



Warszawa, 27-01-2023 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.573.26.2022.JZ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji placówki
całodobowej opieki – Radosny Dom Seniora w Łodzi**

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 – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)².

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa – strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia

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

² Zob. Art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2020 r., poz. 627, ze zm.).

organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej⁴”.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty 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 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, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów 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.

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 and Geneva 2018, s. 4-6.

⁹ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu 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 już zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkańcy, personel, osoby odwiedzające) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie od tego, 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 jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób”.

3. Uwagi wstępne na temat wizytacji

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 12-13 grudnia 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację placówki całodobowej opieki pod nazwą Radosny Dom Seniora przy ul. Lublinek 32 w Łodzi (dalej: PCO, placówka, Dom). W skład zespołu wizytującego wchodziły: Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz Justyna Zarecka (politolożka, specjalistka 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, nieludzkim 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, nieludzkemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, w zgodzie z odpowiednimi standardami organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu placówki, udzielonych przez właścicielkę Domu Monikę Wlachos;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym m.in. pokoi, sanitariatów, pokoju dziennego i ich wyposażenia;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z mieszkańcami i personelem placówki;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: legalność pobytu mieszkańców w PCO, traktowanie pensjonariuszy przez personel placówki, kwalifikacje zawodowe personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, terapia i usługi opiekuńcze oraz dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Podczas podsumowania wizytacji przedstawicielki KMPT wskazały możliwe obszary ryzyka i omówiły zalecane przez KMPT zmiany dotyczące m.in. uzupełnienia niektórych procedur lub dokumentacji. Wysłuchały też uwag i wyjaśnień właścicielki. Po zakończeniu wizytacji, wraz z dokumentacją uzupełniającą, przeznaczoną do analizy w Biurze RPO, przedstawiciel Domu opisał, które zalecenia omówione na podsumowaniu zostały już zrealizowane (m.in. założenie rejestru środków przymusu bezpośredniego¹⁰; opracowanie przez lekarza informacji nt. ewentualnego

¹⁰ Obowiązek wynikający z art. 68a ust. 1 lit. d ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r., poz. 2268).

rozkruszania leków¹¹; opracowanie dokumentacji medycznej uwzględniającej standardy zawarte w Protokole stambulskim¹²).

W związku z powyższym, w niniejszym raporcie uwzględniono pozostałe obszary, które w ocenie KMPT wymagają wzmocnienia z punktu widzenia zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Scharakteryzowane zostały również problemy systemowe wymagające zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania. Opisano również mocne strony i dobre praktyki, które wykraczają ponad standard spotykany w tego typu placówkach.

4. Ogólna charakterystyka placówki

Radosny Dom Seniora przy ul. Lublinek 32 w Łodzi działa od 2014 r. W placówce świadczona jest całodobowa opieka wobec osób z niepełnosprawnościami, przewlekle chorych lub w podeszłym wieku. PCO funkcjonuje na podstawie zezwolenia wydanego przez Wojewodę Łódzkiego decyzją z dnia 7 lutego 2014 r., sygn. PS-III.9423.2.2014 na czas nieokreślony.

Zgodnie z wpisem w rejestrze wojewody placówka posiada 11 miejsc. W trakcie wizytacji był komplet mieszkańców – 7 kobiet i 4 mężczyzn. Jak wynikało z informacji przekazanych przez właścicielkę, w stosunku do jednego z mieszkańców toczyło się postępowanie w sprawie ubezwłasnowolnienia.

Placówka mieści się w parterowym budynku otoczonym ogrodem. Przedstawicielki KMPT oceniły warunki bytowe w placówce jako bardzo dobre. Zarówno w sypialniach mieszkańców, jak i w częściach wspólnych było bardzo czysto. Budynek był w pełni dostosowany do potrzeb osób z ograniczoną mobilnością.

¹¹ Zdaniem ekspertów współpracujących z KMPT, podanie leku w formie rozkruszonej powinno być traktowane jako ostateczność i decyzję w tym zakresie powinien podejmować lekarz ordynujący lek. Por. „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji” [w:] <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/raport-kmpt-prawa-mieszkancow-domow-pomocy-spoolecznej>, s. 109-111.

¹² To stworzony przez ekspertów ONZ „Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania”. Zawiera praktyczne informacje adresowane m.in. do personelu medycznego i psychologów, w zakresie metod tortur i złego traktowania, ich objawów, sposobów identyfikacji, realizacji badania medycznego i dokumentowania śladów przemocy. Dzięki wykorzystaniu dostępnych w nim narzędzi w łatwy sposób można też oznaczyć np. odleżyny czy ślady mogące świadczyć o stosowaniu przemocy.

W Radosnym Domu Seniora dużą uwagę poświęcono aktywizacji pensjonariuszy. Opiekunowie codziennie prowadzili terapię zajęciową. W trakcie wizytacji mieszkańcy tworzyli m.in. ozdoby świąteczne, okolicznościowe kartki pocztowe dla bliskich, jak i dla osób w kryzysie bezdomności; mieszkańcy rozwiązywali także ćwiczenia usprawniające pamięć i inne funkcje poznawcze. Dwa razy w tygodniu w placówce dostępny był rehabilitant w ramach świadczeń NFZ, a dodatkowo każdego dnia opiekunowie organizowali grupowe ćwiczenia dla pensjonariuszy, usprawniające ich motorykę.

W ramach integracji międzypokoleniowej, Dom odwiedzały dzieci i młodzież z okolicznych szkół podstawowych i ponadpodstawowych. Mieszkańcy uczestniczyli także w pokazach artystów z Zespołu Tańca Ludowego Harnam w Łodzi, prowadzona była również muzykoterapia. Pensjonariusze brali udział w konkursach muzycznych i recytatorskich organizowanych poza placówką, na których zdobywali nagrody. Uczestniczyli m.in. w Festiwalu Domów Pomocy Społecznej i Domów Dziennego Pobytu.

5. Mocne strony i dobre praktyki

5.1. Opieka psychiatryczno-psychologiczna

Przepisy prawa nie nakładają na właścicieli placówek całodobowej opieki obowiązku zapewnienia mieszkańcom wsparcia psychologicznego. Tymczasem z obserwacji KMPT wynika, że sam pobyt w tego typu ośrodku, 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.

Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) wskazuje na potrzebę 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)¹³.

¹³ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, par. 30 i 32.

W Radosnym Domu Seniora w Łodzi standard ten jest zapewniony. W placówce raz w tygodniu jest lekarz POZ, który ocenia stan nowo przyjętego mieszkańca. Właścicielka tak stara się ustalić termin przyjęcia, aby pacjent jak najszybciej miał zapewniony kontakt z lekarzem. W ramach wizyty lekarskiej wystawiane jest skierowanie do lekarza psychiatry, który następnie ocenia stan psychiczny mieszkańca i zleca ewentualną terapię lekową. W placówce dostępne są także testy psychologiczne, które mogą pomóc psychiatrze w ocenie stanu mieszkańców.

Mieszkańcy mogą też korzystać z opieki psychologicznej. W przeszłości takiego wsparcia udzielał psycholog, jednak jak wskazywała właścicielka, jego oferta nie była dostosowana do potrzeb mieszkańców i nie przynosiła oczekiwanych rezultatów. Obecnie placówka współpracuje z terapeutką środowiskową działającą w ramach zespołu leczenia środowiskowego¹⁴. Dla każdego mieszkańca rodzaj wsparcia jest dostosowywany indywidualnie. Realizowany jest m.in. w następujących obszarach: stwarzanie poczucia bezpieczeństwa; budowanie i utrzymywanie relacji terapeutycznej z osobą chorą; rozpoznawanie zaburzeń w zakresie procesów poznawczych, emocjonalnych i osobowościowych; określenie hierarchii potrzeb pacjenta i jego najbliższego otoczenia; określenie zasobów i możliwości pacjenta; motywowanie pacjenta do podejmowania aktywności, integracji z otoczeniem; rozwiązywanie sytuacji konfliktowych; współpraca z osobami świadczącymi usługi opiekuńcze; pomoc w przystosowaniu się pacjenta do życia w nowym środowisku; prowadzenie ćwiczeń i zadań bazujących na poprawie funkcji poznawczych, a w szczególności skupiających się na funkcjach językowych, uwagi i koncentracji, funkcji wzrokowo-przestrzennej, myślenia abstrakcyjnego.

W ocenie KMPT jest to bardzo dobra praktyka. Mieszkańcy bardzo pozytywnie oceniali tę formę wsparcia.

¹⁴ To forma terapii dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Zespół leczenia środowiskowego jest najczęściej jednostką organizacyjną szpitala psychiatrycznego, poradni zdrowia psychicznego lub zakładu opieki zdrowotnej. Podstawową formą kontaktu są wizyty domowe. W zespole zatrudnione są osoby o różnych specjalnościach zawodowych: psychiatry, psycholodzy, psychoterapeuci, pielęgniarki, pracownicy socjalni, pedagodzy, terapeuci zajęciowi.

6. Problemy systemowe

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

Podstawą świadczenia usług w PCO była umowa zawierana pomiędzy placówką reprezentowaną przez właściciela a „opiekunem” mieszkańca. W umowach było miejsce jedynie na podpis opiekuna. Do umowy dołączany był także Regulamin placówki. W analizowanych przypadkach to jedynie opiekunowie podpisywali oświadczenie, że zostali z tym dokumentem zapoznani i przekazali jego treść mieszkańcowi.

W trakcie wizytacji przedstawicielki KMPT zwróciły uwagę, że w przypadku mieszkańców, których stan zdrowia pozwala na wyrażenie świadomej zgody na pobyt w placówce, osoby te powinny być także stroną umowy¹⁵. W przypadku osób, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem, należy umożliwić im złożenie tuszowego odcisku palca¹⁶. W informacjach przesłanych do Biura RPO już po zakończeniu wizytacji, przedstawiciel placówki wskazał, że „do umowy o świadczenie usług opiekuńczych włączony został podpis mieszkańca”. Również w przesłanym do Biura RPO wzorze Regulaminu placówki wprowadzone zostało miejsce na podpis mieszkańca poświadczający, że został on zapoznany z Regulaminem Domu.

Należy jednak wskazać, że w czasie wizytacji KMPT w placówce przebywało kilka osób, które nie były ubezwłasnowolnione, jednak ich stan zdrowia i poziom świadomości nie pozwalał na ważne zawarcie umowy czy złożenie skutecznego oświadczenia woli. W ocenie KMPT powyższy problem ma charakter systemowy, wymagający stworzenia odpowiednich przepisów prawnych, które zapewnią ochronę

¹⁵ W wielu wizytowanych przez KMPT placówkach całodobowej opieki zawierane są trójstronne umowy – pomiędzy mieszkańcem, jego opiekunem (faktycznym/prawnym)/przedstawicielem /płatnikiem a osobą reprezentującą PCO. W ocenie KMPT jest to optymalne rozwiązanie.

¹⁶ Zgodnie z art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2022 r., poz. 1360): „Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać”.

praw osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji.

KMPT podkreśla, że osoby działające w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są w żaden sposób legitymowane 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). To zaś prowadzi do braku podstawy do umieszczenia mieszkańca w domu opieki.

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.

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 dentystry¹⁷ czy zgody na umieszczenie

¹⁷ Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2022 r., poz. 1731, ze zm.).

w szpitalu psychiatrycznym¹⁸. Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony osób przyjmowanych do takich placówek, które to osoby obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

Rzecznik Praw Obywatelskich na początku 2022 roku wystosował w powyższej kwestii wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹⁹. Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy MRiPS oraz Ministerstwem Sprawiedliwości²⁰. 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 (dalej: CPT) zwrócił uwagę na tę kwestię w swoim raporcie z wizyty w Polsce w 2009 r. Jak zauważył 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 sądu²¹.

6.2. Stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń

Dwie mieszkanki posiadały przy wózkach pasy zabezpieczające, które miały zapobiegać ich osunięciu się. Były to odpowiednio dostosowane pasy, zakupione w sklepie ze sprzętem rehabilitacyjnym. Jak ustalono w trakcie wizytacji, pasy te były używane sporadycznie, gdy mieszkanki przebywały w salonie, a nie było możliwości innego zabezpieczenia ich przed ewentualnym upadkiem (np. mieszkanki nie siedziały przy stole). Zdarzały się również przypadki, gdy niektórzy mieszkańcy na czas snu byli ubierani w jednoczęściowe kombinezony utrudniające lub uniemożliwiające rozebranie się z nich. W dokumentacji mieszkańców nie było zaleceń lekarskich na stosowanie tego typu produktów.

Powyższa sytuacja obrazuje istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem

¹⁸ Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2022 r., poz. 2123).

¹⁹ Zob. Wystąpienie Generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022.KK.

²⁰ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25 lutego 2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP.

²¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 166.

bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki. Na stosowanie tego typu zabezpieczeń zwracał uwagę CPT²².

W procesie opiekuńczym istnieją sytuacje, gdzie stosowanie środków zabezpieczających jest niezbędne dla ochrony zdrowia mieszkańca. W związku z tym ich stosowaniu musi towarzyszyć szereg gwarancji o charakterze proceduralnym i materialnym. Z punktu widzenia art. 31 ust. 3 Konstytucji RP gwarancje te powinny być określone w ustawie. Doprecyzowanie w ustawie takich sytuacji pozwoli również na ujednoczenie praktyki w placówkach opiekuńczych i ewentualnych rozbieżności interpretacyjnych dotyczących stosowania prawa, w szczególności oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni, czy też nie.

Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.²³, w którym Rzecznik zwrócił się z prośbą o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym. W odpowiedzi skierowanej do RPO wskazano, iż problem ten będzie przedmiotem konsultacji międzyresortowych w celu ustalenia, czy postulowane rozwiązania są możliwe do wdrożenia²⁴. 30 listopada 2022 r. RPO ponownie zwrócił się w tej sprawie do Ministra Zdrowia²⁵, prosząc o przedstawienie stanowiska w sprawie kształtu nowych rozwiązań prawnych oraz ich umiejscowienia w systemie prawnym.

Na potrzebę uregulowania w ustawie stosowanych przez personel opiekuńczy środków zabezpieczenia wskazała również grupa robocza Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, opiniująca wprowadzoną przez jeden

²² Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 174; Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80-82; Raport CPT z wizyty w Mołdawii, CPT/Inf (2020) 27, § 137; Raport CPT z wizyty na Cyprze, CPT/Inf (2018) 16, § 126; Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

²³ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w DPS, sygn. KMP.573.9.2022.

²⁴ Zob. Pismo z dnia 13 lipca 2022 r., DSZ.054.79.2022.JP.

²⁵ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 30 listopada 2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w DPS, sygn. KMP.573.9.2022.

z zakładów opiekuńczo-leczniczych procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki²⁶.

W opinii KMPT zastosowanie wobec mieszkańca specjalnych zabezpieczeń może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno jemu samemu, jak i osobom trzecim. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko związane z taką formą opieki, KMPT rekomenduje:

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia. W procedurze takiej należałoby uwzględnić szeroki katalog okoliczności indywidualnych, które uzasadniałyby nietypowy sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi takiego wsparcia, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, tj. lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańców oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujednoczyć praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie warto też przypomnieć, że wszelkie zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z poszanowaniem godności człowieka i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.

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

3. Wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami w podeszłym wieku i z niepełnosprawnościami.

²⁶ Opinia Zespołu Ekspertów przy Krajowym Mechanizmie Prewencji Tortur z dnia 29 sierpnia 2019 r. Zob. również raport KMPT z wizytacji Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Warszawie, ul. Mehoffera 72/74, przeprowadzonej w dniach 28-29 marca 2018 r., KMP.573.5.2018.RK, pkt 4.1 pt. Traktowanie pacjentów.

Problem wykorzystywania niestandardowych form zabezpieczeń w placówkach opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych nadal pozostaje w zainteresowaniu RPO i KMPT.

6.3. Monitoring wizyjny

Na terenie placówki zainstalowano monitoring wizyjny. Kamery znajdowały się w częściach wspólnych, a dostęp do podglądu z monitoringu mieli jedynie właściciele placówki i miał on przede wszystkim służyć kontroli pracy personelu. W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że kwestia stosowania monitoringu w placówkach całodobowej opieki od kilku lat jest przedmiotem analizy KMPT.

Z jednej strony rozwiązanie to służy niewątpliwie poprawie bezpieczeństwa w placówce i samych pensjonariuszy. Warto jednak podkreślić, że monitorowanie tego typu placówek może stanowić formę ingerencji w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku. Dla legalności tego rodzaju kontroli istotne jest, żeby ograniczenie to spełniało przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. Obecnie bowiem żadne przepisy regulujące funkcjonowanie placówek całodobowej opieki nie określają tej kwestii.

O powyższym problemie systemowym Rzecznik Praw Obywatelskich informował już odpowiednie władze. W 2016 r. RPO wystosował wystąpienie generalne do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w którym wskazywał, że ustawodawca nie zawarł w ustawie o pomocy społecznej przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań²⁷. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.²⁸ Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

7. Obszary wymagające poprawy

7.1. Kontakt ze światem zewnętrznym

W czasie wizytacji, ze względu na swój stan zdrowia, żaden z mieszkańców nie miał możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki, pensjonariusze korzystali z terenu ogrodu. Mieszkańcy mogli opuszczać Dom w asyście członków rodziny lub w ramach wspólnych wyjazdów pod opieką pracowników.

²⁷ Zob. Wystąpienie RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

²⁸ Zob. Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

Już w trakcie podsumowania przedstawicielki KMPT przypomniały właścicielce placówki, że wszelkie ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez pensjonariuszy powinny być wprowadzane jedynie na podstawie i w granicach obowiązującego prawa. Kwestie te szczegółowo reguluje art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej²⁹. W przepisach tych określono zasady ewentualnego ograniczania samodzielnego wyjść przez mieszkańców PCO. Wynika z nich m.in., że gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu osoby przebywającej w placówce, będącej osobą z zaburzeniami psychicznymi, osoba kierująca PCO może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez mieszkańca terenu placówki na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia.

W przepisach wskazano również, że tego rodzaju ograniczenie powinno zostać sporządzone w formie pisemnej i powinno zawierać:

- wskazanie osoby, której to ograniczenie dotyczy;
- okresu, na jaki jest wydane;
- uzasadnienie ograniczenia;
- pouczenie o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia do sądu opiekuńczego.

Ponadto ograniczenie doręcza się mieszkańcowi, a gdy jest on osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie, również jego przedstawicielowi ustawowemu. Doręczając ograniczenie, osoba kierująca PCO poucza mieszkańca o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia. Dodatkowo informację o ograniczeniu osoba kierująca placówką przesyła do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka, w terminie 3 dni od dnia doręczenia ograniczenia mieszkańcowi.

W trakcie wizytacji w dokumentacji pensjonariuszy nie było wspomnianych zaświadczeń lekarskich ani decyzji wydanych w tym zakresie przez osobę kierującą placówką. Po zakończeniu wizytacji, wraz z uzupełniającą dokumentacją przesłaną do analizy w Biurze RPO, przedstawiciel placówki wskazał, że „lekarz internista dla każdego mieszkańca przygotował zaświadczenia, dotyczące możliwości samodzielnego opuszczania domu opieki, w przypadku osób nieubezwłasnowolnionych”. W załączeniu przesłano także przykładowe zaświadczenie wydane przez lekarza dla jednej z mieszkank.

²⁹ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r., poz. 2268, ze zm.).

Choć w chwili wizytacji nie było osób ubezwłasnowolnionych, to w świetle przywołanych przepisów, KMPT przypomina, że procedura ograniczenia możliwości samodzielnych wyjść – o ile zachodzą określone w ustawie przesłanki – dotyczy zarówno osób nieubezwłasnowolnionych, jak i ubezwłasnowolnionych i w tym drugim przypadku wiąże się to z koniecznością poinformowania o tym fakcie opiekuna prawnego.

Jednocześnie KMPT zwraca się o przesłanie decyzji dotyczących ograniczenia samodzielnych wyjść, które zostały wydane przez właścicielkę placówki na podstawie wskazanych zaświadczeń lekarskich, oraz poinformowanie, kiedy zostały one przesłane do właściwego sądu opiekuńczego.

7.2. Regulamin placówki

Wątpliwości wizytujących wzbudziło kilka kwestii wskazanych w Regulaminie placówki, który jest załącznikiem do umowy o świadczenie usług. W § 6 ust. 1 pkt a i h Regulaminu wskazano: „W uzasadnionych przypadkach, pracownicy Radosnego Domu Seniora mają prawo do: dokonywania kontroli mieszkańca, w przypadku stwierdzenia wnoszenia na teren Radosnego Domu Seniora alkoholu lub wynoszenia na zewnątrz przedmiotów stanowiących własność Domu bądź współmieszkańców; (...) sprawdzenia rzeczy osobistych i wyposażenia pokoju mieszkalnego w przypadku podejrzenia mieszkańca o przechowywanie zepsutych lub przeterminowanych artykułów spożywczych i odebrania niezdatnych do spożycia”. W dalszej części dokumentu nie wskazano, w jaki sposób tego typu kontrola czy sprawdzenie miałyby być przeprowadzone.

KMPT nie ma wątpliwości, że intencją wskazanych przepisów Regulaminu jest zapewnienie mieszkańcom bezpieczeństwa i odpowiedniej higieny, jednak należy pamiętać, że czynności podjęte do osiągnięcia tego celu nie mogą odbywać się bez właściwej podstawy prawnej.

Zarówno kontrola mieszkańca, jak i sprawdzenie jego rzeczy, to działania ingerujące bezpośrednio w konstytucyjne prawa jednostki. Należy bowiem zauważyć, że zgodnie z art. 41 ust. 1 Konstytucji RP, każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Natomiast w art. 31 ust. 3 Konstytucji wskazano, że ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą

naruszać istoty wolności i praw. Tymczasem w ustawie o pomocy społecznej ani pracownikom domów pomocy społecznej, ani pracownikom placówek całodobowej opieki nie przyznano uprawnień do przeprowadzania kontroli mieszkańców czy sprawdzania/przeszukiwania ich rzeczy osobistych. Wprowadzanie w regulaminie wewnętrznym tak daleko idących restrykcji wobec mieszkańców prowadzi do bezpodstawnego ograniczania ich praw i wolności.

W tym kontekście warto jednak wskazać, że ustawodawca przyznał kompetencję dokonywania kontroli osób i rzeczy niektórym instytucjom (np. Policji i innym służbom), a uprawnienia te zawsze wynikają z przepisów ustawowych. Co więcej, regulacja ustawowa w tym zakresie musi być niezwykle precyzyjna, co pokazał wyrok Trybunału Konstytucyjnego³⁰ wydany z wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich. TK stwierdził, że brak w ustawach (m.in. ustawie o Policji) pojęć „przeszukanie osoby” i „kontrola osobista” narusza konstytucyjne prawa i wolności człowieka; przepisy uznano za niekonstytucyjne w zakresie, w jakim nie precyzowały granic i pojęcia kontroli osobistej. W grudniu 2018 r. ustawa o Policji została w tym zakresie znowelizowana³¹.

Wobec braku ustawowych uregulowań dających pracownikom prawo do przeprowadzania kontroli mieszkańców, jedynym uprawnieniem personelu tych placówek jest prośba o dobrowolne wydanie rzeczy, a w sytuacjach podejrzenia popełnienia przestępstwa – także wezwanie funkcjonariuszy Policji, którzy zgodnie z prawem mogliby przeprowadzić kontrolę osobistą czy przeszukanie.

Ponadto w § 5 Regulaminu opisano szczegółowo konsekwencje jego nieprzestrzegania w przypadkach m.in.: umyślnego niszczenia wyposażenia pokoi; agresywnego zachowania wobec współmieszkańców i pracowników lub innych niepożądanych zachowań; spożywania alkoholu i dostarczania go innym mieszkańcom; kradzieży przedmiotów osobistego użytku lub pieniędzy innym mieszkańcom. Wśród możliwych konsekwencji wymieniono:

- a) rozwiązanie Umowy o świadczenie usług przez Radosny Dom Seniora ze skutkiem natychmiastowym;
- b) obciążenie finansowe do wysokości równowartości uszkodzonych przedmiotów lub urządzeń;
- c) konieczność zwrotu skradzionych przedmiotów lub ich równowartości;

³⁰ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 14 grudnia 2017 r. sygn. akt K 17/14.

³¹ Ustawa z dnia 14 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o Policji oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2018 r., poz. 2399).

d) powiadomienie organów ścigania celem przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego;

e) powiadomienie Policji celem przewiezienia nietrzeźwego mieszkańca do izby wytrzeźwień na jego koszt;

f) inne konsekwencje adekwatne do przewinienia.

KMPT zaleca usunięcie ostatniego punktu. Takie ujęcie jest bowiem nieprecyzyjne, wprowadza zbyt dużą dowolność i powoduje, że katalog możliwych konsekwencji nieprzestrzegania Regulaminu ma charakter otwarty, co niesie ze sobą ryzyko ograniczania praw i wolności mieszkańców, które wykraczałyby poza materię określoną w Regulaminie placówki.

KMPT zaleca także zmianę bądź usunięcie § 4 ust. 4 Regulaminu, zgodnie z którym: „Mieszkaniec może opuścić teren Radosnego Domu Seniora jedynie za zgodą dyrektora, opiekuna, rodziny bądź przedstawiciela ustawowego”. Jak wskazano w poprzednim punkcie raportu, kwestie ograniczenia samodzielnego opuszczania terenu placówki wynikają wprost z przepisów ustawy o pomocy społecznej i tylko w ten sposób mogą być regulowane.

7.3. Mechanizm skargowy

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.

W Regulaminie placówki wskazano, że mieszkańcy mają prawo do zgłaszania swoich uwag, skarg i zażaleń oraz wniosków dyrektorowi Radosnego Domu Seniora oraz przedstawiania swoich spraw dyrektorowi oraz pracownikom. W praktyce informacje o ewentualnych prośbach mieszkańców znajdowały się w zeszytach obserwacji, prowadzonych indywidualnie dla każdego mieszkańca. Były w nich odnotowywane także aktywności mieszkańców, ich samopoczucie, stan zdrowia, wnioski z wizyt lekarskich. Dokumentację tę wypełniały opiekunki, na bieżąco kontrolowała ją też właścicielka, co potwierdzały stosowne wpisy.

W ocenie KMPT warto jednak stworzyć osobny zeszyt skarg i wniosków, który dostępny byłby zarówno dla mieszkańców, jak i osób ich odwiedzających. Tego typu rejestr powinien obejmować wszelkie składane skargi i wnioski, w tym te składane w formie ustnej, jak również odnotowywanie sposobu rozstrzygnięcia sprawy.

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. Warto podkreślić, że dokładny i rzetelny sposób prowadzenia dokumentacji umożliwi szczegółowe prześledzenie mechanizmów rozwiązywania skarg i wniosków oraz ocenę jego skuteczności. Stanowi także swoiste zabezpieczenie przed bezpodstawnymi zarzutami sugerującymi, że wniosek lub skarga nie zostały rozpatrzone.

W tym kontekście warto wskazać, że CPT w swoim rocznym sprawozdaniu z 2017 r. przedstawił standardy odnoszące się do mechanizmów skargowych, które warto brać pod uwagę w procesie zarządzania placówką³². Zarekomendował m.in. opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)³³. CPT zaznaczył również, że pożądane jest, aby osoby z niepełnosprawnością, w tym niepełnosprawne psychospołecznie i/lub osoby z trudnościami w uczeniu się, miały możliwość skorzystania z pomocy osoby lub organu, który może im pomóc w zrozumieniu i korzystaniu z przysługujących im praw³⁴.

W związku z powyższym, w celu polepszenia dostępu pensjonariuszy do mechanizmów skargowych, KMPT rekomenduje 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, do których mieszkaniowiec lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca. Takimi instytucjami mogą być przykładowo: Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii: 800 676 676), Rzecznik Praw Pacjenta, Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

³² Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

³³ Tamże, par. 79.

³⁴ Tamże, par. 83.

7.4. Pracownicy

Jak wynikało z informacji pisemnych przekazanych przez przedstawiciela placówki, w Domu na podstawie umowy o pracę na stanowisku opiekuna osób starszych zatrudnionych było 9 osób (na 8,5 etatu). Osoby te ukończyły szkolenie w zakresie opieki nad osobą starszą lub wykonywały zawód opiekuna medycznego, lub miały udokumentowane co najmniej dwuletnie doświadczenie w usługach opiekuńczych. W placówce zatrudniona była również osoba sprzątająca, a na podstawie umowy zlecenia świadczone były usługi administracyjne. Dodatkowo placówka współpracowała z rehabilitantem, internistą, psychiatrą i terapeutą środowiskowym. Minimum raz w tygodniu w placówce dostępna była także pielęgniarka.

Jak wskazywała właścicielka placówki, każdy nowy pracownik przy przyjęciu do pracy był szczegółowo zapoznawany z zasadami panującymi w placówce. W bardzo jasny i czytelny sposób zostały one spisane w dokumencie „Ogólny zakres obowiązków”, z którym pracownicy byli zapoznawani i fakt ten poświadczali własnym podpisem. W dokumencie tym ujęto zarówno kwestie zapewnienia odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych, jak i bezpośredniej pracy z mieszkańcami, w tym m.in. jak reagować w przypadku nagłych wydarzeń czy pogorszenia stanu zdrowia mieszkańców. Stworzenie tego typu procedur jest niezwykle ważne, bowiem pozwala na ujednoczenie praktyki personelu w rozmaitych obszarach, zwłaszcza w sytuacjach, gdy musi on działać w stresie i chwilach pobudzenia mieszkańca. Dzięki temu minimalizowane jest ryzyko błędów i złego (w tym niezamierzonego) traktowania mieszkańców.

Mimo to w opinii KMPT pożądane byłoby także przeprowadzanie regularnych szkoleń dla personelu wizytowanej placówki. W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że doskonalenie zawodowe jest jednym z mechanizmów zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Jest to szczególnie istotne w przypadku instytucji opiekuńczych, gdzie z uwagi na stan zdrowotny mieszkańców mogą występować sytuacje trudne, w tym agresja werbalna i fizyczna. Wymaga to od pracowników wysokiego poziomu merytorycznego i profesjonalizmu, skutecznego radzenia sobie z trudnymi zachowaniami (z poszanowaniem godności i praw człowieka), ale też mechanizmów obronnych przed obciążeniem psychicznym i wypaleniem zawodowym.

W tym kontekście warto zauważyć, że zdaniem CPT 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 opieki³⁵.

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy³⁶.

W związku z powyższym w opinii KMPT, z uwagi na specyfikę placówki, zalecane byłoby zorganizowanie szkoleń z zakresu sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami otępiennymi, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

KMPT rekomenduje również zorganizowanie personelowi profesjonalnej 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.

7.5. Warunki bytowe

W placówce nie było zamontowanej instalacji alarmowo-przyzywowej. Natomiast jedna z mieszanek posiadała przenośny sygnalizator. Była to osoba, która mówiła bardzo cicho, w związku z czym nie byłaby w stanie w inny sposób wezwać opiekunki. Jak ustaliły wizytujące, gdy zachodziła potrzeba uzyskania wsparcia ze strony pracowników przez inne panie zamieszkujące w tym samym pokoju, prosiły one tę mieszkankę o użycie sygnalizatora. Było to bowiem dla nich wygodniejsze niż wołanie kogoś z personelu.

Z obserwacji KMPT wynika, że w wielu placówkach opieki panuje niechęć do instalacji tego typu urządzeń, istnieje bowiem obawa, że będą one nadużywane przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, które poprzez ciągłe i nieuzasadnione używanie

³⁵ 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.

³⁶ 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.

sygnalizatorów będą zaburzać funkcjonowanie placówki. Tymczasem w ocenie 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 wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pensjonariuszy (pokoje sypialne, łazienki) lub też mieszkańcy powinni zostać wyposażeni w przenośne sygnalizatory. Jest to niezwykle ważne z perspektywy komfortu psychicznego mieszkańców oraz ich poczucia bezpieczeństwa. W wizytowanej placówce mieszkanki, które miały dostęp do sygnalizatora, bardzo ceniły sobie tę możliwość. W ocenie KMPT również pozostali mieszkańcy powinni mieć zapewniony dostęp do tego systemu.

Warto podkreślić, że montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami. Zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych³⁷, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r., osoby takie powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność infrastrukturalną umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

8. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

I. Właściciele Placówki Całodobowej Opieki – Radosny Dom Seniora w Łodzi:

1. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnych zabezpieczeń i jej realizowanie stosownie do uwag wskazanych w raporcie;
2. zmianę lub usunięcie przepisów Regulaminu placówki odnoszących się do kwestii kontroli mieszkańców, sprawdzania ich rzeczy osobistych, konsekwencji nieprzestrzegania Regulaminu oraz samodzielnego opuszczania terenu Domu;

³⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.

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 danych teleadresowych instytucji, do których mieszkańców lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca, np. numeru bezpłatnej infolinii Rzecznika Praw Obywatelskich (800 676 676), Rzecznika Praw Pacjenta, Wydziału Rodziny i Polityki Społecznej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi, organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka);
5. zorganizowanie szkoleń dla personelu z zakresu sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami otępiennymi, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu;
6. zorganizowanie personelowi superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta;
7. zapewnienie wszystkim mieszkańcom dostępu do przenośnych sygnalizatorów lub montaż instalacji alarmowo-przyzywowej w placówce.

Ponadto, na podstawie art. 20 OPCAT, KMPT zwraca się o przesłanie decyzji dotyczących ograniczenia samodzielnych wyjść mieszkańców, które zostały wydane przez właścicielkę placówki na podstawie zaświadczeń lekarskich, oraz poinformowanie, kiedy zostały one przesłane do właściwego sądu opiekuńczego.

Opracowała: Justyna Zarecka

Za Zespół:

Z poważaniem

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/