



Katowice, 29.12.2022 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Pełnomocnik Terenowy
Rzecznika Praw Obywatelskich
w Katowicach**

BPK.573.1.2022.AWo

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Placówki
Całodobowej Opieki - Domu Opieki „Senior” w Krakowie**

1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

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. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję

wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu -

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).

Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT)².

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. Z kolei za „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 jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁴.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urzędzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁵. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁶.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji, opierają się więc na różnych źródłach m.in. własnych obserwacjach poczynionych podczas wizyty, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i nagraniach monitoringu⁷.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁸. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia KMPT, bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ⁹ oraz zalecenia organów międzynarodowych.

² Zob. Art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (DzU.2020.627 t.j.).

³ Zob. Art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁴ Zob. Art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁵ Zob. Art. 20 OPCAT.

⁶ Zob. Art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁷ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2020 r., Część II - Jak pracuje KMPT ?.

⁸ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt. 6. Zobacz 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, New York i Genewa 2018, s. 4-6.

⁹ Zob. Art. 19 pkt. b) OPCAT.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele KMPT ujawnią ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też, na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji ich wystąpienia w przyszłości.

2. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 14 -16 listopada 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację Domu Opieki „Senior” przy ul. Bieżanowskiej 98c w Krakowie (zwanego dalej: domem opieki, PCO, placówką).

W skład zespołu wizytującego wchodziły: Anna Wojtalik (prawnik) oraz Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w placówce, by wzmocnić, jeśli to niezbędne, ich ochronę przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawić rekomendacje właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków zapewnionych osobom pozbawionym wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, w zgodzie z odpowiednimi standardami organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu placówki, udzielonej przez Urszulę Capigę (Prezesa Zarządu Senior Sp. z o.o. w Krakowie, dyrektora Domu Opieki);
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym: pokoi, sanitariatów, pokoju dziennego, wyposażenia i terenu rekreacyjnego;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z personelem placówki;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z mieszkańcami;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

Zespół wizytujący dokonał oceny: legalności pobytu mieszkańców w PCO, traktowania pensjonariuszy przez personel, zapewnionych im warunków bytowych, dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, dostępu mieszkańców do ochrony zdrowia, terapii i usług opiekuńczych, prawa do informacji i do kontaktów ze światem zewnętrznym oraz swobody praktyk religijnych. Przeanalizowano także stan zatrudnienia i kwalifikacje personelu.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną. Ponadto, po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałe dokumenty związane z funkcjonowaniem placówki.

Członkom zespołu wizytującego umożliwiono dostęp do wszystkich pomieszczeń i wykonanie niezbędnych czynności, zgodnie z mandatem określonym w OPCAT.

Niniejszy raport wskazuje problem systemowy, wymagający zmiany obowiązującego prawa (pkt 5) oraz obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt 6).

3. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkaniec, pracownik placówki, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację nie może ponieść jakiejkolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiejkolwiek sankcji przeciwko jakiejkolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiejkolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

4. Ogólna charakterystyka placówki

Dom Opieki „Senior” funkcjonuje w ramach działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku.

Placówka oferuje swoje usługi od 2006 roku, działa w oparciu o Decyzję Wojewody Małopolskiego z dnia 9 stycznia 2006 r. (decyzja nr 1/2005, znak: PS.III.9013-3-27-05).

Placówka prowadzona jest przez spółkę prawa handlowego - Senior Sp. z o.o. z siedzibą w Wieliczce, Osiedle Sienkiewicza 18/9 (KRS: 0000187927).

Zgodnie z Decyzją placówka przeznaczona jest dla 24 osób (kobiet i mężczyzn) w podeszłym wieku. W dniu wizytacji w placówce przebywało 22 mieszkańców. Wśród pensjonariuszy znajdowała się jedna osoba ubezwłasnowolniona.

Placówka prowadzona jest w piętrowym budynku wolnostojącym (parter, I piętro). Do głównego wejścia do budynku prowadzą schody z podjazdem dla wózków inwalidzkich. Teren wokół budynku jest ogrodzony. Furtka przed budynkiem wyposażona jest w domofon. Pokoje mieszkalne pensjonariuszy znajdują się na parterze oraz na piętrze budynku.

Pensjonariusze mają możliwość zakwaterowania w dwu lub trzyosobowych pokojach z łazienkami. Mieszkańcy mogą także korzystać z ogrodu oraz tarasu.

Na parterze budynku znajduje się pokój dziennego pobytu, wyposażony w stół z krzesłami. Pokój wykorzystywany jest do spożywania przez mieszkańców posiłków oraz zajęć w ramach terapii zajęciowej. Na parterze budynku mieści się także połączony z pokojem dziennego pobytu aneks z fotelami i telewizorem, który jest miejscem wspólnych spotkań. Posiłki mieszkańcy mogą także spożywać w swoich pokojach.

Na piętro prowadzą schody zabezpieczone balustradą. Budynek wyposażony jest także w windę wewnętrzną, z której mieszkańcy mogą korzystać pod opieką personelu.

Koszt pobytu mieszkańca wynosi 4 800 zł miesięcznie. Kwota ta obejmuje: zakwaterowanie, codzienne wyżywienie (śniadanie, drugie śniadanie, obiad, kolacja, codzienny dostęp do napojów i przekąsek), całodobową opiekę na terenie Domu Opieki, opiekę pielęgniarską, opiekę lekarską (wizyta lekarza co najmniej raz w tygodniu), utrzymanie czystości zajmowanych pomieszczeń, środki czystości i środki pielęgnacyjne, zapewnienie transportu w przypadku stanu zagrożenia życia oraz koszty: energii elektrycznej, gazu, ogrzewania, wody, ścieków, rehabilitację, terapię zajęciową.

Powyższa stawka nie obejmuje kosztów: wykupu leków i pieluchomajtek. Wszelkie dodatkowe świadczenia możliwe są za dodatkową opłatą.

Placówka jest nadzorowana przez Wojewodę Małopolskiego. Przed wejściem do placówki znajduje się tablica z informacją o typie domu, danymi teleadresowymi oraz numerem zezwolenia Wojewody Małopolskiego.

5. Problemy systemowe

5.1. Legalność pobytu w placówce osób, które nie są ubezwłasnowolnione, a których stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy

W dniu wizytacji w placówce przebywały osoby, które nie były ubezwłasnowolnione, jednak ich stan zdrowia i poziom świadomości nie pozwalał na ważne zawarcie umowy.

Umowa na świadczenie usług opiekuńczych zawierana jest między Senior Sp. z o.o., a mieszkańcem/opiekunem. Jednak w przeanalizowanych umowach znajdujących się w teczkach osobowych mieszkańców brakowało podpisów pensjonariuszy, mimo że w zdecydowanej większości nie były to osoby ubezwłasnowolnione. Tylko w jednym przypadku umowa została podpisana pomiędzy Senior Sp. z o.o., a mieszkańcem. W dwóch przypadkach umowa została podpisana pomiędzy Senior Sp. z o.o., a pełnomocnikami mieszkańców - córką i wnukiem, legitymującymi się pełnomocnictwami notarialnymi. W jednym z tych przypadków pełnomocnictwo upoważniało córkę mieszkańca do dokonywania w imieniu matki między innymi czynności zwykłego zarządu, w tym do zawierania wszelkich umów oraz ich rozwiązywania, aneksowania, wypowiedzenia, w szczególności umów najmu na warunkach do uznania pełnomocnika. W drugim z tych przypadków pełnomocnictwo notarialne upoważniało wnuka mieszkańca do między innymi umieszczenia mocodawcy w odpowiednich wybranych przez pełnomocnika zakładach opiekuńczo - leczniczych lub zakładach (domach) pomocy społecznej. W pozostałych przypadkach umowa została podpisana pomiędzy Senior Sp. z o.o., a opiekunem faktycznym. Co więcej w dokumentacji nie znajdowały się wyrażone na piśmie oświadczenia woli mieszkańców na pobyt w Domu Opieki.

Krajowy Mechanizm podkreśla, że działający w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są w żaden sposób legitymowani w świetle obowiązujących przepisów do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia jej 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 pobytu. Brak odpowiednich rozwiązań systemowych rodzi sytuację, w której umowa podpisana jest przez opiekuna faktycznego, który nie posiada upoważnienia do jej podpisania w imieniu mieszkańca. Brak podpisu strony pod umową dekompletuje jej elementy konieczne (do których w przypadku umów pisemnych należy podpis - art. 78 § 1 Kodeksu cywilnego). Co prowadzi do braku podstawy do umieszczenia mieszkańca w domu opieki.

W ocenie KMPT powyższy problem ma charakter systemowy, wymagający stworzenia odpowiednich przepisów prawnych, które zapewnią ochronę praw osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji.

Placówkom całodobowej opieki nie można czynić zarzutu, że przyjmują osoby wymagające opieki mimo braku formalnego umocowania wnioskodawców. Czynią to bowiem mając na względzie dobro pensjonariusza. Nie można jednak tracić z pola widzenia, że jest to sytuacja niezgodna z prawem. Chodzi bowiem o podejmowanie przez osobę nieuprawnioną decyzji w sprawie wolności innej osoby. Taka sytuacja pozwala na podejmowanie przez jedną osobę arbitralnych decyzji w stosunku do drugiej osoby - słabszej i uzależnionej od pomocy innych. Tym bardziej, że umieszczenie w tego typu placówkach wiąże się ze znacznym ograniczeniem wolności i samodecydowania o swoim losie. Nie można wykluczyć, że w skrajnych przypadkach decyzja taka podjęta będzie z naruszeniem interesu pensjonariusza, np. w celu uzyskania dostępu do jego mieszkania. Zawieranie umów przez opiekunów faktycznych pozostawia poza kontrolą jakiegokolwiek podmiotu (jak ma to miejsce np. w przypadku sądowej kontroli opiekuna osoby ubezwłasnowolnionej) działania podejmowane przez osoby bliskie pensjonariuszy w ich imieniu.

Istotna jest również kwestia odpowiedzialności cywilnej i karnej za decyzje o umieszczeniu pensjonariusza w placówce, co może mieć zastosowanie w postępowaniu sądowym wszczętym przez samego pensjonariusza lub innych członków jego rodziny. Pożądane byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. poprzez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażanej w trybie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁰, czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym¹¹. Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony osób przyjmowanych do takich placówek, które obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

Rzecznik Praw Obywatelskich na początku bieżącego roku wystosował w przedmiotowej kwestii wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹². Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji

¹⁰ Zob. Art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2022.1731 t.j.).

¹¹ Zob. Art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U.2022.2123 t.j.).

¹² Zob. Wystąpienie Generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25.01.2022 r., KMP.573.1.2022.KK, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-prywatne-dps-nieswiadomi-pensjonariusze-sad-kontrola>.

pomiędzy MRiPS oraz Ministerstwem Sprawiedliwości¹³. Sprawa nadal pozostaje w zainteresowaniu RPO oraz KMPT.

Warto w tym miejscu wskazać, że także Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) zwrócił uwagę na przedmiotową kwestię w swoim raporcie z wizyty w Polsce w 2009 r. Jak zauważa CPT należy podjąć kroki, aby mieszkańcy niezdolni do wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie ich w placówce, nieposiadający opiekuna (rozumianego jako opiekuna prawnego) i niemający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu¹⁴.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Legalność pobytu

Sytuację osób ubezwłasnowolnionych całkowicie normują znowelizowane od 1 stycznia 2020 r., przepisy ustawy o pomocy społecznej.

Osoba ubezwłasnowolniona całkowicie może być umieszczona w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie¹⁵.

W czasie wizytacji w placówce przebywała jedna osoba ubezwłasnowolniona całkowicie. W dokumentacji znajdowało się zezwolenie sądu opiekuńczego wydane opiekunowi tej osoby, ale dotyczyło ono umieszczenia w domu pomocy społecznej, nie zaś w placówce całodobowej opieki. Są to dwa odrębne rodzaje placówek, uregulowane w ustawie o pomocy społecznej. Różni je między innymi zakres określonych ustawowo praw mieszkańców i zakres kontroli przez organy publiczne. Zezwolenia dotyczącego umieszczenia w domu pomocy społecznej nie można więc stosować na zasadzie analogii do umieszczenia w placówce całodobowej opieki.

W związku z tym KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji o zezwolenia sądu

¹³ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25.02.2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP, https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2022-02/Odpowiedz_MRiPS_25.02.2022.pdf.

¹⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 166.

¹⁵ Zob. Art. 68c ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U.2021.2268 t.j.).

opiekuńczego na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w placówce całodobowej opieki, jak również sprawdzanie podczas przyjmowania nowych mieszkańców ubezwłasnowolnionych, czy udzielone jest stosowne zezwolenie.

6.2. Traktowanie mieszkańców

Wizytujące nie otrzymały sygnałów świadczących o złym traktowaniu mieszkańców przez personel. Opinie na temat pracowników były pozytywne, czego dowodziły także zaobserwowane bardzo dobre relacje pomiędzy mieszkańcami i pracownikami. Pensjonariusze byli też zadbani pod względem higienicznym. Wizytujące nie wyczuły nieprzyjemnych zapachów świadczących o zaniedbaniach w pielęgnacji mieszkańców.

W oparciu o przeprowadzone rozmowy ustalono, że w stosunku do niektórych mieszkańców opieka higieniczna odbywa się między innymi poprzez kąpiele przyłóżkowe. Kąpiel przyłóżkowa odbywa się w obecności innych mieszkańców - współlokatorów, osoba myta nie jest osłaniana parawanem. Taka praktyka narusza intymność mieszkańca oraz powoduje u niego poczucie wstydu i poniżenia. Ponadto nie godzi się to ze standardami określonymi w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U.2021.2268 t.j.), według których sposób świadczenia usług powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce, a także prawa człowieka, w tym w szczególności prawo do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa (art. 68 § 2).

KMPT zaleca stosowanie parawanów podczas wykonywania przyłóżkowych czynności higienicznych.

Wizytujące zwróciły także uwagę, że nie wszystkie okna w pokojach były zasłonięte roletami, zasłonami czy też firankami. Taki stan rzeczy może stwarzać ryzyko, że mieszkaniec będzie widoczny z zewnątrz, w tym także podczas wykonywania czynności higienicznych w formie przyłóżkowej.

KMPT zaleca montaż rolet lub zasłon w celu zagwarantowania mieszkańcom prawa do intymności w szczególności podczas wykonywania czynności higienicznych i innych.

6.3. Kontakt ze światem zewnętrznym

W chwili wizytacji żaden z mieszkańców nie miał możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki. Pensjonariusze mogli opuszczać dom opieki jedynie w

asystę członków rodziny, po wcześniejszym zgłoszeniu tego pracownikowi placówki.

KMPT pragnie zwrócić uwagę, iż zgodnie z brzmieniem ustawy o pomocy społecznej, do usług opiekuńczych świadczonych w tego typu placówkach zaliczyć należy także zapewnienie pensjonariuszom kontaktów z otoczeniem¹⁶. Tym samym kierownictwo jak i personel placówek opiekuńczych nie powinni cedować tego obowiązku na członków rodzin mieszkańców.

Krajowy Mechanizm przypomina także, że wszelkie ograniczenia w możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez pensjonariuszy powinny być wprowadzane jedynie na podstawie i w granicach obowiązującego prawa. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu osoby przebywającej w placówce, będącej osobą z zaburzeniami psychicznymi, osoba kierująca tą placówką może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tę osobę terenu placówki na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia.

Ograniczenie doręcza się osobie przebywającej w placówce, a gdy jest ona osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie, również jej przedstawicielowi ustawowemu. Doręczając ograniczenie, osoba kierująca placówką poucza osobę w niej przebywającą o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia. Do obowiązków osoby kierującej placówką należy także przekazanie informacji o ograniczeniu samodzielnego wyjść poza teren domu opieki do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka.

W trakcie wizytacji w dokumentacji pensjonariuszy nie znajdowały się wspomniane zaświadczenia lekarskie.

Krajowy Mechanizm zaleca uzupełnienie teczek osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki o zaświadczenia lekarskie wskazane w art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej oraz ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego oraz przekazanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego.

6.4. Dokumentacja i rejestry

W placówce znajduje się większość dokumentów wymaganych przez ustawę o pomocy społecznej. Nie prowadzi się natomiast żadnych rejestrów, w szczególności

¹⁶ Zob. Art. 68 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U.2021.2268 t.j.).

rejestr stosowania przymusu bezpośredniego (wymagany ustawą), osób przyjętych do placówki, wizyt lekarskich, skarg, wydarzeń nadzwyczajnych (np. upadków, samouszkodzeń, etc.), wyjść i odwiedzin.

Placówka nie posiada ponadto żadnych procedur regulujących zasady postępowania personelu (np. w przypadku zachowań agresywnych wśród pensjonariuszy), które często spotykane są przez wizytujących w tego typu miejscach.

Delegacja KMPT zachęca do przeglądu i zreformowania w placówce systemu prowadzenia dokumentacji tak, by była ona wszechstronna dokładna, precyzyjna i aktualna. Zaleca się, aby dokumentacja była jednolita i dostępna dla upoważnionych przedstawicieli pensjonariuszy i ich najbliższych krewnych, a także organów nadzorujących placówkę. Tak prowadzona dokumentacja pozwala śledzić ruch, lokalizację, stan zdrowia i samopoczucie osoby przebywającej w placówce bez potrzeby analizowania licznych plików, dokumentów lub kart (jest to szczególnie ważne w przypadku osób, które są np. często hospitalizowane). Dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami, nieludzkim i poniżającym traktowaniem na co zwraca uwagę SPT - Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (zob. przykładowo raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt. 2, paragrafy 49-52).

Z kolei procedury pozwolą na ujednoczenie praktyki personelu w rozmaitych obszarach, zwłaszcza w sytuacjach, gdy musi on działać w stresie i chwilach pobudzenia mieszkańca. Stwarza to ryzyko błędów i złego (w tym niezamierzonego) traktowania mieszkańców.

6.5. Mechanizmy skargowe

Wątpliwości budzi dostęp mieszkańców i ich rodzin do mechanizmów skargowych. Na terenie placówki nie ma bowiem żadnych informacji o możliwościach złożenia skargi. Nie ma prowadzonego rejestru skarg. Z relacji dyrektora Domu Opieki wynika, że rodziny mieszkańców placówki mają możliwość złożenia skargi, czy też wyrażenia swojego niezadowolenia w formie elektronicznej np. poprzez zamieszczenie na stronie internetowej Domu Opieki negatywnej opinii o placówce.

Krajowy Mechanizm zaleca założenie zeszytu skarg i wniosków oraz odnotowywanie w nim wszelkich składanych skarg w tym w formie ustnej jak również sposobu rozstrzygnięcia sprawy. Dodatkowo KMPT rekomenduje poinformowanie

zarówno mieszkańców i ich opiekunów prawnych i faktycznych o utworzeniu zeszytu skarg i wniosków. Informacje o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru, powinny być przekazywane w sposób zrozumiały dla odbiorców, zarówno ustnie jak i pisemnie.

KMPT każdorazowo zachęca do tego, aby we wszystkich instytucjach opieki podjąć kroki w celu zapewnienia mieszkańcom informacji o przysługujących im prawach do składania formalnych skarg. Wskazaniem byłoby wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu adresów instytucji, do których mogłyby się zwrócić osoby zamieszkujące Dom lub ich rodziny w przypadku naruszenia praw pensjonariuszy (adresu oraz numeru telefonu Rzecznika Praw Obywatelskich - bezpłatna infolinia 0 800 676 676, Rzecznika Praw Pacjenta, sędziego rodzinnego, Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, wybranych organizacji pozarządowych np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka). Warto podkreślić, że realizacja powyższego zalecenia nie pociąga za sobą dużych nakładów finansowych, co w odniesieniu do jego znaczenia i skuteczności, przemawia za jego wprowadzeniem.

Wszyscy ludzie, niezależnie od miejsca pobytu, mają prawo i potrzebę otrzymania zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych dla nich kwestiach: przysługujących im prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg. Dostęp do takich informacji zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną rolę w zabezpieczaniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy.

W swoim sprawozdaniu z działalności w 2017 r. Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) podkreślił znaczenie dostępu do mechanizmu skargowego jako fundamentalnej gwarancji prewencji tortur we wszystkich miejscach, w których przebywają osoby wbrew własnej woli¹⁷.

CPT podkreśla, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności (w tym w domach opieki). Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między pensjonariuszami, a personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też mieszkańcy placówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi.

¹⁷ Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, § 68-91.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)¹⁸.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczącymi się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców¹⁹. Podkreśla również, że brak skarg nie koniecznie powinien być uznawany za pozytywne zjawisko. Przeciwnie, może on świadczyć o niebezpiecznej sytuacji w placówce lub braku zaufania do systemu skarg²⁰.

W ocenie CPT efektywne mechanizmy skargowe mogą nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Państwa europejskie powinny więc zapewnić bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi, który będzie dostępny we wszystkich miejscach zatrzymań.

6.6. Opieka medyczna

Opiekę medyczną nad mieszkańcami sprawuje współpracujący z placówką lekarz (I stopień specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych), który obecny jest na miejscu raz w tygodniu, lub częściej jeżeli zaistnieje taka potrzeba. W praktyce więc zdarza się, że lekarz bada mieszkańca tego samego dnia, albo w ciągu tygodnia od dnia przyjęcia, co oznacza, że nie wszyscy mieszkańcy są badani w dniu przyjęcia.

Wszyscy mieszkańcy są przy przyjęciu oglądani przez pielęgniarkę. Ewentualne obrażenia, odleżyny i zasinienia są odnotowywane w zeszycie zaleceń. Obrażenia nie są utrwalane za pomocą zdjęć. Do dokumentowania obrażeń nie jest jednak wykorzystywany formularz, zawierający rysunki anatomiczne ciała człowieka do oznaczenia umiejscowienia obrażeń. Mieszkańcy oglądani są przez pielęgniarkę także po powrocie z hospitalizacji.

¹⁸ Tamże, par. 79.

¹⁹ Tamże, par. 83.

²⁰ Tamże, par. 91.

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

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.

W dokumentowaniu obrażeń mieszkańców niezbędne jest stosowanie Protokołu stambulskiego²¹, tj. oficjalnego podręcznika ONZ dotyczącego diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania.

Z informacji przekazanych wizytującym wynika, iż personel zna treść Protokołu Stambulskiego, co należy ocenić pozytywnie. Jednakże uwagi wymaga to, że nie jest on stosowany w praktyce w trakcie pracy w placówce.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet ONZ Przeciwko Torturom (CAT)²², Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)²³, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur²⁴ i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)²⁵.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zaleca przeprowadzanie niezależnego, wstępnego badania lekarskiego przy przyjęciu każdego nowego pensjonariusza.

²¹ Protokół stambulski. Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania; Biuro Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka; Professional Training Series No. 8/Rev.1.; Nowy Jork i Genewa 2004.

²² Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

²³ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 55.

²⁴ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

²⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019)16, par. 80.

KMPT zaleca także w celu dokładnego rejestrowania obrażeń i urazów stosowanie specjalnego formularza, zawierającego rysunki anatomiczne ciała człowieka do oznaczenia umiejscowienia obrażeń. Powyższy formularz powinien być przechowywany w dokumentacji medycznej mieszkańca. W przypadku poważniejszych obrażeń zalecane jest robienie ich zdjęć i włączanie ich do dokumentacji medycznej²⁶.

KMPT zachęca też do dokumentowania w formie fotograficznej odleżyn i obrażeń, za zgodą pensjonariuszy lub ich opiekunów prawnych (w przypadku osób ubezwłasnowolnionych, nie będących w stanie samodzielnie wyrazić swoją wolę). Dokumentacja fotograficzna mogłaby być dołączana do akt medycznych pacjenta. Praktyka taka jest spotykana w placówkach wizytowanych przez Mechanizm (m.in. oddziałach psychiatrycznych, zakładach opiekuńczo-leczniczych) i jest ważnym zabezpieczeniem w prewencji tortur.

Umowa o świadczenie usług nie przewiduje stałego dostępu pensjonariuszy do specjalisty psychiatrii. Aktualnie mieszkańcy muszą zapewnić sobie takie konsultacje we własnym zakresie.

Obecna sytuacja życiowa mieszkańców, często niepełnosprawność, podeszły wiek oraz poczucie uzależnienia od drugiego człowieka może generować liczne problemy psychologiczne i psychiatryczne. Z tego też względu pensjonariusze powinni mieć zapewnione stałe wsparcie psychiatry i psychologa.

Zapewnienie regularnych konsultacji psychiatrycznych jest także istotne ze względu na fakt, iż niektórzy z mieszkańców zażywają leki z grupy psychotropów oraz środków silnie oddziałujących na ośrodkowy układ nerwowy. W opinii Krajowego Mechanizmu osoby takie powinny być regularnie konsultowane przez specjalistów w celu oceny efektywności zalecanej terapii oraz jeżeli zaistnieje taka potrzeba niezbędnej i niezwłocznej modyfikacji farmakoterapii. Jedynie lekarz specjalista, w tym wypadku psychiatra jest w stanie obiektywnie ocenić stan osoby chorej jak również postępy lub ich brak w podjętym leczeniu. Brak regularnych konsultacji psychiatrycznych niesie ze sobą ryzyko zarówno braku odpowiedniej reakcji w odpowiednim czasie w celu modyfikacji leczenia, ale także pogorszenia stanu zdrowia osoby chorej.

Przedstawicielki KMPT zwróciły także uwagę na fakt, iż niektórzy z pensjonariuszy przyjmują leki w postaci rozkruszonej. Z wyjaśnień udzielonych przez dyrektora wynika, iż

²⁶ Zob. Protokół stambulski, Aneks III pt. Rysunki anatomiczne do dokumentacji tortur i okrutnego traktowania. Zob. również standardy CPT przedstawione w Dwudziestym Trzecim Raporcie Generalnym, CPT/Inf (2013) 29, par. 74 oraz Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 27, 80.

leki są rozkruszone w sytuacjach, w których pensjonariusze nie są w stanie samodzielnie połączyć medykamentów. Wizytujące ustaliły, iż rozkruszanie leków następuje bez wiedzy i zgody lekarza. W dokumentacji medycznej brakuje bowiem adnotacji o tym fakcie.

W opinii KMPT o fakcie problemów z połykaniem medykamentów i potrzebie ich kruszenia każdorazowo musi zostać poinformowany lekarz. Takie zalecenie lekarskie powinno także znaleźć się w dokumentacji medycznej mieszkanki.

KMPT pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego²⁷, rozkruszanie leków nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować.

Mając powyższe na uwadze KMPT zaleca bieżące uzupełnianie dokumentacji pacjentów o zalecenia lekarzy dotyczące podawania konkretnych leków w formie rozkruszonej.

6.7. Opieka psychologiczna

Mieszkańcy wizytowanej placówki nie mają zagwarantowanej opieki psychologicznej.

Podkreślenia wymaga fakt, że sam pobyt w placówce całodobowej opieki, zmiana otoczenia, długotrwałe rozstanie z bliskimi jak również brak akceptacji dla zmian psychicznych oraz fizycznych, które towarzyszą procesowi starzenia się, mogą wywoływać negatywne skutki dla zdrowia psychicznego mieszkańców. Osoby starsze dość często borykają się z depresją, a jedynie wykwalifikowany psycholog potrafi rozpoznać i zbadać pierwsze jej symptomy jak również oszacować ryzyko rozwoju choroby oraz przewidzieć zachowanie mieszkańca. Psycholog może także stanowić wsparcie dla pracowników oraz rodzin pensjonariuszy.

²⁷ Zob. Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji,
<https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Prawa%20mieszka%C5%84c%C3%B3w%20dom%C3%B3w%20pomocy%20spo%C5%82ecznej%20%202016.pdf>, s. 109-111.

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 psychicznego podczas badań lekarskich po umieszczeniu w miejscu zatrzymania (rozumianym także jako dom opieki)²⁸.

Krajowy Mechanizm zaleca nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki.

6.8. Rehabilitacja i terapia zajęciowa

Mieszkańcy mają zagwarantowaną rehabilitację trzy razy w tygodniu po trzy godziny prowadzoną przez rehabilitantkę, która jest także fizjoterapeutą.

W placówce nie ma sali przeznaczonej do rehabilitacji. KMPT zachęca kierownictwo placówki do wzięcia pod uwagę utworzenia takiego pomieszczenia, w przypadku rozbudowy placówki lub jej remontu. Z pewnością odrębne pomieszczenie do ćwiczeń zwiększy komfort codziennego życia mieszkańców.

6.9. Warunki bytowe

Delegacja KMPT oceniła warunki bytowe jako dobre. Pokoje, łazienki oraz części wspólne były czyste, jednak niektóre pomieszczenia wymagałyby prac remontowych (zacieki na suficie, odpryski w farbie na ścianach). Pokoje urządzone są surowo. Posiadają podstawowe wyposażenie (łóżka, stoliki nocne, stolik, krzesła, szafa, fotele, telewizor). W pokojach brak jest zasłon lub firanek. W części pomieszczeń okna były odsłonięte, tylko w niektórych pokojach zainstalowano rolety. Stwarza to ryzyko naruszenia intymności mieszkańca, jak również dyskomfortu w przypadku słonecznych dni i wysokich temperatur.

Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom Rady Europy (CPT) podkreśla, że stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje zapewnienie pacjentom właściwej przestrzeni życiowej, odpowiedniego oświetlenia, ogrzewania, wentylacji,

²⁸ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, par. 30 i 32.

utrzymywania ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych. W ocenie CPT należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądane jest wyposażenie pomieszczeń w stoliki i szafki stojące obok łóżek; ponadto pacjentom powinno się pozwolić na przechowywanie określonych rzeczy osobistych (fotografie, książki, itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia pacjentom określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii²⁹.

KMPT zachęca kierownictwo placówki do wyposażenia pokoi w sprzęt, nadający im bardziej domowy wygląd (rolety, firanki, itp.).

Niepokój wizytujących wzbudziła metalowa bramka zamknięta na zasuwkę, która stanowiła zabezpieczenie schodów pomiędzy pierwszym piętrem, a parterem.

Bez wątpienia taki sposób zabezpieczenia klatki schodowej może stanowić zagrożenie w sytuacji nadzwyczajnej, np. pożaru, a w szczególności utrudniać ewakuację. Krajowy Mechanizm, zaleca zmianę stosowanej praktyki zabezpieczenia schodów, która może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia mieszkańców w sytuacjach nadzwyczajnych.

Pomimo zapewnień ze strony dyrektora placówki o funkcjonowaniu w domu instalacji alarmowo-przywozowej ustalono, że pokoje mieszkalne oraz łazienki nie zostały wyposażone w taką instalację. Z rozmów z mieszkańcami wynika, że nie posiadają oni wiedzy na temat udostępnionych mieszkańcom urządzeń pozwalających na wezwanie pomocy. Na zakończenie wizytacji dyrektor placówki pokazała przedstawicielkom KMPT przenośne urządzenia przywoławcze, które znajdowały się w szafie w pokoju dziennym. Zgodnie z udzielonymi wyjaśnieniami urządzenia te mieszkańcy gubią oraz niszczą więc są wydawane sporadycznie.

KMPT wielokrotnie zwracał na ten problem uwagę w swoich raportach z wizytacji miejsc, w których przebywają osoby w podeszłym wieku, przewlekle chore oraz z niepełnosprawnościami, zalecając montaż i weryfikowanie sprawności urządzeń służących do wezwania pomocy.

W ocenie delegacji KMPT, ze względu na różny stan zdrowia przyjmowanych pensjonariuszy oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, przyciski alarmowo-przyzywowe, które umożliwiają szybką reakcję personelu, powinny być dostępne we

²⁹ Zob. Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (98) 12, § 34.

wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pensjonariuszy (pokoje sypialne, łazienki). Jest to również ważne z perspektywy komfortu psychicznego mieszkańców oraz ich poczucia bezpieczeństwa.

Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami. Zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r. (Dz.U. z 2012 r., poz. 1169), osoby takie powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność infrastrukturalną umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

6.10. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Wizytowana placówka wyposażona została w windę, nakładki na schody, które umożliwiają przemieszczenie się osobom poruszającym się przy pomocy wózków inwalidzkich oraz poręcze i uchwyty w łazienkach. Pomimo wyposażenia domu opieki we wskazane udogodnienia, w ocenie delegacji placówka nie jest w pełni przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Na szczególną uwagę delegacji zwróciły wysokie brodziki, lustra zawieszane na nieodpowiedniej wysokości oraz włączniki światła usytuowane w sposób uniemożliwiający korzystanie z nich przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich.

W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto pamiętać o następujących zasadach, poprawiających jakość dostosowania:

- > łóżka kupowane przez Ośrodek mieszkańcom nie powinny być niższe niż 4555 cm (licząc od powierzchni materaca do podłogi);
- > progi i brodziki prysznicowe nie przekraczające 2 cm;
- > klamki (w tym klamki okienne), wieszaki, półki, przyciski instalacji przyzywowej, włączniki światła, kontakty etc. zamontowane nie wyżej niż na poziomie 90-120 cm od podłoża;
- > tablice informacyjne zawieszane na poziomie umożliwiającym przeczytanie ich treści również przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;
- > przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm powinna zostać zachowana we

wszystkich łazienkach i pokojach użytkowanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;

> w łazienkach wykorzystywanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich warto pamiętać o:

> wskazanej wyżej przestrzeni manewrowej i wysokości brodzika prysznicowego,

> odpowiednio nisko zawieszonych lustrach (najlepiej zaczynających się od poziomu umywalki),

> włącznikach światła, kontaktach, klamkach, dozownikach mydła, wieszakach na papier na wysokości: 90-120 cm,

> wysokości muszli ustępowej: 45-50 cm,

> poręczy w odległości 40 cm od osi muszli, umieszczonej na wysokości: 70-85 cm,

> zastosowaniu w miejsce kurków, baterii umywalkowych, dostępnych dla osób ze słabszymi rękami (dłuższych).

Wymienione zasady ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier, zgodnie ze standardami planowania dostępności i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT. Stanowią one o odpowiednich warunkach dla pensjonariuszy z niepełnosprawnością fizyczną, które zapewnią im swobodne poruszanie się po terenie Domu oraz samodzielne korzystanie z sanitariatów.

6.11. Pracownicy

Czynności opiekuńcze w placówce na rzecz mieszkańców świadczą na podstawie umów zleceń oraz umów o pracę: 4 pielęgniarki, 8 opiekunek medycznych, 1 asystentka pielęgniarstwa oraz ratownik medyczny. Ww. pracujący w 12-godzinnym lub 24-godzinnym systemie zmianowym. Zgodnie z informacjami udzielonymi przez personel na każdej zmianie obecnych jest dwóch pracowników albo dwie opiekunki albo opiekunka i pielęgniarka.

Z udostępnionych KMPT informacji wynika, że personel posiada odpowiednie do wykonywanych zadań kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.

Z uwagi na specyfikę pracy w domu opieki oraz występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami jak te opisane powyżej oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca, by stworzyć katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów między innymi dotyczących: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

KMPT rekomenduje również zorganizowanie personelowi superwizji, która pozwoli na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu. Superwizja powinna być prowadzona przez zewnętrznego eksperta.

CPT podkreśla, że z uwagi na trudny charakter pracy, personel oddziałowy w domu opieki (pielęgniarka, salowa) powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki³⁰.

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy³¹.

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przedstawicielki Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają:

Senior Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie, prowadzącej Dom Opieki „Senior” w Krakowie:

1. uzupełnienie dokumentacji o zezwolenia sądu opiekuńczego na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w placówce całodobowej opieki, jak również

³⁰ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zobacz również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

³¹ Zob. art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych CM/Rec (2014) 2, przyjętych przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 19 lutego 2014 r.

- sprawdzanie podczas przyjmowania nowych mieszkańców ubezwłasnowolnionych, czy udzielone jest stosowne zezwolenie;
2. przeprowadzanie niezależnego, wstępnego badania lekarskiego przy przyjęciu każdego nowego pensjonariusza;
 3. założenie zeszytu skarg i wniosków oraz odnotowywanie w nim wszelkich składanych skarg w tym w formie ustnej jak również sposobu rozstrzygnięcia sprawy;
 4. wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające (np. tablice informacyjne na korytarzach, przy wejściu do placówki) danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka np. z numerem bezpłatnej infolinii do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich 800 676 676, czy Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie;
 5. dokumentowanie ewentualnych obrażeń mieszkańców zgodnie z Protokołem Stambulskim za pomocą tzw. „map ciała”, które powinny być dołączane do dokumentacji medycznej mieszkańca;
 6. dokumentowania w formie fotograficznej odleżyn i obrażeń, za zgodą pensjonariuszy lub ich opiekunów prawnych (w przypadku osób ubezwłasnowolnionych, nie będących w stanie samodzielnie wyrazić swoją wolę);
 7. nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki;
 8. utworzenie stosownych rejestrów wskazanych w niniejszym raporcie, ze szczególnym uwzględnieniem rejestru stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz zdarzeń nadzwyczajnych jak również opracowanie jasnych procedur postępowania personelu w sytuacjach nadzwyczajnych;
 9. systematyczne wspieranie rozwoju zawodowego personelu poprzez oferowanie specjalistycznych szkoleń;
 10. zorganizowanie personelowi regularnych superwizji;
 11. zmianę stosowanej praktyki zabezpieczenia schodów, która może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia mieszkańców w sytuacjach nadzwyczajnych;
 12. pełne dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami przy planowanych pracach modernizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem łazienek w pokojach mieszkańców;
 13. wyposażenie wszystkich pomieszczeń użytkowanych przez pensjonariuszy w system przywoławczy, w szczególności pokoi sypialnych oraz sanitariatów;
 14. stosowanie parawanów podczas wykonywania przyłóżkowych czynności

- higienicznych;
15. montaż rolet lub zasłon w celu zagwarantowania mieszkańcom prawa do intymności w szczególności podczas wykonywania czynności higienicznych i innych;
 16. wyposażenie pokoi w sprzęt, nadający im bardziej domowy wygląd (rolety, firanki, itp.);
 17. utworzenia sali do rehabilitacji, w przypadku rozbudowy placówki lub jej remontu.

Ponadto Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, zwraca się z prośbą o przekazanie następujących informacji:

- czy uzupełnione zostały teczki osobowe mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki o zaświadczenia lekarskie wskazane w art. 68 ust. 2a-2h ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U.2021.2268 t.j.) oraz wskazanie czy ograniczanie tego typu wyjść następuje jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego oraz poinformowanie o przekazaniu stosownych informacji do sądu opiekuńczego, w tym przedmiocie;

- czy uzupełniona została dokumentacji medyczna pensjonariuszy o zalecenia lekarskie dotyczące podawania medykamentów w postaci rozkruszonej oraz czy każdorazowo konsultowana jest taka potrzeba z lekarzem.

Opracowała: Anna Wojtalik

Z poważaniem,

Anna Wojtalik

Zastępca Pełnomocnika Terenowego

Rzecznika Praw Obywatelskich w Katowicach

/-podpisano elektronicznie/