



Warszawa, 27-11-2024 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.575.4.2024.TŻ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Placówki Całodobowej Opieki – Ośrodka Opiekuńczo-Pielęgnacyjnego „Zacisze”
w Ogrodzieńcu**

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

1. 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.

2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)² i krajowe mechanizmy prewencji. W Polsce funkcję krajowego mechanizmu prewencji wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą funkcjonującego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)³.

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

² Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.

³ Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1264).

3. KMPT na 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 przyzwoleniem⁴. 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”⁵.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urzędzeń, 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 wizyjnego⁶. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁷. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁸.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁹. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności oraz przedstawienie zaleceń mających na celu ich wyeliminowanie.

6. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ¹⁰.

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

⁷ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁸ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r., Część II – Jak pracuje KMPT?.

⁹ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, p. 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, Nowy Jork I Genewa 2018, s. 4-6.

¹⁰ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji¹¹.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie Krajowemu Mechanizmowi informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

II. Wprowadzenie

9. W dniach 15–16 maja 2024 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Placówki Całodobowej Opieki – Ośrodka Opiekuńczo-Pielęgnacyjnego „Zacisze”, mieszczącej się przy ul. Słowackiego nr. 5 w Ogrodzieńcu (dalej jako: PCO, Ośrodek, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodziło: Dorota Krzysztoń (politolożka o specjalizacji prawno-kryminologicznej), Paulina Wróbel oraz Tomasz Żółtek (psychologowie).

11. W czasie pierwszego dnia wizytacji przedstawiciele KMPT, w związku z nieobecnością właściciela, odbyli wstępną rozmowę z jedną z opiekunek ośrodka, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z mieszkańcami i opiekunkami, zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją oraz wykonali dokumentację fotograficzną.

12. Drugiego dnia wizytacji delegacja Krajowego Mechanizmu napotkała utrudnienia w wykonywaniu swojego mandatu. Pracownicy Ośrodka nie chcieli wpuścić przedstawicieli KMPT na teren placówki, tłumacząc to decyzją właściciela, nieobecnego w momencie rozpoczęcia przez wizytujących swoich czynności. Właściciel placówki przybył na miejsce po około kwadransie i kwestionował uprawnienia wizytujących do przeprowadzenia wizytacji, mimo okazania mu dokumentów urzędowych (legitymacji i upoważnienia) oraz podania podstawy prawnej. Prezentował przy tym wrogą i nieprofesjonalną postawę. Z inicjatywy właściciela na miejscu pojawił się patrol Policji, który po wykonaniu czynności służbowych ostatecznie umożliwił wizytującym realizację dalszych czynności.

13. KMPT przypomina, że zgodnie z postanowieniami OPCAT ma prawo wstępu o każdej porze do miejsc zatrzymań, w rozumieniu art. 4 OPCAT, dostęp do wszystkich instalacji i urządzeń oraz możliwość odbywania poufnych rozmów.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

14. Na koniec wizyty delegacja Krajowego Mechanizmu przekazała swoje wstępne uwagi Panu Adamowi Zamorze – właścicielowi PCO, w czasie rozmowy podsumowującej.

15. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanej przez właściciela dokumentacji, informacji pisemnych oraz dokumentacji fotograficznej.

16. Wizytującym nie przedstawiono koncepcji prowadzenia placówki, co stanowi naruszenie prawa. Zgodnie bowiem z art. 20 pkt 2 OPCAT, KMPT ma dostęp do wszystkich informacji dotyczących traktowania mieszkańców, jak również warunków ich pobytu. Konieczność opracowania i przedstawienia koncepcji prowadzenia placówki przewidziano w art. 67 ust. 2 pkt 3d ustawy o pomocy społecznej¹³. Koncepcja ta powinna określać m.in. plany zajęć mieszkańców, co ma istotne znaczenie dla ich zdrowia fizycznego i psychicznego.

17. Niniejszy raport sygnalizuje problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt 4), oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania (pkt 5).

III. Charakterystyka placówki

18. Ośrodek „Zacisze” jest placówką całodobowej opieki o profilu opiekuńczo-pielęgnacyjnym, przeznaczoną dla osób w podeszłym wieku. Pensjonariuszami są przede wszystkim osoby z demencją i chorobami nabytymi. Placówka przeznaczona jest dla 10 osób.

19. Placówka działa od czerwca 2011 r. na podstawie zezwolenia Wojewody Śląskiego na prowadzenie działalności (nr PS/II/9021/34/11) i jest wpisana do rejestru prowadzonego przez Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach.

IV. Problemy systemowe

20. W czasie wizytacji w placówce przebywał pensjonariusz, wobec którego stosowano strój zapinany z tyłu, tzw. pajac. Był on noszony przez mieszkańca całą dobę, by uniemożliwić zabrudzenie otoczenia kałem. O stosowaniu tej formy zabezpieczenia nie decydował lekarz, nie było ono w żaden sposób odnotowywane w dokumentacji medycznej. Ponadto kierownictwo placówki nie opracowało

¹³ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.).

formalnych pisemnych wytycznych w tym zakresie. Zidentyfikowane przez KMPT braki zwiększają ryzyko nadużyć w stosunku do podopiecznych.

21. Opisana sytuacja świadczy o istnieniu problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 13 czerwca 2022 r.¹⁴ Rzecznik zwrócił się do Ministra Zdrowia o zainicjowanie uregulowania wspomnianej kwestii na poziomie ustawowym.

22. **KMPT rekomenduje:**

a) Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia.

W procedurze takiej należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkańcem, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, tj. lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańca oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też 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.

b) Stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza.

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

c) Wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnością.

23. Umowa na sprawowanie opieki zawierana jest trójstronnie – podpisuje ją osoba reprezentująca placówkę, mieszkaniec i osoba reprezentująca mieszkańca

¹⁴ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

(zazwyczaj jest to członek rodziny sprawujący faktyczną opiekę nad bliskim). W przypadku osób ubezwłasnowolnionych umowę podpisuje osoba reprezentująca placówkę i opiekun prawny. Na niektórych udostępnionych umowach brakowało podpisów mieszkańców.

24. 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 PCO. KMPT zwraca też uwagę, że osobom, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem, należy umożliwić złożenie tuszowego odcisku palca¹⁵.

25. RPO interweniował w powyżej opisanej kwestii w 2022 r., w formie wystąpienia generalnego do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹⁶, otrzymując odpowiedź Sekretarza Stanu w MRiPS¹⁷. Szerzej omawiany problem systemowy opisany został w raporcie rocznym KMPT za 2022 r.¹⁸

V. Obszary wymagające poprawy

A. Legalność pobytu

26. Zgodnie z decyzją Wojewody Śląskiego placówka przeznaczona jest dla maksymalnie 10 osób. W dniu wizytacji w placówce przebywało 13 osób, w tym 10 kobiet i 2 mężczyzn. Ponad limit określony w decyzji Wojewody przebywały więc 3 osoby – mieszkanka przyjęta z innej placówki w ramach łączenia małżeństw oraz 2 osoby będące członkami rodziny właściciela. Wizytujący uzyskali informację, że są to osoby przyjmowane na tzw. pobyt dzienny. Opieka zapewniana jest wówczas wyłącznie w ciągu dnia, bez noclegu.

27. Przyjmowanie osób na tzw. pobyty dzienne jest problematyczne z punktu widzenia standardu usług oferowanego mieszkańcom zakwaterowanym całą dobę.

¹⁵ Zgodnie z art. 79 kodeksu cywilnego: „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”.

¹⁶ Zob. Wystąpienie RPO do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022.KK.

¹⁷ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25 lutego 2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP.

¹⁸ Zob. Raport KMPT za 2022 r., s. 135, dostępny na stronie:

https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/202311/Raport_roczny_KMPT_2022_dostepny.pdf.

Opiekunki, które powinny, co do zasady, sprawować opiekę nad pensjonariuszami umieszczonymi w placówce na stałe, muszą poświęcać swój czas i uwagę także osobom przebywającym w niej wyłącznie w ciągu dnia. W konsekwencji taka praktyka może prowadzić do obniżenia standardu świadczonych usług i osłabienia nadzoru nad mieszkańcami przebywającymi w placówce na stałe.

28. KMPT rekomenduje dokonanie przeglądu liczby zatrudnionych pracowników w celu zapewnienia podopiecznym właściwej opieki.

29. W placówce przebywały osoby ubezwłasnowolnione (zarówno częściowo, jak i całkowicie). W okazanej dokumentacji brakowało postanowienia sądu o ubezwłasnowolnieniu oraz brak było zgody sądu opiekuńczego na umieszczenie w placówce.

30. Krajowy Mechanizm przypomina, że wymóg posiadania wspomnianych dokumentów wynika z przepisów ustawy o pomocy społecznej. W art. 68a ust. 1 pkt f ustawy wskazano, że podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku jest obowiązany prowadzić szczegółową dokumentację osób przebywających w placówce, zawierającą postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na umieszczenie w placówce w przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. Z kolei z art. 68c wynika, że osoba ubezwłasnowolniona całkowicie może być umieszczona w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie.

31. Krajowy Mechanizm zaleca przegląd dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych (częściowo i całkowicie) oraz uzupełnienie jej o postanowienia sądu o ubezwłasnowolnieniu, a także o zezwolenie sądu opiekuńczego na umieszczenie mieszkańca w wizytowanej placówce przez kuratora.

B. Opieka medyczna

32. Mieszkańcy nie są profilaktycznie badani przez lekarza przy przyjęciu, nie prowadzi się dokumentacji medycznej. Specjalista jest wzywany w razie potrzeby, ale zdarza się, że właściciel sam wozi mieszkańców na wizyty lekarskie. Rodziny są zobowiązane do przedstawienia aktualnej historii choroby pensjonariusza i stawienia się na wizytę u lekarza rodzinnego przed przyjęciem do ośrodka.

33. Placówka nie zapewnia także stałej obecności pozostałego personelu medycznego. Zarówno pielęgniarka, jak i opiekun medyczny dostępni są w placówce kilka razy w tygodniu. Pielęgniarka wykonuje iniekcje. Leki natomiast wydaje opiekun medyczny, również nieobecny na co dzień w ośrodku. Brak jest również specjalistycznego personelu medycznego w nocy – w godzinach w placówce nocuje jej właściciel. Budzi to duże wątpliwości ze strony przedstawicieli KMPT w kontekście sprawnego zaopiekowania się mieszkańcami wymagającymi szczególnej opieki.

34. Ewentualne obrażenia posiadane przez mieszkańców nie są nigdzie pisemnie rejestrowane. Uwagi dotyczące blizn, ran lub odleżyn są sobie wzajemnie przekazywane przez personel jedynie słownie.

35. KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za minimalną gwarancję chroniącą pensjonariuszy przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce.

36. **KMPT zaleca poddawanie osób przyjmowanych do placówki profilaktycznym badaniom przez lekarza oraz dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą podopiecznych) powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca.** 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.

37. **Krajowy Mechanizm rekomenduje również przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego¹⁹ oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.** Publikacja ta pozostaje nieznana pracownikom, mimo że odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur. Znajomość Protokołu stambulskiego pomoże pracownikom w wykrywaniu i dokumentowaniu przypadków poniżającego traktowania, co wzmocni ich potencjał zawodowy. Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomenduje Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom²⁰.

¹⁹ Oficjalny podręcznik ONZ dotyczący diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Zaktualizowana wersja dostępna jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejne>.

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

C. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

38. KMPT każdorazowo zwraca uwagę, czy placówka w ogólnodostępnych miejscach (np. na korytarzach) zamieszcza informację o instytucjach stojących na straży praw człowieka oraz o przyjętej procedurze skargowej. Możliwość kontaktu z takimi instytucjami przez osobę przebywającą w placówce całodobowej opieki lub osobę odwiedzającą stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem. Analogiczne zabezpieczenie stanowi również jasna i ogólnodostępna informacja dotycząca mechanizmu skargowego funkcjonującego w placówce. W trakcie wizytacji w placówce nie było takich informacji.

39. **KMPT rekomenduje wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych (np. na tablicach informacyjnych na korytarzach, przy wejściu do placówki), do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji, do których mieszkańiec lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca.** Takimi instytucjami mogą być chociażby Rzecznik Praw Obywatelskich, Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach czy organizacje pozarządowe.

40. W placówce istnieje możliwość złożenia skargi dyrektorowi przez podopiecznego w formie ustnej. Przedstawicielom Krajowego Mechanizmu został również przedstawiony rejestr skarg i wniosków, aczkolwiek wyglądał on na świeżo założony i nie było w nim żadnych skarg i wniosków. Aby zapewnić jak najlepszy dostęp do mechanizmu skargowego, należałoby **poinformować mieszkańców oraz ich opiekunów prawnych i faktycznych o jego istnieniu. Informacje o prawie i sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru powinny być przekazywane w sposób zrozumiały dla odbiorców, zarówno ustnie, jak i pisemnie (np. przez wyeksponowanie informacji na tablicy informacyjnej).**

41. **Dodatkowo KMPT rekomenduje 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.

D. Opieka psychologiczna

42. W placówce nie było zatrudnionego psychologa. Placówka zapewnia opiekę psychologiczną odpowiednio do wskazań lekarza prowadzącego danego

pensjonariusza na zasadach ogólnych w ramach NFZ albo odpłatnie w innych podmiotach leczniczych. O częstotliwości decyduje lekarz prowadzący.

43. KMPT pragnie podkreślić, że sam pobyt w placówce całodobowej opieki, zmiana otoczenia, długotrwałe rozstanie z bliskimi, jak również brak akceptacji dla zmian psychicznych oraz fizycznych, które towarzyszą procesowi starzenia się, mogą wywoływać negatywne skutki dla zdrowia psychicznego mieszkańców. Osoby starsze dość często borykają się z depresją, a 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. Wsparcie psychologiczne nie powinno być reglamentowane przez lekarza prowadzącego, a dostęp do psychologa powinien być zależny od każdorazowej potrzeby mieszkańca.

44. **Krajowy Mechanizm zaleca nawiązanie współpracy z psychologiem.**

E. Rejestry i dokumentacja

45. Placówka nie prowadziła ewidencji przypadków stosowania na jej terenie przymusu bezpośredniego, czego wymaga art. 68a ustawy o pomocy społecznej.

46. Placówka nie posiada rejestru zdarzeń nadzwyczajnych oraz procedur regulujących zasady postępowania personelu, np. w przypadku zachowań agresywnych i autoagresywnych pensjonariuszy lub zdarzeń niepożądanych. **KMPT rekomenduje kierownictwu placówki wprowadzenie odpowiednich rejestrów i procedur.** Dobrze prowadzony rejestr może być pomocny w ustaleniu, czy osoby odpowiedzialne za opiekę i pomoc pensjonariuszom prawidłowo wykonywały swoje obowiązki. Taka praktyka niewątpliwie wzmocni podstawowe gwarancje praw mieszkańców i transparentność podejmowanych czynności, co ułatwi pracę także osobom sprawującym nadzór i kontrolę nad placówką. Rejestry stanowią ponadto ważne zabezpieczenie przed torturami i innymi formami niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności²¹.

F. Warunki bytowe

47. W PCO znajduje się jeden pokój jednoosobowy, trzy pokoje dwuosobowe oraz jeden pokój trzyosobowy. Na terenie placówki nie ma zainstalowanego monitoringu wizyjnego.

48. Warunki bytowe panujące w PCO przedstawiciele KMPT określili jako dobre. W ośrodku nie czuć było nieprzyjemnego zapachu, który jest czasem obecny

²¹ Zob. raport SPT z wizyty w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt 2, § 49-52.

w tego typu placówkach. W pokojach było ciepło, mieszkańcy mieli w nich ciepłą wodę. Pensjonariusze byli zadbani higienicznie, kąpali się codziennie sami lub z pomocą personelu. Uwagę wizytujących zwróciły niezasuwające się do końca drzwi jednego z pokoi, które tworzyły wolną przestrzeń na szerokość około 15 cm. Powyższa wada miała negatywny wpływ na komfort i poczucie intymności mieszkańców.

49. KMPT zaleca naprawę drzwi w celu zapewnienia odpowiedniego poczucia intymności mieszkańcom pokoju.

50. W trakcie wizytacji zauważono również, że pokoje pensjonariuszy nie były wyposażone w instalację przyzywową. W ocenie KMPT instalacja alarmowo-przyzywowa powinna być dostępna we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców (zarówno w salach chorych, jak i toaletach). Umożliwia ona szybką interwencję personelu w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi mieszkańców.

51. KMPT rekomenduje zainstalowanie instalacji alarmowo-przyzywowej we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców (zarówno w pokojach mieszkańców, jak i toaletach).

52. Zaniepokojenie wizytujących wzbudziło umieszczenie mieszkanki sprawnej i w dobrym kontakcie logicznym nieopodal osoby leżącej i bez kontaktu. Z przeprowadzonych rozmów wynikało, że mieszkanka przeszła ciężki epizod depresji, a teraz opiekowała się leżącą pensjonariuszką (z wyłączeniem jej higieny). Kwestia umieszczenia obu mieszanek w bliskiej odległości od siebie nie była konsultowana z lekarzem psychiatrą. W opinii KMPT kwaterowanie osoby, która doświadczyła kryzysu zdrowia psychicznego, wraz z osobą całkowicie zależną od innych i wymagającą całodobowej opieki specjalistycznego personelu może mieć negatywny wpływ na jej dobrostan psychiczny i codzienne funkcjonowanie.

53. KMPT rekomenduje skonsultowanie się z lekarzem psychiatrą i samą zainteresowaną, w celu omówienia sytuacji mieszkanki i jej odpowiedniego zakwaterowania. Ponadto KMPT rekomenduje, by w przypadku osób w kryzysie zdrowia psychicznego decyzja o ich zakwaterowaniu była podejmowana po konsultacji z osobą zainteresowaną i jej lekarzem psychiatrą w celu poprawy dobrostanu psychicznego i prewencji dalszego kryzysu.

G. Personel

54. W skład zespołu wchodzi 4 pracowników i właściciel placówki. Dwie osoby pełnią rolę opiekunów medycznych, pozostałe dwie osoby – rolę opiekunów osób z niepełnosprawnościami. Pracują na dwie zmiany po 8 godzin. W nocy nadzór nad mieszkańcami sprawuje właściciel obiektu.

55. Zdaniem wizytujących osoby pracujące w placówce mają odpowiednie wykształcenie. Niemniej jednak, z uwagi na specyfikę pracy, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, **KMPT rekomenduje zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu 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.**

56. **KMPT zaleca również rozważenie zorganizowania personelowi superwizji**, która pozwoliłaby 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.

57. Zgodnie ze standardami międzynarodowymi z uwagi na trudny charakter pracy personel w domu opieki powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki²².

H. Rehabilitacja

58. Wizytowana placówka nie zapewnia mieszkańcom rehabilitacji (jedynie ćwiczenia przyłóżkowe). Jeśli istnieje konieczność rehabilitacji i zleci ją lekarz, jej opłacenie pozostaje w gestii rodziny, ośrodek nie organizuje i nie zapewnia tej usługi w swoim standardzie.

59. Warte podkreślenia jest, że aktywność fizyczna seniorów (w zależności od ich poziomu sprawności i możliwości psychofizycznych) znacznie poprawia jakość ich życia, wspiera profilaktykę wielu chorób, a tym samym umożliwia lepszą sprawność na dłużej. Dodatkowo rehabilitacja osób starszych wymaga sporego zaangażowania, ponieważ z wiekiem zmniejsza się ich sprawność fizyczna. Organizm jest bardziej podatny na kontuzje i wolniej się regeneruje, dlatego profesjonalnie prowadzona rehabilitacja jest tak ważnym elementem leczenia i rekonwalescencji. W dużej mierze ma na celu osiągnięcie pełnego stanu zdrowia, powrót do samodzielnego funkcjonowania, maksymalne usprawnienie lub zmniejszenie dyskomfortu w chorobie. Pozwala na odpowiednie odbudowanie siły i przezwyciężenie

²² 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 grudnia 2020 r., CPT/Inf (2020) 41, § 17. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, § 149.

niepełnosprawności. Dobrze prowadzona rehabilitacja powinna polegać na aktywizowaniu chorego, a ćwiczenia przez niego wykonywane powinny być jednocześnie łagodne i skuteczne.

60. Krajowy Mechanizm zaleca nawiązanie współpracy przez placówkę z wykwalifikowanym rehabilitantem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców w procesie zdrowienia i usamodzielniania się.

I. Terapia zajęciowa

61. Pensjonariusze mogą wychodzić poza teren placówki. Osoby mniej sprawne wychodzą przed budynek placówki, który nie jest ogrodzony, pod opieką personelu lub członków rodziny.

62. Z rozmów z mieszkańcami wynikało, że oprócz zajęć na świetlicy nie ma jakichkolwiek indywidualnych oraz zbiorowych zajęć dla pensjonariuszy. W trakcie wizytacji większość mieszkańców wolny czas spędzała w pokoju dziennym przy telewizorze, kilka osób w swoich pokojach, a część pensjonariuszy, ze względu na ładną pogodę, na świeżym powietrzu na terenie ośrodka.

63. Z deklaracji personelu wynikało, że mieszkańcy mają możliwość udziału w zajęciach takich jak śpiew, taniec, układanie klocków, ćwiczenia usprawniające procesy poznawcze. W placówce nie ma jednak zatrudnionego terapeuty zajęciowego.

64. W ocenie KMPT wymienione oddziaływania nie są wystarczające. Mieszkańcy powinni mieć zapewnioną profesjonalną terapię zajęciową, która pomogłaby w ich aktywizacji fizycznej, psychicznej oraz intelektualnej. Warto podkreślić, że terapia zajęciowa powinna być prowadzona w sposób przemyślany oraz udokumentowany, co umożliwi ocenę efektywności podjętych oddziaływań.

65. Jak zauważa Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), proces opieki nad mieszkańcami tego typu placówek powinien obejmować terapię zajęciową, rehabilitację i zajęcie o charakterze rekreacyjnym, a całość oddziaływań mieć na celu poprawę jakości życia i dobrostanu mieszkańców²³. Komitet wskazuje, że za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej czynności każdego dnia²⁴.

66. KMPT zaleca zatrudnienie wykwalifikowanego terapeuty zajęciowego w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy ich dobrostanu.

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

²⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, § 174.

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

Właścicielowi Placówki Całodobowej Opieki „Zacisze” w Ogrodzieńcu:

1. W przypadku stosowania niestandardowych form zabezpieczeń:
 - a) opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia;
 - b) stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza;
 - c) wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.
2. Dokonanie przeglądu liczby zatrudnionych pracowników w celu zapewnienia podopiecznym właściwej opieki.
3. Przegląd dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych (częściowo i całkowicie) oraz uzupełnienie jej o postanowienia sądu o ubezwłasnowolnieniu, a także o zezwolenie sądu opiekuńczego na umieszczenie mieszkańca w wizytowanej placówce.
4. Zapewnienie profilaktycznych badań medycznych po przyjęciu do placówki.
5. Dokumentowanie obrażeń mieszkańca za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą podopiecznych) powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca.
6. Przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.
7. Wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji, do których mieszkaniem lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca.
8. Poinformowanie mieszkańców oraz ich opiekunów prawnych i faktycznych o istnieniu 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 (np. przez wyeksponowanie informacji na tablicy informacyjnej).
9. Zamontowanie skrzynki skarg, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności.

10. Nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki.
11. Wprowadzenie odpowiednich rejestrów i procedur, w tym rejestru użycia przymusu bezpośredniego.
12. Naprawę niedomykających się drzwi w celu zapewnienia odpowiedniego poczucia intymności mieszkańcom pokoju.
13. Zainstalowanie instalacji alarmowo-przyzywowej we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców (zarówno w pokojach mieszkańców, jak i toaletach).
14. Skonsultowanie się z lekarzem psychiatrą i osobą, o której mowa w pkt 52, w celu omówienia sytuacji mieszkanki i jej odpowiedniego zakwaterowania. Ponadto KMPT rekomenduje, by w przypadku osób w kryzysie zdrowia psychicznego, decyzja o ich zakwaterowaniu była podejmowana po konsultacji z osobą zainteresowaną i jej lekarzem psychiatrą w celu poprawy dobrostanu psychicznego i prewencji dalszego kryzysu.
15. Zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu 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.
16. Rozważenie zorganizowania personelowi superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.
17. Nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym rehabilitantem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców w procesie zdrowienia i usamodzielniania się.
18. Zatrudnienie wykwalifikowanego terapeuty zajęciowego w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy ich dobrostanu.

Opracował: Tomasz Żółtek

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-podpisano elektronicznie/