



Warszawa, 02.09.2026 r.

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

KMPT.573.8.2026.KB

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji placówki
całodobowej opieki „ARKA” w Koźynie**

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

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

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

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

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), <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, ustawa o RPO.

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiejkolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁵.

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

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

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

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

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

II. Wprowadzenie

9. W dniach 22–23 kwietnia 2026 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację placówki całodobowej opieki „ARKA” w Koźminie 66 (17-100 Bielsk Podlaski), dalej jako: PCO, placówka.

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.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

10. Skład zespołu wizytującego: Karina Balicka (kryminolog, specjalista bezpieczeństwa wewnętrznego), Wiktoria Chachulska (prawniczka, socjolożka), Renta Kłyż-Urbańska (prawnik, kryminalistyk), Marcin Imszenik (dr nauk prawnych).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z dyrektorem PCO, ks. Jerzym Kulikiem, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z mieszkańcami i personelem oraz zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją. Na koniec wizyty, w czasie rozmowy podsumowującej, delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi dyrektorowi oraz kierownikowi placówki.

12. 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

13. Dom Opieki Społecznej „ARKA” w Kożynie prowadzony jest przez Prawosławny Ośrodek Miłosierdzia Diecezji Warszawsko-Bielskiej. Placówka działa na podstawie decyzji Wojewody Podlaskiego¹³ zezwalającej na prowadzenie działalności gospodarczej na czas nieokreślony w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Placówka wpisana jest do Rejestru prowadzonego przez Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku¹⁴ pod pozycją 42.

14. Placówka przeznaczona jest dla 43 osób (kobiet i mężczyzn). W czasie wizytacji przebywało w niej 59 osób. Według informacji przekazanych przez dyrektora placówki, w czasie wizytacji wśród obecnych była 1 osoba ubezwłasnowolniona, 16 osób było osobami leżącymi, zaś 3 mieszkańców poruszało się na wózku.

IV. Problemy systemowe

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

16. Stronami umów zawieranych przy przyjęciu do PCO, poza kierownictwem, są mieszkańcy oraz członkowie ich rodzin. Nie zawsze jednak pod umową znajdował się podpis pensjonariusza. Brak podpisu osoby bezpośrednio zainteresowanej w takiej sytuacji może oznaczać brak świadomości zawarcia umowy, a tym samym niemożności zapoznania się z nią i jej warunkami. W takiej sytuacji należy przyjąć, że umowa obowiązuje jedynie pomiędzy członkiem rodziny pensjonariusza a placówką.

¹³ PS-V.9423.5.2019.BP.

¹⁴ Zob. <https://puw.bip.gov.pl/prowadzone-rejestry/rejestr-placowek-zapewniajacych-calodobowa-opieke-osobom-niepelnosprawnym-przewlekle-chorym.html>.

17. Jeśli mieszkańcy nie są ubezwłasnowolnieni, powinni samodzielnie złożyć podpis na umowie bądź tuszowy odcisk palca, na zasadach określonych w art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny¹⁵. Składanie tuszowego odcisku palca jest właściwą praktyką. Należy jednak pamiętać, że ma ona zastosowanie do osób, które są w logicznym kontakcie i mogą wyrazić własne zdanie na temat woli pobytu w placówce, a jedynie z powodu braku umiejętności pisania lub fizycznej niemożności nakreślenia podpisu nie są w stanie złożyć pisemnego oświadczenia.

18. KMPT wskazuje na problem systemowy związany z legalnością pobytu osób, które nie są ubezwłasnowolnione i jednocześnie nie mogą w sposób świadomy wyrazić zgody na pobyt w placówkach całodobowej opieki. Zazwyczaj decyzję o tym podejmują za nich osoby najbliższe i to one załatwiają wszelkie formalności związane z przyjęciem do placówki. Istniejąca luka prawna i brak zabezpieczeń sprzyjają arbitralności decyzji osób podpisujących umowy, które w świetle obowiązujących przepisów nie są w żaden sposób legitymowane do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia bliskich w placówce całodobowej opieki, nawet jeśli osoba taka znajduje się w złym stanie psychofizycznym i sama nie jest w stanie złożyć podpisu pod umową o świadczenie usług lub oświadczeniem woli dotyczącym pobytu. RPO na początku 2022 r. wystosował w tej sprawie wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹⁶. Z uzyskanej odpowiedzi wynika, że wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy tym resortem oraz Ministrem Sprawiedliwości¹⁷. Sprawa nadal pozostaje w zainteresowaniu RPO.

19. **[Wskaźniki zatrudnienia]** Informacje dotyczące liczebności personelu ustalonej w trakcie wizytacji zostały zawarte w punkcie 68 raportu. Liczba zastanego personelu była niewystarczająca. Określone w art. 68a pkt 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹⁸ 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

¹⁵ Dz. U. z 2026 r. poz. 795

¹⁶ Zob. Wystąpienie RPO do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022; w zakresie ochrony osób z niepełnosprawnościami. Przepisy te będą dotyczyły również osób korzystających ze świadczeń i usług określonych w ustawie o pomocy społecznej, w tym mieszkańców PCO. Do czasu sporządzenia niniejszego raportu projektowane rozwiązania nie weszły jeszcze w życie. Z odpowiedzi MRPiPS z 28 maja 2026 r., uzyskanej przez KMPT w sprawie KMPT.573.2.2026, w której poruszono taki sam problem, wynika, że Minister Sprawiedliwości skierował do rozpatrzenia przez Radę Ministrów projekt ustawy Projektowane o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji (UD80). Przepisy wprowadzają nowe rozwiązania oparte na zastąpieniu ubezwłasnowolnienia modelem wspieranego podejmowania decyzji, stanowiąc realizację międzynarodowych standardów w zakresie ochrony osób z niepełnosprawnościami. Przepisy te będą dotyczyły również osób korzystających ze świadczeń i usług określonych w ustawie o pomocy społecznej, w tym mieszkańców PCO.

¹⁷ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej z 25 lutego 2022 r., DPSI.070.11.2022.AP, zamieszczone na stronie RPO: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-domy-opieki-niezdolni-do-wyrazenia-woli-mrips-odpowiedz>.

¹⁸ Dz. U. z 2026 r. poz. 639 (dalej jako: u.p.s.).

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”.

20. Takie brzmienie przepisu powoduje liczne wątpliwości interpretacyjne. Przede wszystkim przepis nie określa, ilu pracowników powinno pełnić dyżur w nocy, a ilu w dzień. Nie bierze także pod uwagę stanu zdrowia mieszkańców. Wydaje się, że liczba wykwalifikowanych pracowników powinna być inna, jeśli większość mieszkańców będą stanowiły osoby sprawne fizycznie, ale pozostające w znacznie utrudnionym kontakcie z uwagi na choroby neurodegeneracyjne, a jeszcze inna, kiedy większość mieszkańców to osoby leżące. Podmioty prowadzące placówki całodobowej opieki mają obecnie dowolność w określaniu składu dobowego personelu. KMPT często obserwuje praktykę pozostawiania na nocnej zmianie tylko jednego pracownika, niekoniecznie posiadającego kwalifikacje medyczne, do opieki nad starszymi i schorowanymi osobami. Ponadto ustawowy wskaźnik zatrudnienia jest niższy od tego obowiązującego w domach pomocy społecznej¹⁹, a przecież działalność i rodzaj usług, które wykonują PCO, są podobne do tych świadczonych w DPS.

21. **[Niestandardowe formy zabezpieczenia]** W placówce stosowane są niestandardowe formy zabezpieczenia mieszkańców. Z informacji uzyskanych podczas wizytacji wynika, że niektórzy mieszkańcy poruszający się na wózkach są stabilizowani za pomocą szalików lub koców. Jeden z mieszkańców w celu ograniczenia ryzyka zabrudzenia ekskrementami ma czasowo unieruchamiane ręce za pomocą bandażu.

22. KMPT z niepokojem odnotował również, że w dokumentacji indywidualnej mieszkańców znajdują się pisemne zgody i oświadczenia członków rodziny, którzy wyrażają zgody na unieruchomienie kończyn bliskich w razie potrzeby. W dokumentacji brakowało zaleceń lekarskich dotyczących stosowania opisanych form zabezpieczeń. Placówka nie posiadała również formalnych, pisemnych wytycznych w tym zakresie. Nieatestowane przedmioty, które mają utrudnić lub uniemożliwić mieszkańcom np. zsunięcie się z łóżka lub wózka, formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale ingerują w wolność jednostki, a tym samym mogą zwiększać ryzyko nadużyć w stosunku do mieszkańców. Stosowanie tego rodzaju zabezpieczeń powinno być uregulowane na poziomie ustawowym i zawierać gwarancje o charakterze proceduralnym i materialnym²⁰. Na powyższe zwracał uwagę także Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)²¹.

¹⁹ 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).

²⁰ Szerzej kwestia ta została opisana m.in. w Raporcie RPO z działalności w Polsce KMPT w 2022 r., s. 112 oraz w 2023 r, s. 149; zob. także: wystąpienie generalne RPO z 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

²¹ Zob. Raporty CPT z wizyt: we Francji, CPT/Inf (2017) 7, par. 174; w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, par. 80; w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, par. 160.

23. **W przypadku konieczności zastosowania niestandardowych form zabezpieczeń KMPT zaleca: opracowanie procedury regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia; stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza; wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.**

24. **[Współpraca PCO z psychologiem]** Placówka nie zatrudnia psychologa. Obowiązujące przepisy nie zobowiązują osób prowadzących placówki całodobowej opieki do zatrudniania osoby na tym stanowisku. Jednakże w ocenie KMPT wsparcie psychologiczne w PCO jest niezbędne, szczególnie w początkowym okresie pobytu – podczas zmiany otoczenia i rozstania z bliskimi – kiedy to u mieszkańca z dużym prawdopodobieństwem może wystąpić poczucie zagubienia, stany depresyjne i lękowe, zamykanie się w sobie oraz niechęć do nawiązywania kontaktów. Regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób przebywających w PCO ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka ich złego traktowania.

25. **KMPT zaleca nawiązanie współpracy z psychologiem, w wymiarze adekwatnym do liczby osób przebywających w placówce.**

V. Obszary wymagające poprawy

A. Legalność pobytu

27. W decyzji Wojewody Podlaskiego zezwalającej na prowadzenie placówki określono limit miejsc na 43 mieszkańców. Przedstawiciele KMPT ustalili, że w czasie wizytacji w placówce przebywało 59 osób. Samowolne zwiększenie liczby osób przebywających w placówce nie tylko stanowi naruszenie w wymiarze formalnym, lecz prowadzi wprost do pogorszenia warunków bytowych mieszkańców. Takie działania powodują ponadto konieczność zatrudnienia odpowiedniej liczby wykwalifikowanego personelu, czego w wizytowanej placówce nie zapewniono (szczegółowo problem ten omówiony został w części D niniejszego raportu dotyczącej personelu placówki).

28. KMPT zawiadomił Podlaski Urząd Wojewódzki (PUW) o zaistniałej sytuacji i zwrócił się z prośbą o przeprowadzenie kontroli doraźnej w zakresie przestrzegania standardów usług socjalno-bytowych i przestrzegania praw mieszkańców²².

29. **KMPT zaleca przestrzeganie limitów miejsc zakwaterowania ustalonych decyzją Wojewody.**

30. **KMPT zwraca się do kierownika placówki o udzielenie informacji, ilu mieszkańców przebywa w PCO – według stanu na dzień otrzymania raportu.**

²²Na prośbę KMPT Podlaski Urząd Wojewódzki przeprowadził kontrolę doraźną placówki. Z ustaleniami i zaleceniami PUW wydanymi po kontroli przeprowadzonej w dniu 12.06.2026 r. zapoznać można się na stronie: <https://puw.bip.gov.pl/kontrole-w-placowkach-zapewniajacych-calodobowa-opieke-osobom-niepelnosprawnym-przewlekle-chorym-lub-w-podeszlym-wieku-2026/kontrola-dorazna-placowki-dom-opieki-spolecznej-arka-w-kozynie.html>.

31. Z przedłożonej do analizy dokumentacji indywidualnej mieszkańców wynikało, że w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie brak było postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na jej umieszczenie w placówce. Wymóg taki określa wprost art. 68a pkt 1 lit. f ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (dalej: u.o.p.s.)²³. Dodatkowo na umowie dotyczącej pobytu tej osoby w placówce widniał podpis członka rodziny, nie zaś osoby, która została ustanowiona jej opiekunem prawnym.

32. **KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie o wskazane wyżej postanowienia sądu opiekuńczego oraz weryfikowanie przy przyjęciu nowych mieszkańców, czy opiekunowie prawni dysponują takim orzeczeniem. Ponadto zaleca się, aby dokumenty dotyczące pobytu mieszkańców ubezwłasnowolnionych, były podpisywane w ich imieniu przez ustanowionych opiekunów prawnych.**

33. W placówce przebywał obywatel Ukrainy, który został tam umieszczony na mocy decyzji wydanej przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku Podlaskim. Z uwagi na głęboki stan otępienny mieszkaniec nie był w stanie w sposób świadomy wyrazić woli i podpisać zgody na pobyt.

34. **KMPT zwrócił się do GOPS w Bielsku Podlaskim w celu wyjaśnienia sytuacji prawnej obywatela Ukrainy umieszczonego w wizytowanej placówce.**

35. W dokumentacji części mieszkańców stwierdzono braki w umowach, obejmujące m.in. brak dat zawarcia umowy oraz brak określenia wysokości odpłatności za pobyt. Nieprawidłowości te budzą wątpliwości, m.in. co do rzetelności umów, zakresu oferowanych usług czy zasad pobytu poszczególnych mieszkańców w placówce.

36. **KMPT rekomenduje prowadzenie dokumentacji indywidualnej mieszkańców w sposób rzetelny, zgodny z przepisami prawa.**

B. Przechowywanie dowodów osobistych

37. W placówce przyjęto zasadę przechowywania dowodów osobistych mieszkańców w depozycie, co było uzasadniane przez kierownictwo koniecznością zapewnienia dostępności dokumentu tożsamości w sytuacji, gdy zachodzi potrzeba przewiezienia mieszkańca do szpitala przez zespół transportu medycznego.

38. W przypadku czasowego opuszczenia placówki przez mieszkańca, fakt wydania dowodu osobistego był każdorazowo odnotowywany w dokumentacji prowadzonej przez placówkę.

39. W dokumentacji indywidualnej mieszkańców znajdowały się oświadczenia, których treść brzmiała: „Zwracam się z prośbą o przechowywanie moich dokumentów tożsamości, wraz z dokumentacją w depozycie Domu Opieki

²³ Dz. U. z 2026 r. poz. 639.

ARKA w Koźminie”. Delegacja KMPT zwróciła uwagę, że na większości tego typu oświadczeń znajdował się podpis członka rodziny, nie zaś samych mieszkańców.

40. Tymczasem w myśl art. 79 pkt 2 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych²⁴, kto zatrzymuje bez podstawy prawnej cudzy dowód osobisty, podlega karze ograniczenia wolności albo karze grzywny.

41. W związku z powyższym KMPT zaleca odstąpienie od praktyki przechowywania dokumentów tożsamości mieszkańców na rzecz wykonywania kopii tych dokumentów. W przypadku zaś zgłoszenia przez mieszkańca chęci przechowania jego dowodu osobistego w depozycie, należy potwierdzić ten fakt zgodą podpisaną osobiście przez mieszkańca.

C. Warunki bytowe

42. W dniu wizytacji w placówce przebywało 59 mieszkańców, tj. o 16 osób więcej niż liczba miejsc określona w zezwoleniu wydanym przez Wojewodę. Tak znaczne przekroczenie dopuszczalnej liczby mieszkańców w istotny sposób wpływa na pogorszenie warunków bytowych osób przebywających w placówce, w szczególności poprzez ograniczenie dostępnej przestrzeni mieszkalnej i wspólnej, zwiększenie liczby osób korzystających z pomieszczeń sanitarnych oraz pozostałej infrastruktury.

43. PCO mieści się w trzykondygnacyjnym budynku. Pokoje mieszkalne znajdują się na parterze, półpiętrze i pierwszym piętrze budynku. Placówka dysponuje pokojami 1-, 2-, 3- i 4-osobowymi oraz jednym pokojem, w którym jest 5 łóżek. Pokoje 4-osobowe nie są zamieszkiwane wyłącznie przez osoby leżące. Nie wszystkie pokoje spełniały też standard odpowiedniego metrażu. Pomiar wykonany w kilku losowo wybranych pokojach wynosił:

- Pokój 3-osobowy o pow. 16,11 m²,
- Pokój 4-osobowy o pow. 19,14 m²,
- Pokój 2-osobowy o pow. 11,00 m²,
- Pokój 5-osobowy o pow. 20,21 m².

44. Powyższe jest nie do pogodzenia z art. 68 ust. 4 pkt 3 i art. 68 ust. 4a u.o.p.s. Dodatkowo na korytarzu pierwszego piętra znajdowały się dwa łóżka, które w momencie kontroli nie były zajęte.

45. KMPT formułuje zalecenie doprowadzenia do zakwaterowania odpowiedniej liczby osób w poszczególnych pokojach oraz zachowania właściwego metrażu, wynikającego z przepisów ustawy o pomocy społecznej.

46. Niektóre pokoje dysponowały własnymi łazienkami wyposażonymi w prysznic, toaletę oraz umywalkę. Na każdym piętrze znajdowała się również toaleta ogólnodostępna i osobna łazienka z prysznicami. Jednak przy tak dużym przepełnieniu placówki nie spełniała ona wymogów sanitarnych. Standard wynikający z art. 68 ust. 5

²⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 1753 ze zm.

pkt 3 u.o.p.s przewiduje jedną łazienkę dla nie więcej niż pięciu mieszkańców oraz jedną toaletę dla nie więcej niż czterech mieszkańców, czego nie zapewniono.

47. **KMPT zaleca zapewnienie odpowiedniej liczby łazienek w stosunku do faktycznej liczby przebywających w placówce mieszkańców.**

48. Pokoje mieszkańców nosiły ślady wyeksploatowania. Przedstawiciele KMPT zaobserwowali m.in. ubytki tynku i farby na ścianach, płytek w łazienkach, poluzowane lub zdemontowane baterie prysznicowe, poluzowane kontakty i włączniki światła czy uszkodzoną żarówkę w łazience.

49. **KMPT rekomenduje dokonywanie systematycznego przeglądu pomieszczeń i urządzeń w celu dokonywania bieżących napraw.**

50. Wyposażenie pokoi mieszkalnych było zróżnicowane. Nie wszędzie znajdowała się szafa, stół, krzesła i szafka nocna dla każdej osoby. W większości pokoi meble były zdekompletowane, o różnych wymiarach, wyglądzie i stopniu zużycia. Wizytujący zauważyli, że znaczna część mieszkańców przechowywała swoje rzeczy osobiste w reklamówkach na podłodze. Mieszkańcy nie mieli także w większości możliwości zamykania swoich rzeczy osobistych na klucz.

51. W celu zachowania prawa do godnego traktowania każdy mieszkaniec powinien mieć w użytkowanych pomieszczeniach zapewnioną odpowiednią przestrzeń, z dostępem do świeżego powietrza oraz odpowiedniego oświetlenia. W pokojach mieszkańcy powinni mieć zapewnione warunki i wyposażenie zbliżone do warunków domowych, w tym adekwatne do stanu zdrowia i potrzeb łóżko, zamykaną na klucz szafkę, miejsce w szafie oraz stolik i bezpieczne w kontekście ewentualnych upadków krzesła lub fotele²⁵.

52. **KMPT rekomenduje dostosowanie umeblowania pokoi do wymogów określonych w art. 68 ust. 4 pkt 3 u.o.p.s.**

53. W oknach niektórych pokoi mieszkańców nie było klamek, które umożliwiałyby mieszkańcom swobodne wietrzenie pokoi. Klamkami dysponował personel, który otwierał okna w razie konieczności albo na prośbę mieszkańca. Takie rozwiązanie uzasadnione było obawą personelu o bezpieczeństwo mieszkańców.

54. **KMPT rekomenduje wprowadzenie bezpiecznych rozwiązań technicznych, które umożliwiałyby mieszkańcom samodzielne wietrzenie pokoi.**

55. Dodatkowo w kilku pokojach na parterze nie zamontowano żaluzji ograniczających nadmierne nasłonecznienie pomieszczeń, co może negatywnie wpływać na komfort mieszkańców, zwłaszcza w okresach wysokich temperatur.

56. **KMPT zaleca wyposażenie pokoi wszystkich mieszkańców w rolety bądź żaluzje okienne zapewniające ochronę przed nadmiernym nasłonecznieniem.**

²⁵ Zob. Standardy CPT przedstawione w dokumencie pn. Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 10; zob. też: Ósmy raport generalny CPT z 1998 r., CPT/Inf (98)12, par. 34.

57. Delegacja Krajowego Mechanizmu podczas wizytacji dokonała również oglądu pomieszczeń, w których kąpani są mieszkańcy. W oknach brakowało naklejki maskującej bądź żaluzji, która zapewniałaby pensjonariuszom poczucie intymności podczas wykonywania czynności higienicznych.

58. **KMPT zaleca wyposażenie łazienki w żaluzje bądź naklejki maskujące na okna.**

59. Krajowy Mechanizm z niepokojem zaobserwował zamontowaną od zewnętrznej strony drzwi pokoju oznaczonego numerem 33 na I piętrze zamek-zasuwę, która uniemożliwiała otwarcie drzwi od wewnątrz. Kierownik placówki wyjaśnił, że zamek-zasuwę stosuje się w przypadku, gdy pokój nie jest zamieszkały przez żadnego z mieszkańców, w celu uniemożliwienia pozostałym pensjonariuszom wchodzenia do tego pomieszczenia. W dniu wizytacji drzwi do wskazanego pokoju pozostawały otwarte, a mieszkańcy mogli swobodnie się przemieszczać. Tego typu zabezpieczenie zauważono jedynie w jednym pokoju.

60. Powyższe rozwiązanie budzi zastrzeżenia z uwagi na możliwość zastosowania go w sposób skutkujący pozbawieniem mieszkańca możliwości samodzielnego opuszczania pomieszczenia.

61. **KMPT zaleca usunięcie zabezpieczenia w postaci zamka-zasuwy z drzwi pokoju mieszkalnego.**

62. W placówce nie ma zainstalowanego systemu alarmowo-przyzywowego. Z uwagi na podeszły wiek mieszkańców oraz pogarszający się stan ich zdrowia brak możliwości zasygnalizowania potrzeby uzyskania pomocy, w szczególności przy niedoborach kadrowych, może stanowić zagrożenie dla ich zdrowia lub życia.

63. **KMPT zaleca montaż instalacji alarmowo-przyzywowej we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają mieszkańcy (pokoje, toalety, łazienki, części wspólne).**

64. W placówce przebywają osoby poruszające się na wózku, przy pomocy balkoników czy kul. Do placówki prowadzi podjazd przystosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, umożliwiający dostęp do budynku osobom z trudnościami w poruszaniu się. Niestety nie wszystkie pokoje mieszkalne a także przestrzenie wspólne dostosowane były też do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, m.in. odnotowano wysokie brodziki w prysznicach w pokojach z łazienkami, wysokie progi między pomieszczeniami ogólnodostępnymi. Zgodnie z wymogami Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych²⁶ osoby te powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami bez niepełnosprawności. W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto

²⁶ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169).

mieć na względzie m.in. standardy projektowania budynków opracowane przez Ministerstwo Rozwoju i Technologii²⁷.

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

66. Placówka nie była wyposażona w AED (automatyczny defibrylator zewnętrzny). Na korzyści z wykorzystania AED (zwłaszcza użycia go na wczesnym etapie resuscytacji krążeniowo-oddechowej) wskazała Europejska Rada Resuscytacji, wydając w 2025 r. stosowne wytyczne²⁸ oraz CPT²⁹.

67. **KMPT zaleca wyposażenie placówki w AED i regularne prowadzenie praktycznych szkoleń personelu z pierwszej pomocy oraz RKO przy użyciu AED.**

D. Personel

68. Przedstawiciele KMPT ustalili, że w placówce zatrudnionych było 7 osób na umowę o pracę: ks. Dyrektor, ks. Kierownik, osoba sprzątająca, 2 opiekunki, księgowa oraz konserwator. W tym 5 osób świadczyło usługi opiekuńcze na rzecz mieszkańców (zgodnie z oświadczeniem ks. Dyrektora osoba sprzątająca również miała opiekować się mieszkańcami). Ponadto 8 osób świadczyło usługi mieszkańcom na podstawie porozumień wolontariackich (opiekunki, pielęgniarki, kucharki, palacz w okresie grzewczym).

69. Placówka posiada zezwolenie na przyjęcie 43 mieszkańców. Wskaźnik zatrudnienia nie odpowiada wymogom określonym w art. 68a pkt 5 u.o.p.s.³⁰.

70. Do wskaźnika nie wliczono osób, z którymi zawarto porozumienia wolontariackie³¹.

71. Według przekazanych przez Dyrektora placówki informacji w porze dziennej dyżur pełni 3 opiekunów oraz pielęgniarka-wolontariuszka (w miarę możliwości wynikających z jej dostępności czasowej), w nocy 2 opiekunki. Jednocześnie nie przedstawiono grafiku pracy, na podstawie którego możliwa byłaby weryfikacja

²⁷ Zob. Budowlane ABC – zakładka „Standardy projektowania budynków dla osób z niepełnosprawnościami”, dostępne na stronie internetowej: <https://budowlaneabc.gov.pl/standardy-projektowania-budynkowdla-osob-niepelnosprawnych/>.

²⁸ Zob. https://www.prc.krakow.pl/wp-content/uploads/2026/01/WytResusc2025_20a.pdf.

²⁹ Zob. Raport CPT z wizytacji w Albanii w 2023 r., CPT/Inf (2024) 01, par. 220.

³⁰ Wskaźnik zatrudnienia w placówce przy 43 mieszkańcach powinien wynosić 14,19 etatów ($43 \times 0,33 = 14,19$). Podczas wizytacji w placówce przebywało 59 mieszkańców, wskaźnik zatrudnienia powinien wynosić 19,47 ($59 \times 0,33 = 19,47$).

³¹ Zgodnie z art. 2 pkt 3 Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2025 r. poz. 1338 ze zm.), pod pojęciem wolontariusz rozumie się osobę fizyczną, która ochotniczo i bez wynagrodzenia wykonuje świadczenia na zasadach określonych w ustawie. Wolontariusze nie są pracownikami, gdyż podstawą świadczonej przez nich pracy nie jest ani umowa o pracę, ani żadna inna z pozostałych umów określonych w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 277 ze zm.). Kwestia ta została również podniesiona przez Podlaski Urząd Wojewódzki w protokole z kontroli doraźnej placówki w dniu 12.06.2026 r.

przestrzegania zakresu godzinowego pracy przez poszczególnych pracowników oraz ich dostępności w danym dniu w placówce.

72. KMPT zaleca zatrudnienie odpowiedniej liczby pracowników posiadających wymagane kwalifikacje oraz doświadczenie niezbędne do wykonywania powierzonych zadań i opracowanie miesięcznego grafiku pracy.

73. W okresie objętym analizą pracownicy placówki uczestniczyli w szkoleniach z pierwszej pomocy, BHP oraz opieki długoterminowej w praktyce. KMPT uważa ten katalog szkoleń za niewystarczający. Ze względu na trudny charakter pracy personel placówek opiekuńczych powinien otrzymać niezbędne wsparcie i doradztwo, aby móc uniknąć wypalenia zawodowego i zachować wysokie standardy pracy. Szkolenia personelu są również mechanizmem zapobiegania torturom i poniżającemu traktowaniu oraz sprzyjają standardom pracy i opieki.

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

75. Pracownicy PCO nie mają możliwości skorzystania z superwizji, która może być sposobem na rozładowanie napięć związanych z wykonywanymi zadaniami, szansą na omówienie sytuacji trudnych i wypracowanie metod zaradczych.

76. KMPT zaleca zapewnienie personelowi możliwości regularnego korzystania z superwizji, prowadzonej przez zewnętrznego specjalistę.

E. Traktowanie

77. Przedstawiciele KMPT nie odnotowali sygnałów wskazujących na niewłaściwe traktowanie mieszkańców przez personel placówki. Wręcz przeciwnie, mieszkańcy wypowiadali się na temat personelu w sposób pozytywny, podkreślając jego zaangażowanie i właściwe podejście do podopiecznych.

78. Z ustaleń KMPT wynika, że podczas czynności higienicznych, tj. mycia, zmiany pieluch, nie stosuje się parawanów, które zasłaniałyby mieszkańców przed wzrokiem innych osób znajdujących się w pokoju. W ocenie KMPT należy wzmocnić ochronę mieszkańców w tym zakresie zapewniając im poczucie godności i intymności.

79. KMPT rekomenduje używanie przez personel parawanów podczas wykonywania mieszkańcom zabiegów higienicznych.

F. Opieka medyczna oraz dokumentowanie obrażeń

80. Mieszkańcy placówki zgłoszeni są do lekarza rodzinnego i pielęgniarki środowiskowej NZOZ NFZ w Czyżach. Lekarz przyjeżdża do mieszkańców wedle

potrzeb, bada, wystawia recepty oraz świadczy teleporady. Mieszkańcy są również pod opieką poradni specjalistycznych m.in. kardiologicznej, ortopedycznej, okulistycznej, urologicznej. Siedmiu mieszkańców jest zgłoszonych do Poradni zdrowia psychicznego w Hajnówce oraz w Bielsku Podlaskim.

81. W czasie objętych wizytacją w placówce nie była prowadzona ewidencja przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki, co jest niezgodne z art. 68 a pkt 1 lit. d tiret 3 u.o.p.s.

82. **KMPT rekomenduje założenie i bieżące uzupełnianie ewidencji przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki.**

83. W ocenie KMPT stan zdrowia mieszkańców placówki uzasadnia potrzebę całodobowego ich monitorowania przez personel medyczny. Najczęściej występujące schorzenia mieszkańców to: demencja, choroba Alzheimera, stany po udarach. Wśród mieszkańców są osoby, które mają założony cewnik, worek stomijny, wymagają karmienia za pomocą PEG lub doraźnego podawania leków. W ciągu dnia w miarę możliwości organizacyjnych obecna jest pielęgniarka-wolontariuszka, jednak w nocy dyżur pełnią jedynie opiekunowie.

84. Na konieczność zapewnienia całodobowej opieki pielęgniarskiej w placówkach opieki wskazuje także CPT³².

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

86. Mieszkańcy, którzy są przyjmowani do placówki, nie są rutynowo poddawani badaniu lekarskiemu. Kontakt z lekarzem odbywa się w sytuacji pogorszenia ich stanu zdrowia.

87. Stan higieniczny, w momencie zarówno przyjęcia nowego mieszkańca do placówki, sprawdzają opiekunki. Personel zaznacza w rejestrze przyjętych pensjonariuszy występowanie ewentualnych zaniedbań higienicznych, urazów, odleżyn, zmian skórnych.

88. Kierownictwu placówki oraz personelowi nie był również znany podręcznik ONZ dotyczący diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania – Protokół stambulski³³, który zawiera specjalne formularze do dokumentowania obrażeń i urazów, tzw. mapy ciała. Znajomość Protokołu stambulskiego pomaga pracownikom w wykrywaniu i dokumentowaniu przypadków niewłaściwego traktowania mieszkańców, co wzmacnia ich potencjał zawodowy.

89. KMPT zwraca uwagę, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za minimalną gwarancję chroniącą mieszkańców przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni

³² Standardy CPT, Persons deprived of their liberty in social care establishments, 21 grudnia 2020 r., CPT/Inf (2020)41, par. 19; raport z wizyty CPT we Włoszech w 2022 r., CPT/Inf (2023) 5, par. 252.

³³ Jego zaktualizowana w 2022 r. wersja, w języku polskim, dostępna jest m.in. na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce.

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

91. **KMPT zaleca też przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego.**

92. Przedstawiciele KMPT ustalili, że niektórym mieszkańcom leki są kruszone i dodawane do posiłków. Fakt ten nie był odnotowywany w dokumentacji prowadzonej w placówce.

93. KMPT od lat odnotowuje podczas wizytacji prewencyjnych praktykę rozkruszania leków i podawania ich w posiłkach. Taka praktyka może mieć miejsce jedynie przy wyraźnym zaleceniu lekarza w indywidualnych przypadkach³⁴.

94. **KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji medycznej mieszkańców o zalecenia lekarskie dotyczące podania leku w formie rozkruszonej, które będą opatrzone pieczętą, datą i podpisem lekarza.**

G. Kontakt ze światem zewnętrznym

95. Przedstawiciele KMPT ustalili, że część mieszkańców nie może samodzielnie wychodzić poza teren placówki, z uwagi na ich stan zdrowia lub obawę, że nie powrócą do placówki. W przeszłości zdarzały się takie sytuacje. Mieszkańcy jedynie sporadycznie korzystają z możliwości wychodzenia na teren zewnętrzny wokół budynku. Brak jest też wystarczającej liczby pracowników, którzy mogliby systematycznie pełnić nadzór nad mieszkańcami podczas pobytu na świeżym powietrzu. Jednocześnie w dokumentacji mieszkańców, którzy nie mogą swobodnie opuszczać placówki, brak było wymaganych przepisami ustawy o pomocy społecznej zaświadczeń lekarskich³⁵.

96. KMPT wskazuje, że wszelkie ograniczenia możliwości opuszczania terenu placówki przez mieszkańców powinny być wprowadzone w oparciu o obowiązujące przepisy prawa. Konieczne jest uzyskanie zaświadczenia od lekarza wydanego na czas określony nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego na zasadność takiego ograniczenia. Zaświadczenie takie musi być załączone do dokumentacji mieszkańca, a o samym fakcie zastosowania takiego rozwiązania musi być poinformowany sąd opiekuńczy, w okręgu którego znajduje się placówka. Dokument doręczany jest osobie przebywającej w placówce, a w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie – także jej przedstawicielowi ustawowemu³⁶.

³⁴ Szczegółowa argumentacja w tym zakresie była wielokrotnie przedstawiana przez KMPT, zob. np. Raport RPO z działalności KMPT w 2023 r., s. 98; zob. też: Raport RPO z działalności KMPT „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, s. 109-111.

³⁵ Zob. art. 68a pkt 1 lit. g, h, l u.o.p.s.

³⁶ Zob. art. 68 ust. 2a-2e u.o.p.s.

97. **KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej, ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego.**

H. Aktywizacja mieszkańców

98. Mieszkańcy spędzają czas wolny oglądając telewizję, słuchając radia, czytając czasopisma oraz uczestnicząc w nabożeństwach odprawianych w kaplicy placówki. Ponadto kilka razy do roku placówkę odwiedzają uczniowie liceum ogólnokształcącego oraz koło gospodyń wiejskich.

99. Zgodnie z art. 68 ust. 3 pkt 2 u.o.p.s. usługi opiekuńcze świadczone w placówce obejmować powinny m.in. codzienną organizację czasu wolnego z uwzględnieniem stanu zdrowia i możliwości mieszkańców. KMPT wskazuje, że organizacja czasu wolnego nie stanowi dodatkowego obszaru działalności placówek opiekuńczych. Ustawodawca zaliczył ją do niezbędnego minimum w zakresie opieki nad osobami z niepełnosprawnością, przewlekłe chorymi lub osobami w podeszłym wieku. Jest to niezwykle istotny obszar mający wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne mieszkańców. Brak odpowiednio zaplanowanej i przeprowadzonej terapii zajęciowej i innych aktywności dostosowanych do potrzeb mieszkańców, w połączeniu z brakiem możliwości swobodnego wychodzenia na zewnątrz budynku, prowadzi do obniżenia kompetencji intelektualnych i społecznych, apatii i pogorszenia zdrowia psychicznego.

100. Na znaczenie odpowiedniej organizacji czasu wolnego dla mieszkańców placówek opiekuńczych zwraca uwagę także CPT, wskazując, że za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia³⁷.

101. **KMPT rekomenduje zatrudnienie terapeuty zajęciowego.**

102. Placówka nie zatrudnia rehabilitanta. Niektóre rodziny samodzielnie organizują rehabilitację dla swoich bliskich. Z uwagi na fakt, że wśród mieszkańców są osoby po amputacji kończyn, poruszające się na wózkach, mające ograniczenia ruchowe, a także osoby leżące – realizowanie rehabilitacji usprawniającej oraz przyłóżkowej jest niezbędne.

103. **KMPT zaleca pilne nawiązanie współpracy z rehabilitantem.**

I. Procedury

104. W wizytowanej placówce nie opracowano procedur regulujących sposób postępowania personelu, np. w przypadku zachowań agresywnych mieszkańców, zdarzeń niepożądanych, autoagresji, zgonu, wystąpienia wszawicy lub pluskiew,

³⁷ Zob. Raporty CPT z wizyt w: Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, par. 171; Macedonii Północnej, CPT/Inf (2024) 17, par. 199; Albanii, CPT/Inf(2024) 01, par. 217.

odległych, sposobu dokumentowania obrażeń czy zgłaszania przemocy. Wprowadzenie jednolitego standardu postępowania pozwala na uniknięcie błędnych decyzji, które mogą mieć negatywny wpływ na bezpieczeństwo nie tylko mieszkańców placówki, lecz także jej pracowników. Ustalenie spójnego sposobu działania ma szczególne znaczenie zwłaszcza wtedy, gdy pracownik zmuszony jest do działania w stresie, w sytuacji nieprzewidzianej, np. kiedy zachodzi potrzeba uspokojenia pobudzonego mieszkańca.

105. KMPT rekomenduje opracowanie procedur dotyczących sposobu postępowania pracowników w sytuacjach trudnych, w szczególności reagowania na agresję i zgłoszenia przemocy, wystąpienia zdarzeń niepożądanych, w tym zgonów, oraz sposobu dokumentowania obrażeń.

J. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

106. KMPT każdorazowo zwraca uwagę, czy placówka w ogólnodostępnych miejscach (np. korytarzach) zamieszcza informacje o instytucjach stojących na straży praw człowieka oraz o przyjętej procedurze skargowej. Możliwość kontaktu z takimi instytucjami przez osobę przebywającą w placówce lub np. odwiedzających ją krewnych stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem. Analogiczne zabezpieczenie stanowi również jasna i ogólnodostępna informacja dotycząca mechanizmu skargowego funkcjonującego w konkretnej placówce.

107. Na tablicy ogłoszeń w części wspólnej dla mieszkańców znajdowały się: regulamin praw mieszkańców, dane podmiotu prowadzącego placówkę. Brakowało natomiast numerów alarmowych oraz danych teleadresowych organów, właściwych miejscowo instytucji i organizacji działających w zakresie wolności i praw człowieka oraz instytucji kontrolnych, w szczególności: Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta, państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, właściwego do spraw pomocy społecznej wydziału urzędu wojewódzkiego, właściwego ze względu na miejsce położenia placówki ośrodka pomocy społecznej, prokuratury rejonowej, sądu opiekuńczego. KMPT przypomina, że znowelizowane przepisy ustawy o pomocy społecznej nakładają na placówkę obowiązek umieszczenia wspomnianych informacji na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku³⁸.

108. KMPT zaleca uzupełnienie tablic informacyjnych o numery alarmowe oraz dane teleadresowe organów stojących na straży praw człowieka i instytucji kontrolnych.

109. W placówce istnieje rejestr skarg i wniosków. Jednak nie odnotowano w nim żadnych wpisów. Wszelkie uwagi dotyczące funkcjonowania placówki zgłaszane przez pensjonariuszy bądź ich krewnych są rozpatrywane ustnie przez dyrektora placówki.

³⁸ Zob. art. 68a pkt 3 u.o.p.s.

110. Jak wskazuje Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom, efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności. Mogą bowiem nie tylko łagodzić napięcia między mieszkańcami a personelem, lecz także przyczynić się do budowania pozytywnych relacji przez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie. Dlatego też mieszkańcy placówki oraz ich rodziny powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do osób lub organów rozpatrujących skargi. Ponadto Komitet podkreśla, że brak skarg nie musi być koniecznie uznawany za zjawisko pozytywne. Przeciwnie, może to oznaczać niebezpieczne środowisko w placówce lub brak zaufania do systemu skargowego³⁹.

111. KMPT rekomenduje bieżące odnotowywanie w rejestrze skarg i wniosków wszelkich zgłaszanych przez mieszkańców lub ich bliskich skarg i zażaleń, a także sposobu ich rozpatrzenia.

112. Dodatkowo KMPT rekomenduje zamontowanie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, inne 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.

VI. Zalecenia

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

a) Dyrektorowi:

1. W przypadku konieczności zastosowania niestandardowych form zabezpieczeń: opracowanie procedury regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia, stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza; wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
2. nawiązanie współpracy z psychologiem, w wymiarze adekwatnym do liczby osób przebywających w placówce;
3. przestrzeganie limitów miejsc ustalonych decyzją Wojewody;
4. uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie o wskazane wyżej postanowienia sądu opiekuńczego oraz weryfikowanie przy przyjęciu nowych mieszkańców, czy opiekunowie prawni dysponują takim orzeczeniem. Ponadto zaleca się, aby dokumenty dotyczące pobytu mieszkańców ubezwłasnowolnionych, były podpisywane w ich imieniu przez ustanowionych opiekunów prawnych;

³⁹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2018) 4, par. 91].

5. prowadzenie dokumentacji indywidualnej mieszkańców w sposób rzetelny, zgodny z przepisami prawa;
6. zaleca odstąpienie od praktyki przechowywania dokumentów tożsamości mieszkańców na rzecz wykonywania kopii tych dokumentów. W przypadku zaś zgłoszenia przez mieszkańca chęci przechowania jego dowodu osobistego w depozycie, należy potwierdzić ten fakt zgodą podpisaną osobiście przez mieszkańca;
7. doprowadzenie do odpowiedniej liczby osób zakwaterowanych w poszczególnych pokojach oraz zachowania właściwego metrażu, wynikającego z przepisów ustawy o pomocy społecznej;
8. zapewnienie odpowiedniej liczby łazienek w stosunku do faktycznej liczby przebywających w placówce mieszkańców;
9. dokonywanie systematycznego przeglądu pomieszczeń i urządzeń pod kątem dokonywania bieżących napraw;
10. dostosowanie umeblowania pokoi do wymogów określonych w art. 68 ust. 4 pkt 3 u.o.p.s.;
11. wprowadzenie bezpiecznych rozwiązań technicznych, które umożliwiałyby mieszkańcom samodzielne wietrzenie pokoi;
12. wyposażenie pokoi wszystkich mieszkańców w rolety bądź żaluzje okienne zapewniające ochronę przed nadmiernym nasłonecznieniem;
13. wyposażenie łazienki w żaluzje bądź naklejki maskujące na okna;
14. usunięcie zabezpieczenia w postaci zamka-zasuwy z drzwi pokoju mieszkalnego;
15. montaż instalacji alarmowo-przyzywowej we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają mieszkańcy (pokoje, toalety, łazienki, części wspólne);
16. pełne dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami;
17. wyposażenie placówki w AED i regularne prowadzenie praktycznych szkoleń personelu z zakresu pierwszej pomocy oraz RKO przy użyciu AED.
18. zatrudnienie odpowiedniej liczby pracowników posiadających wymagane kwalifikacje i doświadczenie niezbędne do wykonywania powierzonych im zadań oraz opracowanie miesięcznego grafiku pracy;
19. zapewnienie systematycznego doskonalenia zawodowego pracowników PCO w obszarach: opieki nad mieszkańcami (z uwzględnieniem wykonywanych przez pracowników zadań), radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, pracy z mieszkańcem przejawiającym zachowania trudne, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;
20. zapewnienie personelowi placówki możliwości regularnego korzystania z superwizji, prowadzonej przez zewnętrznego specjalistę;

21. używanie przez personel parawanów podczas wykonywania mieszkańcom zabiegów higienicznych;
22. założenie i bieżące uzupełnianie ewidencji przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki;
23. zapewnienie całodobowej obsady pielęgniarskiej;
24. przeprowadzanie badań medycznych każdego nowo przyjmowanego mieszkańca niezwłocznie po przyjęciu i dokumentowanie występujących obrażeń zgodnie z wytycznymi Protokołu stambulskiego;
25. przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego;
26. uzupełnienie dokumentacji medycznej mieszkańców o zalecenia lekarskie dotyczące podania leku w formie rozkruszonej, które będą opatrzone pieczętą, datą i podpisem lekarza;
27. uzupełnienie dokumentacji mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej, ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego;
28. zatrudnienie terapeuty zajęciowego;
29. nawiązanie współpracy z rehabilitantem;
30. rekomenduje opracowanie procedur dotyczących sposobu postępowania pracowników w sytuacjach trudnych, w szczególności reagowania na agresję i zgłoszenia przemocy, wystąpienia zdarzeń niepożądanych, w tym zgonów, oraz sposobu dokumentowania obrażeń;
31. uzupełnienie tablic informacyjnych o numery alarmowe oraz dane teleadresowe organów stojących na straży praw człowieka i instytucji kontrolnych;
32. rekomenduje bieżące odnotowywanie w rejestrze skarg i wniosków wszelkich zgłaszanych przez mieszkańców lub ich bliskich skarg i zażaleń, a także sposobu ich rozpatrzenia;
33. zamontowanie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, inne 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 skarg i wniosków.

VII. Informacje dodatkowe

Na podstawie art. 20 OPCAT, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do kierownika placówki o udzielenie informacji zawartych pkt 30 niniejszego raportu.

Opracowała: Karina Balicka

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska
Zastępczyni Dyrektora Zespołu
/-podpisano elektronicznie/