

Warszawa, dnia 18 kwietnia 2019 r.

KMP.573.1.2019.RK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Domu Seniora
70 PLUS Sp. z o.o. w Konstancynie Łódzkim
(wyciąg)**

1. Wprowadzenie

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), dalej OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 5-6 lutego 2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Mechanizm) wizytował Dom Seniora 70 PLUS sp. z o.o. w Konstancynie Łódzkim, ul. Łódzka 27/29 (dalej: Dom Seniora, placówka).

W skład delegacji KMPT wchodziła: Aleksandra Osińska, Tomasz Górecki (psychologowie), Rafał Kulas (prawnik) oraz Joanna Klara Żuchowska (ekspertka KMPT, doktor nauk medycznych, specjalista chorób wewnętrznych II stopnia), autorka ekspertyzy przygotowanej na potrzeby wizytacji placówki. Wyniki ekspertyzy zostały włączone w treść raportu.

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

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu Domu Seniora, udzielonej przez Urszulę Stefaniak (Dyrektor placówki),
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym pokoi, sanitariatów, jadalni, wyposażenia i terenu rekreacyjnego,
- przeprowadzeniu rozmów z personelem placówki i osobami odwiedzającymi swoich bliskich w Domu Seniora,
- przeprowadzeniu rozmów z mieszkańcami, w tym rozmów indywidualnych, w warunkach zapewniających poufność rozmowy,
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

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

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

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkaniec, pracownik placówki, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację nie może ponieść 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 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. Ogólna charakterystyka placówki

Placówka funkcjonuje od sierpnia 2018 r., w ramach działalności gospodarczej, prowadzonej na podstawie art. 67-69 ustawy o pomocy społecznej¹ przez spółkę prawa handlowego Dom Seniora 70 PLUS Sp. z o.o. z siedzibą w Konstancynie Łódzkim².

¹ Zob. ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1508 tekst jednolity).

² Numer KRS: 0000738671.

Zezwolenie na działalność na czas nieokreślony, wydał w formie decyzji Wojewoda Łódzki³.

Dom Seniora mieści się w dwupiętrowym budynku, dzierżawionym przez spółkę. Poprzednio mieścił się tam dom opieki prowadzony przez inny podmiot gospodarczy, który w lipcu 2018 r. zakończył działalność.

Placówka jest przeznaczona dla 84 osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych lub osób w podeszłym wieku. W dniach wizytacji KMPT przebywało w niej 60 mieszkańców. Nie było wśród nich osób ubezwłasnowolnionych.

Średni wiek mieszkańców wynosi ok. 80-83 lat. Najmłodsza mieszkanka miała 73 lata, najstarsze dwie – 100 lat. Jedna osoba była całkowicie leżąca, zaś około 10 mieszkańców poruszało się za pomocą wózków inwalidzkich.

Do placówki poza pobydami stałymi przyjmowane są osoby na pobyt czasowy (np. po leczeniu szpitalnym lub zabiegu operacyjnym). Nie przyjmuje się osób chorych psychicznie, osób z chorobą alkoholową, jak również osób w ciężkim stanie, kwalifikujących się do ZOL-u lub leczenia szpitalnego.

Koszt pobytu mieszkańca jest uzależniony od liczby osób w pokoju. W przypadku pokoju 1 osobowego opłata miesięczna wynosi 4.200 zł, w przypadku 2 osobowego – 3.900 zł, 3 osobowego – 3.600 zł. Kwota ta obejmuje utrzymanie mieszkańca, podstawową opiekę medyczną (realizowaną przez lekarza rodzinnego i pielęgniarkę), zlecone przez lekarza: środki farmaceutyczne i zabiegi rehabilitacyjne oraz zajęcia terapeutyczne.

Mieszkaniec ponosi dodatkowe koszty związane z zakupem środków farmaceutycznych, pieluch oraz dodatkowymi zabiegami i leczeniem specjalistycznym, nie objętym refundacją Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Dobre praktyki

Za dobre praktyki, warte naśladowania przez inne placówki całodobowej opieki uznano:

- Zatrudnienie farmaceuty, który zajmuje się przygotowaniem i rozkładaniem leków, co odciąża pielęgniarki w ich codziennej pracy i minimalizuje ryzyko pomyłki przy rozkładaniu leków. Leki dla każdego pacjenta znajdują się w koszyczkach podpisanych imieniem i nazwiskiem mieszkańca. Następnie są one rozkładane (w oparciu o indywidualne karty zleceń) do specjalnych plastikowych

³ Decyzja z dnia 30 sierpnia 2018 r., nr RPS-III.9423.15.2018; nr w rejestrze RPS-III.9420.33.2018).

pudełek z przegródkami (także podpisanych imieniem i nazwiskiem).

Tak przygotowane leki dostarczane są do dyżurki pielęgniarskiej;

- Bezpłatne szczepienie wszystkich mieszkańców przeciwko grypie;
- Zapewnienie mieszkańcom bezpłatnych usług kosmetycznych i fryzjerskich;
- Umieszczenie na wizytówkach mieszkańców znajdujących się na stolikach w jadalni, ich preferencji kulinarnych, np. *gorzkie DC; pieczywo – ciemne*.

5. Legalność pobytu

Podstawą przyjęcia do Domu Seniora jest umowa o świadczenie usług zawierana pomiędzy: spółką Dom Seniora 70 PLUS sp. z o.o. (reprezentowaną przez prezesa zarządu, zwanego w treści umów Zleceniobiorcą) oraz działającymi solidarnie: mieszkańcem i opiekunem (zwanymi odpowiednio Mieszkańcem i Zleceniodawcą). Stosowany jest jednolity wzór umów. Umowy zawierane są przeważnie na czas nieokreślony. Treść umów nie budzi wątpliwości KMPT.

6. Traktowanie mieszkańców

Delegacja KMPT nie odnotowała sygnałów świadczących o złym traktowaniu mieszkańców. Przeciwnie, opinie na temat personelu były bardzo ciepłe i serdeczne. Podczas dwudniowej wizyty delegacji KMPT pokoje pozostawały otwarte, mieszkańcy mogli się socjalizować w ciągu dnia i spędzać czas w salach dziennego pobytu. Personel starał się aktywizować mieszkańców do opuszczania swoich pokoi. Atmosfera w placówce sprawiała wrażenie życzliwej, pełnej szacunku do drugiego człowieka i przychylnej mieszkańcom.

W placówce obowiązują jednak ograniczenia związane z wychodzeniem mieszkańców z budynku. Samodzielne wyjście mieszkańca, niezależnie od jego stanu psychofizycznego, nie jest możliwe (drzwi do placówki są zamknięte i są otwierane przez portiera). Mieszkaniec może opuścić placówkę wyłącznie w towarzystwie członka rodziny lub opiekuna. Wyjście i powrót są odnotowywane w specjalnym zeszycie, znajdującym się w portierni. Delegacja nie zauważyła jednocześnie, by ktokolwiek z mieszkańców wychodził w czasie wizyty na świeże powietrze, na znajdujący się na terenie placówki plac rekreacyjny, mimo iż na zewnątrz panowały dobre warunki atmosferyczne.

KMPT widzi konieczność zmiany praktyki w powyższym zakresie. Mieszkańcy powinni mieć możliwość codziennego dostępu do świeżego powietrza, jeśli nie ma ku temu

indywidualnych przeciwwskazań zdrowotnych. Jedynymi czynnikami brany pod uwagę przy wydawaniu decyzji o możliwości samodzielnych wyjść powinny być wola mieszkańca oraz stan jego zdrowia. Opinia o stanie zdrowia mieszkańca stanowiąca podstawę do ograniczenia swobody w zakresie opuszczania placówki powinna być sporządzona przez lekarza (np. internistę, geriatrę) lub lekarza psychiatrę, posiłkujących się w razie możliwości opinią psychologa, z uwagi, iż są to jedyne osoby uprawnione do oceny stanu psychosomatycznego pensjonariuszy⁴. Zgodnie bowiem z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich należy do kompetencji lekarza, a więc osoby posiadającej wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami⁵.

Dostęp do świeżego powietrza powinien być również zapewniony leżącym mieszkańcom domu i mógłby się odbyć za pomocą łóżka z kółkami lub wózka inwalidzkiego.

W ocenie Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) mieszkańcy powinni mieć możliwość codziennego dostępu do świeżego powietrza⁶. Wizytując w 2009 r. jeden z polskich domów pomocy społecznej Komitet zalecił podjęcie kroków, w celu zapewnienia niezbędnej pomocy mieszkańcom, aby mogli oni skutecznie korzystać z co najmniej jednej godziny dziennie zajęć na świeżym powietrzu, o ile stan zdrowia im na to zezwala⁷.

Delegacja KMPT zwróciła też uwagę, że w przypadku niektórych pacjentów poruszających się na wózkach są oni dodatkowo zabezpieczani przed wypadnięciem specjalnymi pasami. Nie jest to jednak forma przymusu bezpośredniego, a rozwiązanie służące wyłącznie ochronie przed upadkiem. Rozwiązanie to nie jest jednak odnotowywane w dokumentacji. KMPT widzi potrzebę udoskonalenia praktyki w tym zakresie. Aby zapobiec w przyszłości ewentualnym nadużyciom warto, by każde tego typu zabezpieczenie było zlecone przez lekarza i odnotowywane w dokumentacji medycznej

⁴ Powyższy problem był też opisywany w odniesieniu do domów pomocy społecznej. Zobacz raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur pt. *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami*?, Warszawa 2017, s. 71. Raport dostępny pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/raport-kmpt-prawa-mieszkanow-domow-pomocy-spoecznej>

⁵ Zob. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r., poz. 617 tekst jednolity), art. 2 ust. 1.

⁶ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Zob. Raporty CPT z wizyt w: Bułgarii [CPT/Inf (2018) 15, § 165-166], Mołdawii [CPT/Inf (2016) 16, § 183], Serbii [CPT/Inf (2016) 21, § 196], Estonii [CPT/Inf (2014) 1, § 117], Azerbejdżanie [CPT/Inf (2018) 9, § 137], Polsce [CPT/Inf (2011) 20, § 152].

⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce [CPT/Inf (2011) 20, § 152].

pacjenta, z podpisem lekarza. Optymalnym rozwiązaniem byłoby również opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi niestandardowych form opieki. W procedurze takiej należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z pacjentem, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, tj. lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańców oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujednoczyć praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie warto też przypomnieć, że wszelkie zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z poszanowaniem godności człowieka i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.

KMPT zwraca też uwagę na konieczność zaprowadzenia ewidencji stosowania przymusu bezpośredniego, stosowanego na terenie placówki. Mimo iż kadra Domu Seniora nie posiada uprawnień do stosowania przymusu (i nie jest on w praktyce stosowany, co potwierdzali mieszkańcy i personel) przepisy prawa przewidują obowiązek zaprowadzenia ewidencji przymusu stosowanej przez inne, uprawnione służby⁸. Zaprowadzenie takiej ewidencji ma walor transparentności, służy kontroli częstotliwości i prawidłowości stosowania środka przez uprawnione podmioty. Stanowi więc ważne zabezpieczenie służące ochronie pensjonariuszy przed niewłaściwym traktowaniem.

7. Warunki bytowe

Warunki bytowe w placówce delegacja KMPT oceniła jako dobre. Mieszkańcy przebywali w pokojach 1-3 osobowych, z własną łazienką. Pokoje były czyste, odpowiednio oświetlone i urządzone. W niektórych pokojach mieszkańcy posiadali zdjęcia swoich bliskich i własne meble.

Mieszkańcy posiadali dostęp do sygnalizacji przywoławczej (w postaci przenośnych przycisków), umożliwiającej kontakt z personelem.

Niektóre pomieszczenia nosiły jednak ślady wyeksploatowania (szczególnie widoczne na stołówce i niektórych pokojach na parterze). Delegacja została poinformowana o planowanym remoncie obiektu i jego rozbudowie, co oceniono

⁸ Zob. art. 68a pkt. 1 lit. d. ustawy o pomocy społecznej.

pozytywnie. W opinii KMPT konieczne są systematyczne działania remontowe. Standard pomieszczeń ma bowiem bezpośredni wpływ na samopoczucie podopiecznych i warunki pracy personelu.

8. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Pomieszczenia nie posiadają progów, korytarze i drzwi umożliwiają swobodny przejazd wózkiem, toalety posiadają ułatwienia w postaci poręczy. Mieszkańcy mają też do dyspozycji wózki inwalidzkie i inny sprzęt (balkoniki, chodziki, laski) oraz wewnętrzną windę.

Delegacja KMPT zwróciła jednak uwagę na brodziki w sanitariatach, zbyt wysoko usytuowane lustra i przyciski (w rezultacie osoba poruszająca się na wózku nie może z nich samodzielnie skorzystać), małą przestrzeń manewrową w toaletach. Ponadto winda była mała (mogła pomieścić maksymalnie jedną osobę na wózku i opiekuna) i trudna w obsłudze dla mieszkańców, co w połączeniu z brakiem stałej osoby do obsługi sprawiało, że przejazd nią zajmował mieszkańcom od kilku do kilkunastu minut.

KMPT uznaje za konieczne modernizację obiektu, w celu pełnego przystosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, tak by osoby te mogły swobodnie poruszać się po jego terenie i swobodnie korzystać z wszelkich instalacji i urządzeń. W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto pamiętać o następujących zasadach, poprawiających jakość dostosowania:

- łóżka nie powinny być niższe niż 45-55 cm (licząc od powierzchni materaca do podłogi),
- progi i brodziki prysznicowe nie przekraczające 2 cm,
- klamki (w tym klamki okienne), wieszaki, półki, przyciski instalacji przyzywowej, włączniki światła, kontakty etc. zamontowane nie wyżej niż na poziomie 90-120 cm od podłoża,
- tablice informacyjne zawieszane na poziomie umożliwiającym przeczytanie ich treści również przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich,
- przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm powinna zostać zachowana we wszystkich łazienkach i pokojach użytkowanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich,
- w łazienkach wykorzystywanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich warto pamiętać o:

- wskazanej wyżej przestrzeni manewrowej i wysokości brodzika prysznicowego,
- odpowiednio nisko zawieszonych lustrach (najlepiej zaczynających się od poziomu umywalki),
- włącznikach światła, kontaktach, klamkach, dozownikach mydła, wieszakach na papier na wysokości: 90-120 cm,
- wysokości muszli ustępowej: 45-50 cm,
- poręczy w odległości 40 cm od osi muszli, umieszczonej na wysokości: 70-85 cm,
- zastosowaniu w miejsce kurków, baterii umywalkowych, dostępnych dla osób ze słabszymi rękami (dłuższych).

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

9. Personel i ochrona zdrowia

Personel placówki liczy łącznie 33 osoby. Są to m.in. 2 lekarze, 5 pielęgniarek, 12 opiekunów, farmaceutka. Ponadto 6 osób (3 opiekunów, 2 pielęgniarki, terapeuta) pracuje w ramach wolontariatu, po podpisaniu odpowiedniej umowy.

Wszyscy mieszkańcy, po wyrażeniu zgody, zapisani są do lekarzy placówki. Jeden z nich (specjalista medycyny rodzinnej i pierwszego stopnia chorób wewnętrznych) przyjmuje pacjentów 2 razy w tygodniu. Drugi lekarz (specjalista medycyny rodzinnej) przyjmuje pacjentów raz w tygodniu. Wizyty odbywają się na terenie Domu Seniora, w dyżurce lub pokoju mieszkalnym osób leżących.

Żaden z lekarzy specjalistów nie przyjmuje pacjentów na terenie placówki. Terminy konsultacji są zazwyczaj dość odległe. Czas oczekiwania na wizytę wynosi 2-3 miesiące, a w przypadku kardiologa ponad 6 miesięcy. Dużym problemem są konsultacje psychiatryczne. Personel sygnalizował wizytującym, że z uwagi na ograniczoną liczbę specjalistów, duże kolejki i limity przyjęć, placówka może zapisać na wizytę w miesiącu tylko 6 mieszkańców.

KMPT widzi potrzebę podjęcia starań o zwiększenie dostępu mieszkańców do lekarzy specjalistów. Rekomendowanym rozwiązaniem jest zorganizowanie wizyt

na terenie placówki. Dotyczy to zwłaszcza wizyt lekarza psychiatry, gdyż w placówce zdarzają się także sytuacje trudne, w tym przypadki agresji słownej i fizycznej. Takie rozwiązanie pozwoliłoby również na uniknięcie dodatkowych sytuacji stresowych związanych z wyjazdem, oczekiwaniem w zatłoczonej poczekalni, zaś lekarz miałby możliwość poznania środowiska i warunków życia mieszkańców.

Delegacja została poinformowana przez Dyrektora placówki, że planowane są wizyty lekarza psychiatry w placówce, co należy ocenić pozytywnie.

KMPT widzi też potrzebę zapewnienia mieszkańcom stałej opieki psychologa. W Domu nie ma zatrudnionego psychologa. Pomoc w tym zakresie świadczona jest, w wyjątkowych przypadkach, przez wolontariusza i nie ma charakteru zorganizowanego i ciągłego. Wsparcie psychologiczne jest niezwykle istotne zwłaszcza w początkowym okresie pobytu, całkowitej zmiany otoczenia, kiedy to u osoby w podeszłym wieku, może pojawić się poczucie zagubienia, skłonność do stanów depresyjnych, zamykanie się w sobie lub niechęć do nawiązywania kontaktów. Pomoc psychologiczna jest też bardzo ważna w późniejszym okresie funkcjonowania, np. okresie obniżonego nastroju lub trudnych sytuacjach życiowych.

W opinii CPT personel domów opieki powinien składać się z wystarczającej liczby wykwalifikowanych pracowników (pielęgniarek, psychologów, wychowawców i pracowników socjalnych), zdolnych do zapewnienia odpowiedniej opieki i spełniania potrzeb mieszkańców⁹.

Z kolei w opinii Podkomitetu ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT) regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób przebywających w miejscach zatrzymań ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania. W związku z tym SPT proponuje rutynowe badania zdrowia psychicznego, po umieszczeniu w miejscu zatrzymania i uwzględnianie oceny zdrowia psychicznego w codziennych kontrolach, przeprowadzanych przez odpowiednio wyszkolony personel. Ponadto Państwo powinno zapewnić osobom pozbawionym wolności szybki dostęp do usług i programów zdrowia psychicznego, w tym dostęp do psychiatry, po skierowaniu przez personel lub samodzielny wniosek zatrzymanego¹⁰.

⁹ Zob. Raporty CPT z wizyt w Azerbejdżanie [CPT/Inf (2018) 35, § 192], Litwie [CPT/Inf (2017) 16, § 147], Ukrainie [CPT/Inf (2018) 41, § 163].

¹⁰ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie [CAT/OP/UKR/3, § 30 i 32].

KMPT widzi konieczność zapewnienia mieszkańcom opieki pielęgniarstwa w godzinach nocnych. Praca zespołu opiekuńczego oparta jest na 12 godzinnym systemie zmianowym (7.00-19.00; 19.00-7.00). Na rannej zmianie obecnych jest 4-5 opiekunów oraz 2 pielęgniarki. Poza tym w godzinach 8:00-14:00 obecna jest przełożona pielęgniarek, zaś w godzinach 15:00-21:00 dodatkowo pielęgniarka. Na zmianie nocnej pozostaje 2 lub 3 opiekunów, pielęgniarki w nocy nie dyżurują. W nagłych przypadkach wzywane jest pogotowie lub nocna pomoc lekarska.

Mając na względzie bezpieczeństwo mieszkańców, konieczność zapewnienia im szybkiej, fachowej pomocy medycznej, a także zalecenia CPT, który rekomenduje zapewnienie mieszkańcom domów opieki, opieki pielęgniarstwa również w nocy¹¹, warto by podmiot prowadzący placówkę rozważył tę kwestię.

Rehabilitacją mieszkańców zajmuje się pracownik firmy zewnętrznej, który prowadzi w pokojach mieszkańców zajęcia indywidualne: terapię manualną, gimnastykę usprawniającą, masaż. Wykonywane są również niektóre zabiegi z fizykoterapii: laser, prądy interferencyjne, ultradźwięki (aparatura jest własnością firmy zewnętrznej). W placówce dostępny jest drobny sprzęt: piłeczki, rotor. Zabiegi zlecane są przez lekarzy przyjmujących w placówce oraz miejskich. W placówce nie ma sali rehabilitacji.

W ocenie KMPT zorganizowanie gimnastyki grupowej pomogłoby w zwiększeniu aktywności ruchowej mieszkańców, zwłaszcza w okresie jesienno-zimowym. Zajęcia mogłyby się odbywać w salach dziennego pobytu i dużej sali na parterze, zaś w ciepłe dni, również na zewnątrz.

Kąpiel osób leżących odbywa się wyłącznie w łóżku. Wskazaniem byłoby zakupienie wózka kąpielowego, który ułatwiłby mieszkańcom korzystanie z toalety.

W czasie wizytacji na terenie Domu Seniora nie było zatrudnionego terapeuty zajęciowego. Z wyjaśnień Dyrektora placówki wynikało, że wakat ten ma miejsce od lutego 2019 r. i powodowany jest niską jakością pracy poprzedniego terapeuty. Do czasu znalezienia nowego terapeuty zajęciowego, czas mieszkańcom organizuje wolontariuszka. Zajęcia (np. biblioterapia, wspólne śpiewanie, taniec) odbywają się raz w tygodniu przez okres 2 godzin. W pozostałe dni personel stara się w miarę możliwości organizować czas mieszkańcom w postaci rysunków, gier planszowych, oglądania telewizji. Dostępne są także książki i prasa. Jest to jednak rozwiązanie niewystarczające.

¹¹ Zob. Raporty CPT z wizyt w Estonii [CPT/Inf (2014) 1, § 127], Bułgarii [CPT/Inf (2012) 9, § 196-197], Macedonii [CPT/Inf (2012) 4, § 136 i 139].

W czasie wizytacji delegacji KMPT mieszkańcy przebywali na salach dziennego pobytu, zlokalizowanych na korytarzu. Wśród pacjentów panowała cisza, nikt nie rozmawiał, część mieszkańców drzemała. Nie było w tym czasie organizowanych żadnych form aktywności dla pensjonariuszy i dało się odczuć powszechną apatię i marazm. KMPT widzi potrzebę zatrudnienia terapeuty zajęciowego i zapewnienia mieszkańcom zorganizowanych zajęć w godzinach rannych i popołudniowych.

Z przekazanych wizytującym informacji wynika, że pielęgniarki mają długoletni staż w przychodniach i domach pomocy społecznej. Ponadto dwie pielęgniarki mają specjalizację psychiatryczną i geriatryczną. Wszystkie pielęgniarki mają ukończone kursy i szkolenia w Okręgowej Izbie Pielęgniarskiej. Powyższe kwalifikacje należy ocenić pozytywnie. Jednakże personel opiekuńczy, pomimo swojego niewątpliwego zaangażowania, nie posiada wykształcenia specjalistycznego. Ponadto jak ustaliła delegacja, pracownicy organizują sobie kursy i szkolenia we własnym zakresie.

KMPT widzi potrzebę merytorycznego wsparcia pracowników. Szkolenie personelu jest bowiem mechanizmem zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Jest to szczególnie istotne w przypadku instytucji opiekuńczych, gdzie z uwagi na stan zdrowotny pacjentów występują sytuacje trudne, w tym agresja werbalna i fizyczna. Wymaga to od pracowników wysokiego poziomu merytorycznego i profesjonalizmu, skutecznego radzenia sobie z trudnymi zachowaniami (z poszanowaniem godności i praw człowieka), ale też mechanizmów obronnych przed obciążeniem psychicznym i wypaleniem zawodowym.

CPT wskazuje, że mając na uwadze trudny charakter pracy, niezwykle ważne jest, aby personel placówek opiekuńczych miał zapewnione wstępne i ciągłe szkolenia, których potrzebuje, by prawidłowo wykonywać swoje obowiązki¹².

W celu wzmocnienia kompetencji pracowników i tym samym ochrony przebywających w niej mieszkańców przed niewłaściwym traktowaniem zalecane byłoby zorganizowanie szkoleń z zakresu: pierwszej pomocy, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

¹² Zob. Raporty CPT z wizyt w Macedonii [CPT/Inf (2012) 4, § 137 i 139] i na Cyprze [CPT/Inf (2012) 34, § 146-147].

KMPT zaleca też rozważenie zorganizowania regularnych superwizji, pozwalających na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych. Taka forma konsultacji może również przyczynić się do zapobieżenia wypaleniu zawodowemu i podniesienia jakości pracy personelu.

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).

Placówka nie dysponuje specjalistycznym środkiem transportu. W razie potrzeby (np. konsultacji specjalistycznych) prezes spółki zawozi mieszkańca własnym autem. KMPT zachęca do refleksji w tym zakresie. Pojazdy używane do przewozu mieszkańców powinny uwzględniać ich stan zdrowia, ograniczenia fizyczne i niepełnosprawności oraz wskazania lekarskie. W razie potrzeby należy zapewnić mieszkańcom specjalistyczny środek transportu (np. przystosowany do przewozu osób poruszających się na wózku inwalidzkim) lub transport sanitarny. Warto dołożyć wszelkich starań, by przewóz pensjonariuszy nie narażał ich na niepotrzebne trudności fizyczne.

10. Dokumentowanie obrażeń

Każdy nowy mieszkaniec w dniu przyjęcia jest badany przez pielęgniarkę i ma przeprowadzany wywiad. Wizyta lekarska ma miejsce w pierwszych dniach pobytu, w zależności od dostępności lekarza. Ewentualne obrażenia są odnotowywane w raporcie pielęgniarskim.

W ocenie KMPT wszelkie obrażenia (np. rany, siniaki, zadrapania, odleżyny) należy dokumentować na specjalnym formularzu przewidzianym do tego celu, z wykresami ciała do oznakowania urazów (tzw. mapy/schematy ciała), który będzie przechowywany w dokumentacji medycznej mieszkańca. Pożądane jest także fotografowanie obrażeń i przechowywanie zdjęć w dokumentacji medycznej. Informacje te powinny być aktualizowane po każdej dłuższej nieobecności mieszkańca w placówce (np. z powodu hospitalizacji) lub powrotu z miejsc, gdzie mieszkańcy mogli

doświadczyć przemocy (np. podczas doprowadzenia lub zatrzymania przez Policję, pobytu na komisariacie itp.). W przypadku stwierdzenia przemocy należy zawsze zawiadomić o tym Prokuratora lub Policję¹³.

W ocenie KMPT pomocnym narzędziem w pracy personelu placówki, w tym w szczególności personelu medycznego, może być *Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół Stambulski)*¹⁴. Zawiera on praktyczne informacje, adresowane między innymi do personelu medycznego i psychologów, w zakresie metod tortur, ich objawów, sposobów identyfikacji, realizacji badania medycznego i dokumentowania śladów przemocy. Skupia się również na barierach psychologicznych mogących pojawić się w relacjach z ofiarami oraz kwestiach etycznych (w tym etyce lekarskiej). Stosowanie Protokołu Stambulskiego zalecane jest przez SPT państwom będącym sygnatariuszami OPCAT¹⁵.

KMPT widzi potrzebę zapoznania personelu placówki z treścią Protokołu Stambulskiego (w szczególności personelu medycznego i psychologa) oraz stosowania zawartych tam wskazówek podczas badań, dokumentowania urazów, oddziaływań psychologicznych i innych, codziennych obowiązków.

11. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

Prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur i złego traktowania. Otrzymanie przez mieszkańca zrozumiałych informacji o istotnych dla niego kwestiach (np. przysługujących prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg) zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną rolę w zabezpieczeniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy. Dlatego niezwykle ważne jest, by wszelkie informacje w tym zakresie były widoczne i czytelne, zarówno dla mieszkańców, osób odwiedzających, jak i personelu.

¹³ Powyższy standard rekomenduje również CPT. Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2013), § 71-84], Raporty CPT z wizyt w Serbii [CPT/Inf (2016) 21, § 22, 27, 50, 81] i w Polsce [CPT/Inf (2018) 39, § 80] oraz [CPT/Inf (2014) 21, § 78].

¹⁴ Dokument dostępny jest w polskiej wersji językowej na stronie: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protok%C3%B3%C5%82-stambulski-podr%C4%99cznik-skutecznego-badania-i-dokumentowania-tortur-oraz-innego-okrutnego>

¹⁵ 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].

Przed wejściem do placówki znajduje się tablica zawierająca nazwę spółki, jej adres i numer zezwolenia na prowadzenie działalności gospodarczej. Brak było informacji o rodzaju posiadanego zezwolenia, która to informacja jest wymagana ustawą¹⁶. Ponadto na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku, powinny zostać umieszczone informacje dotyczące zakresu działalności prowadzonej w placówce, podmiocie prowadzącym, w tym informacja o siedzibie¹⁷. KMPT zwraca się o uzupełnienie powyższych informacji.

W placówce funkcjonuje Regulamin, który jest podpisywany przez mieszkańca, opiekuna i prezesa zarządu spółki prowadzącej Dom Seniora. Jego zapisy są czytelne i precyzyjne.

Na terenie placówki nie ma wyeksponowanych informacji o sposobie składania skarg. Nie funkcjonuje też rejestr skarg. Wszelkie sugestie i uwagi pensjonariuszy i opiekunów odbywają się w formie ustnej konsultacji i są na bieżąco załatwiane. Z relacji personelu wynika, że mieszkańcy i ich rodziny nie zgłaszali żadnych skarg.

KMPT uważa za wysoce pożądane założenie rejestru skarg, który powinien mieć charakter poufny i dostępny wyłącznie dla dyrektora placówki, ewentualnie wyznaczonego pracownika. Niewłaściwe byłoby funkcjonowanie rejestru dostępnego dla wszystkich pracowników. Rozwiązanie takie mogłoby wręcz zniechęcić do składania skarg, w obawie przed ujawnieniem osoby zgłaszającej i możliwymi represjami. Funkcjonowanie rejestru skarg pozwoli na odnotowanie problemów pojawiających się w placówce, co ułatwi zarządzanie takimi incydentami oraz sprawowanie nadzoru nad częstotliwością ich występowania. Jak bowiem wskazuje CPT brak skarg nie musi być koniecznie uznawany za pozytywny. Przeciwnie, może to oznaczać niebezpieczne środowisko w placówce lub brak zaufania do systemu skargowego¹⁸.

KMPT widzi potrzebę wyeksponowania w widocznym miejscu na terenie Domu Seniora (np. w holu przy wejściu głównym lub przestrzeniach wspólnych) wykazu instytucji ochrony praw człowieka i instytucji kontrolnych (wraz z adresami i numerami telefonów), do których mogłyby zwrócić się osoby zamieszkujące Dom lub ich rodziny, w przypadku naruszenia praw pensjonariuszy. Przykładowo do takich instytucji można zaliczyć: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz nr bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), Rzecznika Praw Pacjenta, Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi (Wydział Rodzinny i Polityki Społecznej), Państwowego

¹⁶ Zob. art. 68a ust. 2 ustawy o pomocy społecznej.

¹⁷ Zob. art. 68a ust. 3 ustawy o pomocy społecznej.

¹⁸ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2018) 4, § 91].

Powiatowego Inspektora Sanitarnego, Prokuraturę, Policję, organizacje pozarządowe (np. Helsińską Fundację Praw Człowieka).

CPT w swoim ostatnim sprawozdaniu rocznym podkreślił znaczenie dostępu do mechanizmów skargowych jako fundamentalnej gwarancji ochronnej przed niewłaściwym traktowaniem. Efektywne działanie takich mechanizmów może 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. Dlatego też mieszkańcy palcówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi¹⁹.

Niezwykle ważne jest więc, aby w każdym miejscu odosobnienia funkcjonował wewnętrzny mechanizm składania skarg. Oczywiście, składający skargę powinni mieć możliwość bezpośredniego zwrócenia się do zewnętrznych organów ds. skarg. Skargi z kolei powinny być rozpatrywane szybko i dokładnie zgodnie z jasną procedurą, która chroni daną osobę przed możliwym zastraszeniem lub represjami²⁰.

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)²¹.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, nieletnich, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczącymi się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców²².

Szczególnie ważne jest więc, by mieszkańcy zostali w sposób dla nich zrozumiały pouczeni o tym, że przysługuje im prawo do zwrócenia się z wnioskiem do określonych instytucji i organizacji, a także mieli wiedzę o tych instytucjach.

W swoich standardach dotyczących dostępu do mechanizmów skargowych CPT podkreśla także, że personel na wszystkich poziomach powinien otrzymać jasny komunikat, że wszelkie próby uniemożliwienia dotarcia skarg do odpowiednich organów,

¹⁹ Tamże, § 68-91.

²⁰ Tamże, § 68-91.

²¹ Tamże, § 79.

²² Tamże, § 83.

działania polegające na zastraszaniu lub odwecie nie będą tolerowane i będą podlegały odpowiednim sankcjom²³. Pracownicy, którzy sprawują bezpośredni nadzór nad osobami pozbawionymi wolności, nie powinni mieć też możliwości filtrowania skarg²⁴.

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 zarządzania²⁵.

12. Podsumowanie

Mając na względzie potrzebę ochrony mieszkańców Domu Seniora przed torturami, niehumanicznym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, wskazane w ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, byłoby wdrożenie standardów opisanych w niniejszym raporcie.

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

²³ Tamże, § 85.

²⁴ Tamże, § 84.

²⁵ Tamże, § 90.