



Warszawa, 13-08-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.573.14.2024.AT

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
w Placówce Całodobowej Opieki Jurajskie Centrum Seniora "Jak w domu"
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 również: KMPT, Krajowy Mechanizm)³.

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

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), zob. <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).

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.

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

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 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 2023 r., Część II – Metodologia i zakres prac 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.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

II. Wprowadzenie

9. W dniach od 29 lipca do 1 sierpnia 2024 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację w placówce całodobowej opieki Jurajskie Centrum Seniora "Jak w domu" w Ogrodzieńcu (dalej również: placówka, ośrodek, PCO).

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Karina Balicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego), Oliwia Rybczyńska-Gryguc (prawnik), Paulina Wróbel (psycholog) oraz Aleksandra Tokarska (psycholog, prawnik).

11. W dniach 11–12 marca 2025 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację uzupełniającą w placówce, w celu dalszego badania sposobu traktowania mieszkańców.

12. W skład zespołu podczas drugiej wizytacji wchodził: Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego), Tomasz Żółtek (psycholog) oraz Aleksandra Tokarska (psycholog, prawnik).

13. W trakcie obu wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z kierowniczką placówki Mariolą Banaszczyk, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z mieszkańcami i personelem, zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją, a także wykonali dokumentację fotograficzną.

14. Na koniec każdej z wizyt, podczas rozmowy podsumowującej, delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi kierownicze placówki.

15. Niniejszy raport sygnalizuje problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt IV), oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt V).

III. Charakterystyka placówki

16. Jurajskie Centrum Seniora "Jak w domu", znajdujące się przy ul. Kościuszki 107 w Ogrodzieńcu, prowadzi w ramach działalności gospodarczej całodobową opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorymi lub osobami w podeszłym wieku.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

17. Pomiotem prowadzącym placówkę jest ALL DOM sp. z o. o. z siedzibą w Ogrodzieńcu¹³. Placówka działa na podstawie decyzji Wojewody Śląskiego z dnia 9 marca 2016 r.¹⁴, zmienionej od dnia wydania trzykrotnie – w części dotyczącej pojemności placówki. Na dzień obu wizytacji PCO było przeznaczone dla 152 osób. Podczas pierwszej z wizytacji faktycznie przebywało w nim 129 mieszkańców, natomiast podczas drugiej z wizyt było ich 108.

IV. Problemy systemowe

A. Monitoring wizyjny

18. Na terenie placówki zainstalowany jest monitoring wizyjny. Kamery zamontowane są na zewnątrz budynku oraz w częściach wspólnych wewnątrz budynku. Jak wskazała kierowniczka placówki, działają jedynie te z kamer, które obejmują swoim zasięgiem teren zewnętrzny placówki. Istotnie, podczas wizytacji podgląd z kamer obejmujących wnętrze placówki wyświetlał czarny ekran.

19. Ponieważ stosowanie monitoringu może ingerować w prawo do prywatności, Rzecznik Praw Obywatelskich od dłuższego czasu sygnalizuje problem braku regulacji w zakresie stosowania monitoringu w placówkach całodobowej opieki¹⁵.

20. Jeżeli natomiast chodzi o kwestię kamer niesfunkcjonujących, zainstalowanych wewnątrz budynku, KMPT stoi na stanowisku, że taka praktyka wprowadza w błąd co do rzeczywistego poziomu bezpieczeństwa i może być uznana za celowe wywoływanie poczucia nadmiernego dyscyplinowania osób przebywających w ich otoczeniu¹⁶.

B. Niestandardowe formy opieki

21. W PCO „Jurajskie Centrum Seniora” wobec mieszkańców narażonych na upadki z łóżek lub wózków ortopedycznych personel placówki stosuje niestandardowe formy zabezpieczeń. Jak wynika z informacji przekazanych wizytującym, zdarza się, że do zabezpieczenia pensjonariuszy przed upadkiem stosowane są przedmioty

¹³ Numer KRS: 0000595290.

¹⁴ Numer PSII.9423.7.2016.

¹⁵ Zob. Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016; Wystąpienie RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

¹⁶ Zob. Raport RPO z działalności KMPT, Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?, s. 92.

codziennego użytku, np. koce czy swetry. Delegacja odnotowała braki w dokumentacji dotyczącej stosowania niestandardowych form opieki, w tym brak zaleceń lekarskich ich stosowania. Krajowy Mechanizm zaniepokojony jest praktyką stosowania sprzętu niemedycznego do zabezpieczania mieszkańców.

22. W opinii KMPT stosowanie wobec podopiecznych rozwiązań służących ich zabezpieczeniu np. przed upadkiem może być niekiedy konieczne i uzasadnione względami bezpieczeństwa, jednakże brak regulacji ustawowych w tym zakresie stwarza ryzyko nadużyć. Brakuje wytycznych określających przesłanki uzasadniające zastosowanie niestandardowych form zabezpieczania mieszkańców, procedurę ich stosowania oraz sprzęt stosowany do takich działań¹⁷. Stosowanie niestandardowych form opieki jest ingerencją w wolność jednostki, a więc wymaga szeregu gwarancji o charakterze proceduralnym i materialnym na szczeblu ustawowym¹⁸.

23. Kwestia braku regulacji prawnych odnoszących się do niestandardowych form opieki była tematem wystąpienia generalnego RPO do Ministra Zdrowia¹⁹.

24. Aby zapewnić bezpieczeństwo fizyczne, a także stworzyć gwarancje prawne i antytorturowe, pożądane jest sformalizowanie procedury stosowania niestandardowych form opieki²⁰. Ponadto, zgodnie ze standardami międzynarodowymi, w każdej indywidualnej sytuacji zastosowanie niestandardowych form opieki poparte powinno być decyzją lekarza, o ile nie uzyskano zgody samego mieszkańca²¹.

25. **W związku z powyższym KMPT zaleca:**

- **opracowanie procedury regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia;**
- **pozyskiwanie indywidualnego zalecenia lekarza przed zastosowaniem niestandardowych form opieki;**
- **stosowanie wyłącznie specjalnie zaprojektowanego w tym celu sprzętu z aktualnymi atestami;**
- **każdorazowe dokumentowanie stosowania niestandardowych form opieki, które powinno zawierać przede wszystkim informacje na temat czasu rozpoczęcia i zakończenia czynności, przyczyny zastosowania, nazwisko osoby, która ją zleciła lub zatwierdziła, oraz pracowników, którzy brali w niej udział, opis wszelkich obrażeń odniesionych przez mieszkańców lub personel oraz czy środek został zastosowany za zgodą mieszkańca, czy bez niej.**

¹⁷ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2022 r., s. 22-23.

¹⁸ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., s. 103.

¹⁹ Wystąpienie RPO z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

²⁰ Zob. Raport RPO z działalności KMPT w 2019 r., s. 139-141.

²¹ Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, par. 83.

C. Legalność pobytu

26. Umowa na pobyt mieszkańca podpisywana jest pomiędzy osobą umieszczaną w PCO, jej opiekunem faktycznym a kierownictwem placówki. Nie ma przeciwwskazań do zastosowania w umowie konstrukcji trójstronnej, nakładającej na osobę trzecią zobowiązania ponoszenia części kosztów związanych z pobytem mieszkańca. Jednakże delegacja KMPT zauważyła liczne braki podpisów mieszkańców, w tym braki podpisów mieszkańców w umowie głównej oraz pod oświadczeniami. Skoro mieszkaniowiec opisany jest jako strona umowy, brak jego podpisu może stanowić o braku jego woli do zawarcia umowy i do pobytu w placówce.

27. Stan zdrowia i świadomości niektórych przyjmowanych mieszkańców, którzy nie są ubezwłasnowolnieni, nie pozwala na ważne zawarcie umowy. Zgodnie z przepisami opiekunowie faktyczni nie są w żaden sposób legitymowani do podejmowania decyzji w przedmiocie umieszczenia takich osób w placówce. Rzecznik postuluje uregulowanie tego problemu na poziomie ustawowym²².

28. W umowie istnieją zapisy nakładające na pensjonariusza oraz jego opiekuna solidarną odpowiedzialność majątkową. Jak wynika z przeanalizowanej dokumentacji, przy aneksach do umowy (np. w sprawie zmiany wysokości opłat) niejednokrotnie brakuje podpisów pensjonariuszy. Brak podpisu jednej ze stron oznacza, że aneks jej nie dotyczy, a obowiązuje jedynie w relacjach opiekun–placówka.

29. KMPT zdaje sobie sprawę, że pomimo zdolności mieszkańca do podjęcia świadomej zgody, jego stan fizyczny może uniemożliwić złożenie własnoręcznego podpisu. Należy wówczas stosować praktykę składania oświadczeń woli w formie pisemnej przez uczynienie tuszowego odcisku palca, obok którego osoba upoważniona wpisze jej imię, nazwisko oraz złoży swój podpis²³.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Dokumentacja

30. W kilku przypadkach w dokumentacji prowadzonej w placówce brak było zgody sądu opiekuńczego na umieszczenie w placówce osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie bez jej zgody. Placówka ma obowiązek przechowywać w dokumentacji osób

²² Zob. Wystąpienie RPO z dnia 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022; Raport RPO z działalności KMPT w 2023 r., s. 103.

²³ Zob. art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2024 r. poz. 1061 ze zm.); dalej: k.c.

ubezwłasnowolnionych całkowicie postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na umieszczenie w placówce²⁴.

31. **KMPT zaleca przechowywanie w dokumentacji osób ubezwłasnowolnionych zgód sądu opiekuńczego na umieszczenie w placówce.**

32. Niepokój delegacji wzbudziła powtarzająca się praktyka przechowywania dokumentacji medycznej mieszkańców w teczkach osobowych znajdujących się w miejscu ogólnodostępnym dla pracowników, również tych niewykonujących zawodów medycznych.

33. KMPT przypomina, że informacje o cudzym stanie zdrowia są objęte tajemnicą, a udostępnienie tych danych²⁵ innym osobom, niewykonującym zawodu medycznego, jest niezgodne z prawem²⁶.

34. Obszarem ryzyka związanym z dostępem osób nieuprawnionych do informacji medycznych jest również możliwość wykorzystania tej wiedzy do celów prowadzących do złego lub poniżającego traktowania.

35. **KMPT zaleca zapewnienie, aby dostęp do dokumentacji medycznej mieszkańców miał jedynie upoważniony do tego personel medyczny.**

B. Traktowanie

36. KMPT odebrał pojedyncze sygnały świadczące o tym, że zdarzają się sytuacje, w których personel odnosi się do mieszkańców w sposób pozbawiony szacunku. Polegać ma to przede wszystkim na komentowaniu niezdolności mieszkańców do wykonania podstawowych czynności oraz zwracaniu się do nich bez zachowania formy grzecznościowej „Pan/Pani”. Podczas pierwszej wizyty delegacja odnotowała także używanie przez personel dehumanizujących zwrotów w wypowiedziach o niektórych z pensjonariuszy i mówienie o nich jako o „roślinkach”.

37. Zdanie pensjonariuszy na temat opiekunów i kierownictwa było w większości pozytywne. Przeciwnie opinie delegacja usłyszała na temat zatrudnionych w placówce przedstawicieli personelu pielęgniarstwa i sprzątającego. Uwagę wizytatorów zwróciły w szczególności opisy sytuacji, podczas których personel miał szturchać mieszkańców, żeby ci przesunęli się, aby ułatwić posprzątanie budynku.

²⁴ Zob. art. 68a pkt 1 lit. f ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.), dalej jako: ustawa o pomocy społecznej, u.p.s.

²⁵ Za złamanie tajemnicy uznaje się również niedopilnowanie ograniczonego dostępu do gromadzonej dokumentacji medycznej.

²⁶ Zob. art. 13 i 14 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581); art. 18 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 814 ze zm.); art. 23 k.c.

38. Delegacja otrzymała pojedyncze sygnały, że mieszkańcy, którzy nie chcą przyjąć zalecanego im leku, są straszeni, że umrą, jeżeli nie zdecydują się go zażyć. Jest to metoda niemająca żadnego oparcia w wiedzy medycznej, a zarazem może wpływać na poczucie bezpieczeństwa mieszkańców.

39. **KMPT zaleca podjęcie działań na rzecz zwalczania niewłaściwego traktowania przez personel oraz zwiększenia nadzoru nad sposobem, w jaki traktuje on mieszkańców. Pracownicy powinni otrzymać stanowczy sygnał od swoich przełożonych, że wszelkie formy niewłaściwego traktowania mieszkańców są niezgodne z prawem i będą odpowiednio karane.**

40. Ponadto uwagę Zespołu zwróciła praktyka niepukania do drzwi przed wejściem do pokoi mieszkańców. W opinii Krajowego Mechanizmu działanie takie nie uwzględnia potrzeby i prawa do prywatności osób mieszkających w placówce.

41. **KMPT zaleca zwiększanie poczucia prywatności mieszkańców przez pukanie do drzwi przed wejściem do ich pokoi.**

C. Kontakt ze światem zewnętrznym

42. Wobec większości mieszkańców obowiązywały ograniczenia związane z samodzielnym wychodzeniem poza teren placówki. W trakcie pierwszej z wizytacji zgodę na samodzielne opuszczanie ośrodka kierowniczka wyraziła pięciorgu z nich. Reszta mieszkańców mogła opuszczać placówkę wyłącznie w towarzystwie członka rodziny lub opiekuna. Część mieszkańców była błędnie przekonana, że zgoda na opuszczenie placówki jest uzależniona od dobrego zachowania. Zdaniem mieszkańców, aby można było samodzielnie wychodzić – „trzeba na to zasłużyć”.

43. Ustawa o pomocy społecznej zezwala na ograniczenie mieszkańcom możliwości opuszczania placówek całodobowej opieki, jednakże wprowadza konkretne warunki, jakie muszą zostać spełnione, aby ograniczenie takie było zgodne z prawem. Po pierwsze, spełniona musi zostać przesłanka poważnego zagrożenia życia lub zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi w wypadku opuszczenia przez nią placówki bez opieki. Po drugie, ograniczenie może nastąpić z inicjatywy osoby kierującej placówką, jednak wyłącznie na podstawie pisemnego zaświadczenia lekarza wskazującego zasadność takiego ograniczenia (wydanego na czas określony, nie dłuższy niż sześć miesięcy). Po trzecie, w decyzji doręczonej osobie, której ona dotyczy, znajdować się musi pouczenie o prawie do złożenia wniosku o jej uchylenie do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka²⁷.

²⁷ Zob. art. 68 ust. 2a-2d u.p.s.

44. Podczas rozmowy podsumowującej pierwszą wizytację delegacja wskazała opisywany problem. Kierowniczka zadeklarowała, że praktyka w zakresie udzielania zgód zostanie zmieniona zgodnie z wymogami u.p.s.

45. W czasie drugiej z wizytacji delegacja KMPT została poinformowana przez kierowniczkę placówki, że nikt z obecnie przebywających w niej mieszkańców nie ma ograniczonych wyjść poza teren placówki. Podczas czynności delegacja ujawniła jednak, że jedynie nieliczne osoby mogą faktycznie samodzielnie opuszczać teren PCO.

46. **KMPT stanowczo zaleca stosowanie się do przepisów ustawy o pomocy społecznej w odniesieniu do swobodnego opuszczania placówki przez jej mieszkańców.**

47. Mieszkańcy PCO mogą przyjmować gości codziennie w godzinach 10:00-15:00. Odwiedziny są wcześniej telefonicznie umawiane na konkretną godzinę, aby ograniczyć kolizję czasową z wydawaniem posiłków.

48. **KMPT sugeruje wydłużenie godzin odwiedzin w tygodniu, gdyż dla osób pracujących lub uczących się możliwość odwiedzin w godzinach 10.00-15.00 jest utrudniona.**

49. Mieszkańcy mogą posiadać prywatne urządzenia elektroniczne, w tym telefony komórkowe. Dla osób nieposiadających telefonu, a chcących skontaktować się z bliskimi, w pokoju dyżurnym dostępny jest telefon ogólnodostępny.

50. Jak wynika z informacji zebranych przez delegację podczas pierwszej z wizytacji, mieszkańcy niechętnie inicjują rozmowy z ogólnodostępnego telefonu. Jak wskazało wielu z rozmówców, personel peszy proszących o telefon mieszkańców przez nadmierne wypytywanie, do kogo i w jakim celu chcą dzwonić. Niektórzy z mieszkańców wierzyli, że telefon w pokoju pielęgniarek służy jedynie do dzwonienia w sytuacjach alarmowych.

51. **KMPT zaleca regularne przypominanie mieszkańcom o możliwości korzystania z ogólnodostępnego telefonu komórkowego oraz respektowanie prawa mieszkańców do prywatności w ich kontaktach ze światem zewnętrznym.**

D. Opieka medyczna i dokumentacja obrażeń

52. Z pozyskanych informacji wynika, że kierowniczka placówki przyjmuje mailowe zgody od osób bliskich mieszkańców w kwestiach bieżących, w tym pozyskuje zgody na szczepienia, do założenia sondy żołądkowej czy umieszczania w oddziałach szpitalnych.

53. Zgodnie z uregulowaniami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty²⁸ lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1). Jeżeli pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 2). W przypadkach, gdy potrzeba udzielenia świadczeń jest niezwłoczna, a uzyskanie zgody pacjenta ze względu na stan zdrowia lub wiek nie jest możliwe, lekarz może samodzielnie podjąć leczenie (art. 33 ust. 1).

54. Ustawa o zawodzie lekarza przyznaje opiekunowi faktycznemu uprawnienie do wyrażenia zgody wyłącznie na badanie osoby niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody, wyłączając inne świadczenia medyczne (art. 32 ust. 3).

55. Personel nie może więc uzależniać leczenia mieszkańca od decyzji jego bliskich, o ile nie są oni opiekunami osób ubezwłasnowolnionych. Zobowiązany jest natomiast uzyskiwać zgodę pacjenta, poza przypadkami opisanymi powyżej.

56. **KMPT zaleca każdorazowe pozyskiwanie zgody mieszkańca na udzielenie mu świadczeń medycznych, a w razie braku możliwości uzyskania świadomej zgody – stosowanie przepisów ustawy o zawodzie lekarza.**

57. Mailowa forma zgód na wykonywanie czynności medycznych wobec ubezwłasnowolnionych mieszkańców nie budzi zastrzeżeń KMPT, o ile nadawcą oświadczenia jest osoba do tego upoważniona. Przedstawiciele ustawowi kierują takie oświadczenia w treści maila przesyłanego do placówki.

58. Zmniejszenie ryzyka, że rzeczywistym nadawcą takiego maila jest osoba nieupoważniona do podejmowania decyzji w imieniu pensjonariusza placówki, przyczyni się do ochrony jego interesów. Warto zmienić formułę, w której składane są oświadczenia przedstawicieli ustawowych – ze składanych w treści maila na składane pisemnie, podpisywane i w formie załącznika (skanu/zdjęcia) dodawane do korespondencji mailowej.

59. **KMPT zaleca wprowadzenie, w kwestii zgód przesyłanych mailowo przez opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych, praktyki załączania do korespondencji mailowej skanu podpisanego przez opiekuna oświadczenia.**

60. KMPT przypomina, że nie mogą być to zgody blankietowe, lecz każdorazowe oświadczenia dotyczące konkretnych czynności medycznych²⁹. Ponadto, jeżeli osoba ubezwłasnowolniona jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest uzyskanie zgody tej osoby (art. 32 ust. 4).

²⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.; dalej: u.z.l., ustawa o zawodzie lekarza.

²⁹ Zob. Raport RPO z działalności KMPT w 2023 r., s. 109 i 120.

61. Z informacji uzyskanych przez przedstawicieli KMPT wynikało, że w przeszłości miała miejsce sytuacja, w której rodzina mieszkańca prosiła personel o nie wzywanie karetki pogotowia i nie podejmowanie działań medycznych, z uwagi na stan zdrowia podopiecznego. Z ustaleń wizytujących nie wynika, by prośba ta była respektowana. Personel ma świadomość obowiązku podejmowania czynności ratunkowych wobec mieszkańców. KMPT jest jednak zaniepokojony powyższą prośbą i uczuła kierownictwo placówki, by stale przypominać pracownikom o ich obowiązkach w tym zakresie.

62. Delegacja zwróciła uwagę na nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej – brakuje w niej zaleceń lekarza do stosowania sond żołądkowych (natomiast pojawiają się informacje na temat uzyskania zgody rodziny w sytuacjach ich zakładania). Ponadto w dokumentacji medycznej nie zawsze odnotowywane jest, że pielęgniarka telefonicznie konsultowała się z lekarzem.

63. KMPT zaleca, aby w dokumentacji medycznej prowadzonej w placówce każdorazowo odnotowywany był fakt odbycia konsultacji telefonicznej z lekarzem, szczególnie w zakresie wydania przez niego zgody na świadczenia medyczne, których pielęgniarki nie mogą samodzielnie zalecić.

64. W pierwszym półroczu 2024 r. w placówce odnotowano 35 zgonów. Z uwagi na fakt, że większość mieszkańców trafia do placówki w bardzo ciężkim stanie zdrowia, konieczne jest zapewnienie im możliwie najwyższego poziomu opieki medycznej. Placówka podjęła działania zmierzające w dobrym kierunku, tj. nawiązała dodatkową współpracę z prywatną praktyką lekarską, w ramach której dwóch lekarzy raz w miesiącu przeprowadza badanie wszystkich mieszkańców. Oprócz tego placówka współpracuje z trzema lekarzami z pobliskich jej przychodni podstawowej opieki zdrowotnej (dalej również: POZ).

65. Jednakże, w opinii KMPT, obecna częstotliwość i zakres opieki lekarskiej są niewystarczające, biorąc pod uwagę stan zdrowia mieszkańców oraz liczbę zgonów, w tym przypadki stanów terminalnych ujawnione podczas wizytacji.

66. KMPT zaleca, aby przy przyjęciu nowych mieszkańców do placówki obecny był lekarz, tak aby uniknąć przyjmowania osób, którym z uwagi na ich stan zdrowia placówka nie może zagwarantować odpowiedniej opieki.

67. Przy przyjęciu nowej osoby do placówki pielęgniarka przeprowadza wywiad z rodziną na temat stanu zdrowia przyszłego mieszkańca i zwraca uwagę na obecność obrażeń. Kwestie te są odnotowywane w karcie przyjęcia, pod którą podpisuje się rodzina. Nadto, gdy podczas pobytu w PCO mieszkaniem zaplanowany ma pobyt w szpitalu, wykonywana jest dokumentacja fotograficzna stanu jego skóry,

ponieważ w wielu przypadkach podopieczni wracają ze szpitala z widocznymi odleżynami. Zdjęcia te przechowywane są w formie elektronicznej.

68. Na kartach przyjęcia znajdują się nadrukowane mapy ciała, jednakże są one zbyt małe, aby można było czytelnie nanieść na nie informacje. Ponadto, jak wynika z analizy przeprowadzonej przez przedstawicieli KMPT, są one używane sporadycznie, a informacje na nich zawarte są nieczytelne.

69. KMPT pochwała praktykę zawierania map ciała na kartach przyjęcia, gdyż szczegółowe dokumentowanie stanu zdrowia i obrażeń nie tylko zabezpiecza personel PCO przed potencjalnymi oskarżeniami o stosowanie przemocy, ale przede wszystkim wzmacnia gwarancje ochrony mieszkańców przed złym traktowaniem.

70. Modelowym narzędziem w tym zakresie jest Protokół stambulski³⁰. Zawiera on wskazówki pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą przemocy (w tym tortur), oraz wytyczne, jak należy dokumentować takie przypadki. Na potrzebę stosowania Protokołu stambulskiego wielokrotnie zwracały uwagę instytucje międzynarodowe: SPT³¹, Komitet ONZ przeciwko Torturom (CAT)³², CPT³³, a także Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur³⁴.

71. KMPT zaleca dostosowanie metodologii dokumentowania obrażeń ciała do standardów międzynarodowych, w szczególności przez modyfikację karty przyjęcia w zakresie wielkości i szczegółowości map ciała³⁵.

72. Krajowy Mechanizm zaleca polecenie personelowi każdorazowego dokumentowania obrażeń ciała przy użyciu map ciała – zarówno przy przyjęciu nowego mieszkańca, jak i po jego powrocie do placówki z miejsc, w których mógł doświadczyć złego traktowania. KMPT zaleca także załączanie do dokumentacji medycznej mieszkańców wykonywanych zdjęć obrażeń.

³⁰ Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Zaktualizowana wersja podręcznika w języku polskim dostępna jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

³¹ Zob. Uwagi i zalecenia SPT przedstawione w raportach z wizyt w: Polsce CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 55; Wielkiej Brytanii CAT/OP/GBR/ROSP/1, par. 69 i 71; Portugalii CAT/OP/PRT/1, par. 34, 89, 93; Hiszpanii CAT/OP/ESP/1, par. 46, 63-64, 70; Brazylii CAT/OP/BRA/3, par. 20-22, 34, 89, 93.

³² Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpnia 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27 i 28.

³³ Zob. Raporty CPT z wizyt w: Mołdawii CPT/Inf (2020) 27, par. 29; Macedonii Północnej CPT/Inf (2021) 8, par. 29; Portugalii CPT/Inf (2020) 33, par. 71 i 72; Danii CPT/Inf (2019) 35, par. 20; Gruzji CPT/Inf (2019) 16, par. 80.

³⁴ Zob. Raporty Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur: z dnia 16 lipca 2021 r. A/76/168, par. 22, 25, 34, 66 pkt g; z dnia 20 marca 2020 r. A/HRC/43/49, par. 13, 21; z dnia 20 lipca 2018 r. A/73/207, par. 77 pkt e.

³⁵ Wzór mapy ciała dostępny jest w Protokole Stambulskim, s. 197 i nast.

73. W placówce stosowana jest praktyka rozkruszania leków w sytuacji, gdy mieszkaniowiec ma problem z ich połknięciem, co też nie zawsze odnotowywane jest w dokumentacji. Ponadto, jeżeli pacjent nie chce przyjąć leków, zdarza się, że są one podawane podstępem, przez umieszczanie w jedzeniu.

74. KMPT zwraca uwagę, że rozkruszanie leków może mieć miejsce jedynie przy wyraźnym zaleceniu lekarza w indywidualnych przypadkach³⁶.

75. Natomiast jeżeli chodzi o podawanie medykamentów w ukrytej formie, to takie postępowanie jest niezgodne z prawem mieszkańca do posiadania informacji na temat przyjmowanych leków. Systematyczne podawanie leków ukrytych w jedzeniu może prowadzić do mylnego przekonania pensjonariusza o swoim stanie zdrowia, a w konsekwencji do odmowy przyjmowania leków podanych w sposób świadomy³⁷.

76. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca, aby leki rozkruszane były jedynie po uprzednim uzyskaniu zalecenia lekarskiego, i wyeliminowanie praktyki podawania medykamentów podstępem.

77. Z rozmów z mieszkańcami wynika, że często nie wiedzą oni, jakie leki są im przepisywane. Może to prowadzić do niechęci do przyjmowania leków, a także utraty poczucia bezpieczeństwa i zaufania do personelu placówki.

78. Krajowy Mechanizm zaleca respektowanie prawa mieszkańców do informacji, jakie leki zażywają.

E. Rejestry

79. Personel placówki nie stosuje wobec mieszkańców środków przymusu bezpośredniego, co jest zgodne z obowiązującym prawem, gdyż personel placówek całodobowej opieki nie jest uprawniony do ich stosowania. Pomimo tego PCO są zobowiązane do prowadzenia ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego (wraz ze wskazaniem daty i rodzaju tego środka)³⁸. Powodem ustanowienia takiego obowiązku jest prawo innych podmiotów mających wstęp na teren placówki, np. funkcjonariuszy Policji czy ratowników medycznych, do stosowania środków przymusu.

³⁶ Szczegółowa argumentacja w tym zakresie była wielokrotnie przedstawiana przez KMT, zob. np. Raport RPO z działalności KMPT w 2022 r., s. 118; zob. też: Raport RPO z działalności KMPT „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, s. 109-111.

³⁷ Zob. Raport RPO z działalności KMPT „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, s. 82-83.

³⁸ Zob. art. 68a pkt 1 lit. d tiret 4 u.p.s.

80. **W związku z brakiem w wizytowanej placówce ewidencji stosowania przymusu bezpośredniego KMPT zaleca wprowadzenie takiego rejestru.**

81. Od 1 listopada 2023 r. placówki całodobowej opieki mają ustawowy obowiązek prowadzenia rejestru zdarzeń nadzwyczajnych³⁹. Obawę delegacji wzbudził fakt, że nie jest on systematycznie uzupełniany i nie znajduje się w nim większość zdarzeń nadzwyczajnych opisanych w raportach pielęgniarских. KMPT przypomina, że zdarzeniami nadzwyczajnymi są m.in. wypadki, samouszkodzenia, obrażenia ciała.

82. **KMPT zaleca systematyczne i szczegółowe dokumentowanie wszystkich zdarzeń nadzwyczajnych w stworzonym w tym celu rejestrze, zgodnie z art. 68aa ustawy o pomocy społecznej.**

F. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

83. Przyjęcie do placówki i odnalezienie się w nowej rzeczywistości może być źródłem niepokoju dla osoby zainteresowanej. Pierwszego dnia pobytu, oprócz zaaklimatyzowania się, musi ona sprostać wszelkim wymaganiom formalnym, legalizującym pobyt w placówce. Wiąże się to z czytaniem i podpisywaniem wielu umów i oświadczeń, które mogą być obszerne i napisane nieprzystępnym językiem. Szczególnie dla osoby starszej lub cierpiącej z powodu choroby może być to dodatkowo wyczerpujące, skutkować pośpiechem i nieuważnością. W rezultacie mieszkańcy często nie wiedzą, czy i jakie oświadczenia podpisywali przy przyjęciu.

84. Informacje zawarte na tablicy informacyjnej znajdującej się na parterze przy recepcji są, według delegacji, niewystarczająco obszerne, a te, które się tam znajdują, napisane są czcionką, która może być nieczytelna dla mieszkańców.

85. Na pozostałych piętrach nie umieszczono tablic zawierających istotne dla mieszkańców informacje, co dodatkowo ogranicza dostęp do nich osobom mającym szczególne trudności w przemieszczaniu się pomiędzy piętrami.

86. Przedstawicielki KMPT w rozmowach z mieszkańcami potwierdziły, że mają oni minimalną wiedzę na temat zasad panujących w placówce, swoich praw i obowiązków, a także dostępnych mechanizmów skargowych.

87. Krajowy Mechanizm każdorazowo akcentuje wagę dostępu do informacji i mechanizmów skargowych w kontekście prewencji niewłaściwego traktowania, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności⁴⁰.

88. **KMPT zaleca umieszczenie w miejscach ogólnodostępnych, na każdym piętrze, widocznych i czytelnych informacji o pobycie, prawach**

³⁹ Zob. art. 68aa ust. 1 u.p.s.

⁴⁰ Zob. Raport RPO z działalności KMPT w 2023 r., s. 111-112.

i obowiązkach mieszkańców, a także wyeksponowanie danych teleadresowych organizacji rządowych i pozarządowych, do których mieszkańcy i odwiedzający mogliby się zwrócić o pomoc, w szczególności: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), Rzecznika Praw Pacjenta, Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, Urzędu Wojewódzkiego, właściwych miejscowo jednostek sądu, prokuratury, Policji, a także np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

89. PCO prowadzi rejestr skarg i wniosków, jednak nie jest on uzupełniany. Jak twierdzi kierowniczka placówki, skargi (ustne oraz pisemne) kierowane są jedynie ze strony rodzin związku z niezadowoleniem z kwestii finansowych (np. opłaty za pobyt, koszty wykorzystanych artykułów higienicznych lub leków).

90. Jak wskazuje CPT, brak skarg niekoniecznie powinien być traktowany jako zjawisko pozytywne – przeciwnie, może to świadczyć o braku poczucia bezpieczeństwa lub braku zaufania do istniejących mechanizmów skargowych⁴¹.

91. **KMPT rekomenduje zainstalowanie skrzynki na skargi, umieszczonej w miejscu ustronnym i poza zasięgiem kamer, co pomoże zapewnić pensjonariuszom anonimowość zgłoszonych uwag.**

92. Jeżeli natomiast chodzi o skargi rodziny, to nawet jeżeli są one składane w ustnej lub mailowej formie, to powinny być one odnotowane w odpowiednim rejestrze. Wpis w rejestrze skarg i wniosków powinien każdorazowo zawierać co najmniej informacje na temat osoby jej rozpatrującej, przedmiotu skargi, a także sposobu jej rozpatrzenia i procedury odwoławczej. Prowadzenie pisemnej dokumentacji skargowej jest narzędziem zarządzania zarówno dla kierownictwa placówki, jak i źródłem wiedzy na jej temat dla zewnętrznych organów wizytujących⁴².

93. **KMPT zaleca każdorazowe pisemne odnotowywanie wpływu i sposobu rozpatrzenia wszelkich skarg i wniosków mieszkańców lub innych osób, niezależnie od formy, w której zostały złożone.**

G. Aktywizacja mieszkańców

94. W placówce terapia zajęciowa prowadzona jest od poniedziałku do piątku, przez jedną osobę zatrudnioną w wymiarze jednego etatu.

⁴¹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 91.

⁴² Tamże, par. 90-91.

95. Zdaniem CPT za minimum uznać należy zagwarantowanie, o ile pozwala na to stan zdrowia mieszkańca, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia⁴³.

96. **KMPT zaleca prowadzenie terapii zajęciowej również w weekendy.**

97. Rehabilitacja w placówce prowadzona jest przez jednego fizjoterapeutę zatrudnionego w wymiarze połowy etatu oraz jednego fizjoterapeutę realizującego świadczenia indywidualne z zakresu fizjoterapii w ramach usługi rehabilitacji domowej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)⁴⁴.

98. Mając na uwadze liczbę mieszkańców placówki oraz ich szczególne, wynikające z wieku oraz przebytych chorób potrzeby, czas, jaki jeden rehabilitant zatrudniony w wymiarze połowy etatu może poświęcić mieszkańcom, jest niewspółmierny do faktycznych potrzeb. KMPT zaznacza, że systematyczna rehabilitacja dla osób z ograniczoną mobilnością oraz osób leżących jest szczególnie ważna, ponieważ ich stan zdrowia uniemożliwia im samodzielne zapewnienie sobie odpowiedniej aktywności.

99. **KMPT zaleca zwiększenie dostępu do rehabilitacji ruchowej.**

H. Warunki bytowe

100. Do dyspozycji mieszkańców są 62 pokoje (2-osobowe i 3-osobowe), mieszczące się na parterze i dwóch piętrach. Pokoje posiadają łazienki, niezbędne wyposażenie oraz wymagany metraż, natomiast widoczny jest niejednorodny standard, jeżeli chodzi o warunki w nich panujące. Pomieszczenia na parterze i pierwszym piętrze wymagały wypełnienia dziur w ścianach oraz ich odmalowania, aby usunąć wgniecenia, widoczny tynk i zabrudzenia. Niektóre meble w pokojach (szafy, łóżka) były bardzo zużyte i wymagały wymiany. Obrusy na stolikach w częściach wspólnych wyraźnie wymagały prania.

101. **KMPT zaleca wykonanie prac remontowych oraz wymianę mebli noszących ślady wyeksploatowania, a także systematyczne dbanie o czystość.**

102. Delegacja zwróciła również uwagę na bardzo małą ilość dostępnego miejsca na prywatne rzeczy pensjonariuszy. Żadna z szaf w pokojach mieszkańców nie była zamykana na klucz. Mieszkańcy wskazują, że niejednokrotnie ginęły ich rzeczy osobiste – ubrania, przedmioty użytkowe, a nawet pieniądze. Związane może być to z brakiem możliwości schowania rzeczy w miejscach niedostępnych dla innych.

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

⁴⁴ Na dzień 31 kwietnia 2025 r. objętych było nią 8 osób.

103. Mieszkańcy w rozmowach z delegacją często prezentowali opór przed umieszczaniem niektórych swoich przedmiotów w dostępnym w placówce depozycie, argumentując to chęcią szybkiego dostępu lub osobistego charakteru niektórych z tych dóbr.

104. **KMPT zaleca zagwarantowanie prywatności i bezpieczeństwa dla własności mieszkańców przez uniemożliwienie innym dostępu do szaf lub szafek nocnych (np. zamontowanie w nich zamków lub klódek).**

105. Budynek jest częściowo dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Na parterze budynku łazienki w pokojach nie są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami – brodziki mają wysokie progi oraz brakuje odpowiednich uchwytów przy armaturze łazienkowej. Zgodnie z informacją uzyskaną od kierowniczkę – na parterze przebywają sprawni i w miarę samodzielni mieszkańcy, którzy w asyście opiekunów są w stanie skorzystać z łazienki i prysznic. Na parterze znajduje się też ogólna łazienka ze specjalną wanną przystosowaną do kąpienia osób niesamodzielnych oraz bezprogowy prysznic ze specjalnymi krzesłkami kąpielowymi.

106. W opinii KMPT osobom z niepełnosprawnościami należy stworzyć warunki do pełnego udziału w środowisku wolnym od barier architektonicznych. Na drodze współpracy KMPT z ekspertami Fundacji Integracja oraz Polska Bez Barier opracowano uniwersalne wskazówki dotyczące planowania dostępności pomieszczeń dla osób przebywających w miejscach detencji wizytowanych przez KMPT⁴⁵.

107. **W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, Krajowy Mechanizm rekomenduje korzystanie z wytycznych opracowanych przez środowisko osób z niepełnosprawnością.**

108. Podczas pierwszej wizytacji KMPT, mającej miejsce w lipcu, w całej placówce latały muchy. Jest to wyjątkowo uciążliwe dla osób leżących lub z ograniczoną mobilnością, które nie mogą z łatwością odgonić owadów.

109. **KMPT zaleca wdrożenie, zwłaszcza w okresach letnich, rozwiązań ograniczających liczbę owadów latających w budynku (np. lepy, moskitiery).**

110. W obiekcie znajduje się pokój służący jako palarnia – nie jest zamykany na klucz, mieszkańcy mogą dowolnie z niego korzystać. Niestety, znajduje się on w przedsionku wyjścia na taras (z uwagi na brak wentylacji), w związku z czym każdy

⁴⁵ Wytyczne można znaleźć w raporcie tematycznym KMPT „Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną” z 2019 r., s. 52-78. Raport dostępny jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnosciafizycznaisensoryczna-raport-z>.

z mieszkańców i personelu udający się na zewnątrz musi w pierwszej kolejności przez niego przejść – będąc narażonym na skutki wdychania dymu tytoniowego.

111. KMPT zaleca wprowadzenie zmian organizacyjnych zapewniających wolność od dymu papierosowego osobom niepalącym.

112. Na pierwszym piętrze placówki zakwaterowani są pensjonariusze wymagający stałego nadzoru, co wynika z umiejscowienia na tym piętrze dyżurki pielęgniarskiej. W pokojach ani w łazienkach nie ma zainstalowanego systemu sygnalizacji alarmowo-przyzywowej, służącego do wzywania pomocy.

113. Instalacja systemu alarmowo-przyzywowego w placówkach przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorych lub w podeszłym wieku jest kluczowa dla zapewnienia ich bezpieczeństwa i komfortu. Mogą one bowiem nie mieć fizycznej możliwości skomunikowania się z personelem znajdującym się w innym pomieszczeniu, a brak systemu przywoławczego ogranicza ich możliwość funkcjonowania na równi z osobami sprawnymi.

114. KMPT zaleca zainstalowanie systemu alarmowo-przyzywowego we wszystkich pokojach oraz w łazienkach, w taki sposób, aby były łatwo dostępne mieszkańcom w sytuacjach nagłych (lub udostępnianie bezprzewodowych przycisków przywoławczych, które nie wymagają dostępu pacjenta do instalacji elektrycznej i wykorzystywane mogą być w szczególności przez osoby leżące).

115. Podczas obu wizytacji na zewnątrz placówki odbywały się prace budowlane, które ograniczały mieszkańcom dostęp do terenów zielonych.

116. KMPT zwraca się o informację, czy prace remontowe zakończyły się lub jaki jest planowany termin ich zakończenia.

I. Personel

117. PCO Jurajskie Centrum Seniora "Jak w domu" nie zatrudnia psychologa.

118. Fakt przebywania w zamkniętym, odizolowanym środowisku, w separacji od rodziny niekorzystnie wpływa na dobrostan psychiczny każdego człowieka. W obliczu choroby i starzenia się pensjonariusze są grupą zwiększonego ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych, w tym depresji, i wymagają wsparcia psychologicznego.

119. Obecność psychologa w placówce ma również charakter prewencyjny: nie tylko może on dostrzec psychologiczne indykatory złego traktowania wśród mieszkańców, ale także na bieżąco gromadzić informacje o sposobie ich traktowania na drodze poufnych rozmów.

120. KMPT zaleca nawiązanie współpracy z psychologiem.

121. Pracownicy placówki nie byli zaznajomieni z Protokołem stambulskim – oficjalnym podręcznikiem ONZ dotyczącym diagnozy oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania.

122. **KMPT zaleca przeprowadzenie dla wszystkich pracowników szkolenia ze stosowania Protokołu stambulskiego, a także systematyczne doskonalenie zawodowe w obszarach: radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.**

J. Opieka publicznej ochrony zdrowia i stwierdzanie zgonów mieszkańców

123. Od dnia 9 maja 2023 r. placówka zmagą się z powtarzającymi się utrudnieniami związanymi z przyjazdem lekarza nocnej i świątecznej opieki medycznej w celu stwierdzenia zgonu mieszkańca, gdy zgon następuje poza godzinami pracy placówki zapewniającej usługi podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

124. W praktyce, w sytuacji zgonu mieszkańca poza godzinami pracy POZ, placówka kontaktuje się ze Szpitalem Powiatowym w Zawierciu, który realizuje świadczenia POZ w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w regionie. Zazwyczaj personel PCO jest zmuszony przez kilkanaście godzin nalegać na wyznaczenie przez Szpital w Zawierciu lekarza w celu przyjazdu do placówki i stwierdzenia zgonu.

125. Problem występuje w szczególności w weekendy oraz święta, lecz w trakcie trwania wizytacji KMPT miała miejsce tożsama sytuacja – dopiero po 14 godzinach od zgonu mieszkańca możliwe było przeprowadzenie dalszych czynności z zakresu zabezpieczania ciała osoby zmarłej, z uwagi na brak lekarza, który mógłby stwierdzić zgon.

126. Placówka apelowała o podjęcie działań w tej kwestii do starostwa powiatowego, Szpitala Powiatowego w Zawierciu, a także do Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach. Otrzymałe odpowiedzi sprowadzają się do argumentu, że stwierdzenie zgonu nie jest świadczeniem medycznym, a NFZ nie może wyegzekwować od POZ wykonania tego obowiązku (bądź też placówka w ogóle nie otrzymywała odpowiedzi na kierowane zapytania).

127. Wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich jest częścią wykonywania przez lekarza zawodu, który wymienia te czynności obok udzielania świadczeń

zdrowotnych⁴⁶. Wydawanie opinii i orzeczeń odnosi się do badania konkretnej osoby, a nie pacjenta. Ustawodawca przewidział, że wydawanie opinii i orzeczeń może dotyczyć sytuacji orzekania o osobach innych niż pacjent⁴⁷. Przykładem takiego orzekania jest stwierdzenie zgonu oraz wydanie karty zgonu.

128. Zasadą jest, że wystawienie stwierdzenia zgonu musi nastąpić w ciągu 12 godzin od chwili wezwania⁴⁸. Obowiązek ten spoczywa na lekarzu, który jako ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał choremu świadczeń lekarskich⁴⁹. Gdy nie ma takiego lekarza, bądź zamieszkuje on w odległości większej niż 4 km od miejsca, w którym znajdują się zwłoki, albo z powodu choroby lub z innych uzasadnionych przyczyn nie może dokonać oględzin zwłok w ciągu 12 godzin od chwili wezwania, w dalszej kolejności obowiązek ten przechodzi na innego lekarza – w opisywanym przypadku na lekarza zatrudnionego w przychodni bądź ośrodku zdrowia lub jego placówce terenowej i sprawującego opiekę zdrowotną nad rejonem, w którym znajdują się zwłoki⁵⁰.

129. RPO od dawna postuluje zmianę ustawy o chowaniu zmarłych jak i wydane na jej podstawie rozporządzenia⁵¹.

130. W czasie prac nad raportem w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów znajdował się projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (nr UD234)⁵², której celem było wprowadzenie kompleksowych regulacji dotyczących procedury stwierdzania zgonu i jego dokumentowania. Ustawa powoływać ma instytucję lekarza koronera. Zgodnie z założeniami planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów został określony na III-IV kwartał 2025 r.

131. Delegacja odnotowała, że zdarzają się sytuacje, w których personel placówki dzwoni pod numer alarmowy w celu wezwania zespołu ratownictwa medycznego (dalej również: ZRM), a dyspozytor odmawia jego przyjazdu bądź zespół nie zabiera mieszkańca do szpitala.

132. W okresie między 29 marca a 29 grudnia 2024 r. odnotowano aż 6 przypadków zgonów mieszkańców placówki, w których zespoły ratownictwa

⁴⁶ Art. 2 ust. 1 i art. 42 u.z.l.

⁴⁷ Rozumiany zgodnie z definicją zawartą w art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁴⁸ Zob. § 3 i § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. Nr 39, poz. 202).

⁴⁹ Tamże, § 2.

⁵⁰ Tamże, § 3 ust. 1 i 2.

⁵¹ Wystąpienie RPO z dnia 11 kwietnia 2024 r., BPK.519.89.2014.

⁵² Zob. <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-dzialalnosc-leczniczej-oraz-niektorych-innych-ustaw2>.

odmawiały przyjazdu do placówki albo po przyjeździe odmawiały zabrania pacjentów do szpitala. Przykładowo, w dniu 25 maja 2024 r. w szpitalu zmarła mieszkanka placówki, do której ZRM bezskutecznie wzywany był trzykrotnie od dnia poprzedniego. W nocy 13/14 września 2024 r. inna mieszkanka wielokrotnie wymiotowała czarną treścią, oddawała czarny, luźny stolec, a także całą noc jęczała z bólu. ZRM nie zabrał mieszkanki do szpitala, rano zmarła.

133. W analizowanej dokumentacji delegacja odnotowała wpisy pielęgniarские wskazujące na sposób odnoszenia się do nich przez zespół ratownictwa medycznego. „Ratownik był bardzo niemiły, zabrał chorego ale stwierdził, że za dzisiejsze wezwanie powinniśmy zapłacić karę” – to wpis dotyczący mieszkańca, który po przywiezieniu na SOR został przeniesiony na oddział wewnętrzny.

134. Zaniepokojenie KMPT wzbudził również lęk pracowników placówki związany z dzwonieniem na numer alarmowy spowodowany ich wcześniejszym kontaktem z dyspozytorem oraz zespołem ratownictwa medycznego.

135. Kolejną trudnością placówki w relacjach z pobliskimi placówkami publicznej służby zdrowia jest niechęć pobliskich POZ do zapisywania mieszkańców po uzyskaniu informacji, że są to osoby umieszczone w placówce całodobowej opieki.

136. Taka postawa placówek podstawowej opieki zdrowotnej budzi niepokój KMPT. Mieszkańcy placówek całodobowej opieki mają prawo do świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na równi z wszystkimi innymi ubezpieczonymi obywatelami, w tym zapisu do POZ⁵³. Niezapewnienie przez państwo dostępu do opieki medycznej osobom znajdującym się pod jego jurysdykcją lub kontrolą może naruszać zakaz tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania.

137. Z uwagi na powyższe ustalenia KMPT zwróci się odrębnymi pismami do Dyrektora Szpitala Powiatowego w Zawierciu oraz Wojewody Śląskiego o analizę sygnalizowanych problemów i podjęcie efektywnych działań w celu zapewnienia przestrzegania praw i godności pacjentów oraz pracowników placówki.

⁵³ Zob. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.); cz. I pkt 1 ppkt 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 736 ze zm.).

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca Kierowniczce Placówki Całodobowej Opieki Jurajskie Centrum Seniora "Jak w domu" w Ogrodzieńcu:

1. W zakresie stosowania niestandardowych form opieki:
 - opracowanie procedury regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia;
 - pozyskiwanie indywidualnego zalecenia lekarza przed zastosowaniem niestandardowych form opieki;
 - stosowanie wyłącznie specjalnie zaprojektowanego w tym celu sprzętu z aktualnymi atestami;
 - każdorazowe dokumentowanie stosowania niestandardowych form opieki, które powinno zawierać przede wszystkim informacje na temat czasu rozpoczęcia i zakończenia czynności, przyczyny zastosowania, nazwisko osoby, która ją zleciła lub zatwierdziła, oraz pracowników, którzy brali w niej udział, opis wszelkich obrażeń odniesionych przez mieszkańców lub personel oraz czy środek został zastosowany za zgodą mieszkańca, czy bez niej;
2. przechowywanie w dokumentacji osób ubezwłasnowolnionych zgód sądu opiekuńczego na umieszczenie w placówce;
3. zapewnienie, aby dostęp do dokumentacji medycznej mieszkańców miał jedynie upoważniony do tego personel medyczny;
4. podjęcie działań na rzecz zwalczania niewłaściwego traktowania przez personel oraz zwiększenia nadzoru nad sposobem, w jaki traktuje on mieszkańców; pracownicy powinni otrzymać stanowczy sygnał od swoich przełożonych, że wszelkie formy niewłaściwego traktowania mieszkańców są niezgodne z prawem i będą odpowiednio karane;
5. zwiększanie poczucia prywatności mieszkańców przez pukanie do drzwi przed wejściem do ich pokoi;
6. stosowanie się do przepisów ustawy o pomocy społecznej w odniesieniu do swobodnego opuszczania placówki przez jej mieszkańców;
7. wydłużenie godzin odwiedzin w tygodniu, gdyż dla osób pracujących lub uczących się możliwość odwiedzin w godzinach 10.00-15.00 może być utrudniona;
8. przypominanie mieszkańcom o możliwości korzystania z ogólnodostępnego telefonu komórkowego oraz respektowanie prawa mieszkańców do prywatności w ich kontaktach ze światem zewnętrznym;

9. każdorazowe pozyskiwanie zgody mieszkańca na udzielenie mu świadczeń medycznych, a w razie braku możliwości uzyskania świadomej zgody – stosowanie zasad określonych przepisami ustawy o zawodzie lekarza;
10. wprowadzenie, w kwestii zgód przesyłanych mailowo przez opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych, praktyki załączania do korespondencji mailowej skanu podpisanego przez opiekuna oświadczenia;
11. zagwarantowanie, aby w dokumentacji medycznej prowadzonej w placówce każdorazowo odnotowywany był fakt odbycia konsultacji telefonicznej z lekarzem, szczególnie w zakresie wydania przez niego zgody na świadczenia medyczne, których pielęgniarki nie mogą samodzielnie zalecić;
12. zapewnienie, aby przy przyjęciu nowych mieszkańców do placówki obecny był lekarz, tak aby uniknąć przyjmowania osób, którym z uwagi na ich stan zdrowia placówka nie może zagwarantować odpowiedniej opieki;
13. dostosowanie metodologii dokumentowania obrażeń ciała do standardów międzynarodowych, w szczególności przez modyfikację karty przyjęcia w zakresie wielkości i szczegółowości map ciała;
14. polecenie personelowi każdorazowego dokumentowania obrażeń ciała przy użyciu map ciała – zarówno przy przyjęciu nowego mieszkańca, jak i po jego powrocie do placówki z miejsc, w których mógł doświadczyć złego traktowania; KMPT zaleca także załączanie do dokumentacji medycznej mieszkańców wykonywanych zdjęć obrażeń;
15. rozkruszanie leków jedynie po uprzednim uzyskaniu zalecenia lekarskiego i wyeliminowanie praktyki podawania leków podstępem;
16. respektowanie prawa pacjenta do informacji, jakie leki zażywa;
17. założenie rejestru stosowania środków przymusu bezpośredniego;
18. systematyczne i szczegółowe dokumentowanie wszystkich zdarzeń nadzwyczajnych w stworzonym w tym celu rejestrze, zgodnie z art. 68aa ustawy o pomocy społecznej;
19. umieszczenie w miejscach ogólnodostępnych, na każdym piętrze, widocznych i czytelnych informacji o pobycie, prawach i obowiązkach przysługujących mieszkańcom, a także wyeksponowanie danych teleadresowych organizacji rządowych i pozarządowych, do których mieszkańcy i odwiedzający mogliby się zwrócić o pomoc, w szczególności: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), Rzecznika Praw Pacjenta, Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, Urzędu Wojewódzkiego, właściwych miejscowo jednostek sądu, prokuratury, Policji, a także np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka;

20. zainstalowanie skrzynki na skargi, umieszczonej w miejscu ustronnym i poza zasięgiem kamer, co pomoże zapewnić pensjonariuszom anonimowość zgłoszonych uwag;
21. każdorazowe pisemne odnotowywanie wpływu i sposobu rozpatrzenia wszelkich skarg i wniosków mieszkańców lub innych osób, niezależnie od formy, w której zostały złożone;
22. prowadzenie terapii zajęciowej również w weekendy;
23. zwiększenie dostępu do rehabilitacji ruchowej;
24. wykonanie prac remontowych oraz wymianę mebli noszących ślady wyeksploatowania, a także systematyczne dbanie o czystość;
25. zagwarantowanie prywatności i bezpieczeństwa własności mieszkańców przez uniemożliwienie innym dostępu do szaf lub szafek nocnych (np. zamontowanie w nich zamków lub klódek);
26. korzystanie z wytycznych opracowanych przez KMPT we współpracy ze środowiskiem osób z niepełnosprawnością w celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami – przy okazji przyszłych modernizacji;
27. wdrożenie, zwłaszcza w okresach letnich, rozwiązań ograniczających liczbę owadów w placówce (np. lepy, moskitiery);
28. wprowadzenie zmian organizacyjnych zapewniających wolność od dymu papierosowego osobom niepalącym;
29. zainstalowanie systemu alarmowo-przyzywowego we wszystkich pokojach oraz w łazienkach, w taki sposób, aby były łatwo dostępne mieszkańcom w sytuacjach nagłych (lub udostępnianie bezprzewodowych przycisków przywoławczych, które nie wymagają dostępu pacjenta do instalacji elektrycznej i wykorzystywane mogą być w szczególności przez osoby leżące);
30. nawiązanie współpracy z psychologiem;
31. przeprowadzenie dla wszystkich pracowników szkolenia ze stosowania Protokołu stambulskiego, a także systematyczne doskonalenie zawodowe w obszarach: radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

Ponadto, na podstawie art. 20 OPCAT, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Kierowniczkii Placówki Całodobowej Opieki Jurajskie Centrum Seniora "Jak w domu" w Ogródzieńcu o udzielenie informacji wskazanych w pkt 116 niniejszego raportu.

Opracowała: Aleksandra Tokarska

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/