



Warszawa, 03-10-2023 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.573.6.2023.KK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Placówki
Całodobowej Opieki „Pogodna Jesień” w Odrowążu**

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, nieludzkiego 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.

¹ Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego 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 2023 r. poz. 1058).

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

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

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.

zapropozowanie 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.

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. mieszkaniec, pracownik, członek rodziny, inna osoba) 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 21-22 czerwca 2023 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację Domu Opieki „Pogodna Jesień” w Odrowążu.

⁹ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

W skład zespołu wizytującego wchodziła: Klaudia Kamińska, Rafał Kulas (prawnicy) oraz Aleksandra Osińska (psycholożka).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania mieszkańców przebywających w placówce, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawienie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków pobytu mieszkańców i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania placówki, przekazanych przez Ewelinę Lipiec – właścicielkę;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla mieszkańców placówki, w tym m.in.: pokoi mieszkalnych, sanitariatów, terenu zewnętrznego;
- przeprowadzeniu rozmów indywidualnych z mieszkańcami i pracownikami placówki, bez obecności osób trzecich, w warunkach zapewniających poufność;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowali pracowniczkę placówki o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem placówki.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie mieszkańców przez personel placówki, kwalifikacje zawodowe personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze

światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, swoboda praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W niniejszym raporcie uwzględniono obszary, które 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.

4. Utrudnienia w realizacji mandatu KMPT

W trakcie wizytacji placówki został naruszony mandat KMPT, gdyż przedstawiciele KMPT początkowo udali się do placówki w dniu 19 czerwca 2023 r. Nie zostali do niej wpuszczeni, ponieważ, jak wynikało z rozmowy telefonicznej z jedną z osób odpowiedzialnych za prowadzenie placówki, właściciela nie było na miejscu, a bez niego wpuszczenie na teren Domu osób wizytujących nie było możliwe.

W wyniku tej sytuacji pracownicy Krajowego Mechanizmu nie mogli przeprowadzić żadnych czynności w zaplanowanym terminie i musieli udać się do placówki w innym dniu. Fakt ten spowodował, że wizytacja nie odbyła się w sposób niezapowiedziany. Niewpuszczenie delegacji na teren placówki należy uznać za naruszenie art. 20 OPCAT oraz ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

Warto także podkreślić, że w dniu 21 czerwca 2023 r. wizytujący nie zostali niezwłocznie wpuszczeni na teren obiektu, lecz musieli czekać ok. 30 minut na przyjazd właścicielki.

5. Ogólna charakterystyka placówki

W trakcie wizytacji placówka działała pod adresem: ul. Kielecka 3, Odrowąż, 26-220 Stąporków. Dom zapewniał całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Placówka posiadała 9 miejsc i przeznaczona była zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. W dniu wizytacji w placówce przebywało 8 osób, w tym 2 mężczyzn i 6 kobiet, bez osób ubezwłasnowolnionych.

6. Problemy systemowe

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

Umowa na sprawowanie opieki zawierana jest między placówką a opiekunem osoby umieszczonej w placówce. W większości przeanalizowanych umów brakowało podpisów pensjonariuszy.

W przypadku osób, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem, należy umożliwić im złożenie tuszowego odcisku palca¹⁰. Jednocześnie należy zaznaczyć, iż w czasie wizytacji KMPT w placówce przebywały osoby, które nie były ubezwłasnowolnione, jednak ich stan zdrowia i poziom świadomości mógł nie pozwalać 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 praw osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wykluczającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji.

¹⁰ Zgodnie z art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2023 r. poz. 1610 z późn. zm.) „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”.

KMPT podkreśla, że podmioty 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. Tymczasem 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.

Pożądanymi byliby 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 dentystry¹¹ czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym¹². 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 r. wystosował w tej sprawie wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹³. Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy MRiPS oraz Ministerstwem Sprawiedliwości¹⁴. 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 sądu¹⁵.

¹¹ Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.).

¹² Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2022 r., poz. 2123).

¹³ Zob. Wystąpienie Generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022.KK.

¹⁴ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25 lutego 2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP.

¹⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 166.

6.2 Niestandardowe formy zabezpieczenia

W placówce używane były pasy stabilizujące przy wózkach ortopedycznych. O ich stosowaniu decydował personel, nie lekarz. Stosowanie wskazanego sprzętu zabezpieczającego nie było odnotowywane w dokumentacji. Kierownictwo placówki nie opracowało formalnych, pisemnych wytycznych w tym zakresie. Zidentyfikowane w tym zakresie przez KMPT braki stanowią realne zagrożenie w zakresie ewentualnych nadużyć w stosowaniu tego typu form opieki.

Powyższa sytuacja obrazuje istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.¹⁶, w którym Rzecznik zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym.

Zaznaczyć należy, że w procesie opiekuńczym istnieją sytuacje, gdy 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 wszelkie ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych praw i wolności muszą zostać uregulowane na poziomie ustawowym. Doprecyzowanie w ustawie takich sytuacji pozwoli również na ujednoczenie praktyki w placówkach opiekuńczych i uniknięcie ewentualnych rozbieżności interpretacyjnych dotyczących stosowania prawa, w szczególności oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni.

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

¹⁶ Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

opiekuńczo-leczniczych procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki¹⁷.

Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom, który w trakcie swoich wizytacji spotkał się z używaniem różnych mechanicznych środków służących zapobieganiu upadkom (pas na brzuch przymocowany do łóżka lub krzesła oraz barierki z jednej lub obu stron łóżka w nocy)¹⁸ czy też „środków ograniczających ruch”, które obejmowały między innymi uniemożliwienie podopiecznemu opuszczenie oddziału poprzez zablokowanie wyjścia za pomocą kodu czy też przypięcie mieszkańców do wózka inwalidzkiego za pomocą pasów bezpieczeństwa oraz montaż szyn po bokach łóżka¹⁹. CPT wskazał także inne restrykcyjne praktyki w postaci specjalnej odzieży/środków mających na celu zachowanie bezpieczeństwa mieszkańców. Były to np. kombinezony (jednoczęściowe wygodne ubrania noszone pod codziennymi ubraniami mieszkańców), kombinezony do spania (jednoczęściowa piżama zapinana na zamek błyskawiczny z tyłu), miękkie ochraniacze na kostki, szyny na nadgarstki i pasy oraz przymus fizyczny w postaci uchwytów ręcznych i ograniczeń środowiskowych, takich jak zamknięte drzwi²⁰. CPT, opisując takie niestandardowe formy opieki, wskazał na konieczność utworzenia przez władze państwowe centralnego rejestru stosowania środków ograniczających przemieszczanie się mieszkańców (oprócz wpisów w aktach osobowych mieszkańców). Ponadto podkreślił, że wpisy do rejestru powinny zawierać czas rozpoczęcia i zakończenia czynności, okoliczności sprawy, przyczyny zastosowania się do niej, nazwisko osoby, która ją zleciła lub zatwierdziła, oraz pracowników, którzy brali w niej udział, opis wszelkich obrażeń odniesionych przez mieszkańców lub personel oraz czy

¹⁷ 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.

¹⁸ Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 174.

¹⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80.

²⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

środek został zastosowany za zgodą mieszkańca lub bez niej²¹. CPT podkreślił ponadto, aby za każdym razem, gdy środki ograniczające poruszanie się są stosowane bez ważnej zgody danego mieszkańca, były każdorazowo zlecane lub zatwierdzone przez lekarza po indywidualnej ocenie rezydenta²². Należy mieć także na uwadze standardy międzynarodowe wskazujące na konieczność używania wyłącznie sprzętu specjalnie zaprojektowanego w celu ograniczenia szkodliwych skutków (najlepiej wyściełanych pasów z tkaniny), aby zminimalizować ryzyko odniesienia obrażeń i/lub cierpienia pacjenta²³.

W opinii KMPT zastosowanie wobec podopiecznego placówki specjalnych zabezpieczeń może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno jemu samemu, jak i osobom trzecim. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko nadużyć związane z taką formą zabezpieczania mieszkańców, KMPT rekomenduje zastosowanie następujących rozwiązań:

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia. W procedurze takiej należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkańcem, 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 mieszkańca oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujednolicić praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie warto też przypomnieć, że wszelkie zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z

²¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 82.

²² Tamże.

²³ Zob. Raport CPT z wizyty w Mołdawii, CPT/Inf (2020) 27, § 137; Raport CPT z wizyty na Cyprze, CPT/Inf (2018) 16, § 126; pkt. 3.3 Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu [CPT/Inf(2017)6].

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 z niepełnosprawnościami.

6.3 Monitoring wizyjny

Monitoring wizyjny zamontowany był na zewnątrz placówki, ale jego dysponentem był właściciel terenu, na którym mieściła się placówka (właścicielka placówki nie miała do niego dostępu).

W tym kontekście KMPT zwraca się do właścicielki wizytowanej placówki o udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy zamontowany monitoring działał, a jeśli tak, to w jaki sposób zabezpieczano wizerunki mieszkańców i pracowników przed dostępem do nich dla osób nieuprawnionych.

Ponadto KMPT zwraca uwagę, że kwestia stosowania monitoringu w placówkach całodobowej opieki od kilku lat jest przedmiotem analizy. 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 Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w którym wskazywał, że ustawodawca nie zawarł w ustawie o pomocy społecznej²⁴ przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań²⁵. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.²⁶ Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

7. Obszary wymagające poprawy

7.1 Traktowanie

Zgodnie z decyzją Wojewody Świętokrzyskiego (PS.II.9423.12.2014) z dnia 22 maja 2014 r. w trakcie wizytacji placówka przeznaczona była ona dla osób niepełnosprawnych przewlekle chorych lub osób w podeszłym wieku i posiadała 9 miejsc. W dniu 18 lipca 2023 r. wydana została decyzja zmieniająca i w chwili obecnej placówka mieści się pod nowym adresem i przeznaczona jest dla 23 osób²⁷. Mimo to z uzyskanych informacji wynikało, że placówka przyjmuje osoby na tzw. pobyt dzienny, które to osoby ponoszą wówczas odpłatność wyłącznie za posiłki.

Zdaniem Krajowego Mechanizmu taka sytuacja jest niedopuszczalna. Działanie takie wykraczało przede wszystkim poza zakres zezwolenia na działalność określony w decyzji wojewody. Placówka bowiem otrzymała zgodę na sprawowanie opieki nad nie większą niż 9 liczbą mieszkańców i w związku z tym nie powinna przyjmować dodatkowych osób. Poza tym opiekunki, które mają sprawować opiekę nad pensjonariuszami umieszczonymi w placówce na stałe, muszą poświęcać swój czas i

²⁴ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.).

²⁵ Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

²⁶ Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

²⁷ Zob. pkt. 7.8 raportu.

uwagę także pozostałym osobom. Prowadzi to w konsekwencji do obniżenia standardu świadczonych usług osobom przebywającym w placówce całodobowo i zmniejsza nadzór nad nimi.

Warto zwrócić również uwagę, że w placówce zatrudnione były łącznie 4 osoby: 2 osoby na etat i 2 osoby na pół etatu. W ciągu dnia opiekę nad pensjonariuszami sprawowała 1 osoba, a dodatkowo druga opiekunka przychodziła na czas obiadu i kąpieli. W ciągu dnia w placówce obecna była również właścicielka lub jej matka. W nocy natomiast nad mieszkańcami czuwała 1 opiekunka.

Mieszkańcy w sposób pozytywny wypowiadali się o atmosferze panującej w placówce. Pracownicy KMPT otrzymali jednakże sygnały, że w stosunku do jednej z mieszkanki, która głośno zachowuje się w nocy (jęczy, zdarza jej się głośno mówić czy krzyzczeć), personel nie zachowuje się w odpowiedni sposób. **Z relacji wynikało, że zdarza się, iż personel grozi mieszkance wyrzuceniem z pokoju i niewpuszczeniem do środka, jeśli ta się nie uspokoi.**

KMPT podkreśla konieczność zwracania się do osób pozbawionych wolności z szacunkiem. Takie zachowanie pomaga zbudować właściwą atmosferę w placówce. Dodatkowo należy powziąć działania mające na celu budowanie kultury organizacyjnej, która będzie propagować odpowiednie zachowanie personelu i zachęcać pracowników do przeciwdziałania niewłaściwemu traktowaniu. Ponadto Krajowy Mechanizm rekomenduje przeprowadzenie dla wszystkich pracowników placówki szkoleń z zakresu humanitarnego traktowania mieszkańców oraz ochrony praw człowieka. Należy podkreślić, iż osoby przebywające w tej placówce, z niepełnosprawnościami, przewlekłe chore lub w podeszłym wieku, należą do grupy szczególnie wrażliwej i narażonej na ryzyko złego traktowania, dlatego tym bardziej należy dokonać wszelkich starań, aby w maksymalnym stopniu zadbać o ich bezpieczeństwo.

Na kwestię odpowiedniego przeszkolenia personelu w placówkach opieki zwracał także uwagę CPT, wskazując, że z uwagi na trudny charakter pracy ważne jest,

aby personel w placówkach opieki społecznej był starannie dobrany i odpowiednio przeszkolony w zakresie humanitarnej i bezpiecznej opieki nad mieszkańcami, przed podjęciem przez nich obowiązków, a także w formie przypominających i regularnych szkoleń w późniejszym okresie. Ponadto personel powinien w trakcie wykonywania swoich obowiązków podlegać regularnemu nadzorowi. Ważne jest także zapewnienie personelowi odpowiedniego wsparcia, aby uniknąć wypalenia zawodowego oraz utrzymać wysokie standardy opieki²⁸.

7.2 Mechanizm skargowy i prawo do informacji

W trakcie wizytacji placówka nie posiadała rejestru skarg i wniosków mieszkańców oraz informacji, do kogo mieszkańcy mogą się zwrócić w razie naruszenia ich praw.

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

Mając powyższe na uwadze, Krajowy Mechanizm zaleca założenie rejestru 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 rejestru 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.

²⁸ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, p. 17.

KMPT zaleca także wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające (np. na tablicach informacyjnych na korytarzach, przy wejściu do placówki), danych teleadresowych instytucji, do których mieszkańców 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), Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

Warto w tym miejscu 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 placówką²⁹.

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, lecz 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.

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)³⁰.

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 uczących się

²⁹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, p. 68-91.

³⁰ Tamże, p. 79.

lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisaniem w oficjalnym języku danego kraju, w tym cudzoziemców³¹. Podkreśla również, że brak skarg niekoniecznie powinien być uznawany za pozytywne zjawisko. Przeciwnie, może on świadczyć o niebezpiecznej sytuacji w placówce lub braku zaufania do systemu skarg³².

Ponadto dobrym rozwiązaniem byłoby również zamontowanie skrzynki skarg, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. wyznaczony pracownik administracyjny). Skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze.

7.3 Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń

Nowo przyjmowani mieszkańcy nie są badani przez lekarza ani pielęgniarkę. Przy przyjęciu ewentualne obrażenia dokumentowane są w formie opisowej w raportach opiekunek oraz w formie zdjęć (nie są one dołączane do dokumentacji medycznej). Wizytującym opisano przypadek mieszkańca, który jesienią 2022 r. wrócił ze szpitala. Był cały w siniakach. Zmarł po 3 dniach od przyjazdu. Cała sytuacja nie została udokumentowana w formie notatki służbowej. Zrobiono zdjęcia – właścicielka miała je w telefonie. Nie były przechowywane w żadnej dokumentacji. Placówka nie podjęła w związku z tym żadnych czynności, w tym nie zawiadomiła prokuratora o możliwości popełnienia przestępstwa.

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

³¹ Tamże, p. 83.

³² Tamże, p. 91.

udokumentowania może zadziałać odstrasza­jąco na osoby rozważające użycie przemocy wobec mieszkań­ców³³.

Badanie medyczne służące ujawnieniu ewentualnych śladów tortur powinno spełniać dwa podstawowe kryteria – być przeprowadzone w najkrótszym możliwym czasie po zaistnieniu zdarzenia i z uwzględnieniem zasad dotyczących skutecznego dokumentowania tortur. Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) podkreśla, że badanie powinno odbywać się w warunkach poufności (obecny powinien być wyłącznie personel medyczny) i być ukierunkowane na zdiagnozowanie ewentualnych przypadków tortur i złego traktowania³⁴.

Krajowy Mechanizm zaleca poddawanie wszystkich nowo przybyłych mieszkań­ców, niezwłocznie po ich przyjęciu do placówki, niezależnym badaniom lekarskim i zawiadamianie prokuratora lub policji o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, jeśli na możliwość jego popełnienia wskazują posiadane przez osobę obrażenia.

KMPT widzi też potrzebę przeszkolenia personelu z treści Protokołu stambulskiego, tj. oficjalnego podręcznika ONZ dotyczącego diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Zawiera on wskazówki pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą przemocy (w tym tortur) oraz wytyczne, jak należy zgłaszać takie przypadki odpowiednim organom. Dokument ten jest ogólnodostępny i odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur³⁵. Stanowi więc istotny element zapobiegawczy i cenne narzędzie edukacyjne, wzmacniające potencjał personelu.

³³ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 16 marca 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 45-48; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maja 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61; Raport SPT z wizyty w Peru, 9 sierpnia 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport SPT z wizyty w Szwecji, 10 września 2008 r., CAT/OP/SWE/1, § 62-64; Drugie Sprawozdanie Ogólne, CPT/Inf (92) 3, § 36-38; Raport CPT z wizyty w Polsce, 25 czerwca 2014 r., CPT/Inf (2014) 21, § 26, 30; Raport CPT z wizyty w Turcji, CPT/Inf (2009) 17, § 53; Raport CPT z wizyty na Malcie, CPT/Inf (2016) 25, § 167.

³⁴ Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maja 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61.

³⁵ Dokument dostępny na stronie:

https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf.

Stosowanie Protokołu Stambulskiego zalecane jest państwom będącym sygnatariuszami OPCAT (w tym Polsce) przez Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Tortur³⁶.

Poza opisywaniem i oznaczaniem obrażeń pożądane jest także ich fotografowanie i przechowywanie zdjęć w dokumentacji medycznej (za zgodą mieszkańców). Krajowy Mechanizm pragnie zaznaczyć, iż dla celów dowodowych konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była twarz osoby fotografowanej, a przy obrażeniu znajdowała się linijka lub inny przyrząd pozwalający określić rozmiar obrażenia. Tak wykonane fotografie powinny być przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

W związku z powyższym, Krajowy Mechanizm zaleca dokumentowanie obrażeń mieszkańca za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca, a także przeszkolenie personelu z Protokołu Stambulskiego oraz stosowanie się do wskazówek w nim zawartych.

Mieszkańcy nie mieli zapewnionej także całodobowej opieki pielęgniarskiej. Pielęgniarka przychodzi do placówki na podstawie umowy o wolontariacie i rozkłada leki; w razie potrzeby pobiera mieszkańcom krew. W ocenie KMPT ze względu na wiek i stan zdrowia pensjonariuszy opieka pielęgniarska powinna zostać zapewniona całodobowo.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu otrzymali również informację, że w sytuacjach, w których pensjonariusze nie są w stanie samodzielnie połączyć medykamentów, są one rozkruszane, bez wiedzy i zgody lekarza. Niektórym pensjonariuszom podawane są bez ich wiedzy w pokarmach.

³⁶ Zob. Raporty SPT z wizyt w Peru, CAT/OP/PER/1, § 20, na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, § 46-48, Brazylii, CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

KMPT pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego³⁷, 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.

Krajowy Mechanizm odrzuca także praktykę kruszenia i rozpuszczania leków w posiłkach i podawania ich podstępem, w przypadku odmowy ich przyjęcia przez mieszkańca. Każdy mieszkaniec ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Ponadto musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana. Jeśli nie będzie miał takiej świadomości, to w przyszłości może dojść do sytuacji, w której pomimo wzburzenia nie będzie chciał przyjąć leku, pamiętając, że poprzedni zły stan zdrowia udało się polepszyć bez przyjmowania leku (nie posiadając wiedzy, że lek podano mu wówczas podstępem).

KMPT zaleca bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej pensjonariuszy o zalecenia lekarskie dotyczące podawania leków w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem. Krajowy Mechanizm zaleca także odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków, bez wiedzy pensjonariusza.

7.4 Opieka psychologiczna

Pensjonariusze wizytowanej placówki nie mieli zagwarantowanej opieki psychologicznej.

³⁷ 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.

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.

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)³⁸.

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

7.5 Kontakt ze światem zewnętrznym

W chwili wizytacji żaden z mieszkańców nie miał możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki, a drzwi wejściowe przez większość czasu były zamknięte. Mieszkańcy nie spędzali czasu na świeżym powietrzu. W trakcie wizytacji spędzali czas w pokoju dziennym. KMPT pragnie zwrócić uwagę, iż zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, do usług opiekuńczych świadczonych w tego typu placówkach zaliczyć należy także zapewnienie pensjonariuszom kontaktów z otoczeniem³⁹.

³⁸ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, p. 30 i 32.

³⁹ Tamże, art. 68 ust. 1.

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 ograniczenia⁴⁰.

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 placówka⁴¹.

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 stosowne 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 i informowanie sądu opiekuńczego o takich mieszkańcach przebywających w placówce.

7.6 Rehabilitacja i terapia zajęciowa

Jak wspomniano wyżej, w trakcie wizytacji zdecydowana większość mieszkańców wolny czas spędzała w pokoju dziennym. Placówka nie zatrudniała terapeuty zajęciowego.

W ocenie KMPT, mieszkańcy powinni mieć zapewnioną profesjonalną terapię zajęciową, która pomogłaby w aktywizacji fizycznej, psychicznej oraz intelektualnej

⁴⁰ Tamże, art. 68 ust. 2a-2h.

⁴¹ Tamże.

pensjonariuszy. Obecne formy spędzania czasu wolnego przez pensjonariuszy nie stanowią bowiem oddziaływań terapeutycznych. Należy podkreślić, że terapia zajęciowa powinna być prowadzona w sposób przemyślany oraz udokumentowany, aby umożliwić ocenę efektywności podjętych oddziaływań.

Jak zauważa CPT, proces opieki nad mieszkańcami tego typu placówek powinien obejmować terapię zajęciową, rehabilitację i zajęcia o charakterze rekreacyjnym. W ocenie Komitetu szczególną uwagę należy zwrócić na opracowanie indywidualnego planu dla każdego z mieszkańców, który będzie miał na celu utrzymanie umiejętności osobistych i społecznych, w tym mobilności, a tym samym poprawę jakości życia i dobrostanu mieszkańców⁴². Jak podkreśla CPT, za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia⁴³.

Krajowy Mechanizm zaleca zatrudnienie wykwalifikowanego i doświadczonego terapeuty zajęciowego w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy dobrostanu pensjonariuszy.

7.7 Rejestry i dokumentacja

Placówka nie prowadziła rejestru przymusu ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego. Krajowy Mechanizm przypomina jednak, iż zgodnie z art. 68a ustawy o pomocy społecznej „podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku” jest obowiązany m.in. do prowadzenia „ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka”.

Ponadto w placówce nie prowadzi się także: raportu czynności pielęgniarских, raportów dziennych/nocnych czy rejestru wejść i wyjść z placówki, rejestru zdarzeń nadzwyczajnych.

⁴² Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, § 171.

⁴³ Zob. Raport CPT z wizyty w Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, § 174.

Co więcej, placówka nie posiada żadnych procedur regulujących zasady postępowania personelu np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, zdarzeń niepożądanych, autoagresji.

KMPT zachęca kierownictwo placówki do wprowadzenia odpowiednich rejestrów i procedur. Dobrze prowadzony rejestr może być pomocny w ustaleniu, czy osoby odpowiedzialne za opiekę i pomoc pensjonariuszom prawidłowo wykonywały swoje obowiązki. Taka praktyka niewątpliwie wzmocni podstawowe gwarancje mieszkańców i transparentność podejmowanych czynności, co ułatwi pracę także osobom sprawującym nadzór i kontrolę nad placówką.

W ocenie SPT dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami i innymi formami niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności⁴⁴.

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

Ponadto w dokumentacji mieszkańców znajdowały się dowody osobiste, brak było natomiast zgód ich właścicieli na przekazanie dowodów do depozytu. W tym miejscu należy wskazać, iż w myśl art. 79 pkt 2 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych⁴⁵, kto zatrzymuje bez podstawy prawnej cudzy dowód osobisty, podlega karze ograniczenia wolności albo karze grzywny. Zgodnie jednak z wykładnią dokonaną przez Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 9 grudnia 2010 r. o sygn. II AKa 397/10 znamiona wykroczenia (...) polegającego na zatrzymaniu cudzego dowodu osobistego nie są wypełnione, jeżeli wejście w posiadanie dowodu nastąpiło za akceptacją i przyzwoleniem osoby uprawnionej.

⁴⁴ Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zobacz przykładowo raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt. 2, § 49-52.

⁴⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 671 z późn. zm.

KMPT zaleca w związku z tym każdorazowe odbieranie zgody od mieszkańca lub opiekuna prawnego mieszkańca ubezwłasnowolnionego na przechowywanie dowodu osobistego w depozycie.

7.8 Warunki bytowe

W trakcie wizytacji delegacja zwróciła uwagę, że ściany oraz sufity większości pomieszczeń na dole budynku pokryte są grzybem. Z uzyskanych informacji wynikało, że grzyb zaczął pojawiać się ok. 3 lata temu. Właścicielka wskazała również, że starała się na bieżąco podejmować działania w celu usunięcia wykwitów.

Mając powyższą sytuację na uwadze, KMPT skierował pisma do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Końskich oraz do Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach, w których wskazano, że tak rozległy grzyb pokrywający ściany, jaki zastali przedstawiciele Rzecznika Praw Obywatelskich, może być szkodliwy dla zdrowia osób tam przebywających. Dodatkowo zwrócono się do tych instytucji z prośbą o przeprowadzenie kontroli w placówce.

Z informacji udzielonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego wynika, że w dniu 18 lipca 2023 r. wydana została decyzja zmieniająca i w chwili obecnej placówka mieści się pod nowym adresem przy ul. Rynek 1, 26-220 Stąporków i przeznaczona jest dla 23 osób. Jak wskazał Wojewoda: „wyżej wymienione zezwolenie zostało wydane po dokonaniu oględzin budynku, do którego mają być przeprowadzeni mieszkańcy placówki. W wyniku oględzin stwierdzono, że placówka spełnia warunki o których mowa w art. 67 i 68 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej”.

Natomiast z odpowiedzi nadesłanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Końskich wynika, że w dniu 10 lipca 2023 r. upoważnieni przedstawiciele PPIS w Końskich udali się do Domu Opieki „Pogodna Jesień” celem przeprowadzenia kontroli sanitarnej placówki. Kontroli w tym dniu nie przeprowadzono, ponieważ obiekt był zamknięty. Skontaktowano się telefonicznie z właścicielką oraz pełnomocnikiem właścicielki. W wyniku przeprowadzonych rozmów

telefonicznych uzyskano informacje, że osoby odpowiedzialne nie były w tym czasie obecne w placówce, a bez nich nie było możliwe wpuszczenie osób kontrolujących na teren obiektu. Ponadto uzyskano informacje, że w chwili obecnej nikt nie przebywa pod wskazanym adresem oraz że placówka zmieniła swój adres. W dniu 14 sierpnia 2023 r. upoważnieni przedstawiciele PPIS w Końskich przeprowadzili kontrolę Domu Opieki „Pogodna Jesień” pod nowym adresem. W wyniku kontroli stwierdzono, że stan sanitarno-techniczny placówki nie budzi zastrzeżeń i spełnia ona wymagania sanitarno-higieniczne dla tego typu placówek zawarte w obowiązujących przepisach prawa.

Pokoje mieszkańców były skąpo umeblowane (szafa i szafka). Zdaniem wizytujących za mało było szafek na rzeczy osobiste (o jedną mniej niż liczba mieszkańców pokoju), np. w pokoju 2-osobowym stała jedna szafka (+szafa), w pokoju 3 osobowym – 2 szafki (+2 szafy). Krajowy Mechanizm zwraca uwagę, by każdy mieszkaniec miał swoją szafkę i miejsce w szafie.

W trakcie wizytacji zauważono również, że pokoje nie są wyposażone w instalację przyzywową. W ocenie KMPT instalacja alarmowo-przyzywowa powinna być dostępna we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców (zarówno w salach chorych, jak i toaletach). Instalacja przywoławcza umożliwia szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi mieszkańców. Należy mieć na uwadze, iż zgodnie z wymogami Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych⁴⁶ osoby te powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi oraz w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego powinno się im zapewnić racjonalne usprawnienia.

Wizytujący stwierdzili ponadto, że placówka nie była w pełni dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Lustra w łazienkach były umieszczone za wysoko dla osób na wózkach (w czasie wizyty 8 mieszkańców poruszało się za pomocą

⁴⁶ Przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r.

wózków). Toaleta natomiast posiadała poręcze przy WC i umywalce. Z uwagi na zmianę adresu placówki KMPT przypomina, że warto mieć na względzie poniższe standardy:

- szerokość drzwi umożliwiające wjazd wózkiem – min. 90 cm,
- wysokość włączników światła i przycisków sygnalizacji przyzywowej – 90-120 cm,
- schody powinny mieć oznaczenia kontrastowe (na dolnych i górnych stopniach) oraz oznaczenia przed biegiem stopni, co pozwoli na korzystanie z nich osobom niedowidzącym; to samo dotyczy oznaczeń przed każdym biegiem pochylni;
- czcionki we wszystkich pismach i tabelach wywieszanych na tablicach informacyjnych powinny być większe, aby z materiałami tymi mogły zapoznać się również osoby niedowidzące;
- poręcze przy schodach oraz przy pochylniach powinny mieć wysokość 90 cm (górna) i 75 cm (dolna), nadto prawidłowy rozstaw poręczy pochylni powinien wynosić 1-1,1 m;
- pochylnie wiodące do budynków mieszkalnych powinny mieć – w zależności od ich wysokości – kąt nachylenia, który nie przekracza 6% (przy wysokości powyżej 50 cm) lub 8% (przy wysokości poniżej 50 cm);
- w łazienkach wszystkie krany powinny mieć zamiast kurków przedłużoną dźwignię, ułatwiającą uruchomienie ich osobom ze słabszymi rękami, wysokość muszli ustępowej: 45-50 cm, poręcze powinny być w odległości 40 cm od osi muszli i umieszczone na wysokości: 70-85 cm, wysokość brodzika pod prysznicem do 2 cm, górna krawędź umywalki powinna być umieszczona na wysokości 85 cm, dolna krawędź lustra powinna zaczynać się od poziomu umywalki (by skorzystała z niego również siedząca na wózku inwalidzkiej osoba), a górna – sięgać do wysokości stojącej osoby; należy też zapewnić swobodę manewrowania wózkiem (przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm); zaznaczyć należy, że rozwiązania te powinny również dotyczyć umywalk w pokojach mieszkańców poruszających się na wózkach inwalidzkich,

a przestrzeń manewrowa jest ważna we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają te osoby;

- klamki okienne w pokojach mieszkańców powinny być zamontowane tak, aby dosięgnęła ich osoba siedząca na wózku inwalidzkim lub niskiego wzrostu, dotyczy to również wszelkich przycisków, kontaktów, skrzynek wrzutowych na skargi i wnioski, dozowników, wieszaków, z których korzystają osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich, itp. Powinny one znajdować się na wysokości do 120 cm od powierzchni podłogi.

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

Z względu na przeniesienie placówki do innego budynku KMPT nie wydaje zaleceń w zakresie warunków bytowych, jednakże rekomenduje, aby powyższe standardy mieć na uwadze i wprowadzić w nowym budynku.

7.9 Personel

Z uwagi na specyfikę pracy w domu opieki, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca, by stworzyć katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów, dotyczących m.in.: 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 opieki⁴⁷.

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy⁴⁸.

8. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają właścicielce Placówki Całodobowej Opieki „Pogodna Jesień” w Odrowążu:

1. przypominanie personelowi o konieczności traktowania podopiecznych z szacunkiem i godnością, a ponadto przeprowadzenie dla wszystkich pracowników placówki szkoleń z zakresu humanitarnego traktowania mieszkańców oraz ochrony praw człowieka;
2. ograniczanie możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez mieszkańców jedynie na podstawie obowiązujących przepisów prawa zawartych w art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej i informowanie sądu opiekuńczego o takich mieszkańcach przebywających w placówce;
3. przeprowadzanie niezależnego, wstępnego badania lekarskiego przy przyjęciu każdego nowego pensjonariusza;

⁴⁷ 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, p. 149.

⁴⁸ 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.

4. stworzenie rejestru skarg i wniosków, i prowadzenie go zgodnie ze wskazówkami wskazanymi w pkt 7.2 raportu oraz zamontowanie skrzynki skarg;
5. wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające (np. na tablicach informacyjnych na korytarzach, przy wejściu do placówki), danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka;
6. dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca, zaś w przypadkach podejrzenia popełnienia przestępstwa – zawiadamianie prokuratora lub policji;
7. zatrudnienie pielęgniarki;
8. nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki;
9. stosowanie wobec mieszkańców niestandardowych form zabezpieczeń wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej mieszkańca, stosownie do uwag wskazanych w pkt 6.2 raportu;
10. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańców wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
11. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi zabezpieczenia niestandardowymi formami opieki, stosownie do uwag zawartych w pkt 6.2 raportu;
12. bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej pensjonariuszy o zalecenia lekarskie dotyczące podawania medykamentów w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem; odstąpienie od

praktyki podawania rozkruszonych leków ukrytych w pokarmie bez wiedzy pensjonariusza;

13. 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;
14. przeszkolenie personelu z treści Protokołu Stambulskiego i wykorzystywanie zawartych tam wskazówek w codziennej pracy;
15. systematyczne wspieranie rozwoju zawodowego personelu poprzez oferowanie specjalistycznych szkoleń podnoszących kwalifikacje jego członków;
16. zorganizowanie personelowi superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta.

Opracowała: Klaudia Kamińska

Za Zespół:

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/