalszego działania, w przypadkach tego wymagających, w tym powiadomienie organów ścigania.
13. Każdorazowe, bezpośrednie i w ramach dokumentacji medycznej, konsultowanie z lekarzem potrzeby podawania leków potrzebnych indywidualnie w nagłych przypadkach.
14. Podawanie leków w formie rozkruszonej wyłącznie za zgodą lekarza lub farmaceuty oraz bieżące uzupełnianie dokumentacji mieszkańców w tym zakresie.
15. Zapewnienie całodobowej obsady pielęgniarzkiej w placówce.
16. Niezwłoczne reagowanie na zgłoszenia dolegliwości zdrowotne mieszkańców PCO, w tym każdorazowe kierowanie pensjonariuszy do szpitala po wypadkach i zgłoszeniach urazów z nimi związanymi.
17. Uwzględnienie w zadaniach psychologów pomocy w adaptacji osób nowoprzybyłych do warunków PCO.
18. Wskazanie na tablicach wywieszonych w widocznych dla mieszkańców i osób ich odwiedzających, ogólnych zasad obowiązujących w PCO, jadłospisu dla pensjonariuszy, porządku dnia, oferty zajęć w Domu, a także innych, ważnych dla mieszkańców informacji np. o usługach dostępnych lekarzy i psychologów, terminach usług religijnych, dowozu książek z lokalnej biblioteki, ofercie imprez w pobliżu placówki itp.
19. Wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych danych ważnych dla mieszkańców i osób ich odwiedzających w tym danych teleadresowych instytucji działających w zakresie ochrony praw człowieka i instytucji kontrolnych (m.in. danych teleadresowych Rzecznika Praw Obywatelskich).
20. Wskazanie na budynku (elewacji zewnętrznej) informacji o prowadzeniu placówki całodobowej opieki wraz z innymi, przewidzianymi w przepisach prawa danymi.
21. Opracowanie procedury składania skarg i wniosków.
22. Wyodrębnienie osobnego rejestru skargowego dla PCO oraz zamontowanie wewnątrz domu skrzynki skarg i wniosków, z której mieszkańcy domu 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.

23. Prowadzenie ewidencji przypadków stosowania przymusu bezpośredniego i likwidację istniejącej, a nie dotyczącej PCO procedury stosowania przez personel placówki środków przymusu bezpośredniego.

24. Wprowadzenie procedury postępowania w przypadku zachowań agresywnych i autoagresywnych mieszkańców oraz wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

25. Wydawanie kolacji po godz. 18:00 i zapewnienie mieszkańcom możliwości spożycia dodatkowego posiłku oraz dostępu do produktów żywnościowych w godzinach wieczornych i nocnych, tak aby ograniczyć nadmiernie długą przerwę nocną między posiłkami.

26. Zwiększenie dostępności placówki dla osób z niepełnosprawnościami, w tym m.in. kontynuację zamierzeń związanych z budową profesjonalnego podjazdu przed wejściem do PCO i drugiej windy.

27. Zainstalowanie systemu alarmowo-przyzywowego we wszystkich pokojach mieszkalnych oraz łazienkach lub udostępnianie mieszkańcom, w szczególności leżącym, bezprzewodowych przycisków przywoławczych.

28. Przeorganizowanie pokoi mieszkańców i innych użytkowanych przez nich pomieszczeń w sposób zapewniający wszystkim pensjonariuszom komfortowe korzystanie z przestrzeni oraz pełne dostosowanie infrastruktury placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

VIII. Informacje dodatkowe

Ponadto, działając na podstawie art. 20 OPCAT, KMPT zwraca się do **Wojewody Śląskiego** o przesłanie ostatniego sprawozdania z kontroli PCO i wyjaśnienie, jeśli nie miała ona miejsca w przeciągu ostatnich 4 lat, przyczyn zaniechania w tym obszarze.

Opracowała: Dorota Krzysztoń

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/