

Warszawa, dnia 10 kwietnia 2019 r.

**KMP.573.18.2017.JZ**

**Raport**  
**Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur**  
**z rewizytacji w Domu Opieki „Florans” w Starych Babicach**  
**(wyciąg)**

**1. Wstęp**

Na podstawie artykułu *19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 3-4 grudnia 2018 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (zwanego dalej: KMPT lub Mechanizmem) przeprowadzili wizytację Domu Opieki Florans, zlokalizowanego w Starych Babicach (dalej: dom, placówka).

W skład zespołu wizytującego wchodziło: Marcin Kusy (prawnik), Aleksandra Osińska (psycholog), Justyna Zarecka (politolog w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz dr n. med. Joanna Klara Żuchowska – ekspert KMPT, specjalista chorób wewnętrznych II stopnia. Wyniki jej ekspertyzy zostały włączone w treść Raportu.

Celem wizytacji było sprawdzenie na miejscu realizacji zaleceń KMPT wydanych po wizytacji placówki w dniu 11 maja 2017 r. W czasie rewizytacji przedstawiciele KMPT wykonali następujące czynności:

- przeprowadzili rozmowę z Wiolettą Sitnicką - właścicielką placówki;
- dokonali oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla mieszkańców domu;
- przeprowadzili rozmowy indywidualne z mieszkańcami;
- poddali analizie wybraną dokumentację.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Przedstawiciele KMPT poinformowali właścicielkę placówki o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali jej uwag i wyjaśnień.

W niniejszym raporcie uwzględniono stan realizacji zaleceń KMPT wydanych po wizytacji placówki 11 maja 2017 r., a także inne kwestie, które należałoby poprawić. Raport zawiera również sygnalizowany problem o charakterze systemowym, wymagający zmiany obowiązującego prawa.

## **2. Zakaz represji**

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. personel, mieszkańcy) lub organizacja, która przekazała KMPT informację nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

*Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakáže, 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. Charakterystyka obiektu**

Wizytowany dom jest prowadzony w ramach działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku, na podstawie art. 67-69 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 1508). Zezwolenie na działalność zostało wydane decyzją Wojewody Mazowieckiego Nr 1530/2012 z dnia 7 sierpnia 2012 r. (na czas nieokreślony). Przed wejściem do placówki znajduje się tablica z informacją o typie domu, podmiocie prowadzącym oraz numerem zezwolenia.

Dom dysponuje 50 miejscami w pokojach 1-, 2-, i 3-osobowych. Przyjmowane są m.in. osoby w podeszłym wieku, chore somatycznie, po udarach, złamaniach, z rozległymi zmianami zwyrodnieniowymi w układzie ruchu, z cukrzycą, chorobą Parkinsona, chorobą Alzheimera, chorobą wieńcową, nadciśnieniem. Poza przyjęciami na czas nieokreślony, są przyjęcia na okresy czasowe np. po leczeniu szpitalnym. Do placówki nie przyjmuje się osób chorujących psychicznie, agresywnych, jak również z chorobą alkoholową. Najmłodszy mieszkaniec ma 68 lat, zaś najstarszy 94. W czasie wizytacji w domu przebywało 35 osób.

Koszt pobytu mieszkańca wynosi 2500-3500 zł miesięcznie. Kwota ta obejmuje: zakwaterowanie, wyżywienie (4 posiłki), całodobową opiekę (w tym opiekę pielęgniarską),

utrzymanie czystości zajmowanych pomieszczeń, podstawowe środki czystości. W opłacie uwzględniony jest także wydatek 100 zł na leki i pieluchomajtki; po przekroczeniu tej sumy konieczna jest dopłata. Podczas hospitalizacji mieszkańca pobierana jest opłata rezerwacyjna w wysokości 30 zł dziennie.

#### **4. Stan realizacji zaleceń wydanych po wizytacji placówki w dniu 11 maja 2017 r.**

##### **4.1. *každorazowe weryfikowanie przy podpisywaniu umowy na sprawowanie całodobowej opieki wobec osoby ubezwłasnowolnionej czy zgoda taka [sądu opiekuńczego] została przez opiekuna prawnego uzyskana***

**Zalecenie zostało zrealizowane.** W dniu wizytacji w placówce nie przebywały osoby ubezwłasnowolnione, trwało jednak postępowanie w sprawie ubezwłasnowolnienia jednej z mieszkank. Informacja na temat wyznaczonego przez sąd terminu wysłuchania w tej sprawie została odnotowana w dokumentacji mieszkanki.

##### **4.2. *personel zwraca się do nich [mieszkańców] w formie na ty lub bezosobowo, czego świadkami byli również wizytujący. Powyższe należy uznać za niedopuszczalne***

**Nieprawidłowości nie stwierdzono.** Podczas rewizytacji przedstawiciele KMPT zaobserwowali, że personel zwraca się do mieszkańców z szacunkiem stosując formy *Pan/Pani*. Tylko w kilku przypadkach do mieszkańców zwracano się bezpośrednio po imieniu, lecz działa się tak na wyraźną prośbę pensjonariuszy. W ich odczuciu wpływało to na tworzenie domowej atmosfery, co stanowiło dla nich ważny element pobytu w placówce.

Przedstawiciele KMPT nie uzyskali sygnałów, które wskazywałyby na niewłaściwy sposób traktowania pensjonariuszy przez personel. Z obserwacji poczynionych w trakcie wizyty wynika, że mieszkańcy swobodnie czują się w placówce, zaś personel zna ich potrzeby i wykazuje się niezbędną w swoim zawodzie cierpliwością i zrozumieniem. W czasie oglądu pomieszczeń wizytujący odebrali wiele pozytywnych opinii na temat kadry, co należy ocenić bardzo dobrze. Życzliwe relacje na linii personel – pensjonariusze sprzyjają budowaniu przyjaznego środowiska i kultury braku akceptacji dla przemocy.

##### **4.3. *wobec mieszkańców, w sytuacji ich pobudzenia, stosowany jest przymus bezpośredni, w tym przytrzymanie do podania zastrzyku, czy też podanie leków (np. Haloperidol, Hydroxyzyna) ukrytych w ptasim mleczku lub jogurcie***

Zgodnie z informacją uzyskaną od właścicielki, personel Domu nie stosuje w takich przypadkach przymusu bezpośredniego. Podanie leków następuje po uzyskaniu zgody

mieszkańca, a jeśli jest zbyt pobudzony, personel stara się wyciszyć mieszkańca spokojną rozmową. Leki rozkruszone podaje się tylko osobom mającym trudności w połykaniu.

W tym kontekście warto przypomnieć, że już w raporcie z 2017 r. wskazano, że obowiązujące przepisy nie przyznają placówkom zapewniającym całodobową opiekę uprawnień do stosowania przymusu bezpośredniego w stosunku do osób je zamieszkujących. W sytuacji uzasadniającej zastosowanie przymusu bezpośredniego, np. gdyby mieszkaniec zagrażał życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, czy też gwałtownie niszczył lub uszkadzał przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu należy, w opinii Mechanizmu, wezwać pogotowie ratunkowe.

W poprzednim raporcie podkreślono również, że artykuł 68a pkt 1 lit. d ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej *obliguje do ewidencjonowania przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ale nie stosowanego przez pracowników placówki całodobowej opieki, a przez podmioty uprawnione np. interweniujących funkcjonariuszy Policji, czy też personel pogotowia ratunkowego.*

W dniu rewizytacji w placówce taki rejestr nie był jednak prowadzony. **KMPT zaleca zatem stworzenie takiego dokumentu, co zrealizowałoby ustawowy wymóg.** W opinii Mechanizmu prowadzenie takiej ewidencji ma także walor transparentności, służy kontroli częstotliwości i prawidłowości stosowania środka przez uprawnione podmioty. Stanowi więc ważne zabezpieczenie służące ochronie pensjonariuszy przed niewłaściwym traktowaniem. **KMPT stwierdza, że wskazane poprzednio nieprawidłowości zostały częściowo wyeliminowane.**

*4.4. podawanie leków psychotropowych mieszkańcom bez zlecenia, trwające przez dłuższy czas, z uwzględnieniem informacji, iż w placówce zdarzają się sytuacje podawania mieszkańcom leków podstępem, bez ich wiedzy i zgody, może prowadzić do nieludzkiego traktowania, a także narażenia życia i zdrowia mieszkańców*

**Podczas rewizytacji w placówce nie ujawniono tego typu nieprawidłowości.** Opieka medyczna jest sprawowana przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych i geriatrici oraz sześciuosobowy zespół pielęgniarski. U wszystkich nowych pacjentów przeprowadzone jest badanie podmiotowe i przedmiotowe, wykonywane są badania biochemiczne (o ile nie były wcześniej dostarczone). Badania są powtarzane raz w roku oraz wtedy gdy zachodzi dodatkowa potrzeba ich przeprowadzenia.

Lekarz przyjmuje raz na dwa tygodnie, w razie potrzeby przyjeżdża na wezwanie. W przypadkach nagłych zachorowań, ciężkich stanów czy w godzinach nocnych wzywane jest

pogotowie lub nocna pomoc lekarska. Każdorazowo lekarz, w asyście pielęgniarki, wizytuje wszystkich mieszkańców, kontynuuje lub zmienia leki, zleca badania konsultacje itp. Niezależnie od opieki internistyczno-geriatrycznej, co 2-3 miesiące odbywają się konsultacje psychiatryczne, są też konsultacje dermatologiczne w ramach NFZ.

Praktyką jest, że pielęgniarka na podstawie karty zleceń rozkłada leki na cały tydzień w pudełeczkach uwzględniających dzień tygodnia i pory dnia. **Jak wynika z opinii ekspertki KMPT nie podaje się obecnie leków bez zgody pacjenta ani leków silnie działających bez zlecenia lekarza. Leki psychotropowe podawane są jedynie na zlecenie specjalistów; rzadko zlecane są leki nasenne.**

Cała dokumentacja lekarska znajduje się w przychodni lekarza prowadzącego. Każdy z mieszkańców ma założoną teczkę, w której m.in. znajdują się karty leczenia szpitalnego, zaświadczenia o stanie zdrowia przed przyjęciem, wyniki niektórych badań diagnostycznych. Dla każdego pacjenta jest osobna, drukowana co miesiąc, karta zleceń zawierająca nazwę leku i określająca jego dawkowanie. Zmiany leków są wpisywane przez lekarza, sygnowane jego podpisem i pieczętą.

W opinii ekspertki KMPT raporty pielęgniarskie prowadzone są bardzo dokładnie, wpisywane są wszelkie zmiany w stanie zdrowia, pomiary ciśnień i glikemii, stany gorączkowe, podane doraźnie leki. Ewentualne odleżyny są opisywane, wskazuje się także na zastosowane leczenie. Zdaniem KMPT w takich przypadkach warto, aby personel medyczny korzystał z map ciała, które są dostępne w *Protokole Stambulskim, czyli Podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*<sup>1</sup>. Dzięki temu w łatwy sposób można oznaczyć np. odleżyny, czy ślady mogące świadczyć o stosowaniu przemocy. To niezwykle ważne szczególnie w przypadku pierwszego badania przy przyjęciu do placówki, a także przed jej opuszczeniem np. w przypadku hospitalizacji. Prawidłowa dokumentacja tego typu obrażeń pozwoliłaby jednoznacznie wskazać, w której placówce doprowadzono do powstania odleżyn.

***4.5. osoby mające problemy z utrzymaniem pozycji siedzącej są przywiązywane do foteli np. ręcznikami. Metoda ta stosowana jest tylko w celu zabezpieczenia danej osoby przed zsunieniem się z fotela. Podczas oglądu pokoi mieszkalnych wizytujący zwrócili uwagę, iż jeden z mieszkańców był przywiązany do fotela, w którym siedział, za pomocą prześcieradła z gumką. (...) Zdaniem KMPT długotrwałe zabezpieczanie mieszkańców bez umożliwienia***

---

<sup>1</sup> Dokument jest dostępny pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protokol-stambulski>

*im zmiany pozycji, czy otoczenia w którym przebywają jak również zmuszanie ich do pozostawania w łóżku przez większą część doby może prowadzić do niehumanitarnego traktowania*

Obecnie jeden z mieszkańców, praktycznie leżący, jest przenoszony w ciągu dnia na parę godzin na fotel celem zmiany pozycji i toru oddychania, kontaktu z innymi osobami. Celem zabezpieczenia przed zsunięciem się czy upadkiem zakładany jest odpowiedni pas zabezpieczający, niekrępujący ruchów kończynami ani głową.

Należy jednak pamiętać, że kwestia stosowania tego typu zabezpieczeń jest niezwykle problematyczna. Bardzo utrudnione jest bowiem jednoznaczne określenie, czy tego rodzaju przypadki należałoby uznać za zastosowanie przymusu bezpośredniego w postaci przytrzymania (które w takich placówkach jest niedopuszczalne), czy też jako mieszczące się w granicach wykonywanych czynności opiekuńczych wobec mieszkańców. Niewątpliwie w tego typu sytuacjach należy mieć na uwadze, że zły stan zdrowia somatycznego może stwarzać konieczność stosowania rozwiązań niemających oparcia w obowiązujących przepisach, jednakże uzasadnionych potrzebą ochrony życia i zdrowia tych osób.

**Aktualne pozostaje zatem zalecenie Mechanizmu**, aby w przypadku stosowania niestandardowych form opieki, w tym zabezpieczania, stwarzających ryzyko niewłaściwego traktowania **opracowane zostały procedury szczegółowo regulujące sposób postępowania z mieszkańcami**. W procedurach takich 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 czy rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańców oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu, który nie spowoduje np. podduszenia mieszkańca w przypadku jego osunięcia.

*4.6. Dla pracowników organizuje się szkolenia wewnętrzne, których treści oparte są na codziennej pracy z mieszkańcami, np. reakcji na ich trudne zachowania. Właścicielka nie zapewniała natomiast żadnych kursów, ani szkoleń zewnętrznych dla zatrudnianego personelu. (...) Z uwagi na profil domu i fakt przebywania w nim wielu mieszkańców w bardzo złym stanie zdrowia za uzasadnioną należy uznać potrzebę realizacji systematycznych szkoleń z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Wskazanym byłoby objęcie wymienionymi szkoleniami jak największej liczby osób zatrudnionych w placówce*

**Zalecenie niezrealizowane.** Personel placówki nie jest objęty programem szkoleń. Z każdym nowym pracownikiem przeprowadzana jest jedynie rozmowa dotycząca m.in. zasad postępowania, odpowiedniego stosunku do mieszkańców, empatii itp.

W opinii KMPT, z uwagi na specyfikę placówki zalecane byłoby zorganizowanie szkoleń z zakresu pierwszej pomocy, sprawowania opieki nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi fizycznie lub intelektualnie, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Aktualne pozostaje zalecenie objęcia wymienionymi szkoleniami jak największej liczby osób zatrudnionych w placówce.

Warto w tym kontekście wskazać, że zgodnie zaleceniami Rady Europy, *opiekunowie osób starszych powinni być odpowiednio przeszkoleni i otrzymywać wsparcie w celu zapewnienia adekwatnej jakości świadczonych usług. W przypadkach gdy opieka sprawowana jest przez opiekunów nieformalnych w domach osób starszych, to tacy opiekunowie powinni otrzymać odpowiednie przeszkolenie i wsparcie, tak aby umożliwić im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy<sup>2</sup>.*

KMPT podkreśla, że odpowiednio dobrany i wyszkolony personel jest w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki, bez uciekania się do przemocy. Stanowi też skuteczną gwarancję chroniącą mieszkańców przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem. Dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu oraz możliwości codziennego kontaktu z pensjonariuszami, ma możliwość bieżącego monitorowania ich zachowania i wyłapywania niepokojących sygnałów, świadczących o złym traktowaniu. Może także podjąć skuteczne środki zaradcze, w przypadku stwierdzenia niepokojących zdarzeń (np. poprzez podjęcie interwencji, udzielenie pomocy, czy zgłoszenie przełożonym swoich obaw i podejrzeń).

**4.7. W opinii KMPT wskazanym byłoby wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu adresów instytucji, do których mogłyby się zwrócić osoby zamieszkujące dom lub ich rodziny w przypadku naruszenia praw (adresu oraz numeru telefonu Rzecznika Praw Obywatelskich - bezpłatna infolinia 0 800 676 676, Rzecznika Praw Pacjenta, sędziego rodzinnego, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka)**

**Zalecenie niezrealizowane.** Podczas wizytacji KMPT zwraca uwagę, czy mieszkańcy placówek są poinformowani w sposób zrozumiały o swoich prawach oraz czy wiedzą, do

---

<sup>2</sup> Art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych (CM/Rec(2014)2) przyjętych w dniu 19 lutego 2014 roku przez Komitet Ministrów Rady Europy.

jakich osób oraz instytucji mogliby zwrócić się w przypadku ich naruszenia. Wypracowaną w tej kwestii praktyką jest stworzenie i umieszczenie, w widocznych miejscach na terenie domu, wykazu instytucji stojących na straży praw człowieka i sprawujących nadzór nad działalnością placówki. W wizytowanej placówce brak było takiej informacji.

Powyższa praktyka umożliwia samym mieszkańcom, ich opiekunom oraz innym osobom skuteczną interwencję w przypadku naruszenia praw mieszkańca. Może też działać odstrasżająco wobec osób chcących dopuścić się przemocy. W swoim najnowszym sprawozdaniu z działalności w 2017 r. Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) podkreślił znaczenie dostępu do mechanizmu skargowego jako fundamentalnej gwarancji prewencji tortur we wszystkich miejscach, w których przebywają osoby wbrew własnej woli. W ocenie CPT efektywne mechanizmy skargowe mogą nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji<sup>3</sup>. CPT zachęca też do utworzenia poufnego rejestru skarg, zawierającego: nazwiska skarżących, rodzaj i przedmiot skarg, wynik procedury składania skarg i procedury odwoławczej, działania następcze podjęte w celu naprawienia zarzucanej sytuacji oraz wszelkie rekompensaty przyznane skarżącym. Zapisy rejestru powinny służyć jako narzędzie zarządzania<sup>4</sup>.

***4.8. W placówce nie organizuje się żadnej formy terapii lub jakichkolwiek zajęć przeznaczonych dla mieszkańców. (...) W rozmowach indywidualnych z przedstawicielem Mechanizmu sami mieszkańcy wskazywali jednak na brak jakiejkolwiek oferty zajęć w ciągu dnia, postrzeganą przez nich jako istotną niedogodność***

**Nieprawidłowości nie stwierdzono.** W placówce organizowane są zajęcia sprzyjające aktywizacji mieszkańców. Od poniedziałku do piątku w placówce jest rehabilitantka, która prowadzi gimnastykę grupową z wykorzystaniem drobnego sprzętu (kijki, wstęgi, piłeczki). Latem zajęcia odbywają się ogródka. Prowadzona jest także gimnastyka indywidualna u osób o bardzo znacznym stopniu niesprawności, a także rehabilitacja przyłóżkowa.

Raz w tygodniu odbywają się zajęcia z psychologiem, podczas których rozwijane są zdolności poznawcze mieszkańców. To m.in. zabawy słowne, quizy wiedzy, układanie puzzli, rozwiązywanie krzyżówek, rysowanie, pisanie itp. Mieszkańcy bardzo cenią sobie tę formę zajęć. Zalecane było by także poszerzenie kontaktu z psychologiem np. o możliwość spotkań

---

<sup>3</sup> Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, § 68-91.

<sup>4</sup> Tamże, § 90.



indywidualnych, które odgrywałyby szczególnie ważną rolę w pierwszym okresie po przyjęciu do placówki. Wpłynęłoby to na szybszą aklimatyzację w nowym miejscu, a także pozwoliło zredukować ewentualny stres z tym związany.

W placówce uroczyście obchodzone są wszelakie święta, zwłaszcza religijne, a także np. Dzień Babci czy Dziadka. Kilkakrotnie wystawiane były jasełka. Odbył się także występ zespołu tańczącego staropolskie tańce. Niektóre osoby są zainteresowane pielęgnacją roślin doniczkowych, w okresie letnim mogą rozwijać swoje pasje w ogródku otaczającym dom.

Mieszkańcy chętnie czytają czasopisma udostępniane przez pracowników. W domu znajduje się także biblioteczka. W dwóch wspólnych pokojach mieszkańcy mogą oglądać telewizję, część z nich ma własne odbiorniki TV w pokojach. W placówce mieszkają też dwa niewielkie psy, z którymi mieszkańcy chętnie spędzają czas.

***4.9. Domu nie wyposażono w instalację przyzywową, przenośne sygnalizatory udostępniane są na życzenie mieszkańców. W opinii KMPT sygnalizacja przyzywowa powinna być dostępna we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez osoby zamieszkujące placówkę, tak by możliwe było niezwłoczne wezwanie pomocy***

**Zalecenie niezrealizowane.** Pokoje mieszkańców nadal nie są wyposażone w instalację przywoławczą. Z relacji właścicielki wynika, iż mieszkańcy w razie potrzeby wołają personel. Warto zwrócić uwagę, że placówka dysponuje kilkoma przenośnymi sygnalizatorami, które jednak nie są w praktyce wykorzystywane. Przedstawiciele KMPT zalecają zatem, aby zostały one przekazane leżącym mieszkańcom oraz tym, którzy mają znaczne trudności w przemieszczaniu się. Jest to również ważne z perspektywy komfortu psychicznego tej grupy mieszkańców. Nie zawsze bowiem opiekunka będzie w stanie usłyszeć wołanie osoby potrzebującej pomocy np. gdy będzie znajdowała się na drugim końcu korytarza.

Sprawna i łatwo dostępna dla mieszkańców, w szczególności tych leżących, sygnalizacja alarmowo-przyzywowa podnosi poziom ich bezpieczeństwa i tym samym jest niezastąpiona w placówkach świadczących opiekę wobec osób z niepełnosprawnościami. Warto w tym kontekście wskazać, że zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169), osoby takie powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność infrastrukturalną umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

#### ***4.10. budynek nie jest w pełni dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych***

**Problem jest nadal aktualny.** Placówka nie jest całkowicie przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Wyposażona jest co prawda w wózki inwalidzkie, windę i pewne ułatwienia w toaletach, jednak zastosowane rozwiązania nie spełniają standardów dostępności. Przykładowo w łazienkach przylegających do pokoi sedesy są niskie, bez poręczy ruchomych, uchwyty pomocnicze w ścianach są umieszczone w zbyt dużej odległości i za wysoko. Brodziki mają dość wysokie progi. Prysznicze nie zostały wyposażone w rozkładane krzeselka kąpielowe przytwierdzone do ściany. Uchwyty przy prysznicu także nie są umiejscowione na odpowiedniej wysokości.

Obecnie wskazane byłoby zatem zamontowanie na ścianie pryszniców uchylnych krzesełek oraz uchwytów na odpowiedniej wysokości. Nie wiąże się to ze zbyt dużymi nakładami finansowymi, a może poprawić komfort mieszkańców, jak i samego personelu, który pomaga w wykonywaniu czynności higienicznych.

Ponadto w celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, **przy okazji planowanych modernizacji**, warto pamiętać o następujących zasadach, poprawiających jakość dostosowania:

- progi i brodziki prysznicowe nie przekraczające 2 cm;
- klamki (w tym klamki okienne), wieszaki, półki, przyciski instalacji przyzywowej, włączniki światła, kontakty etc. zamontowane nie wyżej niż na poziomie 90-120 cm od podłoża;
- tablice informacyjne zawieszane na poziomie umożliwiającym przeczytanie ich treści również przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;
- przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm powinna zostać zachowana we wszystkich łazienkach i pokojach użytkowanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;
- w łazienkach **wykorzystywanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich** warto pamiętać o:
  - wskazanej wyżej przestrzeni manewrowej i wysokości brodzika prysznicowego,
  - odpowiednio nisko zawieszonych lustrach (najlepiej zaczynających się od poziomu umywalki),
  - włącznikach światła, kontaktach, klamkach, dozownikach mydła, wieszakach na papier na wysokości: 90-120 cm,
  - wysokości muszli ustępowej: 45-50 cm,

- poręczy w odległości 40 cm od osi muszli, umieszczonej na wysokości: 70-85 cm,
- zastosowaniu w miejsce kurków, baterii umywalkowych, dostępnych dla osób ze słabszymi rękami (dłuższych).

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

## **5. Problem systemowy**

### **5.1. Legalność pobytu**

Problemem systemowym, na który KMPT zwraca uwagę podczas wizytacji placówek całodobowej opieki jest kwestia umieszczania w placówce osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale ich stan zdrowia wyłącza możliwość rozeznania sytuacji, w której się znajdują oraz podejmowania decyzji.

W przypadku Domu Opieki Florans zasady pobytu w placówce i odpłatność za usługę reguluje umowa, zawierana na czas nieokreślony, z możliwością rozwiązania z jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia. Umowy świadczenia usług i opieki zawierane są pomiędzy placówką a pensjonariuszem i jego „opiekunami” (najczęściej członkami rodziny). Jednak jak wykazała analiza tych dokumentów, tylko w 8 przypadkach (na 36) umowa została podpisana zarówno przez usługobiorcę (pensjonariusza) i osobę określoną mianem opiekuna, w pozostałych widniał tylko podpis „opiekuna”. Właścicielka wskazywała, że wynika to najczęściej ze stanu psychofizycznego przyjmowanych osób.

Dotychczasowe wizytacje KMPT pozwalają stwierdzić, że w obecnym stanie prawnym nie ma możliwości ukształtowania umów o przyjęcie takiego mieszkańca do placówki, które byłoby całkowicie zgodne z przepisami. W tym zakresie istnieje bowiem luka prawna.

Problem jest szczególnie widoczny w przypadku mieszkańców, którzy wprawdzie formalnie nie są ubezwłasnowolnieni i zachowują pełnię praw, ale faktycznie znajdują się w stanie psychicznym wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji, w której się znajdują oraz podejmowania decyzji – uczynienie ich stroną umowy jest rozwiązaniem wadliwym. Oświadczenie woli złożone przez mieszkańca znajdującego się w takim stanie jest bowiem nieważne. Zgodnie z art. 82 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.

Dz. U. z 2018 r., poz. 1025), *nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego, zaburzenia czynności psychicznych*. Nieważność oświadczenia woli mieszkańca pociąga za sobą nieważność (z mocy prawa) całej umowy, a co za tym idzie – brak podstawy do umieszczenia mieszkańca w Domu.

W tym przypadku dobrym rozwiązaniem nie jest także praktyka podpisywania umów przez „opiekuna mieszkańca”, w jego zastępstwie. Umowa jest wtedy podpisana przez podmiot niebędący jej stroną ani niemający upoważnienia do jej podpisania w imieniu mieszkańca („opiekun mieszkańca” nie jest bowiem z punktu widzenia prawa cywilnego opiekunem). Brak podpisu strony pod umową dekompletuje jej elementy konieczne (do których w przypadku umów pisemnych należy podpis – art. 78 § 1 kodeksu cywilnego), co w konsekwencji prowadzi także i w tym przypadku do braku podstawy do umieszczenia mieszkańca w Domu.

Rozwiązaniem alternatywnym jest skonstruowanie umowy, której stroną byłaby osoba umieszczająca mieszkańca w domu („opiekun” – najczęściej członek rodziny), zawarta na rzecz mieszkańca. Takie rozwiązanie, co trzeba wyraźnie podkreślić, również jest obarczone wadami, co wynika z braku właściwej regulacji prawnej.

Osoby działające w imieniu pensjonariusza nie są bowiem w żaden sposób legitymowane – w świetle obowiązujących przepisów – do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia pensjonariusza w placówce całodobowej opieki. W szczególności – nie są przedstawicielami ustawowymi pensjonariusza, skoro nie jest on ubezwłasnowolniony i nie ustanowiono dla niego we właściwym trybie opiekuna. Podejmują zaś decyzję niezwykle istotną dla pensjonariusza.

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” pozostawia poza kontrolą jakiegokolwiek podmiotu (jak ma to miejsce np. w przypadku

sądowej kontroli opiekuna osoby ubezwłasnowolnionej) działania podejmowane przez osoby bliskie pensjonariuszy podejmowane w ich imieniu.

Pożądanym 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 art. 32 *ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 125) czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym – art. 22 i 23 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (tekst jedn. Dz.U. z 2018, poz. 1878). Rozwiązania te obejmować powinny między innymi przyznanie członkom rodzin takich osób i innym osobom bliskim legitymacji do występowania do sądów w sprawie umieszczenia w placówce. Warto bowiem zauważyć, że obecnie w wielu przypadkach osoba przyjmowana do tego typu placówki pozostaje często bez jakiegokolwiek wpływu na swoją sytuację. Niewątpliwie sądowa kontrola wzmocniłaby jej status i zagwarantowała skuteczniejsze przestrzeganie przysługujących jej praw i wolności.

Adekwatnie, na konieczność sądowej kontroli umieszczeń osób, które nie mogą wyrazić zgody na przyjęcie, każdorazowo zwraca uwagę Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom (CPT), podczas wizytacji w domach pomocy społecznej i w instytucjach psychiatrycznych. Zdaniem CPT umieszczanie osób bez ich zgody (za zgodą opiekunów prawnych, na wniosek instytucji pomocowych), powinno być zawsze zabezpieczone kontrolą sądową<sup>5</sup>. Każde przyjęcie osoby dorosłej, niezdolnej do wyrażenia zgody, powinno być zgłoszone właściwemu sądowi<sup>6</sup>. Analogiczny problem, w odniesieniu do domów pomocy społecznej, dostrzegł CPT podczas wizyty w Polsce w 2009 r. Wskazał wówczas, że wielu mieszkańców umieszczonych „dobrowolnie” w domach pomocy, nie było w stanie wydać ważnej zgody na pobyt oraz nie miało wyznaczonego przez sąd opiekuna. W rezultacie osoby te były *de facto* pozbawione wolności bez możliwości korzystania z gwarancji przewidzianej przez prawo. Komitet zalecił władzom krajowym podjęcie kroków, aby mieszkańcy niezdolni do wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie, nieposiadający opiekuna i niemający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu<sup>7</sup>.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że wizytacje KMPT pozwoliły zdiagnozować analogiczny problem, dotyczący umieszczania osób nieubezwłasnowolnionych i niebędących w stanie z powodu stanu zdrowia samodzielnie złożyć podpisu pod wnioskiem o przyjęcie, w odniesieniu do zasad funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych o charakterze

---

<sup>5</sup> Raport CPT z wizyty w Azerbejdżanie w 2016 r., CPT/Inf (2018) 35, §197; Raport CPT z wizyt w Serbii w 2015 r., CPT/Inf (2016) 21, §204.

<sup>6</sup> Raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2010 r., CPT/Inf (2012) 9, §205.

<sup>7</sup> Raport CPT z wizyty w Polsce w 2009 r., CPT/Inf (2011) 20, §166.

ogólnym. W związku z tym w dniu 9 grudnia 2018 r. Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do Ministra Zdrowia o rozważenie podjęcia działań zmierzających do uregulowania przedstawionej kwestii na poziomie ustawowym<sup>8</sup>. W odpowiedzi z dnia 16 stycznia 2019 r. przedstawiciel resortu zdrowia wskazał, że powołany w przez Ministra Zdrowia Zespół do spraw opracowania propozycji ustawowych regulacji dotyczących praw i obowiązków pacjentów *nie stwierdził potrzeby zmiany regulacji prawnych w przedmiotowym zakresie i uznał, że aktualnie obowiązujące przepisy - w tym m.in. instytucja ubezwłasnowolnienia – należyte zabezpieczają zarówno prawa, jak i potrzeby pacjentów, w przypadku niemożności wyrażenia przez nich zgody na opiekę i leczenie w trybie pozaszpitalnym udzielane w zakładach opiekuńczych*<sup>9</sup>. Problem pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

## **6. Nieprawidłowości stwierdzone podczas wizytacji**

### **6.1. Dokumentacja i rejestry**

W placówce nie prowadzi się żadnych rejestrów, w tym wspomnianego już rejestru stosowania przymusu bezpośredniego (pkt 4.3. raportu), osób przyjętych do placówki (tzw. rejestr ewidencji), skarg, wydarzeń nadzwyczajnych (np. upadków, samouszkodzeń, etc.), zgonów, wyjść i odwiedzin. Placówka nie posiada ponadto żadnych procedur regulujących zasady postępowania personelu (np. w przypadku wystąpienia zachowań agresywnych wśród pensjonariuszy). W domu nie ma praktyki prowadzenia indywidualnej dokumentacji pensjonariuszy w postaci np. zeszytu obserwacji mieszkańców lub akt indywidualnych. Wszelkie informacje wpisywane są jedynie w książce raportów pielęgniarskich.

Delegacja KMPT zachęca do przeglądu i zreformowania w placówce systemu prowadzenia dokumentacji tak, by była ona wszechstronna, dokładna i aktualna. Zaleca się, aby dokumentacja była jednolita i dostępna dla pensjonariuszy i upoważnionych przez nich osób, a także dla organów nadzorujących placówkę. Tak prowadzona dokumentacja pozwala śledzić ruch, stan zdrowia i samopoczucie osoby przebywającej w placówce bez potrzeby analizowania obszernych raportów pielęgniarskich. Warto w tym kontekście podkreślić, że dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami, nieludzkim i poniżającym traktowaniem na co zwraca uwagę SPT - Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> KMP.573.18.2018.

<sup>9</sup> ZPG.073.2.2019.

<sup>10</sup> Raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1 § 49-52.

## **6.2. Opieka medyczna**

Jak wynika z przekazanych wizytującym informacji, ze względu na duże trudności w układaniu grafiku (spowodowane m.in. brakiem kandydatów do pracy i koniecznością dojazdów obecnego personelu z odległych miejsc) dyżury pielęgniarskie trwają 24 godziny. W opinii ekspertki KMPT sytuacja taka nie powinna mieć miejsca, poza naprawdę wyjątkowymi sytuacjami. Tak długie dyżury są bowiem niezwykle obciążające dla personelu, co w niekorzystny sposób może wpłynąć na sytuację mieszkańców. Należy dążyć do wprowadzenia dyżurów 12. godzinnych, tak jak ma to miejsce w przypadku zatrudnionych opiekunek.

Na wyposażeniu placówki jest m.in. koncentrator tlenu, aparat EKG, inhalator, aparaty do ciśnienia, glukometry, środki opatrunkowe, wlewy dożylnie. Nie ma natomiast żadnych leków przeciwwstrząsowych stosowanych w nagłych stanach. W opinii ekspertki KMPT koniecznym jest, aby w wyposażeniu dyżurki znalazł się przeciwwstrząsowy zestaw stosowany w przypadkach nagłego zagrożenia życia.

## **7. Podsumowanie**

Kierując się dobrem osób zamieszkujących placówkę całodobowej opieki wskazane byłoby wdrożenie wciąż niezrealizowanych zaleceń oraz standardów opisanych w niniejszym Raporcie.

Zebrane podczas wizytacji informacje zostaną poddane dalszej analizie pod kątem zdiagnozowania ewentualnych nieprawidłowości i problemów systemowych, związanych z działalnością placówek całodobowej opieki oraz ewentualnego sformułowania zaleceń do właściwych organów państwowych.