



Warszawa, 08-01-2024 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.573.16.2023.OR

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Placówki Całodobowej Opieki „Rodzinny Dom Opieki” w Starych Babicach
(ul. Warszawska 233)**

1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)¹. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT, Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)².

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

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 2022 r., Część II – Jak pracuje KMPT?, dostęp: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-11/Raport_roczny_KMPT_2022_dostepny.pdf.

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

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

⁸ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt. 6. Zob. również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, New York and Geneva 2018, s. 4–6.

⁹ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

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 8–9 listopada 2023 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację placówki całodobowej opieki „Rodzinny Dom Opieki” przy ul. Warszawskiej 233 w Starych Babicach (dalej: PCO, placówka, Dom). W skład zespołu wizytującego wchodziła: Dorota Krzysztoń (politolożka), Paweł Borkowski i Oliwia Rybczyńska (prawnicy). Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w placówce, by wzmocnić, jeśli to niezbędne, ich ochronę przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawić rekomendacje właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków zapewnionych osobom pozbawionym wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, w zgodzie z odpowiednimi standardami organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

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

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowali właściciela 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. Ogólna charakterystyka placówki

Placówka działa na podstawie decyzji Wojewody Mazowieckiego nr 5/2008 z dnia 10 lipca 2008 r., wyrażającej zgodę na prowadzenie placówki na czas nieokreślony.

Kolejną decyzją nr 109/2019 z dnia 7 sierpnia 2019 r. Wojewoda Mazowiecki wyraził zgodę na zwiększenie liczby miejsc w placówce do 26 osób.

Dom zapewnia całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku. Placówka przeznaczona jest zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. W dniu wizytacji w placówce przebywało 19 osób, w tym 4 mężczyzn i 15 kobiet. Według informacji uzyskanej od właściciela placówki w sprawie jednej osoby toczyło się postępowanie o ubezwłasnowolnienie.

Dom prowadzony jest na parterze budynku wielopiętrowego. Budynek pozbawiony jest barier architektonicznych. Pensjonariusze mają możliwość zakwaterowania w jedno-, dwu-, lub trzyosobowych pokojach. Kilka pokoi wyposażonych jest w łazienkę, pozostałe znajdują się w korytarzach. Koszt pobytu wynosi 4300 zł, niezależnie od zajmowanego pokoju. Mieszkańcy mogą korzystać z ogrodu oraz tarasu przed budynkiem.

5. Problemy systemowe

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

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 na sprawowanie opieki w placówce 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.

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.

Pożądaną byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. poprzez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażanej w trybie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁰ czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym¹¹. Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony osób przyjmowanych do takich placówek, które to osoby obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

¹⁰ Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 ze zm.).

¹¹ Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r., poz. 2123).

Rzecznik Praw Obywatelskich na początku 2022 r. wystosował w tej sprawie wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹². Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy MRiPS oraz Ministerstwem Sprawiedliwości¹³. Sprawa nadal pozostaje w zainteresowaniu RPO oraz KMPT.

Warto w tym miejscu wskazać, że także Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (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 sądu¹⁴.

5.2. Monitoring wizyjny

Na terenie placówki zainstalowano monitoring wizyjny. Kamery znajdowały się w częściach wspólnych, a dostęp do podglądu z monitoringu mieli jedynie właściciele placówki. Podgląd z monitoringu znajdował się w części budynku zamieszkaney przez właścicieli. Według ustaleń poczynionych przez pracowników KMPT mieszkańcy nie mieli świadomości istnienia monitoringu. W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że kwestia stosowania monitoringu w placówkach całodobowej opieki od kilku lat jest przedmiotem analizy KMPT.

Z jednej strony rozwiązanie to służy niewątpliwie poprawie bezpieczeństwa w placówce i samych pensjonariuszy. Warto jednak podkreślić, że monitorowanie tego typu placówek może stanowić formę ingerencji w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku.

¹² Zob. Wystąpienie generalne RPO z 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022.KK.

¹³ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25 lutego 2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP.

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

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 społecznej¹⁵ przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań¹⁶. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.¹⁷ Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Legalność pobytu osób zdolnych do wyrażenia zgody na pobyt

Umowa na sprawowanie opieki w placówce zawierana jest między jej właścicielem a opiekunem faktycznym osoby umieszczanej w Domu. Mimo iż umowa ma charakter dwustronny, zawiera ona trzy miejsca na podpis, uwzględniając tym samym podpis mieszkańca domu, który nie jest stroną umowy. Według informacji uzyskanej od właściciela podpis pod umową składają mieszkańcy, których stan zdrowia pozwala na świadome zapoznanie się z umową.

Należy jednak zauważyć, iż wśród umów przeanalizowanych podczas wizytacji znalazły się umowy, które nie zawierały podpisu osoby umieszczanej w placówce, mimo że wizytatorzy KMPT uznali, iż osoby te pozostawały w stanie zdrowia pozwalającym na świadome zapoznanie się z treścią umowy.

¹⁵ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 ze zm.).

¹⁶ Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

¹⁷ Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

Konstrukcja umowy, którą posługuje się placówka, nie pozwala stwierdzić, jaka jest faktyczna rola pensjonariusza podczas podpisywania umowy. Jako że nie jest on uwzględniony jako jedna ze stron umowy w jej komparacji, nie sposób ustalić, jak należy interpretować jego podpis pod umową. Wzmianka o pensjonariuszu pojawia się jedynie w rubryce „przedmiot umowy”, co już samo w sobie rodzi pytania o podmiotowość pensjonariusza w procesie decyzyjnym mającym na celu umieszczenie go w placówce.

W związku z tym KMPT zaleca, by w przyszłości konstruować umowy w sposób pozwalający ustalić, czy pensjonariusz występuje w niej jako strona, czy też jego podpis stanowi jedynie oświadczenie woli o wyrażeniu zgody na pobyt w placówce. Taka zmiana umożliwi zachowanie transparentności procesu przyjmowania pensjonariuszy do placówki i pozwoli uniknąć zarzutów, że pensjonariusze przebywają w placówce niedobrowolnie.

Osobom, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem (z uwagi na stan zdrowia uniemożliwiający pisanie), należy umożliwić złożenie tuszowego odcisku palca¹⁸.

6.2. Kontakt ze światem zewnętrznym

W chwili wizytacji żaden z mieszkańców nie miał możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki. Wizytatorzy zaobserwowali, że mieszkańcy spędzają czas w pokoju dziennym bądź we własnych pokojach, jednak według zapewnień właściciela pensjonariusze przebywają również na dworze, gdy pogoda na to pozwala. KMPT pragnie zwrócić uwagę, iż zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, do usług

¹⁸ Zgodnie z art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2023 r. poz. 1610 ze 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”.

opiekuńczych świadczonych w tego typu placówkach zaliczyć należy także zapewnienie pensjonariuszom kontaktów z otoczeniem¹⁹.

Według informacji przekazanych przez właściciela, żaden pensjonariusz nie opuszcza samodzielnie placówki. Wizytatorzy KMPT otrzymali jednak sygnały, iż pensjonariusze chcieliby wychodzić poza teren Domu. Właściciele placówki nie organizowali wyjść poza jej teren, a każdorazowe wyjście pensjonariusza uzależnione było od woli rodziny.

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 na zasadność takiego ograniczenia. Do obowiązków osoby kierującej placówką należy także przekazanie informacji o ograniczeniu samodzielnych wyjść poza teren domu opieki do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka²⁰.

W trakcie wizytacji w dokumentacji pensjonariuszy nie znajdowały się wspomniane zaświadczenia lekarskie. Co prawda, jak przekazał właściciel Domu, do placówki nie są przyjmowane osoby z zaburzeniami psychicznymi, jednak wizytatorzy odnotowali co najmniej kilka przypadków pacjentów, z których dokumentacji medycznej wynikało, że cierpią na otępienie w przebiegu choroby Alzheimera. Oznacza to, że w przypadku takich pacjentów lekarz mógłby rozważyć wydanie odpowiedniego zaświadczenia lekarskiego, stanowiącego podstawę do wydania decyzji przez właściciela placówki.

¹⁹ Art. 68 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

²⁰ Art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej.

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.

6.3. Mechanizm skargowy

W trakcie wizytacji placówka nie posiadała rejestru skarg i wniosków mieszkańców oraz nie prowadziła zeszytu skarg, nie udostępniała też skrzynki na pisma kierowane przez mieszkańców.

Należy 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 placówką²¹.

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

²¹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, p. 68-91.

w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)²².

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczących się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku danego kraju, w tym cudzoziemców²³. 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 skarg²⁴.

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.

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.

6.4. Prawo do informacji

²² Tamże, p. 79.

²³ Tamże, p. 83.

²⁴ Tamże, p. 91.

W trakcie wizytacji w placówce nie zauważono, by w przestrzeniach wspólnych wyeksponowane były informacje, do kogo mieszkańcy mogą się zwrócić w razie naruszenia ich praw.

Należy zauważyć, iż ustawa o pomocy społecznej nakłada na właścicieli placówki obowiązek umieszczenia na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku informacji dotyczącej numeru placówki w rejestrze placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku oraz numerów alarmowych. Ponadto od 1 listopada 2023 r. na tablicy ogłoszeń należy również umieścić dane teleadresowe organów, właściwych miejscowo instytucji i organizacji działających w zakresie wolności i praw człowieka oraz instytucji kontrolnych, w szczególności:

- Rzecznika Praw Obywatelskich,
- Rzecznika Praw Pacjenta,
- państwowego powiatowego inspektora sanitarnego,
- właściwego do spraw pomocy społecznej wydziału urzędu wojewódzkiego,
- właściwego ze względu na miejsce położenia placówki ośrodka pomocy społecznej,
- prokuratury rejonowej,
- sądu opiekuńczego²⁵.

W Domu nie funkcjonował również żaden regulamin czy karta praw mieszkańca, w których znajdowałyby się informacje dotyczące zasad panujących w placówce. Wizytatorzy nie odnotowali również, by w widocznym miejscu wywieszono rozkład dnia lub plan zajęć. Jak podkreśla CPT, chociaż niektórzy mieszkańcy mają trudności ze zrozumieniem i komunikacją, w miarę możliwości powinni być informowani o swoich

²⁵ Art. 68a pkt 3 ustawy o pomocy społecznej.

prawach, w razie potrzeby przy użyciu powtarzających się, uproszczonych, zindywidualizowanych formatów werbalnych²⁶.

W związku z tym KMPT zaleca, by umieścić na tablicy ogłoszeń wewnątrz budynku wyżej wskazane informacje, zgodnie z obowiązkiem nałożonym przez art. 68a pkt 3 ustawy o pomocy społecznej.

6.5. Opieka medyczna

6.5.1. Dokumentowanie obrażeń

Nowo przyjmowani mieszkańcy nie są badani przez lekarza ani pielęgniarkę. Przy przyjęciu ewentualne obrażenia dokumentowane są w formie opisowej w raportach pielęgniarki. Lekarz bada pacjentów w placówce jedynie raz bądź dwa razy w miesiącu. To zaś oznacza, że nowo przyjęty pacjent może czekać nawet kilka tygodni na pierwsze badanie przez lekarza.

Dom nie współpracuje również z lekarzami specjalistami (np. geriatrą bądź psychiatrą) i pozostawia opiekę specjalistyczną w gestii rodziny. Zgodnie z informacjami uzyskanymi od właściciela placówki sporadycznie organizują oni pomoc w zakresie umówienia wizyty u lekarza specjalisty.

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

²⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Chorwacji, CPT/Inf (2023) 30, § 265.

udokumentowania może zadziałać odstrasza­jąco na osoby rozważające użycie przemocy wobec mieszkań­ców²⁷.

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 traktowania²⁸.

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 tortur²⁹. Stanowi więc istotny element zapobiegawczy i cenne narzędzie edukacyjne, wzmacniające potencjał personelu.

²⁷ 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.

²⁸ Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maja 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61.

²⁹ Dokument dostępny na stronie:

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

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.

KMPT zachęca do dokumentowania w formie fotograficznej odleżyn i obrażeń, za zgodą mieszkańców lub ich opiekunów prawnych (w przypadku osób ubezwłasnowolnionych, niebędących w stanie samodzielnie wyrazić swojej woli). Dokumentacja fotograficzna mogłaby być dołączana do akt medycznych mieszkańca. KMPT zachęca też personel do dokonywania badań i oględzin ciała mieszkańców po każdorazowej dłuższej nieobecności w placówce, powrocie z urlopu i miejsc, gdzie mogły doświadczyć przemocy (np. zostały doprowadzone przez Policję lub przebywały pod jej nadzorem, były hospitalizowane psychiatrycznie, zachodzi podejrzenie przemocy domowej), oraz w razie podejrzenia przemocy między mieszkańcami.

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 włączany do dokumentacji medycznej mieszkańca, a także przeszkolenie personelu z Protokołu Stambulskiego oraz stosowanie się do wskazówek w nim zawartych.

6.5.2. Podawanie leków

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu otrzymali również informację, że gdy pensjonariusze nie są w stanie samodzielnie połączyć medykamentów, są one

rozkruszane, bez wiedzy i zgody lekarza. Niektórym pensjonariuszom leki podawane są bez ich wiedzy w pokarmach.

KMPT pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego³⁰, 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.

6.6. Warunki bytowe

³⁰ 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, s. 109–111, dostęp:

<https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Prawa%20mieszka%C5%84c%C3%B3w%20dom%C3%B3w%20pomocy%20spo%C5%82ecznej%20%202016.pdf>.

Budynek co do zasady dostosowany został do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Kondygnacja, na poziomie której prowadzony jest Dom, pozbawiona jest barier architektonicznych, np. schodów lub wysokich progów.

Podkreślenia wymaga jednak fakt, że nie wszystkie łazienki dostosowane zostały do potrzeb osób z niepełnosprawnościami lub ograniczonymi możliwościami poruszania się. Lustra w łazienkach były umieszczone za wysoko dla osób na wózkach (tymczasem kilkoro mieszkańców poruszało się za pomocą wózków). Mimo iż toalety były wyposażone w uchwyty przy WC, to nie były one zamontowane w sposób funkcjonalny. Wizytatorzy zauważyli, że uchwyty były przymocowane na przyssawki, co znacząco zmniejszało nie tylko skuteczność, ale przede wszystkim bezpieczeństwo użytkowania. Ponadto w niektórych łazienkach uchwyty te odklejały się od ściany, narażając na niebezpieczeństwo pensjonariuszy.

W opinii KMPT osobom z niepełnosprawnościami przebywającym w Domu należy stworzyć warunki do pełnego udziału w środowisku wolnym od barier architektonicznych³¹. Prawa tych osób są bowiem chronione zarówno na płaszczyźnie krajowej, jak i międzynarodowej³², a brak odpowiednich rozwiązań może narażać te osoby na poniżające traktowanie.

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

- szerokość drzwi umożliwiającą wjazd wózkiem – min. 90 cm,

³¹ Wytyczne dotyczące dostępności środowiska dla osób z niepełnosprawnościami, opracowane przez eksperta Fundacji Integracja, można znaleźć w raporcie tematycznym KMPT pt. „Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną” z 2019 r., s. 52–78, dostęp: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnoscia-fizyczna-i-sensoryczna-raport-z>.

³² Zob. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169); Karta Praw Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Sejm RP w dniu 1 sierpnia 1997 r. (M.P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475).

- 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 (górną) i 75 cm (dolną), 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 inwalidzkim 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 umywarek 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.

W ocenie wizytatorów KMPT w placówce była użytkowana również niewystarczająca liczba łazienek. Formalnie liczba dostępnych łazienek spełniała wymóg nałożony ustawą o pomocy społecznej³³. Wizytatorzy KMPT zauważyli jednak, że choć w części pokoi znajdowały się łazienki (oprócz łazienek wspólnych), to nie były one używane do kąpieli, o czym świadczyły zaklejone otwory odpływowe w prysznicach. Jest to o tyle niepokojące, że wizytatorzy otrzymali sygnały o zbyt rzadkiej kąpieli pensjonariuszy (jedynie raz w tygodniu), co bezpośrednio przekłada się na komfort i poczucie godności mieszkańców. Pracownikom KMPT zwrócono również uwagę, iż kąpiele odbywają się wyłącznie z pomocą osób trzecich, niezależnie od poziomu sprawności fizycznej mieszkańca i jego indywidualnych preferencji.

W związku z tym Krajowy Mechanizm zaleca, by przystosować do faktycznego korzystania liczbę łazienek zgodnie z wymogami art. 68 ust. 5 pkt 3 ustawy o pomocy społecznej, zaś częstotliwość kąpieli dostosować do potrzeb pensjonariuszy.

Ponadto należy zwrócić uwagę na to, że pokoje mieszkalne oraz łazienki nie zostały wyposażone w instalację przywoławczą. Podczas wizytacji KMPT jedynie jedna pensjonariuszka korzystała z przenośnego urządzenia przyzywowego. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez właściciela placówki, placówka posiada pięć takich urządzeń, jednak nie są one wydawane pozostałym pensjonariuszom z uwagi na obawy personelu co do nadużywania ich stosowania.

³³ Art. 68 ust. 5 pkt 3 ustawy o pomocy społecznej.

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

W ocenie delegacji KMPT, ze względu na różny stan zdrowia przyjmowanych pensjonariuszy oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, przyciski alarmowo-przyzywowe, które umożliwiają szybką reakcję personelu, powinny być dostępne we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pensjonariuszy (pokoje sypialne, łazienki). Jest to również ważne z perspektywy komfortu psychicznego mieszkańców oraz ich poczucia bezpieczeństwa.

Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami. Zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r.³⁴, osoby takie powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność infrastrukturalną umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

6.7. Pracownicy

W placówce zatrudnione są cztery opiekunki oraz jedna pielęgniarka. Pielęgniarka oraz dwie opiekunki są zatrudnione w wymiarze pełnego etatu. Pozostałe dwie opiekunki zatrudnione są odpowiednio na 3/4 oraz 1/3 etatu. Liczba personelu jest więc niewystarczająca, biorąc pod uwagę standardy wyrażone w art. 68a ust. 5 ustawy o pomocy społecznej. W związku z tym KMPT zaleca dostosowanie liczby personelu opiekuńczego do liczby osób przebywających w placówce.

Pielęgniarka pracuje ok. 4 godziny dziennie 6 dni w tygodniu, niemniej zgodnie z informacjami przekazanymi przez właściciela pozostaje ona w dyspozycji placówki

³⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 1169 ze zm.

również w porze wieczornej lub nocnej. W przypadku gdy zatrudniona pielęgniarka przebywa na urlopie, Dom współpracuje z inną pielęgniarką.

Opiekunki pracują w systemie zmianowym. W ciągu dnia opiekę zapewniają dwie lub trzy opiekunki. W nocy opieka zapewniana jest przez jedną opiekunkę.

Placówka współpracuje również z rehabilitantką, która prowadzi rehabilitację grupową kilka razy w tygodniu. Prowadzona jest także rehabilitacja przyłóżkowa. Wizytatorzy KMPT otrzymali sygnały, że prowadzona rehabilitacja stanowi w zasadzie jedyną zorganizowaną formę urozmaicenia czasu w placówce dla pensjonariuszy. Dostępność rehabilitacji i jej częstotliwość spotkała się z uznaniem pracowników KMPT.

Wizytatorzy nie odebrali informacji o złym traktowaniu pensjonariuszy przez personel placówki. Niemniej z uwagi na specyfikę pracy w domu opieki, możliwe jest występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu. W związku z tym Krajowy Mechanizm 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 opieki³⁵.

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

6.8. Terapia zajęciowa

Mieszkańcy wizytowanej placówki nie są objęci opieką profesjonalnego terapeuty zajęciowego. Wszelkie próby aktywizacji pensjonariuszy, jak czytanie książek czy układanie puzzli, podejmuje zatrudniony w placówce personel. Mieszkańcy zdecydowaną większość czasu spędzają wspólnie w pokojach dziennego pobytu, oglądając telewizję.

Jak wskazał właściciel placówki, w poprzednich latach była zatrudniona terapeutka zajęciowa, jednak z uwagi na to, że mało osób było beneficjentami tej formy spędzania czasu, rozwiązano z nią umowę. Należy jednak zauważyć, iż nadal w podpisywanych przez opiekunów faktycznych umowach z placówką widnieje zapis, iż terapia zajęciowa mieści się w koszcie usługi.

Należy przypomnieć, iż zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej „sposób świadczenia usług powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce”.

³⁵ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, p. 149.

³⁶ Zob. art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych CM/Rec (2014) 2, przyjętych przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 19 lutego 2014 r.

W ocenie KMPT, mieszkańcy powinni mieć zapewnioną profesjonalną terapię zajęciową, która pomogłaby w aktywizacji fizycznej, psychicznej, jak również intelektualnej 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 zarówno terapię zajęciową, rehabilitację, jak również obejmować 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 mieszkańców³⁷. Jak podkreśla CPT, za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia³⁸.

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

6.9. Opieka psychologa

Pensjonariusze wizytowanej placówki nie mieli zagwarantowanej opieki psychologicznej.

Podkreślenia wymaga fakt, że sam pobyt w placówce całodobowej opieki, zmiana otoczenia, długotrwałe rozstanie z bliskimi, jak również brak akceptacji dla zmian psychicznych oraz fizycznych, które towarzyszą procesowi starzenia się, mogą wywoływać negatywne skutki dla zdrowia psychicznego mieszkańców. Osoby starsze

³⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, § 171.

³⁸ Zob. Raport CPT z wizyty w Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, § 174.

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)³⁹.

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

6.10. Rejestry i dokumentacja

Placówka nie prowadziła rejestru przymusu ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego. Mimo iż pracownicy placówki całodobowej opieki nie mają uprawnień do stosowania przymusu bezpośredniego, to należy wziąć pod uwagę, iż przymus bezpośredni może być zastosowany przez wezwany na teren placówki personel medyczny (np. ratowników medycznych). W związku z tym Krajowy Mechanizm przypomina, 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”.

³⁹ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, p. 30 i 32.

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

Ponadto należy zauważyć, iż od dnia 1 stycznia 2024 r., zgodnie z dodanym art. 68aa ustawy o pomocy społecznej, podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę ma obowiązek prowadzić rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących osób przebywających w placówce. Rejestr ten musi zawierać zgłoszenia o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących osób przebywających w placówce, związanych z zagrożeniem życia lub zdrowia tych osób, tj. o wypadkach, samouszkodzeniach oraz obrażeniach ciała. Zanonimizowane informacje na ten temat podmiot prowadzący placówkę ma obowiązek przekazywać wojewodzie nie rzadziej niż raz na kwartał.

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 wolności⁴⁰. 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.

⁴⁰ Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. przykładowo raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt. 2, § 49–52.

7. 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 właścicielowi Placówki Całodobowej Opieki „Rodzinny Dom Opieki” w Starych Babicach:

1. odbieranie od mieszkańców, których stan zdrowia pozwala na świadome złożenie oświadczenia woli, zgód na pobyt w placówce;
2. konstruowanie nowych umów na sprawowanie opieki w placówce w sposób pozwalający ustalić, czy pensjonariusz występuje w niej jako strona, czy też jego podpis stanowi jedynie oświadczenie woli o wyrażeniu zgody na pobyt w placówce;
3. 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;
4. stworzenie rejestru skarg i wniosków oraz prowadzenie go zgodnie ze wskazówkami wskazanymi w pkt 6.2 raportu, a także zamontowanie skrzynki skarg;
5. umieszczenie na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku informacji wskazanych w art. 68a pkt 3 ustawy o pomocy społecznej;
6. przeprowadzanie niezależnego, wstępnego badania lekarskiego przy przyjęciu każdego nowego pensjonariusza;
7. 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 – zawiadamanie prokuratora lub Policji;
8. przeszkolenie personelu z treści Protokołu Stambulskiego i wykorzystywanie zawartych tam wskazówek w codziennej pracy;
 9. bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej pensjonariuszy o zalecenia lekarskie dotyczące podawania leków w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem;
 10. odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków ukrytych w pokarmie bez wiedzy pensjonariusza;
 11. zamontowanie uchwytów dla osób z niepełnosprawnościami w łazienkach w sposób umożliwiający bezpieczne korzystanie;
 12. przystosowanie do faktycznego korzystania liczby łazienek zgodnie z wymogami art. 68 ust. 5 pkt 3 ustawy o pomocy społecznej;
 13. wyposażenie wszystkich pomieszczeń użytkowanych przez pensjonariuszy w system przywoławczy, w szczególności pokoi sypialnych oraz sanitariatów;
 14. dostosowanie liczby personelu opiekuńczego do liczby osób przebywających w placówce zgodnie z art. 68a ust. 5 ustawy o pomocy społecznej;
 15. systematyczne wspieranie rozwoju zawodowego personelu poprzez oferowanie specjalistycznych szkoleń podnoszących kwalifikacje jego członków;
 16. zorganizowanie personelowi superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta;
 17. zatrudnienie wykwalifikowanego i doświadczonego terapeuty zajęciowego w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy dobrostanu pensjonariuszy;
 18. nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonego psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki;
 19. utworzenie stosownych rejestrów wskazanych w niniejszym raporcie, ze szczególnym uwzględnieniem rejestru stosowania środków przymusu

bezpośredniego oraz rejestru zdarzeń nadzwyczajnych, jak również opracowanie jasnych procedur postępowania personelu w sytuacjach nadzwyczajnych.

Opracowała: Oliwia Rybczyńska

Za Zespół podpisuje:

Marcin Kusy

Zastępca Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/